

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK305H

Navn på kandidat: Kjersti Zell Røssaak

---

På leting etter "Ariadnes tråd": Kvinners erfaringer i møte med helsepersonell etter partnervold – en metasyntese.

Searching for "Ariadne's tread": A meta-synthesis of women's experiences of encounters with clinicians following partner violence.

---

Dato: 15.08.2018

Totalt antall sider: 79



## Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Forord</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>Sammendrag</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>Abstract</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>1.0 Innledning</b> .....   | <b>9</b>  |
| 1.1 Definisjoner av begreper .....  | 9         |
| 1.2 Min forforståelse.....  | 9         |
| 1.3 Partnervold på verdensbasis.....  | 10        |
| 1.4 Partnervold i Norge.....  | 11        |
| <b>2.0 Aktuell forskning på partnervold</b> .....   | <b>12</b> |
| 2.1 Aktuell forskning på partnervold i Norge.....   | 12        |
| 2.2 Internasjonal forskning på partnervold .....  | 13        |
| <b>3.0 Studiens hensikt og forskningsspørsmål</b> .....                                       | <b>15</b> |
| <b>4.0 Teoretiske perspektiver</b> .....  | <b>16</b> |
| 4.1 Sykepleieteoretisk forankring .....   | 16        |
| 4.2 Partnervold og helsemessige konsekvenser.....   | 19        |
| <b>5.0 Metode</b> .....   | <b>20</b> |
| 5.1 Metasyntese .....   | 20        |
| 5.2 Metaetnografi.....  | 21        |
| 5.3 Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier.....  | 21        |
| 5.4 Databasesøk og utvelgelsesprosess .....   | 22        |
| 5.5 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier.....   | 26        |
| 5.6 Analyse og syntese.....   | 32        |
| 5.7 Forskningsetikk .....   | 32        |
| <b>6.0 Funn</b> .....   | <b>33</b> |
| 6.1 Temaene som fremkom i analyse- og synteseprosessen .....                                  | 34        |
| 6.1.1 Alene med frykten og skammen.....   | 34        |
| 6.1.2 Bare en blåveis .....   | 36        |
| 6.1.3 På utstilling i travle venterom .....   | 38        |
| 6.1.4 Å bli sett gir styrke.....  | 40        |
| 6.2 Med "Ariadnes tråd" i sin makt – helsepersonells rolle som veileder ut av labyrinten..... | 42        |
| <b>7.0 Diskusjon</b> .....  | <b>43</b> |
| 7.1 Metodediskusjon.....  | 53        |

|   |           |
|---|-----------|
| 7.1.1 Troverdighet.....                                     | 53        |
| 7.1.2 Overførbarhet .....                                   | 54        |
| 7.2 Implikasjoner for praksis, utdanning og forskning ..... | 55        |
| <b>8.0 Konklusjon .....</b>                                 | <b>56</b> |
| <b>Litteraturliste.....</b>                                 | <b>58</b> |
| <b>Vedlegg 1.....</b>                                       | <b>64</b> |

My name is Luka  
I live on the second floor  
I live upstairs from you  
Yes I think you've seen me before

If you hear something late at night  
Some kind of trouble, some kind of fight  
Just don't ask me what it was  
Just don't ask me what it was  
Just don't ask me what it was

I think it's because I'm clumsy  
I try not to talk too loud  
Maybe it's because I'm crazy  
I try not to act too proud

They only hit until you cry  
After that you don't ask why  
You just don't argue anymore  
You just don't argue anymore  
You just don't argue anymore

Yes I think I'm okay  
I walked into the door again  
If you ask that's what I'll say  
And it's not your business anyway  
I guess I'd like to be alone  
With nothing broken, nothing thrown (...)

**Suzanne Vega**

## **Forord**

Arbeidet med masteroppgaven har vært en humpete reise i en berg- og dalbane. Av og til har svingene vært så skarpe at jeg nesten har falt av. Det har vært tungt å kombinere masterstudie med undervisningsstilling i 100%. Heldigvis har jeg en familie som har oppmuntret, støttet og listet seg på tå.

Min avdelingsleder ved Narvik videregående skole, May-Britt Harjo, har motivert og gjort det hun kan for å legge til rette for meg. Bibliotekar John Beer Omland ved Narvik videregående skole har gitt meg skrive tekniske råd. Hovedbibliotekar Unni Trondsen ved UiT i Narvik som har vært til suveren hjelp for å finne litteratur og ikke minst til hjelp med EndNote. En stor og varm takk til førsteamanuensis Gabriele Kitzmüller, min veileder, som har tatt meg under sine vinger, støttet, inspirert og veiledet meg. Du har gitt mye av din tid og dine tanker for å hjelpe meg videre. Hadde det ikke vært for deg så hadde jeg ikke fullført masteren, men du viste meg veien ut av labyrinten.

Min interesse for temaet i studien har bakgrunn i at jeg over flere år har arbeidet som vakt ved Narvik og omegn krisesenter og at jeg som sykepleier og privatperson har møtt kvinner som har vært utsatt for partnervold.

Ved å lese artikler og annen litteratur om partnervold, har jeg fått inngående kjennskap til hvordan kvinner opplever å bli overlatt til seg selv og stigmatisert og hva det gjør med dem som mennesker. Det jeg har lært av å lese artiklene og litteraturen har både berørt meg som menneske og som tidligere helsepersonell.

## Sammendrag

**Hensikt:** Studiens hensikt er å lage en metasyntese av kvalitativ forskningslitteratur som beskriver kvinners erfaringer i møte med helsepersonell når de oppsøker helsevesenet etter å ha blitt utsatt for partnervold.

**Bakgrunn:** Vold mot partner kan være kontrollerende, grov, gjentakende og av psykisk og/eller fysisk karakter. Av alle kvinner i verden har en av tre kvinner vært utsatt for fysisk eller seksuell vold i løpet av livet. Vold hindrer kvinners fulle deltakelse i samfunnet og er kvinneundertrykkingens ytterste konsekvens. Volden koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 milliarder kroner årlig. Fra 2016 til 2017 økte antall anmeldelser om mishandling i nære relasjoner med 8,1%. I Norge utsettes årlig mellom 75 tusen og 150 tusen personer for partnervold. Det teoretiske perspektivet i studien bygger på Katie Erikssons teori omsorgsfilosofi.

**Design:** Kvalitativ metasyntese med utgangspunkt i Noblit og Hares metaetnografi.

**Metode:** Det er gjennomført ni søk i databasene: CINAHL, PubMed og SveMed+ i tiden 02.11.2014 til 05.02.2018. Etter en gransking av titlene på alle søkeresultatene ble innholdet i 83 studier gransket. I tillegg ble det funnet tre studier ved manuelle søk i referanselister og ved Google Scholar søk. Det resulterte i ti inkluderte studier. De inkluderte studiene ble vurdert ved hjelp av kritisk analyse. Analysen ble foretatt etter Noblit & Hares sammenstilling for metaetnografiske analyser; Reciprocal translations as syntheses. Hovedkonseptene og metaforene i studien ble sammenliknet for å finne ut om de likner hverandre, står i motsetning til hverandre eller danner en argumentasjonslinje.

**Funn:** De inkluderte studiene er fra Australia (1), Japan (2), Nord-Amerika (4), Storbritannia (1), Sverige (1), Tyskland (1) og inkluderer 131 kvinner i alderen fra 18 til 65+. De fire temaene er: "Alene med frykten og skammen" som beskriver hvilke følelser kvinnene sliter med og den ensomheten de utsettes for når de føler seg oversett og forlatt av helsepersonell; "Bare en blåveis" som belyser kvinnes oppfattelse av at skadene blir bagatelliserte eller normalisert av helsepersonell og at de indirekte tillegges skylden for mishandlingen; "På utstilling i travle venterom" som viser at kvinnene utsettes for stigmatisering når de ikke blir skjermet ved mottakelse; "Å bli sett gir styrke" beskriver positive opplevelser som noen av kvinnene har i møte med helsepersonell og hvordan disse virker inn på kvinnes mestringsevne. Metaforen som representerer den overordnede fortolkning av funnene fra analyse- og synteseprosessen ble kalt: "Med "Ariadnes tråd" i sin makt – helsepersonellens rolle som veileder ut av

labyrinten" som symboliserer at helsepersonell holder i tråden som kan vise kvinnen veien ut av ensomheten i voldens labyrint.

**Konklusjon:** Metasyntesen viser at kvinner i ulike deler av verden utsettes for lidelser som medfører negative følelser som frykt, skam og skyld når de utsettes for partnervold. Lidelsen og ensomhetsfølelsen blir ytterligere forsterket når kvinnene opplever at deres fysiske og psykiske skader blir oversett eller bagatellisert. Når kvinnene sitter igjen med følelsen av at de fortjener mishandlingen, blir deres selvbilde svekket ytterligere. Derimot blir kvinnene styrket i sin selvfølelse når de møter helsepersonell som opptrer profesjonelt og ivaretar dem med empati og omsorg. Ved hjelp av tydelige tilbakemeldinger om at mishandlingen ikke må godtas og informasjon om mulige veivalg, viser engasjerte hjelpere hvordan kvinnen kan finne veien ut av voldens labyrint.

**Implikasjoner for praksis:** Funnene i metasyntesen gir viktige ledetråder på hva som kan hjelpe kvinnene og hva som forsterker deres lidelser hvis helsepersonell trår feil. Det er viktig at helsepersonell får opplæring i hvordan de skal opptre og hvordan de kan få kvinner som har vært utsatt for partnervold til å åpne seg og fortelle om mishandlingen, og at kvinnene får be-kreftende respons, omsorg og informasjon om hvor de kan søke tilflukt.

**Nøkkelord:** Vold i nære relasjoner, partnervold, kvinner, sykepleie, omsorg, helsepersonell



## Abstract

**Purpose:** The aim of this study is to conduct a meta-synthesis of qualitative research literature that describes women's experiences in encounters with clinicians when seeking health care following intimate partner violence.

**Background:** Partner violence may be psychological or physical, severe, recurrent and may also consist of controlling behaviour. Worldwide, one in three women has been subjected to physical or sexual violence during her lifetime. Violence prevents women from fully participating in society and is the ultimate consequence of the oppression of women. The annual cost of domestic violence to Norwegian society is between NOK 4.5 and 6 billion. From 2016 to 2017, the number of reports of abuse in intimate relationships increased by 8.1%. In Norway, between 75,000 and 150,000 people are subjected to violence in intimate relationships annually. The theoretical perspective of the study draws on Katie Eriksson's theory of caritative caring.

**Design:** A qualitative meta-synthesis based on Noblit and Hare's meta-ethnography.

**Method:** Nine searches were conducted in the following databases: CINAHL, PubMed and SveMed+, from 02.11.2014 to 05.02.2018. Following a review of the titles of all the search results, the content of 83 studies was examined. Three additional studies were found using a manual search in reference lists and Google Scholar. All the searches resulted in the inclusion of ten studies, which were evaluated using critical analysis. The analysis followed Noblit and Hare's method of meta-ethnographic analysis: reciprocal translations as synthesis. The main concepts and metaphors in the study were compared to determine whether they resembled each other, contradicted each other or formed lines of argument.

**Findings:** The studies included were from Australia (1), Japan (2), North America (4), the UK (1), Sweden (1) and Germany (1), and involved 131 women aged from 18 to 65+. Four themes were found: 1. "Alone with fear and shame", which describes women's emotional difficulties and loneliness that result from feeling ignored and abandoned by health care professionals. 2. "Just a black eye", illustrating women's perception that injuries are trivialized or normalized by clinicians and that they are being indirectly blamed for the abuse. 3. "On show in a busy waiting room", which shows how women are stigmatized when not protected from the stares of other patients. 4. "To be seen is to be strong" describes positive experiences that some women have had in contact with health professionals and how these affect the women's

coping ability. The metaphor for the overall interpretation of the findings from the process of analysis and synthesis was called "With "Ariadne's thread" in their power: the role of clinicians as a guide out of the maze"; this symbolizes how health professionals hold the thread that can show women the way out of loneliness in the maze of violence.

**Conclusion:** This meta-synthesis shows that the suffering of women subjected to intimate partner violence worldwide leads to negative feelings such as fear, shame and guilt. Their suffering and loneliness are reinforced when they find that their physical and psychological injuries are ignored or trivialized. When women are left with the feeling that they deserve the abuse, their self-esteem is further weakened. On the other hand, women's self-esteem is enhanced when they encounter clinicians who act professionally and offer compassion and empathy. By providing clear feedback that the abuse is unacceptable, coupled with information on possible choices, dedicated helpers show women how to find their way out of the maze of violence.

**Implications for practice:** The findings of this meta-synthesis provide important indications as to what can help these women and what increases their suffering if health care professionals show a lack of sensitivity. It is important to train health care staff in how to act in relation to women subject to partner violence and how they can encourage them to open up and speak about the abuse; the women must also receive a sympathetic response, considerate care and information on suitable shelters.

**Key words:** Violence in intimate relationships, intimate partner violence, women, nursing, care, health care professionals

## **1.0 Innledning**

Studien er en metasyntese over forskning som har vært gjort i flere ulike land. Metodevalget er metasyntese med utgangspunkt i Noblit og Hare (1988, s. 25) sin metaetnografi. Masteroppgaven min er utformet som monografi. Temaet for masteroppgaven er partnervold, også kalt vold i nære relasjoner.

### ***1.1 Definisjoner av begreper***

"Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil." Dette er Per Isdals definisjonen av fenomenet vold som Krisesentersekretariatet siterer på sin nettside (Krisesentersekretariatet, 2015).

Jeg tar utgangspunkt i følgende definisjoner på vold og partnervold:

Vold i nære relasjoner, her forstått som vold mot partner, kan utspille seg på ulike måter, men man snakker i hovedsak om to voldsmønstre: Den grove, gjentakende og/eller kontrollerende volden på den ene siden, og den episodiske volden som ikke nødvendigvis gjenspeiler et skjevt maktforhold på den andre (Meld. St. 15, 2012-2013).

Bokstavene IPV står for intimate partner violence og er den engelske betegnelsen på partnervold.

### ***1.2 Min forforståelse***

Årsaken til at jeg valgte dette temaet er at jeg har lang arbeidserfaring fra et krisesenter som har gitt meg et solid kunnskapsgrunnlag om partnervold. I tillegg har jeg i mitt yrke som sykepleier på kirurgisk sengepost møtt mishandlede kvinner. Kvinner som jeg har tatt imot på krisesenteret har uttrykt at de ble godt ivaretatt av helsepersonell. Før jeg startet med studien hadde jeg en forforståelse om at helsepersonell ivaretok kvinner som hadde vært utsatte for partnervold på en svært god måte. Men mine illusjoner ble ødelagte etter at jeg leste en artikkel som omhandlet det motsatte. Lesingen av denne artikkelen vakte et vitebegjær hos meg og jeg ønsket å finne ut hva den internasjonale litteraturen viser. Partnervold er et tema som opprører meg, men verken jeg eller noen jeg kjenner har vært utsatt for temaet.

Jeg synes det er viktig å belyse dette temaet fordi jeg tror at folk flest regner med at disse kvinnene blir godt ivaretatt av helsepersonell, og jeg ønsker å samle kunnskap om dette temaet fordi problemet synes å øke.

I masteroppgaven vil jeg bare se på fenomenet partnervold, også kalt for vold i nære relasjoner.

For å vise omfanget av vold mot kvinner vil jeg i neste avsnitt presentere fakta om fenomenet partnervold.

### ***1.3 Partnervold på verdensbasis***

Av alle kvinner i verden har en av tre kvinner vært utsatt for fysisk eller seksuell vold i løpet av livet (FN-Sambandet, 2017). Vold mot kvinner og partnervold er så omfattende at det ifølge Verdensbanken utgjør en global helsetrussel som hiv/aids og kreft (Krisesentersekretariatet, 2015). Vold hindrer kvinners fulle deltakelse i samfunnet og er kvinneundertrykkingens ytterste konsekvens (Krisesentersekretariatet, 2015). Graden av kvinner utsatt for grov vold, omfattende kontroll, truende personforfølgelse, trusler, seksuell vold og partnerdrap er økende (Krisesentersekretariatet, 2015).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har prioritert voldsforebyggende arbeid og forskning om vold. Volden koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 milliarder kroner årlig (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013, s. 4).

I en undersøkelse foretatt av (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014) blant medlemsstatene kommer det frem at forekomsten av partnervold er høyest i Danmark, etterfulgt av Finland og Sverige. I nordiske land er likestillingen mellom kjønnene stor mens forekomsten av IPV mot kvinner er høy, dette kalles det nordiske paradoks (Gracia & Merlo, 2016, s. 28).

I følge (United Nations, 2015) er det en høyere aksept for partnervold i Afrika, Asia og Oseania mens det er en lavere aksept i Latin Amerika, Karibien og i industrielle land. Men holdninger til mishandling av kvinner begynner å endre seg. I nesten alle land hvor informasjonskampanjer har foregått i mer enn ett år, har både kvinners og menns aksept avtatt over tid.

Partnervold kan få en dødelig utgang; to av tre kvinner blir drept som følge av partnervold.

Selv om 119 land har innført lover om partnervold, er de ikke alltid implementert eller er ikke implementert på en slik måte at det kommer kvinner til nytte. Fordi at kvinner ofte er økonomisk avhengige av partneren, risikerer de å få økonomiske problemer når partneren dømmes eller settes i fengsel. Av kvinner som har vært utsatt for partnervold oppsøker færre enn 40% hjelp. De som oppsøker hjelp søker til familie og venner istedenfor politi eller helsepersonell. Det er færre enn 10%, av de som oppsøker hjelp, som kontakter politi (United Nations, 2015).

#### ***1.4 Partnervold i Norge***

Partnervold er et økende problem i verden og i Norge i følge Justis- og beredskapsdepartementet (2013) og Verdens helseorganisasjon (2015) og det er bakgrunnen til at jeg valgte nettopp dette temaet.

Partnervold kan i verste fall ta liv og omfatter i følge Justis- og beredskapsdepartementet (2013) overgrep mot nåværende eller tidligere kjæreste, samboer eller ektefelle, barn, barnebarn, eldre, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

I følge statistikk fra (Bufdir, 2017) overnattet 1701 kvinner, 131 menn og 1490 barn på et krisesenter i 2016. De vanligste årsakene til opphold var trusler, fysisk og psykisk vold.

Ferske tall fra Politidirektoratet (2018) viser en økning fra 2016 til 2017 på antall anmeldelser om partnervold med 8,1 %, som er en økning på 279 anmeldelser. Fra 2013 til 2017 økte anmeldelser i samme kategori med 31,8 %, en økning på 900 anmeldelser.

I Norge utsettes årlig mellom 75 000 og 150 000 personer for partnervold. Fra 2003 til 2013 har 63 kvinner blitt drept av nåværende eller tidligere partner (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013, s. 6).

Som vi leser av statistikken er partnervold et økende samfunnsproblem som i stor grad involverer helsepersonell. Tilleggsbelastningen for kvinnene blir større hvis de ikke blir ivaretatt forsvarlig i helsevesenet, slik blant annet Brykczynski, Crane, Medina og Pedraza (2011) og Watt, Bobrow og Moracco (2008) fant i sine studier. Tilleggsbelastningene etter å ha vært utsatt for vold kan føre til langvarige fysiske, mentale og følelsesmessige helseproblemer (United Nations, 2015).

## **2.0 Aktuell forskning på partnervold**

I dette kapittelet presenteres norsk og internasjonal forskning på partnervold hvor det i sistnevnte finnes flere studier hvor både kvinnenes og helsepersonells perspektiver belyses. Til slutt i kapittelet presenteres nåværende metasynteser.

### ***2.1 Aktuell forskning på partnervold i Norge***

Jeg har ikke funnet norskspråklige studier som omhandler partnervold. Derimot finnes det flere studier hvor norske forskere har deltatt og hvor data fra Norge er analysert. Forfatterne Vatnar & Bjørkly ved Oslo Universitetssykehus har utgitt flere studier som baserer seg på data fra 157 kvinner som hadde oppsøkt hjelp, enten hos politiet, krisesentre eller familievernkontor i åtte fylker i Norge (Vatnar & Bjørkly, 2009). Deres kvantitative studie fra 2009 viser at kvinner som hadde følt at deres liv var i fare på grunn av fysisk eller psykisk mishandling, hadde større sannsynlighet for å kontakte politiet enn de kvinnene som ikke følte at de var i livsfare. Sannsynligheten for å kontakte primærlegen fordoblet seg i forhold til skadens alvorlighetsgrad. Sannsynligheten for at kvinnene oppsøkte psykolog eller psykiater, var avhengig av flere faktorer som egen inntekt, psykiske problemer, sivilstatus og hvorvidt barn var involvert.

Studien til Vatnar og Bjørkly (2012) viser at kvinnene kom fra alle samfunnslag, sivilstand hadde ingen innvirkning på hvilken kategori av IPV de hadde vært utsatt for, gifte kvinner ble hyppigere utsatt for IPV enn separerte og skilte kvinner, skilte kvinner hadde opplevd psykisk IPV sjeldnere enn separerte og gifte kvinner, skilte kvinner følte mer skam enn separerte og gifte kvinner og separerte kvinner viste mer aktive overlevelsesstrategier i forhold til gifte eller samboere.

I en annen studie undersøkte Vatnar og Bjørkly (2014) overlevelsesstrategiene til IPV utsatte kvinner. En og samme kvinne kunne ha flere overlevelsesstrategier og strategiene varierte i forhold til hvilken type IPV de hadde vært utsatt for. Kvinner med høyere inntekt hadde mer effektive strategier enn kvinner uten slike strategier og det viste seg at hos kvinner som mottok sosiale ytelser var sannsynligheten for å inneha effektive overlevelsesstrategier redusert.

En studie av Engnes, Lidén og Lundgren (2012) belyser erfaringene til fem norske kvinner som opplever partnervold under og etter svangerskapet ved hjelp av dybde intervju. Studien viser at volden som kvinnene utsettes for reiser eksistensielle spørsmål hos dem. Ensomhet,

uforutsigbarhet og tap av selvfølelse er utfordrende opplevelser. På den andre siden gir svangerskapet og tanken på en fremtid sammen med barnet en mulighet til en endret livssituasjon.

Lund (2014) har gjort en kvantitativ spørreundersøkelse blant 1363 kvinner med norsk og utenlandsk bakgrunn og som bodde på Norges 47 krisesentre hvor hun undersøkte sammenhengen mellom type rusmisbruk og fysisk IPV. Studien viste at utenlandske kvinner og kvinner som mottok økonomisk støtte var overrepresenterte på krisesentrene og at mishandleren var ruspåvirket.

## ***2.2 Internasjonal forskning på partnervold***

### **Perspektivet til kvinnene:**

En metaanalyse av Feder, Hutson, Ramsay og Taket (2006) undersøkte 25 kvalitative studier hvor mishandlede kvinner uttaler seg om deres møter med helsepersonell. Hovedfunnene i studien er at kvinnene ønsket et helsepersonell som ikke skulle være dømmende, men medfølende, sensitive og opprettholde taushetsplikten uten å gjøre mishandlingen til et rent medisinsk problem. Kvinnene satte pris på å få vite at mishandlingen var uakseptabel og ikke deres feil. De ønsket at mishandlingsproblematikken ble tatt opp på en sensitiv måte og at helsepersonell tok seg god tid noe som førte til at kvinnene fikk tiltro til helsearbeiderne. Kvinnene ønsket ikke å bli presset til å fortelle om mishandlingen, gå ut av forholdet eller anmelde voldsutøveren. Kvinnene ønsket at helsepersonell skulle respektere deres avgjørelser og ville dele sine avgjørelser med dem. Kvinnene hadde blandede følelser rundt mishandlingen og det påvirket avgjørelsene deres om de ville prate med helsepersonell. Deres relasjon til den aktuelle lege/sykepleier og den konteksten konsultasjonen utspilte seg i spilte inn på denne avgjørelsen.

I en studie av Watt et al. (2008) hvor datamaterialet kommer fra kvalitative intervju med 16 kvinner som bodde på et krisesenter i North Carolina, poengterte kvinnene viktigheten av følelsesmessig støtte og respekt fra helsepersonell. Årsaker til at kvinnene ikke fortalte om mishandlingen var redsel for ytterligere mishandling, redsel for å miste det de hadde, blandet med kjærlighet og økonomisk avhengighet fra mannen. Lav selvfølelse og skam og redsel for å bli dømt av helsepersonell var andre grunner til at de ikke ville snakke om mishandlingen. Kvinnene ønsket konkret medisinsk hjelp og informasjon om hvor de kunne henvende seg for å få hjelp.

Den kvalitative intervjustudien til Bacchus, Mezey og Bewley (2003) som inkluderer ti kvinner viser at fastlegen, ambulanse- og akuttpersonell var mindre hjelpsomme enn jordmødre og helsesøstre som besøkte kvinnene hjemme. Hjemmebesøk ga tilsynelatende bedre rammer for at helsepersonell opptrådte støttende. Mange av kvinnene fortalte ikke om mishandlingen til legene på grunn av manglende lokaliteter til fortrolige samtaler, dårlig kontinuitet i behandlingen og knapphet i tid. De følte ofte skam og var engstelige men uttrykte at de ville ha meddelt seg hvis legen hadde spurt dem om mishandlingen. Kvinnene savnet informasjon om hvor de kunne søke hjelp og de følte at fastlegen ikke forstod deres situasjon.

### **Perspektivet til helsepersonell:**

Tower, Rowe og Wallis (2012) gjorde kvalitative dybde intervjuer med 12 sykepleiere fra to akuttmottak og ett helsesenter. Det ble funnet store gap mellom kvinners erfaringer og behov for omsorg og sykepleiernes formening om hvilke behov og omsorg kvinnene trengte. Kvinnene ble forhåndsdomte og stigmatisert av sykepleierne på grunn av kvinnes sjuskete og uflidde utseende. Sykepleierne trodde ikke alltid på kvinnene, viste en upersonlig tilnærming til kvinnene, de ønsket ikke å bli følelsesmessig engasjerte, hadde motstridende følelser i forhold til å gi hjelp, manglet opplæring og var usikre på sine roller. Sykepleierne mente at akuttmottak ikke var den rette omgivelsen for mishandlede kvinner på grunn av stort arbeidspress og liten tid til å lytte til kvinnene. De var bekymret for kvinnes sosiale behov, men mente at det var sosionomenes arbeidsoppgaver. I intervjuene kom det fram at sykepleierne egentlig ønsket å forholde seg annerledes til kvinnene: Vise at en er medfølende, omsorgsfull og støttende, få kvinnene til å føle seg trygge, gi dem rene klær, tilby dem en dusj og spørre om de vil ha noe å drikke og spise. Ikke være forutinntatt og forhåndsdomme, men lytte og ikke kritisere partneren foran kvinnene fordi kanskje de fremdeles elsker han.

I en mixed methods studie av Djikanovic, Lo Fong Wong, Stevanovid, Celik og Lagro-Janssen (2011) viser at kvinner i Serbia forventet hjelp av leger etter å ha vært utsatt partner vold. De fleste av kvinnene forventet at helsepersonell skulle tilby dem hjelp som å gi dem råd, informasjon om partnervold, kontakte andre institusjoner samt vise støtte og forståelse. Mange av kvinnene visste ikke at det fantes krisesentre eller hvor de lå. Når det gjelder støtte og forståelse ønsket kvinnene å bli lyttet til uten å bli forstyrret. Kvinner som var bekymret for sin psykiske helse ønsket å bli henvist til spesialister som psykologer eller psykiatere. Det var få kvinner som forventet dokumentasjon av mishandlingen eller at politiet ble varslet.



Hägglom og Möller (2006) har utført kvalitative intervjuer med kvinnelige sykepleiere innenfor kommunehelsetjenesten. Sykepleierne oppfordret kvinnene til å snakke, forsikret kvinnene om at de ble hørt og respektert. Sykepleierne var frustrerte over sosial omsorgens udegitte hjelp til kvinner i akutt krise. De var alvorlig bekymret for barna til de mishandlede kvinnene på grunn av manglende hjelp og ble motløse hver gang en kvinne gikk tilbake til sin voldelige partner. Kvinnene ville ikke fortelle om mishandlingen fordi de følte seg skamfulle, bebreidet seg selv for mishandlingen, var redde for represalier. Kvinnene åpnet seg i trygge og uforstyrrede omgivelser og etter å ha konkludert med at sykepleieren var til å stole på. Kvinnene ble beskrevet som svært ensomme, nesten uten selvbilde, med manglende valgmuligheter, ofte depressive, redde, med tegn på fobier, flashback, unnvikende reaksjoner og posttraumatisk stresslidelse. Sykepleierne mente at egen utdanning og opplæring var mangelfull, men holdt kontakten ved å ringe kvinnene, selv om det egentlig var sosialarbeidernes oppgaver. Sykepleiere var frustrerte over manglende støtte, motvilje, forsømmelse fra kolleger, legers vegring mot å gripe inn, politiets krenkende atferd mot kvinnene, sosialarbeidernes manglende kunnskaper og de få tilgjengelige sengene på krisesentrene.

### **Metasynteser av kvalitativ forskning på partnervold**

Jeg har funnet tre metasynteser som omhandler tema relaterte til partnervold: Helsepersonells erfaringer med screening av IPV hos gravide kvinner (LoGiudice, 2015); Betydningen av spiritualitet og religion hos kvinner som har vært utsatt for IPV (Yick, 2008) og Yngre mødres erfaringer med IPV (Bekaert & SmithBattle, 2016). Jeg har ikke funnet metasynteser som sammenfatter og fortolker kvinners møter med helsepersonell etter partnervold. Det er derfor behov for en oppsummering av forskning som er gjort rundt om temaet. Studien er gjort på norsk for at det skal komme norske helsearbeidere til gode.

### **3.0 Studiens hensikt og forskningsspørsmål**

I mangel på eksisterende metasynteser på det aktuelle forskningsfeltet er hensikten med studien å gjøre en metasyntese som bidrar til en integrert forståelse av kvinners levde erfaring i møte med helsepersonell når de oppsøker helsevesenet etter å ha blitt utsatt for partnervold.

Forskningsspørsmålet er:

"Hvilke erfaringer har kvinner som er utsatt for partnervold når de blir tatt imot av sykepleiere og annet helsepersonell og hva forventer de i møte med helsepersonell?"

## 4.0 Teoretiske perspektiver

Dette kapittelet vil ta for seg det teoretiske perspektivet som baserer seg på Katie Erikssons "Theory of Caritative Caring" og begrepene caritas, pleielidelse og livslidelse. I tillegg vil helsemessige konsekvenser av IPV for kvinnene beskrives.

### 4.1 Sykepleieteoretisk forankring

I denne studien ønsker jeg å anvende Katie Erikssons omsorgsfilosofi som referanseramme for å diskutere erfaringene til IPV utsatte kvinner i møte med helsepersonell. Professor emerita Katie Eriksson ved Åbo Akademiet i Finland har utviklet "Theory of Caritative Caring" og det finnes et aktivt forskningsmiljø rundt henne som har videreutviklet hennes teori. Eriksson har med sin forskning løftet fram lindrende pleie som kjernen i sykepleie (Gustin & Lindwall, 2012, s. 73). Det er særlig Erikssons forståelse av begrepet lidelse som har stor relevans for problemstillingen i oppgaven.

Erikssons omsorgsfilosofi baserer seg i følge Lindström, Lindholm og Zetterlund (2010, s. 194) på caritas. I følge Lindström et al. (2010, s. 194-199) betyr begrepet caritas kjærlighet og barmhjertighet, er det grunnleggende for all pleie og er basert på et kristent syn. Caritas består av en kraft i menneskets indre og er sterkt forankret til kallet om å pleie. Pleieren som handler med kjærlighet utstråler caritas som består av skjønnhetens kraft og lys og utgjør styrken i pleien.

Lindström et al. (2010, s. 194-195, 198-199) skriver at Eriksson skiller mellom omsorgsetikk (caring ethics) og sykepleie etikk (nursing ethics). Caring etikk baseres på den grunnleggende relasjonen mellom pasienten og sykepleieren og hvordan sykepleieren møter pasienten. Sykepleie etikk handler om de etiske prinsippene som styrer det praktiske arbeidet. Omsorgsetikk bør være kjernen i nursing etikken. Om etisk pleie oppnås kommer an på hvordan vi formidler caritas tanken i pleien. Den caritative omsorgsetikken er basert på et humanitært perspektiv hvor en møter mennesker med respekt og bekrefter menneskets absolutte verdighet med å være villige til å ofre noe av oss selv. Verdighet, pleiefelleskap<sup>1</sup> (caring communion), invitasjon, ansvar, det gode og det onde, dyd/iboende kraft<sup>2</sup> (virtue) og forpliktelse er de grunnleggende fenomener i omsorgsetikken. Det gode kommer fram gjennom etiske handlinger (Lindström et al., 2010).

---

<sup>1</sup> Min oversettelse

<sup>2</sup> Min oversettelse

## Lidelse

I følge Eriksson (1992, s. 120) kan lidelse forstås som et naturlig fenomen, et helhetlig fenomen på menneskelig eksistens som kan forklares og til en viss grense mestres. Lidelse er en del av det å være menneske, som liv og død. Det finnes ikke liv uten lidelse og vise versa. All lidelse har en felles nevner: *"The sufferer is in some way unable to hold his own with himself as a whole."* Hvis vi ser på helse som en helhet så er lidelse en del av helsen (Eriksson, 1992, s. 120). Lidelsen er en del av helsen vår og mennesket er til en viss grad alene med lidelsen. I følge (Eriksson, 1992, s. 122) kan lidelse være så mangt; fra den første kjærlighets sorg til sorg over å se døden i øynene.

Med Erikssons (1993b, s. 8,13) omsorgsfilosofi ble blikket vendt mot det lidende mennesket. Et menneske som lider ønsker at andre ser og bekrefter dets lidelse gjennom blick eller berøring, de ønsker ikke å høre bortforklaringer eller årsaksforklaringer, men de ønsker å forsones med lidelsen for å skape seg et nytt liv. Eriksson stiller spørsmål om følelsen av ensomhet er den dypeste lidelsen, fordi når vi ikke ser lidelsen andre bærer på, så er den lidende personen å betrakte som "død". Formålet med å gi omsorg er å lette lidelsen (Lindström et al., 2010, s. 199). Når sykepleiere og pasienter skal definere hva lidelse er, så forklarer sykepleierne hva lidelse er mens pasientene beskriver hva lidelse er (Lindholm & Eriksson, 1993, s. 1356).

Eriksson (1994, s. 27) sier at så lenge lidelsen ikke er konstant, er det håp. Håpet består av å finne en mening med lidelsen og livet. Å lide innebærer å pendle mellom lidelse og lyst, mellom håp og håpløshet (Eriksson, 1993a, s. 14). Å føle seg forlatt i sin lidelse skaper en følelse av håpløshet, som igjen fører til en tilstand av fortvilelse hvor håpet ikke lenger finnes (Eriksson, 1994, s. 50). Lidelsen skaper en følelse av håpløshet og lidelsen trenger håp for å kunne lindres. Håp er knyttet til det å hjelpe og bli hjulpet, håp i lidelsen finnes i vissheten om at bare ved å lide kan vi overvinne lidelsen (Eriksson, 1994, s. 62). Troen, håpet og kjærligheten, omsorgens fundament, har vist seg å være viktig i kampen for å lindre lidelsen. Virkelig trøst gir mot og håp og er noe vi alle trenger. I trøsten må det finnes plass for både livsglede og livshåp (Eriksson, 1994, s. 72-73). Videre forklarer Eriksson (1994, s. 64) at en hellig opplevelse som et møte med naturen, kunsten, et menneske eller Gud kan røre ved menneskets innerste lengsel og på ny føde livslyst og et håp om at livet tross alt har en mening. I følge Eriksson (1994, s. 77-78) møter vi tre ulike former for lidelse i pleien: Sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. Eriksson skriver at mange ganger går begrepene inn i hverandre og det kan være vanskelig å skille dem fra hverandre i en virkelig situasjon (Eriksson, 1994, s. 78).

Det er pleielidelse og livslidelse som er aktuelle for min studie. Sykdomslidelse er relatert til lidelsen som oppleves i forhold til sykdom og behandling (Eriksson, 1994, s. 77).

### **Pleielidelse**

Pleielidelse er den lidelse som oppleves i forhold til selve pleiesituasjonen (Eriksson, 1994, s. 77). Eriksson (1994, s. 24) skriver at: "(...) *det system som ursprungligen var avsett att ge vård åt den lidande människan i dag i många fall förorsakar lidande.*" Pleielidelse kan finnes i selve pleiesituasjonen mellom pleier og pasient hvor pasienten ikke får omsorg, ikke blir tatt på alvor, ikke føler seg velkommen, pålegges skyld eller utsettes for maktmisbruk (Lindström et al., 2010, s. 195). Pasienten kan oppleve at verdigheten krenkes, kan føle å bli straffet, kan bli utsatt for overgrep og mangelfull pleie (Eriksson, 1993a, s. 12). Pleielidelse oppstår når det er et gap mellom pasientens behov og den innstillingen og holdningen som sykepleieren har til det lidende mennesket (Gustin & Lindwall, 2012, s. 78). I følge Eriksson (1994, s. 82) kan pleielidelsen deles i fire kategorier: 1 krenking av pasientens verdighet; 2 fordømmelse og straff; 3 maktutøvelse og 4 uteblitt pleie.

### **Livslidelse**

Livslidelse er den lidelse som er relatert til alt det som innebærer å leve, å være menneske blant andre mennesker (Eriksson, 1994, s. 88). Livslidelse er den lidelse som oppleves i forhold til ens eget unike liv – å leve og ikke å leve, det vil si å leve med trusselen om tilintetgjørelse (Eriksson, 1994, s. 88). Ensomhet kan være en del av livslidelsen, ifølge Eriksson (1994, s. 78).

*Livslidande kan innebära allt från ett hot mot ens totala existens till en förlust av möjligheten att fullfölja olika sociala uppdrag. Livslidande är det lidande som är relaterat till allt vad det kan innebära att leva, att vara människa bland andra människor.*

(Eriksson, 1994, s. 74-75).

De lidelsen som den mishandlede kvinnen gjennomgår kan knyttes til livslidelse. Den mishandlede har ikke valgt å leve et liv fylt av redsel, smerte og angst som mishandlingen medfører. Den situasjonen den mishandlede kvinnen tvinges til gjennomgå påvirker hele hennes eksistens og det livet hun lever.

#### **4.2 Partnervold og helsemessige konsekvenser**

Larkin og Morris (2009, s. 61) slår fast at IPV er et globalt problem hvor antall forekomster og omfang i de ulike landene varierer bredt. Det internasjonale omfanget av IPV påvirkes av samfunnets syn på IPV, offentlige debatter, kvinnerollen og kvinners status, religiøs og politisk ledelse, økonomiske forhold og sosial stabilitet. I følge (Larkin & Morris, 2009, s. 62) er det eksakte omfanget av IPV i verden ukjent på grunn av minst tre grunner: 1) ulike definisjoner av begreper; 2) innhentet data fra undersøkelser er subjektive og sjeldne pålitelige; 3) det er vanskelig å sammenlikne data på tvers av kulturer på grunn av ulikheter innenfor språk, etikk og sosiologi. Mitchell og James (2009) sier at IPV er et nesten like stort og stigmatiserende helseproblem som alkoholisme og narkomani. Men IPV er et skjult, underdiagnostisert og underrapportert helseproblem som tærer på kvinnenes helse (Mitchell & James, 2009, s. 16).

##### **Fysiske skader**

IPV har flere fysiske og direkte kort- og langsiktige konsekvenser som frakturer, hodeskader, skader på indre organer eller død ifølge Nicolaidis og Liebschutz (2009, s. 133). Kvinner som har vært utsatt for IPV har verre smerter eller mer intense smerter enn kvinner som ikke har vært utsatt for IPV med liknende tilstand. Kvinnene kan ha uforklarlige symptomer som kan minne om symptomene på sykdommer som fibromyalgi, kronisk fatigue, multiallergi, smerter i kjevebenet, spenningshodepine, svimmelhet, øresus og øresmerter (Nicolaidis & Liebschutz, 2009, s. 134). Skader som er vanlige å se etter IPV er i følge Sheridan, Nash, Poulos, Fauerbach og Watt (2009, s. 240-244) hudavskrapninger, avrevet hud, blåflekker, kuttskader, skuddskader og hematomer. Skader mot hode og ansikt er den skaden en ser oftest som en konsekvens av IPV og hodeskader er i følge (Wilson, 2009, s. 183) en ødeleggende og ofte underdiagnostisert konsekvens av IPV. Videre sier (Wilson, 2009, s. 187) at hodeskader er en underestimert årsak til kronisk invaliditet og at kliniske tegn på hodeskader er hjernerystelse, blåmerker, skade på nervefibre, blødning, hematom og fraktur på hodeskallen.

##### **Psykiske skader**

Studien til (Warchaw, Brashler & Gil, 2009) peker på at det er lite forskning på traumatiske opplevelser i forbindelse med partnervold. Warchaw et al. (2009, s. 148-149) og Häggblom og Möller (2006, s. 1084) fant at IPV har vært knyttet opp mot et stort antall mentale helsekonsekvenser som depresjon, angst, panikk, misbruk av alkohol eller tabletter, spiseforstyrrelser, somatiske lidelser, hukommelsestap, selvmordstanker og post traumatisk stress syndrom

(PTSD). Mishandleren bruker kvinnens psykiske helseproblemer mot henne for å ha kontroll over henne og for å undergrave henne i barnefordelingssaker ved å snakke ufordelaktig om henne til venner, barnevernet og til rettsinstanser (Warchaw et al., 2009, s. 148). Campbell, Sharps og Parsons (2009) viser til flere studier hvor kvinner som har vært utsatt for IPV fortalte at de mistet seg selv og "silencing of self". Kvinnene beskrev at selvfølelsen krympet etter som mishandlingen fortsatte eller eskalerte. Kvinnene tvilte på at de kunne klare seg uten mishandleren og følte seg fullstendig verdiløs. De prøvde å skjule mishandlingen og syntes det var vanskelig å fortelle om den til noen. Dette hadde kvinnene gjort for å unngå stigmatisering, for å beskytte mishandleren og fordi de ikke ville innrømme for seg selv at de ble mishandlet og slått (Campbell et al., 2009, s. 393). Andre studier viser også til at psykisk mishandling oftere fører til lav selvfølelse, depresjon og posttraumatisk stresslidelse enn fysisk mishandling (Warchaw et al., 2009, s. 157).

## **5.0 Metode**

Dette kapittelet beskriver hvilke metoder jeg har brukt, de ulike inklusjons- og eksklusjonskriteriene, hvordan det endelige utvalget ble gjort via databasesøk og kvalitetsvurdering, hvordan artiklene ble analysert og syntetisert og til slutt har jeg kort skrevet om forskningsetikk.

Problemstillingen i min studie krever en kvalitativ tilnærming fordi jeg vil ha svar på kvinnes subjektive opplevelser og gjøre dybdeforskning. Malterud (2013) sier at kvalitativ metode omfatter innsamling og tolkning av skriftlig kildemateriale for å utforske meningsinnholdet i fenomener slik det oppleves for de involverte, som i min studie er kvinner utsatt for partner vold. For å utforske kvinners erfaringer er kvalitativ metode derfor anvendelig i min studie, fordi jeg får vite mer om kvinnenenes erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger (Malterud, 2013).

### **5.1 Metasyntese**

I en kvalitativ metasyntese sammenfattes funnene og det gjøres en ny og mer overordnet fortolkning av kvalitative primærstudier for å gi ny forståelse av funnene. Hensikten med metasyntese er å få ny, integrert og mer fullstendig fortolkning av funnene som vil føre til større dybde og bredde forståelse av funnene (Bondas & Hall, 2007, s. 115) Ved å benytte metasyntese vil jeg kunne gå i dybden av primærstudiene (Bondas & Hall, 2007, s. 113), samt få

kunnskap om kvinners subjektive erfaringer, opplevelser og forventninger (Malterud, 2017, s. 36-37). Metasyntese er med andre ord forskning på forskning som sammenfatter funn fra tidligere kvalitative studier, sammenlikner og analyserer tekster for å komme frem til en ny og mer overordnet fortolkning.

## **5.2 Metaetnografi**

Min metasyntese er basert på Noblit og Hare (1988) sin metaetnografi. Det spesifikke med metaetnografi er å integrere funn fra kvalitativ forskning på et spesielt fenomen for å forstå hva samlingen av studier uttrykker (Noblit & Hare, 1988, s. 14).

Noblit og Hare (1988, s. 10) som har utviklet denne metoden forklarer metaetnografi slik: ”Meta-ethnography is the synthesis of interpretive research”. Når jeg oversetter setningen, forstår jeg den slik at metaetnografi er sammenfatningen av fortolkende forskning.

Noblit og Hare (1988, s. 38-62) beskriver tre typer av metaetnografi: 1) *Reciprocal Translation as Syntheses*, 2) *Refutational Synthesis* og 3) *Lines-of-Argument Synthesis*. I følge Malterud (2017) brukes en resiprok oversettelse der vi gjensidig oversetter ulike uttrykk for beslektede fenomener til hverandre, *Refutational Synthesis*, også kalt kontrasyntese, brukes der hovedvekten legges på motsetninger i materialet og *Lines-of-Argument Synthesis*, også kalt argumentasjonsrekke, der syntesen presenteres som en logisk forbindelse mellom hovedfunnene fra de foregående analysestrategiene (Malterud, 2017, s. 78).

I min studie har jeg valgt å bruke resiprok oversettelse hvor like metaforer og beslektede fenomener gjensidig oversettes til hverandre (Malterud, 2017, s. 81).

## **5.3 Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Artiklene skal ha perspektiv på kvinners levde erfaring i møte med helsepersonell etter å ha vært utsatt for IPV. Artiklene må være kvalitative siden det er kvinners subjektive erfaringer jeg skal undersøke. Dessuten innebærer det å gjøre en metasyntese at man bare inkluderer kvalitative studier.

For å begrense metasyntesen ekskluderte jeg artikler utgitt før 1999. Ved å lage en metasyntese med artikler fra år 1999 til 2016 kan jeg se om fenomenet har endret seg.

Artiklene måtte enten være skrevet på engelsk eller på et av de skandinaviske språkene. Jeg inkluderer studier fra hele verden da det er begrenset hvor mange studier som er gjort for eksempel i Europa. Jeg har inkludert studier med kvinner i alle aldre, med ulik etnisk bakgrunn og i ulike livsfaser, fordi jeg vil samle mange og ulike erfaringer for å belyse fenomenet best mulig.

I min studie tar jeg for meg partnervold mot nåværende eller tidligere kjæreste, samboer eller ektefelle. Studier som omhandler annen type vold mot kvinner ekskluderes.

Artiklene jeg har med i min studie er kvalitative artikler, primærstudier, publisert i et vitenskapelig tidsskrift og er fagfellevurderte for å sikre at artiklene har best mulig kvalitet.

Jeg har valgt å inkludere alle studier som beskriver møter med ulike typer profesjoner i ulike settinger, fordi informanter ofte omtaler helsepersonell samlet sett og sjelden skiller profesjonene fra hverandre.

#### 5.4 Databasesøk og utvelgelsesprosess

I forkant av og underveis i studien har jeg søkt i følgende databaser: CINAHL, PubMed og SveMed+, i tillegg til manuelle søk via litteraturlister i artikler. Søkeord som ble brukt i ulike kombinasjoner var: *Emergency healthcare, IPV, emergency care, domestic violence patients, experience\* emergency care, intimate partner violence\*, battered women's experience, emergency department, experiences, experiences of emergency care, acute intimate partner violence, providing support, emergency nurses, patient perspectives, domestic violence, IPV, women, survivor and health care*. Trunkeringstegnet (\*) ble brukt for å inkludere alle endelser på ordet. I tillegg ble det brukt AND og NOT for å sammenkoble og utelukke enkelte ord. I søkene etter artikler ble MeSH-termer brukt. Ved hjelp av manuelle søk i litteraturlister fant jeg tre artikler. Søkene ble utført i tiden september 2015 til mars 2018.

**Tabell 1 Litteratursøk i databaser**

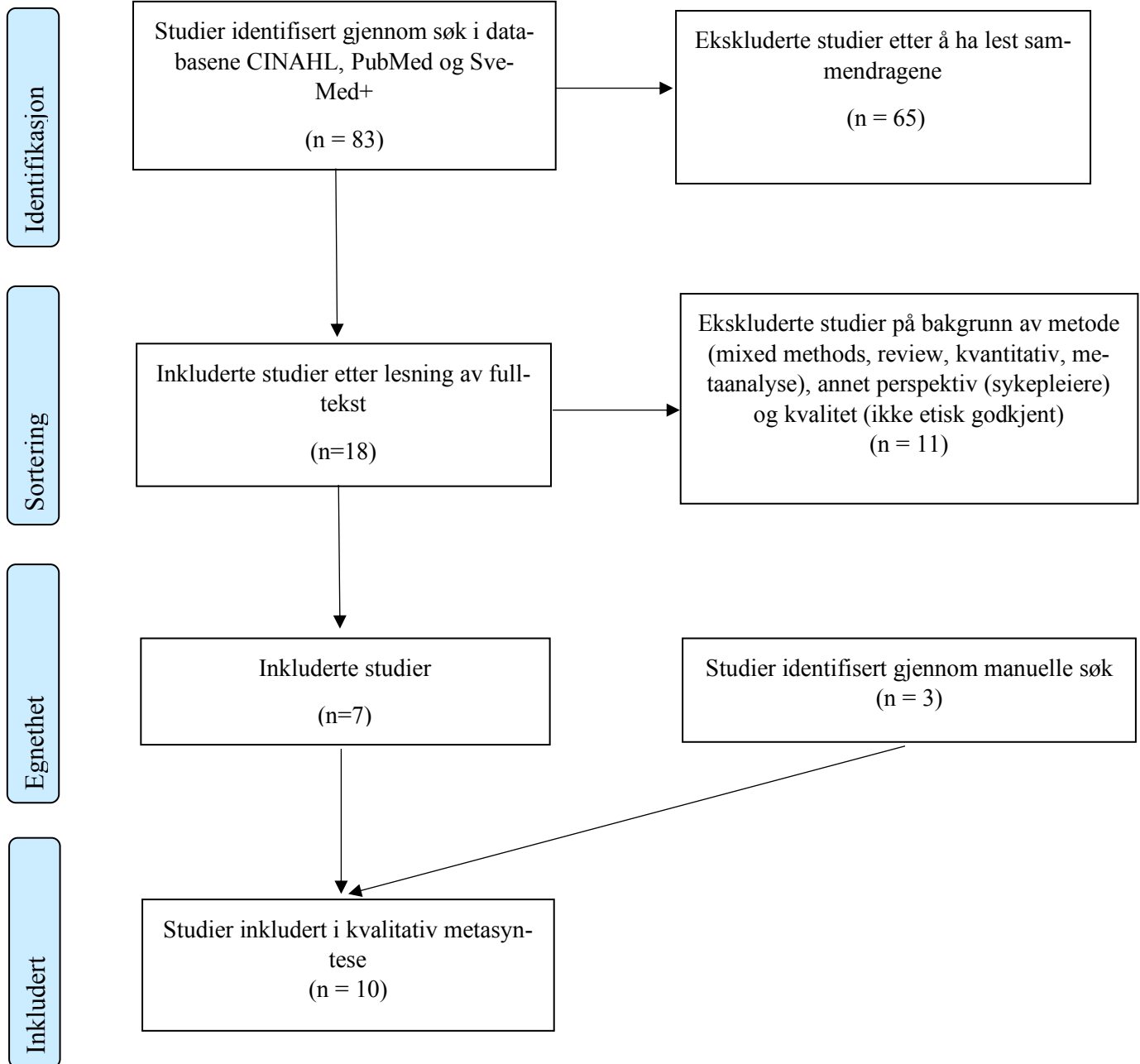
| Data-base | Søkeord                      | Avgrensing/type søk  | Ant. treff | Eksklusjonsårsaker   | Utv. art. | Forfattere                         |
|-----------|------------------------------|--|------------|--|-----------|------------------------------------|
| Cinahl    | Emergency healthcare AND IPV | Fagfellevurdert, abstrakt, full tekst, humans, kvinne, engelsk | 14         | De andre artiklene omhandler konsekvenser av IPV, IPV og middelaldrende og eldre kvinner og hvordan identifisere hvem som er utsatt for IPV. | 1         | Reisenhofer, S. & Seibold, C. 2012 |



| Data-base | Søkeord   | Avgrensning/type søk                                     | Ant. treff | Eksklusjonsårsaker   | Utv. art. | Forfattere   |
|-----------|---|--|------------|--|-----------|--|
|           | Emergency care AND domestic violence patients NOT screening                       | Engelsk, fagfelleurdert, forskningsartikkel              | 3          | En av artiklene omhandler barnemishandling og den andre årsaker til å oppsøke akuttmottak. Den tredje er review.   | 0         |  |
|           | Experiences emergency care AND intimate partner violence* NOT nurses' experiences | Fagfelleurdert, full tekst, abstrakt, engelsk, 2001-2014 | 25         | Tre av artiklene hadde jeg funnet tidligere. De andre omhandlet: Hvordan forhindre vold, screening/identifisering, sykepleieres erfaringer, gravide kvinner, middelaldrende/eldre kvinner, narkomane, mixed methods, utviklingshemming og vold mellom kvinner. | 0         |  |
|           | Battered women's experience AND emergency department                              | Abstrakt, engelsk, fagfelleurdert                        | 2          | Den ene artikkelen er fra 1994 og ekskluderes på grunn av alder.   | 1         | Yam, M. 2000   |
|           | Emergency department AND intimate partner violence AND experiences                | Abstrakt, fagfelleurdert, publisert 01012016-31122017    | 3          | Den ene artikkelen omhandler screening av IPV og den andre var mixed methods.  | 1         | Olive, P. 2016   |
| PubMed    | Experiences of emergency care AND intimate partner violence                       | Abstrakt, gratis full tekst, mennesker, engelsk          | 3          | En av artiklene omhandler sykepleieres og legers erfaringer. Den andre artikkelen omhandler hvordan identifisere kvinner med frakturer pga mishandling.  | 1         | Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I. & Lyckhage, E. D. 2014 |
|           | Experiences of emergency care AND acute intimate partner violence                 | Abstrakt, gratis full tekst, mennesker, engelsk          | 1          | Mixed methods.   | 0         |  |

| Data-base | Søkeord  | Avgrensing/type søk   | Ant. treff | Eksklusjonsårsaker  | Utv. art. | Forfattere  |
|-----------|--|---|------------|---|-----------|---|
|           | Intimate partner violence AND providing support AND emergency nurses | Full tekst, abstrakt, mennesker, engelsk  | 1          | Hadde artikkelen.   | 0         |   |
|           | Patient perspectives AND emergency care AND domestic violence        | Ingen, var kun de seks artiklene som kom opp.   | 6          | Artiklene omhandlet screening av IPV, var fra legers perspektiv, en hadde jeg fra tidligere og en var mixed methods.  | 0         |   |
|           | IPV AND women AND survivor   | Tittel/abstrakt, mennesker, engelsk, sykepleie tidskrift                              | 1          |   | 1         | Dienemann, J., Glass, N. & Hyman, R. 2005   |
|           | IPV AND experiences AND health care                                  | Tittel/abstrakt, publisert 01012000-27092016, mennesker, engelsk, sykepleie tidskrift | 13         | De øvrige artiklene handlet om screening av kvinner for IPV, kvantitative artikler, fra legers/sykepleiers perspektiv, hvorfor kvinner ikke søker hjelp, ulike steg kvinner gjennomgår når de skal forlate partneren.   | 2         | Larsen, M. M., Krohn, J. Püschel, K. & Seifert, D. 2012<br>Nemoto, K., Rodriguez, R. & Valhmu, L. M. 2006 |
| Sve-Med+  | Intimate partner violence  | Fagfellevurdert   | 11         | Tre av studiene omhandlet screening for IPV, de andre sykepleiestudenters holdninger, stoffmisbruk blant kvinner og IPV, unge kvinners vold mot partner, barn av kvinner utsatt for IPV, behandling for menn, gravide og IPV, barn og IPV og mishandlers stoffmisbruk og fysisk vold. | 0         |   |

## Skjema 1 Flytskjema over søke- og inklusjonsprosessen



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

### 5.5 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Abstrakt ble gjennomlest på samtlige artikler for å finne hvilke som kunne inkluderes. Etter gjennomlesning av abstrakt ble artikler som så ut til å fylle inklusjonskriteriene lest i sin helhet. Artikkene som ble inkludert ble gjennomlest på nytt og deretter gransket i henhold til kritisk vurdering og analysing av kvalitativ forskning hentet fra Centrum för Klinisk Forskning, Dalarna i Sverige. Artikler ble ekskludert på grunn av at de ikke var etisk godkjent, mixed methods, review, fra sykepleier perspektiv, kvantitativ studie eller metaanalyse. Noen av de ekskluderte artiklene ble brukt i bakgrunns- og diskusjonsdelen, men kun de som var etisk godkjent.

Artikkene ble vurdert etter formål, design/metode/analyse, utvalg/deltakere, om de var etisk godkjent, tydelig eller utydelig metode, relevans i forhold til formålet og om de var fagfelle-vurdert.

**Tabell 2 Kvalitetsvurderingen av de inkluderte studiene**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Forfatter(e), tittel</b>  | <b>Dienemann, J., Glass, N. &amp; Hyman, R. (2005), USA. Survivor Preferences for Response to IPV Disclosure.</b>  |
| <b>Formål</b>                | Øke helse-personells forståelse av hva mishandlede kvinner foretrekker av respons når de forteller om IPV.   |
| <b>Design/metode/analyse</b> | Kvalitativ design. Fra en større studie som førsteforfatteren deltok i. 5 fokusgruppe intervjuer ble gjort av et trent team av en forsker og en advokat som var ekspert på familievold. Intervjuene ble tatt opp på bånd.  |
| <b>Deltakere</b>             | 26 kvinner ble rekruttert fra tre sykehus og to samfunnsbaserte virksomheter med kurs i familievold. <i>Etnisitet</i> : 8 hvite og 18 afroamerikanske kvinner. <i>Inklusjonskriterier</i> : Kvinner mellom 21-65+ år.  |
| <b>Resultat</b>              | Kvinnene ønsket at helsepersonell skulle behandle dem med respekt og omsorg, de ønsket å bli beskyttet, de ville ha mishandlingen dokumentert, de ville ha kontrollen og ikke bli fortalt hva de skulle gjøre, de ønsket at ting skulle skje raskt, de ønsket valgmuligheter og de ønsket å kunne ta kontakt igjen hvis det ble nødvendig. Kvinnene kom med tips til helsepersonell. |
| <b>Kvalitet/kommentarer</b>  | Intervjuene ble foretatt en tid etter volden, så kvinnene hadde hatt lang tid på seg til å fordøye opplevelsen. Etisk godkjent. Fagfelle-vurdert.  |
| <b>Forfatter(e), tittel</b>  | <b>Gerbert, B., Abercrombie, P., Casper, N., Love, c. &amp; Bronstone, A. (1999), USA. How Health Care Providers Help Battered Women: The Survivor's perspective.</b>  |
| <b>Formål</b>                | Formålet med studien var å få deltakerne til å beskrive, fra deres perspektiv og på deres eget språk, hvordan helsepersonell hjalp dem med   |

|                              |  |
|------------------------------|--|
|                              | å fortelle om mishandlingen eller om kvinnene selv tok initiativ til å fortelle.   |
| <b>Design/metode/analyse</b> | Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer foretatt av trente intervjuere.   |
| <b>Deltakere</b>             | 25 kvinner fra området rundt San Francisco Bay. <i>Etnisitet:</i> 19 hvite kvinner, 4 afroamerikanske og 2 latinamerikanske. <i>Inklusjonskriterier:</i> 18 år eller eldre kvinner, engelsk språklig, vært i et voldelig forhold, hadde brutt ut av et voldelig forhold, var i en trygg situasjon som ikke kunne settes i fare av deltakelsen. Måtte hatt minst ett møte med lege/psykolog. Det ble delt ut flygeblader til krisesentre og avertert i aviser etter deltakere.  |
| <b>Resultat</b>              | Mest positive erfaringer. Det ble gjort flere implikasjoner på hvordan helsepersonell skulle opptre i forhold til kvinner som hadde vært utsatt for IPV. Helsepersonell skal formidle at mishandling er galt og fortelle kvinnen at hun er verdifull.  |
| <b>Kvalitet/kommentarer</b>  | Kvinnene fikk betaling. Kvinnene ble fortalt at forskerne tok forhåndsregler for å sikre kvinnenes trygghet. Etisk godkjent. Fagfellevurdert.  |
| <b>Forfatter(e), tittel</b>  | <b>Larsen, M. M., Krohn, J., Püschel, K. &amp; Seifert, D. (2014), Tyskland.</b> Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings From Germany.  |
| <b>Formål</b>                | Studiens formål var å få frem erfaringene hos kvinner som hadde vært utsatt for IPV i Tyskland og undersøke kvinnenes tilgang til helsesystemet.   |
| <b>Design/metode/analyse</b> | Kvalitativt design. Fenomenologisk tilnærming. Individuelle intervjuer med intervjuguide. Deltakerne fikk lese igjennom intervjuguiden slik at de var forberedt på spørsmålene. Alle forskerne var til stede under intervjuene.  |
| <b>Deltakere</b>             | Forskerne rekrutterte deltakere fra et rettsmedisinsk senter hvor kvinnene deltok i et behandlingsopplegg. Kvinnens lege eller sosialarbeider kontaktet kvinnene. 16 kvinner ønsket å være med i studien, 9 gjorde en intervjuavtale og 7 kvinner ble intervjuet. 1 deltaker ble ekskludert pga falt utenfor kriteriene. 6 deltakere i alt. <i>Etnisitet:</i> 5 tyske kvinner og 1 med utenlandsk opprinnelse. <i>Inklusjonskriterier:</i> Kvinner som identifiserte seg selv som mishandlet av en tidligere eller nåværende partner. Kvinnene måtte kunne kommunisere på tysk, være 18 år eller eldre og ikke være i krise. |
| <b>Resultat</b>              | Kvinnene led av angst, panikk anfall og depresjon pga volden de hadde opplevd. Lange ventelister for psykiske problemer. Helsepersonell manglet empati og grundighet og var mer interessert i å gi medikamenter istedenfor å finne årsaken til symptomene. Mishandlingen var en byrde for dem og viste seg som symptomer på fysiske- og mentale helsetilstander.   |
| <b>Kvalitet/kommentarer</b>  | Studien får fram kvinnenes erfaringer med helsehjelp. Deltakerne fikk betalt for å være med i studien og de fikk informasjon om en lokal kontaktelefon for partnervold. Etisk godkjent. Fagfellevurdert.   |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Forfatter(e), tittel</b>  | <b>Nemoto, K., Rodriguez, R. &amp; Valhmu, L. M. (2006), USA.</b> Exploring the Health Care Needs of Women in Abusive Relationships in Japan.  |
| <b>Formål</b>                | Studiens hensikt var å undersøke mishandlede kvinners erfaring med helsehjelp i Japan.   |
| <b>Design/metode/analyse</b> | Kvalitativt design. Først ble det foretatt individuelle intervjuer, så fokusgruppe intervjuer. Samtlige intervjuer ble foretatt av første- forfatter. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble gjort på japansk. Analysering ved hjelp av innholdsanalyse.  |
| <b>Deltakere</b>             | 9 kvinner ble kontaktet, 7 ville delta, men 1 kvinne trakk seg. 6 deltakere. Kvinner fra et stort område rundt Tokyo. Rekruttering ved hjelp av flygeblader og annonsering i lokalaviser og på internett. <i>Etnisitet:</i> Japanske kvinner. <i>Inklusjonskriterier:</i> Kvinnene måtte være 18 år eller eldre, erfart en form for IPV, erfart helseproblemer relatert til IPV eller oppsøkt helsevesenet på grunn av helseproblemer forårsaket av IPV.                         |
| <b>Resultat</b>              | Fire av seks deltakere hadde hatt negative erfaringer i møtet med helsepersonell. To hadde både negative og positive erfaringer. Noen av kvinnene mente at helsepersonell hadde paternalistiske holdninger mot kvinnelige pasienter som ville at kvinnene skulle innhente tillatelse fra sine menn angående behandling. Kvinnenes følelsesmessige og fysiske skader ble trivialisert og de fikk kort tid hos helsepersonell. Kvinnene kom med implikasjoner til helsepersonell.  |
| <b>Kvalitet/kommentarer</b>  | God beskrivelse av kvinners erfaring. Flest negative opplevelser. Kvinnenes erfaringer var hentet fra akuttmottak, medisinske- og kirurgiske poliklinikker, klinikker for gravide og klinikker for mental helse. Etisk godkjent. Fagfellevurdert.  |
| <b>Forfatter(e), tittel</b>  | <b>Nemoto, K., Rodriguez, R. &amp; Valhmu, L. M. (2008), USA.</b> Battered Japanese Women's perceptions and experiences of beneficial health care.   |
| <b>Formål</b>                | Formålet med studien var å undersøke mishandlede japanske kvinners oppfatninger og erfaringer av mottatt helsehjelp, og helsehjelp som de fant var til hjelp til hvordan de skulle takle vold fra partnerne.   |
| <b>Design/metode/analyse</b> | Kvalitativt design. Metoden var individuelle intervjuer med bruk av semistrukturert intervjuguide. Analysen ble gjort ved hjelp av tematisering.   |
| <b>Deltakere</b>             | 15 mishandlede kvinner fra sentrale, vestlige og sørlige deler av Japan. <i>Etnisitet:</i> Japanske kvinner. <i>Inklusjonskriterier:</i> Kvinner som var 18 år eller eldre som hadde erfart IPV i pågående eller tidligere forhold og nylig hadde oppsøkt helsehjelp på grunn av IPV. Kvinnene ble rekruttert fra tre sykehus som hadde personale trent til å ta seg av mishandlede kvinner, fra samfunnsbaserte IPV program og direkte rekruttering gjort av sykehus personale. |
| <b>Resultat</b>              | Deltakerne følte at akseptering og forståelse av deres situasjon fra helsepersonell var hjelpsomt. Deltakerne fikk ulike råd, noen av dem begynte å fokusere på sine egne liv og andre forlot sine partnere.   |

|                              |  |
|------------------------------|--|
|                              | Medisinske beviser på mishandlingen hjalp kvinnene i kontakten med rettssystemet og med å få sosialhjelp.  |
| <b>Kvalitet/kommentarer</b>  | Deltakerne fikk betalt. Kvinnene ble intervjuet av førsteforfatter på deres morsmål. Flest positive erfaringer. Etisk godkjent. Fagfellevurdert.   |
| <b>Forfatter(e), tittel</b>  | <b>Nicolaidis, C., Gregg, J., Galian, H., McFarland, B., Curry, M. &amp; Gerrity, M. (2008), USA.</b> You Always End up Feeling Like You're Some Hypochondriac: Intimate Partner Violence Survivors' Experiences Addressing Depression and Pain.   |
| <b>Formål</b>                | Studiens formål var å undersøke hva deprimerte kvinner som hadde overlevd IPV mente om sammenhengen mellom mishandling, mental helse og fysiske symptomer. Forskerne ønsket også å få fram kvinnes syn på årsaker til depresjon.   |
| <b>Design/metode/analyse</b> | Kvalitativt design. Fem fokusgruppe intervjuer, samme intervjuguide ble brukt. Intervjuene ble foretatt av en av forskerne. Induktiv tilnærming, grounded theory.  |
| <b>Deltakere</b>             | Kvinner som oppsøkte en indremedisinsk klinikk fikk utdelt flygeblader. Kvinnene ble deretter kontaktet av en forskningsassistent som spurte om de ville delta i studien. 23 kvinner med depressive symptomer og livslang IPV historikk deltok. <i>Etnisitet</i> : 1 av kvinnene var av indiansk opprinnelse og 22 var hvite. <i>Inklusjonskriterier</i> : Voksne, engelskspråklige kvinner med milde depressive symptomer, men ikke psykoser. Kvinnene måtte ha erfart en eller flere alvorlige overgrep fra en partner eller hadde erfart fem eller flere slag eller dytt som ikke resulterte i vedvarende smerte. <i>Eksklusjonskriterier</i> : Kvinner som kun hadde erfart sjelden, ikke gjentatt vold på et lavt nivå. |
| <b>Resultat</b>              | Forskerne fant at kvinnene var klar over sammenhengen mellom IPV, depresjon og fysiske symptomer. Kvinnene mente at helsepersonell trenger å kjenne til alle disse aspektene for å forstå dem. Kvinnene var frustrerte over helsepersonell som ikke spurte dem om IPV, men de var også nølende til å diskutere mental helse eller IPV i frykt for å bli tatt for å være hypokondere eller at skadene deres skulle bli underbehandlet. Problemer med tillit gjennomtrengte kvinnenens liv, noe som førte til sosial isolasjon og mistro til helsepersonell. Helsepersonell som viste kvinnene ærlighet, respekt og var konsistente fikk kvinnenens tillit. Kvinnene hadde implikasjoner til helsepersonell.                   |
| <b>Kvalitet/kommentarer</b>  | Studien handler om kvinner som har overlevd IPV, fått følgeskader som depresjon og hvordan de ble oppfattet av helsepersonell. Forskerne rekrutterte kun deltakere fra en klinikk. Etisk godkjent. Fagfellevurdert.  |
| <b>Forfatter(e), tittel</b>  | <b>Olive, P. (2016), Storbritania.</b> First contact: acute stress reactions and experiences of emergency department consultations following an incident of intimate partner violence.   |
| <b>Formål</b>                | Studiens hensikt var å undersøke kvinners følelsesmessige og emosjonelle reaksjoner etter å ha vært utsatt for partnervold.  |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Design/metode/analyse</b> | Deskriptiv og fortolkende kvalitativt design. Kritisk realisme og post-moderne kompleksitets teori. Intervjuguide. Semistrukturerte intervjuer foretatt av en kvinnelig forsker, intervjuene ble transkribert og tematisk analysert ved hjelp av et dataprogram. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Studien var del av en større studie.  |
| <b>Deltakere</b>             | Tre offentlige sentre som var spesialister på IPV i Nord-England var med i undersøkelsen. 6 kvinner som hadde oppsøkt akuttmottak direkte etter å ha vært utsatt for IPV. <i>Etnisitet:</i> Kvinner fra Nord-England. <i>Inklusjonskriterier:</i> Kvinner, utsatt for IPV, oppsøkt akuttmottak rett etter volden. Muntlig informasjon og brosjyrer ble gitt til disse sentrene for å rekruttere kvinner. |
| <b>Resultat</b>              | Kvinnene i studien mente at de burde blitt prioritert i akuttmottaket og blitt skjermet fra andre pasienter. Psykologisk førstehjelp er tvingende nødvendig. Kvinnene ønsket også raskt å komme i kontakt med et advokatbyrå med spesialist på IPV. Kvinnene kom med implikasjoner til helsepersonell.   |
| <b>Kvalitet/kommentarer</b>  | En kvinnelig forsker foretok intervjuene, ikke oppgitt hvem. Få kvinner i studien. Ikke begrensning i alder på kvinnene. I inklusjons-kriteriene står det at kvinnene måtte ha kontaktet akuttmottak "immediate" (umiddelbart) etter volden, men den reelle perioden var fra 2 måneder til 2 år, noe som ikke er "immediate". Etisk godkjent. Fagfellevurdert.   |
| <b>Forfatter(e), tittel</b>  | <b>Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I. &amp; Lyckhage, E. D. (2014), Sverige.</b> Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given.  |
| <b>Formål</b>                | Studiens hensikt var å få en dypere forståelse for kvinners levde erfaringer og deres møter med helsepersonell, NAV-ansatte og politiet etter partnervold.   |
| <b>Design/metode/analyse</b> | Kvalitativ tilnærming, deskriptiv og eksplorativ studie, narrativ intervjuemetode som ble tatt opp på bånd, fenomenologisk hermeneutisk analyse.   |
| <b>Deltakere</b>             | 12 kvinner som bodde på ulike krisesentre i Stockholm. <i>Etnisitet:</i> 3 født i Sverige, 3 av utenlandsk opprinnelse og 6 immigranter. <i>Inklusjonskriterier:</i> Kvinner 18 år eller eldre, beherske engelsk eller svensk språk, er eller hadde vært utsatt for mishandling av samboer/-partner eller ektefelle.   |
| <b>Resultat</b>              | Kvinnene i studien syntes det var vanskelig å bli lagt merke til og tatt seriøst. De syntes det var vanskelig å møte hjelpeapparatet og kvinnene følte seg ydmyket og såret av dem. De hadde skyldfølelse og følte at de var i veien. Kvinnene angret på at de hadde fortalt om mishandlingen.   |
| <b>Kvalitet/kommentarer</b>  | Tydlig metode. Kun en av forskerne foretok intervjuene. Utvalget i studien kunne inkludert kvinner fra andre byer enn Stockholm. Etisk godkjent, etisk resonnement. Fagfellevurdert.   |
| <b>Forfatter(e), tittel</b>  | <b>Reisenhofer, S. &amp; Seibold, C. (2012), Australia.</b> Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence.   |



|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Formål</b>                | Studiens formål var å undersøke helsehjelp gitt til Australske kvinner som lever i forhold med IPV for å se hvordan det påvirker deres forståelse av IPV og selvfølelsen deres.  |
| <b>Design/metode/analyse</b> | Kvalitativ metode. Grounded theory. Semistrukturerte og narrative intervjuer med intervjueskjema. Intervjuene ble tatt opp på bånd, i alt fem intervjuer. Dataene ble analysert ved hjelp av et dataprogram.   |
| <b>Deltakere</b>             | 7 kvinner som hadde oppsøkt akuttmottak eller primær helsetjeneste. <i>Etnisitet:</i> Australske kvinner. <i>Inklusjonskriterier:</i> Kvinner utsatt for IPV som hadde oppsøkt akuttmottak eller primær helsetjenesten. For å rekruttere kvinnene ble det annonsert i lokalradio, i aviser og via jungeltelegraf.  |
| <b>Resultat</b>              | Kvinner opplevde at helsepersonell ofte manglet empati. Helsepersonell som viste kvinnene empati, fikk kvinnene til å fortelle om mishandling og gav kvinnene redskaper for å kunne bygge opp selvfølelsene sine.  |
| <b>Kvalitet/kommentarer</b>  | Positive og negative erfaringer. Fikk hjelp av helsepersonell. Etisk godkjent. Fagfellevurdert.  |
| <b>Forfatter(e), tittel</b>  | <b>Yam, M. (2000), USA.</b> Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience.   |
| <b>Formål</b>                | Studiens hensikt var å beskrive mishandlede kvinners erfaringer og opplevelse i akuttmottak.   |
| <b>Design/metode/analyse</b> | Kvalitativ studie. Fenomenologisk analyse og narrativ intervjumetode. Dybdeintervjuene ble tatt opp på bånd og demografiske dataark ble brukt.   |
| <b>Deltakere</b>             | Det ble sendt brev til åtte krisesentre. 5 informanter ble rekruttert fra området rundt New Jersey og New York. <i>Etnisitet:</i> 2 hvite kvinner, 2 afroamerikanske og 1 hvit/latinamerikansk. <i>Inklusjonskriterier:</i> Kvinnene kunne være gifte, ugifte men måtte være i et heteroseksuelt forhold. De måtte også ha oppsøkt akuttmottak minst en gang i løpet av de siste 12 måneder på grunn av mishandling. |
| <b>Resultat</b>              | Studien fikk fram kvinnenes erfaringer, følelser og tanker de hadde i akuttmottak. Kvinnene var bekymret for barna sine, frykt for å fortelle at de hadde blitt mishandlet, flauhet og frykt for partneren. Kvinnene kom med implikasjoner til helsepersonell.   |
| <b>Kvalitet/kommentarer</b>  | Alle informantene ble intervjuet av forskeren. Kvinnene ble intervjuet på krisesentrene hvor de bodde. Etisk godkjent. Fagfellevurdert.  |

Hentet fra Centrum för Klinisk Forskning Dalarna (side 5). <http://www.ltdalarna.se/PageFiles/56354/Litteraturstudie%20som%20projecktarbete%20i%20ST.pdf>

## **5.6 Analyse og syntese**

Etter å ha vurdert artiklene i henhold til kriteriene i tabell 2, ble de utvalgte artiklene gransket i henhold til tabell 3: "Model for analysis preceding translation and synthesis of findings", utviklet av professor Terese Bondas.

De inkluderte artiklene har blitt lest gjentatte ganger. Aller deler som potensielt kunne inneholde funn (tittel, funndel og diskusjonsdel) ble analysert. For hver artikkel ble viktige funn, kjernebegrep, symbolske utsagn og metaforer notert i en tabell. Underveis i translasjonsprosessen ble viktige funn, kjernebegrep og metaforer fra hver studie sammenliknet med funn, kjernebegrep og metaforer fra de andre studiene (Noblit & Hare, 1988). Dette er i tråd med Noblit og Hares (1988 side 25) syntetiseringsprosess som opprinnelig vokste fram av Turners tese om at: "All explanations are essentially comparative and take the form of translation". Å oversette studier i hverandre betyr å sammenlikne studienes hoved konsepter eller metaforer for å undersøke om studiene er resiprok (inneholder beslektede fenomener), i motsetning til hverandre, eller danner en linje av argumenter (belyser ulike aspekter av et fenomen). Studienes funn ble ansett for å være resiproke (Noblit & Hare, 1988, s. 38-64) og Malterud (2017, s. 78). Etter translasjonen ble det gjort en sammenfatning/syntese av studienes funn. Syntesen resulterte i tema som gir en overordnet fortolkning/metafortolkning av funnene i de inkluderte studiene. Hvert tema gir en beskrivelse av sider ved fenomenet som fremkom gjennom translasjonsprosessen og gjengir funnene i studiene slik de fremtrer i forfatterens beskrivelse og deltakernes utsagn. Utvalgte utsagn fra informantene i studiene illustrerer innhold i temaene.

På bakgrunn av translasjonen og syntesen ble det funnet en metafor som illustrerer den overordnede fortolkningen av studienes funn. Jeg fant metaforen som velegnet for å frembringe en ny forståelse av fenomenet: "Mishandlede kvinners erfaringer i møte med helsepersonell".

## **5.7 Forskningsetikk**

Å forske på andres forskning krever ikke etisk godkjenning, og i kvalitativ metasyntese er en ikke i direkte kontakt med pasientene som inngikk i primærstudiene (Malterud, 2017, s. 135-136). Videre trenger en ikke samtykke fra forfatterne for å arbeide med artikler som er publisert (Malterud, 2017). Jeg var påpasselig med kun å inkludere studier som hadde fått etisk godkjenning. Å gjøre en kvalitativ studie krever at jeg er renhårig og siterer forfatterne rett (Sandelowski & Barroso, 2007, s. xvi). Når man gjør en syntese av andres studier, så er man ansvarlig for å referere deres funn og ivareta funnene i de enkelte artiklene uten å la være å

presentere funn som går i en annen retning (Malterud, 2017, s. 77,137). Det er altså viktig at integriteten i den enkelte studiens funn bevares, noe som jeg har etterstrebet.

## **6.0 Funn**

Dette kapittelet presenterer demografiske og kontekstuelle data fra de utvalgte artiklene i studien, og funnene som fremkom i analyse- og synteseprosessen.

Det er en alders- og geografisk spredning i artiklene som inngår i studien. Studien til Gerbert, Abercrombie, Caspers, Love & Bronstone ble publisert i 1999 og studien til Yam i 2000, mens de andre studiene ble publisert mellom 2005 og 2016. Deltakerne i fire av studiene er fra Nord-Amerika, deltakerne i to av studiene er fra Japan og deltakerne i de resterende studiene er henholdsvis fra Tyskland, England, Sverige og Australia. Seks av studiene ble publisert i Nord-Amerika og en i hver av landene Australia, England, Sverige og Tyskland. Til sammen deltok 131 kvinner i studiene. Alderen på deltakerne var mellom 18 til 65 pluss. I studien til Olive (2016) var alderen ikke oppgitt. Kvinnenes etnisitet kommer ikke fram i studiene til Reisenhofer og Seibold (2012) som kun oppgir at de er australske, (Larsen, Krohn, Püschel & Seifert, 2014) som oppgir at fem var tyske og en var av utenlandsk opprinnelse og (Olive, 2016) som kun oppgir at kvinnene kommer fra Nord-England. Nemoto, Rodriguez og Valhmu (2006) og Nemoto, Rodriguez og Valhmu (2008) oppgir at kvinnene er japanske, men ikke om etnisk opprinnelse. I de resterende studiene var 51 hvite, 24 var afroamerikanske, 2 var latinamerikanske, 1 var hvit/latinamerikansk og 1 var av indiansk opprinnelse. Familiestatus er ikke oppgitt i alle studiene, men majoriteten av kvinnene var separert eller skilt (n=64), resterende kvinner var enslig/ugift (n=27) eller gift/samboer (n=17). Studiene til Reisenhofer og Seibold (2012), (Larsen et al., 2014) og Olive (2016) mangler opplysninger om familiestatus. Majoriteten av kvinnene (n=55) bodde ikke med mishandleren på intervjuetidspunktene. Sytten bodde på krisesentre og seks bodde fremdeles sammen med mishandleren. I studiene til Gerbert, Abercrombie, Caspers, Love og Bronstone (1999), Nicolaidis et al. (2008) og Olive (2016) kommer ikke bostedet tydelig frem.

Fire studier har et fenomenologisk design, to anvender Grounded Theory, en er en fenomenologisk hermeneutisk studie og en anvender innholdsanalyse. En av studiene bruker et deskriptiv design. Studien til Gerbert et al. (1999) mangler opplysninger om design. Alle studiene bruker intervjuer for å samle data (fokusgrupper (n=3) og intervjuer (n=7)).

## **6.1 Temaene som fremkom i analyse- og synteseprosessen**

Analyse- og synteseprosessen av de inkluderte studiene resulterte i fire tema: Alene med frykten og skammen; Bare en blåveis; På utstilling i travle venterom; Å bli sett gir styrke. Metaforen som representerer den overordnede fortolkning av funnene fra analyse- og synteseprosessen ble kalt: " Med "Ariadnes tråd" i sin makt – helsepersonells rolle som veileder ut av labyrinten". For å belyse temaene har jeg tatt med opprinnelige sitater fra studiene, jeg har valgt å ikke oversette sitatene for at de ikke skal miste sin betydning.

### **6.1.1 Alene med frykten og skammen**

Følelser av redsel og skam var noe som gikk igjen i flere av studiene (Gerbert et al., 1999; Yam, 2000; Nemoto et al., 2006; Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014) . Felles for kvinnene i studiene var den ensomheten de følte i situasjonen, og de uttrykte et stort ønske om å møte forståelse og å bli tatt hånd om av helsepersonell (Gerbert et al., 1999; Dienemann, Glass & Hyman, 2005; Nemoto et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014). Mange av kvinnene blir sittende med en følelse av at helsepersonell ikke trodde dem (Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014) eller at de så ned på dem (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014).

*...I would've loved some empathy and just to feel, you know, care and affection, and someone to listen to me...what I wanted was someone to sit on my bed and tell me that they understand, talk to me about some options...and hold my hand. (Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2258).*

I flere av studiene var kvinnene ambivalente til hvorvidt de ville avsløre volden (Gerbert et al., 1999; Nicolaidis et al., 2008; Larsen et al., 2014). Det var ulike årsaker til dette. Noen av kvinnene var redde for hva som kunne skje med barna mens de var borte og denne bekymringen kunne føre til at kvinnene benektet at de hadde vært utsatt for IPV eller at de dro hjem istedenfor å bli innlagt (Gerbert et al., 1999; Yam, 2000; Dienemann et al., 2005). I flere av tilfellene var partneren som hadde utført mishandlingen til stede under undersøkelsen, og det førte til at kvinnene ikke torde å fortelle hva som forårsaket skadene (Gerbert et al., 1999; Yam, 2000; Reisenhofer & Seibold, 2012). Kvinnene mente at personalet burde sørge for at det er mulig å prate med kvinnen alene (Gerbert et al., 1999; Yam, 2000). I den japanske studien til (Nemoto et al., 2008) kom det tydelig frem at legene forholder seg til det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret hvor ektemannen tar de viktige avgjørelsene.

*I asked the doctor, "Can I stay at the hospital?". Then the doctor said, "You need permission from your husband. You should tell your husband that you are visiting a mental health unit. If you cannot, divorce is the only choice for you."* (Nemoto et al., 2008, s. 299).

En annen hyppig årsak til at kvinnene ikke avslørte mishandlingen selv om de egentlig ønsket det var at de følte seg skamfulle. Årsakene til at kvinnene følte skam var at helsepersonell var uengasjerte og likegyldige ovenfor dem (Yam, 2000; Nemoto et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012). En annen årsak for at noen av kvinnene ikke avslørte mishandlingen var at de ikke hadde synlige fysiske skader og var redd for ikke å bli trodd: *"I think many women have the problem of reporting the men or dealing with [the abuse] or seeking helping for themselves because of [not having visible injuries], because they are just afraid that they won't be taken seriously."* (Larsen et al., 2014, s. 369). Kvinnene holdt tilbake opplysninger fordi de følte at helsepersonell presset dem til å gå til anmeldelse, noe de var for redd til å gjøre (Gerbert et al., 1999; Yam, 2000). Andre kvinner fortalte ikke legen om mishandlingen fordi de kun hadde begrenset tid inne hos legen (Nemoto et al., 2008). Alle kvinnene i studien til Yam (2000, s. 468) snakket om hvor vanskelig det var å fortelle om mishandlingen til helsepersonell, noen ganger ønsket de å fortelle legen eller sykepleieren hvordan skadene hadde oppstått, men de var for redde eller flauet til å fortelle.

At helsepersonell ikke evnet å sette seg inn i deres situasjon utløste stor skuffelse hos kvinnene fordi de trengte både støtte og informasjon (Gerbert et al., 1999; Yam, 2000; Dienemann et al., 2005; Nemoto et al., 2006, s. 297; 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014). *"They have no idea. The people at the hospital do not know. They are coming from their houses with white picket fences and do not know what I dealt with at home."* (Yam, 2000, s. 466). Flere av kvinnene savnet informasjon om hvor de kunne søke hjelp. Noen av dem fikk ikke vite om krisesentre, krisetelefoner eller hvor de kunne søke juridisk og sosial bistand (Dienemann et al., 2005, s. 229). *..."Let me know there is a place I can go to be safe."* (Yam, 2000, s. 469). Andre fikk vite om krisesentre, men de fikk ingen hjelp med å komme seg dit. Kvinnene fortalte om manglende samarbeid mellom helsevesenet og andre hjelpeinstanser som for eksempel rettsvesenet og politiet. Det førte til at kvinnene følte seg helt alene og uten noen form for støtte (Dienemann et al., 2005, s. 224; Larsen et al., 2014, s. 370). Flere kvinner mente de fikk mangelfull omsorg fra helsearbeidere som tross alt hadde valgt et omsorgsyrke, de mente at helsearbeiderne var lite forståelsesfulle og at spørsmål ikke ble stilt (Yam, 2000, s. 467; Nemoto et al., 2006, s. 297; Pratt-Eriksson et al., 2014,

s. 4). Når kvinnene ikke ble sett av helsepersonell, og når de selv ikke klarte å dele sine vonde opplevelser med helsepersonell, ble de stående alene med sin skam og redsel i en overveldende situasjon hvor ingen kunne tilby beskyttelse:

*... I would've loved some empathy and just to feel, you know, care and affection, and someone to listen to me (...) what I wanted was someone to sit on my bed and tell me that they understand, talk to me about some options (...) and hold my hand.*

(Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2258).

### **6.1.2 Bare en blåveis**

Flere av kvinnene fikk ingen medisinsk behandling, men ble avspist med smertestillende eller nervetabletter som en rask problemløsning (Nemoto et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014). Hvis kvinnene ankom akuttmottak i politibil eller ambulanse ble de bedre behandlet av helsepersonell enn når de kom dit på egen hand (Reisenhofer & Seibold, 2012). Kvinnene følte at de ikke ble tatt på alvor av helsepersonell når de ikke spurte om årsakene til skadene deres (Gerbert et al., 1999, s. 126; Yam, 2000, s. 467; Nemoto et al., 2006, s. 297; Nicolaidis et al., 2008, s. 1160-1161; Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2258).

*He [an emergency doctor<sup>3</sup>] never acknowledged I'd been abused. He just checked the physical side of things...he asked me if I was taking my sleeping tablets...it was all my fault because I wasn't sleeping, I was a tired and grumpy woman, there was nothing wrong with [the assaulter<sup>4</sup>].* (Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2258).

*It's important that the staff ask the woman if she ever experienced abuse. I was raped repeatedly by my husband and bled many times from my vagina. I wasn't allowed to contact the healthcare centre and forced to have a baby born out of rape, so it's important that staff inform women of the help available.* (Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 5).

Flere av kvinnene opplevde at helsepersonell ga dem skylden for at de ble mishandlet og fordi de ikke forlot mishandleren (Yam, 2000, s. 466; Nemoto et al., 2008, s. 44; Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2257-2259; Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 3-4). *"I felt degraded both as a*

---

<sup>3</sup> Min kommentar

<sup>4</sup> Min kommentar

*foreigner and as a woman. I think that some of the staff looks down on us as if it's our fault as women that this happened."* (Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 4).

*I could hear some of the [nurse's] comments like "why would she do that to herself", meaning you know, obviously why won't she get out, but those specific words; it's making me feel bad about myself, I wasn't doing it to myself.* (Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2258).

Det hadde en ødeleggende virkning på kvinnene som minimaliserte eller normaliserte mishandlingen de hadde blitt utsatt for. Samspeillet mellom helsepersonell og pasient ble ofte forverret fordi kvinnene ble påført smerte av helsepersonell og fordi at ektemennenes meninger ble sett på som viktigere og mer legitim enn kvinnenes (Nemoto et al., 2006, s. 298).

Helsepersonellets reaksjon eller manglende reaksjon virket forsterkende inn på kvinnens oppfattelse av at de fortjente mishandlingen på grunn av "dårlig oppførsel" (Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2258). Følelsen av å bli påført skyld eller ikke bli trodd skadet kvinnenes selvfølelse og forsterket deres følelse av ensomhet mens de egentlig hadde behov for empatisk støtte for å få et positivt selvbilde uten å måtte føle skyld (Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2259). Kvinnene følte at det ikke var plass for dem i helsevesenet og at deres verdighet og identitet var truet (Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2257, 2259; Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 4). Som en kvinne uttrykte: *"I've been through a rough ordeal – treat me like a human being."* (Yam, 2000, s. 468).

Fysisk omsorg ble ofte gitt på en uengasjert og likegyldig måte, slik at kvinnene følte seg enda mer krenket, skamfulle og sårbare (Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2258).

*They don't treat you as though you've been hurt, not because it's your fault, but because someone deliberately did this to you...". "I feel like lot of the hospital staff feel, like why would you stay? It's your fault, you know?"* (Yam, 2000, s. 466).

Noen av kvinnene uttrykte at de fysiske skadene var i fokus, at helsepersonell hadde for lite kunnskap om IPV og at de ikke forstod de psykiske konsekvensene av IPV (Yam, 2000, s. 467; Nemoto et al., 2006, s. 297; Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2257-2258; Larsen et al., 2014, s. 370). Å bli utsatt for IPV førte til problemer knyttet til kvinnenes fysiske- og psykiske helse (Nicolaidis et al., 2008; Larsen et al., 2014; Olive, 2016). *"I am less patient with the children. ... I do cry more frequently. I am also definitely more anxious, more careful, just*

*more nervous altogether.*" (Larsen et al., 2014, s. 367). En annen kvinne uttalte at hvis hun hadde forlatt ektemannen da han slo henne for første gang, så hadde hun sluppet å slite med konsekvenser av mishandlingen (Nemoto et al., 2008, s. 45).

*He would beat me where nobody could see the marks – my back, the side of my head, back of my head, whatever. And I think that's got a lot to do with my pain problems now. Now that I'm older, it's caught up with me.* (Nicolaidis et al., 2008, s. 1159).

I tre av studiene viste flere av kvinnene symptomer på akutt stressreaksjon og post traumatisk stress syndrom etter å ha vært utsatt for IPV (Gerbert et al., 1999, s. 125; Nemoto et al., 2008, s. 45; Olive, 2016, s. 2321).

Kvinnene i studien til (Dienemann et al., 2005, s. 224-225) ønsket skadene dokumentert i form av bilder i tilfelle de trengte bevis til en senere anledning og får å vise seg selv og andre at de hadde prøvd å gjøre noe med situasjonen: *"You want it [documentation<sup>5</sup>] for the court situation and also from my own personal standing that I know that if it's documented someplace that I didn't just stand by and do nothing."* (Dienemann et al., 2005, s. 225). En annen kvinne var glad for å få skadene dokumentert slik at hun ble trodd (Larsen et al., 2014, s. 368).

### **6.1.3 På utstilling i travle venterom**

I akuttmottakene ble kvinnene møtt av en hektisk atmosfære hvor helsepersonell ikke hadde tid eller tok seg tid til å ta vare på kvinnene. Kvinnene ønsket å få snakke med helsepersonell uten andre pasienter rundt seg, de ønsket å få vite hvilke muligheter de hadde og de ønsket at helsepersonell tok seg tid til å spørre dem om skadene og lytte til hva de hadde å si (Yam, 2000, s. 467-468; Nemoto et al., 2006, s. 297, 300; Nicolaidis et al., 2008, s. 1160; Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2258; Larsen et al., 2014, s. 369; Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 3-5; Olive, 2016, s. 2321). Dette fikk de ikke mulighet til, men de måtte sitte sammen med andre pasienter på venterommene uten mulighet til å trekke seg tilbake. De følte at de var på utstilling med sine til dels alvorlige fysiske skader og sitt psykiske traume. Kvinnene ble en i rekken, og flere følte at de mistet kontrollen (Yam, 2000, s. 467; Dienemann et al., 2005, s. 225; Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 5).

---

<sup>5</sup> Min kommentar



Venterommene var ukomfortable, oppskakende og vanskelige å oppholde seg i rett etter å ha vært utsatt for partnervold. Kvinnene hadde nettopp opplevd en traumatisk situasjon og var svært sårbare. Det å måtte oppholde seg i et venterom med tydelige skader førte til at andre som var tilstede ytret seg høylytt om IPV. Noe som førte til at kvinnene følte seg uthengt. Kvinnene var forvirret og klarte ikke tenke klart. De ble utsatt for stirrende blikk og følte seg forhåndsdomt av andre pasienter (Olive, 2016, s. 2321). "*I didn't like going into the waiting room. I was very on edge, erm, obviously with my injuries, what had happened.*"(Olive, 2016, s. 2321). Å bli overlatt til seg selv på venterommet fylte kvinnene med nummenhet og angst. De var i sjokk, forvirret og ukonsentrert, og et vell av følelser veltet fram hos dem. Kvinnene ville bare bli undersøkt og dra hjem, men de opplevde at de ikke ble prioritert og de måtte vente lenge (Olive, 2016, s. 2321).

*It is so crowded at the university hospital for ordinary consultation. One patient is given only a limited time to see the physicians. Obviously, I felt as I was a product on a conveyor belt. I thought it would be impossible to say anything.* (Nemoto et al., 2006, s. 299).

*When I got to A&E I was put in a waiting room with drunks, (...) and I felt very vulnerable, and obviously I was in a very bad way, and when I've looked back in reflection I just felt that as a victim of such a violent attack I should have been isolated from drunks in an A&E department and I should have been responded to quicker than what I was.* (Olive, 2016, s. 2321).

Når kvinnene endelig ble undersøkt forventet de forståelse og medfølelse av helsepersonell når de fortalte om mishandlingen. Derimot opplevde mange av kvinnene i studiene at helsepersonell ikke viste omsorg, manglet empati, tålmodighet, var travle og hadde en uvennlig holdning. Andre kvinner opplevde helsepersonell som var fordømmende, kalde, sinte og ufølsomme (Yam, 2000, s. 467; Dienemann et al., 2005, s. 226; Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 4). Flere av kvinnene uttrykte frustrasjon over helsepersonells manglende vilje til å hjelpe, og følte at de var i en fastlåst situasjon (Dienemann et al., 2005, s. 224; Nicolaidis et al., 2008, s. 1159; Reisenhofer & Seibold, 2012, s. 2257; Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 3; Olive, 2016, s. 2322): "*Often you really have to stamp your foot to get a little help or you have to be lying dead in the emergency! ...*" (Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 3).

I noen av akuttmottakene måtte kvinnene svare skriftlig på mange spørsmål, men helsepersonell stilte ingen oppfølgingsspørsmål for å finne årsakene til skadene eller symptomene: "*She*

*[the nurse<sup>6</sup>] just wrote down what was hurting me and my vital signs and that was it. She didn't ask any more questions.*" (Yam, 2000, s. 467). Andre steder stilte helsepersonell spørsmål utfra en sjekklister. Men også der reagerte ikke helsepersonell på de alvorlige beretningene. De stoppet ikke opp og lyttet egentlig ikke til svarene de fikk (Yam, 2000, s. 467; Nemoto et al., 2006, s. 297; Olive, 2016, s. 2321).

*(...) and they're asking you all these questions (...) and they're not giving you as much time as you need and I can't really answer them as quickly as they want me to answer them, I'm not even probably aware of all of the injuries that I've got at that particular moment.* (Olive, 2016, s. 2321).

#### **6.1.4 Å bli sett gir styrke**

I åtte av studiene berettet noen av kvinnene også om positive opplevelser i møtet med helsepersonell (Gerbert et al., 1999; Yam, 2000; Dienemann et al., 2005; Nemoto et al., 2008; Nicolaidis et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014; Olive, 2016). For å få kvinnene til å åpne seg og fortelle om at de hadde blitt mishandlet, brukte helsepersonell ulike metoder. En av kvinnene opplevde at en sykepleier fortalte historier om andre kvinner som hadde vært mishandlet før hun spurte om dette også var situasjonen for kvinnen. En lege sa til en kvinne at han måtte spørre henne om hun hadde vært utsatt for IPV fordi det var jobben hans. En tredje kvinne ble fortalt av en sykepleier at hun ikke kunne dra hjem og at de måtte kontakte politiet fordi det var standard prosedyre, mens en fjerde kvinne ble invitert til samtale etter stengt tid (Gerbert et al., 1999; Yam, 2000; Nemoto et al., 2008). Kvinnene opplevde at helsepersonell brukte aktiv lytting og dokumenterte skader (Gerbert et al., 1999; Larsen et al., 2014). Kvinnene møtte helsepersonell som ikke bare spurte for å fylle ut et skjema, men fordi de var interessert i kvinnen og de behandlet kvinnen respektfullt (Gerbert et al., 1999; Reisenhofer & Seibold, 2012; Olive, 2016). Kvinnene åpnet seg mer ved direkte spørsmål fra helsepersonell og når helsepersonell stadfestet mishandlingen (Gerbert et al., 1999, s. 124). Det tok tid for helsepersonell å få kvinnenes tillit, men de lyktes med det ved å være ærlig og direkte (Nicolaidis et al., 2008).

*You have to trust these people and – but you don't trust them, and you're always afraid that something bad or something worse is going to happen. And you know. So it*

---

<sup>6</sup> Min kommentar

*was a very, very long time before I was able to develop a relationship with any doctor.*  
(Nicolaidis et al., 2008, s. 1160).

I studien til Reisenhofer og Seibold (2012) var det kvinnenes følelse av fysisk sikkerhet og at helsepersonell skapte en åpen, informativ og støttende atmosfære som fikk kvinnene til å åpne seg om IPV.

*One thing I really remember is that she [the provider<sup>7</sup>] put her hand on my shoulder  
.... She had all this compassion in her face, and I almost like broke down and cried  
right then because I was thinking to myself as she was talking to me, "She thinks I'm a  
human being. She thinks I'm worth something".* (Gerbert et al., 1999, s. 128)

Noen kvinner opplevde at det var god samhandling mellom etatene, de ble henvist videre i systemet og de fikk den informasjonen de trengte. Kvinnene hadde positive opplevelser med empatiske leger og sykepleiere som lyttet, viste forståelse og som gav trygghet og håp (Gerbert et al., 1999; Dienemann et al., 2005; Nemoto et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014; Olive, 2016). *"Just to let you know your rights ... and let you know there is a place you can go."* (Dienemann et al., 2005, s. 226).

I noen av tilfellene var det helsepersonell som fikk kvinnene til å skjønne at det ikke var normalt å bli slått og dyttet og bli fortalt at ingen andre enn mishandleren kunne elske dem (Gerbert et al., 1999, s. 128). Kvinnene forstod også at det var skadelig for barn å vokse opp under slike forhold. Kvinnene beskrev at forståelse og bekreftelse på IPV fra helsepersonell fikk dem til å forstå alvorligheten av situasjonen og at de ikke fortjente å bli mishandlet (Gerbert et al., 1999; Nemoto et al., 2006, 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012). Empatisk helsepersonell fikk kvinnene inn i en prosess hvor de lot være å tenke negativt om seg selv, istedenfor fokuserte de på positive tanker som gav bedre selvfølelse (Nemoto et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012).

I fem av studiene hadde kvinnene forslag til hvordan helsepersonell burde møte kvinner som hadde vært utsatt for IPV (Yam, 2000; Dienemann et al., 2005; Nemoto et al., 2006; Nicolaidis et al., 2008; Olive, 2016). Kvinnene i studien til Dienemann et al. (2005, s. 227) foreslo at leger i privat praksis burde ha en plakatt på veggen med hva de skal gjøre når de møter kvinner har vært utsatt for IPV, og akuttmottak burde ha en spesialist på IPV tilgjengelig til enhver tid. Kvinnene ønsket også at helsepersonell skulle lytte til dem uten å dømme eller

---

<sup>7</sup> Min kommentar

avpersonifisere dem (Dienemann et al., 2005, s. 223). I studien til Nemoto et al. (2006, s. 301) foreslo kvinnene at helsepersonell skulle gi informasjon om IPV til kvinner som oppsøkte sykehusene. Kvinnene i Nicolaidis et al. (2008, s. 1161) ønsket å bli behandlet som intelligente og at deres erfaringer ble respektert: *"I can understand what you tell me. Talk to me intelligently and don't treat me like a mushroom and answer my questions."* (Nicolaidis et al., 2008, s. 1161). *"Realize the patient knows her own body and take that more seriously. Check it out."* (Nicolaidis et al., 2008, s. 1161).

Kvinnene i studien til Olive (2016, s. 2322) ble tatt hånd om av spesialister på IPV i akuttmottaket, de ble tatt vare på og forklart hva som videre ville skje og guidet gjennom hele oppholdet. I etterkant fortalte kvinnene at det hadde vært svært viktig for dem. Studien til Yam (2000, s. 468-469) inneholder flest forslag på hva kvinnene ønsket seg av helsepersonell: Å bli intervjuet alene, å ha en advokat tilgjengelig, å få direkte spørsmål om skadene, å bli informert om krisesentrene og ulike valgmuligheter og å møte et personale som viser medfølelse. En av kvinnene hadde forslag om oppfølging etter hjemreise: *"Maybe some way to follow up, like a few days later call me and ask me how I feel and what I want to do."* (Yam, 2000, s. 468).

## **6.2 Med "Ariadnes tråd" i sin makt – helsepersonells rolle som veileder ut av labyrinten**

Den overordnede metaforen tar utgangspunkt i å se kvinnene fanget i voldens labyrint, alene og forlatt, overveldet av skyldfølelser, redsel og skam. Den onde sirkelen som kvinnen blir fanget i utløses av den volden de utsettes for. Når deres lidelser ikke blir sett av helsepersonell og deres fysiske og psykiske skader blir avfeid eller oversett, forsterkes den onde sirkelen av negative følelser og ensomhet. Kvinnenes selvfølelse brytes ned til at de i ytterste konsekvens føler at de fortjener mishandlingen og forblir hos mishandleren.

Helsepersonell kan gjøre en forskjell ved å vise en mulig vei ut av denne labyrinten. "Ariadnes tråd",<sup>8</sup> som er en fortelling fra den greske mytologien (Østvik, 2016, s. 316), symboliserer at tråden representerer en veiviser ut av denne labyrinten som kvinnene er fanget i. Helsepersonell holder i denne tråden gjennom sin profesjonelle kunnskap og medmenneskelige forståelse, og kan innta rollen til å være veiviser ut av denne labyrinten hvis de vil. For å kunne

---

<sup>8</sup> Ariadne er en skikkelse i gresk mytologi som ved hjelp av en tråd hjalp Thesevs å finne veien ut av labyrinten etter at han hadde drept Minotaurus.

gjøre det, må de vise empati (Nemoto et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014; Olive, 2016) og respekt (Gerbert et al., 1999; Nicolaidis et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Olive, 2016) for kvinnen, de må engasjere seg, lytte, gjøre kvinnen trygg slik at hun får tillit til å åpne seg (Nicolaidis et al., 2008). Yam (2000) og Dienemann et al. (2005) fant at kvinnene ikke ville bli fortalt av helsepersonell hva de skulle gjøre, men de ville bli lyttet til og få forslag slik at de fremdeles følte at de hadde kontroll over sine liv. Helsepersonell som spurte kvinnene om hvordan de hadde det og virkelig lyttet til det de fortalte gjorde at kvinnene følte at de betydde noe (Olive, 2016).

Helsepersonell må ha kunnskap om praktiske løsninger som hjelper kvinnen å finne et midlertidig tilfluktssted (Larsen et al., 2014; Olive, 2016), og de må ta de nødvendig skritt sammen med kvinnen for å dokumentere (Dienemann et al., 2005; Larsen et al., 2014) og anmelde forholdet. Når helsepersonell tar klar avstand fra mishandlingen er det lettere for kvinnene å ta kontroll over eget liv og forlate labyrinten.

## **7.0 Diskusjon**

Hensikten med denne metasyntesen var å bidra til en integrert forståelse av kvinners levde erfaring i møte med helsepersonell når de oppsøker helsevesenet etter å ha blitt utsatt for partnervold. Et interessant funn i metasyntesen er at kvinners erfaringer i møte med helsepersonell er nokså like uavhengig av etnisitet, kultur og geografiske forskjeller. En av de inkluderte studiene skiller seg ut, og det er den japanske studien til (Nemoto et al., 2006) som viser at det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret hvor ektemannen tar de viktige avgjørelsene fremdeles har godt feste i det japanske samfunnet. Det kommer frem når helsepersonell, i dette tilfellet en lege, sier til den mishandlede kvinnen at hun må ha tillatelse fra mannen sin for å overnatte på sykehuset. Demografisk er det kun en av de inkluderte studiene som er utført i Skandinavia. Det er overraskende at jeg fant så få skandinaviske studier, spesielt fordi studien til Gracia og Merlo (2016, s. 28) viser at forekomsten av IPV mot kvinner i Skandinavia er høy. I det følgende vil jeg diskutere tematikken i funndelen opp mot de teoretiske perspektivene jeg har valgt og se funnene i lys av nyere forskning om kvinnemishandling, med særlig vekt på kvinnes erfaringer.

### *Alene med frykten og skammen*

I metasyntesen fremkommer det at kvinnen ikke blir skjermet fra mishandleren når han var med under konsultasjonen (Gerbert et al., 1999; Yam, 2000; Reisenhofer & Seibold, 2012). Sykepleierne i studien til Häggblom og Möller (2006, s. 1084) fikk kvinnen inn på et tilstøtende rom, mens partneren var på venterommet. Helsepersonell må skape en arena hvor partneren ikke er tilstede under konsultasjon, slik at kvinnen kan snakke fritt og avdekke partner volden. Funnene i metasyntesen viser at kvinnene er ensomme, redde og skamfulle (Yam, 2000; Nemoto et al., 2006; Larsen et al., 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnene uttrykker at de ikke fikk medfølelse av helsepersonell (Reisenhofer & Seibold, 2012) og blir sett ned på av helsepersonell (Pratt-Eriksson et al., 2014). At kvinnene føler skam støttes av McCleary-Sills et al. (2015, s. 14-15) som intervjuet kvinner i Tanzania og fant at kvinnene ikke vil fortelle om mishandlingen av frykt for å påføre seg selv eller familien stigmatisering og skam. Det som skjer innenfor ekteskapet skal ikke deles med noen utenfor hjemmet og det å bli mishandlet blir sett på som svært skamfullt (McCleary-Sills et al., 2015, s. 14-15). Dette med skam ser ut til å være et fenomen som er uavhengig av kulturelle forskjeller. Årsaker til at kvinnene skammer seg kan være at deres forhold ikke er som forholdene andre ser ut til å ha. Loke, Wan og Hayter (2012, s. 2339) fant at kvinnene er for skamfulle til å fortelle om mishandlingen og ønsker ikke at andre skal vite om den. Funnene i metasyntesen viser at kvinnene ikke blir tatt på alvor av helsepersonell (Yam, 2000; Nicolaidis et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014). Ved å ikke bli tatt på alvor og dermed ikke trudd, påføres kvinnene mer smerte. Når helsepersonell ikke yter caritativ omsorg, er det fare for at kvinnes verdighet blir krenket.

Når de mishandlede kvinnene som føler seg ensom, redd og skamfull i tillegg blir sviktet av helsepersonell blir deres lidelse forsterket. Eriksson (1994, s. 50) påpeker at når pasienten føler seg forlatt av helsepersonell i sin lidelse vil det føre til en tilstand av håpløshet som igjen fører til en tilstand hvor pasienten (kvinnene) krenkes av helsepersonell. Når en har mistet håpet er det vanskelig å finne lindring for lidelsen (Eriksson, 1994, s. 50).

Funnene i metasyntesen viser også at kvinnene savner informasjon om hvor de kan søke hjelp, noe som forsterker deres ensomhetsfølelse (Yam, 2000; Dienemann et al., 2005; Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014). Dette samsvarer med funnene i studien til Loke et al. (2012, s. 2340) av kvinner i Hong Kong hvor kvinnene nølte med å søke hjelp fordi de ikke visste hvilken hjelp de kunne få. De fryktet også at hvis de søkte hjelp så ville mishandlingen bli verre når de kom hjem. Studien til McCleary-Sills et al. (2015, s. 10), viser

at sterke kjønnsrollemønstre fører til at kvinnene ikke bryter ut av forhold med mishandling. Andre praktiske hindringer for kvinnene var transportkostnader, korrupsjon, begrenset eller utilgjengelige tilbud og mangel på psykisk og sosial støtte (McCleary-Sills et al., 2015, s. 10). Når kvinner ikke vet hvilken hjelp som finnes og hvor de skal henvende seg, blir de fanget i en labyrint som er vanskelig å komme ut av ved egen hjelp.

I metasyntesen fremkommer det at kvinnene velger å bli i det voldelige forholdet blant annet på grunn av økonomisk usikkerhet og følelsen av maktesløshet (Dienemann et al., 2005). Dette er i overensstemmelse med Loke et al. (2012, s. 2340) som fant at det som holdt kvinnene tilbake var økonomisk usikkerhet. Boyd, Kathleen, Baliko og Marlene (2009, s. 6) som utførte en mixed methods studie i USA fant at selv om kvinnene var økonomisk uavhengige, hindret mishandleren dem tilgang til deres aktiva, noe som fikk kvinnene til å tro at de ikke ville klare seg på egen hånd. Daniel og Milligan (2013, s. 1,3) fant at mishandleren ofte innførte økonomiske restriksjoner overfor kvinnen for å ha kontroll over henne. I samme studie påpekes det også at når en kvinne med barn er økonomisk avhengig av mishandleren så vil det være vanskeligere for henne å forlate forholdet, fordi hun mangler økonomisk trygghet for barna. I motsetning til dette påpeker Resko (2010, s. 62) at flere store studier viser at risikoen for partnervold forverres når kvinnene har bedre økonomi enn menn.

I metasyntesen fremkommer det at kvinnene ikke forteller om mishandlingen fordi de er engstelige for at de vil bli tvunget til å gå ut av forholdet før de selv vil, kvinnene er engstelige for å miste barna sine, for at mishandlingen skal rapporteres eller at informasjonen skal komme ut (Gerbert et al., 1999). I motsetning til dette beskriver studien til Loke et al. (2012, s. 2339-2341) at årsakene til at kvinnene ikke fortalte om mishandlingen var at de følte skam, var redde for å bli latterliggjort, ignorert, hadde lav selvfølelse, depresjon og selvmordstanker. I samme studie påpekes det at mishandling er en privatsak og kvinnene ønsket kun å åpne seg om mishandlingen når mishandlingen ble voldsommere og når partneren truet med å drepe dem. Brykczynski et al. (2011, s. 148) intervjuet spesialsykepleiere som hadde erfaring med kvinner utsatt for IPV, og fant at kvinnene ikke fortalte om mishandlingen på grunn av språkbarrierer eller at de var redd for at det skulle oppdages at de har ulovlig opphold i landet.

Funnene i metasyntesen viser at kvinnene er for skamfulle til å fortelle om mishandlingen (Dienemann et al., 2005; Nemoto et al., 2006). Ved å skjule mishandlingen for andre, forviller kvinnen seg lengre og lengre inn i labyrinten som igjen henfører til en ond sirkel som er vanskelig å komme seg ut av på egen hånd. Mishandling er et følsomt tema og det å åpne seg om

problemet framkaller emosjonelle følelser hos kvinnene. Betydningen som følelsen av skam har for mishandlede kvinner er også undersøkt av Hawley og Barker (2012, s. 29) som fant at den er en av hovedårsakene til at kvinner ikke forteller om mishandlingen til andre. I samme studie kommer det frem at samfunnet gir kvinnen skylden for mishandlingen med henvisning til hennes måte å kle seg på eller hvordan hun sminker seg.

Funnene i metasyntesen viser at årsakene til at kvinnene ikke forlot den voldelige partneren er redsel for represalier som økende vold fra den tidligere partneren, økonomiske problemer, frykt for å miste barna eller isolasjon og ensomhet (Reisenhofer & Seibold, 2012). Dette samsvarer med funnene til Hawley og Barker (2012, s. 29), nemlig at kvinnen ikke forlot partneren fordi hun ikke hadde økonomiske muligheter til å klare seg selv og barna. De fant i tillegg at kvinnen ble i forholdet fordi hun elsket mishandleren, på grunn av barna, manglende støtte fra familie og venner eller av religiøse eller kulturelle grunner. Brykczynski et al. (2011, s. 148) fant at kvinnene ikke forlot den voldelige partneren på grunn av frykt for forandring og en usikker fremtid i tillegg til at de følte en forpliktelse til å bli i forholdet fordi de hadde investert mye tid på forholdet. Studien til Boyd et al. (2009, s. 5-8) viser at det å forlate den voldelige partneren var en årelang prosess hvor kvinnene først måtte innse at de ble mishandlet, overkomme forlegenheten, skammen og frykten for å stå på egne bein. Kvinnene fortalte ofte om et vendingspunkt hvor de skjønnte at de måtte ut av forholdet for ikke å bli drept.

### *Bare en blåveis*

Et viktig funn i metasyntesen er at mishandlingen kvinnene hadde vært utsatt for blir bagatellisert av helsepersonell og at kvinnene blir avspist med smertestillende tabletter eller nerve-tabletter (Nemoto et al., 2006; Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014). I følge Eriksson (1993b, s. 12) påføres pasienten lidelse når helsepersonell ikke forstår hva pasienten trenger. Lidelsen forsterkes når kvinnenenes behov ikke blir sett, kvinnenenes verdighet og menneskeverd krenkes og de utsettes dermed for hva Eriksson kaller for pleielidelse (Eriksson, 1994, s. 82). Eriksson uttaler at pleielidelse kan finnes i selve pleiesituasjonen mellom pleier og pasient hvor pasienten ikke får omsorg, ikke blir tatt på alvor, ikke føler seg velkommen, pålegges skyld eller utsettes for maktmisbruk (Lindström et al., 2010, s. 195). I tillegg kan pasientene (kvinnene) oppleve at de straffes og fordømmes av helsepersonell når de blir oversett (Eriksson, 1994, s. 86).



Funnene i metasyntesen er motsetningsfulle med tanke på at enkelte av de profesjonelle hjelperne indirekte gir kvinnen skylden for mishandlingen (Yam, 2000; Reisenhofer & Seibold, 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014), mens andre får kvinnene til å innse at mishandlingen ikke var deres skyld (Nemoto et al., 2008). Mennesker som føler skam og skyld kan føle at de er verdiløse (Eriksson, 1994, s. 83) derfor er det spesielt viktig at helsepersonell tar seg tid til å fortelle kvinnene at de ikke er skyld i mishandlingen.

Et av funnene i metasyntesen er at kvinnene fikk mer empati fra helsepersonell når de ankom i ambulanse eller i politibil, enn når de ankom akuttmottaket for egen maskin (Reisenhofer & Seibold, 2012). En kan spørre seg om helsepersonell først forstår alvorlighetsgraden når kvinner ankommer akuttmottak ved hjelp av offentlige instanser.

Metasyntesen viser at kvinnene ofte ikke blir spurt om årsakene til skadene (Yam, 2000; Nicolaidis et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014). Når ingen bryr seg om å spørre hvordan skadene har oppstått kan det få kvinnene til å føle seg verdiløse.

Et viktig funn i metasyntesen er at manglende empati eller autoritære og maktarrogante holdninger over kvinnene og deres kropper bidro til et forverret selvbilde hos kvinnene og forsterket deres følelse av skam, skyld og verdiløshet. Det fremkom også at i de tilfeller hvor helsepersonell syntes synd på kvinnene så hadde det negativ effekt på kvinnes selvfølelse og egenverdi (Reisenhofer & Seibold, 2012). Når helsepersonell viste slike holdninger ovenfor kvinnene hindret de dem indirekte fra å søke hjelp. I følge Eriksson (1994, s. 86) utøver helsepersonell makt når de ikke tar kvinnene på alvor og dette fører til at kvinnene føler seg maktesløse. Når lidelsen blir oversett eller til og med forsterket av helsepersonell blir kvinnene retraumatisert og dette fremkaller en eksistensiell følelse av ensomhet (Pratt-Eriksson et al., 2014).

Funnene i metasyntesen viser at flertallet av kvinnene har psykiske og fysiske symptomer som følge av partnervolden (Nemoto et al., 2006; Nicolaidis et al., 2008; Larsen et al., 2014). I følge (Warchaw et al., 2009, s. 151) er forskning på traumatiske opplevelser i forbindelse med IPV begrenset. Forskere vet for eksempel lite om hva det å leve i frykt gjør med kvinnes psyke eller hva en kvinne må gjøre for å rekonstruere identitetsfølelsen, hennes tro på seg selv, hennes forhold til andre og hennes relasjon til en verden som har sviktet henne. I en kanadisk studie peker forfatterne på at den følelsesmessige mishandlingen med kontrollerende holdning og en konstant trussel om mishandling fra partnerens side etterlater kvinnen lammet og låst i forholdet (Matheson et al., 2015, s. 563). Funnene i metasyntesen viser at den

mentale mishandlingen påvirker kvinnens selvfølelse (Nicolaidis et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012). Dette samsvarer med funnene i studien til Matheson et al. (2015, s. 564) som påpeker at reisen inn og ut av IPV førte til en utslettelse av egen identitet og tiltro til egen mestringsevne samt følelsen av å være verdiløs etterfulgt av en langvarig endringsprosess for å gjenoppbygge selvfølelsen, psykisk velvære, tiltro til egen mestringsevne og til sist egen identitet. Å ikke bli tatt på alvor og føle at en er usynlig kan forårsake lidelse og kvinnen mister muligheten til å bekrefte sin egen identitet (Eriksson, 1994, s. 41). Loke et al. (2012, s. 2339) fant at kvinnene fikk lav selvfølelse, at de ikke fortjente respekt og kjærlighet i forholdet og de anklaget seg selv for at de var utilstrekkelige som hustruer. Boyd et al. (2009, s. 7) fant liknende resultater, nemlig at kvinnene i årevis hadde blitt fortalt at de var dumme, stygge, at de ikke ville klare seg på egen hånd og at ingen andre ville ha dem, så kvinnene måtte begynne å sette pris på seg selv og innse at de hadde rett til å gå videre for å få et bedre liv. I følge Hawley og Barker (2012, s. 28) er psykisk mishandling mer skadelig for kvinnene på lang sikt enn fysisk mishandling, fordi kvinnens selvfølelse og egenverd brytes ned.

Den følelsesmessige lidelsen kvinnene opplever kaller Eriksson (1993b, s. 172) for emosjonell lidelse som uttrykkes via følelser av frustrasjon, trøstesløshet, besvikelse, kaos, skam, mindreverdighetsfølelser, sorg og maktesløshet. I de mellommenneskelige forholdene mellom kvinnen og mishandleren og kvinnen og helsepersonell oppstår det som (Eriksson, 1993b, s. 172) kaller en relasjonslidelse hvor kvinnen opplever oppgittethet, tomhet og mangelfullt fellesskap. I verste fall kan også relasjonslidelsen omfatte forholdet til Gud som får kvinnen til å føle at Gud har oppgitt henne, noe som kan føre til store lidelser for den troende (Eriksson, 1993b, s. 172).

Funnene i metasyntesen viser at kvinnene erfarer at fysiske skader er mer i fokus enn deres psykiske traumer (Yam, 2000; Nemoto et al., 2008; Nicolaidis et al., 2008). Dette samsvarer med funnene i studien til Loke et al. (2012, s. 2341) som fant at leger kun behandlet skadene, men ikke brydde seg om kvinnes følelser og Brykczynski et al. (2011, s. 149) som skriver at tradisjonell legevitenskap skiller mellom kropp og sinn, men kropp og sinn må ses i sammenheng fordi menneskekroppen er en helhet. Helsepersonell bør derfor også vektlegge de psykiske sidene av mishandlingen og ikke bare konsentrere seg om de fysiske skadene.

Funnene i metasyntesen viser at kvinnene ønsker å få skadene dokumentert, men mange opplevde at dette ikke blir gjort eller at bildene forsvinner på sykehusene (Dienemann et al., 2005; Nemoto et al., 2008). Dette funnet i metasyntesen er i overensstemmelse med studien til

Djikanovic et al. (2011, s. 701) som finner liknende resultater, nemlig at kvinnene har behov for å få mishandlingen dokumentert. Metasyntesen viser at hvordan helsepersonell forholder seg til kvinnene har stor betydning for deres selvfølelse og deres evne til å ta grep for å gjøre noe med situasjonen. Når helsepersonell neglisjerer og bagatelliserer kvinnenes traumer blir de presset enda dypere inn i labyrinten. Uten veivisere forblir kvinnene maktesløse og ensomme i voldens labyrint.

### *På utstilling i travle venterom*

Funnene i metasyntesen viser at kvinnene må vente lenge på hjelp etter ankomst på sykehus eller legevakt, og at de føler seg ensomme mens de venter (Yam, 2000; Reisenhofer & Seibold, 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Olive, 2016). Det fremkom at kvinnene ønsker å bli sett, men det er lang ventetid og de blir ikke prioritert, i tillegg er venterommene ukomfortable, oppskakende og vanskelige å oppholde seg i (Olive, 2016). Dette funnet støttes av funn gjort i studien til Leppäkoski, Paavilainen og Åstedt-Kurki (2010, s. 32-33) i Finland, nemlig at kvinnene måtte vente lenge mens de satt sammen med barn og alkoholisererte personer. Eriksson (1994, s. 24) sier at man kan karakterisere dagens sykepleie med at det system som opprinnelig skulle gi pleie til det lidende menneske, i dag i mange tilfeller forårsaker lidelse. Metasyntesen viser at kvinnene blir spurt om skadene slik at de andre på venterommet kan høre det (Yam, 2000; Nemoto et al., 2006; Olive, 2016). Dette er også funnet i Leppäkoski et al. (2010, s. 33) hvor en kvinne opplevde at en lege høylytt spurte henne om hun var mishandlet, slik at alle på venterommet hørte det. I metasyntesen fremkommer det at noen av kvinnene føler at de blir utsatt for alt for mange spørsmål fra helsepersonell, og at det var mange rutinespørsmål som fulgte et skjema uten at helsepersonell egentlig var interessert i mishandlingen (Olive, 2016). Dette er også funnet i studien til Leppäkoski et al. (2010, s. 32) hvor en kvinne mente at hun ble utsatt for overdreven utspørring, samt i studien til Brykczynski et al. (2011, s. 149) som fant at kvinnen må fylle ut et skjema skriftlig hvor avkryss for ja på spørsmål om mishandling og depresjon, fører til at sykepleieren må henvise kvinnen videre i systemet. Når helsepersonell får vite at en kvinne har blitt mishandlet, og så lukker øynene for problemet så tilføres kvinnen ytterligere lidelse og hun kan føle seg verdiløs.

Kvinner som har blitt mishandlet har ofte synlige skader i ansiktet og kanskje blør de fra sår i tillegg. Slike synlige skader tiltrekker seg blikk fra andre på venterommet og alle forstår hva kvinnen har vært utsatt for. Slik blir hun uthengt istedenfor å bli skjermet fra andre pasienters

blikk. Hvis det ikke finnes et ledig rom så kan et skjerm Brett hjelpe mot stirrende blikk. I metasyntesen fremkommer det at kvinnene ønsker at de fikk sitte på et roligere sted enn på venterommet som var fullt av pasienter og pårørende, og at det føles belastende å vente så lenge (Yam, 2000; Olive, 2016). I Yams studie som inngår i metasyntesen foreslås det at samtlige kvinner må bli intervjuet privat (Yam, 2000). Ved å la kvinnene sitte med sine synlige skader og stille spørsmål til kvinnene foran alle andre på venterommet kan føre til det Eriksson kaller for krenkelse av verdigheten (Eriksson, 1994, s. 82-83). Når helsepersonell ikke ser at kvinnene behøver å bli skjermet fra andre pasienter så er det i følge Eriksson (1994, s. 87) pleielidelse.

### *Å bli sett gir styrke*

I metasyntesen fremkommer det at kvinnen må føle at hun blir trodd før hun åpner seg og forteller om mishandlingen (Gerbert et al., 1999). Helsepersonells egenskaper og holdninger synes derfor å være utslagsgivende for om kvinnen tør å åpne seg. Funnene viser at helsepersonell enten spurte hvordan skaden hadde oppstått, eller spurte direkte om skadene skyldtes mishandling (Gerbert et al., 1999). Forutsetningen for at kvinnene oppfattet spørsmålene som relevante var at de ble stilt utfra et ekte engasjement og ikke som en pliktøvelse for å fylle ut et skjema. Dette funnet er i overensstemmelse med Brykczynski et al. (2011, s. 148) som fant at ved å stille flere spørsmål om hvordan skadene hadde oppstått fikk de kvinnene til å fortelle om mishandlingen og ved å påpeke skadenes alvorlighetsgrad fikk sykepleieren kvinnene til å fortelle om mishandlingen. Også Häggblom og Möller (2006, s. 1083) fant at sykepleierne var direkte og konkrete i sine åpne spørsmål til de mishandlede kvinnene og oppfordret kvinnene til å forlate det voldelige forholdet. Videre sa sykepleierne at det var viktig å uttrykke medfølelse for kvinnen og forsikre henne om at de respekterte og lyttet til henne (Häggblom & Möller, 2006, s. 1080).

Ved å ta utgangspunkt i det pleievitenskapelige perspektivet til Eriksson kan en si at den mishandlede kvinnen bør møtes i caritas ånd med en caritativ pleietikk, og den som deltar i lindringen (helsepersonell) av den mishandlede kvinnens lidelse bør utstråle caritas. En forståelse for og en oppfyllelse av pleievitenskapen vil sikre at den mishandlede kvinnens verdighet respekteres, og at den mishandlede kvinnen blir møtt med kjærlighet og barmhjertighet.

Metasyntesen viser at når helsepersonell lytter til kvinnene uten fordommer og med en åpen og forståelsesfull holdning føler de seg sett og ivaretatt (Gerbert et al., 1999; Nemoto et al.,

2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen et al., 2014; Olive, 2016). Det er respekt, støtte, medfølelse og empati kvinnene forventer i møte med helsepersonell (Yam, 2000; Nemoto et al., 2006; Nicolaidis et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012; Olive, 2016). Dette støttes av Feder et al. (2006, s. 25); Watt et al. (2008, s. 723); Djikanovic et al. (2011, s. 698-701) som peker på at kvinnene ønsker å møte helsepersonell som viser medfølelse, er sensitive og viser forståelse for kompleksiteten av IPV og dens sosiale og psykologiske ringvirkninger. Funnene i studien til Leppäkoski et al. (2010, s. 32) går i samme retning og viser at kvinnene setter pris på å bli møtt med sympati, empati, forståelse og fordomsfrihet. Også i studiene til Feder et al. (2006, s. 25) og Loke et al. (2012, s. 2341) kommer det frem at kvinnene ønsker å bli møtt med en fordomsfri og lyttende holdning. I følge Eriksson (1992, s. 123) er det å lette eller lindre pasientens lidelse det sentrale i alle former for omsorg. Helsepersonell kan lindre kvinnens lidelse ved å gi kvinnen et vennlig blikk, et ord, et kjærtegn eller noe annet som gir uttrykk for oppriktig medfølelse (Eriksson, 1994, s. 90).

Funnene i metasyntesen viser at kvinnene ønsker å bli spurt om årsakene til skadene (Yam, 2000; Reisenhofer & Seibold, 2012; Olive, 2016). Dette fremkommer også i studiene til Feder et al. (2006, s. 33) og Watt et al. (2008, s. 720) hvor kvinnene ønsker å bli spurt, selv om de kanskje ikke vil innrømme hva som har skjedd. Metasyntesen viser at det er viktig for kvinnene å få vite om instanser de kan søke hjelp hos (Yam, 2000; Dienemann et al., 2005; Nemoto et al., 2006; Reisenhofer & Seibold, 2012). Funnene stemmer overens med liknende funn, nemlig at kvinnene etterlyser råd angående IPV og informasjon om krisesentre (Watt et al., 2008, s. 721-723; Djikanovic et al., 2011, s. 699; Loke et al., 2012, s. 2341).

Funn i metasyntesen tyder på at det er viktig at helsepersonell tydeliggjør at kvinnen er utsatt for mishandling og at dette ikke er akseptabelt. En av kvinnene i studien til Dienemann et al. (2005) fortalte at vendingspunktet for henne var da en sykepleier fikk henne til å forstå at hun var offer for partnervold. Brykczynski et al. (2011, s. 148) fant i sin studie at vendepunktene som fikk kvinnene til å forlate partneren for godt kunne være kontakt med andre som selv hadde blitt mishandlet, at de hadde et sosialt nettverk utenfor hjemmet, at de følte at barna var i fare eller at de skjønnte at de ikke ville klare å hjelpe den voldelige partneren. Dette er forenlig med funn i metasyntesen hvor kvinnene forlot partneren når de skjønnte at det ikke er forsvarlig å oppdra barn under slike skadelige forhold (Nemoto et al., 2008). I motsetning til dette viser funn i studien til (Loke et al., 2012, s. 2340) at kvinnene var villige til å gjøre hva som helst for å holde familien samlet og mente at skilsmisse var skadelig for barna. Kvinnene tenkte altså ikke på hvor skadelig det er for et barnesinn å se mor bli slått av far.

I metasyntesen kom det fram at det tar tid å bryte ut av et forhold selv om det er dårlig, noe som krever at kvinnene må forberede seg både mentalt og fysisk (Gerbert et al., 1999). Etter mishandlingen følger en periode hvor mishandleren ber om unnskyldning og angres, overøser henne med gaver og lover at han aldri skal gjøre det igjen (Hawley & Barker, 2012, s. 29).

### *"Ariadnes tråd i sin makt" – helsepersonells rolle som veileder ut av labyrinten*

Den overordnede metaforen "Med Ariadnes tråd i sin makt" henviser til helsepersonells rolle som veileder ut av labyrinten og er en overordnet fortolkning som på mer generelt grunnlag beskriver substansen av det som fremkommer i funnene.

Helsepersonell og sykepleiere i særdeleshet har en unik mulighet til å hjelpe mishandlede kvinner ut av et voldelig forhold, fordi sykepleiere tilbringer mye tid sammen med pasienten/kvinnen og derfor har muligheten til å undersøke og følge opp situasjonen kvinnen er i. Sykepleiere bør inneha kunnskap og formidle informasjon om hvor kvinnen kan søke tilflukt og få videre oppfølging. Når en kvinne overveier å forlate mishandleren så må helsepersonell først tenke på kvinnens og eventuelle barns sikkerhet. I studien til Brykczynski et al. (2011, s. 148) skaffet sykepleierne trygghet for kvinnen ved å henvise henne til et krisesenter. En sykepleier i Brykczynski et al. (2011, s. 146) uttaler at selv om kvinnene går tilbake til mishandleren, så må de ikke gi opp å få henne ut av forholdet. Eriksson uttaler at sykepleiere har som mål å lindre pasientens lidelse (Gustin & Lindwall, 2012, s. 73). Den caritative sykepleieren vil gi pasienten av sin tid og av seg selv og anstrenger seg så vel for å se pasienten som for å bli synlig for han eller henne (Gustin & Lindwall, 2012, s. 108). I denne sammenhengen bør den caritative sykepleieren vise tålmodighet og gi kvinnen tid og spillerom for å fatte beslutninger. Den caritative sykepleieren bør også støtte opp om kvinnens skjøre selvfølelse ved å ta et klart standpunkt til at mishandlingen ikke kan forsvares.

Metasyntesen beskriver hva som ligger i de gode møtene med helsepersonell hvor kvinnen ikke blir instruert om hva hun må gjøre, men som støtter hennes selvtillit og gir henne kunnskap nok til å skjønne hvilke steg som bør tas (Dienemann et al., 2005). Når helsepersonell tilbyr "Ariadnes tråd" ved å vise omsorg og medfølelse vil dette støtte håpet til den mishandlede kvinnen og gi henne verktøy som kan hjelpe henne ut av forholdet. Funnene i metasyntesen viser hvor viktig det er at helsepersonell gir god informasjon og rådgivning til kvinnen (Gerbert et al., 1999; Yam, 2000; Nemoto et al., 2008; Larsen et al., 2014). Hvor viktig dette er bekreftes i studien til Häggblom og Möller (2006, s. 1082). Sykepleierne i denne studien la

vekt på å informere kvinnen om hennes lovfestede rettigheter og formidlet kontakt med sosionom, selv om kvinnen der og da ikke var moden for å bryte ut av forholdet. I Norge er vi så heldige at vi har krisesentre i alle kommuner som kvinnen kan kontakte. Krisesenterloven slår fast at: "Brukerne skal få støtte, veiledning og hjelp til å ta kontakt med andre deler av tjenesteapparatet." (Krisesentersekretariatet, 2010).

Metasynthesens funn viser hvor stort behov de mishandlede kvinnene har for at helsepersonell/sykepleiere gjør mishandlingen tydelig for dem og får dem til å reflektere over at de bør bryte ut av forholdet for sin egen del og for barnas skyld. En av trådene ut av labyrinten er nettopp denne klargjøringen de trenger fra helsepersonell. Å stille seg på kvinnes side og støtte deres tanker om å forlate mannen for å sikre sin egen og barnas fremtid er en av de viktige trådene som helsepersonell holder i sin hånd og som viser kvinnene veien ut av voldens labyrint. Skal kvinnen våge å følge denne ledetråden må hun fatte tillit til de profesjonelle hjelperne. Den grunnleggende innstillingen hos pleiere bør derfor være å lindre lidelse ved å oppmuntre, støtte, trøste og formidle at en er tilstede for pasienten, i dette tilfellet kvinnen (Eriksson, 1994, s. 91). Dette ville være å bistå kvinnen til å gjøre noe med sin livslidelse.

## ***7.1 Metodediskusjon***

I kvalitativ forskning er det vanlig å bruke begrepet troverdighet i stedet for begrepene validitet og reliabilitet for å vurdere forskningens gyldighet og kvalitet (Graneheim & Lundman, 2004).

### ***7.1.1 Troverdighet***

Forskningsresultatet bør ha så stor troverdighet som mulig og hver studie må være vurdert i forhold til fremgangsmåtene som brukes for å komme fram til funnene (Graneheim & Lundman, 2004).

Ved å gjøre en metasynthese har jeg fått tilgang til mye mer informasjon enn ved en intervju-studie. Forskningsprosessen er synliggjort ved at databasesøk, utvalgsprosess og kvalitetssikring av de inkluderte artiklene er gjort tilgjengelig for leseren via tabellene og beskrivelsene. Jeg har benyttet flytskjema som viser søknings- og inklusjonsprosessen. Jeg har lest gjennom de inkluderte artiklene gjentatte ganger. Min veileder har lest alle artiklene og har gransket min utvalgs- og analyseprosess.

I analysen av artiklene har jeg benyttet et skjema fra Centrum för Klinisk Forskning i Dalarna, Sverige. Ved å benytte dette skjemaet fikk jeg oversikt over de inkluderte studienes formål, design/metode/analyse, deltakere og resultat. I tillegg har jeg benyttet "Model for analysis preceding translation and synthesis of findings", utviklet av professor Terese Bondas. Ved å benytte denne modellen har jeg fått oversikt over artiklenes tema og relevante funn med sitater fra deltakerne. Det er viktig å understreke at resultatet av analysen er basert på min fortolkning av teksten og at teksten vil kunne fortolkes på en annen måte av andre.

En svakhet i søkeprosessen er at jeg er uerfaren med å søke. Kun tre databaser ble brukt i søket. Et bredere søk i flere databaser, ville kunne resultert i flere aktuelle artikler. Selv om jeg har utført kontrolløk i løpet av våren 2018, kan det være artikler som jeg har gått glipp av og som burde vært med i metasyntesen. Likevel vil jeg hevde at datamaterialet som litteratursøk og utvalgsprosess har resultert i, er betydelig og viser god metning i forhold til metode og forskningsspørsmål, og det som er mulig innenfor et mastergradsprosjekt.

Utfordringer i forhold til metasyntese er at hendelsen fortolkes i mange ledd, noe som kan utfordre troverdigheten i tilfelle man ikke er tilstrekkelig tekstnær innledningsvis. Sitatene til deltakerne vil være det som kalles førsteordens begreper, resultatene i primærstudien er andreordens begreper og metasyntesen er tredjeordens begreper (Malterud, 2017, s. 73). Mitt mål har vært å være så tekstnær som mulig i starten av analyse- og syntesefasen. I siste fasen av fortolkningen har jeg forsøkt å innta et metaperspektiv for å komme frem til en overordnet og metaforisk fortolkning av funnene.

For å styrke troverdigheten i min studie har jeg brukt konkrete eksempler med erfaringer sitert ordrett fra de inkluderte artiklene for å unngå at meningen fordreies i oversettelsen. Funnene i metastudien viser at en del av funnene samsvarer med nyere forskning på feltet, noe som styrker studiens troverdighet. Metaetnografien til Noblit & Hare er en metode som er testet ut av mange. Jeg har forsøkt å sette meg godt inn i metoden og har lest artikler som anvender metaetnografi og metodeartikler vedrørende metaetnografi.

### **7.1.2 Overførbarhet**

Troverdighet inkluderer også spørsmålet om overførbarhet som handler om hvorvidt omfanget av funnene kan tilpasses andre kontekster eller grupper (Graneheim & Lundman, 2004).



Studien er basert på vitenskapelige artikler fra Australia, Japan, Nord-Amerika, Storbritannia, Sverige og Tyskland og inkluderer 131 kvinner, noe som styrker overførbarheten. Jeg tenker at overførbarhetsverdien av denne metasyntesen er større enn hva den ville blitt om jeg hadde foretatt intervjuer med sykepleiere eller annet helsepersonell nettopp fordi den presenterer erfaringene fra mange kvinner i forskjellige land og kulturer. Studier utført på ulike kontinenter beriker fenomenet med flere nyanser og perspektiver. Funnene i metasyntesen viser at kvinner, uavhengig av kulturell bakgrunn, helsesystem, utdanning, sosial status og alder har mange sammenlignbare erfaringer. Dermed kan syntesen ha overførbarhet på tvers av kulturer, og bidra med nyttig kunnskap til klinisk sykepleie.

I følge Graneheim og Lundman (2004) må en gi en klar og tydelig beskrivelse av kultur og kontekst, utvalg og karakteristikk av deltakerne for å muliggjøre overførbarhet. Selv om kvinnenes erfaringer er hentet fra ulike instanser som akuttmottak, helsestasjon, fastleger og spesialister har de liknende erfaringer fra ulike settinger, noe som kan styrke overførbarhet. Graneheim og Lundman (2004) hevder også at en fyldig og tydelig presentasjon av funnene sammen med passende sitater vil øke overførbarheten, noe som jeg har gjennomført i hele funndelen.

Funnene i studien avslører ikke hvilke profesjoner kvinnene omtaler fordi dette som oftest ikke fremgår av de inkluderte artiklene. Likevel gir funnene i metasyntesen mening overfor klinisk sykepleie. Det fremkommer tydelig hva kvinnene anser som ønskede og uønskede holdninger og handlinger når de møter opp i akuttmottak og i primærhelsetjenesten hvor sykepleiere er en av de viktigste yrkesgruppene. Jeg vil hevde at funnene i metasyntesen er overførbar og har verdi for praksisfeltet. Funnene gjør det tydelig hva som er viktig i møte med disse kvinnene noe som kan gjøre sykepleiere og andre helsearbeidere mer bevisste på hva som kan fremme tillit og lindre lidelse.

## ***7.2 Implikasjoner for praksis, utdanning og forskning***

Det at helsepersonell har kunnskap om IPV og bruker den bevisst kan være med på å berge liv. Sykepleiere er ofte de første som møter mishandlede kvinner og har derfor en unik mulighet til å bruke "Ariadnes tråd" for å vise dem veien ut av voldens labyrinth. Helsepersonell må få opplæring i hvordan man snakker med kvinner som man mistenker å ha vært utsatt for partnervold. Ved å tilegne seg kunnskap om hvordan man avdekker slike forhold og hvilke rettigheter og muligheter kvinnen har for å søke tilflukt, blir sykepleieren i stand til å gi viktige

informasjon til kvinnen. Ved store sykehus kan det være hensiktsmessig å ha spesialister på IPV tilgjengelig. Sykepleieren bør skjerme kvinnen for andres blikk på venterommet, og samtalene bør foregå i forstyrrende omgivelser og med utvidede tidsrammer. Sykepleieren bør være tydelig på at vold ikke kan aksepteres, og hun bør ta initiativ til å dokumentere skadene både skriftlig og visuelt med tanke på en eventuell rettsak.

Partnervold bør bli pensum ved alle utdanningsinstitusjoner innenfor studier som utdanner helsepersonell for å sette problemet i fokus. Studenter innenfor helsefag bør gjøres bevisst på hvilke konsekvenser IPV har på kvinnens helse, hvordan de bør motta kvinnene og hvilke holdninger og handlinger som er i tråd med caritativ omsorg.

I studien kommer det frem at forskning på traumatiske opplevelser i forbindelse med IPV er begrenset. Det bør forskes på hva det å leve i frykt gjør med kvinnens psyke. Det er også viktig å forske på hvorfor menn mishandler sine kvinnelige partnere, slik kan vi få lærdom i hvordan partnervold kan forebygges. En annen interessant forskning vil være å finne ut hvor mange kvinner som har bodd på krisesenter som vender tilbake til mishandleren. Forskning på IPV er viktig fordi partnervold er et verdensomfattende og økende problem som fører til betydelig nedsatt livskvalitet og i verste fall forårsake dødsfall.

## **8.0 Konklusjon**

Metasynthesen viser at kvinner som er utsatt for partnervold føler redsel, skam og skyld og sliter med lav selvfølelse. Funnene tyder på at kvinner verden over har liknende erfaringer i møte med helsepersonell. Kvinnene forventer respekt, støtte, medfølelse og empati når de søker helsehjelp, noe som mange helsearbeidere dessverre ikke makter å innfri. I de tilfeller hvor kvinnene blir møtt med en omsorgsfull innlevelse og en klar holdning at vold ikke kan aksepteres, fremmes kvinnenes muligheter til å søke endringsstrategier. Sykepleiere har en direkte rolle i pasientbehandling og har en unik mulighet til å være veiviser ut av denne labyrinten. Den caritative sykepleieren tar seg tid til å lytte og bekrefte kvinnen, skjermer henne fra nysgjerrige blikk og gir henne informasjon om hvor hun kan søke tilflukt. Hun sørger for at den mishandlede kvinnens verdighet respekteres og møter kvinnen med kjærlighet og barmhjertighet. Hvis sykepleieren derimot viser en likegyldighet og stigmatiserende atferd vil kvinnens lidelse forsterkes.

Funnene i metasyntesen er overførbare til ulike setninger hvor mishandlede kvinner møter helsepersonell. Helsepersonell og sykepleiere spesielt har en nøkkelrolle i å hjelpe kvinnen ut av voldens labyrint.

## Litteraturliste

- Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 11(1), 10-18.
- Bekaert, S. & SmithBattle, L. (2016). Teen Mothers' Experience of Intimate Partner Violence: A Metasynthesis. *Advances in Nursing Science*, 39(3), 272-290. doi: 10.1097/ANS.0000000000000129
- Bondas, T. & Hall, E. O. C. (2007). Challenges in Approaching Metasynthesis Research. *Qualitative Health Research*, 17(1), 113-121. doi: 10.1177/1049732306295879
- Boyd, M. R., Kathleen, S., Baliko, B. & Marlene, M. (2009). Women's experiences as survivors of violence. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 9(1).
- Bryczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K. & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 143-152. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x
- Bufdir. (2017). *Krisesentertilbudet i kommunene*. bufdir.no. Hentet fra [https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Vold\\_og\\_overgrep\\_tall\\_og\\_statistikk/Krisesentertilbudet/#heading29595](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Vold_og_overgrep_tall_og_statistikk/Krisesentertilbudet/#heading29595)
- Campbell, J., Sharps, P. & Parsons, K. (2009). Strength and Resilience in Battered Women and Their Children. I C. Mitchell & D. Anglin (Red.). *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (389-406). New-York, USA: Oxford University Press.
- Daniel, M. A. & Milligan, G. (2013). Intimate Partner Violence: How Clinicians Can Be an Asset to Their Patients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 51(6), 20-26. doi: doi:10.3928/02793695-20130404-01
- Dienemann, J., Glass, N. & Hyman, R. (2005). Survivor Preferences for Response to IPV Disclosure. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 215-233. doi: 10.1177/1054773805275287
- Djikanovic, B., Lo Fong Wong, S., Stevanovid, S., Celik, H. & Lagro-Janssen, A. (2011). Women's Expectations of Healthcare Professionals in Case of Intimate Partner Violence in Serbia. *Women & Health*, 51(7), 693-708. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/03630242.2011.620697>
- Engnes, K., Lidén, E. & Lundgren, I. (2012). Experiences of being exposed to intimate partner violence during pregnancy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7. doi: 10.3402/qhw.v7i0.11199

- Eriksson, K. (1992). The Alleviation of Suffering-The Idea og Caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6(2), 119-123.
- Eriksson, K. (1993a). Lidandets idé. I K. Eriksson (Red.), *Möten med lidanden* (4., 27). Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1993b). *Möten med lidanden* (4.). Vasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan* (2.). Stockholm, Sweden: Liber AB.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violence against women: an EU-wide survey. Main results report*. Hentet 2018.03.14 fra <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
- Feder, G. S., Hutson, M., Ramsay, J. & Taket, A. R. (2006). Women Exposed to Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med*, 166, 22-37.
- FN-Sambandet. (2017). *Kvinner og likestilling*. Hentet 2018.02.12 fra <https://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Kvinner-og-likestilling>
- Gerbert, B., Abercrombie, P., Caspers, N., Love, C. & Bronstone, A. (1999). How Health Care Providers Help Battered Women: The Survivor's Perspective. *Women & Health*, 29(3), 115-135. doi: 10.1300/J013v29n03\_08
- Gracia, E. & Merlo, J. (2016). Intimate partner violence against women and the Nordic paradox. *Social Science & Medicine*, 157, 27-30. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.040
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gustin, L. W. & Lindwall, L. (2012). Katie Erikssons caritativa teori-att lindra lidande. I *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis* (73-109). Stockholm: Natur & Kultur.
- Hawley, D. A. & Barker, A. C. H. (2012). Survivors of Intimate Partner Violence: Implications for Nursing Care. *Critical care nursing clinics of North America*, 24(1), 27-39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2011.12.003>

- Hägglom, A. M. E. & Möller, A. R. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090. doi: 10.1177/1049732306292086
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). *Et liv uten vold: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra 501961222\_Hplan-2014-2017\_Et-liv-uten-vold\_1.pdf
- Krisesentersekretariatet. (2010). *Krisesenterloven*. Hentet 2018.08.07 fra <http://www.krisesenter.com/krisesenterloven/>
- Krisesentersekretariatet. (2015). *Tall og fakta*. Hentet 2015.04.15 fra <http://www.krisesenter.com/tall-og-fakta/fakta>
- Larkin, G. L. & Morris, S. C. (2009). International Perspectives on Intimate Partner Violence. I C. Mitchell & D. Anglin (Red.). *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (61-78). New-York, USA: Oxford University Press.
- Larsen, M. M., Krohn, J., Püschel, K. & Seifert, D. (2014). Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings From Germany. *Health Care for Women International*, 35, 359-379. doi: 10.1080/07399332.2012.738264
- Leppäkoski, T., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. (2010). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19, 27-36. doi: 10.1016/j.ienj.2010.02.006
- Lindholm, L. & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1354-1361. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18091354.x>
- Lindström, U. Å., Lindholm, L. & Zetterlund, J. E. (2010). Katie Eriksson: Theory of Caritative Caring. I M. R. T. Alligood, Ann Marriner (Red.), *Nursing Theorists and Their Work* (7., 32). Maryland Heights, Missouri: Mosby Elsevier.
- LoGiudice, J. A. (2015). Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis. *Applied Nursing Research*, 28(1), 2-9. doi: 10.1016/j.apnr.2014.04.004
- Loke, A. Y., Wan, M. L. E. & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2336-2346. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x

- Lund, I. O. (2014). Characteristics of a national sample of victims of intimate partner violence (IPV): Associations between perpetrator substance use and physical IPV. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3), 261-270. doi: 10.2478/nsad-2014-0021
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag* (1). Oslo: Universitetsforlaget.
- Matheson, F., Daoud, N., Hamilton-Wright, S., Borenstein, H., Pedersen, C. & Patricia, O. C. (2015). Where Did She Go? The Transformation of Self-Esteem, Self-Identity, and Mental Well-Being among Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Women's Health Issues*, 25(5), 561-569. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2015.04.006>
- McCleary-Sills, J., Namy, S., Nyoni, J., Rweyemamy, D., Salvatory, A. & Steven, E. (2015). Stigma, shame and women's limited agency in help-seeking for intimate partner violence. *Global Public Health*, 11(1/2), 224-235. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2015.1047391>
- Meld. St. 15. (2012-2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra [stm201220130015000dddpdfs.pdf](http://stm201220130015000dddpdfs.pdf)
- Mitchell, C. & James, L. (2009). Evolving Health Policy on Intimate Partner Violence. I C. Mitchell & D. Anglin (Red.). *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (1-18). New-York, USA: Oxford University Press.
- Nemoto, K., Rodriguez, R. & Valhmu, L. M. (2006). Exploring the Health Care Needs of Women in Abusive Relationships in Japan. *Health Care for Women International*, 27, 290-306. doi: 10.1080/07399330500511774
- Nemoto, K., Rodriguez, R. & Valhmu, L. M. (2008). Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care. *Japan Journal of Nursing Science*, 5, 41-49. doi: 10.1111/j.1742-7924.2008.00099.x
- Nicolaidis, C., Gregg, J., Galian, H., McFarland, B., Curry, M. & Gerrity, M. (2008). "You Always End up Feeling Like You're Some Hypochondriac": Intimate Partner Violence Survivors' Experiences Addressing Depression and Pain. *Journal of General Internal Medicine*, 8(23), 1157-1163. doi: 10.1007/s11606-008-0606-0
- Nicolaidis, C. & Liebschutz, J. (2009). Chronic Physical Symptoms in Survivors of Intimate Partner Violence. I C. Mitchell & D. Anglin (Red.). *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (133-145). New-York, USA: Oxford University Press.

- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Metha-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. Newbury Park, California: SAGE Publications, Inc.
- Olive, P. (2016). First contact: acute stress reactions and experiences of emergency department consultations following an incident of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2317-2327. doi: 10.1111/jocn.13311
- Politidirektoratet. (2018). *Flere anmelder mishandling i nære relasjoner*. Hentet 31.01.2018 fra <https://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/aktuelt/nyheter/2018/01/24/flere-anmelder-mishandling-i-nare-relasjoner/>
- 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), 7. doi: 10.3402/qhw.v9.23166
- Reisenhofer, S. & Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2253-2263. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x
- Resko, S. M. (2010). Theoretical Perspectives on Intimate Partner Violence. I M. McShane & F. P. I. Williams (Red.). *Intimate Partner Violence and Women's Economic Insecurity*. (1, 35-64). El Paso USA: LFB Scholarly Publishing LLC. Hentet fra <https://ebookcentral-proquest-com.eazy.uin.no/lib/nord/detail.action?docID=837745&query=837745#>
- Sandelowski, M. & Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Sheridan, D. J., Nash, K. R., Poulos, C. A., Fauerbach, L. & Watt, S. (2009). Soft Tissue and Cutaneous Injury Patterns. I C. Mitchell & D. Anglin (Red.). *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (237-252). New-York, USA: Oxford University Press.
- Tower, M., Rowe, J. & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurse*, 42(2), 216-225. doi: <http://ezproxy.uin.no:2081/10.5172/conu.2012.42.2.216>
- United Nations. (2015). *Violence against women*. Hentet 2018.02.12 fra <https://unstats.un.org/unsd/gender/chapter6/chapter6.html>



- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2009). Interactional Aspects of Intimate Partner Violence Result in Different Help-Seeking Behaviors in a Representative Sample of Women. *Journal of Family Violence, 24*, 231-241. doi: 10.1007/s10896-009-9224-9
- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2012). Does Separation or Divorce Make any Difference? An Interactional Perspective on Intimate Partner Violence with Focus on Marital Status. *Journal of Family Violence, 27*, 45-54. doi: 10.1007/s10896-011-9400-6
- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2014). An Interactional Perspective on Coping with Intimate Partner Violence: Counterattack, Call for Help, or Give in and Obey Him? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23*(9), 881-900. doi: 10.1080/10926771.2014.953716
- Verdens helseorganisasjon. (2015). *Prevention of intimate partner and sexual violence (domestic violence)*. Hentet 2015.04.12 fra [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/sexual/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/sexual/en/)
- Warchaw, C., Brashler, P. & Gil, J. (2009). Mental Health Consequences of Intimate Partner Violence. I C. Mitchell & D. Anglin (Red.). *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (147-171). New-York, USA: Oxford University Press.
- Watt, M. H., Bobrow, E. A. & Moracco, K. E. B. (2008). Providing Support to IPV Victims in the Emergency Department Nurses. *Violence Against Women, 14*(6), 715-726. doi: 10.1177/1077801208317290
- Wilson, S. R. (2009). Traumatic Brain Injury and Intimate Partner Violence. I C. Mitchell & D. Anglin (Red.). *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (183-199). New-York, USA: Oxford University Press.
- Yam, M. (2000). Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of Emergency Nursing, 26*(5), 464-470. doi: 10.1067/men.2000.110432
- Yick, A. G. (2008). A Metasynthesis of Qualitative Findings on the Role of Spirituality and Religiosity Among Culturally Diverse Domestic Violence Survivors. *Qualitative Health Research, 18*(9), 1289-1306. doi: 10.1177/1049732308321772
- Østvik, A.-B. (2016). Bruk av myter i veiledning og terapi. *Fokus på familien, 4*, 308-327. doi: 10.18261/issn.0807-7487-2016-04-05

## Vedlegg 1

**Tabell 3 Model for analysis preceding translation and synthesis of findings (Terese Bondas)**

| Artikkel   | ORIGINAL categories or themes in the findings of the articles created by the authors  | COMMENTS <ul style="list-style-type: none"> <li>• reflections on the findings</li> <li>• notes on citations</li> <li>• citations that don't match the themes etc.</li> <li>• interesting metaphors</li> <li>• others</li> </ul>   |
|--|---|---|
| Clinical Nursing Research, Volume 14, Issue 3, <b>Diemann, Glass &amp; Hyman</b> (2005), USA | 7 tema:<br><b>Tema 1 – Treat me with respect and concern</b><br>The women wanted health care providers to listen without judgement or stereotyping.   | Sitat som beskriver en kvinnes positive opplevelse når hun fikk helsehjelp:<br><i>"...understanding and sympathetic but was not condescending and not maudlin.... It was an adult situation."</i><br><b>Kommentar/refleksjon:</b> Dagens helsesystem virker som en barriere, fordi det ikke er avsatt nok tid til hver enkelt pasient.  |
|  | <b>Tema 2 – Protect me</b><br>When the abuser goes with the woman to the ED, the personnel should have created an opportunity for them to be seen separately. There were no arrangements made for the women to go from the hospital to the shelters.<br>The women felt as if the health care system was better prepared to protect abused children. | Sitat som uttrykker at kvinnene ikke føler seg beskyttet:<br><i>"Because we are adults, we don't get the same treatment as a child. ... when you're in a situation like that, you're stressed, you're overwhelmed, you know, you don't have anywhere to go, you don't know which way to turn. You have the mentality level of a child because you feel vulnerable and that unprotected."</i><br><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene var fortvilte og trengte informasjon om hvor de kunne få hjelp. Hvis kvinnene fikk plass på et krisesenter, så måtte de dra alene hjem for å hente personlige ting. |
|  | <b>Tema 3 – Documentation</b><br>The women wanted all their injuries, threats made by the abuser to the health care provider, name and badge number of the police who brought them into the ED and photographs be taken for documentation.  | Sitat som viser at å få volden dokumentert er viktig for kvinnens selvfølelse:<br><i>"You want it for the court situation and also from my own personal standing that I know that if it's documented someplace that I didn't just stand by and do nothing."</i><br><b>Kommentar/refleksjon:</b> Å være utsatt for vold er en traumatisk opplevelse og i etterkant er det lett å glemme informasjon og detaljer. Derfor er det viktig at kvinnene har dokumentasjon på det de har opplevd.   |
|  | <b>Tema 4 – Give me control</b><br>The women don't want to be told what to do by the health care providers, instead they should listen and make suggestions, so the women still feel they have control over their lives.  | Sitat som viser hvordan kvinnene vil at helsearbeidere bør opptre:<br><i>"Just her talking to me, making me feel comfortable, trying to make me not feel ashamed with what happened, trying to lift my spirits. Not telling me what to do, but just the strength in her letting me know that okay, you've made the first step and just educating med enough to know what to do next."</i>   |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   |  | <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Det er viktig at kvinnene, i den sårbare situasjonen de befinner seg i, informeres om sine muligheter, men ikke tvinges.</p>  |
|   | <p><b>Tema 5 – Immediate response</b></p> <p>The women had experienced both immediate positive response and negative response after releasing their secrets.</p>   | <p>Sitater som viser at å fortelle om mishandling ikke er lett og krever mot:</p> <p><i>"When I finally brought myself to the breaking point, my doctor was wonderful. ..."</i></p> <p><i>"When you are physically or mentally abused and you tell someone, the feeling you get inside is that you want the help then, because the courage does not last long."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene gav eksempler på positive, men også negative opplevelser ved det å fortelle om mishandlingen, noe som krevde mot.</p>  |
|   | <p><b>Tema 6 – Give me options</b></p> <p>The women mentioned the importance of getting support when they were unsuccessful in making contact for assistance or the resource was not helpful.</p>  | <p>Sitat som viser følelsen av trygghet:</p> <p><i>"Just to let you know your rights ... and let you know there is a place you can go."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Overskriften gir inntrykk av at innholdet skal handle om mulige valg for kvinnene, men innholdet handler mer om at kvinnene ikke fikk svar og hjelp fra hjelpeinstanser.</p>  |
|   | <p><b>Tema 7 – Be there for me later</b></p> <p>The women wanted an open door if they returned for help after refusing services or continuing to live with their abuser.</p>   | <p>Sitat som uttrykker at kvinnene trenger tid på for å bryte ut av forholdet:</p> <p><i>"In abuse, it has you so that you are imprisoned in yourself. It took years to get there and will take years to get out."</i></p> <p>Sitat som uttrykker at kvinnene trenger å ha noen som de kan kontakte hvis de endrer mening og vil ha hjelp allikevel:</p> <p><i>"Support has to go on ... it gives you a chance to make mistakes."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Her er Norge langt fremme, krisesentrene her hjemme er pliktig til å ha oppfølging med kvinnene i flere år. Det andre avsnittet handler om noe helt annet enn overskriften.</p> |
| <p>Women &amp; Health, Volume 29, Issue 3, <b>Gerbert, Abercrombie, Caspers, Love &amp; Bronstone</b></p> | <p>2 kategorier:</p> <p><b>Kategori 1 – Disclosure and Identification-The Dance</b></p> <p>Themes expressed telling about the violence, drop hints, reveal bits and pieces, minimize and/or change their story, or lie, sometimes hopeful of being identified, sometimes fearful that disclosure would be discovered</p> | <p>Sitat som viser hvordan legen fikk kvinnen til å innrømme mishandlingen:</p> <p><i>"... and then the doctor did come in and tell me that he had to ask me, because it was part of his job, because it looked to him like domestic violence. So I told him, "Yes, it was."</i></p> <p>Sitat som viser en kvinnes bagatellisering av mishandling:</p> <p><i>"You don't ever tell them as bad as it is, but I told him, "Yeah, he hits me once in a while.""</i></p>  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>(2008),<br/>USA</p>   | <p>by the perpetrator and the violence would escalate.</p> <p>Healthcare providers either asked how the injury occurred or asked directly if they were being abused, probed around the issue communicated about the abuse indirectly. Other providers made no attempt to identify the abuse.</p>  | <p>Sitat som beskriver en kvinnes benektelse av mishandling:</p> <p><i>"I didn't realize what was happening; the little incidents were a battering and abusive relationship. It happens and it wasn't like he was beating me, so I didn't quite get it. So if someone would have asked me, I mean, [I would say] "My husband doesn't beat me, no" ... I was in a lot of denial."</i></p> <p>Sitat som viser en kvinnes lettelse over at mishandlingen ble oppdaget av helsepersonell:</p> <p><i>"... And the nurse explained ... "We can't let you leave. We have to call the police, it's standard procedure." I'll never forget her, because she was just really, really kind."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Selv om kvinnene ikke ville innrømme ovenfor helsepersonell at de ble mishandlet, så ønsker de at mishandlingen blir avslørt. Kvinnene følte lettelse av at de selv ikke trengte å avsløre mishandlingen, men at helsepersonell avslørte den for dem.</p>  |
|  | <p><b>Kategori 2 – The Power of Validation: How the Health Care Provider Helped</b></p> <p>The women described that recognition and acknowledgement from the providers got them realizing the seriousness of their situation and changing it. The women got validation and acknowledged that the abuse had occurred, that the batterer's behaviour was wrong and that they were worthy of better treatment.</p> | <p>Sitater som viser hvor viktig det var for kvinnene å bli trodd og få bekreftelse av helsepersonell:</p> <p><i>"It's just a feeling I got of relief, of accepting my explanation. And she (the provider) didn't get angry or anything like that. I think she was sympathetic, and it was a relief to be able to tell someone, and I actually thing [laughter] that was the beginning of the end of our marriage ... and I think that's what started the wheels turning in my head, that I could get out of this, and I should get out of this ... if I have to tell someone that my husband's breaking my bones, it's time to leave."</i></p> <p><i>" One thing I really remember is that she (the provider) put her hand on my shoulder .... She had all this compassion in her face, and I almost like broke down and cried right then because I was thinking to myself as she was talking to me, "She thinks I'm a human being. She thinks I'm worth something. ""</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b></p> <p>Å få mishandlingen bekreftet og gjenkjent av helsepersonell var viktig for kvinnene, og de innså også at de var verdt mer og at situasjonen måtte endres.</p> |
| <p>Health Care for Women International, Volume 35, Larsen,</p> | <p>5 tema:</p> <p><b>Tema 1 – Physical and Mental Burden of Violence</b></p> <p>The participants described themselves as in good health, suffering from depression, back pain, weight</p>   | <p>Sitat som viser psykiske ringvirkninger som følge av mishandlingen:</p> <p><i>"I am less patient with the children. ... I do cry more frequently. I am also definitely more anxious, more careful, just more nervous altogether."</i></p> <p>Sitat med en kvinnes forklaring på trøstespising:</p>  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>Krohn, Püschel &amp; Seifert</b> (2014), Tyskland</p> | <p>gain, high blood pressure, thyroid disorders worse, or chronic debilitating.</p>   | <p><i>"One has these states of anxiety and imagines so many things, and I think it was simply only that I ate another piece of chocolate or also a few too many bars (laughter). It is then ... simply only in order to feed your soul."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene har fått fysiske og mentale problemer som en følge av mishandlingen.</p>   |
|   | <p><b>Tema 2 – Significance of Support</b></p> <p>Support for friends, family and formal support systems regarding stress, was both positively and negatively.</p>          | <p>Sitat som beskriver en kvinnes støtte fra folk rundt seg:</p> <p><i>"I have gone through a lot already and I must say that ... I actually am doing better again. And I mean, I have people with whom I can talk, who build me up and everything and that helps me too actually."</i></p> <p>Sitat som viser at å måtte forklare situasjonen førte til mer stress og byrder:</p> <p><i>"What I just don't really like ... is that I have to just explain [the abuse] every time or that everyone would like to know."</i></p> <p>Flere av kvinnene hadde deltatt i et hjelpeprogram for mishandlede kvinner, sitatet kommer fra en av kvinnene:</p> <p><i>"It has made me a bit stronger, I have to say, so that I have realized there is somebody who stands by such persons who have ... actually gone through such things."</i></p> <p>Sitat fra en av kvinnene som hadde oppsøkt et rettsmedisinsk senter:</p> <p><i>"It was a real help for me because [the injury] was also documented and so I got the feeling that I was believed."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Støtte fra familie, venner og deltakelse i hjelpeprogrammet var svært viktig for kvinnene.</p> |
|   | <p><b>Tema 3 – Personal Barriers to Health Care</b></p> <p>The women often met personal barriers when they desired health care and made it difficult to seek treatment.</p> | <p>Sitater som beskriver hverdagen som en barriere mot å oppsøke hjelp:</p> <p><i>"One drives to child care, after that to work, then from work to child care. In between there is actually no time. I work full time ... and ... time for me or therapeutic approaches or for consultations with doctors is short and tight."</i></p> <p><i>"You have so much to take care of somehow ... You need to do so many things, so not only run to the doctor's, but also here or there ... You are only "on the go" then. And then at some point ... I didn't have any desire to do anything."</i></p> <p>Sitat som viser at kvinner ikke oppsøkte medisinsk hjelp fordi de ikke hadde synlige skader og var redde for å ikke bli trodd:</p>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p><i>"I think many women have the problem of reporting the men or dealing with [the abuse] or seeking helping for themselves because of [not having visible injuries], because they are just afraid that they won't be taken seriously."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> En av kvinnene oppsøkte kun lege etter skade av mishandling fordi hun trengte en sykemelding for å kunne være hjemme fra arbeid. Kvinner var redd for ikke å bli trodd siden de ikke hadde synlige skader.</p>   |
|  | <p><b>Tema 4 – Systematic Barriers to Health Care</b></p> <p>Systematic barriers as quick fix through medication.</p> <p>Appointments didn't work with the women's work schedule ore the psychologists had long waiting lists.</p>   | <p>Sitat fra en kvinne som ble tilbudt tabletter:</p> <p><i>"He [the doctor] only offered pills, no conversation, no therapy or counselling center, nothing, only pills." ... "I have the feeling that it is handled in a seeping manner a bit and that what you say isn't really listened to either."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Lange ventelister hos psykologer hindret kvinnene i å få hjelp da de trengte den.</p>   |
|  | <p><b>Tema 5 – Alone in Seeking Help</b></p> <p>The women experienced a disconnect between the health care system and other help systems (e.g., criminal justice and the police). This led to feeling totally alone without any support.</p>   | <p>Sitat fra en kvinne som ønsket mer informasjon om hva hun kunne gjøre:</p> <p><i>"I know no one to whom this has happened and it is also the first time it happened to me. I didn't know at all ... how you can deal with it and what kind of possibilities you have either."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinner uttrykte mangel på viktige råd fra de rette instansene som f.eks. å få skadene dokumentert.</p>   |
| <p>Health Care for Women International, Volume 27, <b>Nemoto, Rodriguez &amp; Valhmu</b> (2006), Japan</p> | <p>5 tema:</p> <p><b>Tema 1 – Trivializing Marital Conflict in Couples</b></p> <p>Half of the participants stated that health care providers minimized the present of IPV by saying that marital conflict was a common event they couldn't do anything about.</p> <p>The women expected understanding and compassion from health care providers. The women expected the health care providers to ask further questions to identify the reasons why the women suffered from the symptoms/injuries. But the women's hopes were dashed, they became</p> | <p>Sitat som viser at helsepersonell ikke gjorde noe for å følge opp mishandlingen:</p> <p><i>"Then, when I saw a doctor in the examination room, he asked me, "Who did this (indicating my wrist)?" I said, "My husband." Then, he only said "I see." That's it. He was too nonchalant with me. I wondered why he had asked me this."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene hadde håp om at helsepersonell ville hjelpe dem når de fortalte om IPV, men de ble møtt med taushet og med forståelse av at IPV er noe som hører ekteskapet til.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p>disappointed and angry with the providers.</p>  |  |
| <p><b>Tema 2 – Mismanagement of Mental Health Symptoms Resulting from IPV</b></p> <p>The woman stated that the physician did not ask about how her husband’s abuse affected her mental health but prescribed psychotropic medications. She missed emotional support from the nurses.</p> | <p>Sitat hvor deltakeren sier sin mening om helsesøstre og deres manglende kunnskap om IPV og mental helse:</p> <p><i>"Community health nurses are knowledgeable about how to care for children with fevers. But they do not know about mental health issues [related to IPV]."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Det er kun en av deltakernes opplevelse som beskrives. Det blir for tynt grunnlag.</p>   |
| <p><b>Tema 3 – Paternalistic Attitudes Toward Female Patients</b></p> <p>The women experienced statements from health care providers that treatment of female patients had to be made with permission from their husbands.</p>   | <p>Sitat som viser at helsepersonell uttrykte at ektemannen bestemte over kvinnens kropp:</p> <p><i>" ... Only if your husband allows you to give birth, you can keep your baby. "</i></p> <p>Sitat hvor det kommer fram hvor undertrykte japanske kvinner er:</p> <p><i>"I asked the doctor, " Can I stay at the hospital?". Then the doctor said, "You need permission from your husband. You should tell your husband that you are visiting a mental health unit. If you cannot, divorce is the only choice for you."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Japanske kvinner har tydeligvis ikke kommet så langt som i den vestlige verden når det gjelder kvinnefrigjøring og selvbestemmelse.</p> |
| <p><b>Tema 4 – Limited Time to Talk</b></p> <p>Limited time to talk with the doctor in the clinic prevented the women from talking about the abuse.</p>  | <p>Sitat som viser hvor kort tid kvinnene får inne hos legen, noe som fikk kvinnen til å føle seg mindreverdig:</p> <p><i>"It is so crowded at the university hospital for ordinary consultation. One patient is given only a limited time to see the physicians. Obviously, I felt as I was a product on a conveyor belt. I thought it would be impossible to say anything."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> I Japan har de et annet system og kan ikke bestille time på sykehus. De må bare møte opp og vente på tur, noe som kan ta flere timer. Når de endelig kommer inn til legen så varer konsultasjonen kun noen minutter.</p>   |
| <p><b>Tema 5 – Feelings of Shame</b></p> <p>The disclosing of the abuse was difficult and a source of shame for the women.</p>   | <p>Sitat som beskriver at å fortelle om mishandlingen var svært vanskelig og skamfullt:</p> <p><i>"It is like disclosing my private parts."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Japanske kvinner føler skam over å fortelle om mishandling, som også kvinner fra andre land.</p>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>Fordi mishandling er et så følsomt tema og det å åpne seg om problemet framkaller emosjonelle følelser og minner, trenger kvinnene god tid hos legen.</p>   |
| <p>Japan Journal of Nursing Science, Volume 5, <b>Nemoto, Rodriguez &amp; Valhmu</b> (2008), Japan</p> | <p>3 tema:</p> <p><b>Tema 1 – Empathy and understanding</b></p> <p>The women stated that it was helpful to have health-care providers (HCPs) who listened, cared and understood their difficult situations.</p>                          | <p>Sitat som viser en kvinnes positive møte med helsearbeidere:</p> <p><i>"My doctor is a female physician...I think she was trying to understand me in terms of how difficult my situation was rather than just prescribing me medicine and handing down a diagnosis of post-traumatic stress disorder."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene torde fortelle om mishandlingen når de ble møtt med empati og forståelse og ble behandlet som likeverdige.</p>  |
|  | <p><b>Tema 2 – Professional intervention</b></p> <p>The women received various types of assistance, they realized that the violence was not their fault and that raising children under abusive situations was bad for the children.</p> | <p>Sitat som uttrykker at en kvinne ble mer selvstendig etter veiledning og deltakelse på gruppemøter:</p> <p><i>"Through conversations with the physician and participation in the group meeting, I came to realize that I had some problematic attitudes toward relationships with men." ... "If I had left my husband when he hit me for the first time, I would not have had to suffer from the IPV."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Ved å gi kvinnene veiledning, henvisning, skriftlig bevis på at de hadde vært utsatt for IPV og ved at de fikk delta på gruppemøter, fikk de mer selvstendighet, de forberedte seg på å forlate sine partnere, de mottok finansiell stønad og informasjon om midlertidig bosted.</p> |
|  | <p><b>Tema 3 – Flexible system and assistance</b></p> <p>Women stated that extra time to talk, home visits, and flexible appointments was helpful.</p>   | <p>Sitat som viser at hjemme visitt av jordmor kan få kvinner til å åpne seg:</p> <p><i>"By having the home visit, I was able to tell her (the midwife) about things that I did not talk about at the hospital."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Helsepersonell avsatte tid for kvinnene på slutten av arbeidsdagen, det fikk kvinnene til å snakke om IPV uten å føle at de brukte av andre pasienters tid.</p>   |
| <p>Journal of General Internal Medicine, Volume 23, Issue 1, <b>Nicolaidis, Gregg,</b></p>             | <p>5 tema:</p> <p><b>Tema 1 – Abuse, Physical Health, and Health are Interrelated</b></p> <p>Most of the women stated that one compounds the other referring to physical symptoms, mental health and IPV.</p>                            | <p>Sitat som viser at fysisk mishandling kan manifeste seg som fysiske helseproblemer senere i livet:</p> <p><i>"He would beat me where nobody could see the marks – my back, the side of my head, back of my head, whatever. And I think that's got a lot to do with my pain problems now. Now that I'm older, it's caught up with me."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene så sammenhenger mellom IPV og ulike mentale og fysiske plager senere i livet.</p>  |



|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>Galian, McFarland, Curry &amp; Gerrity (2008), USA</b></p> | <p><b>Tema 2 – Need for Providers to Know About IPV and Mental Health</b></p> <p>The women stated that health care providers need to know about past abuse experiences to see that physical and mental health are inter-related.</p> | <p>Sitat som viser at leger ikke bryr seg om å spørre om IPV:</p> <p><i>"Those Doctors! Now, I had a broken eardrum, and he [her abusive partner] wouldn't take me unless I promised to say it happened in the car. Now, that doctor knew that was a lie! He didn't say anything about it. He just let it go. You know, like when you need to wear the Jackie Onassis glasses. They never ask you. They need to look at why."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Legen brydde seg ikke om å spørre mer eller foreta seg noe. Kvinnen kan komme til å føle seg verdiløs. Partneren var til stede så legen kunne snakket med han.</p> |
|  | <p><b>Tema 3 – Fears that Disclosure will Lead to Discounting of Physical Symptoms</b></p> <p>Physician-patient relationships often worsened because the providers attributed pain to depression.</p>                                | <p>Sitat som viser at kvinnene ikke blir tatt på alvor:</p> <p><i>...": Oh, it's probably in your mind. Let's not give her the medicine she needs. And stuff like that. I'm very suspicious and very careful of what I tell my doctor because of that. Because you always end up feeling like you're some hypochondriac."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene fikk ikke smertestillende og ble ikke trodd av helsepersonell. Fikk henne til å føle seg som en hypokonder.</p>   |
|  | <p><b>Tema 4 – Trust</b></p> <p>Many of the women thought it was difficult to trust providers. To gain their trust the providers had to be honest, straightforward and consistent.</p>   | <p>Sitat som viser hvor vanskelig det var for kvinnene å stole på helsepersonell:</p> <p><i>"You have to trust these people and – but you don't trust them, and you're always afraid that something bad or something worse is going to happen. And you know. So it was a very, very long time before I was able to develop a relationship with any doctor."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene stolte ikke på legene, men måtte ha tid på seg før de stolte på dem.</p>  |
|  | <p><b>Tema 5 – Desire for Respect</b></p> <p>Women wanted the providers to respect their intelligence, experiences or their symptoms.</p>  | <p>Sitater som uttrykker at kvinnene vil behandles med respekt og vil bli tatt på alvor:</p> <p><i>"I can understand what you tell me. Talk to me intelligently and don't treat me like a mushroom and answer my questions."</i></p> <p><i>"Realize the patient knows her own body and take that more seriously. Check it out."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Helsepersonell må behandle kvinnene med respekt.</p>   |
| <p>Journal of Clinical Nursing, Volume 26,</p>                   | <p>3 temaer:</p> <p><b>Tema 1 – Affective and emotional responses: on not being "there"</b></p>  | <p>Sitater som uttrykker kvinnenes emosjonelle og følelsesmessige reaksjoner i akuttmottaket og på venterommet:</p> <p><i>"(...) and they're asking you all these questions (...) and they're not giving you as much time as you need and I can't really answer them as quickly as they want me to</i></p>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>Olive</b> (2016), Storbritania</p> | <p>The women spoke of being in chock, not being able to think straight and of being in a daze. These responses resonate with common symptoms of Acute Stress Reactions.</p>  | <p><i>answer them, I'm not even probably aware of all of the injuries that I've got at that particular moment."</i></p> <p><i>" (...) sat in that waiting room, waiting to be seen, (...) my head felt very fragmented and I just couldn't concentrate, (...) I just wanted to be seen and be gone."</i> (...)</p> <p><i>" (...) you feel like people are staring at you and you feel like people are judging you as well."</i> (...)</p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene klarer ikke tenke klart, de er forvirret og tanker spinner rundt i hodene deres. De føler seg utilpasset på venterommet, folk stirrer og kvinnene føler seg bedømt.</p> <p><b>Kommentarer fra forfatteren:</b> På venterommet hadde kvinnene følelsen av angst og nummenhet i tillegg til at et vell av følelser veltet fram hos kvinnene. De var totalt forvirret, følte at hodet var fragmentert, i sjokk, var ukonsentrerte og ville bare få undersøkelsen overstått og dra hjem.</p>   |
|  | <p><b>Tema 2 – The other side of it: what about me?</b></p> <p>Some women also reported receiving empathetic healthcare, good routine medical care and compassionate practitioners. Other reported unmet care needs.</p> | <p>Sitater som uttrykker positive og negative opplevelser med helsepersonell:</p> <p><i>"The nurse who sat with me that day, she was lovely. She was really, really nice. She just listened."</i> (...)</p> <p><i>"One thing I will say that stood out for me in that hospital was that particular doctor, he was just really, really nice. He came in, he was friendly, he asked me how I was, which was important because nobody was really asking me how I was,"</i> (...)</p> <p><i>"(...) I was an emergency but there wasn't the support there."</i></p> <p><i>(...) "I was in there and there was never anybody there, do you know what I mean, there was just never anybody there."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> At de ansatte tok seg tid og lyttet til hva kvinnene hadde å fortelle betydde svært mye for kvinnenes selvfølelse, det viste at de ble sett som individer.</p> <p><b>Kommentarer fra forfatteren:</b> Kvinnene i studien hadde oppsøkt offentlige sentre som var spesialister på partnervold, men selv da hadde noen av kvinnene negative opplevelser. Betydningen av å bli møtt av spesialister og få profesjonell støtte og omsorg er svært viktig.</p> |
|  | <p><b>Tema 3 – Navigating the consultation</b></p> <p>A specialist practitioner coordinated multi-agency care and services during and beyond the consultation.</p>   | <p>Sitater som uttrykker kvinnenes ønsker for undersøkelsen:</p> <p><i>"I just feel that when the police came and I got put in that ambulance somebody should have been waiting. (...). (...) we should be getting these photographs"</i> (...)</p>   |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   |  | <p>(...) " you don't expect it and you're just in shock and you just need somebody to sit you down and help you realize what's really just happened to you, and that takes a bit of time and I think time is probably one thing that and A&amp;E department really hasn't got. But if they could make that time it would make a bit difference."</p> <p>(...) " Why can't you have a Women's Aid thing inside a hospital?" (...)</p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Akuttmottakene uten spesialister på partnervold mangler gode rutiner for ivaretagelse av disse kvinnene. De ulike etatene samarbeider ikke.</p> <p><b>Kommentarer fra forfatteren:</b> Spesialister i akuttmottak ville snakket med kvinnene om hva de hadde vært utsatt for, og de ville forklart hva som videre ville skje og guide kvinnene videre til andre instanser.</p> |
| International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, Volume 9, Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage (2014), Sverige | <p>3 temaer og 6 undertemaer:</p> <p><b>Tema 1 – A feeling of being betrayed by the system</b></p> <p>Undertema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No one cared about my suffering</li> <li>-Justifying the violence</li> </ul> <p>The women felt their confidence waning. They had believed that reporting the assault would end their suffering and create a better situation.</p> | <p>Sitater fra informantene som viser fortvilelse og følelsen av avmakt:</p> <p><i>"Often you really have to stamp your foot to get a little help or you have to be lying dead in the emergency! ..."</i></p> <p><i>"Economically I haven't had the energy to apply for economic support because it's horrible, just the fact I have to sit and defend myself."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b></p> <p>Kvinnene følte at det var vanskelig å få hjelp av systemet, både av økonomisk og menneskelig karakter.</p>   |
|   | <p><b>Tema 2 – Feelings of not being taken seriously and respected</b></p> <p>Undertema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fear of losing autonomy</li> <li>-Degraded to nothing</li> </ul> <p>The women felt that they had lost their identity and that there was no place for them in healthcare. They felt degraded and lacked normality in their lives.</p>                      | <p>Sitater som beskriver følelser av å bli degradert:</p> <p><i>"I felt degraded both as a foreigner and as a woman. I think that some of the staff looks down on us as if it's our fault as women that this happened."</i></p> <p><i>"When the physician came she was so cold. She could have pretended that she understood my situation. When I asked her to put me on sick leave, she asked me why. How could she ask such a question? I thought physicians had experience of situations like this but obviously not."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b></p> <p>Kvinnene ble ikke møtt med forståelse, men følte at de ble sett ned på og ikke forstått.</p>   |
|   | <p><b>Tema 3 – Feelings of uncaring attitudes</b></p>  | <p>Sitat som uttrykker miste av håp og mangel på informasjon:</p>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>Undertema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Losing hope</li> <li>-Feeling neglected and invisible</li> </ul> <p>The women reflected upon the care provided and stated that they had a poor relationship with the healthcare professionals. The women felt that the health-care professionals were uncaring, lacked empathy, patience, and had an unfriendly attitude.</p> | <p><i>"It's important that the staff ask the woman if she ever experienced abuse. I was raped repeatedly by my husband and bled many times from my vagina. I wasn't allowed to contact the healthcare centre and forced to have a baby born out of rape, so it's important that staff inform women of the help available."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b></p> <p>Helsepersonell må tørre å spørre hvis de mistenker mishandling og ikke lukke øynene.</p>   |
| <p>Journal of Clinical Nursing, Volume 22, <b>Reisenhofer &amp; Seibold</b>, (2012), Australia</p> | <p>4 kategorier:</p> <p><b>Kategori 1- Accessing healthcare: challenges and barriers</b></p> <p>Themes expressed unique challenges when attempting healthcare for incidents related to IPV.</p> <p>Few of the women sought healthcare without their partner's presence or permission.</p> <p>All women reported abuser-controlled contact with" the world".</p>                         | <p>Sitater som viser kvinnes utfordringer når mishandlingen er med ved helseundersøkelsen:</p> <p><i>"...I didn't cry, I didn't do anything because my then husband always stood there, so I dared not do anything."</i></p> <p><i>"And I did go and see (the doctor) and speak to him a little bit about...how I felt...I'd often...thought how I'd kill myself...but of course X was sitting there."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Dette er også en ting som går igjen i artiklene; at mishandlingen var med ved undersøkelsen og dermed fratok kvinnene muligheten til å fortelle at de var blitt mishandlet.</p>   |
|  | <p><b>Kategori 2- Care women need vs. Care women receive</b></p> <p>Women wanted empathy, respect and a place where their" self", even more than their" body", was safe from further damage. Rather than receiving empathetic care they reported being pitied and blamed, with consequent negative effects on their feelings of self and self-worth.</p>                                | <p>Sitat som beskriver følelseskald behandling fra helsepersonell:</p> <p><i>"...I would've loved some empathy and just to feel, you know, care and affection, and someone to listen to me...what I wanted was someone to sit on my bed and tell me that they understand, talk to me about some options...and hold my hand."</i></p> <p>Sitat som uttrykker positiv opplevelse med helsepersonell:</p> <p><i>"...just listened...taking time to get to know me, (and let me know) that I am worth treatment, started to make me think – what's going on?"</i></p> <p>Sitat som beskriver ønske om empati uttrykt i ord og handlinger:</p> <p><i>"...I would've loved some empathy and just to feel, you know, care and affection, and someone to listen to me...what I wanted was someone to sit on my bed and</i></p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p><i>tell me that they understand, talk to me about some options...and hold my hand."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Helsepersonell gav kvinnene sympati istedenfor empati og påførte kvinnene skyldfølelse for volden de var utsatt for. Det samme går igjen i flere artikler. Kvinnenes følelse av egenverd var lav. Få av kvinnene hadde en positiv opplevelse.</p>   |
|  | <p><b>Kategori 3- Discourses of IPV and the construction of self</b></p> <p>The women's sense of self and ongoing well-being was detrimented and reinforced by un-empathetic healthcare. Healthcare professionals often blamed the women for the abuse and for staying in an abusive relationship.</p> <p>All the women stressed that being blamed by healthcare staff for the abuse made them distance themselves and decreased opportunities for disclosure.</p> | <p>Sitater som viser at kvinnene ble pålagt skyld og ikke trodd:</p> <p><i>" I could hear some of the [nurse's] comments like "why would she do that to herself", meaning you know, obviously why won't she get out, but those specific words; it's making me feel bad about myself, I wasn't doing it to myself."</i></p> <p><i>" He [an emergency doctor – min kommentar] never acknowledged I'd been abused. He just checked the physical side of things...he asked me if I was taking my sleeping tablets...it was all my fault because I wasn't sleeping, I was a tired and grumpy woman, there was nothing wrong with [X]."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene ble skamfulle, følte skyld og følte seg meningsløse – dette førte til at kvinnene vegret seg mot å søke hjelp neste gang de ble mishandlet.</p> |
|  | <p><b>Kategori 4- Acknowledging IPV, moving on and reconstructing self</b></p> <p>Women realised that the abuse was not their fault, they wanted to end the relationship and rebuild their self-confidence after acknowledging IPV, moving on and reconstructing self represents. The women considered empathetic healthcare staff having a positive role to play in this process.</p>   | <p>Sitater som viser øyeblikk hvor kvinnene skjønnte at de var ofre for partnervold:</p> <p><i>"He [ED nurse] ...told me how anything that is abusive is not acceptable and I got all teary and started to understand that maybe I was a victim of domestic violence."</i></p> <p><i>"[I realized] it wasn't normal to be pushed around and made to feel like nobody else would take me because I was an awful person and I am lucky to have this man in my life..."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Øyeblikket hvor kvinnene forstod at de var ofre for partnervold, var ofte et vendepunkt i kvinnenes liv. Ansvar for mishandlingen ble løftet fra dem og over på mishandleren, og de skjønnte at det ikke var normalt å bli mishandlet.</p>  |
| Journal of Emergency Nursing, Volume 26, Issue 5, Yam, M | <p>5 kategorier:</p> <p><b>Kategori 1- Feelings experienced during the ED visit: a multitude of emotional states</b></p> <p>Themes expressed anger, concern for children, inability to think clearly,</p>  | <p>Sitat som uttrykker redsel:</p> <p><i>"They were nice, but they wanted me to press charges, and I was afraid to do that."</i></p> <p>Sitat som uttrykker ensomhet, ønske om å bli sett:</p> <p><i>"...while I was waiting...somebody could have been talking with me, they just left me waiting."</i></p>   |

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
| <p>(2000),<br/>USA</p> | <p>loneliness, embarrassment, frustration, fear of partner.</p> <p>Women expressed anger and frustration regarding the long waiting period in the emergency department. Some described feeling lonely while waiting to be seen.</p>  | <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> "Feeling lonely while waiting to be seen" – er et godt uttrykk, som en bør se etter i andre studier, det sier noe om at kvinnene har et stort behov for å bli sett, men det er lang ventetid og de er alene med sine mange bekymringer og følelser mens de venter.</p>   |
|                        | <p><b>Kategori 2- Beliefs about how staff perceive women who have been abused and the problem of abuse</b></p> <p>Themes expressed blaming the woman, pity, misunderstanding abuse.</p> <p>Women believed that health care professionals did not really understand the essence of their abusive existence, some women thought that health care professionals did not consider their situation to be serious.</p> | <p>Sitat som illustrerer at kvinnene ikke følte at helsepersonell skjønnte alvoret i deres liv som "mishandlet kvinne":</p> <p><i>"They have no idea. The people at the hospital do not know. They are coming from their houses with white picket fences and do not know what I dealt with at home."</i></p> <p>Sitat som uttrykker at kvinnene føler det som om de er skyld i mishandlingen:</p> <p><i>"They don't treat you as though you've been hurt, not because it's your fault, but because someone deliberately did this to you...". "I feel like lot of the hospital staff feel, like why would you stay? It's your fault, you know?"</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Tenker at uttrykket: "It's your fault, you know" beskriver veldig godt at kvinnene føler at de selv er skyld i det som har hendt dem.</p> <p>Refleksjon: Skyld kan være en vesentlig faktor til at kvinnene forblir hos mishandleren, hvis de får bekreftet denne følelsen av helsepersonell blir det enda vanskeligere for dem å forlate mishandleren.</p> |
|                        | <p><b>Kategori 3- Perceptions of the nurse, physician, and care received</b></p> <p>Themes described unconcerned, controlling, lack of humanness and compassion, rushed, hurried approach, physical injuries treated, abuse not addressed.</p> <p>The women perceived staff as not being compassionate and provided numerous accounts of a rushed and hurried approach on the part of caregivers.</p>            | <p>Sitat som uttrykker at kvinnene ikke fikk medfølelse eller oppmerksomhet:</p> <p><i>"They (the caregivers) have no compassion whatsoever, none. And that's the field they chose! They chose this field to help people, so I would expect them to be understanding."</i></p> <p><i>"She (the nurse) just wrote down what was hurting me and my vital signs and that was it. She didn't ask any more questions."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Dette kan føre til at kvinnene slutter å oppsøke hjelp etter mishandlinger, fordi de ikke blir møtt med forståelse og omsorg. Det kan i verste fall føre til at kvinner dør av skader etter mishandling.</p>   |
|                        | <p><b>Kategori 4- Concerns about disclosure – should I tell?</b></p>   | <p>Sitat som beskriver flauhet over å ha vært utsatt for vold:</p>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>Themes described fear, embarrassment, lack of resources/support systems, opening: disclosing the abuse.</p> <p>All the women spoke about the difficulty of disclosing the abuse to staff. At times, they wanted to inform the physician or nurse how their injuries occurred but were afraid or embarrassed to speak out.</p>  | <p><i>"I was too embarrassed to tell."</i></p> <p>Sitat som uttrykker frykt for å fortelle om volden:</p> <p><i>"I was afraid to tell; my boyfriend was right there."</i></p> <p>Sitat som beskriver en situasjon hvor kvinnen forteller en sykepleier om volden:</p> <p><i>"One nurse, I did tell." ... "She started telling me stories about other women and then asked me. I felt more comfortable talking then."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> Kvinnene er flau over det de har vært utsatt for og er redde for å fortelle om mishandlingen. Helsepersonell må ta kvinnene til siden og snakke med dem uten at pårørende er tilstede.</p>  |
|  | <p><b>Kategori 5- Suggestions for caregivers</b></p> <p>Themes reported express compassion, have an advocate available, make me feel safe, explore options, listen, talk with me, interview me privately.</p> <p>All the women suggested strategies for interventions. It appears they wanted to protect other women from having similar experiences. The women all requested that they wanted to be interviewed privately...</p> | <p>Sitat som uttrykker behov for rådgivning:</p> <p><i>"A trained counselor on call 24 hours a day."</i></p> <p>Sitat som uttrykker at kvinnene har vært gjennom tøffe prøvelser og at de ønsker å bli behandlet skikkelig:</p> <p><i>"I've been through a rough ordeal – treat me like a human being."</i></p> <p>Sitat som uttrykker behov for informasjon:</p> <p><i>... "But they need to have some kind of literature they can hand you so you can read. Rather than telling you what to do."</i></p> <p>Sitat som uttrykker behovet for trygghet:</p> <p><i>... "Let me know there is a place I can go to be safe."</i></p> <p><b>Kommentar/refleksjon:</b> "Treat me like a human being" er et sterkt uttrykk som forteller at denne kvinnen syntes hun ble behandlet umenneskelig.</p> |