

**VÅLDSUTSATTA KVINNORS UPPLEVELSER AV
BEMÖTANDET FRÅN HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL**

En icke-systematisk litteraturöversikt

**ABUSED WOMEN'S EXPERIENCES OF INTERACTIONS WITH
HEALTHCARE PROFESSIONALS**

A non-systematic literature review

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Examensarbete i omvårdnadsvetenskap, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2024-10-25

Kurs: 5KEX1

Författare: Molly Kärras

Författare: Josefine Mattsson

Handledare: Jenny Rossen

Examinator: Bodil Holmberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Våld i nära relationer utgör ett allvarligt samhällsproblem med omfattande fysiska och psykiska konsekvenser för kvinnor. Hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande har en central roll för kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskans professionella ansvar innefattar att identifiera och stödja dessa kvinnor genom att etablera en trygg och förtroendefull vårdrelation samt erbjuda adekvat omvårdnad. Ett respektfullt bemötande, i kombination med fördjupad kunskap om våldets påverkan på kvinnors hälsa, är betydelsefullt för att lindra lidandet och främja kvinnornas återhämtning.

Syfte

Syftet var att belysa hur kvinnor som utsätts för våld i nära relation upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal.

Metod

Denna icke-systematiska litteraturoversikt är baserad på tio vetenskapliga artiklar som inkluderades genom sökningar i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Sophiahemmets Högskolas egna bedömningsunderlag och analyserades sedan utifrån en integrerad analysmetod.

Resultat

Resultatet strukturerades i tre huvudkategorier, *Upplevelser av bristande stöd*, *Upplevelser av hinder för att söka hjälp* och *Upplevelser av ett positivt bemötande*, med sju underkategorier. I resultatet framkom både positiva och negativa erfarenheter av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal, bland kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation. De negativa erfarenheterna övervägde och kvinnornas upplevelser av vårdpersonalens bemötande varierade; vissa kände sig lyssnade på, sedda och bekräftade, medan andra upplevde motsatsen, med en känsla av att inte bli bemötta på ett tillfredsställande sätt.

Slutsats

Resultatet visar att kvinnor ofta upplever bristande stöd och bristande bemötande inom hälso- och sjukvården, vilket leder till känslor av osynlighet och skuldbeläggning, medan ett positivt bemötande kan främja deras vilja att öppna upp och känna sig trygga. Att sjuksköterskor kontinuerligt öka sin kompetens kan vara väsentligt för att uppmärksamma, bemöta samt hantera våldet effektivt, vilket är till nytta för patienter, deras närstående och samhället i stort.

Nyckelord: Bemötande, Kvinnors upplevelser, Lidande, Våld i nära relation, Våldsutsatta kvinnor

ABSTRACT

Background

Domestic violence is a critical public health problem with severe physical and psychological consequences for women. The involvement of healthcare professionals is pivotal in ensuring the quality of healthcare. Nurses hold a professional responsibility to identify and support these women by building trust and providing appropriate care. A respectful interaction, coupled with comprehensive knowledge of the effects of violence on women's health, is essential for alleviating suffering and fostering recovery.

Aim

The study aimed to elucidate the experiences of abused women when they interact with healthcare professionals.

Method

The non-systematic literature review included ten scientific articles from PubMed, CINAHL, and PsycINFO databases. The articles were reviewed according to the assessment guidelines provided by Sophiahemmet University. An integrated analysis approach was then applied to review these articles.

Results

The findings were classified into three primary categories, *Experiences of Lack of Support*, *Experiences of Barriers to Seeking Help*, and *Experiences of Positive Patient Care and Interactions*, with seven subcategories. The results indicated that women who had experienced domestic violence reported both positive and negative interactions with healthcare personnel, with negative experiences being more frequent. The experience of abused women in their interactions with healthcare professionals varied; some felt heard, seen, and validated, while others reported feeling dismissed and inadequately treated.

Conclusions

The findings indicate that women often receive insufficient support and treatment in the healthcare system, leading to feelings of invisibility and guilt. Conversely, positive treatment can encourage openness and foster a sense of safety. Enhancing healthcare personnel's skills is crucial for effectively recognizing, responding to, and managing violence, ultimately benefiting patients, their families, and society.

Keywords: Abused women, Interaction, Intimate Partner Violence, Suffering, Women's Experiences

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Våld i nära relationer.....	1
Olika typer av våld.....	1
Förekomsten av våld i nära relationer.....	2
Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt vid upptäckandet av våld.....	3
Vårdrelation.....	4
Bemötandet av våldsutsatta.....	5
Den våldsutsatta kvinnans perspektiv.....	6
Teoretiskt perspektiv om lidande.....	8
Problemformulering.....	8
SYFTE	9
METOD	9
Design.....	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	10
Kvalitetsgranskning.....	12
Dataanalys.....	12
Forskningsetiska överväganden.....	12
RESULTAT	13
Upplevelser av bristande stöd.....	14
Upplevelser av hinder för att söka hjälp.....	16
Upplevelser av ett positivt bemötande.....	18
DISKUSSION	19
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion.....	23
SLUTSATS	26
Fortsatta studier.....	27
Klinisk tillämpbarhet.....	27
FÖRFATTARNAS BIDRAG	28
REFERENSER	29

BILAGA A-C

INLEDNING

Våld i nära relationer är ett omfattande problem som påverkar både den utsatta individen och dess omgivning (Chanmugam et al., 2012; Howell et al., 2016; Lutgendorf, 2019; Richardson-Foster et al., 2012). Globalt drabbas uppskattningsvis 27 procent av alla kvinnor mellan 15–49 år som är eller har varit i en relation (WHO, 2024). I Sverige rapporterades 37 908 fall av misshandel där offret kände gärningspersonen under 2023 (BRÅ, 2024). För kvinnor kan detta leda till stor stress, hälsoproblem och ekonomiska svårigheter (Lutgendorf, 2019). Många kvinnor känner skam och skuld (Pratt-Eriksson et al., 2014), vilket kan göra det svårt att tala om våldet (Lutgendorf, 2019). Bristande bemötande eller skuldbeläggning kan leda till att de undviker att söka fortsatt hjälp inom hälso- och sjukvården (Crowe & Murray, 2015; Pratt-Eriksson et al., 2014).

För att identifiera våldsutsatta kvinnor och erbjuda stöd är det viktigt att sjuksköterskor har tillräcklig kunskap och bemöter kvinnors sårbarhet med tillit, trygghet och respekt. Ett icke-dömande och genuint förhållningssätt från vårdpersonal kan vara betydelsefullt för om kvinnan känner sig trygg nog att dela sina erfarenheter (Portnoy et al., 2020).

Våld i nära relationer är ett utbrett samhällsproblem och ämnet har dessutom behandlats inom sjuksköterskeprogrammet, vilket har väckt ett intresse för att studera ämnet mer ingående. Det upplevs vara ett viktigt ämne som kräver mer uppmärksamhet och ökad kunskap. Det finns ett behov av att studera området närmare och djupare för att fylla de kunskapsluckor som både hälso- och sjukvårdspersonal samt andra berörda parter har.

BAKGRUND

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer har fått ökad uppmärksamhet de senaste åren och ses nu som en prioriterad folkhälsofråga (Miranda, 2020; Regeringskansliet, 2024). Det förekommer globalt och drabbar människor av alla etniska grupper och ekonomiska status, där kvinnor är offren i de flesta fall (World Health Organization [WHO], 2024). Våld i hemmet mot kvinnor representerar en extrem form av könsojämlikhet vilket kan kränka deras rättigheter och friheter, samt utgöra ett betydande hinder för samhällsutvecklingen (Miranda, 2020). Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver intimt partnervåld som att en nuvarande eller tidigare partner beter sig på ett sätt som orsakar fysisk, sexuell eller psykisk skada. Detta kan inkludera fysiskt våld, sexuellt tvång, psykisk misshandel och kontrollerande beteenden (WHO, 2024).

Olika typer av våld

Psykiskt våld

När det förekommer våld i nära relationer är psykiskt våld alltid närvarande. Våldsutövaren kan manipulera, använda sig av lögn, hot och verbala kränkningar (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023). Det kan också beröra hot om fysiskt eller sexuellt våld (Lutgendorf, 2019), samt om manipulering och utpressning, till exempel genom att hota med att sprida bilder och videor på den utsatta utan samtycke (Henry et al., 2023). Den utsatta kan även bli isolerad från att utöva sina intressen eller träffa familj och vänner, vilket också räknas in i det psykiska våldet (Kvinnofridslinjen, 2024). Det psykiska våldet kan få den våldsutsatta att börja tvivla på sig själv och omvärlden (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023).

Det psykiska våldet kan ha nedbrytande konsekvenser, och det är vanligt att förövaren växlar mellan våld och ömhet så att det blir oförutsägbart och svårt att försvara sig emot. Denna växling förstärker ofta den utsattes känslomässiga band till förövaren, samtidigt som självförtroendet och självkänslan minskar (Nationellt centrum för Kvinnofrid [NCK], 2023).

Fysiskt våld

Det fysiska våldet kan manifesteras sig genom slag, sparkar, knuffar, stryptag och fasthållning av den utsatta personen. Det innefattar också användandet av vapen och mord (Lutgendorf, 2019). Förövaren kan ofta medvetet rikta sin aggression mot specifika delar av kroppen för att undvika att blåmärken och andra skador ska synas för utomstående. Våldet kan dock resultera i skador som är svåra att dölja, såsom frakturer, ögonskador, rivmärken, blåmärken och sår på synliga kroppsdelar (NCK, 2023).

Sexuellt våld

Sexuellt våld kan omfatta allt från ovälkomna beröringar till att tvingas utföra eller utsättas för sexuella handlingar, inklusive våldtäkt, samt att bevittna sexuella aktiviteter (Lutgendorf, 2019). Ibland kan det sexuella våldet även förekomma i samband med misshandel (NCK, 2023). Utövaren kan också filma eller fotografera den utsatta för att kunna använda dessa i utpressande syfte. Detta våld är djupt kränkande och kan därför göra det svårt för den utsatta att öppna upp sig om och berätta för omgivningen (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023).

Ekonomiskt våld

Det förekommer även ekonomiskt utnyttjande i relationer. Det kan innebära att en part manipulerar den andra till att ta gemensamma lån, att skriva på juridiska dokument som gynnar den förstnämnda, eller till och med att förfalska den andra partens signatur. Ibland tar den ena parten fullständig kontroll över hushållets ekonomi och den andra parten måste be om tillstånd för att använda pengar, även för sina egna och eventuella barns behov. Dessutom kan den ena parten hota den andra parten med ekonomiska svårigheter om de skulle försöka lämna relationen (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023). Det ekonomiska våldet gör att den utsatta hamnar i en sårbar beroendeställning till förövaren och därav i en utsatt position. Det kan bidra till långvariga skulder vilket leder till att det blir ännu svårare att lämna relationen (Kvinnofridslinjen, 2024).

Förekomsten av våld i nära relationer

I Sverige år 2023 anmäldes 37 908 fall av misshandel där offret kände gärningspersonen. Bland anmälda misshandelsbrott mot vuxna kvinnor under samma år begicks 81 procent av dessa brott av någon de kände (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2024). Antalet incidenter med dödligt våld under samma år uppgick till tio mördade kvinnor och noll dödade män, där offret och förövaren var eller tidigare hade varit i en intim relation (Jämställdhetsmyndigheten, 2021). Våld är ett omfattande begrepp som innefattar flera olika typer av våld. Detta arbete studerar enbart mäns våld mot kvinnor, med särskild betoning på psykiskt, fysiskt, sexuellt och ekonomiskt våld, för att belysa våldets omfattning och dess konsekvenser som ett samhällsproblem.

Enligt global statistik från 2018, framtagen av Världshälsoorganisationen (WHO), rapporterar nästan en tredjedel (27 procent) av kvinnor i åldern 15–49 år som har varit i en

relation att de har blivit utsatta för fysiskt och/eller sexuellt våld av sin partner. På global nivå står den intima partnern för 38 procent av alla mord på kvinnor (WHO, 2024).

Psykiskt våld beskrivs vara den mest förekommande våldstypen, men trots detta är det den typ av våld som har lägst antal anmälningar gjorda av våldsoffer till polisen. Anledningen till detta tros vara att alla psykiska våldsformer inte betraktas som brottsliga handlingar enligt lagen. Det psykiska våldets mörkertal kan även bero på att fysiska våldshandlingar lämnar fysiska bevis, medan det psykiska våldet kan förbli osynligt, trots att våld i alla dess olika former är skadligt (BRÅ, 2024).

Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt vid upptäckandet av våld

Riktlinjer

Våld i nära relationer är ett utbrett samhällsproblem som påverkar många kvinnor och innebär allvarliga konsekvenser för deras hälsa och välbefinnande. Hälso- och sjukvården spelar en central roll i att identifiera och stötta kvinnorna, för att effektivt kunna göra detta krävs tydliga riktlinjer (Socialstyrelsen, 2021).

International Council of Nurses har tagit fram en etisk kod för sjuksköterskor, vilket är en viktig vägledning som betonar de värderingar och principer sjuksköterskor bör följa i sitt arbete. Koden innehåller flera sektioner som är särskilt relevanta för att hantera och motverka våld i nära relationer. Punkt 1.8 understryker att sjuksköterskor ska visa professionella värderingar som respekt, rättvisa, lyhördhet, omsorg, medkänsla och empati. Punkt 1.9 beskriver hur sjuksköterskor ska främja en säkerhetskultur inom hälso- och sjukvården genom att uppmärksamma och motverka hot mot människor. Enligt punkt 2.10 ska sjuksköterskor även vidta nödvändiga åtgärder för att skydda individens hälsa när den hotas av en annan person (International Council of Nurses [ICN], 2021).

Enligt 7 kap. 1 § i Hälso- och sjukvårdsförvaltningens författningssamling ((HSLF-FS 2022:39), ska vårdgivare fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld. I 7 kap. 2 § i HSLF-FS 2022:39 anges också att hälso- och sjukvårdspersonal ska införa rutiner för när och hur vårdgivare ska ställa frågor om våld för att identifiera våldsutsatta. I 7 kap. 3 § i HSLF-FS 2022:39 stadgas även att hälso- och sjukvårdspersonal ska fastställa rutiner för att uppfylla anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § i Socialtjänstlagen (2001:453).

Om en kvinna visar symtom eller tecken som väcker misstanke om våld, ska hälso- och sjukvården säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen frågar den vuxna i enrum om orsaken till symtomen eller tecknen enligt 7 kap. 10 § i HSLF-FS 2022:39. I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 2017:30), stadgas i 5 kap. 2 § att hälso- och sjukvårdspersonal också ska säkerställa att personalen i hälso- och sjukvård har kunskap om våld och övergrepp av eller mot närstående, och att de kan tillämpa denna kunskap i praktiken.

Sjuksköterskans kompetens för att möta våldsutsatta

Svensk Sjuksköterskeförening (2024a) beskriver att omvårdnad utgör en central del av sjuksköterskans kompetensområde. Omvårdnad innefattar även kunskap och vetenskap som berör flera professioner och yrkesgrupper inom det patientnära arbetet. Genom omvårdnad räddas liv, lidande lindras och hälsa förbättras. Sjuksköterskans förmåga inom omvårdnad spelar en viktig roll för att säkerställa vårdens kvalitet och skapa en trygg och säker vårdmiljö (Svensk Sjuksköterskeförening, 2021).

Det är betydelsefullt att sjuksköterskan besitter kunskap om hur omvårdnaden ska genomföras, med ett etiskt perspektiv. All omvårdnad bygger på att mänskliga rättigheter respekteras och att hänsyn tas till individens värderingar, vanor, trosuppfattningar samt deras självbestämmanderätt, integritet och värdighet. Den legitimerade sjuksköterskan ansvarar för den genomförda omvårdnaden, som utvecklas genom ett partnerskap mellan sjuksköterska, patient och närstående, vilket möjliggör delaktighet i den egna vården (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a). Svensk Sjuksköterskeförening et al. (2019) betonar att det personcentrerade förhållningssättet är centralt för att förstå individens lidande, erbjuda rätt stöd och säkerställa vård av hög kvalitet. Uhrenfeldt et al. (2018) betonar att högkvalitativ vård grundar sig i en öppen och respektfull kommunikation med patienten. Sjuksköterskan bör betrakta patienten som en individ med unika känslor och varierande behov. För att säkerställa högkvalitativ vård krävs både en bra dialog och ett helhetsperspektiv på patientens situation och behov.

Vad gäller att upptäcka vårdsökande kvinnor som är offer för våld i nära relationer kan specialiserade enheter utbilda och stärka hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens kring ämnet. Detta kan avse tecken på våldstendenser vilket kan bidra till att våldsutsatta kvinnor mer skyndsamt kan identifieras och fångas upp av hälso- och sjukvårdspersonal. För att detta ska kunna möjliggöras behöver professionerna utgå från tydligt etablerade rutiner och samverka för att bemöta denna patientgrupp med samma förhållningssätt (Halliwel et al., 2019).

Svensk Sjuksköterskeförening (2024a) klargör att sjuksköterskan ansvarar för att leda omvårdnadsarbetet inom vårdteamet, som består av flera yrkesgrupper, såsom undersköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter, och säkerställa att teamet besitter nödvändig omvårdnadskompetens. Omvårdnaden utförs inte endast av sjuksköterskan, således är det viktigt att planering, konsultation och samverkan sker för att garantera kontinuitet och säkerhet för patienten. Kompetensen som sjuksköterskor besitter för att möta våldsutsatta kvinnor är likvärdig med den som andra professioner inom hälso- och sjukvården har. För att säkerställa att sjuksköterskans omvårdnadsarbete genomförs korrekt, bör kommunikationen vara respektfull och lyhörd med alla teammedlemmar, inklusive olika yrkesgrupper samt patient och närstående, så att teamets kompetenser kompletterar varandra.

Vårdrelation

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2024b), framgår det att skapandet av en positiv vårdrelation utgår från ett partnerskap med kvinnorna, vilket innebär att de bör behandlas med ett personcentrerat förhållningssätt som präglas av respekt, medkänsla och trygghet. Ett respektfullt bemötande mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal ligger till grund för en god relation. Detta tillvägagångssätt bygger på ett partnerskap mellan sjuksköterska och patient (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2019). Här är sjuksköterskans roll att bidra med professionell kunskap, engagera patienten i dialog och skapa en relation baserad på ömsesidigt förtroende, medveten om den asymmetriska balansen av makt och ansvar (Vårdförbundet, 2015). Henry et al. (2020) beskriver på liknande vis att hälso- och sjukvårdspersonal kan ha en relationsbyggande roll i mötet med våldsutsatta kvinnor.

Sjuksköterskans tillitsskapande och intresse för patienten kan vara betydelsefulla faktorer i en vårdrelation (Turpin et al., 2012). Omvårdnad bör prioritera värden som respekt, medkänsla och genuinitet, eftersom dessa kan anses vara centrala för att skapa förtroendefulla relationer mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter (Wright &

Brajtman, 2011). Enligt Bell och Duffy (2009) kan förtroende i en vårdrelation beskrivas med hjälp av fyra komponenter; förväntningar på hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens, tillit till deras välvilja, medvetenhet om patientens sårbarhet samt de risker som finns i vårdsituationen. För att bygga förtroende måste hälso- och sjukvårdspersonalen kunna visa klinisk skicklighet, omtanke och förståelse för patientens utsatta situation. Bell och Duffy (2009) definierar förtroende som en positiv tilltro till att en annan person agerar i ens bästa intresse i en sårbar situation.

En positiv relation och ett starkt partnerskap mellan hälso- och sjukvårdspersonal och våldsutsatta kvinnor kan vara betydelsefulla för att identifiera våld och skapa en öppen dialog om ämnet (Portnoy et al., 2020). Om frågorna från hälso- och sjukvårdspersonal ställs på ett olämpligt sätt kan det leda till en minskad benägenhet hos våldsutsatta kvinnor att öppna upp sig, samt framkalla känslor av maktlöshet under mötet med hälso- och sjukvården (Alhalal, 2020). Kvinnor som utsätts för våld kan uppleva rädsla för att avslöja sin partner eller erkänna sin situation, vilket kan leda till att de söker vård först när våldet orsakat fysiska hälsoproblem (Cheng et al., 2020). Hälso- och sjukvårdspersonalen har ett ansvar att erbjuda alternativ, ge uppmuntran och stöd till kvinnorna för att kunna stärka kvinnornas autonomi, snarare än att enbart diktera eller föreskriva vilka åtgärder som bör vidtas (Chang et al., 2005).

Bemötandet av våldsutsatta

Enligt Nationalencyklopedin (NE) definieras bemötande som det sätt på vilket man uppträder mot någon eller något (NE, 2023). Svensk Sjuksköterskeförening (2024b) framhåller att sjuksköterskan bör bemöta individer på ett sätt som främjar känslor av trygghet och respekt. Enligt Eide och Eide (2019, s. 51-52) kan aktivt lyssnande främja trygghet och tillit, vilket utgör en viktig grund för att etablera god kontakt och relation.

Positivt bemötande

Effektiv kommunikation och ett respektfullt bemötande kan beskrivas som grundläggande komponenter för högkvalitativ hälso- och sjukvård. Sjuksköterskor kan ha ett professionellt ansvar över att anpassa omvårdnaden efter varje patients unika behov, samt kunna involvera patienter i vårdbeslut genom att främja dialoger (McCabe, 2004). Hälso- och sjukvårdspersonal med ett positivt bemötande skulle kunna bidra till ökad trygghet hos våldsutsatta kvinnor (Portnoy et al., 2020). Engagemang, lyhörddhet och respekt, samt visat intresse och tid, beskrivs kunna vara betydelsefulla komponenter i ett gott bemötande (Denhov & Topor, 2012). Dessa komponenter kan emellertid vara svåra att uppnå i praktiken, där tidsbrist ofta kan anses vara ett hinder bland hälso- och sjukvårdspersonal (Beynon et al., 2012).

Tarzia et al. (2020) betonar att det är betydelsefullt för hälso- och sjukvårdspersonal att ha förståelse för kvinnans utsatta situation som våldsutsatt. Hälso- och sjukvårdspersonal bör även vara medvetna om att det kan vara svårt för våldsutsatta kvinnor att öppna sig om sin situation (Cheng et al., 2020). Skapandet av en lugn och trygg vårdmiljö med utrymme för emotionellt stöd kan vara betydelsefullt för hälso- och sjukvården att implementera (Black et al., 2011). Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2010) kännetecknas en god vårdmiljö av att patienten känner sig sedd och delaktig. Detta inkluderar både den fysiska aspekten, såsom kvaliteten på ventilation, värme och belysning, och den psykosociala aspekten, där en stark relation mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient, samt sjuksköterskans närhet, är central. För att skapa en sådan miljö kan det vara viktigt att sjuksköterskan

beaktar kvinnans tidigare vårderfarenheter och hennes förväntningar på den aktuella vårdmiljön.

Utmaningar i bemötandet

Hälso-och sjukvårdspersonalen kan uppleva svårigheter vid bemötandet (McCabe, 2004). En vanlig orsak kan vara den begränsade kunskapen och kompetensen inom området (Ali et al., 2021; Öhman et al., 2024), samt osäkerhet kring hur man ska rapportera våldet eller hantera situationen vidare (Cho et al., 2015). Ytterligare svårigheter kan beröra rädslan för att uppfattas som främlingsfientlig eller rasistisk när man ifrågasätter kulturella normer kring maktbalansen mellan kvinnor och män bland invandrare, där språkbarriärer också kan utgöra ett hinder (Öhman et al., 2024).

Dessutom kan en hög arbetsbelastning påverka hälso-och sjukvårdspersonalens förmåga, vilja och engagemang att erbjuda kvalitativ vård till våldsutsatta kvinnor (Mphephu & Plessis, 2021; Öhman et al., 2024). Underbemanning kan bidra till längre väntetider och en brist på sjuksköterskor med specialiserad utbildning inom området. Tillgången till privata rum för samtal med kvinnorna skulle dessutom kunna beskrivas som en utmaning vid bemötandet (Mphephu & Plessis, 2021).

Den våldsutsatta kvinnans perspektiv

Stigmatisering av våldsutsatta kvinnor

Enligt Link och Phelan (2001) uppstår stigma när grupper av människor marginaliseras genom stereotyper och diskriminering, vilket resulterar i att de känner sig utanför och möts av dåligt bemötande från samhället i stort. Diskriminering i vården relaterar i stor utsträckning till hur personalen bemöter patienter (Diskrimineringsombudsmannen, 2021). Dessutom kan fördomar och stereotypa uppfattningar om kön inverka på hur bemötandet utformas (Smirthwaite & Kjellsson, 2019). Detta stigma kan yttra sig som bristfälligt bemötande, nekande av hjälp eller skuldbeläggning av kvinnans situation (Crowe & Murray, 2015). I en studie utförd av Alhalal (2020), visade det sig att många sjuksköterskor hade felaktiga uppfattningar, där endast 36 procent ansåg att de skäl som överlevande från våld i nära relationer har för att inte lämna en missbrukande relation är berättigade. Dessa missuppfattningar kan påverka hur sjuksköterskor stödjer dessa kvinnor, vilket kan leda till att kvinnorna känner sig stigmatiserade och skuldmedvetna över sina beslut (Alhalal, 2020).

Ordet "offer" kan även i vissa fall vara stigmatiserande för dem som överlevt misshandel på grund av dess negativa laddning (Dunn, 2005). Det är viktigt att identifiera sådana negativa attityder, eftersom de kan påverka kvinnor negativt och leda till att de återvänder till sina förövare (Goodkind et al., 2003). Wadsworth et al. (2018) beskriver att våldsutsatta kvinnor som söker vård för hälsoproblem som har uppstått till följd av våld, kan uppleva känslor av utsatthet.

Rädsla och skam

Lutgendorf (2019), förklarar att kvinnor som utsätts för våld i nära relation kan vara utsatt och sårbar grupp och att våldet, oavsett våldstyp, kan vara psykiskt påfrestande för den som blir utsatt för det. Pratt-Eriksson et al. (2014) betonar att skam och skuld ofta kan förekomma bland våldsutsatta kvinnor. Det kan vara utmanande att öppna upp sig om sin situation, eller förstå att ens partner är våldsam. Lutgendorf (2019) förklarar att trots våldsutövarens beteende kan det vara svårt för en våldsutsatt person att lämna en destruktiv relation. Våldet kan leda till att kvinnorna antingen försvarar och ursäktar sin partners

destruktiva och våldsamma handlingar, eller skuldbelägger sig själva för det våld de utsätts för. Dessutom kan kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer känna rädsla för att bli dömda av anhöriga på grund av att inte ha lämnat sin partner (Lutgendorf, 2019).

Henry et al. (2023) beskriver upplevelsen från de kvinnor som blivit våldsutsatta kopplat till digitala verktyg, teknologi och sociala medier. Dessa kvinnor kunde känna sig tvingade till att skicka avklädda bilder till sina partners mot sin vilja. De kunde även bli filmade och fotograferade utan samtycke eller i smyg, både under normala omständigheter och när de sov eller var påverkade av alkohol eller droger (Henry et al., 2023). Digitala materialet kunde senare användas för utpressning, vilket ledde till ökad kontroll från förövarnas sida. Henry et al. (2023) lyfte hur kvinnor som blivit utsatta för denna typ av våld kunde uppleva rädsla över att materialet skulle spridas till familj, vänner, kollegor eller andra personer mot deras vilja. Det kunde också innebära skamfyllda känslor från kvinnorna ifall materialet skulle spridas via internet och sociala medier (Henry et al., 2023).

Våldets konsekvenser

Lutgendorf (2019) påpekar att våld i nära relationer kan påverka kvinnor genom hela livet, vilket resulterar i omfattande stress, hälsoproblem och ekonomiska svårigheter. Enligt Chung et al. (2012) tenderar trauma och traumarelaterade problem ofta att bli normaliserade och förbisedda, trots att det kan utgöra ett psykiskt hälsoproblem hos individer. Våldsutsatta kvinnor kan uppleva en rad konsekvenser, inklusive fysiska skador som traumatiska hjärnskador och kroniska tillstånd som huvudvärk, sömnsvårigheter och bäckensmärta. Några av de psykiska konsekvenserna inkluderar depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom (Lutgendorf, 2019), samt låg självkänsla, självskada och självmordstankar (Heron, 2021). Anderson et al. (2012) beskriver att kvinnor som utsätts för misshandel ofta har små sociala nätverk med svaga relationer, vilket delvis beror på den våldsamma partners kontroll. Detta kan göra det ännu svårare för kvinnan att be om hjälp.

Världshälsoorganisationen (WHO) rapporterar att 43 procent av alla kvinnor som utsätts för våld i nära relationer anger att de har ådragit sig fysiska skador som en konsekvens av detta våld (WHO, 2024). WHO påpekar också att gravida kvinnor som utsätts för våld från en intim partner löper en avsevärt högre risk för missfall, dödfödslar, för tidig förlossning och låg födelsevikt. Vid förekomst av våld i nära relation föreligger även en risk för att våldet kan resultera i ett dödligt utfall. Lutgendorf (2019) presenterar statistik som visar att 40 till 45 procent av alla mördade kvinnor har dödat av en nuvarande eller tidigare manlig partner.

En viktig aspekt av våldets konsekvenser omfattar även hur barn påverkas när de växer upp med en vårdnadshavare som utsätts för intimt partnervåld. Barn som är närvarande under våldsamma situationer kan drabbas av olika emotionella, sociala, kognitiva och psykologiska effekter. Deras fysiska säkerhet kan också äventyras (Chanmugam et al., 2012; Howell et al., 2016; Richardson-Foster et al., 2012). Mandel (2022) beskriver hur våldsutsatta kvinnor med barn i hemmet ofta kunde skuldbeläggas av systemet för att de inte skyddar sina barn från våld, och att de återtraumatiseras av de system som egentligen ska skydda dem. Detta kan förvärra kvinnornas utsatthet och hindrar dem från att bryta sig loss från den våldsamma relationen. Winfield et al. (2023) beskriver att mödrar ofta talade om sina planer på att lämna den våldsamma relationen med sina barn. I studien nämns även de risker och faror som var förknippade med kvinnornas situation. Lelaurain (2017) menar dock att våldsutsatta kvinnor med barn kan uppleva svårigheter att söka hjälp, på grund av rädsla för att förövaren ska hämnas på barnen eller att de ska bli separerade från sina barn.

Teoretiskt perspektiv om lidande

Eriksson (2015, s. 11) beskriver lidandet som någonting som är unikt för varje individ, men ett fenomen som kan vara svårförklarligt. Det beskrivs som en del av människors hälsa, och något som är närvarande under olika delar av människans liv (Eriksson, 2015, s. 60). Hälsa anses dock vara bestående av en integrerad kropp, själ och ande. En individs hälsotillstånd blir således dynamiskt och förändras konstant (Eriksson, 2015, s. 58-59). Under en livstid är det möjligt att uppleva olika dimensioner av lidande och hälsa i olika situationer (Eriksson, 2015, s. 60).

Eriksson (2015, s. 77-78) menar att det finns tre dimensioner av lidande som kan appliceras i vårdsituationer för att lindra lidandet hos en individ. Sjukdomslidande utgörs av kroppslig smärta som kan vara relaterat till behandling eller sjukdom, men även lidandet som påverkar individens själ och ande. Det kan handla om bemötande och hälso-och sjukvårdspersonals inställning (Eriksson, 2015, s. 78-80). Vårdlidande uppstår vid vårdssammanhang. Det kan innefatta kränkning av patientens integritet och autonomi, maktmissbruk, samt bristande eller utebliven vård (Eriksson, 2015, s. 81-88). Livslidande påverkar individens livssituation och kan medföra känslor som hopplöshet eller uppgivenhet (Eriksson, 2015, s. 88-89).

Eriksson (2015, s. 90-91) förklarar att lidande kan lindras. Lindrandet handlar om att se människan, respektera hennes värdighet och att möta lidandet. Vårdandet bör spegla en vilja att lindra lidandet, vilket kan göras med hjälp av att samtala om individens situation, finnas där, lyssna, förmedla hopp och uppfylla individens önskningar. Medlidandet handlar om att sjuksköterskan ska kunna ta del av den lidande situationen och möta sig själv i hennes lidande (Eriksson, 2015, s. 53). Eriksson (2015, s. 73) påpekar dessutom att tröst är en central del vid både lidande och lindrandet, vilket kan tillgodoses efter patientens individuella behov.

Sjuksköterskan, som får ta del av patientens situation och erfarenheter, menar Eriksson (2015, s. 90) bär ett ansvar i att lindra lidande, samt främja hälsa och välbefinnande. Eriksson (2015, s. 18) förklarar även hur lidandet kan efterliknas som en kamp. När lidandet är som mest påtagligt kan det vara svårt för den lidande individen att dela med sig av sina känslor, men när lidandet delas kan det i stället bidra med hopp, livsglädje och kraft (Eriksson, 2015, s. 27). Patienter kan vara lidande, men också befinna sig i en dold kamp mot våldets ondskas. Sjuksköterskans bemötande till patienten, men även förhållningssätt mot lidandet, kan bli en betydelsefull faktor för hur patienterna upplever vården. Eriksson (2015, s. 50-51) menar att patienter som är lidande, kan uppleva växlande känslor av hopp eller hopplöshet. Den lidande måste få utrymme för att landa i sin situation, men dessutom få utlopp för sina känslor. Sjuksköterskan måste kunna se patienten och ta del av hennes erfarenhet, men samtidigt vara tålmodig i syfte att påbörja den lindrande processen. Patienter kan nå en stund av försoning, vilket representerar en avslutande fas av lidandet, när sjuksköterskan är involverad vid meningsskapandet från lidandet och det onda som patienten har upplevt (Eriksson, 2015, s. 50-51).

Problemformulering

Våld i nära relationer är den mest förekommande typen av våld mot kvinnor och kan leda till allvarliga psykiska, fysiska och reproduktiva hälsoproblem, ibland med dödlig utgång. Detta fenomen är inte bara ett individuellt lidande utan utgör även ett globalt folkhälsoproblem. Kvinnor som utsätts för våld kan uppleva hot, integritetskränkningar,

social isolering, rädsla, skuld och skam, och våldet sker ofta utan synliga tecken och i hemlighet. Många kvinnor har blivit skickliga på att dölja tecken på våld för att skydda sina förövare, vilket gör det svårt att upptäcka och identifiera dem. Hur dessa kvinnor bemöts av hälso- och sjukvårdspersonal kan spela roll för om de vågar avslöja sina upplevelser. Deras tvekan att söka vård kan bero på bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen, den skam och skuld de känner, samt rädslan för förövarnas reaktion om våldet upptäcks. I vissa fall kan hälso- och sjukvårdspersonalens agerande även kränka kvinnans integritet, vilket ytterligare försvårar deras vilja att söka hjälp.

Hälso- och sjukvårdspersonal möter vissa utmaningar som kan komplicera bemötandet av kvinnorna. Bristande kunskap, osäkerhet om rapportering av våld och rädsla för att hantera sådana ämnen bidrar till vissa av svårigheterna. Andra utmaningar kan innefatta strukturella brister, språkbarriärer, rädslan för att bemöta kvinnan felaktigt. Därför är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal har god kunskap inom området, följer riktlinjer för hantering av våld i nära relationer och är uppmärksamma på tecken av våld, även när kvinnan inte nämner det. Ett empatiskt, respektfullt och icke-dömande bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal kan skapa en vårdmiljö som uppmuntrar kvinnor att dela sina erfarenheter. Genom att fokusera på hur personalen kan identifiera våldstendenser och skapa en trygg miljö, även när kvinnan inte själv nämnt våldet, kan hälso- och sjukvården förbättras. Att förstå hur våldsutsatta kvinnor upplever bemötandet är betydelsefullt för att utveckla mer effektiva och stödjande vårdmiljöer. Denna studie är således central för att främja hälso- och sjukvård som inte endast tillgodoser medicinska behov utan också erbjuder omvårdnad och emotionella stöd, vilket kan bidra till att bryta tystnaden och hjälpa kvinnor att söka och få den hjälp som de behöver.

SYFTE

Syftet var att belysa hur kvinnor som utsätts för våld i nära relation upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal.

METOD

Design

Denna studie är en icke-systematisk litteraturoversikt, vilket utgörs av en strukturerad genomgång av befintlig forskning inom ett specifikt område. Metoden möjliggjorde identifiering av relevanta vetenskapliga artiklar baserat på ett syfte och specifika frågeställningar, samt en kritisk diskussion om metoder och resultat. Det strukturerade tillvägagångssättet till en icke-systematisk litteraturoversikt sammanfattar det aktuella forskningsläget, vilket skapade en djupare förståelse för ämnesområdet, samt identifierade forskningsluckor och problemformuleringar inför framtida studier (Friberg, 2022, s. 186-188).

Urval

Underlaget i en litteraturstudie baseras på tidigare utgivna vetenskapliga artiklar (Kristensson, 2014, s. 19). Urvalet av dessa artiklar avgränsas sedan utefter relevans för studiens ämne och syfte (Östlundh, 2022, s. 102). I föreliggande studie har specifika avgränsningar, samt inklusions- och exklusionskriterier tillämpats som en del av urvalsprocessen.

Avgränsningar

Databaser erbjuder ofta flera avgränsningsfunktioner som underlättar urvalet genom att filtrera bort artiklar som inte är relevanta för intresseområdet. Denna studie fokuserar på vetenskapliga originalarbeten, som enligt Kristensson (2014, s. 24) är primärkällor skrivna av forskarna själva och därför ger högkvalitativ information. Ytterligare en avgränsning som har tillämpats för att bibehålla en god vetenskaplig kvalitet, var att inkludera peer-reviewed artiklar. Detta avser artiklar som inför publicering har genomgått en granskningsprocess, vilket har utförts av andra forskare (Kristensson, 2014, s. 157).

Sökningarna har avgränsats till att vara publicerade mellan 2014 och 2024, eftersom vetenskapligt material snabbt blir föråldrat (Östlundh, 2022, s. 102). Studien har dessutom avgränsats till att endast inkludera engelskspråkiga artiklar, eftersom majoriteten av de befintliga vetenskapliga artiklarna är publicerade på engelska. Att fokusera enbart på svenska eller andra mindre språk skulle ge ett begränsat antal träffar, då vetenskapliga publikationer sällan utges på dessa språk (Östlundh, 2022, s. 102).

Inklusionskriterier

Vid kvalitativa metodansatser används PEO-modellen, Population, Exposure samt Outcome för att ange urvalskriterier (Rosén, 2023, s. 440-441). I denna litteraturöversikt bestod populationen av våldsutsatta kvinnor, exponeringen av deras möten med hälso- och sjukvårdspersonal, och utfallen fokuserade på upplevelser och erfarenheter. Den kvalitativa ansatsen syftar till att tydliggöra vilket fenomen som undersökts i förhållande till en specifik population. En kvalitativ ansats möjliggjorde således en omfattande beskrivning av ett problem utifrån olika aspekter och perspektiv (Henricsson & Billhult, 2023, s. 117).

Artiklar med en kvalitativ ansats har inkluderats, tillsammans med artiklar som berör kvinnliga upplevelser och studier som berör våld i nära relationer med ett fokus på manlig förövare och kvinnligt våldsoffret. För att besvara syftet med denna litteraturöversikt inkluderades studier där kvinnor utsatta för våld i nära relationer av manlig partner hade fått vård inom olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Kvinnor som är över 18 år inkluderades för att säkerställa att artiklarna fokuserar på vuxna kvinnor. Endast artiklar med skriftligt samtycke inkluderades, eftersom det berör ett känsligt ämne.

Exklusionskriterier

Artiklar som endast fokuserade på hedersrelaterat våld exkluderas, då det hedersrelaterade våldet även kan omfatta familj och släktingar och inte endast den manliga partnern som våldsutövare. Vidare uteslöts artiklar som är utformade efter kvinnliga våldsutövare, samt artiklar som utgår från att den våldsutsatta är under 18 år.

Datainsamling

Databaser kan användas för informationsinhämtning och för att finna relevanta forskningsartiklar inom olika ämnen. PubMed beskrivs vara anpassat inom området medicin och hälsa, medan CINAHL har ett fokusområde inom omvårdnadsvetenskap. (Östlundh, 2022, s. 88-89). Vidare finns PsycINFO, som erbjuder beteendevetenskapliga samt psykologiska artiklar (Kristensson, 2014, s. 159).

Med hjälp av en bibliotekarie på Sophiahemmets Högskola har sökstrategier diskuterats och förslag på artikelsökningar tagits fram. Olika indexord, som är etiketter eller nyckelord tilldelade artiklar, har använts (Kristensson, 2014, s. 160-161). Specifika indexord, såsom

Medical Subject Headings (MeSH), har identifierats och använts vid sökningar i databasen PubMed. I CINAHL har lämpliga CINAHL Subject Headings använts, och i PsycINFO har APA Thesaurus of Psychological Index Terms använts (Hellberg & Karlsson, 2023, s. 90).

Utöver sökningar med MeSH-termer, Cinahl Subject Headings och APA Thesaurus of Psychological Index Terms, har fritextsökningar, samt sökningar efter titel/abstract även använts. Fritextsökningar är inte relaterade till indexorden hos databaserna, vilket kan ge bredare träffresultat. Den vanligaste sökstrategin är att kombinera fritextsökningar och indexord (Kristensson, 2014, s. 160-164).

Bredare fritextsökningar har kunnat uppnås med hjälp av en asterisk som trungeringstecken. Exempelvis har "*experience**" använts för att ge sökträffar som innehåller olika varianter av ordet (Östlundh, 2022, s. 94-96). Söktermerna; "*Domestic Violence+*" och "*Patient Satisfaction+*" har använts vid sökningar i CINAHL som Explore-term, eftersom de inkluderar associationer, samt mer specifika termer av sökningen. I PubMed har "*Psychology*" sökts som Mesh Subheading för att få ett större omfång av ämnesordet, men "*Domestic Violence*" använts med [Mesh: NoExp] för att begränsa exploatering.

Artikelsökningen har utförts i PubMed, CINAHL och PsycINFO. Östlundh (2022, s. 100) förklarar att databassökningarna baseras på enskilda sökningar för att kunna identifiera sökträffar. Sökord har använts för att skapa sökblock där orden har liknande eller relaterad betydelse. Dessa sökord har blivit sammanlänkade med den booleska operatoren "OR" för att skapa enhetliga sökblock (Kristensson, 2014, s. 161). Exempelvis kombineras termer som *intimate partner violence*, *domestic violence+* och *gender-based violence* på detta sätt. De skapade sökblocken har sedan sparats och kombinerats med hjälp av booleska operatoren "AND" för att möjliggöra sökresultat som inkluderar alla relevanta sökblock (Kristensson, 2014, s. 161).

Blocket utformades efter testade kombinationer av termer, i syfte att uppnå ett passande resultat (Östlundh, 2022, s. 100). I denna litteraturoversikt har tre sökblock använts vid databassökningarna och varje block motsvarar en del av PEO-modellen. Första sökblocket representerade den våldsutsatta kvinnan (population), ett sökblock utgjordes av mötet med hälso- och sjukvårdspersonal (exposure). Slutligen tillämpades ett sökblock av upplevelse och erfarenhet (outcome). Databassökningarnas urval avgränsades med hjälp av filterna "*Adult: 19+ years*" i PubMed och "*Age Group: All Adult*" i CINAHL, som motsvarighet för att träffarna skulle generera träffar baserade på vuxna kvinnor. Sökprocessen skapade klarhet kring vilka artiklar som skulle övervägas att inkluderas i litteraturvalet (Östlundh, 2022, s. 101-102). I databasen PubMed utfördes dessutom manuella sökningar via funktionen "*Similar Articles*", för att expandera antalet relevanta artiklar. Efter genomförda databassökningar har totalt tio artiklar inkluderats och angivits med en asterisk (*) i referenslistan. Sökningarna som utfördes samt artiklarna och deras resultat redovisas i Tabell 1, se Bilaga A.

Artikelsökningen i databaserna resulterade i ett första urval, som utfördes baserat på artiklarnas titlar. Detta urval gav en uppfattning om vad som kunde sorteras bort, samt vad som var intressant att studera mer noggrant. Studiernas abstract och resultat lästes sedan igenom tillsammans av författarna, vilket möjliggjorde en värdering av artiklarnas innehåll och kvalitet. Slutligen studerades artiklarna i fulltext, där ytterligare en gallring genomfördes likt urvalet vid läsningen av abstract (Kristensson, 2014, s.164-165). Under

arbetets gång exkluderades två framtagna resultatartiklar från databassökningarna eftersom de ej längre ansågs vara relevanta för att kunna besvara syftet till studien.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning är det sista steget som utfördes efter urvalsprocessen, vilket syftar till att värdera artiklarnas kvalitetsnivå, men även undersöka ifall forskningen är relevant för att besvara en syftesformulering (Friberg, 2022, s. 175-176). Till denna litteraturöversikt tillämpades Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016). Bedömningsunderlaget är anpassat till olika typer av studier och metodansatser, men utgår från samma bedömningsparametrar. Artiklarnas vetenskapliga kvalitet granskades enligt bedömningsunderlagets tredimensionella bedömningsskala; (I) med hög kvalitet, (II) med medelkvalitet och (III) med låg kvalitet. En sammansättning av bedömningsunderlaget finns i Bilaga B.

Artikelgranskningen utfördes oberoende av båda författarna, med hänsyn till artiklarnas syfte, metod, antal deltagare och bortfall, samt resultat. Information om artikeln utifrån författare, år för publikation, land där studien genomfördes, samt titeln dessutom redovisades. Av de tio artiklar som valdes ut, var åtta stycken av artiklar av hög nivå (I) och två artiklar av medelnivå (II). Artiklarna som granskades återfinns i Tabell 2, i Bilaga C.

Dataanalys

I denna litteraturöversikt har tio artiklar, utan att följa ett systematiskt urval, analyserats utifrån en integrerad analysmetod. Resultaten från samtliga studier har sammanställts och presenterats gemensamt. Denna metod innebär att i stället för att redovisa resultaten enskilt, har en översikt och sammanhängande presentation skapats för att underlätta förståelsen (Kristensson, 2014, s. 174).

Analysprocessen med kvalitativa studier syftar till att bryta ner varje artikel först, för att sedan skapa en ny helhet (Friberg, 2022, s. 176). Analysen genomförs i tre steg för att undersöka innehållet i de studier som har identifierats och inkluderats (Kristensson, 2014, s. 174). Initialt genomfördes en genomläsning av artiklarna, i syfte att identifiera övergripande likheter eller skillnader bland resultaten. Därefter identifierades olika kategorier som sammanfattar resultaten från de olika artiklarna och deras relationer till varandra (Kristensson, 2014, s. 174). Kategoriseringen utfördes med hjälp av färgkoder, för att markera likheter och skillnader, samt strukturera det kodade materialet. Slutligen beskriver Kristensson (2014, s. 174) att resultaten sammanställs och organiseras utifrån de kategorier som har identifierats. Dessa kategorier, baserade på färgkoderna och deras tillhörande tema, ligger sedan till grund för rubrikerna i resultatredovisningen.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik är avgörande för både forskningsprojekt och studentuppsatser eftersom det säkerställer etiskt hänsynstagande genom hela forskningsprocessen (Sandman & Kjellström, 2013, s. 371). En studie betraktas som etisk när den behandlar betydelsefulla och undersökningsbara ämnen, håller hög vetenskaplig standard och genomförs med nödvändiga etiska överväganden (Sandman & Kjellström, 2013, s. 380). Etisk forskning

upprätthåller ett positivt forskningsetiskt förhållningssätt genom att skydda och respektera forskningsdeltagare samt säkerställa att forskningsdata hanteras korrekt och utan missbruk (Helgesson, 2015, s. 55). God forskningssed, liksom etisk forskning, följer vissa etiska principer genom hela forskningsprocessen (Helgesson, 2015, s. 61). De etiska principerna att göra gott, inte skada, respektera autonomi samt vara rättvis finns till för att öka deltagarnas säkerhet, välbefinnande och rättigheter (Sandman & Kjellström, 2013, s. 433). I samband med litteraturöversikten har principerna, samt forsknings- och vårdetiska aspekter beaktats och följts.

Helgesson (2015, s. 61) påpekar att avvikelser från god forskningssed, eller forskningsfusk, kan innebära att forskningspersoner medvetet eller omedvetet förvränger forskningen, vilket leder till att etiska principer inte följs. Förförståelse syftar till den kunskap och de insikter som individer redan besitter om ett ämne innan inlärningsprocessen påbörjas. Kunskapen kan påverkas av personliga erfarenheter eller uppfattningar, vilket i sin tur kan påverka de resultat som presenteras (Priebe & Landström, 2023, s. 39). I denna studie har författarna en grundläggande förförståelse för ämnet som berör våld i nära relation och främst våld som riktar sig mot kvinnor, eftersom författarna, som studenter, har fått utbildning i ämnet och fördjupat deras förståelse för de komplexa aspekterna av våld i nära relationer. Medvetenheten om detta har varit central under hela processen av denna icke-systematiska litteraturöversikt. För att säkerställa att författarnas egen förförståelse och förväntningar inte påverkar arbetets gång eller resultatet, har exempelvis reflektion om författarnas förförståelse utförts genomgående, tillsammans med noggrann dokumentation av urvalsprocessen för att minimera eventuell bias och förvrängning.

Plagiering innebär att använda befintlig information från en författare och ge intryck av att texten är ens egen (Helgesson, 2015, s. 66-70). För att undvika plagiat och tydligt ange källorna till informationen som använts i denna studie har referenserna hanterats enligt Sophiahemmet Högskolas modifierade version av American Psychological Association (APA). Detta tillvägagångssätt följer rekommendationer från Sandman och Kjellström (2013, s. 393), som betonar vikten av korrekta citat och referenser för att undvika plagiat och för att hantera information och data rättvist och etiskt. Kjellström (2021, s. 72) betonar även att misstag i tolkningen av vetenskapliga artiklar kan inträffa om språket inte hanteras korrekt av forskarna. Artiklarna som inkluderats är skrivna på engelska och vidare översättning av dessa har varit nödvändig, som utförts med hjälp av AI och Google Translate, för att undvika förvrängning.

Forskning anses vara av god kvalitet om vissa begränsningar hanteras och etiska kriterier uppfylls (Helgesson, 2015, s. 51). För att upprätta ett forskningsetiskt förhållningssätt och säkerställa att all forskning som ligger till grund för denna studie håller god kvalitet, har endast peer-reviewed artiklar, samt artiklar med ett informerat och skriftligt samtycke från deltagarna inkluderats. Samtliga artiklar som inkluderades, hade ett beviljat etiskt godkännande från olika etiska nämnder och etikkommittéer. Genom tillämpningen av dessa etiska riktlinjer och aspekter i de inkluderade artiklarna, säkerställs att studierna både uppfyller vetenskapliga krav och respekterar forskningsetiska normer. Det innebär att studien skyddar forskningspersoner från skada och hanterar data på ett korrekt sätt, vilket bidrar till att upprätthålla en hög standard för god forskningssed (Helgesson, 2015, s. 55).

RESULTAT

Resultatet från litteraturöversikten sammanställdes baserat på tio vetenskapliga artiklar med en kvalitativ metodansats. Studiens resultat baseras på totalt 198 kvinnors upplevelser

av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal, efter att ha blivit utsatt för våld i nära relationer. Kvinnorna var mellan 18 och 65 år gamla. Insamlad data består av artiklar från olika länder; Storbritannien (2), USA (1), Skottland (1), England (1), Malaysia (1), Kanada (1), Palestina (1), Mexico (1) och Brasilien (2) där kvinnorna blev rekryterade till studierna och beskrev sina unika upplevelser från olika vårdkontexter (Bradbury-Jones et al., 2014; Dos Reis et al., 2017; Evans & Feder, 2016; Keeling & Fisher, 2015; Netto et al., 2014; Othman et al., 2014; Pederson et al., 2023; Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020; Wallin Lundell et al., 2018).

Tre huvudkategorier identifierades: *Upplevelser av bristande stöd*, *Upplevelser av hinder för att söka hjälp*, samt *Upplevelser av ett positivt bemötande*. Till dessa huvudkategorier har sju underkategorier utvecklats, se Tabell 3.

Tabell 3: Översikt av huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategori	Underkategori
Upplevelser av bristande stöd	<ul style="list-style-type: none"> - Känslor av avvisande och förminskande - Nedvärderande attityd, skuldbeläggning och brist på engagemang - Brist på utbildning och resurser
Upplevelser av hinder för att söka hjälp	<ul style="list-style-type: none"> - Interna hinder för avslöjande - Externa hinder för avslöjande
Upplevelser av ett positivt bemötande	<ul style="list-style-type: none"> - Att våga öppna upp sig - Stöd från hälso- och sjukvårdspersonal

Upplevelser av bristande stöd

Denna kategori belyser kvinnors erfarenheter av bristande stöd inom hälso-och sjukvården och lyfter fram tre huvudsakliga problem: *Känslor av osynlighet och avvisande*, *Nedvärderande attityd, skuldbeläggning och brist på engagemang* och *Brist på utbildning och resurser*.

Känslor av avvisande och förminskande

Kvinnorna uttryckte frustration och besvikelse över vårdpersonalens bristande empati och stöd. De kände sig ofta avvisade och förminskade av vårdgivare som inte lyssnade eller tog deras bekymmer på allvar (Keeling et al., 2015; Pederson et al., 2023; Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020; Wallin Lundell et al., 2018). Kvinnornas berättelser beskrev specifika händelser där de känt sig förminskad och avvisade, exempelvis genom att bli förlöjligade av hälso-och sjukvårdspersonalen. Denna brist på stöd påverkade vissa kvinnor att dra sig för att söka hälso-och sjukvård i framtiden, såvida de inte hade fysiska problem som krävde omedelbar uppmärksamhet (Pederson et al., 2023; Reeves & Humphreys, 2018; Wallin Lundell et al., 2018).

Studierna visade att hälso- och sjukvårdspersonal ibland minimerade kvinnors hälsoproblem och behov, vilket ledde till att kvinnorna upplevde att deras situationer betraktades som mindre viktiga än andra patienter och att deras traumatiska upplevelser inte togs på allvar (Keeling & Fisher, 2015; Pederson et al., 2023; Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020; Wallin Lundell et al., 2018). Kvinnor förväntade sig att hälso-

och sjukvårdspersonal skulle fråga om våld och erbjuda stödjande samtal, men de upplevde de att de inte gjorde (Keeling & Fisher, 2015; Reeves & Humphreys, 2018; Wallin Lundell et al., 2018). Till följd av den negativa interaktionen med hälso- och sjukvårdspersonalens upplevde kvinnorna känslor av maktlöshet (Keeling & Fisher, 2015; Reeves & Humphreys, 2018; Wallin Lundell et al., 2018). Kvinnorna upplevde en systematisk brist på stöd och empati inom hälso- och sjukvården, vilket skapade en känsla av att bli förminskad och inte tagen på allvar (Pederson et al., 2023; Shaheen et al., 2020).

Kvinnorna kände att deras läkare och sjuksköterskor inte visade intresse för deras psykiska hälsa eller orsakerna bakom deras problem, vilket gjorde att de inte kände sig sedda eller hörda. Trots försök att signalera om våld i hemmet, kände de sig besvärliga och ifrågasatta för att ha väntat med att söka vård eller inte lämnat sin våldsamma partner. De upplevde även förminskande kommentarer och avvisande kroppsspråk (Keeling & Fisher, 2015; Wallin Lundell et al., 2018).

Nedvärderande attityd, skuldbeläggning och brist på engagemang

Kvinnorna som sökte medicinsk hjälp efter att ha utsatts för våld eller trauma upplevde en brist på förståelse och empati från hälso- och sjukvårdspersonalen. Kvinnorna kände att hälso- och sjukvårdspersonalens bristande engagemang bidrog till negativa känslor. Det framkom också att hälso- och sjukvårdspersonal med en nedvärderande attityd uttryckte att det inte fanns något som de kunde göra för kvinnorna eller deras situation. Kvinnorna uttryckte oro för att bli skuldbelagda eller dömda av hälso- och sjukvårdspersonal, vilket bidrog till en känsla av stigmatisering (Bradbury-Jones et al., 2014; Evans & Feder, 2016; Keeling & Fisher, 2015; Reeves & Humphrey, 2018; Shaheen et al., 2020; Wallin Lundell et al., 2018).

Kvinnorna kunde avstå från att dela med sig av sina erfarenheter av våld, eftersom de upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen indirekt dömde dem för deras våldsutsatthet (Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020; Wallin Lundell et al., 2018). Kvinnorna upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen ogiltigförklarade deras situation och känslor. Det bristande engagemanget yttrade sig genom att kvinnor blev avbrutna och ignorerade, eller genom att hälso- och sjukvårdspersonal i stället riktade sin uppmärksamhet mot andra saker och suckade medan kvinnorna öppnade upp sig. Detta resulterade i att kvinnorna upplevde en negativ förändring i bemötandet och attityder hos hälso- och sjukvårdspersonalen när deras våldserfarenheter blev kända (Keeling & Fisher, 2015; Wallin Lundell et al., 2018). Bristen på empati och förståelse bidrog till en känsla av att kvinnornas bekymmer inte blivit tillräckligt beaktade (Reeves & Humphreys, 2018).

Tecken på våld, särskilt de som rörde psykiska problem, förbisågs ofta på grund av bristande engagemang från hälso- och sjukvårdspersonal (Keeling & Fisher, 2015; Reeves & Humphrey, 2018; Wallin Lundell et al., 2018). Trots att vissa kvinnor hade fysiska och uppenbara tecken på våld, blev de inte alltid uppmärksammade utan feltolkades för att vara någonting annat (Bradbury-Jones et al., 2014; Evans & Feder, 2016; Shaheen et al., 2020). Kvinnor beskrev hur de upplevde att de fick standardlösningar från hälso- och sjukvården, utan möjlighet till personlig anpassning eller lyhördhet för deras individuella behov (Keeling & Fisher, 2015; Wallin Lundell et al., 2018). Även om hälso- och sjukvårdspersonalen ibland frågade om orsaken till skadorna var det vanligt att kvinnorna skyddade sina partners genom att ge bortförklaringar. Dessa bortförklaringar accepterades ofta av hälso- och sjukvårdspersonalen utan ytterligare frågor eller undersökningar (Bradbury-Jones et al., 2014; Evans & Feder, 2016).

Brist på utbildning och resurser

Kvinnorna upplevde att bristande utbildning och förberedelse hos hälso- och sjukvårdspersonal var ett problem, särskilt när det gällde hantering av våld i nära relationer. Detta resulterade i att kvinnorna inte förväntade sig att få någon hjälp eller stöd. Frekventa förändringar i vårdkontakter ledde till brist på kontinuitet och en fragmenterad vårdupplevelse, vilket påverkade både hälso- och sjukvårdens effektivitet och trygghet (Evans et al., 2016; Keeling & Fisher, 2015; Othman et al., 2014; Pederson et al., 2023; Shaheen et al., 2020).

Vid mötet med hälso- och sjukvården upplevde kvinnornas bristande informationshantering från personalen och personalbrist. Kvinnorna menade att det var svårt att bygga långvariga relationer med hälso- och sjukvårdspersonal när det inte fanns tillräckliga resurser inom hälso- och sjukvården och att det kunde bidra till svårigheter för att utveckla en förtroendefull relation mellan hälso- och sjukvårdspersonal och kvinnorna (Evans & Feder, 2016; Othman et al., 2014; Pederson et al., 2023).

Vidare framkom det att kvinnorna upplevde missnöje och besvikelse över hälso- och sjukvårdspersonalens oförmåga att identifiera och hantera trauma och våld (Evans & Feder, 2016; Keeling & Fisher, 2015; Shaheen et al., 2020). Kommunikationsproblem, som uppstod på grund av det snabba tempot och den höga patientbelastningen, tillsammans med bristande resurser, såsom den begränsade tid hälso- och sjukvårdspersonal hade för varje patient, ledde till frustration hos kvinnorna, vilket ofta resulterade i att viktiga frågor och tecken på våld inte uppmärksammades (Othman et al., 2014; Pederson et al., 2023).

Upplevelser av hinder för att söka hjälp

Denna kategori beskriver de hinder som kvinnor kan möta när de försöker söka hjälp, antingen i form av interna faktorer inom dem själva eller externa omständigheter som påverkar dem. Kategorin delas in i två underkategorier: *Interna hinder för avslöjande* och *Externa hinder för avslöjande*.

Interna hinder för avslöjande

Kvinnor som hade utsatts för våld upplevde ofta interna hinder som påverkade deras interaktion med hälso- och sjukvården. Kvinnorna kunde inför mötet med hälso- och sjukvården uppleva vissa svårigheter. Dessa hinder kunde omfatta rädsla för traumarelaterad smärta och obehag eller ekonomiska hinder som gjorde det svårt att få det stöd de behövde. Andra hinder kunde handla om rädsla för att bli dömda eller missförstådda vilket gjorde dem osäkra och nervösa, vilket hindrade dem från att öppet kommunicera om sina behov och erfarenheter (Evans & Feder, 2016; Keeling & Fisher, 2015; Netto et al., 2014; Pederson et al., 2023; Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020).

Kvinnorna upplevde att den ekonomiska begränsningen gjorde det svårt för dem att söka vård och få adekvat stöd, vilket i sin tur förhindrade att våldet kunde avslöjas för hälso- och sjukvårdspersonalen (Pederson et al., 2023; Shaheen et al., 2020). Kvinnorna beskrev hur de, trots att de var våldsutsatta, upplevde att äktenskapet eller sin partner bidrog till ekonomisk trygghet. Kvinnorna var oroliga för vad som skulle hända med dem själva eller med deras barn, ifall hälso- och sjukvården blev medvetna om deras situation (Shaheen et al., 2020). Trots att kvinnorna fått ett gott bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen,

kunde de avstå från vidare interaktioner på grund av svårigheter att bekosta sin fortsatta terapi (Pederson et al., 2023).

Kvinnor som utsatts för våld upplevde ofta vissa undersökningar som särskilt smärtsamma och obehagliga, vilket påverkade deras vårdupplevelser negativt. Detta traumarelaterade obehag förvärrades ytterligare för kvinnor som, på grund av tidigare trauman, hade svårt att öppet beskriva sina skador, vilket gjorde deras vård ännu mer utmanande. Kvinnornas traumatiska upplevelser av våldet kunde påverka kvinnornas möjlighet att uppsöka vård i framtiden. Kvinnorna beskrev att de var stressade och oroliga över sin situation när de behövde uppsöka vård tillsammans med sin våldsamma partner, eftersom det bidrog till rädslan för konsekvenserna hemma om de sa något fel eller försökte prata om övergreppen med hälso- och sjukvårdspersonalen (Keeling & Fisher, 2015; Reeves & Humphreys, 2018).

Kvinnor som utsatts för våld kände ofta en stark isolering, där många upplevde ensamhet och undvek att söka hjälp eller prata om sina behov. Denna isolering förvärrades av en ovilja att diskutera privata frågor med vårdpersonal (Netto et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020). Vissa av kvinnorna menade att de hade haft möjlighet att dela med sig av sina upplevelser, men att många kände sig osäkra. Andra menade att de skulle ha varit villiga att dela sina erfarenheter om de hade känt sig trygga i situationen (Evans & Feder, 2016; Pederson et al., 2023; Shaheen et al., 2020).

Kvinnorna beskrev att de upplevde hinder och svårigheter för att söka vård och öppet kommunicera om sina våldserfarenheter (Keeling & Fisher, 2015; Shaheen et al., 2020). Kvinnorna upplevde en oro för att bli skuldbelagda av hälso- och sjukvårdspersonal för att de inte sökt hjälp tidigare, och de var även rädda för negativa reaktioner och samtal bakom deras rygg. Denna osäkerhet och misstänksamhet gentemot vårdpersonalen försvårade deras vilja att söka vård och dela sina erfarenheter, vilket skapade ytterligare hinder i vårdprocessen (Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020).

Externa hinder för avslöjande

Kvinnor stötte ofta på externa hinder när det gällde att avslöja våld. Flera faktorer relaterade till hälso- och sjukvårdspersonalens agerande och omständigheternas påverkan försvårade deras förmåga att öppet diskutera sina behov och orsakerna till sina skador (Dos Reis et al., 2017; Netto et al., 2014; Othman et al., 2014; Pederson et al., 2023; Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020).

Kvinnor som utsätts för våld upplever ofta bristande stöd från både samhälle och familj, vilket bidrar till att de känner sig nedtystade och att våldet betraktas som socialt accepterat. Dessa omständigheter, tillsammans med känslor av skam, försvårar deras möjlighet att söka vård och att berätta om de övergrepp de utsätts för (Dos Reis et al., 2017; Netto et al., 2014; Pederson et al., 2023).

Under medicinska undersökningar upplevde kvinnorna en ökad känsla av obehag på grund av sin utsatta position, där bristen på personlig integritet också utgjorde ett betydande hinder för deras vårdupplevelse (Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020). Kvinnor som var tvungna att ha närstående med sig under besöken upplevde ofta att detta försvårade deras möjlighet att öppet tala om sina upplevelser av våld (Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020). Kvinnorna menade att de var rädda för att deras

privata information skulle läcka ut eller att de skulle bli dömda av närstående eller anhöriga (Shaheen et al., 2020).

Kvinnorna uppgav att de hade begränsad kännedom om vilka formella resurser som fanns tillgängliga för att få stöd, och även om alla deltagare nämnde att de kunde vända sig till polisen, var det få som var positivt inställda till det (Dos Reis et al., 2017; Othman et al., 2014; Shaheen et al., 2020). Kvinnorna var inte medvetna om att de kunde diskutera sina övergrepp med vårdpersonal, vilket gör det viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal att i sitt bemötande även etablera en trygg och stödjande relation med patienterna för att uppmuntra dem att dela med sig av sina erfarenheter (Othman et al., 2014; Pederson et al., 2023). Kvinnorna uttryckte även rädsla för att hälso- och sjukvårdspersonal skulle föreslå polisanmälan eller andra formella åtgärder, vilket de fruktade skulle få negativa konsekvenser för deras partner eller familjesituation. Kvinnorna beskrev att detta grundade sig i att de inte ville prata om sin situation och samtidigt skydda sin mans rykte (Othman et al., 2014).

Upplevelser av ett positivt bemötande

Denna kategori belyser kvinnors positiva erfarenheter av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket delades in i två aspekter: *Att våga öppna upp sig* och *Stöd från hälso- och sjukvårdspersonal*.

Att våga öppna upp sig

Kvinnor upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande och förhållningssätt var avgörande, för huruvida de vågade öppna upp sig och dela med sig av sina situationer och erfarenheter av våld (Bradbury-Jones et al., 2014; Keeling & Fisher, 2015; Reeves & Humphreys, 2018; Shaheen et al., 2020; Wallin Lundell et al., 2018).

Kvinnorna uppgav att ett positivt första intryck och en god relation med hälso- och sjukvårdspersonalen bidrog till positiva upplevelser av att våga öppna upp sig. De beskrev hur en trygg och icke-dömande attityd från personalen ökade deras benägenhet att dela med sig av sina problem. När personalen visade genuint engagemang och lyhördhet kände kvinnorna att de kunde öppna upp om sina erfarenheter, vilket stärkte deras förtroende och skapade en känsla av trygghet i vårdrelationen. Kvinnornas upplevelser och intryck av hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt gentemot dem, beskrevs vara central för ifall kvinnorna ville diskutera sina problem (Bradbury-Jones et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2018; Wallin Lundell et al., 2018).

Kvinnorna beskrev att det var positivt när hälso- och sjukvårdspersonal var lyhörda och anpassade sina metoder för att skapa en trygg och stödjande vårdmiljö, eftersom det gjorde det lättare för att våga öppna upp sig för dem (Bradbury-Jones et al., 2014; Keeling & Fisher, 2015; Reeves & Humphreys, 2018; Wallin Lundell et al., 2018). Vidare bidrog hälso- och sjukvårdspersonalens anpassning av vården efter kvinnornas specifika behov, exempelvis genom att erbjuda kvinnliga vårdgivare eller noggrant förklara procedurer, till att öka deras känsla av säkerhet. Särskilt kvinnor med tidigare traumatiska erfarenheter, såsom sexuella övergrepp, påverkades starkt av dessa faktorer (Reeves & Humphreys, 2018).

Hälso- och sjukvårdspersonalens initiativ och vilja att ställa direkta frågor var en viktig faktor. Kvinnorna uttryckte en önskan om att hälso- och sjukvårdspersonalen aktivt skulle fråga dem om våldet. Kvinnor beskrev hur hälso- och sjukvårdspersonal som aktivt och

upprepade gånger frågade om deras välbefinnande hjälpte dem att övervinna sin initiala tvekan att avslöja våldet de hade utsatts för (Bradbury-Jones et al., 2014; Shaheen et al., 2020).

Stöd från hälso- och sjukvårdspersonal

Kvinnorna betonade vikten av att omvårdnadsåtgärder och tjänster inom hälso- och sjukvården spelade en stödjande roll i deras återhämtning. Kvinnorna ansåg att ett positivt stöd inom hälso- och sjukvården präglas av hälso- och sjukvårdspersonalens empati och förståelse, deras förmåga att skapa en trygg och engagerande miljö samt att de anpassade vården efter individuella behov och involverade kvinnorna i beslutsprocessen, vilket bidrog till att bygga en känsla av tillit (Dos Reis et al., 2017; Keeling & Fisher, 2015; Pederson et al., 2023; Reeves & Humphreys, 2018; Wallin Lundell et al., 2018).

Kvinnorna betonade vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal har en djupgående och genuin förståelse för kvinnornas situationer, särskilt de som har genomgått trauma. Fokus bör ligga på kvinnors mentala välbefinnande, antingen genom att lyssna och samtala eller genom att uppvisa en genuin förståelse för deras trauma (Dos Reis et al., 2017; Pederson et al., 2023; Wallin Lundell et al., 2018). Kvinnorna upplevde att en öppen kommunikation mellan patienter och vårdgivare är avgörande för att kvinnor ska känna sig hörda och förstådda, vilken i sin tur kan förbättra deras vårdupplevelse (Pederson et al., 2023; Wallin Lundell et al., 2018).

Att hälso- och sjukvårdspersonalen verkligen engagerade sig, tog sig tid och inte stressade genom mötet, samt erbjöd långsiktigt stöd, var avgörande för ett positivt bemötande (Keeling & Fisher, 2015; Pederson et al., 2023; Wallin Lundell et al., 2018). Tydlig information från hälso- och sjukvårdspersonalen, tillsammans med broschyrer om olika stödorganisationer, upplevde kvinnorna som särskilt hjälpsamma och uppskattade (Keeling & Fisher, 2015).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Litteraturöversikten syftade till att belysa hur kvinnor som utsätts för våld i nära relation upplever bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal. Syftes besvarades från en integrerad dataanalys av tio kvalitativa studier. Resultaten presenterades i form av tre huvudkategorier med tillhörande underkategorier. De centrala insikterna som framkommit i resultatet, kommer att diskuteras med stöd av Katie Erikssons teoretiska perspektiv på lidande, i kombination med de studier som beskrivits tidigare i bakgrunden samt några nytillkomna artiklar som bedömts vara relevanta i relation till resultatet.

I resultatet framkommer kvinnornas negativa upplevelser av hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande, präglad av bristande stöd och empati, samt känslor av osynlighet och avvisande. Våldsutsatta kvinnor, kan enligt Eriksson (2015, s. 88-89), redan anses leva med ett livslidande på grund av deras komplexa situation, som ofta präglas av känslor av hopplöshet. I enlighet med detta förklarar även Eriksson (2015, s. 81-88) att hälso- och sjukvårdspersonalens negativa attityd vid ett bristande bemötande kan bidra till ett vårdlidande. Detta vårdlidande kan uppstå när personalen tillfogar kvinnorna lidande genom bristande stöd, brist på empati och avvisande beteenden som får dem att känna sig osynliga. Hälso- och sjukvårdspersonal borde således kunna avstå från att lägga på kvinnorna ett vårdlidande, när de uppsöker vård för våldsrelaterade skador. I en studie av

Digel Vandyk et al. (2018) belystes ett liknande samband. I studien framkom det att nedvärderande beteende och nedlåtande kommentarer från sjuksköterskorna förstärkte patienternas känsla av att bli avfärdade och bidrog till att de kände sig nedvärderade. För att etablera förtroende, samt en god vårdrelation, måste hälso- och sjukvårdspersonal visa både klinisk skicklighet och empati, samt förstå patientens svåra situation (Bell & Duffy, 2009). Detta bekräftas av Mako et al. (2016) som menar att vårdsökande befinner sig i en sårbar situation. De upplever oro, nervositet och hjälplöshet, och de hoppas att deras åsikter och beslut kommer att respekteras och beaktas av sjuksköterskorna.

Ytterligare ett fynd från litteraturöversikten visar på vikten av att våldsutsatta kvinnor känner sig trygga nog att våga dela med sig av sin situation. Resultaten indikerar att ett dåligt bemötande kan förstärka kvinnors rädsla för att bli dömda, vilket bidrar till deras tystnad och stigmatisering, och därmed försvårar möjligheten att öppet diskutera sina upplevelser av våld. Det framkom att en aktivt engagerad hälso- och sjukvårdspersonal som ställer frågor om våld och erbjuder stöd spelar en avgörande roll i att skapa en trygg och säker vårdmiljö och vårdrelation. Ett positivt första intryck och en icke-dömande attityd från hälso- och sjukvårdspersonal kan uppmuntra kvinnor att öppna sig. Wright och Brajtman (2011) menar att omvårdnad som utgår från respekt och empati är avgörande för att kunna initiera en vårdrelation, där patienten känner tilltro för hälso- och sjukvårdspersonalen. Bramley och Matiti (2014) framställde ett liknande resultat i sin studie där det framkom att patienter kände sig uppmärksammade när sjuksköterskor tog sig tid för att lyssna på dem, samt upprätthöll en professionell attityd med visad medmänsklighet och empati. I studien av Corscadden et al. (2021) diskuteras patientupplevelser av bemötande och hur de påverkar patientens uppfattning av värdighet. I studien framkom det att ett gott bemötande kan påverka patientens upplevelse av värdighet så att den stärks. Dock påvisades i samma studie att vissa patienter med psykisk ohälsa även rapporterade att deras värdighet kränks. Resultatet tyder således på att det finns skillnader i hur patienter blir bemötta och respekterade av hälso- och sjukvårdspersonal, beroende på deras psykiska tillstånd. Enligt Lutgendorf (2019) kan våldsutsatta kvinnor drabbas av psykiska problem som depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom. Heron (2021) nämner dessutom problem med självkänsla, självskadebeteenden och självmordstankar som möjliga följder av våldet. I enlighet med detta betonar Eriksson (2015, s. 90-91) att sjuksköterskan har ett ansvar i att lindra lidande och främja hälsa hos våldsutsatta kvinnor. För sjuksköterskor är det betydelsefullt att visa respekt för människors värdighet och att bemöta det lidande som varje individ upplever med empati och engagemang. Vidare beskriver Eriksson (2015, s. 50-51) vikten av att sjuksköterskan bemöter kvinnan på ett sätt som påverkar hennes upplevelse av vården positivt. Det är avgörande att kvinnan ges tid att bearbeta sina känslor samt känna sig uppmärksammad och förstådd. Vidare förklarar Eriksson (2015, s. 73) att medlidande handlar om att sjuksköterskan engagerar sig i den lidande personens situation och ger stöd genom att samtala, lyssna, vara närvarande och sprida hopp. Dessa viktiga aspekter i sjuksköterskans förhållningssätt vid mötet av våldsutsatta kvinnor, kan efterliknas med komponenterna som ingår i en god vårdrelation.

Litteraturöversikten indikerade på hur ett stödjande och empatiskt bemötande är betydelsefullt för att möta kvinnors behov och stödja deras återhämtning på ett inkluderande sätt, men samtidigt utveckla en vårdrelation. För att skapa trygghet och en omfattande lösning som effektivt möter kvinnors komplexa behov, räcker det inte med att bara erbjuda emotionellt stöd. Det behövs ett interprofessionellt samarbete, där olika professioner och yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården kompletterar varandras

kompetenser för att förbättra bemötandet inom vården. I en studie av Mako et al. (2016) framhävs vikten av ett empatiskt förhållningssätt inom hälso- och sjukvården för att främja patientdelaktighet och anpassa vården så att den blir mer patientcentrerad. Detta förhållningssätt ökar känslan av sammanhang och stärker strävan mot ett gemensamt mål. Detta kan jämföras med Erikssons teori, där den enskilda patientens lidande beskrivs som en kamp och där det är svårt för individen att uttrycka sina känslor när lidandet är intensivt (Eriksson, 2015, s. 18). Dock kan ett lidande som delas med andra leda till hopp och livskraft (Eriksson, 2015, s. 27). I enlighet med detta betonar ICN:s etiska kod för sjuksköterskor vikten av professionella värderingar såsom respekt, rättvisa, omsorg och empati. Sjuksköterskor uppmanas att främja säkerhetskultur och skydda individens hälsa mot hot (International Council of Nurses, 2021). Detta tillvägagångssätt bygger på en fungerande vårdrelation, vilket utgörs av ett partnerskap mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter, där hälso- och sjukvårdspersonalens roll är att bidra med expertis, främja dialog och bygga en relation baserad på ömsesidigt förtroende (Vårdförbundet, 2015). Detta kan liknas vid att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt som handlar om att förstå och stödja individens lidande samt för att säkerställa högkvalitativ hälso- och sjukvård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024b). Omvårdnadsarbete ska bedrivas från ett etiskt förhållningssätt med respekt för patienten. För att upprätthålla god omvårdnadsetik i det kliniska arbetet ska sjuksköterskan utgå från att respektera och ta hänsyn till individens värderingar. I klinisk tillämpning kan detta inkludera faktorer som vanor, trosuppfattningar, självbestämmande, integritet och värdighet (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2019; Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a).

Litteraturöversikten lyfter, ur ett patientperspektiv, att en begränsad tidsram och brist på utbildning bland hälso- och sjukvårdspersonal ofta kan leda till att tecken på våld i nära relationer förbises. Det kan påverka hur hälso- och sjukvården hanterar sådana situationer genom att hälso- och sjukvårdspersonal kan vara stressade och oförskämda, samt att de inte har tillräckligt med tid för att lyssna på patienterna och ta del av kvinnans erfarenheter. Det kan i sin tur vara avgörande för hur våld i nära relationer identifieras och hur våldsutsatta kvinnor stöds. I studien av Yousefnia et al. (2018) föreslås hur hälso- och sjukvårdspersonalens arbete och hantering av våld i nära relationer kan förbättras. Hälso- och sjukvårdssystemets struktur, resurstillgång, faciliteter, samt ledarskap och administration är betydelsefulla faktorer som är centrala för att möjliggöra förbättringar. För att främja detta kan det krävas ytterligare forskning, reformering av relevanta policyer samt omfattande utbildning och träning för hälso- och sjukvårdspersonal. Detta har även stöd i kompetensbeskrivning för sjuksköterskor samt ICN:s etiska kod, som slår fast att sjuksköterskor har ansvar för att främja rättvis behandling och social rättvisa när det gäller resursfördelning, tillgång till hälso- och sjukvård samt andra former av socialt och ekonomiskt stöd (International Council of Nurses, 2021; Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a).

Resultatet visar att hälso- och sjukvården kan ha en nyckelroll när det gäller att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor. Bramley och Matiti (2014) förklarar i sin studie att sjuksköterskor visade bristande medkänsla när de inte kunde avsätta tillräckligt med tid i mötet med hälso- och sjukvården och därmed misslyckades med att få individer att känna sig sedda. Enligt HSLF-FS 2022:39, kap 7, ska vårdgivare etablera rutiner för att hantera våldsutsatta och för att identifiera sådana individer genom att ställa relevanta frågor. Vårdgivare ansvarar även över att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har kunskap om våld och övergrepp och kan tillämpa denna kunskap i sitt arbete (HSLF-FS

2022:39; Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 2017:30). Det ställs krav på sjuksköterskeprofessionen att utveckla sina färdigheter för att kunna upprätthålla en hög standard inom hälso- och sjukvården och sjuksköterskor måste besitta den kompetens som krävs för att leda och utveckla omvårdnad (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a). Trots de tydliga lagstadgade kraven i HSLF-FS och Hälso- och sjukvårdslagen som berör att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha rutiner för att identifiera våld och utbilda personalen, visar litteraturoversikten ur ett patientperspektiv på bristande utbildning och strukturellt stöd, vilket resulterar i att hälso- och sjukvårdspersonal misslyckas med att upptäcka våldsutsatta kvinnor. Detta indikerar att även om lagarna är tydliga, tillämpas de inte alltid effektivt i praktiken. Bland fynden i litteraturoversiktens resultat framkom, för att hälso- och sjukvården ska leva upp till sitt ansvar i enlighet med lagstiftningen krävs mer än tydliga riktlinjer och resurser, som kontinuerlig utbildning och stöd till personalen. Forskning genomförd av Goicolea et al. (2022) och Yousefnia et al. (2018) belyser särskilt att bristen på utbildning är avgörande och påverkar hälso- och sjukvårdspersonalens förmåga att identifiera och hantera våld i nära relationer, vilket ytterligare understryker behovet av förbättrad implementering av riktlinjerna.

Resultatet indikerade att begränsade resurser och tid bidrog till att kvinnorna upplevde ett mindre tillfredsställande bemötande. Det har även konstaterats att hög arbetsbelastning påverkar hälso- och sjukvårdspersonalens förmåga att ge kvalitativ vård till kvinnor som utsatts för våld (Mphephu & Plessis, 2021; Öhman et al., 2024). Det framgår även samband som visar att underbemanning leder till brist på tid för stöd, längre väntetider och färre sjuksköterskor med specialkompetens (Mphephu & Plessis, 2012). Dessa faktorer har inte bara en direkt påverkan på kvaliteten av vården som erbjuds, utan bidrar också till en ohållbar arbetsmiljö för sjuksköterskorna. Arbetsmiljöverket (2018) beskriver hur oregelbundna arbetstider, skiftarbete, hög arbetsbelastning, konflikter och ständiga förändringar ökar belastningen både psykiskt och fysiskt för de som arbetar inom hälso- och sjukvården. Av detta är det möjligt att förstå hur hälso- och sjukvårdspersonalens stress, samt den höga arbetsbelastningen kan leda till utmaningar för dem att möta kvinnors behov. Ett liknande samband redogörs från Socialstyrelsen (2019), där det konstateras att hälso- och sjukvårdens arbetsmiljöfaktorer kan påverka patientsäkerheten negativt. Ur ett hållbarhets- och patientsäkerhetsperspektiv kan den höga arbetsbelastningen och ohållbara arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården leda till bristande rättvisa och omsorg. Detta på grund av att sjuksköterskans omvårdnadsarbete som syftar till att upprätthålla god omvårdnadsetik och främja en säkerhetskultur samt skydda individers hälsa (International Council of Nurses, 2021), blir begränsad. Jöhnk och Lennartsson, (2020), förklarar hur patientsäkerheten förbättras mest effektivt i organisationer som kännetecknas av en bra arbetsmiljö, trygghet och involverad personal för att utveckla och säkerställa en hållbar verksamhet. Arbetsmiljön för sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal påverkas ofta av organisatoriska brister inom hälso- och sjukvården. På organisatorisk nivå är det således viktigt att utveckla hälso- och sjukvården för att säkerställa tillräcklig bemanning, lämpliga fysiska lokaler och resurser som stödjer högkvalitativ, god och säker vård.

Resultaten från litteraturoversikten visar att kvinnorna upplevde det svårt att öppet diskutera sina erfarenheter av våld, både med sin omgivning och inom hälso- och sjukvården. Denna svårighet beror på en rädsla för att bli dömda och skuldbelagda, då ämnet är starkt stigmatiserat. Det är särskilt oroande eftersom statistik visar att kvinnor löper en betydligt högre risk än män att drabbas av våld i nära relationer, vilket beror på könsojämlikhet och patriarkala normer, där vissa grupper är mer accepterande avseende

våld mot kvinnor (Black et al., 2011; WHO, 2024). Våldets konsekvenser på individnivå är allvarliga och omfattar fysiska och psykiska skador, ekonomiska svårigheter, social isolering, samt negativa effekter på deras barn, vilket försvårar sökandet efter hjälp och ökar riskerna för livshotande situationer (Lutgendorf, 2019; WHO, 2024). Socialstyrelsen (2021) beskriver att våld i nära relationer är ett omfattande samhällsproblem som allvarligt påverkar kvinnors hälsa och välbefinnande. Eriksson (2015, s. 88-89) menar att livslidandet hos kvinnorna ofta förbises, medan sjukdomslidandet får större fokus. När en kvinna inte blir bekräftad eller sedd, blir hennes livslidande särskilt påtagligt. Det är också viktigt att notera att de sociala och ekonomiska konsekvenserna av våld i nära relationer och sexuellt våld är betydande och påverkar hela samhället med stora kostnader. Dessutom kan kvinnor till följd av dessa problem uppleva inkomstbortfall, samt begränsad förmåga att ta hand om sig själva och sina barn (WHO, 2024). På nationell nivå råder även en bristande jämställdhet på arbetsmarknaden samt det oavlönade arbetet i hemmet (Försäkringskassan, 2022). Statistik visar att kvinnor har en högre sjukfrånvaro och tar ut mer sjukpenning än män. En bidragande faktor till detta tros vara att en större andel kvinnor är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa (Försäkringskassan, 2023).

Metoddiskussion

Denna studie genomfördes som en icke-systematisk litteraturöversikt som endast granskar ett mindre antal sekundärkällor (Kristensson, 2014, s. 152-153). En sådan analys är begränsad i förhållande till en systematisk översikt som sammanställer alla aktuella källor inom ett visst område (Kristensson, 2014, s. 151). Att välja en icke-systematisk litteraturöversikt kan därför beskrivas som en svaghet. En icke-systematisk litteraturöversikt kan dock ge en viktig översikt inom ett begränsat område (Kristensson, 2014, s. 152-153), vilket kan ses som en styrka då denna uppsats hanterar ett mycket viktigt område värt att belysas.

Datinsamlingen avgränsades till en gräns på tio år, eftersom det skulle generera artiklar publicerade från år 2014 till 2024. Trovärdighet är ett centralt begrepp inom kvalitativa studier som används för att utvärdera kvaliteten på forskningen (Kristensson, 2014, s. 124). En begränsad tidsram kan öka trovärdigheten genom att säkerställa att de valda källorna är aktuella och speglar moderna förhållanden och praxis inom området. Östlundh (2022, s. 102) påpekar även att den nya evidensen snabbt kan förändra vetenskapligt material så att det inte är lika tillförlitligt längre. Kristensson (2014, s. 57) menar att bias är systematiska fel som kan uppstå i forskning, vilket involverar bedömningar av felets storlek, dess orsaker och hur de påverkar resultaten. När urvalet av artiklar sker mer selektivt, finns det en ökad risk för bias, då inte all tillgänglig litteratur inom området omfattas. Trots att urvalets representativitet kan ha påverkats, menar Kristensson (2014, s. 152-153) att icke-systematiska litteraturöversikter fortfarande kan vara aktuella för att bidra med relevant kunskap inom det valda området och belysa nya perspektiv. Ett relativt långt tidsspänn har en svaghet och hade kunnat påverkat artiklarnas innehåll, evidens och trovärdighet negativt. Det gör att tidsspänn på tio år i denna studie kan ses som en styrka. Innan artikelsökningen påbörjades, övervägde författarna att inkludera ett bredare tidsspänn med forskning från före år 2014. Vissa funderingar uppstod kring huruvida det hade kunnat påverka litteraturöversiktens resultat eller ej. Troligen skulle relevansen förbli oförändrad, eftersom de studerade ämnena; bemötande och våld i nära relationer, kan vara icke-medicinska och inte påverkas av ny evidens under en kort tidsperiod. Således finns det vetenskapliga artiklar i studiens bakgrund som är äldre än tio år, och därmed publicerade innan år 2014. Författarna inkluderade de artiklarna eftersom de fortfarande ansågs vara

relevanta, med stark evidens och trovärdighet inom ämnet. Efter utförd datainsamling och dataanalys framkom liknande resultat bland artiklarna som ingick i bakgrunden och resultatet i litteraturöversikten, vilket kan vara en styrka till arbetet eftersom innehållet fortfarande var aktuellt.

Databassökningarna utfördes i PubMed, CINAHL och PsycINFO eftersom författarna, samt bibliotekarie på Sophiahemmet Högskola ansåg att databasernas varierande fokus på innehåll skulle generera en mångfald av träffar som alla var relevanta för att uppfylla syftet med litteraturöversikten och stärka tillförlitligheten. Östlundh (2022, s. 80-81) framhåller vikten av att noggrant förstå processen för att söka, välja och analysera relevanta artiklar. Alla databassökningar har genomförts enligt rekommendationer och noggrant redovisats, inklusive de specifika sökorden och hur de kombinerades (Friberg, 2022, s. 191-193). Det har utförts för att kunna säkerställa studiens överförbarhet, reproducerbarhet, samt öka tillförlitligheten, vilket kan ses som en styrka.

I denna studie inkluderades tio vetenskapliga originalartiklar, med kvalitativa ansatser. Polit och Beck (2021, s. 598) menar att inkluderingen av både kvalitativa och kvantitativa ansatser kan vara fördelaktiga eftersom det ger ett bredare perspektiv. Trots detta bedömdes endast kvalitativa artiklar vara mer relevanta för att adressera det angivna syftet som berör upplevelser hos patienter, vilket kan beskrivas som en svaghet. Kristensson (2014, s. 116-117), beskriver även att kvalitativ forskning grundar sig på de unika sätt som individer uppfattar sin verklighet, vilket ger utrymme för att undersöka subjektivt upplevda erfarenheter. Med avsikt att kunna förstå hur hälso- och sjukvårdspersonal kan bemöta och ge adekvat hälso- och sjukvård till kvinnor som blivit utsatta för våld, var det avgörande att ha studier som belyser kvinnornas upplevelser. Detta tillvägagångssätt möjliggör en djupare förståelse av beteenden, upplevelser och känslor, vilket gör valet av kvalitativa artiklar i detta arbete till en styrka. Det är värt att notera att författarnas val av artiklar kan ha påverkats av deras egna intressen och åsikter, vilket således hade kunnat vara en svaghet. Med detta i åtanke har författarna i denna studie strävat efter att upprätthålla en så objektiv och neutral hållning som möjligt genom hela arbetsprocessen. Författarna utgick i detta arbete från tydliga kriterier och urvalskrav för att kunna inkludera och exkludera artiklar, som dessutom har granskats. Det utfördes en reflektion över författarnas egen bias, med tanke på förkunskaper, för att säkerställa transparens och undvika påverkan på valet av artiklar. Förförståelsen har hanterats genom kontinuerlig medvetenhet och diskussion om att den finns eftersom författarna i utbildningen har arbetat med våld i nära relation, samt mött våldsutsatta kvinnor i den verksamhetsförlagda utbildningen. Under handledningstillfällena och seminarier har dessutom arbetets granskats för att säkerställa att subjektiva formuleringar undvikits och det har upprätthållits en saklig språkstil. Detta kan således anses vara en styrka som avser att stärka arbetets objektivitet och förhindra att bias förekommer.

Fritextsökningar tillsammans med indexord tillämpades under datainsamlingen till denna studie. Enligt Kristensson (2014, s. 161) kan fritextsökningar öka antalet träffar, men det finns också en risk att den resulterar i fler irrelevanta artiklar. Artikelsökningarna resulterade i en hög andel artiklar som skulle granskas, vilket författarna var medvetna om tillsammans med risken för att fler irrelevanta träffar kunde genereras. Det kan vara en svaghet. Författarna har noggrant redovisat antalet träffar, men efter att ha läst titlar och abstract visade det sig att många artiklar inte kunde inkluderas, eftersom en stor andel av artiklarna endast utgick från hälso- och sjukvårdens perspektiv snarare än kvinnors. Det

skulle kunna påverka resultatets tillförlitlighet och utgöra en svaghet, men samtidigt kan det beskrivas som en styrka eftersom det motverkar analys av irrelevanta artiklar.

Vid översättningen av analysartiklarnas resultat, har författarna noggrant gått igenom artiklarna flera gånger och diskuterat dem gemensamt. Det utfördes för att identifiera eventuella skillnader i sina uppfattningar, men även för att minska risken för felaktiga tolkningar. Eftersom alla artiklar var på engelska har de även tagit upp möjliga feltolkningar i relation till det specifika landet där varje studie genomfördes. Detta var särskilt viktigt eftersom flera av dessa länder inte har engelska som modersmål, vilket kan öka risken för missförstånd. Författarna beslutade medvetet att inte begränsa litteraturöversikten till specifika länder för att säkerställa att den senaste forskningen kunde inkluderas. Denna strategi var fördelaktig och kan anses vara en styrka i arbetet, eftersom en större och mer omfattande insamling av relevant material från flera länder möjliggjordes.

Det totala urvalet i studien bestod av 198 kvinnor mellan 18 och 65 år gamla. Kristensson (2014, s. 125) menar att ett varierat urval kan öka tillförlitligheten i ett arbete. Arbetets syfte utgår från kvinnliga upplevelser av våld i nära relation, på grund av detta har männens perspektiv inte inkluderats men i till detta arbete bidrar det till en styrka. Forskningen i artiklarna genomfördes i flera olika länder, såväl hög inkomst- som låginkomstländer. Resultaten från litteraturstudien och deras generaliserbarhet påverkas bland annat av befolkningssammansättningen och kontexten i de studier som ingår (Kristensson, 2017, s. 125–126). Att studier från både hög- och låginkomstländer inkluderades bidrar till både styrkor och svagheter för detta arbete. Det är värt att notera att vårdkontexterna skiljer sig markant mellan hög- och låginkomstländer. Höginkomstländer, såsom USA och Storbritannien, har i regel starka hälso- och sjukvårdssystem som ger snabbare tillgång till behandling och bättre uppföljning. Å andra sidan står låginkomstländer inför betydande hinder, inklusive begränsade resurser, brist på personal och utrustning, vilket påverkar tillgången till grundläggande vårdtjänster. Genom att inkludera en mångfald av länder anses studiens tillförlitlighet öka, men det innebär också att vissa länder kanske inte var representerade, vilket potentiellt kan påverka generaliserbarheten negativt. Kristensson (2014, s. 128-129) menar att det centrala i kvalitativa studier handlar om att lyfta fram olika upplevelser och perspektiv av det som undersöks. Artiklarnas geografiska variation kan således bidra till förståelse för patientens vårdupplevelser och belyser hur socioekonomiska faktorer påverkar både tillgång och kvalitet inom vården globalt.

God forskningssed har beaktats genom hela arbetet, bland annat genom att begränsa urvalet till vuxna kvinnor, och inte barn, då skriftligt samtycke är en central del av deltagandet. För att säkerställa att etiska riktlinjer följdes, har författarna valt att endast inkludera artiklar som godkänts av relevanta etikkommittéer. Kristensson (2014, s. 55) betonar likaså vikten av att beakta forskningsetiska aspekter och att reflektera över dessa under forskningsprocessen. Forskning som involverar människor kräver frivilligt deltagande, samt individens rätt att när som helst avbryta sin medverkan (SFS 2003:460). Att artiklarna hade ett begränsat antal deltagare betraktades som en fördel, eftersom det möjliggjorde mer detaljerade och djupgående beskrivningar av kvinnornas upplevelser, jämfört med kvantitativa studier som involverade fler deltagare (Henricson & Billhult, 2023, s. 118). Författarna till denna studie har erfarenhet av ämnet våld i nära relationer, särskilt mäns våld mot kvinnor, vilket ingått i deras sjuksköterskeutbildning. Därför har ett reflexivt förhållningssätt varit nödvändigt för att säkerställa studiens äkthet (Priebe &

Landström, 2023, s. 39). Att upprätthålla ett objektiva förhållningssätt och undvika att låta personliga åsikter påverka tolkningen av artiklarnas resultat har varit avgörande för att följa god forskningsetik.

Det genomfördes en noggrann kvalitetsgranskning av de inkluderade artiklarna för att säkerställa att varje artikel höll hög eller medelhög standard. Granskningen genomfördes med hjälp av Sophiahemmet Högskolas egna bedömningsunderlag, vilket är anpassat efter Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016). Det är fördelaktigt och en styrka till detta arbete att artiklarna har genomgått en kvalitetsgranskning. Underlaget är objektiva sett enkelt, samt baseras endast utefter dimensionerna av klassificering och vetenskaplig nivå. Författarna har inte heller tidigare utfört en kvalitetsgranskning av vetenskapliga artiklar. Det är något som skulle kunna generera en felaktig bedömning av kvalitetsnivån på artiklarna och således utgöra en svaghet. Dataanalysen utfördes enligt Kristenssons (2014) integrerade analys. De mest framträdande patientupplevelserna från artiklarna har sammanställts med hjälp av färgkoder. Denna metod användes för att strukturera och tydliggöra likheter och skillnader som sedan utgjorde kategorier och underkategorier i studiens resultat. Användningen av färgkoder minskade risken för att författarna skulle förbise viktig information i artiklarna under sammanställningen av resultatet och utgjorde därmed en styrka. Efter utförd kvalitetsgranskning exkluderades två artiklar som inte längre ansågs vara relevanta eller anpassade efter arbetets syfte. Detta hade kunnat utgöra en svaghet, eftersom det slutligen resulterade i totalt tio artiklar i stället för tolv. Samtidigt stärks arbetet av att de inkluderade artiklarna ansågs kunna besvara vårt syfte, vilket de dessutom har använts till att göra.

Referenshanteringen i denna litteraturstudie har följt Sophiahemmet Högskolas modifierade version av American Psychological Association (APA), för att säkerställa transparens för läsaren gällande källans ursprung. Författarna till denna studie har med hjälp av APA kunnat integrera information för att stärka innehållet i denna analys, vilket har gjorts både i löpande text och i referenslistan. Det bidrar till konsekvent och tydlig referenshantering (Kristensson, 2014, s. 24-26), men bidrar även till en styrka för detta arbete.

SLUTSATS

Föreliggande litteraturöversikt belyser att kvinnors erfarenheter och upplevelser av hälso- och sjukvårdens bemötande engagemang och stöd till stor del är bristfälliga inom hälso- och sjukvården. Kvinnor upplever ofta bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal som avvisande och nedlåtande, vilket förstärks av personalens bristande empati och nedvärderande attityder. Detta leder till att många kvinnor känner sig osynliga och skuldbelagda, vilket avskräcker dem från att söka vård på nytt. Evidensen visade även både interna och externa hinder som ytterligare försvårar kvinnors möjlighet att söka hjälp. Dessutom bidrar bristen på utbildning, personal och tid i hälso- och sjukvården till att viktiga tecken på våld förbises, vilket gör det svårare att ge adekvat stöd.

Vidare visar resultatet att ett positivt bemötande och stöd från hälso- och sjukvårdspersonal kan göra stor skillnad, då ett personcentrerat förhållningssätt med aktivt lyssnande och anpassning av vården efter kvinnors behov skapar en trygg vårdrelation där de känner sig bekväma med att dela sina upplevelser.

Genom att tillämpa Katie Erikssons teoretiska perspektiv på lidande framgår att det att ett empatiskt och stödjande bemötande kan bidra till att lindra kvinnornas livslidande och

förebygga att de även drabbas av ett vårdlidande som orsakas av vårdpersonalen. Resultaten tyder på att bristen på kompetens och utbildning bland vårdpersonal kan leda till att kvinnor känner sig nedvärderade, vilket ytterligare ökar deras känsla av isolering och lidande. Den bristande tillämpningen av lagar och riktlinjer gällande våld i nära relationer betonar behovet av att satsa på kontinuerlig utbildning om ämnet, samt hur kvinnorna ska bli bemötta. Det är också avgörande att erbjuda strukturellt stöd till hälso- och sjukvårdspersonal.

Fortsatta studier

I denna litteraturstudie framkommer det att våldsutsatta kvinnor har ett stort behov av hälso- och sjukvårdspersonal med nödvändig kompetens och respektfullt bemötande för att våga dela sina upplevelser. Dock har hälso- och sjukvårdspersonal betydande svårigheter att tillgodose dessa behov, vilket ofta leder till stigmatisering och skuldbeläggning. Därför är vidare studier kring vårdrelationen mellan vårdpersonal och våldsutsatta kvinnor av stor vikt. Det skulle vara värdefullt att undersöka vilka åtgärder som krävs för att stärka personalens kompetens och hur dessa kan anpassas för att bättre möta kvinnors specifika behov. Vidare forskning bör också fokusera på hur man bättre kan identifiera och stödja dessa kvinnor genom att undersöka vilka specifika behov och önskemål de har. Genom att förbättra utbildningsprogrammen för hälso- och sjukvårdspersonal kan en tryggare och mer stöttande miljö för våldsutsatta kvinnor skapas, vilket kan leda till bättre hälsa och välbefinnande för denna utsatta grupp.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet från denna litteraturöversikt kan utgöra en viktig grund för att öka medvetenheten och förståelsen för behoven hos kvinnor som utsatts för våld i nära relationer i mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Kvinnorna möter ofta hinder som stigmatisering och rädsla när de söker vård, vilket gör det avgörande för vårdpersonal att ha djupgående kunskap om dessa specifika behov. Genom att fördjupa sin förståelse för våldets konsekvenser och de känslor av skam och isolering som många kvinnor upplever, kan vårdpersonal utveckla en mer empatisk och stödjande attityd. Detta kan leda till att kvinnorna känner sig sedda och hörda, vilket stärker deras förtroende för vården och kan minska risken för återfall i våldsamma situationer. Tidigare studier visar att vårdpersonal ofta saknar kompetens för att hantera dessa komplexa situationer, vilket ytterligare betonar vikten av resultaten från denna studie. Att integrera denna kunskap i utbildningsprogram och klinisk praktik kan stärka hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och på så sätt förbättra vården för våldsutsatta kvinnor. Inom hälso- och sjukvårdens verksamheter skulle det vara betydelsefullt att investera i resurser som möjliggör bättre stöd och utbildning för sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal att möta, hantera och stötta våldsutsatta kvinnor.

Enligt Förenta Nationernas globala mål Agenda 2030 är ett av målen att uppnå jämställdhet och avskaffa alla former av våld mot kvinnor. För att nå detta mål är det avgörande att vårdpersonal har tillgång till och förståelse för den nödvändiga kunskapen för att effektivt bemöta och stödja våldsutsatta kvinnor. Genom att integrera resultaten från denna litteraturöversikt i vårdutbildning och praktik kan vårdpersonal bidra till att förbättra livskvaliteten för dessa kvinnor och därigenom påverka samhället i stort positivt. Det är genom dessa insatser som samhället kan sträva mot att uppnå en hållbar utveckling och en verklig förbättring av situationen för kvinnor som drabbats av våld.

FÖRFATTARNAS BIDRAG

Författarna Molly Kärras och Josefine Mattsson har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

REFERENSER

- Alhalal E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International Nursing Review*, 67(2), 265–274.
<https://doi.org/10.1111/inr.12584>
- Ali, P., McGarry, J., Younas, A., Inayat, S., & Watson, R. (2022). Nurses', midwives' and students' knowledge, attitudes and practices related to domestic violence: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1434–1444.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13503>
- Anderson, K. M., Renner, L. M., & Danis, F. S. (2012). Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence Against Women*, 18(11), 1279–1299.
<https://doi.org/10.1177/1077801212470543>
- Arbetsmiljöverket. (2018). *Huvudsakliga risker inom hälso-och sjukvården*. Hämtad 20 oktober, 2024, från
<https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden/>
- Bell, L., & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 18(1), 46–51.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.1.32091>
- Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.
- Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12, 473.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-473>
- Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
https://sprc.org/wp-content/uploads/2023/01/NatIIPV_SurveyReport2011.pdf
- *Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: A qualitative investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3057–3068.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12534>
- Bramley, L., & Matiti, M. (2014). How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2790–2799.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12537>

Brottsförebyggande Rådet, (2024). *Våld i nära relationer*. Hämtad 26 maj, 2024, från <https://bra.se/statistik/statistik-om-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., & Scholle, S. H. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Women's Health Issues, 15*(1), 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2004.08.007>

Chanmugam, A., & Hall, K. (2012). Safety planning with children and adolescents in domestic violence shelters. *Violence and Victims, 27*(6), 831–848. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.6.831>

Cheng, T. C., & Lo, C. C. (2020). Telling medical professionals about victimization by intimate partner: Analysis of women surviving intimate partner violence. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation, 50*(2), 129–136. <https://doi.org/10.1177/0020731419896695>

Cho, O. H., Cha, K. S., & Yoo, Y. S. (2015). Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses. *Asian Nursing Research, 9*(3), 213–218. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.003>

Chung, J. Y., Frank, L., Subramanian, A., Galen, S., Leonhard, S., & Green, B. L. (2012). A qualitative evaluation of barriers to care for trauma-related mental health problems among low-income minorities in primary care. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(5), 438–443. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31825322b3>

Corcadden, L., Callander, E. J., Topp, S. M., & Watson, D. E. (2021). Disparities in experiences of emergency department care for people with a mental health condition. *Australasian Emergency Care, 24*(1), 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.05.008>

Crowe, A., & Murray, C. E. (2015). Stigma from professional helpers toward survivors of intimate partner violence. *Partner Abuse, 6*(2), 157–179. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.6.2.157>

Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *The International Journal of Social Psychiatry, 58*(4), 417–424. <https://doi.org/10.1177/0020764011406811>

Digel Vandyk, A., Young, L., MacPhee, C., & Gillis, K. (2018). Exploring the experiences of persons who frequently visit the emergency department for mental health-related reasons. *Qualitative Health Research, 28*(4), 587–599. <https://doi.org/10.1177/1049732317746382>

Diskrimineringsombudsmannen. (2021). *Rätten till sjukvård på lika villkor*. <https://www.do.se/download/18.277ff225178022473141e31/1618941270686/rapport-ratten-till-sjukvard-lika-villkor.pdf>

*Dos Reis, M. J., Lopes, M. H. B. M., & Osis, M. J. D. (2017). 'It's much worse than dying': The experiences of female victims of sexual violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2353–2361.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13247>

Dunn, J. L. (2005). “Victims” and “survivors”: Emerging vocabularies of motive for “battered women who stay”. *Sociological Inquiry*, 75(1), 1–30.

<https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.2005.00110.x>

Eide, T. & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken: relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. (1. uppl.) Liber. (Valda delar).

Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. (2. uppl.). Liber. (Valda delar).

*Evans, M. A., & Feder, G. S. (2016). Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: A qualitative study of pathways towards formal and informal support. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 19(1), 62–73.

<https://doi.org/10.1111/hex.12330>

Friberg, F. (2022). Att göra en integrerande sammanställning av kvalitativ forskning - inspirerad metasyntes. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 169-182). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturöversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 185-198). Studentlitteratur.

Försäkringskassan. (2022). *Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv: Sverige har inte längre högst sjukfrånvaro i Västeuropa*. Analysavdelningen. (Korta analyser 2022:4).

<https://www.forsakringskassan.se/download/18.3a5418591814e228e4413ba/1661322861633/den-svenska-sjukfranvaron-i-ett-europeiskt-perspektiv-korta-analyser-2022-4.pdf>

Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2023*.

<https://www.forsakringskassan.se/download/18.2cd4bda718b78628931592/1708591021880/forsakringskassans-arsredovisning-2023.pdf>

Goicolea, I., Vives-Cases, C., Castellanos-Torres, E., Briones-Vozmediano, E., & Sanz-Barbero, B. (2022). Disclosing gender-based violence: A qualitative analysis of professionals' and women's perspectives through a discursive approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14683.

<https://doi.org/10.3390/ijerph192214683>

Goodkind, J. R., Gillum, T. L., Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2003). The impact of family and friends' reactions on the well-being of women with abusive partners. *Violence Against Women*, 9(3), 347–373.

<https://doi.org/10.1177/1077801202250083>

Halliwell, G., Dheensa, S., Fenu, E., Jones, S. K., Asato, J., Jacob, S., & Feder, G. (2019). Cry for health: A quantitative evaluation of a hospital-based advocacy intervention for

domestic violence and abuse. *BMC Health Services Research*, 19(1), 718.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4621-0>

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. (2. uppl.) Studentlitteratur. (Valda delar).

Hellberg, S., & Karlsson, E. K. (2023). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (3 uppl., s. 115-125). Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2023). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (3 uppl., s. 115-125). Studentlitteratur.

Henry, N., Vasil, S., Flynn, A., Kellard, K., & Mortreux, C. (2022). Technology-facilitated domestic violence against immigrant and refugee women: A qualitative study. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13-14), NP12634-NP12660.
<https://doi.org/10.1177/08862605211001465>

Heron, R. L., & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health & Social Care in the Community*, 29(3), 612–630.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13282>

Howell, K. H., Barnes, S. E., Miller, L. E., & Graham-Bermann, S. A. (2016). Developmental variations in the impact of domestic violence exposure during childhood. *Journal of Injury & Violence Research*, 8(1), 43–57.
<https://doi.org/10.5249/jivr.v8i1.663>

HSLF-FS 2022:39. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf>

International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*.
https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Jämställdhetsmyndigheten, (2021). *Mäns våld mot kvinnor - fakta och statistik*. Hämtad 27 maj, 2024, från <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/mans-vald-mot-kvinnor/fakta-och-statistik/>

Jöhnk, A., & Lennartsson, F. (2020). *Patientsäkerhet och arbetsmiljö*. Sveriges Kommuner och Regioner
<https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef386d8/1642164199406/5518.pdf>

*Keeling, J., & Fisher, C. (2015). Health professionals' responses to women's disclosure of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(13), 2363–2378.
<https://doi.org/10.1177/0886260514552449>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur och kultur. (Valda delar).

Kvinnofridslinjen, (2024). *Vad är våld?* Hämtad 25 maj, 2024, från <https://kvinnofridslinjen.se/om-vald/>

Lelaurain, S., Graziani, P., & Lo Monaco, G. (2017). Intimate partner violence and help-seeking: A systematic review and social psychological tracks for future research. *European Psychologist*, 22(4), 263–281.

<https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000304>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385.

<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Lutgendorf, M. A. (2019). Intimate partner violence and women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 134(3), 470–480.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003326>

Mako, T., Svanäng, P., & Bjerså, K. (2016). Patients' perceptions of the meaning of good care in surgical care: A grounded theory study. *BMC Nursing*, 15, 47.

<https://doi.org/10.1186/s12912-016-0168-0>

Mandel, D. (2010). Child welfare and domestic violence: Tackling the themes and thorny questions that stand in the way of collaboration and improvement of child welfare practice. *Violence Against Women*, 16(5), 530–536.

<https://doi.org/10.1177/1077801210366455>

McCabe C. (2004). Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41–49.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>

Miranda, R. B., & Lange, S. (2020). Domestic violence and social norms in Norway and Brazil: A preliminary, qualitative study of attitudes and practices of health workers and criminal justice professionals. *PloS One*, 15(12), e0243352.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243352>

Mphephu, A., & du Plessis, E. (2021). Professional nurses' experience in providing nursing care to women experiencing gender-based violence: A caring presence study. *Health SA Gesondheid*, 26, 1658.

<https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1658>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid, (2023). *Våldets uttryck och mekanismer*. Hämtad 25 maj, 2024, från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>

*Netto, L. de A., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., Tyrrell, M. A. R., & Bravo, M. del M. P.. (2014). Violence against women and its consequences. *Acta Paulista De Enfermagem*, 27(5), 458–464.

<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400075>

*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>

*Pederson, A., Mirlashari, J., Lyons, J., & Brotto, L. A. (2023). How to facilitate disclosure of violence while delivering perinatal care: The experience of survivors and healthcare providers. *Journal of Family Violence*, 38(3), 571–583.
<https://doi.org/10.1007/s10896-022-00371-z>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (Eleventh edition). Wolters Kluwer.

Portnoy, G. A., Colon, R., Gross, G. M., Adams, L. J., Bastian, L. A., & Iverson, K. M. (2020). Patient and provider barriers, facilitators, and implementation preferences of intimate partner violence perpetration screening. *BMC Health Services Research*, 20(1), 746.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05595-7>

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 23166.
<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

Priebe, G., & Landström, C. (2023). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (3 uppl., s. 27-44). Studentlitteratur.

*Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. (2018). Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1170–1182.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14152>

Regeringskansliet. (2024). *Arbetet mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck stärks*. Hämtad 4 oktober, 2024, från <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/06/arbetet-mot-mans-vald-mot-kvinnor-vald-i-nara-relationer-och-hedersrelaterat-vald-och-fortryck-starks/>

Richardson-Foster, H., Stanley, N., Miller, P., & Thomson, G. (2012). Police intervention in domestic violence incidents where children are present: Police and children's perspectives. *Policing and Society*, 22(2), 220–234.
<https://doi.org/10.1080/10439463.2011.636815>

Rosén, M. (2023). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (3 uppl., s. 435-448). Studentlitteratur.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken etik för vårdande yrken*. MTM. (Valda delar).

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 29 september, 2024, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 25 maj, 2024, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

*Shaheen, A., Ashkar, S., Alkaiyat, A., Bacchus, L., Colombini, M., Feder, G., & Evans, M. (2020). Barriers to women's disclosure of domestic violence in health services in Palestine: Qualitative interview-based study. *BMC Public Health*, 20(1), 1795. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09907-8>

Smirthwaite, G., & Kjellsson, S. (2019). *Ojämsställdhet i hälsa och vård: En sammanfattning*. Sveriges Kommuner och Landsting. <https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef38a61/1642166066549/7585-792-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Arbetsmiljö - Samlat stöd för patientsäkerheten*. Hämtad 24 oktober, 2024 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/riskomraden/arbetsmiljo/>

Socialstyrelsen, (2021). *Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld - ett utbildningsmaterial*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7619.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet & Dietisternas Riksförbund, (2019). *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening, (2010). *Vårdmiljöns betydelse*. <https://swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261545a/1605101845570/V%C3%A5rdmilj%C3%B6ns%20betydelse.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2021). *Kunskapsområdet omvårdnad*. Hämtad 20 oktober, 2024, från <https://swenurse.se/om-oss---profession-vision-politik/kunskapsområdet-omvardnad>

Svensk sjuksköterskeförening. (2024a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2024b). *Värdegrund för omvårdnad*. <https://swenurse.se/download/18.2f2788b8191974f2f813ffbd/1725460671134/Va%CC%88rdegrund%20fo%CC%88r%20omva%CC%8Ardnad.pdf>

Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Vad är våld i nära relationer?* Hämtad 27 maj, 2024, från <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsmiljo/valdinararelationstodfordigsomchef/vadarvaldinararelationer.35439.html>

Tarzia, L., Bohren, M. A., Cameron, J., Garcia-Moreno, C., O'Doherty, L., Fiolet, R., Hooker, L., Wellington, M., Parker, R., Koziol-McLain, J., Feder, G., & Hegarty, K. (2020). Women's experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse to a healthcare provider: A qualitative meta-synthesis. *BMJ Open*, 10(11), e041339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041339>

Turpin, L. J., McWilliam, C. L., & Ward-Griffin, C. (2012). The meaning of a positive client-nurse relationship for senior home care clients with chronic disease. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillissement*, 31(4), 457–469. <https://doi.org/10.1017/S0714980812000311>

Uhrenfeldt, L., Sørensen, E. E., Bahnsen, I. B., & Pedersen, P. U. (2018). The centrality of the nurse-patient relationship: A Scandinavian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3197–3204. <https://doi.org/10.1111/jocn.14381>

United Nations Development Programme. (2024). *Mål 5: Uppnå jämställdhet: Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt*. <https://fn.se/wp-content/uploads/2023/02/Ma%CC%8A1-5-ja%CC%88msta%CC%88ldhet.pdf>

Wadsworth, P., Kothari, C., Lubwama, G., Brown, C. L., & Frank Benton, J. (2018). Health and health care from the perspective of intimate partner violence adult female victims in shelters: Impact of IPV, unmet needs, barriers, experiences, and preferences. *Family & Community Health*, 41(2), 123–133. <https://doi.org/10.1097/FCH.000000000000186>

*Wallin Lundell, I., Eulau, L., Bjarneby, F., & Westerbotn, M. (2018). Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 949–957. <https://doi.org/10.1111/jocn.14046>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4:e uppl.). Studentlitteratur. (Valda delar).

Winfield, A., Hilton, N. Z., Poon, J., Straatman, A. L., & Jaffe, P. G. (2023). Coping strategies in women and children living with domestic violence: Staying alive. *Journal of Family Violence*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00488-1>

World Health Organization, (2024). *Violence against women*. Hämtad 25 maj, 2024, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Wright, D., & Brajtman, S. (2011). Relational and embodied knowing: Nursing ethics within the interprofessional team. *Nursing Ethics*, 18(1), 20–30. <https://doi.org/10.1177/0969733010386165>

Yousefnia, N., Nekuei, N., & Farajzadegan, Z. (2018). The relationship between healthcare providers' performance regarding women experiencing domestic violence and their demographic characteristics and attitude towards their management. *Journal of Injury & Violence Research*, 10(2), 113–118. <https://doi.org/10.5249/jivr.v10i2.958>

Öhman, A., Vives-Cases, C., & Edin, K. (2024). 'Important, but difficult': Swedish primary care professionals' perceptions and experiences of dealing with violence against women: An interview study. *BMC Primary Care*, 25(1), 258. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02489-z>

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 79-109). Studentlitteratur.

BILAGA A

Tabell 1: Redovisning av databassökningar i PubMed, CINAHL och PsycINFO.

Datum Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
2024-09-03 PubMed	Attitude Of Health Personnel [MeSH Terms] OR Professional Patient Relations [MeSH Terms] OR Nursing Staff [MeSH Terms] OR Nurse’s Role [MeSH Terms] AND Intimate Partner Violence [Title/Abstract] OR Domestic Violence [Mesh:NoExp] OR Spouse Abuse [Mesh] OR Gender-Based Violence [Mesh] OR Intimate Partner Violence [Mesh] OR Battered Women [Mesh]	In the last 10 years English Adult: 19+ years	112	10	5	3
2024-09-03 PubMed	Perspective* [Title/Abstract] OR Experience*[Title/Abstract] OR Perception [Title/Abstract] AND Intimate partner violence [Title/Abstract] OR Gender-Based Violence [Mesh] OR Intimate Partner Violence [Mesh] OR Domestic Violence [Mesh:NoExp] OR Spouse Abuse [Mesh] OR Battered Women [Mesh] AND Attitude of health personnel [Mesh Terms] OR Professional-patient relations [Mesh Terms] OR Nursing staff [Mesh Terms] OR Nurse’s role [Mesh Terms]	In the last 10 years English Adult: 19+ years	92	19 (Exkl. 5 dubletter från sökning 1 i PubMed)	7	2
2024-09-02 CINAHL	[MH] Intimate Partner Violence OR [MH] Domestic Violence+ OR [MH] Gender-Based Violence OR [MH] Abused Women OR intimate partner violence OR battered women AND [MH] Patient Attitudes OR [MH] Patient Satisfaction+ OR perception OR experience* OR perspective* AND [MH] Attitude of Health Personnel+ OR [MH] Professional-Patient Relations+ OR [MH] Nursing Role	Publication Date: 20140101- English Language Peer Reviewed Research Article Age Groups: All Adult	244	16	3	1

	OR TI nursing staff OR AB nursing staff					
2024-09-03 CINAHL	[MH] Nurse Attitudes OR [MH] Nurse-Patient Relations OR [MH] Nursing Role OR TI nursing staff OR AB nursing staff AND [MH] Patient Attitudes OR [MH] Patient Satisfaction+ OR experience* OR perspective* OR perception AND [MH] Intimate Partner Violence OR [MH] Domestic Violence+ OR [MH] Gender-Based Violence OR [MH] Abused Women OR intimate partner violence OR battered women	Publication Date: 20140101- English Language Peer Reviewed Research Article Age Groups: All Adult	46	11	2	1
2024-09-04 PSYCINFO	[DE] Intimate Partner Violence OR [DE] Domestic Violence OR [DE] Battered Females OR [DE] Gender Violence OR intimate partner violence AND [DE] Client Satisfaction OR [DE] Client Attitudes OR experience* OR perspective* OR perception* AND nurse-patient relations	Year of Publication: 20140101- English Language	4	4 (Exkl. 1 dubblett från sökning 2 i PubMed)	2	0
2024-09-03 Manuell sökning*	*Via Wallin Lundell et al. (2018) similar articles hittades Dos Reis et al. (2017) *Via Keeling och Fisher (2015) similar articles hittades Evans och Feder (2016), samt Othman et al. (2014)			3	3	3
TOTALT			498	63	22	10

*Manuell sökning har utförts via funktionen "similar articles" vid databassökningarna i PubMed

BILAGA B

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större väl planerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väl definierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.

<p>Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).</p>	<p>Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Väl beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>*</p>	<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.</p>
---	---	----------	--

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Tabell 2: Redovisning av artiklar som har kvalitetsgranskas

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. 2014 Skottland	Domestic Abuse Awareness and Recognition Among Primary Healthcare Professionals and Abused Women: A Qualitative Investigation	Syftet var att undersöka dynamiken i medvetenhet och igenkänning av våld i hemmet bland personal i primärvården och våldsutsatta kvinnor	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Kvinnor (14) som har upplevt våld i hemmet och berättat detta för vårdpersonal. Hälso-och sjukvårdspersonal rekryterades (29) baserat på deras erfarenhet av ämnet. <u>Datainsamling:</u> Inspelade semistrukturerade individuella sedan transkriberats. <u>Analys:</u> Ramanalys, (framework analysis) och tematisk analys.	43 (-)	Resultatet redogör för hur kvinnorna upplevde en brist på förtroende och tillit till hälso- och sjukvårdspersonalen från deras bemötande, och vårdpersonalens kunskapsbrist försvårar mötet med de utsatta kvinnorna. Studien tyder dessutom på att sjuksköterskor generellt inte frågar specifikt om övergrepp och våld i hemmet, vilket gör att de drabbade kvinnorna inte öppnar sig om sina upplevelser Studiens resultat beskriver olika uppfattningar om övergreppens allvarlighet, och porträtterar våldsutsatta kvinnors komplexa process att avslöja övergrepp. Det framkom att många kvinnor inte uppfattade sina erfarenheter som allvarliga eller som ett brott mot deras integritet.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Dos Reis, M. J., Lopes, M. H. B. M., & Osis, M. J. D. 2017 Brasilien	It's Much Worse Than Dying': The Experiences of Female Victims of Sexual Violence	Syftet var att beskriva erfarenheter av kvinnor som har utsatts för sexuellt våld och vilken betydelse det har för deras liv	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Kvinnor över 18 år som har blivit utsatta för sexuellt våld. Rekryterades i samband med uppföljningsbesök på speciella enheter på sjukhus, relaterat till sexuellt våld, och var mellan 18 och 54 år. <u>Datainsamling:</u> Inspelade semi-strukturerade intervjuer med frågeformulär. Materialet transkriberades och granskades. <u>Analys:</u> Tematisk analys.	13 (2)	Resultatet belyser påverkan som sexuellt våld hade på dessa kvinnors liv, vilket ledde till känslor av skuld, maktlöshet, sårbarhet och oförmågan att agera. Vissa av kvinnorna tyckte sig tro att de själva hade bidragit till våldet. Hoppfulla känslor av motståndskraft och längtan till att återvända till sina liv före övergreppen fanns bland kvinnorna. Hälso-och sjukvårdspersonalen och deras bemötande mot kvinnorna, spelade en avgörande roll i kvinnornas återhämtning.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Evans, M. A., & Feder, G. S. 2016 Storbritannien	Help-Seeking Amongst Women Survivors of Domestic Violence: A Qualitative Study of Pathways Towards Formal and Informal Support	Studien eftersträvade att undersöka kvinnors väg till stöd, identifiera faktorer som underlättar tillgången till våld i nära relationer-byråer, samt att klargöra vårdpersonalens roll	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Kvinnor som upplevt våld i nära relationer och var hjälpsökande från specialiserade enheter. Olika socioekonomiska bakgrunder och sysselsättningar, var mellan 20 och 65 år. <u>Datainsamling:</u> Semi-strukturerade intervjuer med frågeguiden, där deltagarna intervjuades två gånger under en femmånadersperiod. Dubbelkodning av transkriptionen. <u>Analys:</u> Narrativ tematisk ansats.	31 (9)	Resultatet av studien visade att kvinnorna ofta genomgick en lång och osäker process innan de berättade om sin våldsutsatta situation, vanligtvis först efter att de lämnat sin förövare. Hälso-och sjukvårdspersonalen på specialiserade enheter upplevde, lika som kvinnorna, förståelse av övergreppens karaktär och deras förekomst. Trots detta var många kvinnor avvaktande till att söka vård eftersom de inte upplevde att deras övergrepp var allvarliga nog.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Keeling, J., & Fisher, C. 2015 England	Health Professionals' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence	Syftet med denna artikel var att undersöka kvinnors upplevelser av hälso- och sjukvårdspersonalens reaktioner efter att de avslöjat att de utsatts för våld i hemmet	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Kvinnor från nordvästra England, har levt med våld i nära relation som utövats av en manlig partner. Var mellan 21-54 år. <u>Datainsamling:</u> Narrativ metod för intervjuer där kvinnorna själva valde vad de ville berätta. Efter samtycke inspelade och transkriberade. <u>Analys:</u> Tematisk och deduktiv analys.	15 (-)	Resultatet av denna studie visar att hälso-och sjukvårdspersonal ofta inte följer riktlinjer, eller ger tillräckligt stöd till våldsutsatta kvinnor som berättar om sina upplevelser av våld. Dessutom presenteras betydelsen av att hälso-och sjukvårdspersonal har förståelse för våldsamma relationer för att erbjuda adekvat stöd.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Netto, L. de A., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., Tyrrell, M. A. R., & Bravo, M. del M. P.. 2014 Brasilien	Violence Against Women and Its Consequences	Syftet var att analysera konsekvenserna av våld i nära relation, ur kvinnors perspektiv, som ett insatsförslag för sjuksköterskor inom hälso-och sjukvården	<u>Design</u> : Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval</u> : Kvinnor över 18 år som utsatts för fysiskt, psykologiskt eller sexuellt våld av en partner. Var mellan 25 och 44 år. <u>Datainsamling</u> : Semistrukturerade intervjuer. Inspelad och transkriberat. <u>Analys</u> : Tematisk analys, från Collective Subject Discourse.	16 (-)	Resultatet redogör för att våldsutsatta kvinnor upplever psykiska och fysiska svårigheter såsom störningar i sömn, ohälsosamma matvanor, lägre energinivå, smärta, blåmärken, skrapsår, panikattacker, känslor av sorg och ensamhet samt låg självkänsla. Det betonades även att sjuksköterskan har en central roll för att stödja, främja och återställa kvinnornas hälsa.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Othman, S., Goddard, C., & Piterman, L. 2014 Malaysia	Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations: A Qualitative Enquiry	Syftet var att undersöka hinder som kvinnor möter när de diskuterar övergrepp med hälso-och sjukvården, särskilt i fall som involverar malaysiska kvinnor med en historia av våld i hemmet	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Våldsutsatta kvinnor boende på kvinnojour hem, med olika bakgrunder i deras upplevda våldsutsatthet och nuvarande sysselsättningar. Var mellan 27-44 år. <u>Datainsamling:</u> Inspelade semistrukturerade intervjuer med öppna frågor, frågeformulär och fältanteckningar. Materialet transkriberades och kodades. <u>Analys:</u> Tematisk analys med grounded theory ansats.	10 (-)	Resultatet belyser hinder av våldets avslöjande, vilket bland annat indikerar att känslor av skam och självanklagelser kan försvåra kvinnornas förmåga att prata om sina upplevelser. Traditionella könsroller och familjens förväntningar kan också hindra kvinnorna att öppna upp sig. Kvinnorna förminska ofta allvaret i övergreppen, men upplever samtidigt rädsla för sina förövare. Resultatet visar också att hälso-och sjukvårdspersonal kan vara osäkra på hur våldsutsatta kvinnor ska hanteras. Det kan ge bristande stöd till kvinnorna som söker vård.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

X

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Pederson, A., Mirlashari, J., Lyons, J., & Brotto, L. A. 2023 Kanada	How to Facilitate Disclosure of Violence While Delivering Perinatal Care: The Experience of Survivors and Healthcare Providers	Studien syftade till att undersöka hinder och möjligheter för kvinnor att avslöja sina erfarenheter av könsbaserat våld inom hälso- och sjukvården, för att på ett säkert sätt möjliggöra fler avslöjanden i framtiden och minska skadorna som uppstår till följd av könsbaserat våld	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Kvinnor (12) mellan ålder 18-49 år, varit gravid de senaste fem åren, varit utsatta för könsbaserat våld under graviditeten. Hälso-och sjukvårdspersonal (16) med erfarenhet av att vårda kvinnor som utsatts för könsbaserat våld under graviditeten. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades. <u>Analys:</u> Tematisk analys.	28 (-)	Studiens resultat redogör för att kvinnorna upplevde hinder för att söka våld och rädsla för att bli stigmatiserade. Många upplevde även bristande stöd och kompetens från hälso- och sjukvårdspersonal. Studiens resultat visar även att vårdsystemet måste förändra sitt tillvägagångssätt för könsbaserat våld. Däribland omfattas satsningar, utbildning av personal för att förbättra förtroende-och relationsbyggandet mellan hälso-och sjukvårdspersonal och kvinnorna. Hälso-och sjukvårdspersonal behöver förstå sin roll och ta sitt ansvar i att identifiera och stödja kvinnorna som avslöjar våldet som de utsätts för.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. 2018 USA	Describing the Healthcare Experiences and Strategies of Women Survivors of Violence	Syftet med denna studie var att utveckla kunskap om kvinnliga överlevandes erfarenheter av hälso-och sjukvården samt strategier	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Kvinnor över 21 år bosatta i sydöstra USA, upplevt eller bevittnat fysiskt, sexuellt eller känslomässigt våld men upplevde det inte just nu. Var mellan 22 och 63 år. <u>Datainsamling:</u> En semistrukturerad intervju med följdfrågor skräddarsydda efter varje deltagare. Inspelade och transkriberade. <u>Analys:</u> Tematisk analys.	14 (-)	Resultatet av denna studie visar att traumatiska livserfarenheter påverkar kvinnornas strategier och upplevelser av vården. Deltagarna beskrev svåra upplevelser i mötet med hälso- och sjukvårdspersonal relaterade till tidigare trauma och identifierade sätt att förbättra sin vård.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Shaheen, A., Ashkar, S., Alkaiyat, A., Bacchus, L., Colombini, M., Feder, G., & Evans, M. 2020 Palestina	Barriers to Women's Disclosure of Domestic Violence in Health Services in Palestine: Qualitative Interview-Based Study	Studien syftade till att undersöka palestinska kvinnors attityder och erfarenheter när det gäller att avslöja våld i nära relationer inom vårdmiljöer	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Palestinska kvinnor som var över 18 års ålder och som har överlevt våld i nära relation. Var mellan 20 och 59 år. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerad intervju med hjälp av en pilotstyrd ämnesguide gjord för denna studie i grupp. Intervjuerna blev inspelade, transkriberade och översatta till engelska. <u>Analys:</u> Reflexiv tematisk analys.	20 (-)	Resultatet indikerar att kvinnor stötte på hinder på individuell nivå, inom sjukvårdssystemet och i samhället. Kvinnorna upplevde bristande information om stödinsatser och tillit till att sekretess skulle hållas. Oro över att hälso-och sjukvårdspersonalen endast skulle fokusera på fysiska symptom, eller bli stämplad som psykisk sjuk. Resultatet av kvinnornas berättelser syftar till vikten av att hälso-och sjukvårdspersonalen aktivt tar upp frågan om våld i nära relationer.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Wallin Lundell, I., Eulau, L., Bjarneby, F., & Westerbotn, M. 2018 Mexico	Women's Experiences with Healthcare Professionals After Suffering from Gender-Based Violence: An Interview Study	Denna studie syftade till att försöka beskriva hur kvinnor i Mexiko som har drabbats av könsrelaterat våld upplever mötet med hälso-och sjukvårdspersonal	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Kvinnor, inte specifika kriterier för ålder. Mexikanska medborgare, ha utsatts för könsrelaterat våld. Deltagare ska ha haft kontakt med sjukvården angående våldet under de senaste 2 åren. Var mellan 21 och 49 år. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide med öppna och neutrala frågor. Inspelade och transkriberade. <u>Analys:</u> Tematisk induktiv analys.	8 (1)	Resultatet redogör för att kvinnor som utsatts för könsbaserat våld upplever både positiva och negativa möten med hälso-och sjukvårdspersonal. Positiva upplevelser var kopplade till att hälso-och sjukvårdspersonal tog sig tid, lyssnade och fick kvinnorna att känna sig trygga. Negativa upplevelser berodde på att hälso-och sjukvårdspersonalen kunde skuldbelägga kvinnorna och visade brist på tid eller intresse, vilket ledde till frustration och misstro. Resultaten visar även att hälso-och sjukvårdspersonal ofta brister i att ge rätt stöd till dessa kvinnor.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet