

Globala perspektiv på våld i nära relationer

En granskning av doktorsavhandlingar vid Karolinska Institutet, Sverige.

Okenwa-Emegwa L

Okenwa-Emegwa L, PhD, Institutionen för hälsovetenskap, Röda Korsets Högskola, Department of Public health and Sport Science, Faculty of Health and Occupational Science, University of Gävle, Sweden
E-post: leok@rkh.se

Våld i nära relationer är en omfattande form av våld mot kvinnor och erkänt som ett folkhälsoproblem och ett brott mot de mänskliga rättigheterna. Flera års forskning har lett till identifiering av individuella och kontextuella drivkrafter för problemet, inklusive ojämlikhet mellan könen. Med hänsyn till att doktorsavhandlingar utgör en väsentlig del av kunskapsproduktionen syftar den aktuella studien till att ge en sammanställning av doktorsavhandlingar om våld i nära relationer och som framställts vid Karolinska Institutet, för att identifiera potentiella riktningar för framtida forskning. Totalt 13 doktorsavhandlingar som publicerades mellan 2004 och 2017 har identifierats. Dessa avhandlingar ger en global inblick i våld i nära relationer genom sitt breda urval av kontext och innehåll. Behovet att fördjupa sig i gamla forskningsfrågor samtidigt som man riktar in sig på nya och uppkommande frågor diskuteras.

Intimate Partner Violence (IPV) is a pervasive form of Violence against women (VAW) and acknowledged as a human rights and public health problem. Years of research have led to identification of individual and contextual drivers of VAW, including gender inequality. Considering that PhD theses form an integral aspect of knowledge production, the present study aims to provide a synthesis of PhD theses on IPV at Karolinska Institutet, Sweden, in order to identify potential directions for future research. Thirteen PhD theses published between 2004 and 2017 were identified. Through their wide range context and content, these theses provide a global insight on IPV. The need to expand on old research questions while addressing new and emerging ones are discussed.

Bakgrund

Våld mot kvinnor definieras som ”*varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i, eller troligen kommer att leda till, fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet*” (United Nations General Assembly, 1993). Våld mot kvinnor är en kränkning av kvinnors mänskliga rättigheter och förekommer i ett kontinuum genom hela livet (World Health Organization, 1997). Våld mot kvinnor är kopplat till frågor om globala hälsoproblem såsom dubbel sjukdomsburda, stigma och den onda cirkeln av fattigdom (Kohli et al., 2015; Organization, 1999). En vanlig förekommande form av våld mot kvinnor är våld i nära relationer, vilket beskriver samtliga beteenden inom en nära relation som orsakar fysisk, psykisk eller sexuell skada eller lidande, inklusive kontrollerande beteenden (World Health Organisation, 2012; World Health Organization, 2013). Den globala livstidsprevalensen av fysiskt eller sexuellt våld i nära relationer bland kvinnor som någon gång ingått i ett partnerförhållande är cirka 30 % (World Health Organisation, 2013).

Konsekvenser av våld i nära relationer inkluderar skada, fysiska, psykisk ohälsa, m.m., och utgör även en riskfaktor för flertalet sjukdomar (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002). Påverkan av våld i nära relationer kan fortgå långt efter att våldet upphört och graden av påverkan är ofta relaterad till övergreppets allvarlighet (Krug et al., 2002). Determinanter för våld i nära relationer och dessas associationsriktning, dvs. beskyddande eller predisponerande, varierar i olika sammanhang. Detta fenomen, känt som det omvända U:et, har observerats för empowerment relaterade faktorer till exempel utbildning, anställning och inkomst (Demographic and Health Surveys and South African Department of Health, 2002; Jewkes, 2002; Koenig, Ahmed, Hossain, & Mozumder, 2003; Straus, Gelles, & Steinmetz, 2017; True, 2012).

Även om våld i nära relationen är välstuderat och trots flertalet internationella riktlinjer, mål och växande framsteg inom kvinnliga rättigheter globalt, kvarstår problemet (Johnson, 2011; Swedish Gender Equality Agency, 2018; Swedish International Development Cooperation Agency SIDA, 2015; UN Women, 2018a; World Health Organization, 2010). Med det aktuella fokuset på hållbar utveckling är eliminering av våld mot kvinnor genom främjande av jämställdhet inte bara en del av de sju globala målen för hållbar utveckling (The United Nations, 2015), det anses även centralt för att uppnå dessa sju mål (UN Women, 2018b). Uppkomst av globala trender som globalisering, teknologiska framsteg, migration, ökad fattigdom och konflikter etc. skapar ständigt nya dimensioner av problemet. Det finns därmed ett behov av att granska befintlig forskning för att kunna identifiera forskningsluckor och följaktligen linjera

framtida forskning inom ramverket för rådandefolkhälsomål som exempelvis de globala målen för hållbar utveckling.

Doktorsavhandlingar utgör en viktig källa för kunskapsproduktion med hänsyn till att de ofta är utförda inom kunskapsmiljöer som karaktäriseras av kreativitet, tillämpning och flexibilitet (Walsh, Anders, & Hancock, 2013). Syftet med denna studie är därför att ge en sammanfattning av doktorsavhandlingar som behandlar våld i nära relationer och som producerats vid Karolinska Institutet i Sverige. Målet är att ge en överblick av vad som gjorts hittills för att kunna identifiera eventuella riktningar för framtida forskning och doktorandstudier.

Kontext

Karolinska Institutet (KI) är ett av världens ledande medicinska universitet (Karolinska Institutet, 2018). Forskning vid institutionen för folkhälsovetenskap fokuserar på att identifiera folkhälsoproblem och utforma åtgärder på befolkningsnivå (Haglund, 2011). Doktorsavhandlingar vid avdelningen ger ett globalt perspektiv eftersom nära två tredjedelar är baserade på icke-svenska populationer (Haglund, 2011).

Metoder

Ett enda sökord, ”violence”, användes i avhandlingssektionen i KI:s öppna arkiv, en databas där alla publikationer som producerats vid KI lagras. Sökningen begränsades inte genom publiceringsår och resulterade i 325 träffar. Dessa undersöktes individuellt för att identifiera avhandlingar om våld mot kvinnor, vilket gav upphov till totalt 23 avhandlingar. Samma procedur upprepades med den svenska termen för violence, dvs. ”våld”. I det slutliga steget användes våld i nära relationer som ett inklusionskriterium i den kombinerade sökningen. Totalt 14 doktorsavhandlingar identifierades, varav en exkluderades eftersom den enbart fokuserade på förövarna och inte inkluderade offren. Detta resulterade i totalt 13 avhandlingar som inkluderades i den aktuella granskningen.

Resultat

De 13 avhandlingarna som identifierats publicerades mellan 2004 och 2017 varav nio vid institutionen för folkhälsovetenskap (Ali, 2011; Dalal, 2008; Hamzeh, 2009; John, 2010; Kaye, 2006; Okenwa, 2011; Uthman, 2011; Vung, 2008; Zacarias, 2012), två vid institutionen för klinisk neurovetenskap (Caman, 2017; Dufort, 2015) och två vid institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (Rubertsson, 2004; Sundborg, 2015). Resultaten av denna granskning presenteras i två breda kategorier: *avhandlingarnas bakgrundsinformation och metod och deras resultat*. Bakgrundsinformation inkluderar (1) definitioner och typologier

av våld i nära relationer, (2) teoretisk referensram, (3) internationella dokument som det hänvisas till och (4) metod. Avhandlingarnas resultat kategoriseras i (1) prevalens, determinanter, allvarlighetsgrad och varaktighet, (2) associerade utfall, (3) attityder, avslöjande och hjälpsökande, (4) hälso- och sjukvårdens roll och (5) interventioner.

Bakgrundsinformation och metod

Definitioner och typologier av våld i nära relationer

Olika termer användes för att beskriva våld i nära relationer, t.ex. våld i hemmet, mäns våld mot kvinnor och ibland våld mot kvinnor. Vissa författare (Sundborg, 2015; Vung, 2008) diskuterade denna tendens att ombytligt använda termerna och försökte förtydliga varje term. Förenta Nationernas (FN) definition av våld mot kvinnor var vanlig (Hamzeh, 2009; Okenwa, 2011; Sundborg, 2015; Vung, 2008), dock definierades våld i nära relationer på olika sätt. I en del avhandlingar valdes omfattande definitioner som grundligt beskriver vad som utgör våld i nära relationer och vilka som är potentiella offer, t.ex. definitioner enligt Världshälsoorganisationen (WHO) och Center for Disease Control (CDC) (Kaye, 2006; Okenwa, 2011; Zacarias, 2012). CDC definierar våld i nära relationer som ”fysisk, sexuell eller psykisk skada från aktuell eller tidigare partner eller make/maka. Denna typ av våld kan förekomma mellan heterosexuella eller samkönade par och behöver inte innebära sexuell intimitet. Våld i nära relationer kan variera i frekvens och allvarlighetsgrad. Våldet förekommer fortlöpande och sträcker sig från ett slag (som ibland och ibland inte påverkar offret) till varaktig och allvarlig misshandel” (Saltzman, Fanslow, McMahon, & Shelley, 1999).

Teoretisk referensram för våld i nära relationer

Den allmänna enigheten är att ingen enskild teori kan förklara våld i nära relationer, vissa författare (Ali, 2011; Dalal, 2008; Okenwa, 2011; Zacarias, 2012) använder därför den ekologiska modellen som integrerar relationen mellan en individ och kontextuella faktorer (Heise, 1998).

Internationella styrdokument som det hänvisas till

Globala riktlinjer och strategier är instrumentella i forandet av händelser på nationell och lokal nivå. En del författare (Ali, 2011; John, 2010; Sundborg, 2015; Vung, 2008) närmade sig våld i nära relationer från perspektivet mänskliga rättigheter och kvinnors rättigheter. Det hänvisades ofta till FN:s kvinnokonvention (CEDAW) och FN:s deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor från 1993, vilken är källan till den vanligast förekommande definitionen av våld mot

tema

kvinnor (United Nations General Assembly, 1993). En avhandling från Nigeria (John, 2010) nämnde afrikanska stadgan om mänskliga och folkens rättigheter där kvinnor rättigheter och våld mot kvinnor ingår.

Avhandlingarnas metod

Studiedesign.

Vissa avhandlingar (Caman, 2017; Dalal, 2008; Dufort, 2015; John, 2010; Okenwa, 2011; Rubertsson, 2004; Uthman, 2011; Zacarias, 2012) var kvantitativa och använde huvudsakligen tvärsnitts studiedesign. Kaye (2006) kombinerade tvärsnitt, fallkontroll och prospektiv kohort (Kaye, 2006). Upp till ca. fem avhandlingar (Ali, 2011; Hamzeh, 2009; Kaye, 2006; Sundborg, 2015; Vung, 2008) använde blandmetod dvs inkomparerade kvalitativa (dvs. djupintervjuer och fokusgruppsdiskussioner) och kvantitativa tillvägagångssätt.

Studiekontext och deltagare.

Avhandlingarna är från följande länder: Benin, Burkina Faso, Etiopien, Ghana, Indien, Iran, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Moçambique, Namibia, Nigeria, Pakistan, Rwanda, Sverige, Swaziland, Tanzania, Uganda, Vietnam, Zimbabwe. En del studier genomfördes i kliniska miljöer (John, 2010; Kaye, 2006; Okenwa, 2011; Sundborg, 2015; Zacarias, 2012), medan andra var hushållsundersökningar eller en kombination av båda. Deltagarnas ålder varierade från mellan 15–49 till 16–84 (Dufort, 2015).

Datainsamling/datakällor.

Kvalitativ insamling av data utfördes genom djupintervjuer och fokusgruppsdiskussioner (FGD). Kvantitativ datakälla var antingen genom ett större forskningsprojekt (Rubertsson, 2004), aktiv insamling av data (Ali, 2011; Dufort, 2015; Hamzeh, 2009; John, 2010; Kaye, 2006; Sundborg, 2015; Vung, 2008; Zacarias, 2012), register (Caman, 2017; Uthman, 2011) eller en kombination av aktiv insamling av data och register (Dalal, 2008; Dufort, 2015; Okenwa, 2011; Vung, 2008). Vissa avhandlingar är baserade på sekundärdata from olika register, till exempel Demographic and Health surveys (DHS), en internationell databas som användes av tre författare (Dalal, 2008; Okenwa, 2011; Uthman, 2011). DHS innefattar data från utvecklingsländer som samlas in genom hushållsundersökningar vart femte år. Syftet är att hjälpa länder att övervaka sin demografiska och hälsosituation, inklusive våld mot kvinnor. Mer detaljer om DHS återfinns i de aktuella avhandlingarna.

Instrument som använts i de kvantitativa studierna.

De flesta instrument som mäter våld i nära relationer, inklusive enkäter i DHS och WHO Multi-country Study, baseras på Conflict Tactic Scales (CTS och CTS2) (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996; Strauss, 1990), en väletablerad självrapporteringsmätning för våld i nära relationer (Straus, 2008; Straus et al., 1996). WHO:s frågeformulär har anpassats och använts i cirka tre avhandlingar för en del eller samtliga aspekter av den aktuella studien (Ali, 2011; Okenwa, 2011; Vung, 2008). CTS användes för att mäta varaktighet och allvarlighetsgrad av våld i nära relationer (Kaye, 2006; Zacarias, 2012). Andra instrument kopplade till våld i nära relationer som användes var Controlling Behaviors Scale-Revised (CBS-R), (Graham-Kevan & Archer, 2003, 2005; Zacarias, 2012); attityder till våld i nära relationer (Okenwa, 2011; Uthman, 2011; Vung, 2008); Decision Making In Abuse Relationships Interview, DIARI (Dufort, 2015); Domestic Violence Healthcare Provider Survey scales och Violence against Women Health Care Provider Survey (John, 2010; Sundborg, 2015).

*Avhandlingsresultat**Prevalens, allvarlighetsgrad, varaktighet och riskfaktorer*

Prevalens under livstid och senaste året i Pakistan var enligt hushållsenkäter 57,6 % respektive 56,3 % (Ali, 2011); 79 % verbal misshandel, 41 % fysisk misshandel och 5 % försummelse (dvs. berövande av mat, underhåll etc.). I Bangladesh mättes våld i nära relationer den senaste månaden. I Kenya inkluderade våld i hemmet 11 % emotionellt våld, 11 % sexuellt och 25 % fysiskt (Dalal, 2008). Resultat från en undersökning av slumpmässigt utvalda hushåll i norra Vietnam visade livstidsprevalens och årlig prevalens på 30,9 % respektive 8,3 %, siffran för psykiskt våld i nära relation var 33 % under det senaste året och 54,4 % livstid. Prevalens under senaste året i Nigeria var 23 % psykiskt, 9 % fysiskt och 8 % sexuellt våld (Okenwa, 2011). Upp till 57 % måttligt till grovt våld i nära relationer återfanns bland gravida kvinnor i Uganda (Kaye, 2006). Psykiskt våld i nära relationer var den vanligaste formen av våld i nära relationer.

Från Sverige var prevalens av våld i nära relationer 0,7 % för kvinnor och 0,4 % för män; kvinnor som redan lämnat den våldsamma partnern rapporterade högre allvarlighetsgrad (Dufort, 2015). I Moçambique (Zacarias, 2012) var prevalensen av våld i nära relationer under senaste året samt varaktigheten respektive allvarlighetsgraden (inom parentes) följande: 70 % (85,8 gånger, 55,3 %); psykiskt 65,3 % (35,3 gånger, 45,9 %); fysiskt 54,3 % (27,7 gånger; 44 %); sexuellt 50,9 % (16,3 gånger, 29,2 %). 34 % av respondenterna hade upplevt fysiskt våld i nära relationer som resulterat i skada (6,4 gånger, 26,3 %). Upp till

69 % rapporterade att de hade utövat våld i nära relationer under det senaste året. Kvinnors användning av kontrollerande beteende över en partner gjorde dem benägna till psykiskt och sexuellt våld i nära relationer (Zacarias, 2012), medan partners användning av kontrollerande beteende positivt kopplades till fysiskt våld i nära relationer och skada, men kopplades negativt till psykiskt våld i nära relationer (Zacarias, 2012). Den vanligaste formen av våld i nära relation i Moçambique var en icke våldsamt relation, följt av situationsbaserat parvåld.

Risikfaktorer

Risikfaktorer för våld i nära relationer var låga utbildning, analfabetism, låg socioekonomisk status kvinnans eller partnerns låga utbildning, analfabetism, stor familj (Ali, 2011), att vara utlandsfödd, brist på socialt stöd, psykisk utmattning, riskfylld alkoholkonsumtion och ekonomiska problem (Dufort, 2015). Att ha barn, kontrollerande beteenden, att själv vara en förövare och historik med misshandel under uppväxten (Zacarias, 2012). Låg utbildning, polygami, att ha bevittnat våld i nära relationer mellan föräldrar, låg hushållsinkomst och låg anställningsstatus (Vung, 2008). I Bangladesh var riskfaktorerna religion, analfabetism, låg utbildning, misstanke om makes otrohet, stor ålderskillnad mellan partner, hemgiftsproblem och alkoholproblem (Dalal, 2008). I Kenya var dessa faktorer analfabetism, ålderskillnad mellan partner, polygami och brist på självständighet och tillgång till information (Dalal, 2008). Brist på tillgång till information, kvinnors självständighet vid beslutsfattande, att tillhöra åldersgruppen 15–24 år och att få barn (Okenwa, 2011).

Medan ekonomiska problem var riskfaktorer i studierna utförda av Okenwa (2011) och Dufort (2015), var finansiella svårigheter en skyddande faktor mot våld i nära relationer i Moçambique (Zacarias, 2012). I Kenya utgjorde ökad utbildning en skyddande faktor mot våld i nära relationer, men däremot var utbildning i kombination med anställning och hög yrkesstatus riskfaktorer för våld i nära relationer. Riskfaktorer för våld i nära relationer under graviditet var tonårsgraviditet, misshandel under barndomen och första graviditeten (Kaye, 2006). Bland gravida kvinnor i Sverige utgjorde att vara 24 år eller yngre, singel, arbetslös och född utanför Europa eller att ha en partner som är född utanför Europa riskfaktorer för våld i nära relationer under första året efter förlossningen (Rubertsson, 2004).

Studien från Iran (Hamzeh, 2009) visade på könsskillnader beträffande vad män och kvinnor ansåg som orsaker till och utlösare av våld i nära relationer. Medan 90 % av kvinnorna rankade de tre högsta orsakerna till våld i nära relationer som partnerns missbruk, psykiska sjukdomar och makens arbetslöshet, rankade 70–75 % av männen orsakerna som olydighet mot maken, otrevlig kommentar i närvaro av andra och olämplig klädsel.

Associerade utfall

Reproduktiv hälsa: Våld i nära relationer var signifikant kopplat till missfall, framkallade aborter, dödfödslar, att födda många barn och ökad användning av moderna preventivmetoder (Okenwa, 2011). Depression under graviditeten var 8 % och 12 % två månader efter förlossningen (Rubertsson, 2004). I Kayes studie (Kaye, 2006) var det 18 gånger mer sannolikt att kvinnor som sökte framkallad abort upplevde våld i nära relationer. Dessutom var upp till 19 % av fallen av låg födelsevikt och 74 % av inläggningar på sjukhus före förlossningen orsakade av våld i nära relationer (Kaye, 2006).

Själv mordstankar och mord: Själv mord och själv mordstankar (Ali, 2011; Dufort, 2015; Vung, 2008) är bland kända konsekvenser av våld i nära relationer. Den enda studien som inkluderade manliga offer (Caman, 2017) hittade ökad risk för själv mordstankar och själv mordsförsök bland manliga offer. Manliga förövare av mord i nära relationer sjönk stadigt i Sverige mellan 1990 och 2013, kvinnliga förövare av mord i nära relationer är få och förhöll sig relativt oförändrat under denna period (Caman, 2017). Medan kvinnliga förövare av mord i nära relationer sannolikt har en missbrukshistorik eller tidigare varit offer för det manliga offret, är manliga utövare av mord i nära relationer oftast äldre, anställda, mindre benägna att vara tidigare dömda, har en mindre sammanhängande kriminell historik och uppvisar större sannolikt att begå själv mord (Caman, 2017).

Psykisk hälsa med mera: Depression och andra psykiska hälsoproblem rapporterades av offren (Ali, 2011; Vung, 2008; Zacarias, 2012) men även av kvinnliga förövare (Zacarias, 2012). Av kvinnorna som utsatt för våld i nära relationer rapporterade omkring 47,8 % som utsatts för fysiskt våld, 51,7 % för sexuellt våld och 49,2 % för psykiskt våld känslor av värdelöshet (Ali, 2011). Andra konsekvenser var kroniska smärtor (Vung, 2008) och ekonomisk börda, i synnerhet för familjer, på grund av skada, död, förlust etc. (Dalal, 2008).

Attityder, avslöjande och hjälpsökande

Attityder: Fler kvinnor än män rättfärdigade våld i nära relationer (Okenwa, 2011; Uthman, 2011). Determinter för rättfärdigande av våld i nära relationer inkluderar att leva i missgynnade samhällsgrupper, make med högre utbildning, polygami, brist på självständighet vid beslutsfattande och att vara ung (Okenwa, 2011; Uthman, 2011). Att bo i stadsområden, viss etnicitet och ett högt välståndsindex var faktorer som kopplades till att inte rättfärdiga våld i nära relationer (Okenwa, 2011). Sannolikheten att rättfärdiga misshandel var lägre bland

kvinnor med frekvent tillgång till tidningar jämfört med kvinnor med tillgång till radio och tv (Okenwa, 2011). Att skydda familjens heder var en central faktor till varför kvinnor tolererade våld i nära relationer, dock minskades toleranta attityder om den utökade familjen var utbildad och offret var yngre (Ali, 2011). Dessa fynd står i kontrast till en av studierna från Nigeria där toleranta attityder gentemot våld i nära relationer var mer utbredda bland yngre kvinnor (Okenwa, 2011). I Vietnam kopplades att ha bevittnat våld i nära relationer under barndomen till att rättfärdiga våld i nära relationer (Vung, 2008).

Avslöjande och hjälpsökande: Fem studier (Ali, 2011; Dufort, 2015; Okenwa, 2011; Rubertsson, 2004; Uthman, 2011) undersökte avslöjande och hjälpsökande. Omkring 54 % av kvinnorna var inte villiga att avslöja misshandeln, enbart 1 % av de som var villiga att avslöja misshandeln kommer att anmäla till polisen, samtidigt som majoriteten föredrog att avslöja för vänner, släktingar eller religiösa ledare (Okenwa, 2011). Ali (2011) närmade sig avslöjande som en överlevnadsstrategi och kom fram till att enbart 177 av de 646 kvinnorna som utsatts för våld i nära relationer faktiskt avslöjade misshandeln (Ali, 2011). En majoritet berättade för sina föräldrar, vänner och svärföräldrar, men enbart 1,5 % sökte ”officiell” hjälp, t.ex. från hälso- och sjukvården, rättsväsendet eller religiösa ledare (Ali, 2011). Medan man i en avhandling (Uthman, 2011) fann att toleranta attityder till våld i nära relationer signifikant kopplades till avslöjande av våld i nära relationer, fann man i en annan (Okenwa, 2011) att kvinnor med toleranta attityder inte skilde sig från dem med icke-toleranta attityder när det kom till deras villighet att berätta. I likhet med Alis (2011) fynd, fann Kaye (2006) att hjälpsökandet var en överlevnadsstrategi bland gravida tonåringar som upplevde våld i nära relationer (Kaye, 2006). Andra överlevnadsstrategier var fysiskt och socialt tillbakadragande, hämnd och försök till att minimera allvarlighetsgraden av våldet i relationen (Kaye, 2006).

I en studie från Sverige polisanmälde enbart ca. 5% kvinnor som utsatts för våld i nära relationer efter förlossning (Rubertsson, 2004). Jämfört med kvinnor som inte sökte hjälp var de kvinnor som sökte hjälp för våld i nära relationer troligare att vara yngre, lågutbildade och fortfarande i ett förhållande med samt ha barn med förövaren; de hade även mer psykologiska och psykosociala funktionshinder (Dufort, 2015).

Hälso och sjukvårdens roll

Två avhandlingar (John, 2010; Sundborg, 2015) undersökte screeningmetoder för våld i nära relationer bland vårdgivare. Ett gemensamt problem bland vård-

givarna i båda studierna var skuldbeläggande av offret (John, 2010) och förutfattade meningar om offren (Sundborg, 2015). Vårdgivarna (bestående av läkare, barnmorskor, sjuksköterskor och socialarbetare) uppvisade låg beredskap att screena, så många som 74 % frågade inte om våld i nära relationer (John, 2010). Socialarbetare hade högre self-efficacy och nätverk för att undersöka och hänvisa offer för våld i nära relationer. Andra faktorer som kopplades till ökad sannolikhet att screena för våld i nära relationer var att vara man, skuldbeläggande av offret och ökad självförmåga. Att screena för våld i nära relationer kopplades till kvinnors tillfredsställelse med sjukvården.

Sundborgs avhandling (Sundborg, 2015) undersökte svenska sjuksköterskors kunskap och beredskap att fråga om våld i nära relationer. Sjuksköterskor saknade kunskap och kompetens för screening för våld i nära relationer, sjuksköterskor som frågade om våld i nära relationer hade oftast förvärvat sin kunskap på egen hand. Dessutom hänvisade sjuksköterskorna oftast misshandlade kvinnor till läkare. En del av Sundborgs arbete inkluderar utveckling och testning av en svensk version av instrumentet Violence Against Women Health Care Provider Survey.

Interventioner

I en avhandling från Iran (Hamzeh, 2009) fann man att majoriteten av deltagarna trodde att utbildningsbaserat förebyggande är en bra insats. Förslag på viktiga komponenter av sådan utbildning inkluderar förbättrad kunskap om kvinnors rättigheter enligt islamiska lagar, kunskap om kvinnors rättigheter, sexualundervisning, konsekvenser av våld mot kvinnor och överlevnadsstrategier med juridiska åtgärder som ett sista alternativ. Deltagarförslagen för insatser uppvisade könsskillnader. Sundborgs (2015) utvecklade en utbildningsbaserad insats för att utrusta sjuksköterskepersonal med nödvändig kunskap och beredskap att identifiera våldsoffer och erbjuda dem lämplig vård (Sundborg, 2015). Ett år efter testet uppvisades signifikanta förbättringar av kunskap och beredskap att screena bland deltagarna (Sundborg, 2015).

Diskussion

Syftet med denna sammanställning är att ge en överblick över kunskap som producerats hittills och att identifiera potentiella riktningar för framtida forskning. Utvecklandet av standarddefinitioner är grundläggande för systematisk övervakning av folkhälsan (center for Disease Control CDC, 2017). Tendens att ombytligt använda termerna t.ex. mäns våld mot kvinnor etc. för att beskriva just våld i nära relation kan därmed vara problematisk. Det bakomliggande resonemanget för att använda termen ”mäns våld mot kvinnor” är att betona att

våld mot kvinnor ofta beror på obalans mellan könen och att förövarna vanligtvis är män (Regeringskansliet, 2005). Det finns bevis som antyder att detta kan skapa könsstereotyper av manliga förövare och kvinnliga offer, samt att ytterligare förstärka de stereotypa maskulina/feminina könsrollerna till och med i icke heterosexuella relationer (Wasarhaley, Lynch, Golding, & Renzetti, 2017). Detta har visats skapa negativa följder för offer för våld i nära relationer i t.ex. icke heterosexuella förhållanden (Wasarhaley et al., 2017).

Vidare argumenterar Canon och Buttell (2018) att större del av forskningen och riktlinjerna har centrerats kring heterosexuella relationer vilket lett till oavsiktligt exkluderande av andra typer av relationer och identiteter (Cannon & Buttell, 2018). Med ökande rättigheter och acceptans för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera uttryck (hbtq) och andra identiteter finns ett behov av att undersöka terminologins konsekvenser. Det blir intressant att undersöka om termer som ”mäns våld mot kvinnor” påverkar uppfattningen av våld i nära relationer, avslöjande av våld i nära relationer och tillgång till stödresurser bland t.ex. hbtq-personer.

Uppskattning av prevalens av våld i nära relationer verkar gå i linje med tidigare uppskattningar från regionerna avhandlingarna representerar, men kan påverkas av underrapportering. Upptäckten att kvinnor är mer villiga att berätta för informella personer som familj, vänner eller religiösa ledare än för formella aktörer, t.ex. polisen, är mycket viktig. Informella resurser ger socialt stöd (Coker, Watkins, Smith, & Brandt, 2003) och samarbetar effektivt med formella aktörer (t.ex. rådgivare, läkare, polisen etc.) för att ge trygghet och hjälpa offren (Sylaska & Edwards, 2014). Framtida forskning kan syfta till att tillhandahålla bevis för hur man på bästa sätt kan engagera informella aktörer.

Det observerade fenomenet med U-formen för många determinanter för våld i nära relationer, i synnerhet för empowerment, kan beroende på sammanhang vara en följd av den något flytande karaktären hos kvinnorollerna och dessas status (Koenig et al., 2003). Kvinnors empowerment utgör kanske därför inte en risk för våld i nära relationer i samhällen där detta har varit del av normen, men kan resultera i ökat våld i nära relationer i samhällen där kvinnors empowerment är i övergång. Upptäckten att kvinnor som oftare tittar på tv mer sannolikt hade tolerantere attityder till våld i nära relationer jämfört med de som ofta läste tidningar (Okenwa-Emegwa, Lawoko, & Jansson, 2016; Okenwa, 2011) kan ha konsekvenser för hur tillgång till information används för att operationalisera empowerment i framtiden. Oro beträffande innehåll som verkar uppmuntra ojämlikhet mellan könen i afrikanska filmer och tv-program har tidigare uppmärksammats (Adewoye, Odesanya, Abubakar, & Jimoh, 2014). Dock verkar tidningar vara framgångsrika i att inrikta sig på folkhälsofrågor i regionen (Eshete & Sahlul, 2017; Stevens & Hull, 2013). Med hänsyn till detta

kan användning av tillgång till tv och eller radio som parametrar för kvinnors empowerment behöva specificeras i form av innehåll för vad som funnits tillgängligt.

I två av avhandlingarna har man sett att migration har en viktig roll i våld i nära relationer och hjälpsökande (Dufort, 2015; Rubertsson, 2004). Mer forskning behövs gällande invandrarkvinnors hjälpsökande beteende, villighet att avslöja våld i nära relationer och deras förståelse för juridiska, social- och hälsovårdssystemet i det aktuella landet de befinner sig. Med hänsyn till att autonomi principen är en viktig etisk aspekt av hälsofrämjande insatser måste invandrarkvinnornas attityder till våld i nära relationer och barriärer för hjälpsökande förstås och bemötas för att kunna förbättra deras villighet att hämta information om tillgängliga hjälpresurser. Detta är viktigt med tanken på de avhandlingar som upptäckte att fler kvinnor än män rättfärdigade våld i nära relationer.

Hälso- och sjukvårdssektorn har länge identifierats som en viktig plats för att ta itu med våld i nära relationer. Samtidigt som befintliga riktlinjer och standardrutiner inom sektorn kan fungera som goda ramar för att bemöta våld i nära relationer, bekräftar resultaten i denna sammanfattning ytterligare att de inte ger den grundläggande kunskap och kompetens för att identifiera våld i nära relationer och för att agera därefter (Moyer, 2013). Ett sätt att bemöta problemet är genom lämplig utbildning, i synnerhet genom att introducera konceptet våld mot kvinnor tidigt i utbildningen för aktuella yrkesgrupper. Nyligen inkorporerades obligatorisk undervisning om våld mot kvinnor genom högskoleförordningen på svenska utbildningar till fysioterapeut, jurist, läkare, sjuksköterska, socionom, psykolog och tandläkare (Regeringskansliet, 2017). Målet är att förbättra förståelsen för komplexiteten av våld mot kvinnor bland framtida yrkesutövare.

Detta föregående ger möjligheter för framtida forskning av många anledningar. En anledning är att det utöver den allmänna, grundläggande kunskapen finns behov av övergripande kartläggning och inventering av specifik kunskap och kompetens som är relevant för varje yrkesgrupp. Detta är nödvändigt för att på ett effektivt sätt kunna anpassa innehållet och strukturen för de kurser om våld mot kvinnor som erbjuds under utbildningen. En annan anledning är det trängande behovet att skapa evidens för förbättrad screening för våld i nära relationer och förbättrat bemötande bland dem som i arbetet redan möter grupper som är sårbara för våld i nära relationer.

Styrkor och svagheter

Den nationellt representativa karaktären av de data som använts i större delen av avhandlingarna, den metodiska strängheten hos de använda databaserna (t.ex. DHS) och de olika metoder som använts i studierna bidrar samtliga till

att stärka denna granskning. Utöver olika studiekontexter bidrar den konsekventa operationaliseringen av våld i nära relationer i de flesta avhandlingar till jämförbarhet av resultaten. Vissa begränsningar är dock värda att nämnas. För det första baseras granskningen på doktorsavhandlingar från endast ett universitet och omfattar inte andra sammanhang. För det andra har rekryteringen av deltagare i klinisk miljö som använts i några avhandlingar kritiserats. Enligt Johnson (2010) är typologin för våld i nära relationer olika bunden till kön och kan delvis förklara motstridiga resultat i forskning som rör prevalens och riskfaktorer (Johnson, 2011; Johnson, Leone, & Xu, 2014). Kliniska urval ger ofta snabb tillgång till deltagande kvinnor men kan vara överrepresenterade av offer för våld i nära relationer. Jämförbarheten av prevalensuppskattningar över olika geografiska sammanhang kan därför påverkas signifikant. Därför är tillgången till representativa hushållsundersökningar, till exempel DHS databas, ett ytterligare hjälpmedel för övervakning av våld i nära relationer.

Slutsats

Forskning om våld i nära relationer har kommit långt, men behovet att utöka kända forskningsfrågor samtidigt som nya och uppkommande frågor bemöts kan inte överbetonas. Trots verkan för jämställdhet mellan könen är förbättrad screening, avslöjande, hjälpsökande etc. avgörande för övervakning och eliminering av problemet. Forskning om våld i nära relationer skulle ha oändlig nytta av förbättrad finansiering av forskning på doktorandnivå, vilken utgör en väsentlig del av kunskapsproduktionen.

Referenser

- Adewoye, O. A., Odesanya, A. L., Abubakar, A. A., & Jimoh, O. O. (2014). Rise of the 'homo erotica'? Portrayal of women and gender role stereotyping in movies: analysis of two Nigerian movies. *Developing Country Studies*, 4(4), 103-110.
- Ali, T. S. (2011). Living with violence in the home: Exposure and experiences among married women, residing in urban Karachi, Pakistan: Inst för folkhälsovetenskap/Dept of Public Health Sciences.
- Caman, S. (2017). Intimate partner homicide rates and characteristics: The department of clinical neuroscience, Karolinska Institutet, Sweden.
- Cannon, C., & Buttell, F. (2018). Illusion of inclusion: The failure of the gender paradigm to account for IPV in LGBT relationships.
- center for Disease Control CDC. (2017). Intimate Partner Violence: Definitions. Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>
- Coker, A. L., Watkins, K. W., Smith, P. H., & Brandt, H. M. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Preventive medicine*, 37(3), 259-267.

- Dalal, K. (2008). Causes and consequences of violence against child labour and women in developing countries: Institutionen för folkhälsovetenskap/Department of Public Health Sciences.
- Demographic and Health Surveys and South African Department of Health. (2002). South Africa DHS, 1998 - Final Report (English) Retrieved from <https://dhsprogram.com/publications/publication-fr131-dhs-final-reports.cfm>
- Dufort, M. (2015). Individual needs and psychosocial health among victims of intimate partner violence: Inst för klinisk neurovetenskap/Dept of Clinical Neuroscience.
- Eshete, H., & Sahlul, T. (2017). The progression of HIV/AIDS in Ethiopia. *The Ethiopian Journal of Health Development (EJHD)*, 10(3).
- Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2003). Intimate terrorism and common couple violence: A test of Johnson's predictions in four British samples. *Journal of interpersonal violence*, 18(11), 1247-1270.
- Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2005). Investigating three explanations of women's relationship aggression. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 270-277.
- Haglund, B. J. (2011). Avhandlingar vid Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet åren 2008, 2009 och 2010. *Socialmedicinsk tidskrift*, 88(1), 80-86.
- Hamzeh, B. (2009). Intimate partner violence against women: Foundation for prevention and for an educational programme for new couples in an Iranian city: Institutionen för folkhälsovetenskap/Department of Public Health Sciences.
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence against women*, 4(3), 262-290.
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The lancet*, 359(9315), 1423-1429.
- John, I. A. (2010). Screening for intimate partner violence in healthcare in Kano, Nigeria: Barriers and challenges for healthcare professionals: Institutionen för folkhälsovetenskap/Department of Public Health Sciences.
- Johnson, M. P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16(4), 289-296.
- Johnson, M. P., Leone, J. M., & Xu, Y. (2014). Intimate terrorism and situational couple violence in general surveys: Ex-spouses required. *Violence against women*, 20(2), 186-207.
- Karolinska Institutet. (2018). About Karolinska Institutet - a medical university. Retrieved from <https://ki.se/en/about/startpage>
- Kaye, D. K. (2006). Domestic violence during pregnancy in Uganda: the social context, biomedical consequences and relationship with induced abortion.
- Koenig, M. A., Ahmed, S., Hossain, M. B., & Mozumder, A. K. A. (2003). Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual-and community-level effects. *Demography*, 40(2), 269-288.
- Kohli, A., Perrin, N., Mpanano, R. M., Banywesize, L., Mirindi, A. B., Banywesize, J. H., . . . Glass, N. (2015). Family and community driven response to intimate partner violence in post-conflict settings. *Social Science & Medicine*, 146, 276-284.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.

- Moyer, V. A. (2013). Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: US preventive services task force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 158(6), 478-486.
- Okenwa-Emegwa, L., Lawoko, S., & Jansson, B. (2016). Attitudes toward physical intimate partner violence against women in Nigeria. *SAGE Open*, 6(4), 2158244016667993.
- Okenwa, L. (2011). *Intimate Partner Violence Among Women of Reproductive Age in Nigeria: Magnitude, Nature and Consequences For Reproductive Health*: Inst för folkhälsovetenskap/Dept of Public Health Sciences.
- World Health Organisation (1999). *The double burden: Emerging epidemics and persistent problems*, Chapter 2. World Health Report.
- Regeringskansliet (2017). *Kunskap om mäns våld mot kvinnor obligatoriskt i jurist- och läkarutbildningarna*. Hämtad från <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/03/kunskap-om-mans-vald-mot-kvinnor-obligatoriskt-i-jurist--och-lakarutbildningarna/>
- Rubertsson, C. (2004). *Depression and partner violence before and after childbirth: Institutionen Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle/Neurobiology, Care Sciences and Society*.
- Saltzman, L. E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M., & Shelley, G. A. (1999). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements. Version 1.0*.
- Stevens, R. C., & Hull, S. J. (2013). The colour of AIDS: an analysis of newspaper coverage of HIV/AIDS in the United States from 1992–2007. *Critical arts*, 27(3), 352-369.
- Straus, M. A. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and youth services review*, 30(3), 252-275.
- Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. K. (2017). *Behind closed doors: Violence in the American family*: Routledge.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*, 17(3), 283-316.
- Strauss, M. (1990). Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactic Scales. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in*, 8145.
- Sundborg, E. (2015). *Om man inte frågar får man inget veta*: Inst för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle/Dept of Neurobiology, Care Sciences and Society.
- Swedish Gender Equality Agency. (2018). *SWEDEN'S GENDER EQUALITY POLICY*. Retrieved from <https://www.jamstallhetsmyndigheten.se/en/about-gender-equality/swedens-gender-equality-policy>
- Swedish International Development Cooperation Agency SIDA. (2015, March 2015). *Gender-Based Violence and Education*. Retrieved from <https://www.sida.se/contentassets/a3950e8788ec48a78218358a-0457fa63/genderbased-violence-and-education.pdf>
- Sylaska, K. M., & Edwards, K. M. (2014). Disclosure of intimate partner violence to informal social support network members: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(1), 3-21.
- The United Nations. (2015). *Sustainable development goals: 17 to transform our world*. Retrieved from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>

- True, J. (2012). *The political economy of violence against women*: Oxford University Press.
- UN Women. (2018a, 2018). *Turning promises into action: Gender equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Retrieved from http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/UNWOMEN_Turning_Promises_into_Actions_2018_Summary.pdf
- UN Women. (2018b). *Turning promises into action: Gender equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*: UN Women.
- United Nations General Assembly. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. UN General Assembly. Retrieved from <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>
- Uthman, A. O. (2011). *Attitudes towards and exposure to intimate partner violence against women in sub-Saharan Africa: contextual effects, neighbourhood variations and individual risk factors*: Inst för folkhälsovetenskap/Dept of Public Health Sciences.
- Walsh, E., Anders, K., & Hancock, S. (2013). *Understanding, attitude and environment: The essentials for developing creativity in STEM researchers*. *International Journal for Researcher Development*, 4(1), 19-38.
- Wasarhaley, N. E., Lynch, K. R., Golding, J. M., & Renzetti, C. M. (2017). *The impact of gender stereotypes on legal perceptions of lesbian intimate partner violence*. *Journal of interpersonal violence*, 32(5), 635-658.
- World Health Organisation. *Intimate partner violence Situation and trends*. Retrieved from http://www.who.int/gho/women_and_health/violence/intimate_partner/en/
- World Health Organisation. (2012). *Understanding and addressing violence against women*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77433/WHO_RHR_12.35_eng.pdf;jsessionid=EB09982574411D024C5B8E53EF3FF4C6?sequence=1
- World Health Organization. (1997). *WHO/WHD Violence against women: a priority health issue*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Gender, women and primary health care renewal: a discussion paper*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*: World Health Organization.
- Vung, N. D. (2008). *Intimate partner violence against women in rural Vietnam: Prevalance, risk factors, health effects and suggestions for interventions*: Institutionen för folkhälsovetenskap/Department of Public Health Sciences.
- Zacarias, A. E. (2012). *Women as victims and perpetrators of intimate partner violence (IPV) in Maputo City, Mozambique: occurrence, nature and effects*: Inst för folkhälsovetenskap/Dept of Public Health Sciences.