



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
FAKULTETEN FÖR  
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

# **INTIMT PARTNERVÅLD OCH NEGATIVA HÄLSORISKER PÅ GRAVIDA KVINNOR, DERAS FOSTER OCH NYFÖDDA BARN**

EN LITTERATURSTUDIE

ILHAM AL RIFAI

Examensarbete 15 hp  
Folkhälsovetenskapliga programmet  
Vt. 2014  
Termin 6

Malmö högskola  
205 06 Malmö  
Handledare: Åse Werner  
Examinator: Ellis Janzon

# INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND NEGATIVE HEALTH RISK ON PREGNANT WOMEN, THEIR FETUS AND THE NEWBORN

## A LITERATURE STUDY

ILHAM AL RIFAI

Al Rifai, I. The relationship between intimate partner violence during pregnancy and negative health outcomes. A literature study with a limit of pregnant women and their fetuses. *Degree project in public health, 15 hp*. Malmö University: Health and Society, department of public health, 2014.

**Background:** Intimate partner violence, (IPV) is present worldwide among pregnant women. The negative health consequences of IPV are many and can lead to death. The economic and social costs due to IPV are extremely high, and is a global social and public health problem that needs to be prevented. The factors that can lead to IPV are many, complex and interrelated

**Aim:** The aim of the study was to find evidence based risk factors, negative health effects on the pregnant woman and on her fetus/newborn caused by IPV in order to recommend reliable public health measures.

**Method:** The article search was carried out in various databases and the use of articles was selected from CINAHL and PsycINFO. A total of 11 scientific papers, of which eight had a quantitative approach, and three with literature review method. The articles were quality assessed according to Carlsson & Eiman, (2003) assessment template for quantitative studies and assessment template for studies with literature review method.

**Results:** Showed strong evidence for that IPV was affecting physical and mental health during pregnancy. Interventions used to prevent IPV during pregnancy are secondary prevention, which aims to reduce IPV and its negative health consequences during pregnancy and after childbirth.

**Conclusion:** Showed strong evidence for that IPV was affecting physical and mental health during pregnancy and other adverse health effects on pregnant women's health and their fetuses. Strategies should be performed before and during pregnancy and after childbirth to prevent IPV from occurring.

*Keywords:* Intimate partner violence, fetuses, infants, women, pregnancy, health outcomes, interventions methods and risk factor

# INTIMT PARTNERVÅLD OCH NEGATIVA HÄLSORISKER PÅ GRAVIDA KVINNOR, DERAS FOSTER OCH NYFÖDDA BARN

## EN LITTERATURSTUDIE

ILHAM AL RIFAI

Al Rifai. I. Sambandet mellan intimt partnervåld under graviditeten och negativa hälsoutfall. En litteraturstudie med en avgränsning på gravida kvinnor och deras foster. *Examensarbete i folkhälsovetenskap 15 hp*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, enheten för folkhälsovetenskap, 2014.

**Bakgrund:** IPV är vanligt förekommande över hela världen bland gravida kvinnor. De negativa hälsokonsekvenserna till följd av IPV är många och kan leda till död. De ekonomiska och sociala kostnaderna till följd av IPV är extremt höga, därför är IPV ett globalt samhälls- och folkhälsoproblem, som behöver förebyggas. Faktorena som kan leda till IPV är många, komplexa och beroende av varandra.

**Syfte:** Syftet med studien var att finna evidensbaserade riskfaktorer, negativa hälsoeffekter på den gravida kvinnan och på hennes foster/nyfödda barnet orsakade av IPV, för att kunna rekommendera pålitliga folkhälsoåtgärder.

**Metod:** Artikelsökningen genomfördes i olika databaser och de använda artiklarna valdes från CINAHL och PsycINFO. Totalt användes 11 vetenskapliga artiklar, varav åtta hade en kvantitativ ansats och tre med litteratursammanställningsmetod. Dessa granskades enligt Carlsson & Eiman, (2003) bedömningsmall för kvantitativa studier och bedömningsmall för studier med litteratursammanställningsmetod.

**Resultat:** Det finns starka evidens som visar att IPV påverkar den fysiska och psykiska hälsan under graviditeten. Interventioner som används för att förebygga IPV under graviditeten är sekundär prevention, som syftar till att minska IPV och dess negativa hälsokonsekvenser för hälsan under graviditeten och efter förlossningen.

**Slutsats:** Det finns starka evidens som visar att IPV påverkar den fysiska och psykiska hälsan under graviditeten, och har andra negativa hälsokonsekvenser på gravida kvinnors hälsa och deras foster. Strategier bör därför utföras före och under graviditeten, samt efter förlossningen för att förhindra IPV från att förekomma.

*Nyckelord:* Intimt partnervåld, foster, spädbarn, kvinnor, graviditet, hälsoutfall, interventionsmetoder och riskfaktorer.

# Innehåll

Innehåll.....	3
<b>1 INLEDNING</b> .....	1
<b>2 BAKGRUND</b> .....	2
2.1 FN:s definition av våld mot kvinnor.....	2
2.2 Förekomst av IPV mot kvinnor.....	2
2.2.1 <i>Globalt</i> .....	2
2.2.2 <i>I Sverige</i> .....	3
2.3 Förekomst av IPV mot gravida kvinnor.....	4
2.3.1 <i>Globalt</i> .....	4
2.3.2 <i>I Sverige</i> .....	4
2.4 Varför utgör IPV mot kvinnor ett folkhälsoproblem.....	5
2.4.1 <i>Negativa hälsoeffekter</i> .....	5
2.4.2 <i>Sociala och ekonomiska kostnader</i> .....	6
2.5 Riskfaktorer och IPV mot kvinnor.....	7
2.5.1 <i>Riskfaktorer</i> .....	7
2.5.2 <i>HIV testning</i> .....	9
2.5.3 <i>Ojämsliddhet i samhället</i> .....	11
2.5.4 <i>Fattigdom</i> .....	11
2.5.5 <i>Uppfattningar och attityder i samhället</i> .....	11
2.6 Möjliga strategier för att lösa problemet.....	12
<b>3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	13
<b>4 METOD</b> .....	13
4.1 Artikelsökning.....	13
4.2 Inkludering och exkluderingskriterier.....	14
4.3 Artikel och kvalitetsgranskning.....	15
4.4 Databearbetning.....	16
4.5 Överväganden.....	16
4.6 Framtida värden.....	16
<b>5 RESULTAT</b> .....	16
5.1 IPV och negativa hälsorisker på gravida kvinnor och fostret.....	16
5.1.1 <i>IPV, fysisk hälsa och förtidig födsel</i> .....	16
5.1.2 <i>IPV och negativa konsekvenser</i> .....	17
5.1.3 <i>IPV och psykiska hälsoproblem</i> .....	18
5.2 Möjliga interventioner för att minska förekomsten av IPV under graviditet.....	21
5.2.1 <i>Familjestöd</i> .....	21

5.2.2 Screeningmetoder .....	22
<b>6 DISKUSSION</b> .....	<b>23</b>
6.1 Resultatdiskussion .....	23
6.1.2 IPV, fysisk hälsa och förtidig födsel .....	24
6.1.3 IPV och negativa konsekvenser .....	24
6.1.4 IPV och psykiska hälsoproblem .....	25
6.1.5 Familjestöd .....	26
6.1.6 Screeningmetoder .....	31
6.2 Metoddiskussion .....	32
<b>7 SLUTSATS</b> .....	<b>35</b>
<b>8 REFERENSER</b> .....	<b>37</b>
<b>9 BILAGOR</b> .....	<b>42</b>
Bilaga 1 .....	42
Bilaga 2 .....	44
Bilaga 3 .....	45
Bilaga 4 .....	46

# 1 INLEDNING

Genom media hör vi eller läser vi oftast att en kvinna har blivit mördad, av en nuvarande partner eller ex-partner. Brottet kan tyvärr ibland hända framför ögonen på parternas gemensamma barn. DN. Se, (2012) publicerade en artikel som talade om en 32 årig fyrabarnsmamman som misshandlades till döds av sin egen partner. Anledningen till brottet var att kvinnan ville skiljas. Enligt åklagaren fanns alla barn i lägenheten när brottet begicks men det var oklart om de hade sett någonting (DN.se, 2012). Aftonbladet, (2012) publicerade en annan artikel som talade om en kvinna som mördades framför ögonen på sina döttrar, fyra respektive sex år gamla. Händelsen inträffades på lugna gatan i Malmö, när kvinnan tillsammans med sina döttrar var på väg från lekplatsen till deras skyddade boende (Aftonbladet, 2012).

Brotten får allmänheten reda på, eftersom de inte är hemliga längre, utan att de sker på en öppen gata och mitt på dagen. Det som vi aldrig kan ta reda på är vad som sker bakom stängda dörrar, där tusentals kvinnor misshandlas, hotas och deras mänskliga rättigheter kränks, framför ögonen på sina barn, och där barnen oftast blir våldsoffer. Speciellt gravida kvinnor som kan drabbas av negativa hälsokonsekvenser till följd av IPV och som ibland leder till kvinnans död eller fosterdöd.

Detta väckte starka känslor hos mig och därför bestämde jag för att skriva om just det här ämnet, för att ta reda på faktorerna, som kan leda till problemet och hur den gravida kvinnans hälsa<sup>1</sup> och foster påverkas till följd av IPV. Jag vill också utifrån folkhälsoperspektivet undersöka metoderna som används för att förebygga IPV speciellt under graviditet och efter förlossning.

---

<sup>1</sup>” Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (World health organization, [WHO] 1946, s. 984)

## **2 BAKGRUND**

### **2.1 FN:s definition av våld mot kvinnor**

I deklARATIONEN OM AVSKAFFANDE AV VÅLD MOT KVINNOR Article 1 definierade United Nations, [UN], (1994) våld mot kvinnor som: ”any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary, deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life” (UN, 1994. s.3).

### **2.2 Förekomst av IPV mot kvinnor**

#### *2.2.1 Globalt*

IPV mot kvinnor, speciellt sexuellt våld anses vara tabu och stigmatiserande för de flesta utsatta kvinnor, därför är anmälningsbenägenheten låg (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2014b). IPV mot kvinnor sker oftast enligt WHO, (2014) i hemmet, bakom stängda dörrar och av närstående män, som exempelvis: En fader, en bror, en partner eller en släkting. De flesta våldsfällen sker av en intim partner eller ex- partner i form av bland annat fysisk och psykisk skada, samt sexuellt tvång och kontrollerade beteenden. Det beräknades att 30 % av kvinnor över hela världen hade under sin livstid blivit utsatta för fysiskt eller sexuellt våld av en intim partner, samt att 38 % av alla mord på kvinnor över hela världen sker av en intim partner (WHO, 2014).

WHO, 2012 visade genom studien ”multi-country study on women’s health and domestic violence against women” baserade på datainsamling från mer än 24 000 kvinnor i 10 olika länder att 4-49% av deltagarna hade blivit utsatta för svår fysiskt våld av en intim partner; 6-59% utsattes för sexuellt våld av en intim partner under sin livstid; 13 till 61 % hade uppgett att de hade blivit utsatta för fysiskt våld av en intim partner, och 20-75% upplevde en känslomässigt kränkande handling från en intim partner (WHO, 2012).

UN, (2009) anser att kvinnor i ålder 15-44 har högre risk att bli utsatta för olika typer av våld i hemmet än att till exempel få cancer eller att råka ut för en bilolycka. Globalt beräknas det att upp till 70 % av kvinnor upplever IPV under sin livstid. Den vanligaste typen av IPV är

fysiskt våld, sexuellt tvång eller misshandel (UN, 2009). Globalt beräknas enligt UN, (2009), att hälften av alla mord på kvinnor sker av en intim partner eller en ex- partner. Exempelvis i Australien, Kanada och Israel sker 40 till 70 % av alla mord på kvinnor av en intim partner eller en ex- partner. När det gäller USA mördas en tredjedel av kvinnor varje år av en intim partner. I Sydafrika beräknas att var sjätte timme mördas en kvinna av en intim partner och i Guatemala mördas i genomsnitt två kvinnor dagligen av en intim partner (UN, 2009).

### *2.2.2 / Sverige*

Enligt Rying, (2003) mördas 16 kvinnor i genomsnitt per år i Sverige av en man som de har eller har haft en kärleksrelation med. Var femte (18 %) ensamstående småbarnsmamma beräknas ha utsatts för IPV och 10 % har utsatts för upprepat våld. Anmälningens benägenheten är väldigt låg och beräknas vara 36 % av alla utsatta kvinnor i Sverige. Anledningen enligt studien är oftast att kvinnor tycker att det är meningslöst att polisanmäla, de vill inte blanda in polisen eller på grund av rädslan för förövaren (Rying, 2003). NCK, (2014c) visade genom en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet, att 1 % av män respektive 7 % av kvinnor har blivit utsatta för sexuellt våld efter 18 års ålder. De som har blivit utsatta för fysiskt våld eller hot om fysiskt våld av en intim partner efter 18 års ålder var 5 % av män respektive 14 % av kvinnor. När det gäller psykiskt våld har 8 % av män respektive 20 % av kvinnor angett att de har systematiskt blivit utsatta för den här typen av våld. (NCK, 2014c).

Statistik från brottsförebyggande rådet år 2012 visade att 12 903 kvinnor polisanmälde att de har blivit misshandlade och 2 470 polisanmälde att de har blivit utsatta för kvinnofridskränkning av en intim partner. Det uppskattas att 80 % av de som utsätts för IPV inte polisanmäler, vilket tyder på att mörkertalet är stort (NCK, 2014b). En brottsofferundersökning angående mäns våld mot kvinnor har år 2001 i uppdrag från regeringen i Sverige genomförts med hjälp av brottsoffermyndigheten och Uppsala universitet. Studien anses vara den första i Sverige och visade på att av 10 000 kvinnor som deltog i studien har 35 % kvinnor efter 15 års ålder blivit utsatta för olika former av sexuellt våld, fysiskt våld och hot om våld från en tidigare make. Från en nuvarande make var siffran 11 % och från en pojkvän var det 15 % (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001).



## **2.3 Förekomst av IPV mot gravida kvinnor**

### *2.3.1 Globalt*

Förekomsten av fysiskt våld av en intim partner under graviditeten var enligt WHO, (2011) följande: 1 % i Japan, 2 % i Australien, Danmark, Kambodja och Filippinerna, 13,5% i Uganda och 28 % i Peru. Den högsta förekomsten av IPV under graviditeten var i Egypten 32 %, följt av Indien 28 %, Saudiarabien 21 % och Mexiko 11 %. Förekomsten av IPV under graviditeten i Afrika varierade mellan 3-27% för sexuellt våld, 23-40% för fysiskt våld, och 25-49% för emotionellt våld (WHO, 2012).

Hassan, Kashanian, Roohi & Yousefi, (2014) har genom en studie visat på att förekomsten av emotionellt, fysiskt och sexuellt IPV under graviditet är högt bland kvinnor i Iran. 72,8 % av alla gravida kvinnor som deltog i studien hade blivit utsatta för IPV under graviditeten. Den vanligaste typen av våld var enligt Hassan et al. (2014) emotionellt, följt av fysiskt och sexuellt våld. En annan studie som genomfördes av Shamu, Abrahams, Temmerman, Musekiwa & Zarowsky, (2010) visade att förekomsten av IPV är mycket hög bland gravida kvinnor i kontinenten Afrika. Det beräknades ligga på 15,23% (Shamu et al. 2011).

### *2.3.2 I Sverige*

I Uppsala län genomfördes år 1997-1998 frågor om våld, som en del av vården för alla gravida kvinnor som skrevs in under ett halvt år. Gravida kvinnor tillfrågades genom sin barnmorska om erfarenheter av våld vid tre vanliga besökstillfällen. Det visade sig att 3 % av alla deltagare hade blivit utsatta för fysiskt IPV året före eller under graviditet och 1,3 % under graviditet. De gravida kvinnorna tillfrågades därefter om sina uppfattningar att bli tillfrågade och det visade sig att fyra av fem var positiva och 3 % tyckte att det var negativt eller obehagligt att bli tillfrågade (Tuva Forum, 2014).

## 2.4 Varför utgör IPV mot kvinnor ett folkhälsoproblem

Våld mot kvinnor och sexuellt våld, har allvarliga kort- och långsiktiga konsekvenser, både för den utsatta kvinnan och för de eventuella barnen som upplever våldet i familjen. Det leder även till höga sociala och ekonomiska kostnader (WHO, 2014).

### 2.4.1 Negativa Hälsoeffekter

Enligt NCK, (2014a) IPV mot kvinnor påverkar kvinnans hälsa negativt både på kort- och långsikt. De direkta fysiska hälsoproblemen till följd av våldet är bland annat benbrott, hjärnskakning och tandskador, men risken är även stort att kvinnan drabbas av kroniska sjukdomstillstånd på långsikt, såsom HIV till följd av sexuellt våldtäkt eller sexuellt tvång. En annan faktor som påverkas är kvinnans möjlighet till självständighet och produktivitet. Förutom dessa hälsoeffekter, kränks kvinnornas mänskliga rättigheter och möjligheter till ett självständigt liv. IPV mot kvinnor och sexuellt våld kan leda exempelvis till oönskade graviditeter, aborter, gynekologiska problem, sexuellt överförbara infektioner och HIV (AIDS). Både kvinnor och flickor som lever i länder där abort är förbjuden, riskerar att antingen tvingas till att behålla barnet som blivit till genom våldtäkt, eller att genomföra illegal abort som kan leda till hälsoproblem, såsom kraftig blödning som ibland leder till död (NCK, 2014a).

Enligt WHO,( 2014) är risken 1,5 gånger större att få en sexuellt överförd infektion eller HIV, bland kvinnor som har blivit utsatta för fysiskt eller sexuellt övergrepp av partner, jämfört med kvinnor som inte har blivit utsatta. När det gäller spontan abort är risken dubbelt så stor bland kvinnor som har blivit utsatta för fysiskt eller sexuellt övergrepp av partner, jämfört med kvinnor som inte har blivit utsatta. IPV mot kvinnor under graviditeten kan leda till negativa hälsoutfall för både kvinnan och fostret (WHO, 2014).

IPV mot kvinnor kan enligt (WHO, 2014) leda till ohälsa i form av bland annat, stressyndrom, känslomässigt lidande och självmordsförsök. Hälsoeffekterna av våld kan leda bland annat till huvudvärk, ryggont, buksmärter, fibromyalgi, gastrointestinala störningar, begränsad rörlighet, reumatisk artrit och psoriasis. Risken är dubbelt så stor att drabbas av depression och skadligt bruk av alkohol och andra droger, bland kvinnor som har upplevt IPV, jämfört med de som inte har upplevt IPV. Barn som upplever våld i familjen kan enligt (WHO, 2014) drabbas av beteende och emotionella störningar, vilket leder till att de senare i livet riskerar att

antingen begå eller uppleva våld (WHO, 2014).

För att utvärdera och belysa effekterna av IPV på kvinnors reproduktiva hälsa och graviditetsutfall har Sarkar, (2008) genomfört en litteraturstudie baserat på information från många olika länder. Studien bekräftade att IPV har negativa konsekvenser på kvinnans hälsa, både fysiska och psykiska. Den leder till minskat sexuellt självbestämmande, vilket i sin tur leder till oönskade graviditeter och flera aborter (Sarkar, 2008.)

#### *2.4.2 Sociala och ekonomiska kostnader*

Enligt NCK, (2014a) leder IPV mot kvinnor till ökade kostnader för hälso- och sjukvårdssektorn. IPV och sexuellt våld leder till att kvinnor drabbas av isolering, oförmåga att arbeta, förlust av lön och begränsad förmåga att ta hand om sig själva eller sina egna barn, vilket leder till enorma sociala och ekonomiska kostnader, som påverkar hela samhället (NCK, 2014a).

Kostnaderna för IPV mot kvinnor är enligt UN, (2009) indelat i två olika delar direkta och indirekta, och de anses vara extremt höga. De direkta kostnaderna innefattar bland annat kostnader för till exempel sjukvårdstjänster, för att behandla utsatta kvinnor för IPV och deras barn, samt för att ställa männen som utövar våld mot kvinnor inför rätta. De indirekta kostnaderna innefattar bland annat förlust av lön och produktivitet, samt smärta och lidande hos den utsatta kvinnan för IPV (UN, 2009).

De direkta och indirekta kostnaderna för IPV i USA beräknades enligt UN, (2009) överstiga 5,8 miljarder dollar per år, varav 4,1 miljarder dollar för direkta kostnaderna och 1,8 miljarder dollar för indirekta kostnaderna. År 2004 uppskattades de direkta och indirekta kostnaderna för IPV i Storbritannien att vara 23 miljarder £ per år. I Kanada har dessa kostnader överstigit 1 miljard Kanadensiska dollar och i Uganda uppskattades de direkta och indirekta kostnaderna för IPV år 2007 vara 2,5 miljoner Amerikansk dollar (UN, 2009).

## **2.5 Riskfaktorer och IPV mot kvinnor**

Nedan presenteras faktorer som kan leda till IPV mot kvinnor. Faktorerna är mycket komplexa och de är beroende av varandra. Det är svårt att utesluta de direkta faktorerna bakom IPV mot kvinnor, samt att i förväg kunna bedöma vilka män som har risk att utöva våldet mot kvinnor.

### *2.5.1 Riskfaktorer*

Faktorer som knyts samman med IPV mot kvinnor är bland annat tidigare erfarenhet av våld, äktenskaplig frustration, konflikter och dålig kommunikation mellan parterna, som leder till att mannen löser problem genom våld. Faktorerna som knyts samman med sexuellt IPV mot kvinnor är bland annat uppfattningar om mäns sexuella rättigheter, som till exempel att kvinnan inte har rätt att vägra ha sex med sin partner (WHO, 2014).

Utövning av våld och sexuellt våld mot kvinnor, är relaterat till olika faktorer, som exempelvis: låg utbildning, exponering för barnmisshandel eller har upplevt våld i familjen. Det relateras även till skadligt bruk av alkohol och acceptans av våld och ojämställdhet i samhället, som ger mannen rättigheter till att utöva våld mot kvinnor. Riskfaktorer för att vara offer för partnervåld och sexuellt våld är bland annat låg utbildning, har upplevt våld mellan föräldrarna, tolererat våld och ojämställdhet i samhället, samt exponering för övergrepp under barndomen (WHO, 2014).

Kvinnor som utsatts för IPV under graviditeten i Iran, hade enligt Hassan et al. (2013) varit hemmafruar, hade låg utbildningsnivå, rökte under graviditeten och de var mer benägna att skaffa fler barn. Män som utövade våldet var i medelålder 27,5 år, arbetslösa, och hade låg utbildningsnivå (Hassan et al. 2013).

Alkoholmissbruk och upplevelse av våld i barndomen har genom metaanalysstudie, som genomfördes av Shamu et al. (2011) visat på ett signifikant samband med IPV under graviditeten, (OR 2.89 till 11.60), se tabell 1 & 2. Dessutom visade studien att riskfaktorerna för IPV är bland annat användning av alkohol och droger, sexuellt risktagande, låg socioekonomisk status bland utsatta kvinnor, låg utbildning och unga personer, (under 20 år) (Shamu et al. 2011).

*Tabell 1. Relationship between history of violence and IPV during pregnancy (Shamu et al. 2011).*

<b>Author</b>	<b>Variable related to IPV during pregnancy</b>	<b>Measurement</b>
<b>Dunkle et al (2004)</b>	Child sexual abuse	RR 2.43; 95%CI 1.93–3.06
	Forced first sexual intercourse	RR 2.64; 95 % CI 2.07–3.38
<b>Kaye et al (2002)</b>	Witnessing abuse in childhood	$p = 0.000$
	Physical abuse in childhood	$p = 0.023$
<b>Ntaganira et al (2008)</b>	Abuse in childhood	OR 2.69; 95 % CI 1.69–4.29
<b>Ntaganira et al (2009)</b>	Any form of violence	$p = 0.0001$
<b>Olagbuji et al (2010)</b>	IPV 12 months before pregnancy	$p < 0.0001$ OR 274,34; 95 % CI 66.4–1133,8
<b>Karamagi et al (2006)</b>	Sexual violence	OR 3.7; 95 % CI 2.1–6.6
<b>Ezechi et al (2009)</b>	Abuse before HIV test	$p = 0.003$

$p = p$  value; CI = Confidence Interval; OR = Odds Ratio RR = Risk Ratio.

Tabell 2. Relationship between alcohol use and IPV during pregnancy. (Shamu et al. 2011)

Author	Variable related to IPV	Measurement
<b>Dunkle et al 2004</b>	Woman's alcohol/drug problem	$p = 0.0002$ OR 4.59; 95 % CI 2.54–8.30
<b>Olagbuji et al 2010</b>	Woman regularly takes alcohol	$p < 0.0001$ OR 11.60; 95 % CI 3.8–35.1
<b>Ntaganira et al 2008</b>	Partner heavily drinks alcohol	$p = 0.0001$ OR 3.37; 95 % CI 2.05–5.54
	Partner occasionally drinks alcohol	OR 4.10 95 % CI 2.48–6.77
<b>Ntaganira et al 2009</b>	Partner occasionally drinks alcohol	OR 2.52 95 % CI 1.35–4.71
	Partner heavily drinks alcohol	OR 3.85; 95 % CI 1.81–8.21
<b>Fawole et al 2008*</b>	Partner drinks alcohol	$p < 0.001$ ; OR 2.89; 95 % CI 1.51–5.53

$p = p$  value; OR = Odds Ratio; CI = confidence Interval;

\*alcohol abuse was related to IPV 12 months before pregnancy.

### 2.5.2 HIV testning

Sexuellt våld kan leda till sexuellt överförbara infektions sjukdomar och HIV. Shamu et al. (2011) visade i en studie på ett signifikant samband mellan positiv HIV testning och IPV under graviditeten, se tabell 3 (OR 1.48 -3.10). Gravida afrikanska kvinnor som får diagnosen HIV positiv är mer benägna att utsättas för IPV under graviditeten (Shamu et al. 2011).

Tabell 3. Relationship between HIV and IPV during pregnancy. (Shamu et al. 2011)

Author	Variable related to IPV	Measurement	HIV status check
<b>Dunkle et al (2004)</b>	HIV positivity	$p = 0.002$ ; OR 1.48 95 % CI 1.15–1.89	Determine Rapid and Capillus tests
<b>Ezechi et al (2009)</b>	HIV negativity of spouse (study was done among HIV+ women)*	$p = 0.001$ ; OR 3.1 95 % CI 2.4–5.3	Laboratory HIV test for women and women's report for spouses' status
<b>Hoque et al (2003)</b>	Knowing own HIV status	$p = 0.000$ OR 2.93 95 % CI 1.79–4.81	Self reported
<b>Olagbuji et al (2010)</b>	HIV positivity	$p = 0.02$ , OR 2.81 95 % CI, 1.2–6.5	Self reported
<b>Ntaganira et al (2008)</b>	HIV positivity	$p < 0.001$ ; OR 2.38 95 % CI 1.59–3.57	ANC clinic records
<b>Ntaganira et al (2009)</b>	HIV positivity	$p$ value not stated (non-significant) OR 1.06 95% CI 0.66, 1.73	ANC records
<b>Kaye et al (2006)</b>	HIV positivity	$p$ -value not stated (non-significant)	Not reported
<b>Karamagi et al (2006)</b>	HIV test last pregnancy	$p$ -value not stated (non-significant) OR 1.8, 95% CI 0.6–5.3	Self reported
	HIV talk with husband	$p$ value not stated (non-significant) OR 1.6, 95% CI 1.0–2.6	Self reported

\*Comparison group was non-abused women;  $p = p$  value; OR = Odds Ratio; CI = Confidence Interval

### *2.5.3. Ojämställdhet i samhället*

Flickor har under historiens lopp diskriminerats och behandlats orättvist, speciellt i låginkomstländer. Orsakerna till ojämställdhet är bland annat kulturella värderingar och traditioner, som står för att flickorna är mindre värda än pojkar. Redan under graviditet händer det att flickorna väljs bort genom abort, exempelvis i Kina och Indien (Unicef, 2014).

Ojämställdhet i samhället leder till att pojkarna alltid prioriteras och får större tillgång till bland annat omvårdnad och utbildning, medan flickorna gifts bort i tidig ålder, samt arbetar hemma mer än 8 timmar per dag, istället för att gå till skolan. Statistiken visar enligt Unicef, (2014) att andelen barnäktenskap i västra och centrala Afrika är omkring 41 %, och i Sydasiens är andelen barnäktenskap omkring 46 %. När det gäller pojkarna så ligger siffran mellan 10-25 % i samma åldersgrupp (Unicef, 2014).

Dessa orättvisor och ojämställdheter leder till att män får mer makt, vilket i sin tur leder till våld i syfte att kontrollera kvinnor. Samtidigt uppfostras flickorna till att vara mindre värda samt till att acceptera och tolerera våld och orättvisor i samhället. Detta är för att de inte känner till sina rättigheter och inte får tillgång till utbildning (Unicef, 2014).

### *2.5.4 Fattigdom*

Fattigdomen i utvecklingsländerna anses vara en bidragande faktor till IPV mot kvinnor. Kvinnorna blir underordnade männen till följd av ekonomiska beroenden och accepterar därmed våldet. Exempelvis i Etiopien, som anses vara ett av de fattigaste länderna som saknar demokratiska traditioner, vilket leder till att införandet av lagar om mänskliga rättigheter och kvinnors rättigheter är väldigt svårt. Fattigdomen leder även till att folk inte utbildar sig och därmed till att de accepterar ojämställdheter och orättvisor i samhället (Abeya, Afework & Yalew, 2012).

### *2.5.5 Uppfattningar och attityder i samhället*

IPV mot kvinnor i form av misshandel är mycket vanligt i Etiopien, till den grad att många kvinnor motiverar det. I studien som genomfördes av Abeya, Afework & Yalew. (2012), säger en kvinna under intervjun: ” Om min man inte slå mig, betyder det att han inte älskar mig”. (översatts från engelska). Detta tyder på att kvinnorna i detta samhälle har missuppfattningar



om kärlekens innebörd, till den grad att motivera för det. Kvinnorna ger männen indirekta signaler till att misshandla dem (Abeya, Afework & Yalew, 2012).

## **2.6 Möjliga strategier<sup>2</sup> för att lösa problemet**

Enligt WHO, (2014) finns det få primära åtgärder som har kunnat bevisas vara effektiva, för att förhindra eller stoppa IPV. Gällande höginkomstländerna finns det skolbaserade program för att förebygga våld bland unga. Dessa anses vara effektiva, men bedöms ännu inte kunna användas i resurssvaga miljöer. I låginkomstländer finns det andra förebyggande strategier som bygger på jämställdhetsutbildningar. Dessa strategier används för att främja kommunikation och relation mellan en man och kvinna som är i ett förhållande. De används även inom samhället i stort, i syfte att minska hög konsumtion av alkohol, samt för att ändra kulturella normer gällande kön. Strategierna anses vara effektiva men behöver utvärderas kontinuerligt (WHO, 2014).

IPV under graviditet är enligt WHO, (2012) ett stort folkhälsoproblem, eftersom det påverkar både kvinnans hälsa och fostret negativt. Den leder också till höga ekonomiska kostnader. (WHO, 2012). Statistik över gravida kvinnor som utsätts för IPV i Sverige saknas, vilket tyder på att problemet inte är forskat ordentligt. Ovan nämnda strategier är generella och är inte riktade till att förebygga våld mot gravida kvinnor. Denna uppsats kommer att göra ett underlag till folkhälsovetare, socialarbetare och sjukvårdspersonal för att öka kunskap om konsekvenserna av IPV på både den gravida kvinnan och fostret, samt hur vi i Sverige kan bli bättre på att förebygga problemet under graviditet och efter förlossning, för att kunna skydda kommande generationer.

---

<sup>2</sup>Ordet har två definitioner: "Läran om hur maktmedel kan användas för att uppnå viktiga mål" samt "Långsiktigt övergripande tillvägagångssätt" (Pellmer & Wramner, 2007, s. 27)

### **3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet med studien var att finna evidensbaserade riskfaktorer, negativa hälsoeffekter på den gravida kvinnan och på hennes foster/nyfödda barnet, orsakade av IPV för att kunna rekommendera pålitliga folkhälsoåtgärder.

Frågor som ska besvaras är:

- Hur påverkas gravida kvinnors hälsa och deras foster till följd av IPV under graviditeten?
- Vilka möjliga interventioner finns för att förebygga IPV speciellt under graviditet och efter förlossning?

### **4 METOD**

Nedan presenteras mitt tillvägagångssätt under arbetet med litteraturstudien. Till att börja med beskrivs artikelsökningen, vidare beskrivs inkluderingskriterier och exkluderingskriterier, samt artikel och kvalitetsgranskning. Slutligen presenteras hur databearbetning har genomförts.

#### **4.1 Artikelsökning**

För att kunna besvara litteraturstudiens frågeställningar genomfördes artikelsökningar i PubMed, PsycINFO, Science Direkt och CINAHL. Totalt genomfördes 10 sökningar, se tabell 4 vid flera tillfällen. 14 artiklar genomförda i olika länder valdes från PsycINFO och CINAHL, samt granskades och 11 artiklar användes för litteraturöversikten. Åtta av valda artiklarna har kvantitativa ansats och tre har litteratursammanställningsmetod. De ansågs vara relevanta för studiens frågeställningar och bedömdes fylla kriterierna för vetenskapsartiklar och tidskrifter. Antalet vetenskapliga artiklar bestämdes efter att nästan alla andra artiklar talade om samma sak, samt en del av artiklarna återkom vid sökningar i andra databaser. Materialet ansågs därför vara mättat. Sökord som användes bedömdes vara relevant för studiens frågeställningar. Sökresultatet presenteras i tabellen nedan.

Tabell 4. Sökresultat av artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Träffar	Granskade artiklar	Använda artiklar
2014-04-16	PubMed	violence and women and diseases and causes and children	273		
2014-04-16	PubMed	violence and women and diseases and causes and children and public health	248		
2014-04-22	PubMed	intimate partner violence screening	883		
2014-05-06	PubMed	Intimate partner violence pregnancy	450		
2014-05-06	PubMed	Intimate partner violence pregnancy AND diseases AND children public health	10		
2014-05-09	PsycINFO	pregnancy and intimate partner violence	233	10	7
2014-05-09	Science Direkt	intimate partner violence in pregnancy	2539		
2014-05-09	Science Direkt	intimate partner violence in pregnancy and public health	2042		
2014-05-09	CINAHL	intimate partner violence and pregnancy and public health	973	2	2
2014-05-14	CINAHL	intimate partner violence pregnancy and health outcomes AND relationship	772	2	2
Totalt			8427	14	11

## 4.2 Inkludering och exkluderingskriterier

Artiklarna som användes för litteraturoversikten valdes från databasen PsycINFO och CINAHL då de ansågs vara relevanta för studiens syfte och frågeställningar, dvs. riskfaktorer för, negativa hälsoeffekter på gravida kvinnor, foster och barn, på grund av intimt partnervåld, och som publicerades i peer-reviewade journaler. Vilket innebär att artiklarna är granskade av experter.

Kriterierna för valda artiklar var att de skulle ha en kvantitativ ansats, eller att ha litteratursammanställningsmetod, som bygger på ett bra urval av vetenskapliga artiklar. Vidare ska artiklarna vara publicerade på engelska språket efter 2006, innehålla abstract, syfte, metod och resultat, är peer reviewed, samt vara tillgängliga i fulltext.

Exkluderade artiklarna var icke peer reviewed, samt artiklar som publicerades före år 2006. Vidare exkluderades 3 granskade artiklar då de inte uppnått grad III enligt Carlsson & Eiman, (2003) protokoll för kvalitetsgranskning. Vetenskapliga artiklar som hade gravida kvinnor och fostret som målpopulation valdes ut och artiklarna som hade en kvalitativ ansats exkluderades, då de inte ansågs relevanta. Artiklarna från databasen PubMed exkluderades, eftersom det inte kunde visas i fall de var peer reviewed. Vidare exkluderades Science Direkt, eftersom några artiklar från Science Direkt som bedömdes vara relevanta för litteraturöversikten, återkom vid sökningar i CINAHL och PsycINFO databaser.

### **4.3 Artikel och kvalitetsgranskning**

För att undvika feltolkning har eventuella artiklar granskats noggrant och analyserats två gånger. Vidare genomfördes gradering för valda kvantitativa artiklar, vilket redovisas i bilaga 4, enligt Carlsson & Eiman, (2003) protokoll för kvalitetsgranskning. Artiklarna bedömdes trovärdiga eftersom samtliga hade International Standard Serial Number (ISSN), vilket anses enligt Backman, (2008) av hög kvalitet. Artiklarna graderades enligt Carlsson & Eiman, (2003) bedömningsmall för studier med kvantitativ ansats se bilaga 3, och bedömningsmall för studier med litteratursammanställning metod se bilaga 2, vilket redovisas i bilaga 1. Inga artiklar av grad III användes till litteraturöversikten, vilket bedömdes av hög kvalitet. I bedömningsmallar fanns en fråga som handlar om patient med lungcancer diagnos. Denna fråga har exkluderats då den inte är relevant till litteraturöversikten. Max poäng var 47 i den ena, vilket efter exkludering av denna fråga blev 44. I den andra var max poäng 42, vilket efter exkludering blev 39.

## **4.4 Databearbetning**

Valda artiklar lästes flera gånger för att undvika feltolkning, därefter sammanfattades artiklarna och översatts från engelska till svenska, vidare analyserades de i syfte att gruppera de efter ett gemensamt tema, det så kallas tematisering. Detta resulterade fem rubriker som behandlar olika teman, vilka redovisas i resultatdelen.

## **4.5 Överväganden**

Eftersom min studie är en litteraturöversikt kommer etiska övervägande att beaktas. Detta är för att studien bygger på andras forskningsstudier som redan etiska övervägande hade gjorts i fall detta behövdes.

## **4.6 Framtida värden**

Studiens framtida värden är förhoppningsvis att den skulle användas som ett underlag för att förebygga IPV, i syfte att förbättra gravida kvinnors hälsa och fosterperioden i framtiden, samt att skydda kommande generationer från våld.

# **5 RESULTAT**

Nedan presenteras resultaten av valda artiklar utifrån studiens frågeställningar. Sju vetenskapliga artiklar visar på ett positivt signifikant samband mellan IPV under graviditet och negativa hälsoutfall för både kvinnan, fostret och spädbarn. Fyra vetenskapliga artiklar presenterar olika interventioner och metoder för att minska IPV och förbättra hälsoutfall under graviditeten och efter förlossning.

## **5.1 IPV och negativa hälsorisker på gravida kvinnor och fostret**

### *5.1.1 IPV, fysisk hälsa och förtidig födsel*

IPV är enligt Watson & Taft, (2013) ett stort folkhälsoproblem. Speciellt när det inträffar under graviditet, då det leder till negativa konsekvenser för gravida kvinnor, samt deras foster och barn (Watson & Taft, 2013).

Förekomsten av IPV bland gravida kvinnor i Australia, med mycket tidig födsel, (gravida mellan vecka 20-31) var enligt Watson & Taft, (2013) 14,9% bland fallgruppen gravida kvinnor jämfört med 11,7 % bland kontrollgruppen gravida kvinnor (gravida i vecka 37 eller fler). Ett positivt signifikant samband visades mellan IPV och blödning under graviditeten, vilket i sin tur ledde till en mycket tidig födsel 13,8 % bland fallgruppen jämfört med 5,6 % i kontrollgruppen, OR= 2.82; 95 % CI 1.50- 5.31, p=0.001 (Watson & Taft, 2013).

Sanchez et al. (2013) visar att gravida kvinnor som exponeras för IPV har 2,1 gånger ökad risk för spontan tidig födsel jämfört med de som inte exponeras för IPV (95 % CI 1.59 – 2.68). Bland gravida kvinnor som endast exponeras för känslomässigt IPV finns det 1,6 gånger ökad risk för spontan tidig födsel (95 % CI 1.21 – 2.15). Gravida kvinnor som exponeras för både fysisk och känslomässig IPV har 4,7 gånger ökad risk för spontan tidig födsel (95 % CI 2.74 -7.92) (Sanchez et al. 2013).

### *5.1.2 IPV och negativa konsekvenser*

Bianchi, Mc Farlane, Nava, Gilroy, Maddoux och Cesario, (2014) har genom en sjuårig prospektiv studie visat att gravida kvinnor, som utsätts för IPV under graviditet löper en stor risk för fortsatt misshandel och allvarlig fara för mord (Bianchi et al. 2014).

Medelvärdet för grad av hot bland gravida kvinnor som utsatts för misshandel under graviditet som visas i tabell 5 var M=48.36 jämfört med M=34.40 (F 14.37  $p < 0.001$ ) bland de som inte utsatts för misshandel under graviditeten. Medelvärdet för grad av misshandel var M=45.40 bland gravida kvinnor som utsatts för misshandel under graviditet jämfört med M=28.88 (F 21.21,  $p < 0.001$ ) bland de som inte utsatts för misshandel under graviditeten (Bianchi et al. 2014).

När det gäller medelvärdet för grad av allvarlig bedömning av fara för mord var det M=20.92 bland utsatta gravida kvinnor för misshandel jämfört med M=12.08 (F 22.99,  $p < 0.001$ ) bland de som inte utsatts för fysiskt misshandel under graviditeten (Bianchi et al. 2014).

Tabell 5: Means and Standard Deviations of Outcome Measures. (Bianchi et al. 2014).

	No physical abuse while pregnant			Physically abused while pregnant			F	P
	N	M	SD	N	M	SD		
Threats score	25	34.40	12.40	25	48.36	13.61	14.37	< 0.001
Physical abuse score	25	28.88	11.37	25	45.40	13.87	21.21	< 0.001
Danger assessment weighted	25	12.08	6.27	25	20.92	6.76	22.99	< 0.001

Ahmed, Koenig & Stephenson, (2006), undersökte sambandet mellan fysiskt våld under graviditeten och perinatal/tidig barna-dödlighet (1-3 år) i Indien. Studien visade att 18 % av 2199 gravida deltagande kvinnor hade blivit utsatta för IPV under sin senaste graviditet. Födslar bland kvinnor som utsatts för IPV under graviditet hade 2,59 (95 % konfidensintervall [CI] = 1.35, 4.95) och 2,37 (95 % CI = 1.21, 4.62) gånger högre risk för perinatal och neonatal dödlighet än födslar bland kvinnor som inte utsatts för IPV. Studien visade däremot inga signifikanta samband mellan IPV under graviditeten och postneonatal dödlighet eller tidig barna-dödlighet (Ahmed, Koenig & Stephenson, 2006).

### 5.1.3 IPV och psykiska hälsoproblem

Graviditet är för kvinnor en period som kan präglas av psykosociala och känslomässiga problem. Hälsoproblem som upplevs av gravida kvinnor är relaterade till förekomsten av missbruk hos kvinnor, depression och IPV, vilket i sin tur leder till bland annat tidiga födslar, låg födelsevikt, ökning av stresshormoner både hos modern och barn, samt psykiska hälsoproblem hos modern och beteendeproblem hos barn (Holden, Mc Kenzie, Pruitt, Aaron & Hall, 2012).

Holden, et al visar genom en studie på ett signifikant positivt samband mellan IPV och depression under graviditeten ( $r = .26, p < .001$ ) och efter förlossning, ( $r = .25, p < .001$ ). Ett signifikant positivt samband mellan depression och alkohol- och drogmissbruk hos gravida kunde även konstaterats, ( $r = .16, p < .001$ ) under graviditet och efter förlossning ( $r = .17, p < .001$ ). Det finns ett samband mellan depression under graviditet och alkohol- och drogmissbruk av partner (Holden et al. 2012).

När det gäller sambandet mellan IPV mot gravida kvinnor och alkohol – drogmissbruk hos partner har det visat ett signifikant positivt samband, ( $r = .19, p < .001$ ) se figur 1 (Holden et al. (2012).

	Pre-Depression Score	Post-Depression Score	Self Reported Violence	Drug/Alcohol Use During Pregnancy	Drug/Alcohol Use During Past	Drug/Alcohol Use by Partner	Addict/Alcoholic Partner
Pre-Depression Score							
Post-Depression Score	.542**						
Self Reported Violence	.267**	.255**					
Drug/Alcohol Use During Pregnancy	.165**	.176*	.076				
Drug/Alcohol Use During Past	.189**	.164*	.110*	.468**			
Drug/Alcohol Use by Partner	.144**	.060	.192**	.310**	.336**		
Addict/Alcoholic Partner	.065	.090	.047	.161**	.214**	.525**	

Figur 1. Pearson Correlation Coefficients for Pre- and Post-Depression Scores, Drug/Alcohol Use by Participant and Partner, and Experience of Intimate Partner Violence. (Holden et al. (2012. s.236)

Varma et al. (2007) visar att förekomsten av fysiskt våld var 14 % bland 203 gravida kvinnor, 15 % för psykiskt våld och 9 % för sexuellt våld av en intim partner, i Indien. När det gäller alkoholbruk hade 27 % av gravida kvinnor rapporterat alkoholkonsumtion genom sina partner och 29 % rapporterade skadligt bruk av alkohol (Varma et al. (2007).

Gravida kvinnor som utsatts för sexuellt tvång av sin partner och fysiskt misshandel hade enligt Varma et al. (2007) en positiv statistiskt signifikant högre risk för att få psykiska sjukdomar än de som inte utsatts för sexuellt tvång och fysiskt misshandel. Kvinnor som



utsatts för fysiskt misshandel av en intim partner rapporterade somatiska symtom, samt högre depressionsnivå och posttraumatiskt stressyndrom, (PTSD). De hade även lägre livstillfredsställelse jämfört med de som inte utsatt för fysiskt misshandel. De kvinnor som hade en historia av sexuellt tvång hade ökad psykisk sjukdom beroende på svårighetsgraden av våld. Svårighetsgraden och förekomsten av missbruk visade sig vara relaterat till alkoholmissbruk hos förövaren, se tabell 6 (Varma et al. 2007).

Tabell 6. Relationship between physical abuse and health outcomes (Varma et al. 2007)

Symptom	Physical Abuse		t	P
	Present (n = 28) Mean (SD)	Absent (n = 175) Mean (SD)		
Pain related symptoms	3.3 (3.2)	2.1 (3.2)	-1.8	<.05
Sensory somatic symptoms	2.1 (2.6)	1.1 (2.3)	-2.1	<.05
Non specific somatic symptoms	5.2 (2.9)	2.7 (2.9)	-4.2	<0.001
Biological function related symptoms	5.2 (3.3)	2.3 (2.7)	-5.1	<0.001
Gynaecological symptoms	0.4 (1.7)	0.2 (0.9)	-0.8	Ns
Depressive symptoms	10.6 (7.5)	3.6 (4.2)	-4.8	<0.001
Post-traumatic stress disorder symptoms	19.7 (6.5)	17.0 (6.4)	2.13	<0.05
Life satisfaction	20.8 (6.5)	25.8 (4.1)	3,997	<.001

Rodriguez, Heilemann, Fielder, Ang. Al, Nevare & Mangione (2008), visade att gravida kvinnor som utsatts för IPV löper mer än dubbelt så stor risk för depression (41 % mot 18,6% P<.001) och PTSD (16 % mot 7,6 %, P<.001) jämfört med de som inte utsatts för IPV under graviditet (Rodriguez et al. 2008).

## 5.2 Möjliga interventioner för att minska förekomsten av IPV under graviditet

### 5.2.1 Familjestöd

”Nurse home visiting (HV) interventions” för gravida kvinnor eller nyblivna mammor som utsatts för IPV har enligt Sharps, Campbell, Baty, Walker & Bair-Merritt, (2008) visat sig förbättra graviditet och spädbarns hälsoutfall, samt minskat IPV. HV har utformats och anpassats till IPV och dess konsekvenser. Den har även använts för att öka föräldrarnas kunskaper, främja barns utveckling, minska barnmisshandel, samt IPV (Sharps et al. 2008).

HV bygger på några hembesök från bland annat sjuksköterskor, socialarbetare, hälsocoacher, som anses vara bäst lämpliga på grund av deras utbildning inom mödra - och spädbarnshälsa och föräldraskap, och har förmåga till att bedöma om familjen fungerar som den ska. Deras uppdrag är att hjälpa familjerna utifrån HV-program som till exempel utgår, från vägledning, förutbestämd läroplan, socialt stöd och remisser till andra professionella, som kan ge stöd och hjälp till både kvinnor och barn (Sharps et al. 2008).

Curry, Durham, Bullock, Bloom & Davis (2006) genomförde en randomiserad kontrollerad studie på 1 000 gravida i USA, som var gravida i mellan vecka 13 och 23. Syftet var att undersöka i fall ” individualized nursing case management”(NCM) kan minska stressen bland gravida kvinnor som utsätts för eller riskerar att utsättas för fysiskt misshandel av en intim partner. NCM är utvecklat av ” Maternity Nurse case management” (MCM), metoden användes i flera år i syfte att förbättra graviditetens längden och låg födelsevikt. Komponenterna i MCM innefattar en screening för antingen medicinska eller sociala behov genom en fortlöpande kontakt med en case manager/förespråkare och remisser till andra myndigheter. MCM innefattar även hembesök från antingen en hälsovårdare eller en förespråkare (Curry et al. 2006).

Effekterna av MCM på graviditetens längden och låg födelsevikt var svårt att mäta trots intensiva vårdmodeller, men andra studier kunde påvisa ett förbättrat resultat av MCM, på bland annat livsstilsfaktorer och tillgång till mödravård, minskade sjukhuskostnader, ökade

remisser för stödtjänster och mindre bruk av välfärd och matkuponger. MCM har även visat sig minska stress hos gravida kvinnor. MCM såsom andra interventioner tillgodoser inte de individuella behoven hos kvinnor som utsätts för IPV eller som har risk att utsättas för IPV. NCM har därför utformats för att tillgodoser dessa behov (Curry et al. 2006).

NCM bygger på att gravida kvinnor ska få hjälp att identifiera vad de vill i stället för att de genomför en gemensam metod för alla deltagare. Därefter får de en omfattande individuell vårdplan utifrån de behov de identifierade. Dessa planer innefattar de områdena som kvinnorna valde att arbeta på under graviditeten samt önskad tid och typ av kontakt med NCM. Detta gav interventionen möjligheten att utformas utifrån kvinnans önskemål och behov oavsett ålder (Curry et al. 2006).

Kontrollgruppen erbjöds MCM och Kvinnorna som utsatts för eller var i riskzonen för att utsättas för misshandel av en intim partner erbjöds NCM under graviditetsperioden. NCM visade att gravida kvinnor med risk för att utsättas för eller som utsattes för IPV upplevde ett stressande och komplext liv. Sjuksköterskor bör därför fokusera på de behov som identifieras av gravida kvinnor. NCMs arbete var 38 % att ge stöd och 32 % att bedöma behov. NCM ledningsgruppen fick i genomsnitt 22 kontakter genom telefon, vilket är 15 timmar i genomsnitt till varje kvinna. De flesta hade en signifikant minskning i stressbetygsättning jämfört med kontrollgruppen. Gravida kvinnors val var att fokusera på grundläggande behov och deras graviditet snarare än IPV (Curry et al. 2006).

### *5.2.2 Screeningmetoder<sup>3</sup>*

Nelsson, Bougatsos & Blazina, (2012) visar genom en studie på att korrekt screeningmetoder till att identifiera IPV, för att därefter åtgärda problemet, leder till minskat IPV och till ett bättre hälsoutfall bland gravida kvinnor och nyblivna mammor. Det leder också till minskning av graviditetstvång och osäkra relationer (Nelsson, Bougatsos & Blazina, 2012).

---

<sup>3</sup>Sekundärprevention som används inom hälso-och sjukvården. Janlert definierade screening ”som påvisandet av sjukdom, hälsobesvär, missbruk eller riskindikatorer, som individen inte känner till”. (Pellmer & Wramner, 2007 s.238)

Screeningmetoder innefattar instrument som mäter fysiska, sexuella och känslomässiga övergrepp av en intim partner. Metoderna har även minimala negativa effekter på en del kvinnor, som kan uppleva bland annat förlust till privatliv, oron från att utsättas för våld senare i livet, emotionellt lidande och bekymmer (Nelsson, Bougatsos & Blazina, 2012).

I en studie som genomfördes av McMahon & Armstrong (2012), diskuteras screeningmetoder och dess effektivitet för att förebygga IPV under graviditet. Därefter presenteras de bästa metoderna som socialarbetare bör använda sig av. Screening används av sjukvårdspersonal som kommer i kontakt med gravida kvinnor för att identifiera IPV och för att därefter bedöma vilka åtgärder som behövs, samt identifiera stödsystem. Det rekommenderas att screening för IPV ska rutinmässigt genomföras årligen och regelbundet för patienter som utsatts för våld under årliga undersökningar. När det gäller gravida kvinnor ska screening genomföras under graviditeten och förlossning samt undersökningar. Screening, särskilt för de som är gravida, bör utökas och användas rutinmässigt av socialarbetare, eftersom det är de som kontaktas mest av misshandlade kvinnor. Det rekommenderas att socialarbetare bland annat ska genomgå en screening utbildning, samt samarbeta med sjukvårdspersonal och träna på att effektivt använda sig av screeningmetoder (McMahon & Armstrong, 2012).

## **6 DISKUSSION**

Det här avsnittet behandlar resultatdiskussion, där en utförlig analyserande diskussion genomförs kring litteraturstudiens resultat, samt metoddiskussion, där nackdelar och fördelar av artikelsökningen, kvalitetsbedömning och databearbetning diskuteras.

### **6.1 Resultatdiskussion**

Resultatdiskussionen behandlar följande rubriker som presenterades tidigare i resultatdelen; *IPV, fysisk hälsa och förtidig födsel; IPV och negativa konsekvenser; IPV och psykiska hälsoproblem; Familjestöd och screeningmetoder.*

### *6.1.2 IPV, fysisk hälsa och förtidig födsel*

Två av artiklarna som valdes till denna systematiska litteraturstudie, visade enligt Watsson & taft, (2013) och sanchez et al, (2013) på att förekomsten av IPV är vanligt förekommande under graviditeten, vilket leder till fysiska hälsoproblem hos kvinnor i form av spontan blödning, inklusive tidig födsel och mycket tidig födsel.

Resultatet av dessa två studier visar på att förutom de fysiska problem som drabbar kvinnor under graviditeten, är deras barn våldsoffer redan under fosterperioden och deras fysiska hälsa påverkas negativt till följd av IPV. Om inte problemet förebyggs under graviditeten, är risken stor att de senare i livet kommer uppleva IPV hemma och dess följder. Såsom emotionella störningar, vilket påverkar dem på långsikt på ett sätt att de antingen blir våldsoffer eller att de utövar IPV senare i livet, som nämnts i bakgrundsbeskrivningen av WHO, (2014).

De ekonomiska och sociala kostnaderna är extremt höga enligt UN, (2011) i bakgrundsbeskrivningen. De ekonomiska kostnaderna innefattar kostnader för sjukvårdstjänster för att behandla de utsatta kvinnorna för IPV och deras barn som behöver vård till följd av till exempel: tidig födsel. HIV som nämnts i bakgrunden är en av faktorerna som kan leda till IPV under graviditet. Dessutom HIV smittar fostret genom modern, vilket leder till att de direkta kostnaderna till att behandla kvinnan och fostret ökar dramatiskt, det vill säga att de direkta kostnaderna fördubblas. IPV och HIV anses vara stigmatiserande och tabubelagda som presenterades i bakgrunden, och kan leda till att kvinnor blir isolerad av samhället, vilket leder till löneförlust och minskad produktivitet, samt kvinnors förmåga till att ta hand om sig själva och deras barn minskas. Dessa leder till stora sociala kostnader, vilket innebär att problemet är så allvarligt och att den behöver åtgärdas genom globala hälsovårdsinsatser.

### *6.1.3 IPV och negativa konsekvenser*

Två av de valda artiklarna till denna litteraturstudie, undersökte IPV under graviditet och dess negativa konsekvenser på utsatta kvinnor och deras foster. Resultatet av den ena studien visade på att kvinnor som upplever IPV under graviditet, löper större risk för fortsatt våld och en allvarlig fara för mord. Det bekräftar statistiken som presenterades i bakgrunden av WHO, (2012) som talar om att 38 % av alla mord på kvinnor över hela världen sker av en intim

partner, och det som presenterades av UN, (2011) att hälften av alla mord på kvinnor globalt av en intim partner eller ex- partner. Resultatet bekräftar även statistiken i bakgrunden, som presenterades av Rying, (2003) och som talar om att 16 kvinnor mördas i genomsnitt per år i Sverige av en intim partner eller ex- partner, och att 10 % av kvinnor utsatts för upprepat våld. Resultatet av den andra studien visade på att födselar bland gravida kvinnor, som utsatts för IPV under graviditeten hade en högre risk för perinatal och neonatal dödlighet, än de som inte utsatts för IPV. Studien bekräftade WHO's (2014) uttalande om att IPV kan leda till negativa hälsoutfall för fostret.

Resultatet av dessa två studier belyser allvarlighetsgraden av IPV och dess konsekvenser. Det utgör ett underlag till verksamma inom folkhälsoarbete, socialarbetet, samt politiker för att förebygga problemet.

#### *6.1.4 IPV och psykiska hälsoproblem*

Tre av valda artiklar till litteraturstudien, visade på ett positivt signifikant samband mellan IPV under graviditeten och psykiska hälsoproblem, liksom depressiva symptom och PTSD, samt ett positivt signifikant samband mellan depression och alkohol- drog missbruk hos gravida kvinnor, och mellan IPV och alkohol- drogmissbruk hos partner.

Resultatet bekräftar det som nämndes tidigare i bakgrundsfakta av WHO, (2014) att risken är dubbelt så stort, bland utsatta kvinnor för IPV jämfört med de som inte är utsatta för IPV, att drabbas av depression och skadligt bruk av alkohol- drogkonsumtion. Det framgår också att det finns ett samband mellan skadligt bruk av alkohol- droger hos partner och IPV. Det bekräftar bakgrundsfakta av Shamu et al, (2011) som visade genom en studie på ett signifikant samband mellan IPV under graviditet och alkoholmissbruk hos partner, (OR 2.89 till 11.60).

Resultatet som redovisades av dessa tre artiklar belyser alkohol- drogmissbruk som en bidragande faktor för IPV under graviditet, samt för depression och andra psykiska hälsoproblem, liksom PTSD. Det innebär att faktorerna som kan leda till IPV är många. En av dessa faktorer är alkohol- drogmissbruk, som anses vara ett stort folkhälsoproblem i sig och

som bör förebyggas. Det behövs därför många insatser på olika nivåer (makronivå och mikronivå), för att kunna förebygga IPV under graviditet och efter förlossning. Det görs genom att undersöka möjliga bidragande faktorer till IPV, för att därefter försöka hitta möjliga lösningar och strategier.

IPV mot kvinnor är vanligt förekommande över hela världen enligt WHO, (2014) i bakgrunden och enligt WHO, 2012 är IPV vanligt förekommande under graviditet. Det finns inte någon skillnad mellan IPV mot kvinnor och IPV mot gravida kvinnor när det gäller fysiska och psykiska hälsoproblem. Faktorerna som kan leda till IPV är också samma. Det enda skillnaden är att fostret och graviditeten hälsoutfall påverkas negativt, vilket leder till att de ekonomiska och sociala kostnaderna ökar dramatiskt.

#### **6.1.5 Familjestöd**

HV intervention för gravida kvinnor eller nyblivna mammor visade sig enligt Sharps et al. (2008) kan förbättra kvinnans hälsa under graviditet och spädbarns hälsoutfall, samt minska IPV. NCK, (2014a) beskriver IPV mot kvinnor att den är stigmatiserande och tabubelagd för de flesta utsatta kvinnor, därför är anmälningsbenägenheten låg, enligt Rying, (2003) och beräknas vara 36 %. Anledningen är oftast att kvinnor tycker att det är meningslöst att polisanmäla, de vill inte blanda in polisen eller på grund av rädslan för förövaren. Enligt (NCK, 2014b) uppskattas att 80 % av de som utsätts för IPV inte polisanmäler, vilket tyder på att mörkertalet är stort.

Det beräknades enligt Tuva Forum, (2014) att fyra av fem kvinnor var positiva, till att bli tillfrågade om IPV och 3 % tyckte att det var negativt eller obehagligt, att bli tillfrågade. Det tyder på att HV intervention är effektiv och kan användas för att förebygga IPV under graviditeten och efter förlossning bland utsatta gravida kvinnor, som vågar tala om IPV, som anmäler att de utsätts för IPV och som söker hjälp.

Interventionen bör därför utvecklas och utgå från empowerment<sup>4</sup> för att stärka kvinnors självkänsla till att våga tala om problemet, söka hjälp och känna att det är meningsfullt att anmäla. Det görs genom att öka kunskap om IPV bland målgruppen och vilka stöd som finns för att undvika problemet. Genom användning av empowerment ökar anmälningsbenägenheten och minskar mörkertalet, bland gravida kvinnor utsatta för IPV.

Interventionen har å ena sidan visat sig minska IPV bland utsatta gravida kvinnor och inte förhindrat IPV från att överhuvudtaget hända, vilket är svaghet i interventionen. Å andra sidan visade interventionen att den förbättrar hälsan under graviditet och spädbarns hälsoutfall, vilket är positivt men inte är optimalt, eftersom att hälsoproblemen både hos kvinnan och hos spädbarnet minskar men inte försvinner.

Interventionen kan kännas dubbel stigmatiserande eller obehaglig ur ett etiskt perspektiv, eftersom den är riktad till utsatta gravida kvinnor för IPV, som redan känner sig stigmatiserade från samhället, enligt NCK, (2014b) i bakgrunden. Speciellt när interventionen sker i form av hembesök, vilket kan uppmärksammas av samhället och omgivningen.

Å ena sidan det kan kännas obehagligt och tabubelagd för de flesta utsatta kvinnor för IPV när professionella och andra yrkesverksamma i socialt arbete, indirekt blandar in sig i deras liv genom att till exempel vägleda, utbilda och ge råd. Detta bör hälsovården/socialarbetarna ta hänsyn till. Å andra sidan kan interventionen uppfattas som ett sätt till att hjälpa utsatta gravida kvinnor som redan känner sig stigmatiserade och har svårt att ta sig ur problemet.

HV intervention kan å ena sidan hjälpa till att upptäcka en del av faktorerna, som kan leda till IPV, för att därefter hitta eventuella lösningar genom att till exempel ge råd eller genom remisser till andra professionella inom socialt arbete. Å andra sidan är HV inte tillräckligt för att motverka alla dessa faktorer, utan fler insatser krävs parallellt med HV för att nå önskad effekt. Som presenterades i bakgrundsfakta av WHO, (2014) är faktorerna som kan leda till

---

<sup>4</sup>Är ett engelskt ord som diskuterades mycket kring hälsofrämjande arbete av många författare. Det handlar om maktmobilisering, vardagsmakt eller självförstärkning. Utifrån ledarperspektiv innebär empowerment att ge kraft åt en person för att hen ska kunna hantera sin situation. Komponenterna i empowerment är makt, som innebär möjlighet att påverka, kontroll, självtillit och stolthet, samt betraktas som hjälp till självhjälp både på gruppnivå och på individnivå. (Pellmer & Wramner, 2007)



IPV mycket komplexa och beroende av varandra. Dessa faktorer är bland annat, exponering för barnmisshandel, erfarenhet av våld, äktenskaplig frustration, konflikter och dålig kommunikation mellan parterna, uppfattningar om mäns sexuella rättigheter, låg utbildning, skadligt bruk av alkohol och acceptans av våld. Dessa faktorer har undersökts i utvecklingsländer, och kan förekomma i alla samhällsgrupper över hela världen, men i olika grader. En del av dessa faktorer kan upptäckas med hjälp av HV.

I de flesta låginkomstländerna som tidigare nämnts i bakgrundsfakta finns det olika uppfattningar och attityder i samhället som leder till IPV. Exempelvis mannens rätt till sexualitet och att kvinnan inte får vägra ha sex med sin man. HV intervention är en bra metod för att upptäcka dessa uppfattningar och attityder på familjenivå, för att därefter åtgärda den, genom till exempel jämställdhetsutbildningar som presenterades av WHO, (2014) i bakgrunden. De negativa konsekvenser av dessa faktorer är stora eftersom de leder till oönskade graviditeter, osjälvständighet, samt till illegala aborter som i sin tur kan leda till gynekologiska problem. Exempelvis: kraftig blödning som ibland kan leda till kvinnans död. När det gäller illegala aborter är det ett stort problem i låginkomstländer, som förbjuder genomförandet av abort. Problemet finns inte i Sverige, eftersom det är lagligt att genomföra abort och eftersom det finns tystnadsplikt gällande patienter. Sexuellt våld är däremot vanligt förekommande i Sverige och leder till fysiska och psykiska problem hos gravida kvinnor, samt till osjälvständighet, vilket behöver åtgärdas.

En annan uppfattning som går att upptäckas genom HV är som beskrevs i bakgrunden om kvinnor i Etiopien som tror på att IPV är vanligt bland män som älskar sina fruar. Vilket tyder på att kvinnor genom dessa beteenden, indirekt kan uppmuntra männen till att vara våldsamma. Det gör dem genom att till exempel skicka signaler på att det är det som krävs för att få kärlek och respekt. Mannen använder därför våld dels för att lösa konflikter och dels för att kvinnor begär det indirekt. Problemet här ligger hos kvinnor som begär våld. Kanske för att de själva har upplevt våld i familjen i barndomen och när de blir vuxna söker de sig till våldsamma män. Det kan också vara kulturella uppfattningar, som behöver åtgärdas genom utbildningar och genom insatser som bygger på beteendeförändringar. Dessa uppfattningar har studerats i Etiopien, men kan även finnas i höginkomstländer och i Sverige som karakteriseras av mångfald. Det behövs därför mer forskning som undersöker uppfattningar och attityder hos kvinnor i Sverige och resten av Europa, för att kunna förstå problemet bättre, samt åtgärda

den både hos kvinnor och hos män.

För att kunna förebygga IPV under graviditet i Sverige är det viktigt att ta hänsyn till faktorerna som presenterades ovan, för att med hjälp av HV intervention kunna upptäcka och motverka dessa faktorer, genom eventuella insatser och strategier. Det krävs därför stora krafter och många olika insatser och strategier på olika nivåer.

HIV testning som tidigare nämnts i bakgrundsfakta är en faktor som leder till IPV under graviditet i Kontinenten Afrika. Gravida kvinnor i Afrika smittas av HIV genom sexuellt våld från intim partner eller andra män, vilket i sin tur leder till att även fostret smittas av HIV. HIV testning upptäcks inte genom HV utan genom sjukvårdspersonal, därför är HV som intervention inte effektivt till att upptäcka den faktor och till att motverka den. Det krävs därför globala hälsovårdsinsatser för att förebygga HIV och IPV i Afrika, eftersom kostnaderna till följd av HIV är extremt höga, och Afrika drabbas av extremt fattigdom, vilket förhindrar staten att motverka HIV med egna resurser. I Sverige är HIV inte lika utbredd som i Afrika, men kvinnor kan till exempel genom sexuellt våld smittas av HIV och andra överförbara sexuella sjukdomar, som bland annat klamydia. Sverige bör därför liksom EU länder hjälpa till med att förebygga problemet i Afrika.

Ojämställdheter i samhället som presenterades i bakgrundsfakta av UN, (2014) är stora i utvecklingsländer och anses vara bidragande faktorer till IPV. Dessa ojämställdheter innefattar bland annat diskriminering av flickor, barnäktenskap, samt flickors begränsade möjlighet till utbildning och till självständigt liv. Ojämställdheter är en av faktorerna som kan upptäckas med hjälp av HV på familjenivå, men för att kunna motverka ojämställdheter krävs det insatser och strategier på makronivå.

Sverige är ett rikt land men innefattar ändå ojämställdheter mellan män och kvinnor. Enligt statistiska centralbyrån, [SCB], (2013) är lönegapet mellan män och kvinnor stort i Sverige. Fler kvinnor än män arbetar deltid, eftersom kvinnor har högre ansvar än män för barn och hem. Exempelvis: när barnet är sjukt så är det ofta kvinnan som stannar hemma och vårdar barnet, vilket leder till att kvinnor inte har möjlighet att utveckla sin karriär, samt till att välja

jobba i offentliga sektorer. Det innebär att ekonomisk självständighet för kvinnor inte kan uppnås, vilket kan leda till att män får högre makt och till att kvinnan kan bli ekonomisk beroende av män, och därmed acceptera våld hemma. Det krävs mer insatser i Sverige på makronivå för att öka jämställdhet mellan män och kvinnor, speciellt på arbetsmarknaden.

Implementering av HV intervention i Sverige bör studeras noggrant, utvecklas, samt anpassas till Sverige. Interventionen har använts i Amerika och visat sig effektivt, men det innebär inte att den är lika effektiv i Sverige på grund av de kulturella skillnaderna, normer och etiska aspekter.

NCM visade sig vara effektivt till att minska stressen bland gravida kvinnor som blivit utsatta för IPV. Det positiva med interventionen är att den har en positiv effekt till att minska stressen, som anses vara en bidragande faktor till kroniska sjukdomar, samt påverkar graviditetslängd och leder till låg födelsevikt. Det som är positivt med interventionen till skillnad från HV, är att den bygger på empowerment. Gravida kvinnor är delaktiga i processen från början och interventionen utgår från deras önskemål och behov. De får hjälp att identifiera vad de vill, istället för att det genomförs en gemensam metod för alla deltagare. Interventionen anses därför inte vara diskriminerande utifrån etiskt perspektiv, därför att professionella inte säger direkt vad det ska göra, utan det är kvinnorna själva som identifierar deras individuella behov, samt får hjälp och stöd utifrån deras önskemål och deras behov.

Det positiva med interventionen till skillnad från HV är att gravida kvinnor genom empowerment ökar sin självförtroende, samt makt och kontroll över deras situation, vilket kan leda till att anmälningsbenägenheten ökar och att mörkertalet minskar bland gravida kvinnor utsatta för IPV.

NCM är liksom HV inte en lösning för att förhindra att IPV överhuvudtaget skulle hända under graviditet och efter förlossning, utan att minska IPV och dess hälsokonsekvenser på gravida kvinnors hälsa, graviditetslängd och låg födelsevikt hos fostret.

### 6.1.6 Screeningmetoder

Nelsson, Bougatsos & Blazina, (2012) ansåg att korrekt screeningmetoder leder till minskat IPV under graviditet och till ett bättre hälsoutfall, bland gravida kvinnor och nyblivna mammor. Det leder även till minskning av osäkra relationer och graviditetstvång. Mc Mahon & Armstrong, (2012) diskuterade även screeningmetoder och dess effektiviteter i förebyggande arbete mot IPV under graviditet.

Screeningmetoder används av sjukvårdspersonal som ofta kommer i kontakt med kvinnor under graviditet, och socialarbetare som kommer i kontakt med misshandlade kvinnor. Författarna menar att korrekta screeningmetoder leder till minskning av IPV under graviditet.

Problemet är att screeningmetoder, liksom HV och NCM leder till minskning av IPV och används inte för att eliminera IPV och förhindra det från att det ska hända under graviditeten och efter förlossning. Screeningmetoder kan ibland kännas dubbelt kränkande för kvinnor, som kan uppleva bland annat förlust till privatliv och emotionella lidande, både från en intim partner och från sjuksköterskor eller socialarbetare, som ställer frågor om IPV. Kvinnorna kan även uppleva oro, för att utsättas för våld senare i livet. Därför kan användning av korrekta screeningmetoder bland utbildade sjuksköterskor och socialarbetare som Nelsson, Bougatsos & Blazina, (2012) presenterade vara effektivt för att screeningmetoder inte ska kännas kränkande av kvinnorna.

I Sverige får mannen lov att följa med kvinnan i alla undersökningstillfällen, under graviditeten och under förlossningen, vilket gör det svårare för barnmorskan att ställa frågor om IPV, och för den gravida kvinnan att tala om IPV. Det kan vara ett hinder för att genomföra screeningmetoder, eftersom kvinnor kan isoleras av mannen och bli kontrollerad.

Enligt WHO, 2014 finns det få primära preventioner<sup>5</sup>, som har kunnat bevisa sig vara effektiva, till att eliminera eller stoppa IPV från att hända. Skolbaserade program och jämställdhetsutbildningar är två olika strategier, som används för att förhindra IPV från att hända. Den första är effektiv och kan användas i höginkomstländerna och den andra används i

---

<sup>5</sup> ”Avses åtgärder för att förhindra att sjukdom överhuvud taget uppträder” (Janlert, 2000 S.259-260 )

resurssvaga miljöer men behöver utvärderas ytterligare. Interventionerna som presenterades i resultatdelen är sekundära preventioner<sup>6</sup> som syftar till att minska IPV under graviditet och efter förlossning. Det innebär att det är svårt att förhindra IPV från att hända under graviditet, men att effekterna av IPV under graviditet och efter förlossning kan minskas. Det tyder på att det krävs ett parallellt arbete, med både primära och sekundära preventioner, för att förhindra problemet från att hända. Primära preventioner bör genomföras i tidigt skede, redan under skoltiden för att förebygga IPV.

## 6.2 Metoddiskussion

Valet av en systematisk litteraturstudie för denna uppsats var för att skapa en bild över befintliga studier i flera länder, vilket är svårt att fånga genom en kvantitativ eller kvalitativ ansats. Fördelen med denna metod enligt Backman, (2008) är att den ger en bra bild över den befintliga forskningen inom ett utvalt område. Detta var en styrka i litteraturstudien, eftersom den gav en omfattande bild över IPV, som anses vara ett globalt samhällsproblem och folkhälsoproblem, samt vad som görs i olika länder för att motverka IPV. Nackdelen är att alla länder inte är representerade i litteraturöversikten, vilket kan ha påverkat resultatet. Anledningen till att alla länder inte är representerade är dels att alla länder inte har forskat på ämnet ordentligt och dels att det är svårt att göra det på C-uppsatsnivå. En annan styrka i litteraturstudien är att den bygger på kvantitativa vetenskapliga artiklar och litteratursammanställda artiklar som är peer reviewed, vilket innebär att de hade granskats av expertis och anses ha en hög status, för att samtliga artiklar hade ISSN nummer.

Fördelen med studien är att valda artiklar granskades noggrant och analyserades två gånger, för att undvika feltolkning. Enligt Polit & Beck (2006) ska textinnehållet granskas noggrant för att undvika feltolkning. Vidare genomfördes gradering för valda artiklar enligt Carlsson & Eiman, (2003) mall för kvalitetsgranskning. Styrkan med metoden är att inga artiklar av grad III användes, därför bedömdes artiklarna trovärdiga. Tre vetenskapliga artiklar som har litteratursammanställd metod användes för att besvara frågan om vilka möjliga interventioner som finns för att förebygga IPV. Fördelen var att de gav en omfattande bild om vad som görs i de representerade länder, vilket är svårt att fånga genom en litteratur studie med en kvantitativ

---

<sup>6</sup> ”Innefattar tidig diagnostik och behandling av sjukdom” (Janlert, 2000 S. 260 )

eller kvalitativ ansats. Resultatet av dessa studier kunde därefter analyseras och jämföras med bakgrunden. Därefter diskuterades användbarheten av dessa interventioner i koppling till Sverige.

Nackdelen med söksätt och avgränsningar i denna studie, sett i efterhand, kan vara att resultaten blivit än mera tydliga avseende interventioner om fler sökord används så som: behavior, religion, ethnicity och empowerment, eller om man tydligt bestämt från börjad att studierna skulle varit genomfört t.ex. i länder med liknande samhällsstruktur som Sverige dvs. västvärlden (EU, USA, GB etc.) eller om man istället velat rikta uppmärksamheten till utom-Europeiska länder. Ändå visar denna studie att riskfaktorer som bruk av alkohol och droger och föreslagna mödra-vårds-interventioner är universellt gemensamma och användbara.

Sökningen efter relevanta artiklar inleddes med en pilotsökning i olika databaser, för att få en blick över vad som finns. Sökordens relevans och val av databaser diskuterades därefter med bibliotekarien på Malmö högskola, vilket ledde till att tid har sparats och relevanta studier för studiens syfte och frågeställningar inte har missats, vilket var en fördel.

Artiklarna från databasen PubMed exkluderades, eftersom det inte kunde visas i fall artiklarna var peer reviewed, då det är ett krav till C-uppsatsen. Det negativa med att exkludera dessa artiklar är att det kan ha påverkat resultatet negativt. För säkerhets skull valdes de bort. Anledningen var att försäkra att alla artiklar är peer reviewed. Artiklarna som användes därefter för litteraturöversikten valdes från databasen PsycINFO och CINAHL, då de ansågs vara relevanta för studiens syfte och frågeställningar, samt visades det tydligt att artiklarna var peer reviewed.

Fyra artiklar från PubMed, som ansågs vara relevanta för litteraturstudien, har valts till bakgrundsdel. Det var en styrka i denna litteraturstudie eftersom en del i bakgrundsfakta byggde på vetenskapliga studier som genomfördes i flera länder och som behandlade bland annat faktorerna som kan leda till IPV. Antalet artiklar till studien bestämdes efter att nästan alla andra artiklar talade om samma sak, samt en del av artiklarna återkom vid sökningar i andra databaser. Då ansågs det att studien är mättad, och att fler artiklar inte kommer att ge

andra resultat. En mer omfattande bild vad det gäller faktorerna som kan leda till IPV, kunde redovisas i resultatdelen om sökningen breddades och om andra sökord användes. Faktorerna från resultatdelen kunde därefter diskuteras, analyseras och jämföras med bakgrundsfakta. Det upptäcktes i slutet av processen, men eftersom syfte och frågeställningar har kunnat besvaras i resultatdelen, har sökstrategin inte ändrats.

Inkludering- och exkluderingskriterier inför litteratursökning genomfördes i syfte att avgränsa studien. Vetenskapliga artiklar som hade gravida kvinnor och fostret som målpopulation valdes ut, och artiklarna som hade en kvalitativ ansats och publicerade före år 2006 exkluderades, då de inte ansågs relevanta för studien. Fördelen var att mindre antal träffar förekom vid sökningen, som i sin tur ledde till att mer relevanta artiklar för studiens syfte och frågeställningar kunde väljas, samt tiden sparades.

Artiklarnas abstrakt lästes först och därefter valdes artiklarna som har abstract kopplat till studiens syfte och frågeställningar, samt de som var tillgängliga i fulltext. Fördelen med denna metod var att en snabb bedömning om artiklarnas relevans kunde göras och tiden sparades. Viktiga information presenteras i abstrakt under rubrikerna bakgrund, syfte, metod och slutsats, vilket är vad som krävs för att bedöma om artikeln är användbar.

Artiklarna som var tillgängliga i fulltext och som var publicerade på engelska valdes till litteraturstudien. Fördelen är att de inte kostar något och att studier som publiceras på engelska karakteriseras av en bra kvalitet. Nackdelen med att exkludera artiklarna som inte fanns tillgängliga i fulltext har kanske påverkat resultatet negativt, men på grund av brist på ekonomiska resurser valdes de bort.

## 7 SLUTSATS

Syftet med studien var att finna evidensbaserade riskfaktorer, negativa hälsoeffekter på den gravida kvinnan och på hennes foster/nyfödda barnet, orsakade av IPV för att kunna rekommendera pålitliga folkhälsoåtgärder.

Det finns starka evidens som visar att IPV påverkar den fysiska och psykiska hälsan under graviditeten. De direkta och indirekta ekonomiska kostnaderna till följd av IPV är extremt höga, vilket är belyst i bakgrunden. Faktorerna som kan leda till IPV under graviditet är många, komplexa, samt beroende av varandra.

Kvinnan som nämns i inledningen tvingas, tillsammans med sina barn, till att byta adress och till att bo skyddat samt lämna sitt jobb, och trots det mördas hon. IPV mot kvinnor bör inte normaliseras och interventionerna bör istället riktas till männen som utövar våld och förebygga problemet hos dem istället. Som nämnts i bakgrunden är direkta kostnader till att ställa männen inför rätta extremt höga. Kostnaderna för rättegångar bör gå till vårdinsatser som riktas till förövaren för våld i tidigt skede. Dels för att skydda kvinnor och kommande generationer från IPV, och dels för att minska de direkta kostnaderna för sjukhustjänster och samhälleliga kostnader.

Utifrån resultatet konstateras att det är mannen som utövar våldet, och interventionerna riktas till att skydda kvinnor och ge dem det stöd som behövs. Interventioner som används för att förebygga IPV under graviditeten är sekundär prevention, som syftar till att minska IPV och dess negativa hälsokonsekvenser för hälsan under graviditeten och efter förlossningen. Dessa kan inte förhindra IPV från att förekomma under graviditeten, men minskar de negativa hälsokonsekvenser på gravida kvinnor och deras foster.

Problemet är att kvinnor känner oro till att bli utsatta för IPV senare i livet och rädsla från intim partner, vilket har belysts i bakgrunden. Interventionerna bör därför utgå från empowerment för att stärka kvinnors självkänsla till att inte acceptera våld, att känna till att det är meningsfullt att söka hjälp eller att polisanmäla, och myndigheterna i Sverige, såsom polis och verksamma i socialt arbete bör bli bättre på att skydda kvinnor och barn från IPV. Som presenterades i inledningen exponerades kvinnan för mord framför ögonen på sina barn



på en öppen gata, trots att kvinnan bor på skyddad adress. Det kan vara en förklaring till varför kvinnor tycker att det är meningslös att polisanmäla, att de utsätts för IPV eller att de inte söker hjälp. Strategier bör därför utföras före och under graviditeten, samt efter förlossningen för att förhindra IPV från att förekomma.

## 8 REFERENSER

Abeya, S-G., Afework, M-F., & Yalew, A-W. (2012). Intimate partner violence against women in west Ethiopia: a qualitative study on attitudes, woman's response, and suggested measures as perceived by community member. *Department of Reproductive Health*. 20;9:14

Aftonbladet, (2012). *Dödades- framför dottrarna*. Hämtad den 2014-06-01 från:  
<http://dodadekvinnor.aftonbladet.se/2012/06/dodades-framfor-dottrarna/>

Ahmed, S., Koenig, M-A., & Stephenson, R. (2006). Effects of Domestic Violence on Perinatal and Early-Childhood Mortality: Evidence from North India. *American Journal of Public Health* 96 (8): 1423-8

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bianchi, A-L., McFarlane, J., Nava, A., Gilroy, H., maddoux, J., & Cesario, S. (2014). Rapid Assessment to Identify and Quantify the Risk of Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 41 (1): 88-92

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad*. (Rapport 2). Malmö: Malmö Högskola, Fakulteten för hälsa och samhälle.

Curry, M-A., Durham, L., Bullock, L., Bloom, T., & Davis, J. (2006). Nurse Case Management for Pregnant Women Experiencing or at Risk for Abuse. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing* 35: 181-192

DN.se, (2012). *Hon ville skilja sig – misshandlades till döds*. Hämtad den 2014-06-23 från: <http://www.dn.se/nyheter/sverige/hon-ville-skilja-sig-misshandlades-till-dods/>

Hassan, M., Kashanian, M., Roohi, M., Yousefi, H (2014). Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: study in Iran. *Public health. Elsevier*, 128 (5): 410-5

Holden, K-B., Mc Kenzie, R., Pruitt, V., Aaron, K., & Hall, S. (2012). Depressive Symptoms, Substance Abuse, and Intimate Partner Violence among Pregnant Women of Diverse Ethnicities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23 (2012): 226–241

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Lundgren, E., Heime, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A. (2001). *slagen dam- Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige- En omfångsundersökning*. Umeå: Socialstyrelsen

McMahon, S., & Armstrong, D-y. (2012). Intimate Partner Violence during Pregnancy: Best Practices for Social Workers. *Health & Social work*, 37 (1): 9-17

Mikael Rying, (2003). *Dödligt våld mot kvinnor i nära relationer: Inte vilka män som helst*. Valfärd Nr.1 2003. Stockholm

Nationellt centrum för kvinnofrid, (2014a). *Global folkhälsa*. Hämtad den 2014-04-08 från: [http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans\\_vald\\_mot\\_kvinnor/Global\\_folkhalsa\\_amnesguide/](http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans_vald_mot_kvinnor/Global_folkhalsa_amnesguide/)

Nationellt centrum för kvinnofrid, (2014b). *Våld i nära relationer*. Hämtad den 2014-04-13 från:

[http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Vald\\_i\\_nara\\_relationer/Vald\\_i\\_nara\\_relationer\\_arnesguide/](http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Vald_i_nara_relationer/Vald_i_nara_relationer_arnesguide/)

Nationellt centrum för kvinnofrid, (2014c). *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. NCK-rapport 2014:1. Uppsala. Uppsala universitet

Nelsson, H-D., Bougatsos, C., & Blazina, L. (2012). Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of Internal Medicine*, 2012 jun 5; 156 (11): 796-808

Pellmer, K & Wramner, B (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB

Polit D-F & Beck C-T, (2006) *Essentials of nursing research: Methods, Appraisal, and Utilization, Volym 1*. Philadelphia: Lippincott & Wilkins.

Rodriguez, M- A., Heilemann, M-V., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F., & Mangione, C-M. (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Annals of Family Medicine*, 6 (1): 44-52

Sanchez, S-E., Alva, A-V., Diez Chang, G., Qiu, C., Yanez, D., Gelaye, B., & Williams, M-A. (2013). Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence during Pregnancy in Peru. *Maternal & Child Health Journal*, 2 17 (3): 485-92

Sarkar, N-N. (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 28(3):266-71

Shamu, S., Abrahams, N., Temmerman, M., Musekiwa, A., & Zarowsky, C. (2011). A systematic Review of African Studies on Intimate Partner Violence against Pregnant Women: Prevalence and Risk Factors. *PLoS One*. 8; 6(3):e17591.

Sharps, P-W., Campbell, J., Baty, M-L., Walker, K-S., & Bair-Merritt, M-H. (2008). Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(4):480-90; quiz 490-1

Statistiska centralbyrån, (2013). *Ekonomiskt oberoende - långt kvar för EU:s kvinnor*. Hämtad den 2014-08-22 från:[http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Artiklar/Ekonomiskt-oberoende-langt-kvar-for-EUs-kvinnor/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Ekonomiskt-oberoende-langt-kvar-for-EUs-kvinnor/)

Tuva Forum, 2014. *Våld under graviditet*. Hämtad den 2014 -07- 05 från:  
<http://www.tuvaforum.se/vald-under-graviditeten>

Unicef, (2014). *Diskriminering av flickor*. Hämtad den 2014-04-13 från:  
<http://unicef.se/fakta/diskriminering-av-flickor>

United Nations, (1994). *Declaration on the Elimination of Violence against women*. A/RES/48/104. New York: United Nations

United Nations, (2009). *Violence against Women*. DPI/2546A. New York: United Nations

Varma, D., Chandra, P-S., Thomas, T., & Carey, M-P. (2007). Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders* 102.1-3(Sep 2007): 227-235

Watson, L-F., & Taft, A-J. (2013). Intimate Partner Violence and the Association with Very Preterm Birth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 40 (1): 17-23

World Health Organization, (1946). *Constitution of the world health organization*. New york. World health Organization

World Health Organization, (2012). *Understanding and addressing violence against women*. Geneva, Switzerland. World health Organization

World health organization, (2014). *Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women*. Hämtad den 2014-04-07 från:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

## 9 BILAGOR

Nedan presenteras bilagor till denna litteraturöversikt

### Bilaga 1

*Artikel protokoll för studier med litteratur sammanställnings metod*

Author year reference country	Study design	Population, patient characteristics	Intervention	Results	Study quality and relevance comments
<p><i>Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence.</i></p> <p>Sharps PW, Campbell J, Baty ML, Walker KS, &amp; Bair-Merritt, MH, 2008, Baltimore</p>	<p>En systematisk litteratur analys av 8 vetenskapliga artiklar från PubMed, CINAHL Plus, Webb of science och som hade kvantitativ ansats. Inklusionskriterierna var att studierna ska ha genomförts i USA, samt publicerade på engelska språket</p>	<p>Artiklarna skulle innehålla en välbeskriven prenatal/postpartum HV intervention av professionella/ sjuvårdspersonal. Artiklarna ska även innehålla en bedömning av perinatal under graviditeten fram till ett år efter förlossning, samt kvantitativa data som beskriver hälsoresultat både för kvinnor och deras spädbarn</p>	<p>Hembesök i syfte att minska förekomsten av IPV bland gravida kvinnor och förbättra hälsoresultat</p>	<p>HV är effektivt till att minimera IPV och förbättra hälsoutfall</p>	<p>II</p> <p>Litet urval av vetenskapliga artiklar, trots det är studien välstrukturerad. Och bygger på studier som har kvantitativ ansats Metoddelen och resultatdelen är välbeskrivet med tydliga tabeller. Tydlig slutsats.</p>
<p><i>Partner violence during Pregnancy: Best Practices for Social Workers.</i></p> <p>McMahon S &amp; Armstrong D y. 2012. New Jersey, New Brunswick</p>	<p>En systematisk litteratur analys av 70 vetenskapliga artiklar, som publicerades mellan 1990-2010. Utöver dessa artiklar har även avhandlingar och affischer som presenterades vid professionella konferenser under denna period har också granskats. Nationella rapporter och protokoll från etablerade byråer undersöktes också.</p>	<p>Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle innehålla information om offer och förövare, graviditet och hälsorelaterade utfall, riskfaktorer och ingripande effektiv screening under graviditet. Exklusionskriterierna var vetenskapliga artiklar som inte är genomförda på USAs befolkningen.</p>	<p>Screening metoder för att undersöka och identifiera förekomsten av IPV under graviditet</p>	<p>Användning av korrekta screeningmetoder till att identifiera IPV leder till minskat IPV och bättre hälsoutfall under graviditet och efter förlossning. Den leder också till minskning av graviditetstvång och osäkra relationer</p>	<p>I</p> <p>Stort urval av vetenskaplig litteratur. Metod delen är välbeskrivet men hade önskat att mer information gällande vilka databaser som användes skulle presenteras. Resultatet är tydligt och Kunntat besvara syftet. Tydlig slutsats</p>
<p><i>Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation</i></p> <p>Nelsson H-D, Bougatsos C &amp;</p>	<p>En systematisk sökning i Medline, psycINFO, Cochrane central register över kontrollerade studier, Cochrane databas och Scopus efter artiklar från 2002- 2012. Engelsk språkliga artiklar som tar upp screening, interventioner och studier som tar upp biverkningar och screenings instrument</p>	<p>Engelskspråkiga forskningar som bedrivs i USA. Målgruppen var kvinnor som söker vård och som upplever IPV</p>	<p>Att granska nya bevis om effektiviteten av screening och insatser för att minska IPV och hälsoresultat. Undersöka screening instrument noggrannhet, samt negativa effekter</p>	<p>Screeningmetoder som är rätt utformade till hälsovård kan identifiera IPV hos kvinnor. Screening för IPV kan minska IPV och förbättra hälsoutfall. Minimala biverkningar av screening kan</p>	<p>I</p> <p>Stort urval av vetenskapliga artiklar, varav 9 artiklar hade randomiserad kontrollerad studie ansats. Metod delen samt resultatdelen är välbeskrivna med tydliga bilder. Välstrukturerad</p>

Blazina L. 2012 Portland, Oregon.	noggrannhet, har inkluderats Totalt 38 vetenskapliga studier användes till studien 9 artiklar randomiserad kontrollerad studie och 29 systematiskt litteratur översikter		av screening och insatser	förekomma. Vissa kvinnor upplever oro att utsättas för IPV i framtiden, förlust till privatliv och obehag	studie.
---	---	--	------------------------------	---	---------



## Bilaga 2

*Bedömningsmall för studie med litteratursammanställning metod, enligt Carlsson och Eiman (2003)*

<b>POÄNGSÄTTNING</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRAKT</b> – syfte, metod, resultat = 3p	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>INTRODUKTION</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>SYFTE</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>METOD</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning – repeterbarhet möjlig	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Litteratursökning	Ej beskriven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (liknande resultat, relevans etc.)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Vetenskaplig kvalitet på ingående studier	Ej bedömd	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
<b>RESULTAT</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning – redovisning, tabeller etc.	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>DISKUSSION OCH SLUTSATSER</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Total poäng (max 42 p)</b>	p	p	p	p

Grad I: 80 %

Grad II: 70 %

Grad III: 60 %

## Bilaga 3

*Bedömningsmall för studie med kvantitativ metod enligt Carlsson och Eiman (2003)*

<b>POÄNGSÄTTNING</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRAKT</b> – syfte, metod, resultat = 3p	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>INTRODUKTION</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>SYFTE</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>METOD</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning – repeterbarhet möjlig	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval – antal, beskrivning, representativitet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancer diagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	<5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>RESULTAT</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning – redovisning, tabeller etc.	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Statistisk analys - beräkningar, metoder, signifikans	Saknas	Mindre bra	Bra	
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>DISKUSSION</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>SLUTSATSER</b>				
Överensstämmelse med resultat	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
<b>Total poäng-max 47</b>				

Grad I: 80 %

Grad II: 70 %

Grad III: 60 %

## Bilaga 4

Matris för artikel översikt enligt Carlsson & Eiman, (2003)

Titel, författare, år och land	Syfte	Studiedesign och metod	Deltagare och bortfall	Resultat	Kommentar	Kvalitets grad Grad I: 80 % Grad II: 70 % Grad III: 60 %
Effects of Domestic Violence on Perinatal and Early-Childhood Mortality: Evidence From North India. Ahmed S, Koenig MA, & Stephenson R  2006. Uttar Pradesh. Norra India	Syftet med studien var att undersöka effekten av fysiskt våld under graviditet på perinatal och tidigt barnadödlighet	Fall- kontroll studie. Gruppen bestod av 2199, varav 402 upplevde IPV under graviditet. Inklusionskriterier var att vara gift, bor med sin man och är mellan 15-59 år. Enkät med frågor hade använts av utbildade intervjuare, samt överlevnadsregressionsmodell användes för att undersöka sambandet mellan IPV och risken för perinatal, neonatal, postneonatal och tidigt barnadödlighet	D=2 199 B= -	18 % av 2199 gravida deltagande kvinnor hade blivit utsatta för IPV under sin senaste graviditet. Födslar bland kvinnor som utsatts för IPV under graviditet hade 2,59 (95 % konfidensintervall [CI] = 1,35, 4,95) och 2,37 (95 % CI = 1,21, 4,62) gånger högre risk för perinatal och neonatal dödlighet än födslar bland kvinnor som inte utsatts för IPV	Stort urval. Inga bortfall Välstrukturerad och tydlig studie. Välbeskriven metod	I
<i>Rapid Assessment to Identify and Quantify the Risk of Intimate Partner Violence During Pregnancy</i> Bianchi, et al  2014 Texas	Syftet med studien var att undersöka demografiska skillnader och svårighetsgrad av misshandel, hot om misshandel och risken för mord bland gravida kvinnor, som utsatts för IPV under graviditeten.	7-års prospektiv studie. 300 kvinnor som sökte hjälp för IPV, rekryterades för studien. Inklusionskriterier var att kvinnor ska vara gravida. 50 av 300 har varit gravida. Danger Assessment Scale (DAS), The Severity of Violence Against Women Scale (SAVAWS) och dataanalys med hjälp av statistikpaketet för samhällsvetenskap, (spss) program hade används för att mäta allvarlighetsgraden av IPV	D: 300 B: 250	Medelvärdet för grad av hot bland gravida kvinnor som utsatts för misshandel under graviditet var M=48,36 jämfört med M=34,4 0 bland de som inte utsatts för misshandel. Medelvärdet för grad av misshandel var M=45,40 bland gravida kvinnor som utsatts för misshandel under graviditet jämfört med M=28,88 bland de som inte utsatts för misshandel under graviditeten	Tydlig slutsats med förslag till problemlösning. Metoden är välbeskriven och syftet med studien hade besvarats. ett litet urval	II
Depressive Symptoms, Substance Abuse, and Intimate Partner Violence among Pregnant Women of Diverse Ethnicities.	Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan självrapporterade depressiva symtom, drogmissbruk och IPV bland	Tvärsnittsstudie, som genomfördes på 602 kvinnor i ålder 11-45 år och som var inskrivna i APC. Några av deltagarna svarade inte på alla frågor Studien är programutvärdering av Augusta partnership for Children, (APC) som inkluderade	D=602 B=-	Resultatet visar på ett signifikant positivt samband mellan IPV och depression under graviditeten ( $r = .26, p < .001$ ) och efter förlossning, ( $r = 0,25, p < 0,001$ ). Ett signifikant positivt samband mellan depression och	Slutsatsen är inte tydlig, Bra och tydlig metod fast det saknar siffror om hur många av deltagare inte har besvarat alla frågor. Bakgrunden och resultatdelen är välbeskriven	II

Holden K, Mc Kenzie R, Pruitt V, Aaron K & Hall S. 2012 Augusta - Richmond County, Georgia	gravida kvinnor	självrapportering vid två tillfällen. En gång vid programinskrivningen i början av graviditet och en gång till 1-3 månader efter förlossning. Dessa skedde i form av intervjuer som genomfördes ansikte mot ansikte. Deltagarna samtyckt till att delta i undersökningen. Korrelation och regression analys har genomförts med hjälp av statistikpaketet för samhällsvetenskap, (spss)		alkohol- och drogmissbruk hos gravida kunde även konstaterats, ( $r = 0,16$ , $p < .001$ ) under graviditet och efter förlossning ( $r = .17$ , $p < .001$ ). Det finns ett samband mellan depression under graviditet och alkohol- och drogmissbruk av partner. När det gäller sambandet mellan IPV mot gravida kvinnor och alkohol – drogmissbruk hos partner har det visat ett signifikant positivt samband, ( $r = 0,19$ , $p < .001$ )		
<i>Nurse Case Management for Pregnant Women Experiencing or at Risk for Abuse.</i> Curry, M-A., Durham, L., Bullock, L., Bloom, T., & Davis, J.  2006, Portland	Syftet med studien var att undersöka om NCM kan minska stressen bland gravida kvinnor som upplever IPV eller riskerar att uppleva IPV	Randomiserad kontrollstudie, som genomfördes i två kliniker en i nordvästra USA och en i landsbygden västern. Inklusionskriterierna var att kvinnor talar engelska och är mellan 13 och 23 veckor gravid vid datum för rekrytering. Två instrument användes assessment abuse scale (AAS) och prenatal psykosocial profile (PPP). Efter genomförandet av dessa två undersökningar rekryterades 501 kvinnor till kontrollgruppen och 499 till behandlingsgruppen. 649 exkluderades eftersom det krävdes samtycke från föräldrarna.	D= 1 000 B= 649	NCM har visat sig minska stressen bland gravida utsatta för IPV	Stort bortfall på grund av att fler unga exkluderades på grund av samtycke från föräldrarna. Metoden och instrument är anpassade till studiens syfte. Välstrukturerad studie och tydligt resultat och slutsats	II
Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. Rodriguez M-A, Heilemann M-V, Fielder E, Ang A-I, Nevare F& Mangione C-M.	Syftet var att beskriva faktorer som kan leda till depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) bland gravida Latina kvinnor som utsatts eller inte utsatts för IPV	Longitudinell kohortstudie. 1728 kvinnor kontaktades av forskare för rekrytering i en privat vårdcentral och 1 hälsoorganisation där mer än 80 % av befolkning är latina. 210 gravida kvinnor accepterade deltagandet. Inklusionskriterierna var att de ska vara gravid minst 12 veckor rekryterades för studien	D= 210 B=1728	Gravida kvinnor som utsatts för IPV löper mer än dubbelt så stor risk för depression (41 % mot 18,6, $P < .001$ ) och PTSD (16 % mot 7,6 %, $P < .001$ ) jämfört med de som inte utsatts för IPV under graviditet	Välstrukturerad studie. Tydligt syfte och metod beskrivning. Resultatet besvarar syftet	I

2008, Los Angeles, Kalifornien		och intervjuades. Intervjun bestod av 5 enkäter som skulle besvaras under graviditeten och 4 under barnets första 2 år				
Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence During Pregnancy in Peru. Sanchez SE, Alva AV, Diez Chang G, Chungfang Qiu C, Yanez D, Gelaye B & Williams MA. 2013 Peru	Syftet var att undersöka sambandet mellan IPV under graviditeten och förtidig födsel bland peruanska kvinnor	Fall-kontrollstudie. Fallgruppen bestod av 479 kvinnor som levererade förtidigt. Mindre än 37 veckors graviditet och kontrollgruppen bestod av 480 kvinnor som levererade vecka 37 eller mer. Personliga intervjuer genomfördes efter leveransen och medan patienterna var på sjukhuset. Oddskvoter och konfidensintervall beräknades med hjälp av regressionsmodeller	D=995 B=-	Gravida kvinnor som exponeras för IPV har 2,1 gånger ökad risk för spontan tidig födsel jämfört med de som inte exponeras för IPV. De som endast exponeras för känslomässigt IPV finns det 1,6 gånger ökad risk för spontan tidig födsel. De som exponeras för både fysisk och känslomässig IPV har 4,7 gånger ökad risk för spontan tidig födsel	Välstrukturerad studie. Stort urval. Tydligt syfte och resultat samt metoden är välbeskriven. Slutsatsen är tydlig och illustrerar behov av globala vårdinsatser för att åtgärda problemet	I
<i>Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post-traumatic stress disorder.</i> Varma D, Chandra PS, Thomas T& Carey MP, 2007 Bangalore, Södra Indien	Studiens syfte var att undersöka förekomsten av IPV under graviditet och dess samband med depression och posttraumatisk stressyndrom (PTSD)	203 gravida kvinnor deltog i studien. Inklusionskriterier var att de ska vara 18 till 49 år gamla, att de ska samtycka till deltagandet, samt ka engelska eller kanadesiska. Kvinnor med tidigare eller nuvarande erfarenhet av allvarlig psykisk sjukdom exkluderades. Strukturerade intervjuer användes, sexuella experience skala (SES), skala för bedömning av somatiska symtom, (SASS), Beck depression inventory (BDI) och nöjd med life style (SWLS) användes. Analyser genomfördes med hjälp av spss	D= 203 B=-	14 % av kvinnorna rapporterade fysiskt våld, 15 % rapporterade psykiskt misshandel och 9 % rapporterade sexuellt tvång. De som exponerade för IPV under graviditet hade högre risk för psykiska, somatiska och PTSD, samt mindre livstillfredsställande jämfört med de som inte exponerades för IPV under graviditet. Alkohol missbruk hos partner var associerat med förekomsten av IPV och allvarlighets grad av misshandel	Studien är välstrukturerad, syfte, resultat och metoddelen är välbeskrivna. Tydlig slutsats. Mycket bra	I
Intimate Partner Violence and the Association with Very Preterm Birth. Watson LF. & Taft AJ. 2013 Victoria, Australia	Syftet var att undersöka sambandet mellan IPV och mycket tidig födsel	Fallkontroll studie. Fallgruppen bestod av 603 kvinnor med mycket förtidig singel födsel och 139 med mycket förtidig tvilling födsel. Kontrollgruppen bestod av 770 kvinnor med en normal singel födsel och 214 med en normal tvilling födsel. Etik	D=1726 B=-	Ett positivt signifikant samband mellan mycket förtidig födsel och kraftigt blödning till följd av IPV. 13,8 % bland fallgruppen jämfört med 5,6 % i kontrollgruppen	Stort urval och inga bortfall. Bakgrunden kunde utvecklas mer, men trots det bra genomförd studie och väl tydlig	I

		godkännande söktes från alla sjukhus och kvinnor intervjuade antingen per telefon eller ansikte mot ansikte. Analysen gjordes med hjälp av Stata analysprogrammet				
--	--	---	--	--	--	--