

# Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## "Jag gick in i dörren"

Våldsutsatta kvinnors upplevelser av  
mötet med vården

FÖRFATTARE	Erika Hansson Åsa Börjesson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, Examnesarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng, OM5250 HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Annica Lagström
EXAMINATOR	Lisen Dellenborg

Titel (svensk):	"Jag gick in i dörren" Våldsutsatta kvinnors upplevelser av mötet med vården
Titel (engelsk):	"I hit the door" Battered women's experiences of nursing care
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 15 höskolepoäng, Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Erika Hansson, Åsa Börjesson
Handledare:	Annica Lagström
Examinator:	Lisen Dellenborg

---

## SAMMANFATTNING

Mäns våld mot kvinnor i nära relationer är ett samhällsproblem globalt sett. Kvinnor utsatta för våld i nära relationer upplever att de har en betydligt sämre hälsa än de kvinnor som inte utsätts för våld och hot. Våldet utgör ett allvarligt hot mot kvinnans hälsa och säkerhet samt ses som en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Även om våld mot kvinnor i nära relationer blivit mer uppmärksammat de senaste åren och 28 000 anmälningar av våld mot en kvinna gjordes år 2011 är mörkertalet fortfarande stort. Vårdpersonal känner sig osäkra i mötet med en våldsutsatt kvinna och upplever sig inte ha tillräcklig kunskap inom området för att ge adekvat omvårdnad. Sjuksköterskornas etiska kod säger att sjuksköterskan har ett ansvar att arbeta för de mänskliga rättigheterna och utföra åtgärder som framförallt ser till svaga befolkningsgruppers hälsa och behov. Syftet med denna studie är att öka kunskapen om hur kvinnor utsatta för våld i nära relationer upplever mötet med vården. Litteraturstudien genomfördes med sökningar av artiklar i databaserna Cinahl och PubMed. Resultatet visar att kvinnor utsatta för våld i nära relationer uppskattar att prata om sina erfarenheter om vårdpersonalen initierar en diskussion. Kvinnorna anser också att rutinmässiga frågor om våld i nära relationer skapar möjligheter att uppmärksamma problemet. Kvinnorna upplever dock svårigheter att delge vårdpersonalen sin historia eftersom de inte vet hur vårdpersonalen hanterar informationen eller vad som kan hända med dem själva eller barnen om våldet avslöjas. Då vårdpersonalen är hjälpsamma och sympatiska, ger bekräftelse, stöd och information till kvinnorna samt visar medkänsla och ger dem tid upplever kvinnorna ett gott bemötande. En slutsats vi kan dra efter genomförandet av denna litteraturstudie är att vårdpersonal måste få ökad kunskap inom området för att kunna bemöta kvinnorna på ett bättre sätt samt kunna vidta adekvata omvårdnadsåtgärder. Detta kan i bästa fall också leda till att fler fall av våld i nära relationer uppmärksammas och mörkertalet minskas.

# Innehållsförteckning

Inledning .....	4
Bakgrund.....	4
Definition av våld i nära relationer .....	4
Ett samhällsproblem.....	5
Hur kan mäns våld mot kvinnor förklaras?.....	5
Förekomsten av våld mot kvinnor i nära relationer.....	6
Olika typer av våld.....	7
Särskilt utsatta kvinnor .....	7
Våldets utveckling .....	8
Varför går hon inte?.....	9
Hälso- och sjukvårdens ansvar .....	9
Tidigare forskning.....	10
Teoretisk referensram.....	11
Problemformulering.....	11
Syfte.....	12
Metod.....	12
Datainsamling .....	12
Urval.....	12
Dataanalys .....	13
Etiska överväganden .....	14
Resultat.....	14
Kommunikation .....	14
Att bli tillfrågad .....	14
Rädsla.....	15
Svårigheter att delge .....	15
Relationen till vårdpersonalen .....	16
Upplevelsen av ett gott bemötande.....	16
Brister i vårdrelationen .....	16
Förhållningssätt hos vårdpersonal som underlättar .....	17
Diskussion.....	17
Metoddiskussion .....	17
Resultatdiskussion .....	18
Implikation .....	20
Referenslista.....	21

## Inledning

I vår blivande roll som sjuksköterskor kommer vi möta kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer, oavsett var vi arbetar. För att vi ska kunna bemöta dessa kvinnor på bästa sätt är det viktigt att ha kunskap om hur de själva upplever mötet med vården. Vi anser att det även är viktigt att som sjuksköterska känna till hur våldsutsatta kvinnor ser på sig själva och sin situation, vilka känslor de har samt hur våldet drabbar kvinnan och hennes familj, för att förstå varför kvinnan handlar på det sätt hon gör. Vi tror att en litteraturöversikt kan ge ökad kunskap i ämnet, inte bara för oss själva utan även för andra som arbetar inom vården och därför också kommer möta kvinnor utsatta för våld.

## Bakgrund

Kvinnor som är utsatta för våld och hot upplever att de har betydligt sämre hälsa, oftare söker vård och använder läkemedel i mycket större utsträckning än kvinnor som inte utsatts för våld och hot. Hälso- och sjukvården har en viktig uppgift i att upptäcka mäns våld mot kvinnor i nära relationer men allt för få fall uppmärksammas idag. Det krävs ökad kunskap hos sjukvårdspersonal och ökad medvetenhet om attityder som kan komma att påverka bemötandet av en våldsutsatt kvinna (1). I bakgrunden kommer vi definiera begreppet "våld i nära relationer", beskriva det ur ett samhällsperspektiv, förklara våldets utveckling och orsaker samt hälso- och sjukvårdens ansvar.

### ***Definition av våld i nära relationer***

Begreppet "våld i nära relationer" kan innebära allt våld som förekommer mellan närstående både i heterosexuella och samkönade relationer samt inom syskon- och andra familje- och släktrelationer (2). I detta arbete definieras begreppet "våld i nära relationer" som det våld mot kvinnor som begåtts av nuvarande eller före detta make, sambo eller pojkvän (1). Världshälsoorganisationen (WHO) menar att våldet utgör ett allvarligt hot mot offrets hälsa och säkerhet. Våldet kan ge direkta fysiska skador, men också orsaka psykiskt lidande och mer långsiktiga fysiska konsekvenser. Längre tids våld i en nära relation kan i vissa fall resultera i dödligt våld (2-4).

WHO har också arbetat globalt med att förbättra omhändertagandet av kvinnor utsatta för våld och för att förbättra deras möjligheter till god fysisk och psykisk hälsa. Som en del i arbetet finns de mänskliga rättigheterna definierade, och dessa ska hälso- och sjukvårdspersonal förhålla sig till då de undersöker en kvinna utsatt för våld. Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) menar att kvinnor utsatta för våld i nära relationer har rätt till god hälso- och sjukvård efter följderna av övergreppen, att vård och behandling ska vara lika oavsett var de söker samt att ingen diskriminering får ske på grund av kön, etnisk eller social tillhörighet, hudfärg, sexuell läggning eller nationalitet. Patienten ska själv ha rätt att bestämma vilka undersökningar och behandlingar som ska göras efter att ha fått adekvat information (5). I FN:s deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor definieras begreppet våld mot kvinnor som:

*"Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet" (6).*

## ***Ett samhällsproblem***

Mäns våld mot kvinnor i nära relationer är ett stort samhällsproblem, såväl nationellt som internationellt. Det är något som alltid förekommit men först uppmärksammades på allvar på 1990-talet. Tidigare ansågs mäns våld mot kvinnor i nära relationer vara en privat angelägenhet men idag kan det ses som det mest extrema exemplet på den obalans i maktförhållandet som råder mellan män och kvinnor och något som har att göra med normer, värderingar och attityder i samhället (1). Mäns våld mot kvinnor ses som en kränkning av de mänskliga rättigheterna och är ett globalt samhällsproblem och folkhälsoproblem. Våld i nära relationer drabbar kvinnor oavsett etnisk eller religiös tillhörighet, social status eller geografisk plats (7). Män utsätts för våld oftare än vad kvinnor gör men i båda fall är det till den allra största delen män som utövar våldet. Ett tydligt mönster är att män oftast utsätts för våld utomhus av andra, okända män medan kvinnor vanligtvis utsätts för våld i hemmet av en man de har eller har haft en relation med (8).

Mäns våld mot kvinnor utgör stort lidande för de som drabbas, inte bara fysiskt och psykiskt utan även ekonomiskt eftersom våldet kan leda till att kvinnorna inte längre kan utföra ett arbete och försörja sig själva. Även om det fysiska våldet kan ge upphov till allvarliga skador upplever många kvinnor att de psykiska våldet ger värre konsekvenser och de inre sårerna tar längre tid att läka (1). Av många kvinnor upplevs det psykiska våldet; kränkningarna, försöken till isolering och den psykologiska nedbrytningen som svårast att värja sig emot (2). Självmordsförsök är vanligt bland de utsatta kvinnorna. Omkring 64% av alla våldsutsatta kvinnor i Sverige har någon gång funderat på att ta livet av sig, siffran är ännu högre när det handlar om kvinnor utsatta för sexuellt våld (1).

## ***Hur kan mäns våld mot kvinnor förklaras?***

Mäns våld mot kvinnor bottnar troligtvis i ojämlikhet mellan könen, något som män som utsätter kvinnor för våld ofta drar nytta av. En vanligt förekommande syn är att mannen anser sig ha vissa rättigheter gentemot den kvinna han har ett förhållande med. Våldet kan förklaras på tre olika nivåer; individ-, strukturell och kulturell nivå (1).

På individnivå kan våldet förklaras med personliga faktorer, mannens personlighet och hans specifika egenskaper. Det är också på det individuella planet maktförhållandet mellan män och kvinnor är mest ojämnt. Att enbart förklara mäns våld mot kvinnor på individnivå gör att det finns risk att våldet förminskas och bara tros utövas av vissa typer av män, såsom alkoholister, kriminella eller sjukligt aggressiva män (1). Så är inte fallet. Mäns våld mot kvinnor förekommer inom alla kulturer och i alla sociala skikt i världen (1, 9). Att enbart analysera mäns våld mot kvinnor på individnivå kan också leda till att samhället får ökade svårigheter att arbeta med generella förebyggande åtgärder vad gäller att minska mäns våld mot kvinnor i nära relationer (1).

Strukturell nivå handlar om de strukturer som formar samhället där familjen och arbetslivet anses som de mest betydelsefulla strukturerna. Strukturer formar människors individuella handlingar men det finns även lagstiftning till grund för strukturer i samhället. Begreppet patriarkala maktstrukturer innebär att män är överordnade kvinnor. På strukturell nivå kan mäns våld mot kvinnor förklaras med att det utövas i syfte att försvara dessa maktstrukturer, såsom löneskillnader och arbetsfördelning (1).

På kulturell nivå handlar det om normer och värderingar i samhället, exempelvis synen på vad god kvinnlighet och god manlighet är samt hur samhället ser på relationen mellan kvinnor och män. Normer, vad gäller män som är överordnade kvinnor, kommer att existera så länge det finns människor som godkänner att mannen har andra rättigheter än vad kvinnan har trots sträng lagstiftning och trots att vissa människor redan tagit avstånd från dessa normer. Det tar mycket längre tid att förändra normer än lagstiftning (1).

Genom att använda flera olika perspektiv i kombination med varandra kan en förklaring till mäns våld mot kvinnor nås. Ett exempel kan vara att samhällsstrukturen präglas av bristande jämställdhet och skev maktfördelning mellan könen. Detta i kombination med socioekonomiska och individuella faktorer som psykisk sjukdom eller störning och oförmåga att hantera konflikter kan förklara varför vissa män brukar våld mot kvinnor i nära relationer (10).

### ***Förekomsten av våld mot kvinnor i nära relationer***

År 2011 anmäldes totalt 28 000 fall av våld mot en kvinna oberoende av plats och oberoende av relation till gärningsmannen. I omkring 75% av fallen var offret bekant med gärningsmannen, vilket utgör cirka 21 000 anmälningar (11). Den polisanmälda andelen av alla fall är dock en liten del av den egentliga siffran. Mörkertalet är stort. Enligt beräkningar anmäls endast ungefär en fjärdedel av alla fall, även om anmälningarna ökat något de senaste åren i takt med att mäns våld mot kvinnor i nära relationer blivit allt mer uppmärksammat. Dock är det endast ett fåtal av dessa anmälningar som leder till åtal. Många fall läggs ner på grund av brist på bevis eller att kvinnan inte vill medverka vid en polisutredning, trots att det är kvinnan själv som anmält. Detta kan bero på att kvinnan utsätts för påtryckningar och hot av den anmälda mannen och helt enkelt inte vågar fullfölja en anmälan eller att kvinnan valt att ringa polisen för att få stopp på en våldsamt situation men inte hade för avsikt att göra en anmälan. En åklagare kan på egen hand välja att driva ett mål men det blir mycket svårt utan samarbete från den utsatta kvinnan (1).

Den allra farligaste fasen för en kvinna i en våldsamt relation är när hon gör en anmälan och samtidigt lämnar mannen eftersom en anmälan provocerar och upprör mannen. Kvinnor som anmäler att de blivit misshandlade i en nära relation löper högre risk att utsättas för upprepat våld. De kvinnor som har gjort två anmälningar löper ännu högre risk att utsättas igen. Risker för upprepat våld är störst i anslutning till tiden då anmälan gjorts (10). Omkring 16 kvinnor avlider per år i Sverige till följd av dödligt våld från en man i en nära relation (1).

Faktorer som påverkar om brott anmäls eller inte är till exempel om gärningsmannen och offret är bekanta eller obekanta med varandra och om brottet begås på allmän plats eller i det privata. Våld mellan obekanta anmäls oftare än det mellan bekanta, även det våld som sker på allmän plats anmäls oftare än det som sker i det privata. Män som en gång slagit en partner tenderar att göra det igen i en kommande relation. Detta gör att det finns fler offer än gärningsmän vilket påverkar statistiken över antalet fall av mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Vissa gärningsmän förekommer också i flera anmälningar, detta kan förklaras genom att andra än målsäganden har anmält mannen, exempelvis andra familjemedlemmar eller bekanta till offret (1, 9, 10).

## ***Olika typer av våld***

Mäns våld mot kvinnor kan ta sig uttryck fysiskt, psykiskt eller sexuellt. Till fysiskt våld räknas handlingar som när mannen sparkat, slagit, knuffat eller tagit strypgrepp på kvinnan, när mannen hållit fast eller släpat kvinnan eller dunkat hennes huvud i väggen. Mannen kan även ha försökt skada kvinnan genom att använda tillhyggen eller skjutvapen (1, 2).

Till sexuellt våld hör fysiska handlingar som våldtäkt och andra sexuella övergrepp och också om kvinnan tvingats utföra sexuella handlingar eller aktiviteter inför mannen eller inför andra. Sexuellt våld kan även vara om mannen tvingar kvinnan att se på pornografi eller ha samlag i direkt anslutning till ett misshandelstillfälle (1).

Psykiskt våld kan vara att mannen kontrollerar kvinnan genom att begränsa hennes tillgångar till pengar och göra henne ekonomiskt beroende av mannen eller att isolera henne från omgivningen. Till psykiskt våld hör alla typer av hot, kränkningar och skrämelse och också om mannen hindrar kvinnan från att sova så mycket som hon har behov av. Vanligt förekommande är även att mannen lägger all skuld på kvinnan för våldshandlingarna och att mannen utnyttjar kvinnan emotionellt. Kvinnans känslomässiga band till mannen som kärlek, hat, rädsla, skam, skuld och hopp kan göra det lättare för mannen att kontrollera kvinnan och på så sätt också svårare för kvinnan att lämna mannen (1, 2).

## ***Särskilt utsatta kvinnor***

Särskilt utsatta kvinnor är de med utländsk bakgrund som kommer till Sverige för att gifta sig eller leva med en man som har permanent uppehållstillstånd. Det kan handla om giftermål med en svensk man eller ett arrangerat äktenskap med en man från samma hemland som kvinnan. I väntan på uppehållstillstånd är kvinnan beroende av mannen som kan missbruka den makt han har. Om kvinnan lämnar mannen finns det risk att hon utvisas till sitt hemland där hon kan sakna möjligheter till inkomst eller kanske inte är välkommen tillbaka av sin familj. I de fall där kvinnan träffat mannen under dennes semesterresa i hemlandet är det inte ovanligt att mannen ändrar beteende och blir hotfull så fort kvinnan kommer till Sverige. Mannen kan kontrollera kvinnan genom att undanhålla information från henne, hindra henne från att lära sig språket och skaffa vänner. Om kvinnan kommer till Sverige genom ett arrangerat äktenskap kan hon tvingas leva isolerat och följa stränga regler. Detta kan i vissa fall även gälla mannen då han kan ha tvingats till giftermålet av sin familj (1).

Missbruk förekommer inom alla olika samhällsklasser men de kvinnor som är särskilt utsatta för våld i nära relationer är de missbrukande kvinnor som redan är utsatta i samhället. Det har visat sig att kvinnor som missbrukar har mycket färre möjligheter att välja en manlig partner som inte missbrukar jämfört med en man i samma situation. Det är betydligt vanligare att en man som missbrukar alkohol eller andra droger har en relation med en kvinna som är väl integrerad i samhället och dessutom har bättre kontakt med sin familj. Kvinnor som lever i missbruksmiljöer utsätts ofta för kränkningar och hot och kan välja att stanna hos en man som misshandlar om han förser henne med droger. Dessutom har dessa kvinnor mycket svårare att söka hjälp än vad andra våldsutsatta kvinnor har (1).

Andra särskilt utsatta kvinnor är de med funktionsnedsättningar. Uppskattningsvis har 70% av alla kvinnor med psykisk funktionsnedsättning någon gång blivit utsatta för våld av en man som kvinnan haft en nära relation med men det är oklart vad den höga andelen beror på. Inte sällan handlar våldets karaktär om själva funktionsnedsättningen, sitter kvinnan till exempel i rullstol kan mannen ta ifrån henne rullstolen så att hon inte kan förflytta sig. Mannen kan utöva makt genom att kvinnan blir beroende av mannen för att klara sig, speciellt om hon har ett begränsat eller helt saknar socialt nätverk (1).

Kvinnor som tidigare blivit utsatta för våld i en nära relation och som anmäler gärningsmannen kan också ses som en riskgrupp för ytterligare våld. Ju fler anmälningar en kvinna gjort desto större tenderar risken att vara för framtida utsatthet just på grund av att en anmälan provocerar och upprör mannen (10).

### **Våldets utveckling**

Mäns våld mot kvinnor i nära relationer utvecklas stegvis, de flesta kvinnor kan vittna om samma mönster av gradvis ökat våld. Till en början kan mannens krav på kontroll av kvinnan uppfattas som att han är mån om henne och därför vill veta var hon befinner sig och vilka hon umgås med. Detta utvecklas senare till att mannen tvingar kvinnan att detaljerat redogöra för sitt sociala liv. Han börjar tycka illa om personer i kvinnans omgivning, vilket leder till att kvinnan till en början väljer att umgås med dessa personer utan närvaro av mannen. Därefter ökar mannens misstänksamhet varpå kvinnans sociala kontakter blir allt sämre för att sedan helt dö ut och hon blir isolerad till hemmet och den man hon lever med (1, 12).

Det psykiska våldet trappas sedan upp. Det börjar med att mannen nedvärderar och kränker kvinnan, inte minst i samvaro med andra då kvinnan inte kan försvara sig, och leder sedan till att det psykiska våldet tar sig i uttryck i ökade hot och mannen blir allt mer lynnig och oberäknelig. Många kvinnor upplever hot som mycket mer ångestframkallande än andra typer av våld då hoten framkallar rädsla för vad som faktiskt kan inträffa (1).

Den sista fasen när våldet övergår till en kombination av psykiskt och fysiskt sker ofta vid ett tillfälle som överrumplar kvinnan. Många kvinnor beskriver det första slaget, sparken eller strypgreppet som ”en blixtn från en klar himmel” men kan i efterhand ändå sätta det samman med en omvälvande period i förhållandet. Till exempel då paret bytt bostadsort eller då någons arbetssituation förändrats. Det är också vanligt att fysiskt våld debuterar då kvinnan är gravid och om det skett tidigare är det vanligt att våldet ökar under en graviditet. Mannen kan beskylla kvinnan för att ha varit otrogen och menar att barnet därför inte skulle vara hans och ofta slår mannen mot kvinnans mage (1).

När det fysiska våldet väl debuterat i en relation kan det komma allt oftare men med lugna perioder emellan då mannen visar ånger och omsorg om kvinnan och hon ser den man hon en gång blev förälskad i. De lugna perioderna ger kvinnan hopp om att mannen ska förbli sådan men efter ett tag går denna period över och ökade spänningar leder återigen till våld (1, 12).



## **Varför går hon inte?**

Då våldet successivt ökar blir det till slut ett normalt inslag i vardagen för båda parter. Kvinnan vänjer sig vid våldets närvaro i relationen och utvecklar en strategi att vara mannen till lags för att undvika allt för mycket våld. Mannen vänjer sig vid att bruka våld som ett påtryckningsmedel för att kontrollera kvinnan. Gränserna för vad som anses acceptabelt förskjuts. Till en början anpassar sig kvinnan i syfte att undvika våldsamma situationer, något som sedan övergår till att kvinnan gör det för att överleva. Ju mer beroende kvinnan har blivit av mannen desto svårare är det att lämna relationen vilket är en förklaring till varför kvinnan inte går. Lika viktigt är det dock att förstå vad det är som gör att kvinnan till slut lämnar mannen. Det kan ske genom ett fysiskt uppbrott då kvinnan upplever att hon kommer att förlora livet, antingen på grund av upptrappat fysiskt våld eller genom psykisk nedbrytning, eller att hon ser att barnen far illa (13).

Ett känslomässigt uppbrott kan ske då tidigare starka känslor som kärlek eller hat kan övergå till att kvinnan blir likgiltig och inte längre känner någonting för mannen. En tredje orsak till att kvinnan lämnar mannen kan vara att hon till sist kan definiera det hon utsatts för som våld och först då lägga skulden på mannen istället för på sig själv. Om kvinnan inte får stöd från omgivningen är det vanligt att hon återvänder till mannen både en och två gånger innan uppbrottet blir definitivt (13).

## **Hälso- och sjukvårdens ansvar**

Hälso- och sjukvården utgör en viktig roll både i att upptäcka och förebygga våld i nära relationer samt i att stödja och hjälpa utsatta kvinnor (13). I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står det att god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen är målet för hälso- och sjukvården i Sverige. Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bland annat att den skall tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt gynna goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen (8). Våldsutsatta kvinnor har rätt till ett adekvat omhändertagande oavsett var eller inom vilken instans de söker hälso- och sjukvård (14).

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskan ett ansvar att arbeta för att de mänskliga rättigheterna respekteras samt utföra åtgärder som tillgodoser framför allt svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov (15). Det har visat sig att den beredskap sjukvården har för att ta hand om våldsutsatta kvinnor skiljer sig mycket mellan de olika landstingen och också inom varje landsting. Störst beredskap tycks akutmottagningar och gynekologiska mottagningar ha, alltså de ställen där våldsutsatta kvinnor främst söker akut hälso- och sjukvård (14).

Kvinnorna kan även söka för smärta, oro, ångest, magont och andra symtom, då framför allt inom primärvården, vilket gör att orsaken till besvären inte alltid uppmärksammas och de får inte den hjälp de behöver. Hälso- och sjukvården kan vara den enda kontakten med en myndighet som kvinnorna har. Det är därför av största vikt att vårdpersonal har kunskap i att uppmärksamma och identifiera våld mot kvinnor i nära relationer samt kan ge adekvat vård (14).

Våldsutsatta kvinnor har varit med om ett trauma och är kanske både fysiskt, psykiskt, socialt och rättsligt skadade där de söker sjukvård, något som är viktigt att känna till som vårdpersonal. Dessutom har många av dessa kvinnor fortfarande känslomässiga band till gärningsmannen i detta skede. Anledningen till att de till slut ändå söker sjukvård kan vara att våldet lett till så pass allvarliga fysiska och psykiska skador att de inte längre kan vänta (14).

Bemötandet från sjukvårdspersonalen är av största vikt när kvinnorna söker vård och också avgörande för kvinnornas eget agerande. Ett dåligt bemötande kan vara att vårdpersonal upplevs som oengagerad, anser att kvinnan själv hade kunnat förhindra skadan, bagatelliserar skadan, misstolkar kvinnan eller har en attityd som ger uttryck av att kvinnan kan skylla sig själv. Ett gott bemötande är en förutsättning för att våldsutsatta kvinnor ska känna tillit till vårdpersonalen och våga berätta om våldet. Det är det första steget till att bryta en ond cirkel och kunna förbättra de utsatta kvinnornas hälsotillstånd (14).

## Tidigare forskning

Vårdpersonal, framför allt inom akutsjukvården, utgör ofta den första vårdkontakten för kvinnor utsatta för våld i nära relationer och är därför de som har störst möjlighet att upptäcka och identifiera våldet. Dock har det visat sig att långt ifrån alla utsatta kvinnor blir uppmärksammade. Vårdpersonalen upplever att de inte har tillräcklig kunskap i att upptäcka våld i nära relationer vilket leder till att dessa kvinnor inte får adekvat vård och omsorg. Ofta behandlas de fysiska skadorna men kvinnornas psykiska ohälsa uppmärksammas inte (16). Många kvinnor upplever till och med att de blir ignorerade då de berättar vad de varit med om och att personal inom hälso- och sjukvården varken bemöter kvinnornas historier eller vidtar några åtgärder (17).

En metod för att upptäcka fler fall av våld mot kvinnor i nära relationer skulle vara att ställa en rutinmässig fråga om detta (16). Det finns dock en rädsla i att våga ställa frågan. De vanligaste anledningarna till att vårdpersonalen inte frågar är på grund av respekt för kvinnornas integritet, svårigheter med att formulera frågan och ställa den vid rätt tillfälle, rädslan för svaret samt att vårdpersonalen har för lite erfarenhet och utbildning om våld mot kvinnor. Många sjuksköterskor upplever sig ha fått för lite information om våld mot kvinnor i deras grundläggande sjuksköterskeutbildning och de flesta tycker att mer utbildning inom området är välkommet. Detta eftersom viss kunskap är viktig vid omvårdnaden av kvinnorna som blivit utsatta för våld (18). Det har visat sig att de sjuksköterskor som frivilligt, genom bland annat kurser, ökat sin kunskap om våld i nära relationer känner sig mer bekväma och säkra i mötet med utsatta kvinnor och därför har lättare att föreslå adekvata omvårdnadsåtgärder (19).

Kvinnorna däremot, tar inte illa upp av att bli tillfrågade. De upplever snarare att direkta frågor kan underlätta för dem att faktiskt släppa spärren och berätta vad de varit med om (16, 17, 20). Detta skapar även möjligheter att diagnostisera och behandla den våldsutsatta kvinnan. Frågan i sig kan inte förhindra att våldet upprepas men är ett första steg i att kunna bryta en våldsspiral (16, 17). Det är större sannolikhet att kvinnorna berättar om våldet om de blir tillfrågade än vad det är om de inte får frågan. Kvinnorna känner sig trygga att prata om våldet om vårdpersonalen är respektfull och empatisk, lyssnar aktivt, förklarar hur våldet påverkar hälsan, inte pressar kvinnorna samt om kvinnorna känner att de befinner sig i en trygg, säker och stödjande miljö (20).

## **Teoretisk referensram**

I Patersons och Zderads humanistiska omvårdnadsteori är meningen med omvårdnad själva omvårdnadshandlingen och målet är ett upplevt välbefinnande hos patienten vilket leder till hälsa. Omvårdad bygger på relationen mellan vårdpersonal och patient, en så kallad vårdrelation (21). En vårdrelation är ett komplext begrepp med många betydelser men kan ses som grundläggande för allt vårdande. Vårdrelationen kan beskrivas som värdeneutral, alltså ett likvärdigt förhållande mellan patient och vårdpersonal. Ett annat sätt att beskriva begreppet är värdepositivt där vårdrelationen leder till positiva effekter för patienten. Begreppet kan även ses som tvetydigt där en vårdrelation inte alltid är vårdande (22). Inom hälso- och sjukvården sker ständigt svåra möten mellan vårdpersonal och patient, inte sällan där patienten befinner sig i kris. Ett sådant möte kan vara det mellan vårdpersonal och en kvinna utsatt för våld i en nära relation där vårdpersonalen har ansvar att, genom ett professionellt förhållningssätt, hjälpa kvinnan ur krisen (23).

Paterson och Zderad använder också filosofen Bubers begrepp ”jag-du-relation” för att beskriva relationen mellan patient och vårdpersonal (21). En ”jag-du-relation” kännetecknas av ömsesidighet, jämlikhet, acceptans och bekräftelse. Ömsesidighet innebär att se relationen från båda sidor men fullständig ömsesidighet är inte möjligt att uppnå i en vårdrelation då vårdpersonal och patient har olika roller och funktioner. Ofrånkomligen befinner sig patienten i ett underläge gentemot vårdpersonalen eftersom patienten är i behov av hjälp, något som vårdpersonalen har som uppgift att tillgodose. Trots dessa hinder till fullkomlig ömsesidighet är det ändå möjligt att skapa en relation som bygger på trygghet och förtroende. Ingen vårdrelation är helt jämlik eftersom patienten alltid är mer sårbar än vad vårdpersonalen är. Dessutom vet vårdpersonalen också mer om patienten än vad patienten vet om vårdpersonalen. För ökad jämlikhet är det viktigt att patient och vårdpersonal har ett gemensamt mål att arbeta tillsammans mot. Acceptans innebär att båda parter accepterar varandra som de är, vilket i praktiken betyder att vårdpersonalen accepterar patienten oberoende av vilket tillstånd patienten befinner sig i och oberoende av vilken hjälp patienten är i behov av. För att uppnå en ”jag-du-relation” krävs också bekräftelse vilket innebär att vårdpersonalen inte bara accepterar patienten som den är utan också bekräftar dennes styrkor och resurser för att på så sätt öka patientens möjligheter att utveckla och förändra sina färdigheter (24).

En god vårdrelation är en förutsättning för att patienten ska kunna uttrycka sina behov, önskingar och tankar. Det är vårdpersonalens ansvar att skapa en vårdrelation där patienten känner trygghet och tillit. För att detta ska vara möjligt krävs det att vårdpersonalen kan engagera sig i andra människor, skapa en dialog och utgå från patientens egen berättelse samt vara närvarande i stunden (23).

## **Problemformulering**

I bakgrunden beskrivs mäns våld mot kvinnor i nära relationer ofta utifrån vårdpersonalens perspektiv eller syftar till att ge kunskap om hur våldet kan se ut och vilka skador kvinnorna drabbas av. Det finns en kunskapslucka vad gäller hur utsatta kvinnor själva upplever mötet med vården. Uppmärksammas inte detta kan inte vårdpersonalen bemöta dessa kvinnor på det sätt de önskar vilket kan leda till negativa konsekvenser för omvårdnaden. Bemötandet från sjukvårdspersonalen är av största vikt när kvinnorna söker vård och också avgörande för kvinnornas eget agerande. Det är därför viktigt att öka kunskapen om ämnet för att kunna förbättra omhändertagandet.

## **Syfte**

Syftet är att fördjupa kunskapen om hur kvinnor utsatta för våld i nära relationer upplever mötet med vården.

## **Metod**

Denna studie genomfördes som en litteraturöversikt, även kallad allmän litteraturstudie. En litteraturöversikt innebär att en översikt skapas av kunskapsläget inom ett specifikt område. Den kunskap som påträffades i forskningsresultaten inom det valda ämnet granskades och analyserades och sammanfattades slutligen (25).

## ***Datainsamling***

Litteratur till studien söktes i databaserna Cinahl och PubMed. Dessa databaser valdes för att artiklar med vetenskaplig grund skulle finnas samt för att artiklarna skulle ha ett omvårdnadsperspektiv. Svensk MeSH användes för att hitta passande sökord. De sökord som användes var: intimate partner violence, domestic violence, health care, qualitative, nursing och experiences of health care. De begränsningar som gjordes i databasen Cinahl var att artiklarna skulle vara gjorda mellan år 1996-2012 och vara peer reviewed. I databasen PubMed gjordes bara begränsningen att artiklarna skulle vara gjorda mellan år 1996-2012 då alla artiklar i PubMed redan är peer reviewed.

Sökorden användes i olika kombinationer och med hjälp av boolesk sökologi där sökorden kopplas ihop med hjälp av en operator, i detta fall "AND". Databasen söker på så sätt efter dokument som handlar om båda termerna, till exempel domestic violence AND health care (26).

Två artiklar hittades också med hjälp av så kallad sekundär sökning, det vill säga att vi fann artiklarna intressanta då de ofta förekom i andra artiklars referenslista. Vi gjorde därför en manuell sökning på hela artiklarnas namn och fann dem i databasen PubMed. Se tabell 1.

## ***Urval***

Inklusionskriterier var att studierna skulle vara kvalitativa eftersom studien syftar till att fördjupa kunskapen om kvinnornas subjektiva upplevelser med mötet med vården. Artiklarna skulle vara publicerade på svenska eller engelska. Kvinnorna i studierna skulle vara över 18 år, studierna skulle vara västerländska och vara primärkällor samt ha ett etiskt förhållningssätt. Exklusionskriterier var att våldet inte skulle utföras av någon av samma kön och inte heller av någon annan än en partner, som till exempel hedersrelaterat våld. Studierna skulle inte heller handla om familjens, närståendes eller vårdpersonalens perspektiv.

Tabell 1. Resultat och urval av databassökningar.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar
Cinahl	domestic violence AND health care	peer reviewed, 1996-2012	437	
Cinahl	domestic violence AND health care AND qualitative	peer reviewed, 1996-2012	66	(27) (28) (29) (30)
Cinahl	domestic violence AND experiences of health care	peer reviewed, 1996-2012	10	
Cinahl	domestic violence AND health care AND nurse	peer reviewed, 1996-2012	66	
Cinahl	intimate partner violence AND health care	peer reviewed, 1996-2012	381	
Cinahl	intimate partner violence AND health care AND qualitative	peer reviewed, 1996-2012	58	(31) (32)
Cinahl	intimate partner violence AND experiences of health care	peer reviewed, 1996-2012	12	(33)
PubMed	"intimate partner violence" AND health care AND qualitative	1996-2012	86	
PubMed	"intimate partner violence" AND health care AND qualitative AND nursing	1996-2012	37	(34)
PubMed			1	(35)
PubMed			1	(36)

### **Dataanalys**

För att granska och värdera artiklarnas kvalitet gjordes en kvalitetsbedömning enligt mall (37). De valda artiklarna lästes grundligt ett flertal gånger för att vi skulle få bra förståelse för innehållet och kunna ta ut den viktigaste informationen. Artiklarna jämfördes med varandra vad gäller likheter och skillnader i teoretiska utgångspunkter, metodologiska tillvägagångssätt, analysgång och syften. Vidare identifierade vi också likheter och skillnader i studiernas resultat för att finna teman och underteman.

## **Etiska överväganden**

I denna litteraturstudie har etiska överväganden gjorts. De artiklarna som inkluderats har granskats av en etisk kommitté, vilket bland annat innebär att kvinnorna deltagit frivilligt samt haft rätt att avbryta sitt deltagande under studiens gång. Under analysarbetet eftersträvades objektivitet och att resultatet skulle presenteras utan att texten blivit förvrängd eller personliga åsikter påverkat.

## **Resultat**

Utifrån analysen bildades två huvudteman: *Kommunikation* och *Relationen till vårdpersonalen*. Temat *Kommunikation* har underteman *Att bli tillfrågad*, *Rädsla* och *Svårigheter att delge*. Temat *Relationen till vårdpersonalen* har underteman *Upplevelser av ett gott bemötande*, *Brister i vårdrelationen* och *Förhållningssätt hos vårdpersonalen som underlättar*. Se figur 1.

Kommunikation	Att bli tillfrågad
	Rädsla
	Svårigheter att delge
Relationen till vårdpersonalen	Upplevelsen av ett gott bemötande
	Brister i vårdrelationen
	Förhållningssätt hos vårdpersonalen som underlättar

Figur 1. Översikt av resultat

## **Kommunikation**

### **Att bli tillfrågad**

Få kvinnor berättar öppet om våldet för vårdpersonalen (28, 33), kvinnorna känner oftast för mycket skam och rädsla för att själva berätta om våldet (30, 35). Hade kvinnorna inte blivit tillfrågade hade de inte självmant berättat (28, 33). Utsatta kvinnor anser att rutinmässiga frågor om våld i nära relationer skapar möjligheter att uppmärksamma problemet även om kvinnorna kanske inte skulle svara helt sanningsenligt på frågorna (31). Vissa kvinnor väljer att berätta efter att ha fått en direkt fråga av vårdpersonalen, andra förnekar det (28). Det är vanligare att kvinnorna istället antyder om att de blivit utsatta för våld, berättar vissa delar, förminskar våldets omfattning eller förändrar historien om hur det gått till (28, 33). En kvinna förklarar:

*”And I didn't tell him at that time that my husband did it, I told him I fell down the stairs... I was already to the point where I wanted somebody to know because I don't have stairs at my house, so I was making a lie that I wanted somebody to see through” (28 s 125).*

Om vårdpersonalen initierar en diskussion genom att antingen fråga kvinnan eller själva uppmärksamma våldet uppskattar många kvinnor att prata om vad de blivit utsatta för (35). Kvinnorna vill att vårdpersonalen ska ta kontroll över situationen och de kan tänka sig att prata om sina individuella upplevelser för att på så sätt få hjälp (33, 36).

Det som gör att vissa kvinnor berättar om våldet är bland annat att vårdpersonalen lovar att inte lämna informationen vidare (28). Det krävs också att vårdpersonalen lugnar kvinnorna och förklarar att det inte är deras fel att de blivit utsatta (36). Kommunikation kring våld i nära relationer, som en fråga kan öppna för, skapar också möjligheter för sjuksköterskor att informera om möjliga alternativ och resurser i samhället som kan vara till hjälp för kvinnorna (31).

## Rädsla

De känslor som är vanligast hos kvinnor som söker vård efter att ha blivit utsatta för våld i en nära relation är rädsla och skam (27, 30). Framförallt känner de rädsla och oro för hur barnen har det under tiden kvinnan inte är med dem men också för vad som ska komma att hända med barnen framöver (30). Kvinnorna är rädda att barnen ska omhändertas om våldet uppdagas (27, 28, 33). En kvinna delger sin rädsla:

*"I was pregnant again... I didn't know what would happen to me /.../  
Maybe they're going to take me out of the house and they're going  
to take my kids..." (33 s 86-87).*

Kvinnorna känner oftast också rädsla för sin partner och osäkerhet kring vad han kan vara kapabel till att göra mot dem (30). Om våldet exempelvis avslöjas till en familjemedlem, vårdgivare eller polis är kvinnorna rädda att hotas av partnern och vad hoten skulle kunna leda till. Kvinnorna tror i många fall att våldet ska trappas upp och att de själva eller deras barn kan bli dödade (27, 33, 34).

## Svårigheter att delge

Många kvinnor känner rädsla att delge vårdpersonalen information om våldet de varit utsatta för på grund av konsekvenserna de tror ett avslöjande kan leda till (27, 28, 33, 36). För att kvinnorna ska våga berätta måste de därför veta vad som ska hända, ett ansvar som ligger på vårdpersonalen att vara tydlig och ärlig med (33, 34). Kvinnorna känner svårigheter att berätta om våldet eftersom de är osäkra på om vårdpersonalen kan hantera informationen på rätt sätt (28). En kvinna berättar om sina erfarenheter:

*"I wouldn't know how much time I had. I wouldn't know if he [the doctor] was going to say something as I'm going out the door where my husband would hear. I wouldn't know how educated this person was in that, to pick up cues, to pick up on anything. Some people can't" (28 s 124).*

Kvinnorna är också oroliga för att våldet ska rapporteras vidare eller att information inte hålls hemlig om kvinnan så önskar (28). Vissa kvinnor tror att ett avslöjande kan leda till att de blir tvingade att söka hjälp på en kvinnojour samt att de förlorar barnen (33). De vill heller inte känna sig tvingade att lämna sin partner innan de själva är redo att göra det (28). Därför väljer många kvinnor att inte delge sin historia om våldet (33).

Andra orsaker till att kvinnorna inte väljer att berätta kan vara att partnern finns närvarande vid vårdtillfället (30, 35) eller att de upplever brist på resurser och stöd från samhället (30). Kvinnorna känner även en oro inför ett eventuellt avslöjande eftersom de riskerar att släppa kontrollen och att beslut tas ur deras händer (35).

## **Relationen till vårdpersonalen**

### **Upplevelsen av ett gott bemötande**

Kvinnorna upplever att de får ett gott bemötande när vårdpersonalen är hjälpsam och sympatisk (27, 36). Har vårdpersonalen dessa egenskaper känner kvinnorna lättnad och kan vara ärliga med att de symtom och skador de fått orsakats av våld från deras partner. Vid ett gott bemötande upplever inte kvinnorna att vårdpersonalen tvingar dem att lämna det destruktiva förhållandet de lever i. Kvinnorna känner istället att de får det stöd och den information de behöver för att själva kunna ta beslutet att lämna förhållandet (27).

En viktig del i ett gott bemötande är att vårdpersonalen ger kvinnorna bekräftelse. Att få bekräftelse är lika viktigt oberoende av om kvinnorna direkt eller indirekt avslöjat våldet eller om vårdpersonalen direkt genom en fråga eller indirekt genom observation har identifierat våldet (28, 35). Om vårdpersonalen tror sig ha uppmärksammat att kvinnorna utsatts för våld är det av stor betydelse att tala om det. Dessutom är det viktigt att försöka få kvinnorna att förstå att det är ett felaktigt beteende från männens sida och att kvinnorna är värda något bättre (28, 32). Bekräftelse från vårdpersonalen kan få kvinnorna att känna lättnad och tröst. De kan känna sig hjälpta av att veta att någon annan vet om våldet. Bekräftelse kan också ge kvinnorna insikt om hur allvarligt det är med våld i nära relationer och vara början på en förändring (28). En kvinna delar med sig:

*"It was very helpful for me to realize that someone knew - that it was apparent enough that someone who didn't know me very intimate could still pick up on it. Definitely helped me to get the strength to leave" (28 s 126).*

### **Brister i vårdrelationen**

Många kvinnor upplever brist på mänsklighet, medkänsla, omsorg och förståelse hos vårdpersonalen (27, 30) som även ter sig obekymrade och kontrollerande gentemot kvinnorna samt har en stressad framtoning (30, 36). På grund av detta kan vårdpersonalen inte heller ge optimal omvårdnad till kvinnorna. Vårdpersonalen upplevs bara ha tid att behandla de fysiska skadorna utan att bry sig om hur de uppkommit. Då de bortser från kvinnornas psykiska skador (30, 34) uppdagas oftast inte våldet (27). Vårdpersonalen upplevs i många fall också som respektlösa (33), ointresserade, osympatiska, känslökalla, oförsänkda och obekväma i situationen (27, 35, 36). Det förekommer att vårdpersonalen bagatelliserar våldet, ignorerar kvinnorna och även gör narr av dem (27) samt pratar över deras huvuden (36). En kvinna upplevde vårdpersonalens brist på förståelse genom en nedvärderande kommentar:

*"Next time, try to defend yourself better" (27 s 10).*



Många kvinnor upplever dessutom vårdpersonalen som mekaniska i sitt arbete och att de behandlar kvinnorna som på löpande band. Många gånger känner kvinnorna också att de får ett kallt och distanserat bemötande när de söker någon att berätta deras djupaste och mörkaste historier för (33). Brist på kontinuitet hos vårdpersonalen utgör ett hinder för en förtroendefull vårdrelation och att kvinnorna ska kunna berätta vad de varit utsatta för (35).

## **Förhållningssätt hos vårdpersonal som underlättar**

För att skapa en god vårdrelation är det viktigt att vårdpersonalen har erfarenhet av kvinnor utsatta för våld i nära relationer, att de alltid respekterar kvinnans egen autonomi och låter henne få vara anonym (31). En förutsättning för att kvinnorna ska kunna ha en ärlig kommunikation om våldet de utsatts för är att de känner tillit till vårdpersonalen. Kvinnorna vill kunna lita på att vårdpersonalen har en god omvårdnad om dem och att de kan berätta om våldet utan att något händer dem eller barnen (33). Lika viktigt som att vårdpersonalen frågar kvinnorna om våldet är att de lyssnar aktivt till det kvinnan berättar, visar att de bryr sig, pratar i enrum, informerar om vilka alternativ och möjligheter som finns samt har dörren öppen till kvinnorna då de känner sig redo att berätta (30, 33). En kvinna berättar om ett positivt möte med vårdpersonalen:

*”She told me that a lot of women came in here and they're abused by their husband. She started telling me stories about other women and then asked me. I felt more comfortable talking then” (30 s 468).*

Viktiga egenskaper hos vårdpersonalen är att visa medkänsla, se till att kvinnan känner sig säker (30) och lugna henne. Om kvinnorna får höra att det inte är deras fel att de blivit utsatta för våld av deras partner är det lättare för dem att berätta vad de varit med om (36). Andra viktiga egenskaper är att vårdpersonalen är stöttande och inte dömer kvinnorna. Då känner kvinnorna förtroende för vårdpersonalen och mindre skuld för sin situation vilket leder till en positiv vårdrelation (32).

För att skapa ett förtroende krävs det att vårdpersonalen är närvarande, tar sig tid att lyssna för att stärka kvinnans självkänsla samt visar intresse för kvinnans liv och historia (29). Kvaliteten på relationen mellan kvinnorna och vårdpersonalen påverkar också i vilken utsträckning kvinnorna använder sig av hälso- och sjukvården (32).

## **Diskussion**

### ***Metoddiskussion***

I studien användes tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Vi valde att inte begränsa sökningarna till ett för snävt tidsspänn då artiklarna skulle vara publicerade eftersom vi ansåg att även något äldre artiklar kunde vara värdefulla för resultatet. Vi fann en artiklen från 1996 med stor relevans för resultatet, därför valde vi att begränsa sökningarna till år 1996-2012. Områden som handlar om relationer och bemötande förändras inte så pass mycket över tid så att det skulle gjort skillnad i studiens resultat. Vi valde att begränsa sökningen till västerländska artiklar då det är den delen av världen vi kan relatera till. Vi är medvetna om att resultatet kunnat bli annorlunda om vi inkluderat artiklar från andra delar av världen.

En svaghet kan vara att flertalet av de artiklar som valdes ut har sitt ursprung i USA vilket kan ha påverkat resultatet men vi anser ändå att resultatet beskriver ett bredare perspektiv eftersom flera av dessa artiklar innehåller forskning om kvinnor med olika etnisk bakgrund och ur olika samhällsklasser. Många artiklar visade på samma resultat vilket vi anser styrker trovärdigheten i denna litteraturstudie. För att värdera artiklarna gjordes en kvalitetsbedömning vilket vi också anser styrker litteraturstudiens resultat. Samtliga artiklar som inkluderats har även ett etiskt förhållningssätt vilket är av stort värde.

## **Resultatdiskussion**

För att kvinnor utsatta för våld i nära relationer ska bli hjälpta av att söka sjukvård krävs det en trygg och tillitsfull vårdrelation mellan vårdpersonal och patient, något som också finns väl förankrat i Paterson och Zderads omvårdnadsteori (21). Det är av största vikt att kvinnorna upplever ett gott bemötande från vårdpersonalen vilket är en förutsättning för en god relation. Vi tycker det är anmärkningsvärt vilka brister det finns i vården som uppmärksammats i resultatet och vi har tagit del av flera exempel på dåligt bemötande av vårdpersonalen gentemot kvinnorna. Inom temat för brister i vårdrelationen beskriver kvinnorna exempelvis att de får ett kallt bemötande från vårdpersonalen, att de känner sig ignorerade och att våldet de utsatts för förminskas. Detta överensstämmer med tidigare forskning som visar på samma resultat (16, 17) vilket vi tycker är skrämmande. Att vårdpersonal upplevs som respektlös och gör narr av patienterna borde aldrig få förekomma. Kanske kan detta förhållningssätt bottna sig i brist på kunskap?

Tidigare forskning har visat att vårdpersonal tycker sig ha för lite kunskap om våld i nära relationer för att kunna bemöta kvinnorna (16, 18). Resultatet i denna studie har också visat på att kvinnorna känner svårigheter att delge sina upplevelser av våld i nära relationer eftersom de inte tror att vårdpersonalen kan hantera informationen på rätt sätt. Kunskap om våld i nära relationer är av största vikt för att kunna upptäcka och identifiera detta när kvinnorna söker vård (14). För att kvinnorna ska kunna prata med vårdpersonalen om våldet krävs det också att de känner sig trygga, att vårdpersonalen inte pressar dem samt att vårdpersonalen berättar hur våldet påverkar hälsan (20). Kanske är det så att vårdpersonalens osäkerhet och okunskap i mötet med kvinnorna är så uppenbart att kvinnorna inte känner sig trygga och inte heller kan delge sina erfarenheter? Vi tror att genom att lyfta och belysa det goda mötet kan vårdpersonalen öka sin kunskap om hur kvinnorna önskar bli bemötta vilket får en positiv inverkan på hela mötet och vårdrelationen mellan patient och vårdpersonal.

Resultatet i denna studie visar på att kvinnorna upplever att de får ett gott bemötande om de, av vårdpersonalen, inte känner sig tvingade att lämna sin partner utan att vårdpersonalen istället informerar om vilka alternativ som finns, respekterar kvinnans självbestämmande och håller dörren öppen till kvinnan då hon är redo att berätta om våldet eller lämna mannen. Detta i likhet med tidigare forskning (20). I resultatet framkommer det även att bekräftelse utgör en central del i ett gott bemötande vilket kan relateras till av Bubers "jag-du-relation" där det ses som väsentligt med bekräftelse av styrkor och resurser i syfte att öka människors möjligheter att själva utveckla sina förmågor (24).

Vi anser också att en del i ett gott bemötande handlar om vårdpersonalens förförståelse om våld i nära relationer. Det är mycket viktigt att känna till vilka orsaker det kan finnas till att kvinnan stannar kvar hos sin partner, trots våldet. Kanske är hon ekonomiskt beroende av honom, känner rädsla inför vad som ska hända med barnen om hon lämnar förhållandet eller så har hon fortfarande känslomässiga band till mannen, några möjliga orsaker som belyses i bakgrunden (13, 14). I resultatet har det framkommit att kvinnorna ofta är rädda för att våldet ska trappas upp om de lämnar förhållandet vilket är mycket relävent då detta styrks av studier om våldets utveckling (1). De kvinnor som anmäler våldet löper större risk att utsättas för ökat våld och bli dödade (10). Det är ett faktum att cirka 16 kvinnor i Sverige varje år avlider till följd av våld i nära relationer (1). Ett skrämmande stort antal vilket visar på att kvinnornas rädsla är befogad, något som vi anser att vårdpersonalen bör känna till. Vi anser återigen att det är av största vikt att vårdpersonalen respekterar kvinnans eget beslut till att lämna eller stanna i förhållandet, vilken behandling hon vill genomgå samt vilken hjälp och resurser hon vill utnyttja.

Det vi som vårdpersonal kan göra är att stötta kvinnan och hjälpa henne på det sätt hon önskar i den takt hon vill. Vi tycker det är viktigt att få kvinnan att se på sin situation ur olika perspektiv för att hjälpa henne ur den, men samtidigt är det också av största vikt att respektera kvinnans självbestämmande eftersom hon kanske ändå är den som vet vad som är bäst för henne och eventuella barn. Tills kvinnan är redo att ta steget att lämna mannen och göra en eventuell anmälan tror vi det är viktigt att som vårdpersonal visa att man finns där för kvinnan när hon önskar, inte tvinga henne till något hon inte vill eller möta henne med respektlöshet. Genom detta professionella förhållningssätt tror vi kvinnan känner sig bekräftad samt känner tillit och trygghet till vårdpersonalen och en god vårdrelation har upprättats. Vårdpersonalens professionella förhållningssätt omnämns i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (15) och styrks även av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) där det bland annat står att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt gynna goda kontakter mellan patienten och vårdpersonalen (8).

Ett intressant fynd är att, till skillnad från tidigare forskning som visat på att vårdpersonal känner osäkerhet kring att ställa en direkt fråga om våld i nära relationer till en kvinna de tror är utsatt (18), visar resultatet av denna litteraturstudie tvärtom att kvinnorna vill bli tillfrågade. Vi anser att det är intressant hur förutfattade meningar kan ligga till grund för sjuksköterskans agerande vad gäller omvårdnad och bemötande. Något som vi tror med allra största sannolikhet också påverkar vården de utsatta kvinnorna får, eller den vård de således inte får, men är i stort behov av. Om vårdpersonalens agerande och bemötande beror på okunskap kring våld i nära relationer och hur utsatta kvinnor upplever mötet med vården är risken att mörkertalet förblir stort. Skulle detta stämma har vi ändå en ganska konkret uppgift att arbeta med nämligen att öka kunskapen inom området vilket kan leda till att kvinnorna känner att de får ett bättre bemötande och fler fall av våld i nära relationer kan upptäckas tidigare.

I resultatet är det också tydligt att förhållningssätt hos vårdpersonalen är av stor betydelse för huruvida mötet och kontakten med kvinnan blir samt vilket förtroende kvinnan får för vårdpersonalen. Egenskaper som att vara hjälpsam och sympatisk lyfts fram. Vi anser att dessa egenskaper är grundläggande för varje person som arbetar inom vården.

Med den kunskap vi författare nu har, vet vi att om vårdpersonalen har egenskaper som att vara hjälpsam och sympatisk upplevs de kunna ge utsatta kvinnor ett gott bemötande och på så sätt bygga en trygg och tillitsfull vårdrelation. Vikten av ett gott bemötande styrks av Björck och Heimers kapitel om hälso- och sjukvårdens ansvar (14). Mörkertalet vad gäller kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer är stort. Varje chans att upptäcka nya fall bör ses som värdefullt för hälso- och sjukvården för att hjälpa de kvinnor som i dagsläget inte uppmärksammas.

### ***Implikation***

Denna litteraturstudie bidrar till att öka kunskapen om vårdpersonalens bemötande av kvinnor utsatta för våld i nära relationer; vilka brister som finns och hur kvinnorna upplever ett gott bemötande. Vi anser att all vårdpersonal kan ta del av denna studies resultat då våldsutsatta kvinnor påträffas inom alla delar av sjukvården. Om vårdpersonalen kan bemöta dessa kvinnor på ett bättre sätt kan fler fall av våld i nära relationer förhoppningsvis också upptäckas. För ytterligare kunskap kan vårdpersonalen ta del av annan forskning inom området eller delta vid exempelvis föreläsningar och utbildningsdagar.

För vidare forskning hade det hade varit intressant att fördjupa sig inom ämnet och belysa problemområdet utifrån svenska förhållanden. Det hade varit spännande att möta våldsutsatta kvinnor på exempelvis kvinnojourer och undersöka vilka erfarenheter de har av den svenska hälso- och sjukvården.

## Referenslista

1. Eliasson M, Ellgrim B. Mäns våld mot kvinnor i nära relationer: en kunskapsöversikt [Elektronisk resurs]. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2006.
2. Nationellt Centrum för Kvinnofrid. Våld i nära relationer: Uppsala universitet; [cited 2012 08-29]. Available from: [http://www.nck.uu.se/kunskapscentrum/kunskapsbanken/amnen/vald\\_i\\_nara\\_relationer/vald\\_i\\_nara\\_relationer\\_ammesguide/](http://www.nck.uu.se/kunskapscentrum/kunskapsbanken/amnen/vald_i_nara_relationer/vald_i_nara_relationer_ammesguide/)
3. Violence against women: WHO Consultation, Geneva, 5-7 February 1996 Geneva: World Health Organization; 1996. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH\\_WHD\\_96.27.PDF](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.PDF).
4. Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women: World Health Organization; 2011. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/index.html>.
5. Nationellt Centrum för Kvinnofrid. Bemötande och behandling: Uppsala Universitet; [cited 2012 08-29]. Available from: [http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/Praktik+och+metod/H%C3%A4lso-+och+sjukv%C3%A5rdens+ansvar/Bemotande\\_och\\_behandling/](http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/Praktik+och+metod/H%C3%A4lso-+och+sjukv%C3%A5rdens+ansvar/Bemotande_och_behandling/).
6. UN Declaration on the Elimination of Violence Against Women 1993. Commonwealth Law Bulletin. 1994;20(1):280.
7. Nationellt Centrum för Kvinnofrid. Mäns våld mot kvinnor: Uppsala Universitet; [cited 2012 08-29]. Available from: [http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans\\_vald\\_mot\\_kvinnor/Mans\\_vald\\_mot\\_kvinnor\\_ammesguide/](http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans_vald_mot_kvinnor/Mans_vald_mot_kvinnor_ammesguide/)
8. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet; [cited 2012-09-05]. Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/).
9. Eliasson M. Att förstå mäns våld mot kvinnor In: Heimer GM, Sandberg D, editors. Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar. Lund: Studentlitteratur; 2008. Sid 41-62
10. Nilsson L. Våld mot kvinnor i nära relationer: en kartläggning. Stockholm: 2002.

11. Brottsförebyggande rådet. Kvinnomisshandel. Stockholm: BRÅ; [cited 2012-09-05]. Available from: <http://www.bra.se/bra/brott--statistik/kvinnomisshandel.html>.
12. Kvinnofridslinjen. Våld mot kvinnor Uppsala: Akademiska sjukhuset; [cited 2012-09-05]. Available from: <http://kvinnofridslinjen.se/index.php?page=vald-mot-kvinnor>.
13. Nordborg G. Våld i vardagen. In: Heimer GM, Sandberg D, editors. Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar. Lund: Studentlitteratur; 2008. Sid 63-88
14. Björck A, Heimer GM. Hälso- och sjukvårdens ansvar. In: Heimer GM, Sandberg D, editors. Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar. Lund: Studentlitteratur; 2008. Sid 111-156
15. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2007 [cited 2012-09-10]. Available from: <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20%20webb2.pdf>.
16. Seibold C, Reisenhofer S. Emergency department care of women experiencing intimate partner violence: are we doing all we can? Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession. 2007;24(1):3-14.
17. Lutenbacher M, Cohen A, Mitzel J. Do we really help? Perspectives of abused women. Public health nursing (Boston, Mass). 2003;20(1):56-64.
18. Häggblom AME, Hallberg LRM, Möller AR. Nurses' attitudes and practices towards abused women. Nursing & health sciences. 2005;7(4):235-42.
19. Häggblom A, Möller A. On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. Qualitative Health Research. 2006;16(8):1075-90.
20. Plichta SB. Interactions Between Victims of Intimate Partner Violence Against Women and the Health Care System: Policy and Practice Implications. Trauma, Violence, & Abuse. 2007;8(2):226-39.
21. Zderads L, Paterson J. Humanistic Nursing: The Project Gutenberg eBook; 2007 [cited 2012 -10-08].
22. Björck M, Sandman L, Institutionen för v, University College of B, Höskolan i B, School of Health S. Vårdrelation. Ett försök att tydliggöra begrepps användningen. Vård i Norden. 2007.

23. Snellman I. Vårdrelationer - en filosofisk belysning. In: Friberg F, Öhlén J, editors. Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009. Sid 377-407
24. Buber M. Jag och du: Ludvika Dualis; 2006.
25. Friberg F. Att göra en litteraturöversikt. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2012. Sid 133-143
26. Östlundh L. Informationssökning. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2012. Sid 57-80
27. Gerbert B, Johnston K, Caspers N, Bleecker T, Woods A, Rosenbaum A. Experiences of battered women in health care settings: a qualitative study. *Women & health*. 1996;24(3):1.
28. Gerbert B, Abercrombie P, Caspers N, Love C, Bronstone A. How health care providers help battered women: the survivor's perspective. *Women & health*. 1999;29(3):115-35.
29. Belknap RA, Sayeed P. Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask. *Health care for women international*. 2003;24(8):723-37.
30. Yam M. Seen but not heard: battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*. 2000;26(5):464-70.
31. Chang JC, Cluss PA, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D, et al. Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Women's Health Issues*. 2005;15(1):21-30.
32. Bradbury-Jones C, Duncan F, Kroll T, Moy M, Taylor J. Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*. 2011;25(43):35.
33. Kelly U. "What will happen if I tell you?" Battered Latina women's experiences of health care. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2006;38(4):79-95.
34. Loke AY, Wan MLE, Hayter M. The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(15-16):2336-46.
35. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care in the Community*. 2003;11(1):10-8.

36. Mayer BW. Female domestic violence victims: perspectives on emergency care. *Nursing science quarterly*. 2000;13(4):340-6.
37. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2011.



Bilaga 1. Artikelöversikt.

<b>Författare</b> <b>Publiceringsår</b> <b>Land</b> <b>Tidskrift</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
<p>Bacchus L, Mezey G, Bewley S.</p> <p>2003</p> <p>Storbritannien</p> <p>Health and Social Care in the Community</p> <p>(35)</p>	<p>Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence.</p>	<p>Undersöka kvinnornas erfarenheter av att söka hjälp från vårdpersonal och bedöma deras psykiska hälsa.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Målinriktade stickprov användes för att välja delprov ur större urval av kvinnor som screenas för våld i hemmet.</p> <p>Fördjupande semi-strukturerade intervjuer genomfördes med 10 kvinnor i åldern 18-36 som upplevt våld i hemmet de senaste 12 månaderna inklusive under den aktuella graviditeten samt sex kvinnor som upplevt våld i hemmet de senaste 12 månaderna men inte under den aktuella graviditeten.</p> <p>Intervjuerna analyserades, transkriberades och koder bildades.</p>	<p>Huvudresultat som framkom var: kvinnornas erfarenheter av att söka hjälp av vårdpersonal, bedömning av förlossningsdepression, posttraumatiskt stressyndrom och psykiskt lidande.</p> <p>En del kvinnor uppgav att de blivit diagnostiserade med någon depressiv sjukdom, vissa att de haft självmordstankar och vissa att de gjort självmordsförsök. Många kvinnor skämdes för mycket eller var för rädda att ta upp frågan om våld i hemmet, men de hade gärna haft en diskussion om läkaren tagit upp frågan först. På akutmottagningar hade några kvinnor berättat om våldet efter fått frågan om det, några hade berättat spontant och några hade inte fått frågan eller inte berättat.</p>
<p>Belknap RA, Sayeed P.</p> <p>2003</p> <p>USA</p> <p>Health care for woman international</p>	<p>Te contaria mia vida: I would tell you my life, if only you would ask.</p>	<p>Undersöka hur kvinnor upplever att bli tillfrågade om våld i nära relationer samt undersöka vilka egenskaper hos vårdpersonalen som gör att kvinnorna känner förtroende för att kunna diskutera frågan.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Sju kvinnor i åldern 19-38 år deltog i studien. Alla mödrar, en del gifta andra separerade. Kvinnorna var immigranter från Mexiko till USA samt upplevde sig ha eller ha haft ett destruktivt förhållande med en manlig</p>	<p>Ingen av kvinnorna hade tidigare blivit tillfrågade om våld i nära relationer men skulle inte ha något emot att få frågan. Några kvinnor trodde de skulle svara öppet och ärligt om de fått en fråga medan två kvinnor trodde de skulle vara rädda att svara ärligt.</p>

(29)			partner.  Deltagande observationer och djupintervjuer bandinspelades. Öppna frågor ställdes och kvinnorna hade möjlighet att uttrycka sina tankar emellan.	Kvinnorna kände förtroende för vårdpersonalen om de var närvarande, tog sig tid att lyssna och visade intresse för patientens liv.
Bradbury-Jones et al.  2011  Skottland  Nursing standard  (32)	Improving the health care of women living with domestic abuse.	Utforska upplevelser av sjukvården hos de kvinnor som lever med våld i hemmet.	Kvalitativ metod.  Semi-strukturerade intervjuer med 17 kvinnor som blivit utsatta för våld i hemmet.  Inklusionskriterier; blivit utsatt för våld i hemmet, sökt skydd på exempelvis kvinnohem, eller bott ifrån gärningsmannen.  Intervjuerna spelades in, transkriberades och huvudteman med underteman skapades.	Tre huvudteman skapades efter intervjuerna. 1. Systembaserade frågor; överföring av information mellan olika vårdgivare skapade problem för kvinnorna då de fick berätta sina erfarenheter av våld i hemmet för olika vårdgivare många gånger. Kommunikationen mellan vårdgivare påverkade kvinnornas upplevelser av primärvården. 2. Psykologiska frågor; skam och låg självkänsla påverkade kvinnornas användande av hälso- och sjukvården. 3. Interpersonella problem; relationen mellan den våldsutsatta kvinnan och vårdpersonalen som påverkar i vilken utsträckning kvinnorna söker hos hälso- och sjukvården.
Chang JC, Cluss PA, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D, et al.  2005  USA  Women's Health Issues  (31)	Health care interventions for intimate partner violence: What women want.	Beskriva vilken hjälp kvinnor vill ha från hälso- och sjukvården i samband med våld från partnern och förstå varför de tycker vissa åtgärder är bra eller dåliga.	Kvalitativ metod, Grounded theory.  21 kvinnor som blivit utsatta för misshandel deltog i studien. De rekryterades genom flygblad och affischer på härbärgen samt genom rekrytering på sjukhus.  Semi-strukturerade intervjuer bestod av dels öppna frågor där kvinnorna fick delge sina	Resultatet delades in i tre kategorier: informativa åtgärder, rådgivande åtgärder och övriga åtgärder.  Majoriteten av kvinnorna ville att det skulle finnas informationsblad och broschyrer med telefonnummer till exempelvis kvinnojourer i väntrum och på toaletter på olika vårdinrättningar. Rådgivande åtgärder som passar

			erfarenheter och dels av att kvinnorna fick bedöma och motivera hur meningsfulla olika åtgärder var genom att placera dem i olika fack. Intervjuerna bandinspelades och tolkades av två olika personer. Teman och kategorier gjordes och jämfördes.	kvinnor i olika faser av sitt förhållande upplevdes även som användbara. Kvinnorna uppskattade också om de fick ett uppföljande telefonsamtal av läkare eller sjuksköterska.
Gerbert B, Abercrombie P, Caspers N, Love C, Bronstone A 1999 USA Women & health (28)	How health care providers help battered women: the survivor's perspective.	Beskriva vad inom hälso- och sjukvården som våldsutsatta kvinnor upplevde hjälpte dem och påverkade deras hälsa positivt samt hur vårdgivarens uppmärksammande och identifierande av våldet var relaterat till upplevelsen av att bli hjälpt.	Kvalitativ metod, Grounded theory.  25 kvinnor rekryterades till studien av totalt 85 sökande. De var engelsktalande, över 18 år, var eller hade varit utsatta för misshandel av sin partner och bedömdes skulle kunna redogöra för misshandeln.  Semi-strukturerade öppna intervjuer om kvinnornas erfarenheter av hälso- och sjukvården, hur vårdpersonal hade hjälpt dem och vilka anledningar kvinnorna hade att inte berätta om våldet spelades in på video. Intervjuerna analyserades och koder och kategorier bildades.	Vissa kvinnor avslöjade den verkliga orsaken till skadorna om de fick frågan om de var utsatta för våld från sin partner, medan andra delgav det utan att de fick frågan.  Att vårdpersonal uppmärksammande våldet gjorde att många kvinnor kände lättnad och tröst, fick insikt om hur allvarlig situationen var samt hjälpte dem att inse att det fanns andra alternativ.
Gerbert B, Johnston K, Caspers N, Bleecker T, Woods A, Rosenbaum A. 1996 USA Women & health (27)	Experiences of battered women in health care settings: a qualitative study.	Öka förståelsen för vilka hinder misshandlade kvinnor upplever att de möter inom hälso- och sjukvården.	Kvalitativ metod.  31 kvinnor deltog i studien. De hade alla erfarenhet av olika typer av våld från sin partner och hade sökt hjälp från ett stort antal vårdinrättningar och även från andra håll.  Individuella intervjuer med öppna frågor där kvinnorna fick berätta om sina erfarenheter	Hindren som identifierades organiserades till tre olika nivåer: 1. Hinder hos patienten själv: rädsla, skam, skuld, förödmjukelse. 2. Hinder hos vårdpersonalen: ointresserade, känslolösa, obekväma, brist på tid, ignorerade och gjorde narr av kvinnorna. 3. Hinder i organisationen: struktur inom sjukvården, stressad personal som inte såg som sin

			bandinspelades. Intervjuerna lästes och innehållet analyserades.	uppgift att uppmärksamma våld i nära relationer.
Kelly, U. 2006 USA Canadian Journal of Nursing Research (33)	“What Will Happen If I Tell You?” Battered Latina Women’s Experiences of Health Care	Öka vårdgivares kunskap om våldsutsatta latinamerikanska kvinnors erfarenheter av hälso- och sjukvård. Mål med studien var (1) beskriva kvinnornas sjukvårdserfarenheter och (2) identifiera kvinnornas förväntningar på sjukvårdspersonalen.	Kvalitativ metod, fenomenologisk ansats.  Intervjuer genomfördes på spanska eller engelska och transkriberades.  De 17 kvinnorna som intervjuades var 19-53 år. Van Manens metod användes för att analysera insamlad data och skapa teman.	De våldsutsatta kvinnorna satte sina barns behov före sina egna. Kvinnorna stannade hos partnern trots misshandeln, i tron att barnen behövde sin pappa. Många kvinnor kände rädsla över vad som skulle hända när de berättade om sina erfarenheter för vårdpersonalen, men samtidigt ville många bli tillfrågade om våldet och att någon tog kontroll över situationen.
Loke AY, Wan MLE, Hayter M. 2012 Hongkong Journal of Clinical Nursing (34)	The lived experience of women victims of intimate partner violence.	Få bättre förståelse för kvinnors erfarenheter av våld i nära relationer.	Deskriptiv kvalitativ metod.  Inklusionskriterier; Hongkong kinesiska kvinnor över 18 år som lever med gärningsmannen.  Semi-strukturerade intervjuer genomfördes. Intervjuerna spelades in. Koder och teman skapades efter analys.	Fyra teman skapades: A. Känslor av skam, låg självkänsla, depression och självmordstankar. B. Erfarenheter av våld som leder till förtvivlan, hjälplöshet och osäkerhet. C. Ambivalens om att stanna i destruktivt förhållande med våld i nära relationer. D. Upplevelser av att söka hjälp och behov.
Mayer, B. 2000 USA Nursing science quarterly (36)	Female domestic violence victims: Perspectives on emergency care	Beskriva våldsutsatta kvinnors erfarenheter på akutmottagningen med frågorna; Hur kvinnor som nyligen utsatts för misshandel tagit beslut att söka eller inte söka hjälp på akutmottagning? Hur kvinnorna känner när de kommer till akutmottagningen? Vad upplever kvinnorna när de talar med en sjuksköterska eller läkare på akutmottagningen samt vad påverkar möjligheterna att berätta om våldet för en sjuksköterska?	Fokusgrupper samt frågeformulär med 13 ja- och nejfrågor användes för att samla in data som också spelades in. Data kodades, kategorier och teman skapades sedan.	Mer än hälften av kvinnorna hade sökt vård efter ha blivit utsatta för våld i hemmet. Störst andel hade sökt på akutmottagning 1-5 gånger den senaste tiden och de flesta hade primärt fysiska skador. Kvinnorna blev tillfrågade om vårdpersonalens bemötande och hur de ville bli bemötta. Kvinnorna menade att om vårdpersonalen var lugnande kunde det underlätta för dem att prata om våldet.

<p>Yam, M. 2000 USA Journal of emergency nursing (30)</p>	<p>Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience.</p>	<p>Belysa misshandlade kvinnors erfarenheter av akutsjukvård.</p>	<p>Kvalitativ metod, fenomenologisk ansats.</p> <p>Fem kvinnor mellan 22-36 år rekryterades till studien från härbärgen. De hade erfarenhet av fysiskt våld och hade minst en gång under de senaste tolv månaderna sökt vård på en akutmottagning för skador relaterade till misshandel.</p> <p>Semi-strukturerade individuella intervjuer med fördjupande frågor bandinspelades. Intervjuerna lästes igenom och koder och kategorier bildades.</p>	<p>Fem kategorier bildades som beskrev kvinnornas erfarenheter:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Känslor under besöket: ilska, oro över barnen, oförmåga att tänka klart, ensamhet, förlägenhet, frustration, rädsla.</li> <li>2. Kvinnornas föreställningar om vad vårdpersonalen tror om dem: skyller på kvinnan, har medömkan, inte har förståelse.</li> <li>3. Uppfattningar om sjukvårdspersonalen och vården: ointresse, kontrollerande, brist på mänsklighet och medkänsla, stressade, behandling av fysiska skador men uppmärksammade inte psykiska skador.</li> <li>4. Oro över att berätta om våldet: rädsla, skam, brist på stöd och resurser.</li> <li>5. Råd till sjukvårdspersonal: uttryck medkänsla, få kvinnan att känna sig säker, berätta om alternativ och möjligheter, lyssna aktivt och prata med kvinnan i enrum.</li> </ol>
---	---	---	---	--