



Mitt hjärtas syster

Upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt bland kvinnor och interventioner anpassade för dem – en litteraturstudie

Linda Jolof
Patricia Rocca
Tommy Carlsson

Mitt hjärtas system

ISBN: 978-91-983684-4-4

Projektgrupp: Mitt hjärtas system

Författare: Linda Jolof, Patricia Rocca, Tommy Carlsson

Finansiering: Kommunförbundet Skåne och Region Skåne

Illustratör framsida: Yasmina Malmsten

Illustratörer i rapporten: Klara Nordin Stensö, Yasmina Malmsten

Grafisk form: Helene Heed, Heed & Heed AB

Tryck: Typografiska, 2022

Upplaga: 150 ex.

Rapporten går att ladda ner på www.rkh.se

Mitt hjärtas system

Upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt bland kvinnor
och interventioner anpassade för dem – en litteraturstudie

Förord

Alla riskerar våld i konflikter, men vi är vana vid mäns berättelser. Kvinnor finns ofta i bakgrunden, en del av kollektivet ”kvinnor och barn” som tycks skadas för att de var på fel plats, inte för vilka de är. Det värsta som hänt i många kvinnors liv tycks alltså egentligen inte ha hänt dem. Den här studien lyfter kvinnors utsatthet just för att de är kvinnor.

En tidigare patient berättade för mig om dagen beväpnade män kom till hennes hus för att våldta. De hade väntat tills hennes man lämnat hemmet på väg mot fronten. När hon sett dem komma över kullarna gömde hon sin sexåring i skafferiet. Under övergreppen tänkte hon en enda sak: Jag måste vara tyst så att min dotter inte kommer för att hjälpa. Hon levde sedan länge i fortsatt tystnad, efter att ha fått rådet av kvinnor med liknande erfarenheter, att inte berätta för maken: ”Om du berättar stärker du förövarens makt. Det är bäst för alla om du är tyst.” Kvinnorna insåg att trots att det var de som skadats, var övergreppen inte riktade mot dem. De blev måltavlor för att en make eller far skulle straffas. Syftet var att förnedra männen, att visa andra att de inte kunde skydda kvinnorna i deras liv. Därför valde brottsoffer att tiga, att inte söka stöd och vård – eftersom det var att gå förövarnas ärenden.

Litteraturstudien ”Mitt hjärtas syster” visar att konflikter förvärrar redan existerande strukturellt förtryck. Det sker i privata relationer – alltför ofta resulterar mäns skräck och maktlöshet i våld mot nära anhöriga. När en familj lyckas fly lägger män oftare det akuta hotet mot livet bakom sig, medan många kvinnor reser med det vid sin sida. På gruppnivå har kvinnor mindre makt och färre friheter, de få som finns kan vara länkade till en man. När exempelvis en make dödas försvinner många kvinnors skydd och resurser. Visst våld i konflikter är också medvetet riktat mot kvinnor. Mest välkänt är våldtäkt som vapen, som en medveten strategi för att döda ett folk. Relationer slits sönder när kvinnor våldtas, när de senare inte kan

söka sexuell närhet eller få barn, något som kan hindra inte bara familjebildning utan också äktenskap. Andra görs gravida av förövaren. På Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade träffar vi kvinnor som ser våldtäktsmannens anletsdrag växa fram i barnens ansikten.

I rapporten illustreras också den dubbla utsattheten – hur kvinnor upplever våld för att de är flyktingar och ytterligare övergrepp för att de är kvinnor. Sällan är det så uppenbart vad bristen på könsspecifika perspektiv kan innebära som när den trygga plats som ett flyktingläger borde vara, blir farlig för kvinnor på grund av brister i säkerhet och stöd. Ibland är det inte handlingar som leder till sjukdom och död, utan avsaknaden av anpassade insatser. Vi ser det som allra tydligast när tillgången till säker abort eller basal vård relaterat till graviditet får ödesdigra konsekvenser.

Jag är stolt över att "Mitt hjärtas syster" är Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabiliterings första projekt. Litteraturstudien aktualiserar vikten av att vård, exempelvis traumabehandling, anpassas till kvinnors förutsättningar. Avsaknaden av deras erfarenheter gör även att de strategier och resurser som litteraturstudien lyfter fram, kopplade till att vara kvinna, inte sprids. Den tystnad som patienterna begränsas av måste brytas. Det är forskningens och vårdens uppgift att efterfråga röster som sällan hörs.



Frida Johansson Metso

Leg psykolog, samordnare Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Vi vill tacka...

Vår handledare och medförfattare Tommy Carlsson för ditt driv och engagemang i projektet. Carlsson tackar Jolof och Rocca för ett trevligt, givande och lärorikt samarbete.

De handledare som var med under projektets start och första delstudie: Dr. Leah Emegwa Okenwa och Dr. Monir Mazaheri.

Frida Johansson Metso, samordnare vid Röda Korsets kompetenscenter, som sett till att såväl ekonomiska som praktiska frågor fallit på plats.

Anette Carnemalm, verksamhetschef för RKC Malmö, utan vilkens engagemang projektet aldrig kommit till stånd från första början.

Våra kollegor på RKC Malmö – alltid kloka och stöttande, ni är en enorm resursbank och källa till inspiration. Särskilt tack till Hawi Merdasa och Maite Zamakona, samt till Henrik Nilsson och Andreas Malm för ert tålamod och vägledning i forskningsfrågor.

Helene Heed och Helene Komlos Grill för insatser med layout.

Yasmina Malmsten och Klara Nordin Stensö för illustrationer som så fint fångat innehållet i våra resultat.

Karin Löfroth vid Södertörns högskolebibliotek för klok vägledning i sökningsproceduren för delstudie 2.

Tack till författarnas mammor, sambos, barn, katter och hundar, men också andra viktiga personer i livet – ni vet vilka ni är!

Och slutligen vill vi framföra det största av tack till alla de patienter som vi träffat under åren i vårt kliniska arbete på RKC Malmö. Utan era berättelser, och modet att framföra dem, hade idén till projektet aldrig fötts.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	6
Klinisk kontext för Mitt hjärtas system	9
Problemformulering.....	10
Syfte och frågeställningar.....	12
Metod.....	13
Studiedesign	13
Sökprocedur och screening.....	13
Delstudie 1.....	13
Delstudie 2.....	14
Analys	15
Delstudie 1	15
Delstudie 2.....	16
Resultat	17
Delstudie 1	17
Metodgranskning	17
Tematisk analys.....	19
Delstudie 2.....	30
Metodologiska egenskaper för inkluderade studier	30
Interventioner, utveckling och genomförbarhet.....	31
Hälsorelaterade utfallsmått och interventioners effekt.....	35
Diskussion	40

Metoddiskussion	45
Förslag på ytterligare forskning	48
Kliniska rekommendationer	49
Referenser	50
Bilagor	56

Definitioner av begrepp

Nedan är en presentation av definitioner av begrepp i rapporten. Flera är mångdimensionella och vissa saknar en tydlig konsensus. Fler definitioner än nedanstående är möjliga.

Begrepp	Definition
Copingstrategier	Medvetna och omedvetna strategier för att hantera stressfyllda och svåra situationer
Flyktning	Person som tvingats lämna sitt land och befinner sig på flykt oavsett anledning
Internflyktning	Person som är på flykt inom sitt eget ursprungsland
Intervention	Insats i syfte att åstadkomma en förändring
Krig och väpnad konflikt	Organiserat militärt våld för att nå politiska mål, vanligen mellan stater men även folkgrupper
Kvinna	En person som identifierar sig själv som kvinna
Kvalitativ forskning	Vetenskapliga metoder som hanterar icke-numerisk data, ofta människors upplevelser och erfarenheter
Kvantitativ forskning	Vetenskapliga metoder som hanterar numerisk data, ofta skattningar av hälsorelaterade utfallsmått
Könsbaserat våld	Våld som riktas mot kvinnor. Kan vara fysiskt, psykiskt, sexuellt och/eller ekonomiskt
Migration	Processen där människor flyttar från en plats till en annan oavsett skäl
Kamratstöd	Stöd mellan personer med liknande erfarenheter
Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	Psykiatriskt tillstånd som kan utvecklas efter att ha upplevt traumatiska händelser
Resiliens	Förmågan att mobilisera och använda sig av resurser för att hantera svårigheter
Tortyr	Att tillfoga någon allvarlig smärta eller svårt lidande i syfte att erhålla information eller bekännelse, för att utöva påtryckning, hota eller förnedra, utfört av offentlig tjänsteperson eller av någon som handlar som företrädare för det allmänna
Traumatisk händelse	En svår händelse där personen känner stark rädsla för sitt eget eller andras liv och välmående

Sammanfattning på lättare svenska

Kvinnor som är med om krig, tortyr och flykt har en risk att må dåligt. Den här rapporten är om dem. I två studier granskade vi den forskning som finns beskriven.

Den ena studien undersökte deras upplevelser före och under flykten. Forskningen vi hittade beskrev att kvinnornas livsvillkor förändrades när kriget kom. De upplevde diskriminering, våld och död. Samtidigt slet de för att överleva och ta hand om familj. Kvinnorna beskrev också stora konsekvenser för deras hälsa. Kvinnorna berättade om vad som hjälpte dem hantera svårigheterna. Stöd från andra och en inre kraft hjälpte dem.

Den andra studien undersökte insatser som testats i forskning. Insatserna skulle syfta till att hjälpa kvinnorna och förbättra deras hälsa. Det var lite forskning som hade undersökt vad som kan hjälpa kvinnorna. Den största delen hade testat insatsen i en mindre skala. Det var en stor variation av innehållet i insatserna. Mycket lite forskning hade utvecklat insatserna tillsammans med kvinnorna själva. På det stora hela hade insatserna en positiv effekt på deras hälsa och välmående.

Kvinnor som är med om krig, tortyr och flykt upplever många utmaningar. Samtidigt hämtar de styrka i sig själva och från andra. Det behövs mer forskning om vad som kan hjälpa kvinnorna att må bättre.

Svensk sammanfattning

Syfte: att syntetisera forskning om upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt bland kvinnor och kartlägga interventioner som forskning utvecklat och testat för att främja deras hälsa.

Metod: två litteraturoversikter genomfördes där 20,548 vetenskapliga artiklar screenades. Totalt inkluderades 26 kvalitativa studier och 13 interventionsstudier; analyserade med tematisk analys, matriser och summerande narrativ.

Resultat: kvinnors upplevelser syntetiserades i tre teman: (i) förändrade livsvillkor med utsatthet för diskriminering, våld och död, och strävan efter att överleva och ta hand om familj, (ii) hälsorelaterade konsekvenser till följd av utsatthet för utmanande och krävande situationer, samt (iii) resurser och strategier för att hantera svårigheter. De flesta interventioner testades i genomförbarhets- och pilotstudier där många olika tekniker och komponenter användes. Få studier samverkade med målgruppen. En betydande andel visade förbättringar efter exponering. Deltagare beskrev förbättrad hälsa, ökad egenmakt, minskning av stigmatisering och ökad kunskap.

Slutsats och rekommendationer: dessa kvinnor upplever många utmaningar samtidigt som de uppvisar motståndskraft. Forskning saknas om anpassade interventioner men visar lovande resultat. Framtida forskning bör involvera målgruppen, utforska kamratstöd, samt identifiera passande utfallsmått och interventionskomponenter. Kliniskt verksamma bör ta hänsyn till målgruppens komplexa problematik samt ta fasta på deras copingstrategier och resurser.

English abstract

Aim: to synthesize research about experiences of war, torture and/or forced migration among women, and map interventions developed and tested in research to promote their health.

Methods: two literature reviews were conducted, in which 20,548 articles were screened. In total, 26 qualitative studies and 13 intervention studies were included; analyzed using thematic analysis, tabulations and narratives.

Results: women's experiences were synthesized in three themes: (i) changing life conditions with exposure to discrimination, violence and death, and striving to survive and take care of family, (ii) health-related consequences resulting from exposure to challenging and demanding situations, and (iii) resources and strategies for coping with difficulties. Most interventions were tested in feasibility- and pilot studies, in which various techniques and components were used. Few studies involved or collaborated with the target audience. A considerable proportion showed improvements after exposure. Participants described improved health, increased empowerment, reduced stigma, and increased knowledge.

Conclusions and recommendations: these women experience many challenges while simultaneously showing substantial resilience. Research is lacking on tailored interventions, but studies show promising results. Future research should collaborate with the target audience, explore peer support, and identify suitable outcomes and intra-intervention components. Professionals should take the complex problems and challenges of the target audience into consideration while utilizing their coping strategies and resources.



Inledning

Väpnade konflikter är ett stort globalt problem och människor som bor i konfliktområden är särskilt utsatta för brott mot de mänskliga rättigheterna (1,2). Under 2021 var cirka 89 miljoner på flykt i världen till följd av förföljelse, krig/konflikt, våld eller andra brott mot mänskliga rättigheterna. Detta är en historiskt hög siffra. En stor del av de som tvingas till flykt tar sig till närliggande länder. Många är internflyktingar, vilka utgör mer än hälften av världens flyktingar (3). Färre än 10 procent av världens flyktingar, borträknat de som är internflyktingar, befinner sig i Europa (4). Andelen asylsökande i Sverige var 2021 cirka 11 400, varav närmare 40 procent kvinnor. Detta är den lägsta siffran under 2000-talet. Det finns flera möjliga förklaringar till detta, främst relaterade till politiska beslut och pandemirestriktioner. År 2021 kom majoriteten asylsökande i Sverige från Afghanistan, Syrien, Irak och Ukraina, vilka är länder som härjas av krig och väpnade konflikter (5). Antalet flyktingar i europeiska höginkomstländer förväntas öka under 2022 relaterat till det pågående kriget i Ukraina (3).

Bakgrund

En persons rätt att söka skydd från krig, väpnad konflikt och förföljelse står formaliserat i FN:s flyktingkonvention. Asylrätten är en grundläggande rättighet som ska säkras av de länder som skrivit under konventionen och som bland annat innefattar rätten till hälso- och sjukvård (6). Även arbetet för att säkra kvinnors rätt till vård står formaliserade i flera viktiga dokument. I Kvinnokonventionen fastställs att varje land som skrivit under konventionen ska arbeta för kvinnors rättigheter, i vilka ingår rätten till adekvat vård och främjandet av en god hälsa (7). Även i Förenta Nationernas (FN) agenda för hållbar utveckling understryks behovet av att arbeta för att säkra kvinnors rätt till en jämlik vård (8).

Ungefär hälften av alla flyktingar är kvinnor (3). Forskning indikerar att kvinnor med flyktingbakgrund bär på andra typer av traumatiska erfarenheter än motsvarande population män (9). En persons förutsättningar, möjligheter och begränsningar i samhället kan sällan förklaras av en isolerad dimension såsom könsidentitet. Intersektionalitet belyser hur olika maktordningar och diskrimineringsgrunder i en given kontext samvarierar och skapar unika förutsättningar, maktbalanser och ojämlikheter (10). Utöver könsidentitet behöver således hänsyn också tas till dimensioner såsom ålder, etnicitet, religions- och minoritetstillhörighet, migrationsstatus, sexuell läggning/orientering och/eller funktionsvariation. När flera av dessa maktordningar och diskrimineringsgrunder förekommer tillsammans riskeras exponering för fler stressorer och ytterligare utsatthet (10–12). Det strukturella våldet som såväl kvinnor som flyktingar utsätts för är ett exempel på detta, vilket kan uttryckas ännu starkare för den person som både är kvinna och flykting (13). Kvinnor kan således anses utgöra en

potentiellt särskilt utsatt grupp till följd av att de lever i samhällsstrukturer och maktordningar som försvårar för dem att hävda och tillvarata sina rättigheter (14).

Att leva i konfliktområden och/eller på flykt är associerat med en ökad risk för både kort- och långsiktiga hälsokonsekvenser (15). Personer med flyktningbakgrund uppvisar i hög omfattning symtom på till exempel posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depressiva tillstånd, ångesttillstånd och somatisering (16). Den psykiska ohälsan bland flyktingar har visats vara särskilt utbredd bland kvinnor (9,16). Hälsorelaterade konsekvenser av krig och/eller flykt är för kvinnor mångdimensionella och kan bli långtgående (15), med risk för såväl psykiska som somatiska sjukdomar. Efter att ha anlänt till ett värdland löper flyktingar högre risk att diagnostiseras med en kronisk sjukdom än de som inte är migranter (17). Flyktingar och asylsökande kvinnor har

även visats ha större risk att drabbas av allvarliga graviditetskomplikationer (18). Kunskapsbilden gällande erfarenheter bland flyktingar som är kvinnor, och de

”

Flyktingars tillgång till adekvat vård är begränsat på flera sätt, varav ett antal barriärer som identifierats är specifika för kvinnor

konsekvenser på hälsan som följer av dessa erfarenheter, har breddats och fått mer uppmärksamhet de senaste åren (15,19). Trots detta kvarstår fortfarande stora forskningsmässiga kunskapsluckor inom detta område.

(20). Exempel på möjliga barriärer är en lägre utbildningsgrad samt språkbarriärer. Även rent logistiska faktorer såsom möjligheten till barnpassning kan utgöra ett hinder (24). För att underlätta för kvinnor att komma i kontakt med och

tillgodogöra sig vården behöver dessa potentiella barriärer tas i beaktning. Vetenskapliga sammanställningar lyfter också att flyktingar som är kvinnor beskriver negativa erfarenheter av mötet med verksamma inom vården, såsom bristande kommunikation och diskriminering (18).

Forskning kring vad som hjälper flyktingar att utvärda i utmanande livsförhållanden har den senaste tiden fått större fokus. Resiliens, inom denna rapport bredd definierat som förmågan att mobilisera och använda sig av resurser för att hantera svårigheter, har visat sig vara en viktig faktor för den mentala hälsan (25). Forskningen är fortfarande begränsad gällande vilka faktorer som är viktiga för resiliens. Socialt stöd från familj och vänner verkar särskilt främja resiliens (26,27). Begreppet resiliens är omdiskuterat. Inom forskningen diskuteras risken att begreppet tolkas utifrån västerländska teoretiska ramar (25,28). Det behövs därför mer forskning för att förstå begreppet utifrån flyktingars individuella erfarenheter, värderingar och kultur, som kan se olika ut inom gruppen. Det behövs också mer forskning kring hur resiliens kan användas i behandlingssammanhang (28).

Det saknas forskning om vilka evidensbaserade interventioner som finns för flyktingar, inte minst interventioner anpassade efter kvinnors specifika erfarenheter och behov (29–31). Ett fåtal interventioner har idag vetenskapligt stöd för behandling av trauma hos flyktingpopulationen som helhet, bland annat Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Narrativ exponeringsterapi (NET) (32,33). Flera av interventionerna som används är dock endast inriktade på mental hälsa och tar inte hänsyn till den

komplexa problematik som följer av trauma eller de socioekonomiska svårigheter som kan uppstå i värdlandet (23). Få studier har testat interventioner utformade för kvinnor och existerande

interventioner är främst inriktade på psykosocialt stöd för kvinnor som befinner sig i flyktingläger (34). Flyktingar som är

kvinnor är en heterogen grupp med en stor variation bakgrunder, vilket kräver beaktande när interventioner utvecklas, testas och implementeras (34).

”

Få studier har testat interventioner utformade för kvinnor

Klinisk kontext för Mitt hjärtas system

Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade (RKC) i Malmö är ett av sex RKC i Sverige. Centren erbjuder specialiserad traumabehandling för personer med upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt, oavsett deras juridiska status. Patienterna är över 18 år och kommer i huvudsak från Afrika, Balkan och Mellanöstern. Under 2021 erbjöds cirka 1400 personer vård vid de sex centren. RKC Malmö är det största av centren som under 2021 erbjöd 306 personer vård (35). Vid Malmö-centret arbetar psykologer, fysioterapeuter, kuratorer, tolkar, administratörer, ansvarig för anhörigverksamheten och en läkare. Behandlingen sker såväl individuellt som i grupp. På flera behandlingscenter ingår även anhörigstöd samt barn- och familjeverksamhet i den ordinarie verksamheten (35).

På de olika RKC i Sverige behandlas personer med flyktingbakgrund. Patientgruppen utgörs av cirka 50 procent kvinnor, förutom i Malmö där representationen ligger på cirka

30 procent. Orsaken till denna kliniska underrepresentation är oklar. Ur ett kliniskt perspektiv har frågor väckts hur profilen av kvinnors traumarelaterade upplevelser ser ut, vilka svårigheter som kvinnor uttrycker och om den traumafokuserade vården är anpassad efter deras specifika förutsättningar och behov. Det är utifrån dessa frågor och bristen på forskning som föreliggande projekt bildades.

Projektet Mitt hjärtas system utgår från att alla personer i samhället har samma rättigheter till en god vård. Avsikten med projektet är att förvalta Kvinnokonventionens och FN:s mål gällande kvinnors rättigheter. Projektet avser bidra med fördjupad vetenskapligt förankrad kunskap om kvinnors utsatthet, resiliensstärkande resurser samt vilka interventioner som finns för målgruppen. Projektet sker mellan Svenska Röda Korsets behandlingscenter och Röda Korsets Högskola. Projektmedlemmarna representerar såväl klinisk expertis som vetenskaplig kompetens (Bilaga 1).

Problemformulering

Väpnade konflikter är ett stort globalt problem och hälften av världens flyktingar utgörs av kvinnor. Kvinnor med flyktingbakgrund har andra typer av traumatiska erfarenheter än motsvarande population män. Inte minst har en ökad våldsutsatthet bland kvinnor uppmärksammas, vilket kan relateras till en potentiell intersektionell utsatthet. Erfarenheter av att leva i konfliktområden och/eller på flykt är associerat med en ökad risk för hälsorelaterade konsekvenser och psykisk ohälsa efter att ha anlänt till ett värdland. Denna ohälsa har

”

Hälften av världens flyktingar utgörs av kvinnor

visats vara särskilt utbredd bland kvinnor. Trots att kvinnor utgör hälften av världens flyktingar är forskning som specifikt fokuserar på kvinnors

erfarenheter begränsad.

Flyktingar har generellt lite kontakt med hälso- och sjukvård trots ett behov av stöd, och flertalet barriärer som hindrar tillgång till god vård för flyktingar är specifika för kvinnor.

Samtidigt som forskning visar på betydande hälsorelaterade konsekvenser bland flyktingar har forskning också i allt högre utsträckning lyft deras resiliens. Forskningen är dock fortfarande begränsad gällande vad som stärker målgruppens resiliens och hur det kan utnyttjas inom hälso- och sjukvården.

Trots att kvinnors rätt till god vård är formaliserat i internationella dokument saknas det än idag kunskap om hur interventioner kan

anpassas efter deras specifika erfarenheter och behov. Det finns således ett behov av mer kunskap kring behandlingsinterventioner för att kunna utveckla hälso- och sjukvårdens förmåga att möta målgruppens behov och ta vara på deras resurser.

”

Trots att kvinnor utgör hälften av världens flyktingar är forskning som specifikt fokuserar på kvinnors erfarenheter begränsad

”

Trots att kvinnors rätt till god vård är formaliserat i internationella dokument saknas det än idag kunskap om hur interventioner kan anpassas efter deras specifika erfarenheter och behov

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet var att syntetisera forskning om upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt bland kvinnor och kartlägga interventioner som forskning utvecklat och testat för dem. Det specifika syftet i delstudie 1 var att sammanfatta och analysera kvalitativ forskning som utforskat upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt bland kvinnor i och från länder i Afrika, Balkan och Mellanöstern (inklusive Afghanistan). Det specifika syftet i delstudie 2 var att kartlägga interventionsstudier som genomförts för att förbättra och främja hälsan bland kvinnor inom målgruppen. Följande frågeställningar hanterades i delstudie 2:

1. Vilken metod har använts i interventionsstudier?
2. Vilka komponenter har ingått i interventioner, hur har de utvecklats, och vad är rapporterat om genomförbarheten?
3. Vilka hälsorelaterade utvärderingar har genomförts och vad har rapporterats gällande interventionseffekten?

Metod

Studiedesign

Delstudie 1 var en systematisk litteraturoversikt av kvalitativa studier och delstudie 2 var en kartläggande litteraturoversikt (engelska: *scoping review*), se Tabell 1. Interventionsstudier är vetenskapliga utvärderingar av en insats som avses leda till en förändring, inom hälsovetenskaper ofta med ett fokus mot hälsorelaterade utfallsmått och/eller kvalitativ data.

Tabell 1. Översikt av metoder i delstudie 1 och 2.

Studie	Design	Fokus	Sökningar	Analys
1	Systematisk översikt av kvalitativ forskning	Upplevelser	Tre databaser och manuella sökningar	Kvalitetsgranskning och tematisk analys
2	Kartläggande översikt av interventionsforskning	Interventioner	Fem databaser och manuella sökningar	Systematisk sammanställning och narrativ analys

Sökprocedur och screening

Delstudie 1

Sökningar genomfördes i tre databaser: CINAHL, PsycINFO och PubMed, vilka valdes för att de indexerar vetenskapliga artiklar inom för syftet relevanta ämnesområden. Sökningarna genomfördes i september 2021 och föranleddes av pilotsökningar för att identifiera relevanta sökord. Genom dessa och påföljande diskussioner beslutades om en kombination av fritextord som användes i databaserna (Bilaga 2). Manuella sökningar genomfördes, där referenslistor och

listor för citerande artiklar genomsöktes. Studier med enbart fokus på postmigratoriska upplevelser exkluderades.

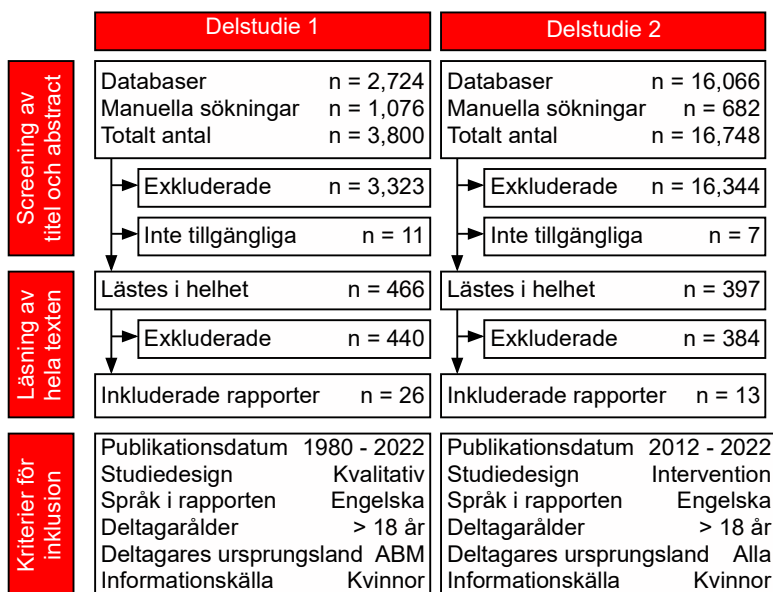
Jolof och Rocca granskade sökträffarna utifrån titel och abstract oberoende av varandra. Dessa bedömningar jämfördes sedan. Artiklar som de enades om lästes i sin helhet och diskuterades tills sammanstämmighet uppnåddes. Artiklar som identifierats genom manuella sökningar inkluderades genom samma förfarande. Osäkra fall diskuterades med Carlsson, Emegwa Okenwa och Mazaheri. Totalt screenades titlar och abstracts från 3,800 artiklar, efter genomläsning inkluderades totalt 26 artiklar (Figur 1).

Delstudie 2

Sökningar genomfördes i fem databaser: AMED, CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO och PubMed. Dessa valdes för att de indexerar vetenskapliga interventionsstudier inom relevanta ämnen. Sökningarna gjordes i februari 2022. Söktermer identifierades genom pilotsökningar och påföljande diskussioner. Den slutgiltiga kombinationen togs fram med informationsspecialist vid bibliotek, vilken anpassades med hänsyn till struktur och indexering inom respektive databas (Bilaga 2). Manuella sökningar genomfördes, där referenslistor och listor för citerande artiklar genomsöktes. Artiklarna kunde ha kvantitativ, kvalitativ, eller mixad ansats och deltagarna skulle ha psykisk ohälsa relaterat till krig, tortyr och/eller flykt. Farmakologiska eller kirurgiska interventioner exkluderades.

Sökträffar importerades till Rayyan (36) där Jolof och Rocca genom en blindad process granskade samtliga utifrån titel och abstract. Bedömningarna jämfördes sedan, där fall som bedömts olika eller var osäkra diskuterades till samstämmighet uppnåddes. I de fall samstämmighet inte kunde uppnås fördes

diskussioner med Carlsson. Jolof och Rocca granskade kvarvarande artiklar i sin helhet, först oberoende av varandra för att sedan diskutera tills sammanstämmighet uppnåddes. Artiklar som identifierades genom manuella sökningar inkluderades genom samma förfarande. Svårbedömda fall diskuterades tillsammans med Carlsson. Totalt screenades 16,748 artiklar, varav totalt 13 inkluderades (Figur 1).



Figur 1. Identifiering av artiklar i delstudie 1 och 2.

ABM: Afrika, Balkan och Mellanöstern.

Analys

Delstudie 1

Artiklarnas metodrapportering granskades av Jolof och Rocca utifrån mall från SBU (37). Bedömningarna granskades av Carlsson och diskuterades mellan projektmedlemmarna.

Kvalitativa resultat analyserades genom tematisk analys (38). Analysprocessen genomfördes av Jolof och Rocca först individuellt och sedan gemensamt till samstämmighet uppnåddes. Det övergripande analysförfarandet var iterativt och involverade samtliga projektmedlemmar. Ett induktivt förhållningssätt applicerades, vilket innebar att analysen baserades på materialet och inte styrdes av någon teori eller modell. Efter genomläsning av artiklar upprepade gånger extraherades koder som grupperades i övergripande teman och underteman, vilka beskrev ett återkommande innehåll i materialet. Under påföljande steg förfinades och definierades preliminära teman och underteman ytterligare tillsammans med övriga projektmedlemmar. Det slutliga steget innebar att resultatet sammanställdes i helhet, inklusive illustrativa citat.

Delstudie 2

Inkluderade artiklar lästes noggrant upprepade gånger för att sedan sammanfattas vad gäller metod och resultat. Rapporterade metoder och resultat avseende interventionens effekt extraherades in i matriser och bearbetades utifrån narrativ analys (39). Kvantitativa data bearbetades för att skapa tabeller och narrativ, där resultaten syntetiserades och presenterades som en helhet. Domäner som illustrerade kluster av gemensamma karaktärsdrag gällande metodik och interventioner identifierades. Konceptuella matriser över innehållet och resultaten skapades slutligen. Kvalitativa resultat analyserades tematiskt genom en induktiv process där återkommande teman i texten identifierades, sammanställdes och grupperades genom diskussioner författarna emellan tills samstämmighet uppnåddes.



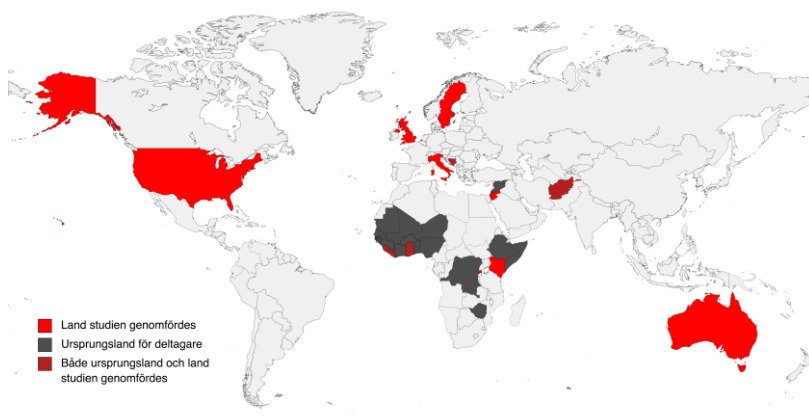
Resultat

Delstudie 1

Metodgranskning

Artiklarna var publicerade mellan 2006 och 2022 (40–65), varav 12 publicerades 2019 eller senare (Figur 2). Data samlades främst in genom individuella intervjuer (n=16). Deltagarna, vars ålder varierade mellan 18 och 80 år, hade främst rekryterats genom strategiskt urval (n=10). Deras ursprungsland var Palestina (n=4), Somalia (n=4), Afghanistan (n=2), Bosnien (n=2), Syrien (n=2), Västafrika (n=2), Etiopen (n=1), Ghana (n=1), Nigeria (n=1) och Rwanda (n=1). Deltagares migrationsstatus var flyktingar (n=6), asylsökande (n=1), internflyktingar (n=1), permanent uppehållstillstånd i värdlandet (n=1), återföreningsmigranter (n=1) eller återvändande flyktingar (n=1). Totalt användes fem olika analysmetoder. Metodgranskningen visade att 17 artiklar hade små eller obefintliga metodologiska brister och nio hade måttliga brister. Majoriteten hade acceptabla eller oklara

brister vid granskning av studiens underliggande ramverk eller teori (n=24), hur urvalet gjorts (n=20), hur datainsamlingen genomförts (n=16), hur resultaten analyserats (n=22), samt vilken forskarens roll var i studien (n=15).



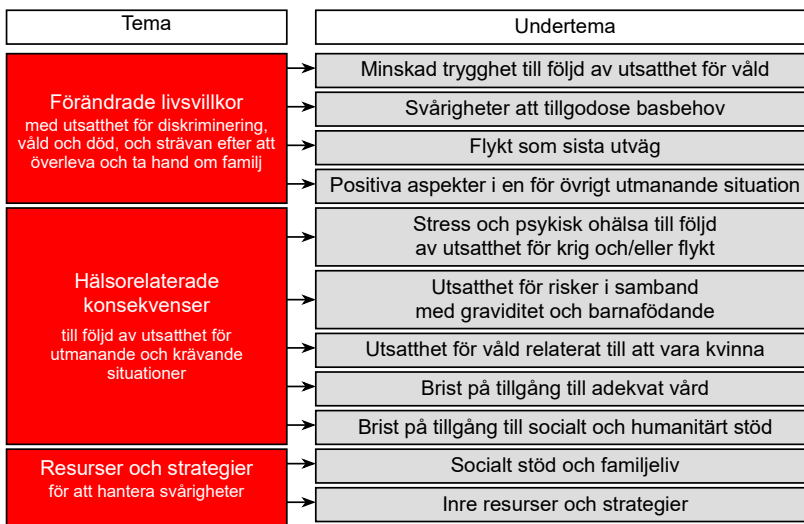
Studie	Land/område för studien (Deltagares ursprungsland/område)	Migrationstatus	Rekrytering	Datainsamling
[40]	Israel (Palestina)	Oklart	Strategisk	IN
[41]	Jordanien (Somalia)	Flyktingar	Strategisk	IN
[42]	Jordanien (Somalia)	Flyktingar	Strategisk	IN
[43]	Australien (Västafrika)	Flyktingar och ÅM	Bekvämlighet och	IN
[44]	Sverige (Somalia)	Permanent uppehållstillstånd	Strategisk	IN
[45]	Sierra Leone och Liberia (Västafrika)	Oklart	Oklart	IN och FG
[46]	Kenya (Somalia och Etiopien)	Flyktingar	Snöboll	IN och OB
[47]	Afghanistan (Afghanistan)	Oklart	Bekvämlighet	IN
[48]	Ghana (Ghana)	Oklart	Bekvämlighet	FG
[49]	Rwanda (Rwanda)	Oklart	Strategisk	IN
[50]	Jordanien (Syrien)	Flyktingar	Oklart	IN
[51]	Jordanien (Syrien)	Flyktingar	Oklart	IN
[52]	Bosnien (Bosnien)	Internflyktingar	Strategisk	IN och OB
[53]	Afghanistan (Afghanistan)	Återvändande flyktingar	Oklart	IN
[54]	Oklart (Bosnien)	Oklart	Oklart	IN
[55]	Gaza (Palestina)	Oklart	Strategisk och snöboll	DB och IN
[56]	Palestina (Palestina)	Oklart	Oklart	FG och OB
[57]	Italien (Nigeria)	Asylsökande	Oklart	IN
[58]	Gaza (Palestina)	Oklart	Oklart	NT
[59]	Rwanda (Kongo)	Flyktingar	Strategisk	IN
[60]	Storbritannien (Somalia och Zimbabwe)	Flyktingar	Strategisk	IN
[61]	USA (Bosnien)	Flyktingar	Bekvämlighet	IN
[62]	Gaza (Palestina)	Oklart	Strategisk och snöboll	IN
[63]	Gaza (Israel)	Oklart	Bekvämlighet och	ÖE och IN
[64]	Israel (Palestina)	Oklart	Oklart	IN
[65]	Rwanda (Rwanda)	Oklart	Oklart	IN

Figur 2. Sammanfattning av metoder för studier i delstudie 1.

DB: Dagböcker; FG: Fokusgrupper; IN: Intervjuer; NT: Narrativa tidslinjer; OB: Observationer; ÅM: Återvändande migranter; ÖE: Öppna enkätfrågor

Tematisk analys

Den tematiska analys som gjordes resulterade i tre teman och 11 underteman (Figur 3).



Figur 3. Identifierade teman och underteman i delstudie 1.

Tema 1: Förändrade livsvillkor

Det första temat hanterar den stora förändringen i livsvillkor som följde av krig och väpnad konflikt. Kvinnorna beskrev en ökad utsatthet för diskriminering, våld och död. Samtidigt fanns en stråvan efter att överleva och ta hand om sin familj. Temat illustreras av fyra underteman.

Minskad trygghet till följd av utsatthet för våld

Kvinnorna upplevde att livet gick från trygghet till otrygghet i samband med att kriget startade (41,43,44,48,51,54,58,60–65). Otryggheten utgjordes av att våld blev alltmer vanligt, på såväl individnivå som på samhällelig nivå. Otryggheten

berodde också på att sådant som tidigare varit förknippat med trygghet längre inte kunde erbjuda skydd (46,55,56,63). Våldet tog sig uttryck på många sätt, bland annat i hot både mot kvinnan själv (46) men också mer generellt (44) genom till exempel skjutningar och bombningar, tortyr, sexualiserat våld, stölder, mord och godtyckliga arresteringar (44,46,48,50,51,53–55,57,58,60,62–64). Kvinnorna bevitnade hur samhället bröts ned och förstördes (46,49,51) och de tvingades bevittna avrättningar (54), massmord, övergrepp och sexualiserat våld mot familjemedlemmar och grannar (44,50,54,56,60). Situationen gjorde att det blev svårt att upprätthålla dagliga rutiner, till exempel arbete (42,51,53), och ledde till att känslan av hopp minskade (58,62,65).

Utsatthet för krig innebar splittrade familjerelationer (41–45,48,51–54,58,60,62,64) och att rollerna eller dynamiken inom familjen förändrades (42,64), till exempel till följd av den skam kvinnorna kände efter att ha blivit utsatta för övergrepp (40,44,60,62). Utsatthet för krig innebar också en risk att förlora familjemedlemmar, vilket kunde innebära att kvinnan ensam fick bära ansvaret att ta hand om barn och övrig familj (43,44,48,49,54,56,59,60,62–65). Våldet som de utsattes för kunde baseras på etnicitet, folkgruppstillhörighet och/eller religion (40,46,49,54). I de fall kvinnan engagerat sig politiskt kunde vänner distansera sig från dem (51) eller så utsattes de för våld som följd (60).

För de som tvingades till flykt fortsatte svårigheterna då flykten ofta gick genom utmanande och krävande miljöer (43,51–54,57), bland annat öknar, skogar, och hav (43,52,54,57). Flykten kunde ske genom såväl legala som illegala färdvägar, och var ofta förenad med stora faror och utsatthet för våld, till exempel i samband med gränsövergångar eller efter passagen

över till ett annat land (51,53,57). Även vädret kunde utgöra stora utmaningar under flykten, något som förstärktes när de tvingats fly endast med det allra mest nödvändiga (51,52,54).

"She goes on to provide details of the first attack on her village; how she became separated from her family; how she saw family members, relatives and neighbours killed; and how she was taken to a house where she was kept prisoner." (54, s. 18)

Svårigheter att tillgodose basbehov

Krig och medföljande förstörd infrastruktur försvårade tillgången till basala och sanitära förnödenheter som mat, vatten, elektricitet, bränsle och fungerande avlopp (42,52,55,56,59). Bristen på förnödenheter och alternativ till dessa ledde till en sorg över att inte kunna erbjuda sina barn mer än det absolut nödvändiga (44,59). Kvinnorna kände maktlöshet när de såg sina barn rädda eller när de upplevde att kriget frantog barnen deras rätt att vara just barn utan att själva kunna påverka detta (56). Att leva i krig innebar också en stress relaterad till socioekonomi så som ökad arbetslöshet, svårigheter att försörja sig och en oförmåga att upprätthålla en tidigare livsstil (42,44,50,53,58). Ibland tvingades de fly till tillfälliga boenden som var trånga, kändes otrygga och som inte erbjöd någon möjlighet till privatliv (55,58). I de fall kvinnorna flytt och levde i flyktingläger upplevde de stora utmaningar i form av matbrist, bristande sanitära förhållanden samt otillräckligt skydd för sig själv och sina familjer (41–43,46,48,51).

"Women's narratives about powerlessness in terms of not being able to meet their children's basic requirements, particularly for education and healthcare, reflected considerable psychological pain." (56, s. 12)

Flykt som sista utväg

När det inte återstod några andra alternativ för att söka skydd undan våldet tvingades kvinnor att fly (43,44,50,51,53). Kvinnorna tvingades till flykt när samhällsfunktioner bröts ned och basala förnödenheter inte längre fanns att tillgå (48). De flydde på grund av en längtan efter fred och frihet (44). Att tvingas till flykt innebar att ofrivilligt bryta upp från den normala livssituationen (51) och att ge upp det de ägde (48,52,54). För att fatta beslutet att fly tog de hjälp av sina sociala nätverk (48), inklusive den egna familjen (44), och beaktade även hur andra gjorde (51). För somliga var beslutsprocessen svår när de var oense med andra familjemedlemmar om vad de skulle göra. Detta kunde innebära att de behövde övertala övriga familjemedlemmar att fly, eller att de beslutade sig för att fly ensamma och lämna kvar familjemedlemmar (51).

"The decision to migrate was mostly a joint family agreement. The primary focus was the future of their children and the wellbeing of the larger family." (44, s. 5)

Positiva aspekter i en för övrigt utmanande situation

Även om de svårigheter och utmaningar som kvinnorna upplevde i samband med krig och/eller flykt var framträdande beskrevs även aspekter som var positiva. Somliga fick i samband med en förändrad familjestruktur eller förändrade roller inom familjen ett utökat ansvar inom familjen. Detta kunde leda till en känsla av ökad egenmakt, en större självständighet eller en möjlighet att ifrågasätta traditionella könsroller (45,53,60,63,63). För somliga innebar också upplevelser av att leva i krig och/eller flykt att relationen till den egna familjen blev närmare (55,58,63) eller att de upplevde en ökad förmåga till empati med andra som befann sig i en liknande situation (63). Vissa upplevde det som positivt att

deras religiösa tro eller ideologiska övertygelse stärktes (55,58,63).

"Across all of the four research locations, participants described how, during the war, women took responsibility for their families and became less dependent on men. This continued after the war, and women became more confident and more willing to challenge their partners." (45, s. 8)

Tema 2: Hälsorelaterade konsekvenser

Det andra temat hanterar de hälsorelaterade konsekvenserna som beskrevs av kvinnorna. Detta var en röd tråd genom artiklarna, vilka rapporterade flertalet psykosociala och fysiska konsekvenser. Många av dessa är specifika för kvinnor och ger uttryck för en intersektionell utsatthet och diskriminering. Temat illustreras av fem underteman.

Stress och psykisk ohälsa till följd av utsatthet för krig och/eller flykt

Att tvingas fly och att leva på flykt innebar en negativ påverkan på kvinnornas hälsa då det ledde till stress, psykisk ohälsa och känslor av rädsla och otrygghet (48,50,51,53,59,61–63). En exponering för svåra situationer, såsom att tvingas bevittna andra människor dö eller utsättas för våld, gjorde att de fruktade för det egna livet (57). Att det i huvudsak var kvinnorna som tog det stora ansvaret för andra människor under flykten, i synnerhet de egna barnen, ledde till stark stress (51,52). Att leva i en krigskontext eller att vara på flykt kunde leda till en känsla av identitetsförlust eller svårigheter att acceptera en ny identitet (43,57,61). Det kunde också innebära utmaningar att anpassa sig till nya förutsättningar och miljöer (42,50,53,61). Tankar på livet innan kriget eller flykten kunde leda till känslor av sorg eller tomhet (50,51,53,60,61,65). Kvinnor som levde i flyktingläger

upplevde dessa som otrygga och ogästvänliga eftersom det ofta rädde svåra förhållanden inom lägren (41,43,46,51,59,61). Detta skapade ohälsa i form av ångest, stark stress och rädsla (50,59). Måendet försämrades ytterligare i de fall flyktinglägret låg nära de områden som man flytt ifrån eller där det pågick väpnade konflikter.

"Women feared the general atmosphere in the camp and found it difficult to witness other refugees' miseries." (51, s. 8)

Utsatthet för risker i samband med graviditet och barnafödande

Att vara gravid och att föda barn under krig eller flykt innebar en särskilt utsatt position (44,46). Riskerna och utsattheten ledde till känslor av otrygghet och kvinnorna behövde i vissa fall vidta särskilda

försiktighetsåtgärder.

Gravida beskrevs som en särskilt utsatt grupp eftersom de bland annat löpte en hög risk att

”

Att vara gravid och att föda barn under krig eller flykt innebar en särskilt utsatt position

utsättas för våld och våldtäkt (46). Deltagare beskrev att våldet mot gravida kunde vara så allvarligt att det resulterade i livshotande konsekvenser för det väntade barnet och kvinnan själv (46). Kvinnor mötte även avsevärda svårigheter eftersom tillgången till adekvat vård under graviditet och vid barnafödande var mycket begränsad. Bland annat innebar deras situation en risk att föda barn utan professionellt stöd eller att inte ha tillräcklig möjlighet att återhämta sig efter barnafödelsen (44,46,51,52). Under flykten var det även svårt att upprätthålla amning och att på andra sätt ge sina barn den föda som de behövde (44,52).

"Women also cited direct impacts of insecurity on pregnancy, as a few women openly spoke about 3 instances of seeing (or experiencing) a pregnant woman being beaten by a security guard, staff member, or policeman at the ration center or food distribution center. In all of the accounts of these instances, the pregnancy ended in a miscarriage, still birth, or neonatal death." (46, s. 11)

Utsatthet för våld relaterat till att vara kvinna

Utöver det allmänt pågående våldet i samband med krig och flykt var kvinnor särskilt utsatta för ytterligare våld i såväl privata som offentliga miljöer (42,44–55,57,59,60). Våldet utfördes av företrädare för stat/regim, militär, och/eller civila personer (44,51,54). Att leva i krig eller på flykt innebar även en ökad risk att utsättas för våld eller hot om våld inom familjen, i synnerhet från sina makar (41,42,45,47,60). Det innebar också en begränsning av kvinnors levnadsutrymme, frihet och tillgång till det offentliga rummet (44,60,64,65). En anledning till detta kunde vara att redan befintliga patriarkala strukturer i samhället förstärktes i samband med den instabilitet som uppstod till följd av krig (44). En annan anledning kunde vara att kvinnor begränsades till följd av hur männen i deras närhet reagerade på situationen (42,45–47). Makar använde sig till exempel av våld för att säkra sin plats som familjens överhuvud efter det att kvinnorna uppnått större självständighet (45). Kvinnor isolerades från omvärlden och de dagliga aktiviteterna som en strategi för att skydda dem från risken att utsättas för sexualiserat våld. Detta skedde ibland på initiativ av deras makar, men ibland var det deras eget val (41,42,44,46,48). Utsattheten och risken för våld ledde till känslor av stark rädsla och panik, otrygghet och sorg (46,55,62). Det innebar också olika fysiska konsekvenser, som till exempel smärta (50) eller försämring av kroniska sjukdomar (42). Om deras makar dog kunde det innebära en förlust av den person som ansågs vara familjens beskyddare. Det

utsatte dem för ytterligare risker, så som påtvingat äktenskap. Även andra ogifta utsattes för tvångsäktenskap (64).

"Eight of the women reported emotional abuse from their husbands prior to the war. Of those, five reported that the abuse became physical after the war had begun. The women who had been physically abused prior to the war reported an increase in frequency and intensity after the war began." (42. s. 4)

Kvinnor beskrev risk för att de själva eller deras döttrar kunde utsättas för sexualiserat våld, både under krig och flykt.

Våldtäkter och sexuella trakasserier kunde vara enstaka eller upprepade (40,42–44,46,49,54,57,59,60,65). Såväl soldater som civila använde våldtäkt som ett sätt att förnedra och sprida skräck (49,54,59).

De kvinnor som hade utsatts för sexualiserade övergrepp möttes av en tystnadskultur, där stigmat kring utsattheten gjorde att

”

Såväl soldater som civila använde våldtäkt som ett sätt att förnedra och sprida skräck

de drabbades av exkludering från familjen och/eller samhället i stort (41,44,46,49,54,60,65). I samband med en graviditet fanns det begränsade möjligheter att genomgå inducerad abort eller att få juridiskt stöd (44).

"Fatuma and other women from her village were raped by postpubescent in front of the members of their community, in the presence of their own husbands and children." (49, s. 3)

Bristande tillgång till adekvat vård

Tillgången till adekvat vård påverkades på flera sätt av att befinna sig i krig eller på flykt. Det påverkade den ekonomiska situationen för familjer vilket försvårade för dem att söka vård (42,50). Nedbrytandet av samhällets funktioner ledde också till att vårdinrättningar och/eller läkemedel inte fanns tillgängliga,

samt att sjukvården inte hade resurser att möta de behov som fanns inom befolkningen (44,46,50). Det stigma som kringgärdade mental ohälsa eller kvinnornas egna mående hindrade dem också från att söka vård (50). Svårigheterna att få tillgång till adekvat vård under graviditet och förlossning innebar i sig en hälsorisk och ökad risk för ångest (46,51). I kontakten med sjukvården hände det att kvinnorna utsattes för ett respektlöst och inhumant bemötande av personalen (46).

"Barriers to obtaining health services contained internal and external aspects ranging from personal to interpersonal to socio-economic barriers." (50, s. 6)

Bristande tillgång till socialt och humanitärt stöd

Bristande socialt stöd från släktingar (53), statliga och humanitära organisationer (44,50,60,64) och religiösa institutioner beskrevs (65). Förändrade relationer till familjen och de sociala nätverken, samt bristen på övrigt socialt stöd, bidrog till känslor av isolering, främlingskap och socialt utanförskap (41,58,62). Det bidrog också till känslor som skam, skuld, ensamhet och hopplöshet (60,65). Kvinnor som levde i flyktingläger upplevde att personalen saknade resurser att erbjuda dem det stöd som de behövde. Ibland var det just personalen som utgjorde ett hot mot kvinnorna och kunde bli våldsamma mot dem (46).

"Camp staff and security personnel contribute in 2 ways to feelings of insecurity within public spaces, by direct harmful actions towards refugees and by the lack of action taken for refugee complaints." (46, s. 11)

Tema 3: Resurser och strategier

Det tredje temat hanterar de resurser och strategier som kvinnorna hade för att kunna handskas med de svårigheter som de upplevde. Detta innefattade såväl externa som interna resurser. Temat illustreras av två underteman.

Socialt stöd och familjeliv

Sociala nätverk var viktiga under tiden de levde i krig, men också före, under och efter flykt (41,43,44,53,55,59,60,64). Sociala kontakter erbjöd ett utbyte av såväl instrumentellt som informativt och/eller emotionellt stöd (44,59). Detta inkluderade ett ömsesidigt stöd mellan kvinnor som befann sig i liknande situationer (55,60–62,64). Det sociala stödet var särskilt viktigt i situationer som innebar en ökad sårbarhet, bland annat i samband med graviditet och förlossning (44). En annan källa till stöd var de egna familjerelationerna som erbjöd psykologisk lindring och mildrade den psykologiska stressen (55,58,60–62,64). Kvinnorna höll ihop familjen (53) och använde den som en källa till kraft och stöd för att orka hantera de utmaningar som uppstod (50,53,55,59,60,64). Moderskap och viljan att värna och skydda sina barn beskrevs som viktig källa till resiliens och handlingskraft (43,44,52,55–60,64).

"Women mentioned social and family ties as vital resources for coping with traumatic realities. Family and friends were considered by women as resources for coping with systematic violence and structural discrimination." (58, s. 11)

Inre resurser och strategier

I samband med de svårigheter de upplevde försökte kvinnorna upprätthålla det vardagliga livet så långt det var möjligt (44,55,62–64). Detta gjorde de exempelvis genom att fortsätta med sina dagliga rutiner (63) eller genom att samla familjer för att fira bröllop och andra högtider (62). Genom att använda sig

av sin religiösa och/eller ideologiska tro (41,43,44,50,53,55,58–64), försöka säkra möjligheten till utbildning och arbete (58), eller genom att använda sig av lek, humor och optimism (58,63) fortsatte de att hoppas på en bättre framtid (38,40,41,47,50,52,55–61).

Andra exempel på copingstrategier var att upphöra med aktiviteter som innebar särskilda utmaningar, till exempel att sluta besöka fängslade släktingar (40). Det hände också att de använde sig av copingstrategier som innebar att skada sig själva eller andra. De kunde till exempel bli våldsamma mot sina barn eller utveckla självskadande beteenden (41). Andra strategier var att bli uppgivna, passiva, att dölja sina känslor för omgivningen (41,44,52,56) eller att vara vaksamma (53).

Vissa uppvisade också uppfinningsrikedom i sina copingstrategier, till exempel för att få sina makar att bli mindre våldsamma i syfte att skydda sig själva och andra som de älskade (41,48,59). Genom uppfinningsrikedom och kreativitet, och genom att visa motstånd, tog kvinnor kontroll över sina liv. De hittade nya sätt att försörja sig på (43,52,53,59,60) och skapade trygga platser för sig själva och sina familjer (44,46,63). När det behövdes startade de om sina liv på nytt (55) och engagerade sig för något de trodde på, till exempel politiskt, vilket främjade deras känsla av självständighet och egenmakt (40,55,63).

"At the same time, despite the ongoing and extreme living conditions, women described continuous attempts to normalize their daily routines in an environment perceived as insecure and threatening. They described themselves as competent in mastering how to cope with ongoing occupation and political oppression." (58, s. 11)

Delstudie 2

Metodologiska egenskaper för inkluderade studier

Studierna var publicerade mellan 2013 och 2022 (66–78), med kvantitativ (n=9) (66,68,69,72–77), kvalitativ (n=2) (70,78) eller mixad metod (n=2) (67,71). Två artiklar utvärderade samma interventionsstudie (72,78) medan två artiklar utvärderade samma intervention men i olika kontexter och för olika deltagare (71,73). Majoriteten var pilot- eller genomförbarhetsstudier (n=5) (67,68,71,74,76) och/eller randomiserade kontrollerade studier (n=4) (68,73,75,77). Nio hade minst en kontrollgrupp (66,68,69,71–75,77), medan fyra saknade någon kontrollgrupp (67,70,76,78). De vanligast förekommande urvalsmetoderna var bekvämlighetsurval (n=8) (67–69,71,72,74–76), snöbollsurval (n=2) (74,75) eller genom olika randomiseringstekniker (n=2) (73,77). I de fall som kontrollgrupp användes fördelades deltagarna genom randomisering (n=7) (66,68,71–74,77), bekvämlighet (n=1) (75) eller kvasi-randomisering (n=1) (69). Tio olika interventioner identifierades i artiklarna (Tabell 2). Alla interventioner utom en baserades på olika typer av gruppmedverkan.

Figur 4 presenterar en sammanfattning av metoder. Studierna genomfördes i Nordamerika (n=4) (67,72,74,78), Asien (n=3) (71,73,75), Mellanöstern (n=3) (66,68,70), Afrika (n=1) (77), Europa (n=1) (69) och Sydamerika (n=1) (76). Sammantaget analyserades data baserat på 1862 deltagare. Av dessa fördelades 969 till intervention och 893 till kontroll. Deltagarantalet varierade mellan tre och 694, med medianen 59. I de fall migrationsstatus rapporterats var deltagarna flyktingar eller asylsökande (n=9) (66–68,70,72,74,75,77,78) alternativt internflyktingar (n=2) (71,76).

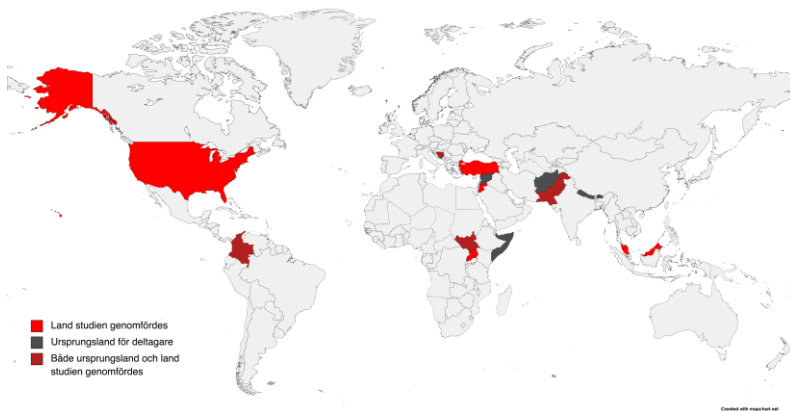
Tabell 2. Översikt över identifierade interventioner.

Intervention	Form	Fokus
Intervention Counseling Program (66)	Grupp	Främlingskap, sorg och förlust, hopp och hopplöshet samt psykisk ohälsa
Healthy Sudanese Families Intervention (67)	Grupp	Psykoedukation om stress, trauma och våld, färdighetsträning, fysisk aktivitet och förändringsarbete
Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy (68,75)	Grupp	Psykoedukation om traumarelaterad ohälsa, träning i känsloreglering, avslappning och medveten närvaro
Dialogical Exposure Therapy (69)	Grupp	Bearbeta sorg efter makar som dött/försvunnit i samband med krig
Theatre of the Oppressed (70)	Grupp	Utforska rollförändringar och posttraumatisk utveckling
Group Problem Management Plus (71,73)	Grupp	Psykoedukation, träning i problemlösning och beteendeaktivering
Financial Literacy Plus/Social Enterprise (72,78)	Grupp	Privatekonomi, entreprenörskap och att sälja egentillverkade halsdukar
Somali Health Realisation (74)	Grupp	Främja copingstrategier
Interpersonal Counseling (76)	Individ	Lära sig hantera oro och depression till följd av negativa livshändelser
Self Help Plus (77)	Grupp	Träning i medveten närvaro och medkänsla samt att identifiera och praktisera sina livsvärden

Interventioner, utveckling och genomförbarhet

Interventionskomponenter

Interventionerna hölls i huvudsak av kvinnor, facilitatorer, och/eller kamratstödjare (n=6) (68,71,73,75–77) men även forskare (n=3) (67,70,75), psykologer och/eller specialister i traumapsykologi (n=3) (66,69,70), personal på vidarebosättningsenheter (n=2) (66,69), experter (n=1) (67) och/eller studenter (n=1) (76). Nio studier erbjuder de som höll interventionerna handledning (68,69,71–73,75–78) och i tre användes tolkar/översättare (67,72,78). Antalet sessioner var mellan fem till 24, innefattande en till två sessioner per vecka och där respektive session varade en till tre timmar.



Studie	Land/område för studien (Deltagares ursprungsland/område)	Migrationstatus	Studie-design	Intervention
I66I	Jordanien (Syrien)	Flyktingar	KE	Intervention Counseling Program
I67I	USA (Svdsudan)	Flyktingar	PG	Healthy Sudanese Families Intervention
I68I	Turkiet (Syrien)	Flyktingar	PG, RCT	Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy
I69I	Bosnien (Bosnien)	Oklart	KS	Dialogical Exposure Therapy
I70I	Turkiet (Syrien)	Flyktingar	KU	Theatre of the Oppressed
I71I	Pakistan (Pakistan)	Internflyktingar	PG	Group Problem Management Plus
I72I	USA (Bhutan)	Flyktingar	KE	Financial Literacy Plus/Social Enterprise
I73I	Pakistan (Pakistan)	Oklart	RCT	Group Problem Management Plus
I74I	USA (Somalia)	Flyktingar	PG	Somali Health Realisation
I75I	Malaysia (Afghanistan)	Flyktingar och asvisökande	RCT	Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy
I76I	Colombia (Colombia)	Internflyktingar	PG	Interpersonal Counseling
I77I	Uganda (Svdsudan)	Flyktingar	RCT	Self Help Plus (SH+)
I78I	USA (Bhutan)	Flyktingar	KU	Financial Literacy Plus/Social Enterprise

Figur 4. Sammanfattning av metoder för studier i delstudie 2.

KE: Kvasiexperimentell; KS: Kontrollerad studie; KU: Kvalitativ utvärdering; PG: Pilot/genomförbarhetsstudie; RCT: Randomiserad kontrollerad studie

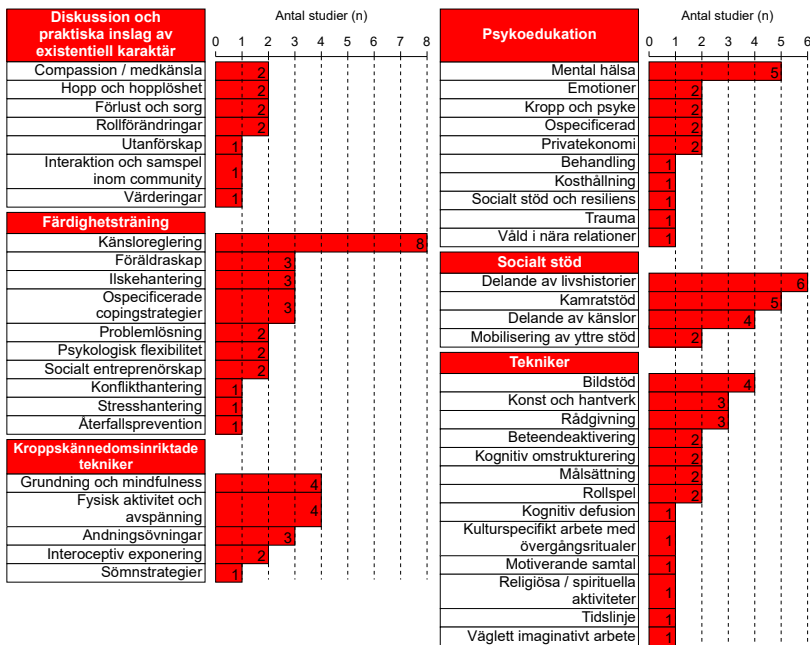
Innehållet i interventionerna grupperades i fem huvudsakliga domäner (Figur 5). Dessa innefattade färdighetsträning (n=12) (66–69,71–78), psykoedukation (n=10) (67–69,72–78), främjande av socialt stöd (n=9) (66,69–72,74,76–78), diskussion och praktiska inslag av existentiell karaktär (n=7) (66,67,70,74–77) samt kroppskännedomsinriktade tekniker (*body-mind techniques*; n=6) (67–69,74,75,77). De tre vanligaste domänerna var färdighetsträning, psykoedukation och socialt stöd. Inom domänen färdighetsträning var

känsloreglering den vanligaste komponenten (n=8) (66,68,69,73–77) och inom domänen psykoedukation var det mental hälsa (n=5) (67–69,74,75). De mest förekommande komponenterna inom domänen socialt stöd var delande av livshistorier (n=6) (66,69,70,72,74,78) och kamratstöd (n=5) (69–72,78).

Utöver de fem domänerna identifierades 13 specifika tekniker (Figur 5). Dessa innefattade användande av bildstöd (*pictorial support*; n=4) (67,73,74,77), rådgivning (*counseling*; n=3) (66,71,76), konst och hantverk (*creative arts and crafts activities*; n=3) (70,72,78), beteendeaktivering (n=2) (68,71), kognitiv omstrukturering (n=2) (68,75), väglett imaginativt arbete (*guided imagery*; n=2) (67,69), rollspel (n=2) (69,74), kognitiv defusion (n=1) (77), kulturspecifikt arbete med övergångsritualer (*culturally indicated transition rituals*; n=1) (68), upprättande av tidslinje (n=1) (70), formulering av målsättning (n=1) (73), motiverande samtal (n=1) (73) och religiösa/spirituella aktiviteter (*spiritual activities*; n=1) (67).

Utveckling

Tio studier använde ett redan formulerat behandlingsupplägg (66,68–71,73–77). Tre studier utvecklade interventionen genom fokusgrupper och/eller konsultativa samtal med forskare, sjukvårdspersonal, målgruppen/community och/eller studenter (66–68). En intervention utvecklades tillsammans med personal från vidarebosättningsenheter samt representanter från målgruppen (72,78). En intervention utvecklades genom genomförbarhetsstudie/pilotstudie (77).



Figur 5. Interventionernas innehåll.

Genomförbarhet

Andelen som fullföljde interventionen och/eller deltog i det sista mätillfället varierade. I fem studier framgår att $\geq 72\%$ av deltagarna kvarstod till sista mätillfället (71,72,74,75,77), medan motsvarande siffra var $\leq 35\%$ i två studier (68,73).

Inom övriga sex rapporteras inte följsamheten (66,67,69,70,76,78). Vanliga orsaker till uteblivna data var svårigheter att delta i sessionerna (68,73), brist på intresse eller tid (73,75), ingen tillåtelse att delta i interventionen av andra familjemedlemmar (73) eller på grund av migration (77).

Rapporteringen av deltagande i interventionen varierade. Nio studier rapporterade ett stabilt och/eller ökande deltagande

(67–69,71–75,77). Tre rapporterade att > 80 % av deltagarna deltog i 43 – 80 % av sessionerna (68,71,73), en rapporterade ett bortfall på 22 – 24 % (72), medan en annan rapporterade att tre av fem deltagare deltog i sessionerna (70). I en framgång att genomsnittet för deltagande i sessionerna var 68 – 81 % (75) och i en annan framgång att deltagandet i varje session var > 80 % (77). Kvalitativa fynd visade ett ökat deltagande över tid, vilket tolkades av studiens författare som att deltagarnas positiva upplevelser av interventionen inspirerade andra att delta (67). Samma studie rapporterades dock att deltagare ofta kom sent till sessionerna, vilket var en utmaning för att genomföra interventionen som planerat (67).

I sex studier framgång att interventionen upplevdes som acceptabel och relevant av deltagarna, utan negativa konsekvenser eller biverkningar (67,68,71,73,77,78). De utmaningar som identifierades var kulturella aspekter (67,78), språkbarriärer (67,78), svårigheter för deltagarna att fylla i skattningsformulär (67) samt längden på sessionerna (71). Ytterligare utmaningar var en önskan om mer stöd än det som erbjöds (78), bristande ekonomisk ersättning (71), utmaningar gällande tystnadsplikt i de gruppbaseade aktiviteterna (71) samt upplevda prestationskrav (78). Två studier rapporterades att behandlarna höll sig väl till behandlingsmanualen (73,77). Kvalitativa fynd visade att de som höll i interventionen upplevde att de kände ett förtroende från deltagarna, att de lärde sig hantera problem som uppstod, samt att de över tid lärde sig de nödvändiga färdigheterna (71).

Hälsorelaterade utfallsmått och interventioners effekt

Fem domäner illustrerar de övergripande hälsorelaterade områden som utvärderades genom kvantitativa utfallsmått

(Tabell 3 och Bilaga 3): psykologisk ohälsa (n=11) (66–69,71–77), socialt stöd och sociala interaktioner (n=4) (72,73,75,77), funktionsnivå (n=3) (71,73,77), psykologiska reaktioner (n=2) (69,77) samt coping och utveckling (n=2) (70,74). De vanligaste utfallsmåtten inom kategorin psykologisk ohälsa var PTSD (n=9) (66,68,69,71–74,76,77), depressiva tillstånd (n=9) (67,68,71–77) och ångesttillstånd (n=8) (67,68,71–76).

Majoriteten av studierna visade förbättringar efter intervention i jämförelse med mätningar före exponering, avseende flertalet utfallsmått (Figur 6). Detta resultat rapporterades oavsett vilka tekniker som användes. Nio studier visade förbättring i PTSD (66,68,69,71–73,75–77), där de vanligaste domänerna var färdighetsträning (n=9) (66,68,69,71–73,75–77), psykoedukation (n=7) (68,69,72,73,75–77) samt socialt stöd (n=6) (66,69,71,72,76,77). Sju studier visade förbättringar i depressiva tillstånd och ångest (68,71–73,75–77), där de vanligaste domänerna var färdighetsträning (n=7) (68,71–73,75–77), psykoedukation (n=6) (68,72,73,75–77) samt socialt stöd (n=4) (71,72,76,77). Två studier rapporterade försämring avseende depressiva tillstånd (67), ångest (67) och somatisering (72). En annan rapporterade oförändrade resultat avseende positiv interaktion mellan etniska grupper (77).

Tabell 3. Antal studier som utvärderat utfallsmått inom domänerna.

Domän	Utfallsmått (Instrument)	n
Psykologisk ohälsa		
	PTSD (PCL-C; PCL-5; HTQ; IES)	9
	Depressiva tillstånd (PHQ-9; HSCL-25; HADS-D; PHQ-SADS; SCL 90-R)	9
	Ångesttillstånd (HSCL-25; HADS-A; PHQ-SADS; SCL 90-R; GAD-7)	8
	Individualiserat utfallsmått för psykologisk ohälsa (PSYCHLOPS)	3
	Generell hälsa (GHQ-28; K6)	2
	Psykologiskt välbefinnande (PWB; WHO-5)	2
	Somatisering (PHQ-SADS)	1
	Känslomässig stress (RHS-15)	1
	Psykologisk flexibilitet (AAQ-II)	1
Socialt stöd och sociala interaktioner		
	Socialt stöd (MOS-SSS; MSPSS)	3
	Positiva interaktioner mellan etniska grupper (fyrgradig skala)	1
Funktionsnivå		
	Funktionsbedömning (WHODAS)	3
Psykologiska reaktioner		
	Explosiv ilska (dikotoma frågor)	2
	Sorg (GI)	1
Coping och utveckling		
	Posttraumatisk utveckling (AAD)	1
	Coping (WAYS; OMGC)	1

En stor andel av studierna visade förbättringar för deltagare som tog del av interventionen i jämförelse med kontrollgrupp (Figur 6). Sex studier visade förbättring avseende PTSD (66,68,71,73,75,77), i dessa var de vanligaste domänerna färdighetsträning (n=6) (66,68,71–73,77), psykoedukation (n=4) (68,72,73,77) samt socialt stöd (n=3) (66,71,77). Sex studier uppvisade förbättring avseende depressiva tillstånd och ångest (68,71–73,75,77). I de studier där de depressiva tillstånden förbättrades var den vanligaste domänen färdighetsträning (n=5) (68,71–73,77). I de studier där förbättringar avseende ångest rapporterades var färdighetsträning den vanligaste komponenten (n=6) (68,71–73,75,77). Ingen studie visade en försämring för de exponerade för intervention i jämförelse med i kontrollgrupp.

Den kvalitativa analysen resulterade i tre teman. Det första temat var *Förbättringar avseende den fysiska och psykiska hälsan*. En generell upplevelse av förbättrad psykisk och fysisk hälsa beskrevs i tre studier (67,70,78). Kvinnorna uttryckte ett större hopp och en förbättrad förmåga att hantera den nya kontexten (70,78). En intervention resulterade i att vissa kände sig mindre ensamma (70) medan en annan ledde till en uppskattning för den sysselsättning deltagandet innebar (78). I en studie upplevde kvinnorna att deras huvudvärk förbättrades av interventionen (78). Det rapporterades även att deltagare fann glädje och uppskattning över att delta i studien (67,78).

Det andra temat var *Ökad egenmakt och minskat stigma*. Temat illustrerar en ökad egenmakt på såväl individuell som kollektiv nivå. Deltagare beskrev att de lärde sig nya värdefulla färdigheter, däribland en större förståelse för den nya kulturen (67,70,71,78), vilket ledde till känslor av ökad självständighet, självförtroende och självförverkligande (70,78). En intervention resulterade i att deltagare kände en ökad kapacitet att se på sin situation annorlunda och att de kunde fokusera på positiva aspekter av den förändring som de genomgått (70). Kvinnorna beskrev en ökad förmåga att uttrycka sig och kommunicera (70,78). I en studie upplevde deltagare sin miljö som mer mänsklig efter att tagit del av interventionen (78). En annan beskrev att kvinnorna upplevde ett minskat stigma och skam kring sitt mående (67). Att delta i interventionen erbjöd också ett tillfälle att lära av andra (78) och ökade motivationen att engagera sig i och hjälpa andra i sitt samhälle (67).

Det tredje temat var *Kunskap och information*. En ökad kunskap hjälpte deltagare anpassa sig till sin nya situation men också att prioritera sina behov (67,78). Interventionen gav

Diskussion

Det övergripande syftet var att sammanställa den forskning som rapporterats kring kvinnors upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt och kartlägga de interventioner som utvecklats och testats i forskning för målgruppen. Förutom generella utmaningar har flertalet utmaningar och hälsorelaterade konsekvenser specifika för kvinnor identifierats. Framträdande var även kvinnornas strategier och resurser för att uthärda svåra levnadsförhållanden. Vidare visar resultaten att forskningen är begränsad gällande anpassade interventioner för kvinnor. De få interventioner som identifierats uppvisar en bredd avseende metodologi men visar lovande resultat gällande effekt på psykologisk hälsa.

Resultatdiskussion

Utöver de utmaningar som flyktingar generellt möter, visar resultaten flertalet stressorer specifika för kvinnor. Ett återkommande resultat var en omfattande våldsutsatthet. Könsbaserat våld, vilket särskilt drabbar kvinnor, kan förstås som en konsekvens av de normer och uppfattningar om könsroller och de maktstrukturer som kringgärdar dem (79,80). Dessa tenderar att förstärkas i samband med krig och konflikt vilket kan få allvarliga konsekvenser för kvinnor. Tidigare forskning har visat att upp mot hälften av de kvinnor som befinner sig i konflikt- eller postkonfliktområden utsätts för sexualiserat våld av såväl partners som män som kvinnan inte har någon relation till, till exempel militär, polis och/eller hjälparbetare. Tolv till 80 procent av kvinnor utsätts för våld i nära relationer (81–83). Sannolikt finns det också ett stort mörkertal för våldsutsattheten som inte representeras i

statistiken. Kvinnors utsätts alltså för våld i både den offentliga och privata sfären. Inte sällan kringgärdas också kvinnornas upplevelser av (sexualiserat) våld av en stor tystnadskultur, vilket försvårar för dem att söka stöd och få sina rättigheter tillvaratagna (80). Resultaten i denna översikt bekräftar tidigare forskning som rapporterat att kvinnor utsätts för omfattande interpersonellt våld, vilket inkluderar det våld som makar och andra familjemedlemmar utövar i samband med den stress som krig och konflikt innebär. Resultaten visar att våldet mot kvinnor även uttrycks på en strukturell nivå, relaterat till stärkta patriarkala strukturer och fråntagna rättigheter. Dessa resultat är i linje med tidigare forskning som visar att våldet mot kvinnor är mångdimensionellt och följer kvinnan från det offentliga in i det privata (79–83). Olika intersektionella dimensioner har identifierats i våra resultat, exempelvis flykt och graviditet, vilka båda verkar förstärka risken att drabbas av riktat våld.

Trots den genomgående rapporteringen av våldsutsatthet som identifierades i de inkluderade kvalitativa studierna fokuserade inte någon interventionsstudie på bearbetning av traumatiska våldsupplevelser. Detta är anmärkningsvärt mot bakgrund av det våld och annan utsatthet som kvinnor berättar om. Fokus i interventionerna var istället att, genom psykoedukation och färdighetsträning, hjälpa kvinnorna att hantera svårigheter i sin nuvarande situation. Detta resultat bekräftas i två systematiska litteraturoversikter vilka rapporterar en brist på interventioner för flyktingar som utsatts för könsbaserat våld.

Interventionerna som ingick i översikterna uppvisade en låg evidensgrad (84,85). Det finns således ett tydligt behov av mer kunskap kring evidensbaserade metoder för att möta och behandla kvinnor med erfarenhet av våldsutsatthet.

Inom ramen för denna översikt identifierades inga kvalitativa studier som specifikt utforskat kvinnors erfarenhet av tortyr. Mycket lite rapporterades om tortyrupplevelser i inkluderade artiklar. Anledningen till detta är oklar och det är ett anmärkningsvärt bifynd eftersom det är känt att kvinnor utsätts för tortyr (86,87). En hypotes till avsaknaden av resultat i denna översikt är att val av definition för begreppet tortyr spelar in. FN:s definition (88), som är den mest allmänrådande, har kritiserats för att vara alltför snäv avseende i vilken kontext våldet utförs och vem som är förövare. Resultatet av detta skulle kunna vara att kvinnors upplevelser av våld inte alltid täcks in av denna definition (89,90). Bristen på kvalitativa fynd om tortyr visar tydligt på behovet av mer forskning kring dessa upplevelser.

Trots att kvinnor som grupp kan anses vara särskilt sårbara avseende våldsutsatthet har också tidigare forskning visat att det är en grupp som förmår uppvisa stor resiliens (25). Resultaten i denna översikt visar att kvinnor nyttjar en bredd av inter- och intrapersonella resurser och strategier för att finna styrka. De engagerar sig i sociala sammanhang och stöttar varandra, både emotionellt och praktiskt. Dessa resultat bekräftar den forskning som tidigare visat att tillgången till socialt stöd är en av de viktigaste faktorerna för att främja resiliens hos kvinnor (27,91). Majoriteten av de inkluderade interventionsstudierna i vår översikt var gruppbaseade. De kvalitativa resultaten visade att kvinnorna drog nytta av att vara i gruppssammanhang och att de också blev mer motiverade att stödja andra kvinnor med liknande erfarenheter och svårigheter. I cirka hälften av de inkluderade studierna ansvarade kvinnor från samhället själva för att administrera interventionen. En översiktsstudie visar att kamratstöd, eller

annan form av ömsesidigt stöd, minskar upplevelsen av social exkludering och mental ohälsa hos gravida flyktingar (92).

Socialt stöd skulle potentiellt kunna fungera som en skyddande faktor och främja flyktingars mentala hälsa (93,94). Detta bekräftas ytterligare av forskning som har visat att användandet av kamratstöd inom hälso- och sjukvård kan främja tillfrisknande och återhämtning och upplevelsen av social inkludering (95). Sammanfattningsvis skulle

involverandet av socialt stöd och kamratstöd kunna utgöra kraftfulla inslag i det hälsofrämjande arbetet med flyktingar som är kvinnor, men ytterligare forskning behövs.

”

Socialt stöd skulle potentiellt kunna fungera som en skyddande faktor och främja flyktingars mentala hälsa

Tidigare forskning visar att upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt är associerat till hälsorelaterade konsekvenser så som PTSD, depressiva tillstånd och ångest (16).

Hälsokonsekvenserna av att ha upplevt krig, tortyr och/eller flykt är dock mer komplexa än att endast innefatta den mentala hälsan. Andra aspekter av hälsa skulle till exempel kunna utgöras av psykosociala och socioekonomiska faktorer (24). I en litteraturöversikt diskuteras att tidigare forskning har undersökt enskilda dimensioner (individuella, interpersonella samt på samhälls- och organisationsnivå) som påverkar kvinnors hälsa. I översikten ifrågasätts hur faktorernas betydelse för hälsan ofta undersöks isolerat istället för att undersöka hur de samvarierar för att påverka hälsan i sin helhet. Översikten föreslår att de mest effektiva interventionerna kan vara de som riktar in sig på flera av dessa dimensioner samtidigt (24). Även i de studier som

inkluderades i denna översikt har fokus i huvudsak legat på olika aspekter av den psykologiska ohälsan, framförallt symtom relaterade till PTSD, depressiva tillstånd och ångest. Interventionerna som har använts har också visat på lovande resultat avseende dessa utfallsmått. Tidigare forskning visar dock på vikten av att ta hänsyn till flera dimensioner än endast den psykiska hälsan när man ska bedöma hälsan (24). Vi efterlyser mer forskning hur hälsa inom målgruppen kan förstås bredare, och hur olika faktorer samverkar för att påverka hälsan i sin helhet hos individer och grupper.

Flertalet av de inkluderade interventionsstudierna var pilot- eller genomförbarhetsstudier där ett mindre antal deltagare rekryterades genom bekvämlighetsurval. Detta kan försvåra generaliserbarhet till andra kontexter. Det är också en uppmärksam utmaning i forskningen som rör grupper som är svåra att nå och rekrytera till forskning (96,97). Till följd av den variation av tekniker och metodologi som använts i de inkluderade studierna är det svårt att dra några säkra slutsatser om överförbarheten till en klinisk kontext. Det finns således behov av ytterligare interventionsforskning riktad för flyktingar som är kvinnor, i synnerhet mer omfattande experimentella studier. En tidigare systematisk översikt visar potentiella fördelar med att bedriva forskning tillsammans med representanter från målgruppen, när syftet är att utveckla interventioner som utgår från deltagarnas behov och förutsättningar (98). I föreliggande rapport var det dock endast en intervention där målgruppen involverades i utvecklingen. Vi uppmuntrar mer forskning som samverkar med representanter från målgruppen i syfte att identifiera relevanta forskningsfrågor och utveckla anpassade interventioner.

Metoddiskussion

Båda delstudierna genomfördes som litteraturöversikter, där sökningar i flera databaser kombinerades med manuella sökningar. Olika projektmedlemmar var involverade i proceduren att identifiera artiklar, och eventuella konflikter diskuterades tills samstämmighet uppnåddes. Sökningarna konstruerades för att identifiera så många relevanta artiklar som möjligt. Trots detta förfarande går det inte att bortse från risken att relevanta artiklar kan ha exkluderats eller att ytterligare studier hade kunnat identifierats.

Systematiska litteraturöversikter av kvalitativ forskning avser att skapa synteser av kunskap baserat på ett större material än vad som låter sig göras i enstaka empiriska studier. Flera personer involverades i den tematiska analysen. De som utförde den primära analysen har klinisk erfarenhet av att arbeta med flyktingar som är kvinnor i rollen som psykolog respektive fysioterapeut. Övriga medlemmar är forskare med erfarenhet inom kvalitativ och kvantitativ metod. Det kan inte uteslutas att nyanser och perspektiv kan gått förlorade under analysen på grund av förförståelse. Att involvera representanter från målgruppen hade kunnat öka analysens tillförlitlighet.

Kvinnorna i de inkluderade studierna kom främst från länder i Afrika, Balkan och Mellanöstern. I stort är populationen flyktingar mycket varierad och ett stort antal ursprungsländer finns representerade (99,100). Således kan resultatens överförbarhet anses vara begränsad och detta är ett uttryck för att ytterligare studier är nödvändiga.

I delstudie 2 sammanställdes resultat från empiriska interventionsstudier. Ett kartläggande analysförfarande genomfördes i syfte att beskriva den forskning som finns rapporterad och för att förutsättningslöst förstå bredden av de interventioner som testats. Den valda metoden är passande för att kartlägga metoder och interventioner i ett fält där ingen uppenbar homogenitet finns bland tidigare studier (39,101). Resultaten i översikten visar på en stor variation gällande interventioner och utfallsmått, vilket stärker tesen att ytterligare interventionsforskning krävs innan slutsatser kan dras om evidensgraden för specifika interventioner.

Slutsats

I samband med krig och/eller flykt upplever kvinnor många svårigheter och utmaningar. Konsekvenserna på deras hälsa är mångfacetterade och komplexa. Kvinnor utsätts för såväl strukturellt som individuellt våld före, under, och efter flykten.

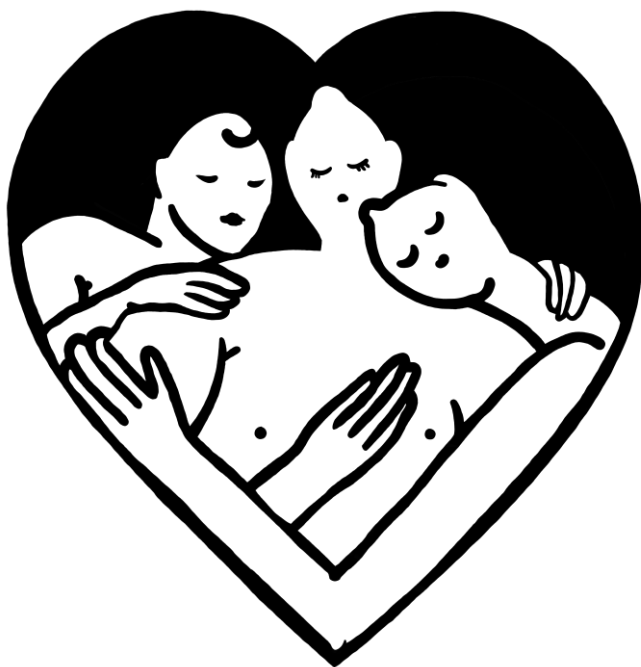
Deras position i samhället kan göra det svårt för dem att hävda sig och tillvarata sina rättigheter. Kvinnor uppvisar dock en stor förmåga till motståndskraft genom användandet av en bredd av copingstrategier och nyttjandet av såväl interna som externa

”

Kvinnor uppvisar dock en stor förmåga till motståndskraft genom användandet av en bredd av copingstrategier och nyttjandet av såväl interna som externa resurser

resurser. Trots de omfattande och allvarliga hälsokonsekvenserna som identifierats finns det i dagsläget begränsad forskning kring hälsofrämjande interventioner anpassade för målgruppen. De förhållandevis få

interventionsstudier som rapporterats visar lovande resultat avseende effekten på den mentala hälsan. Få interventionsstudier har utvecklats tillsammans med målgruppen, trots att stora potentiella fördelar finns med det förfarandet. Studiernas bredd avseende tekniker och metodologi talar för att mer forskning behövs för att nå generaliserbara slutsatser.



Förslag på ytterligare forskning

Fyra övergripande områden där ytterligare forskning behövs har identifierats. Det första området avser att involvera representanter från målgruppen under interventionsutveckling och att utvärdera denna process. Detta har gjorts i mycket begränsad utsträckning i tidigare interventionsforskning och det finns en stor möjlig potential i att vända sig till kvinnor själva för att planera och skapa forskningen tillsammans med dem. Det andra området avser att utvärdera kamratstöd i syfte att främja hälsa och välbefinnande. Detta är en lovande insats som förtjänar ytterligare interventionsforskning. Metoder och modeller för att säkert och effektivt erbjuda kamratstöd anpassat för dessa kvinnor behöver utvecklas och förfinas. Det tredje området avser identifiering av relevanta och realistiska utvärderingar av interventioner, såväl kvantitativa utfallsmått som kvalitativa utvärderingar, som är väl förankrade i målgruppens upplevda svårigheter och besvär. Att döma av resultaten i föreliggande rapport verkar det finnas glapp mellan kvinnors upplevelser och vad som varit fokus för utvärdering av interventioner. Detta gäller exempelvis risker under graviditet och den omfattande utsattheten för våld riktat mot kvinnor. Det fjärde området avser att forskning behöver arbeta mer mot att avgöra vilka komponenter inom interventioner som är efterfrågade av målgruppen. Resultatet visar en omfattande bredd och variation mellan de interventioner som utvecklats specifikt för dessa kvinnor, trots att förhållandevis få interventionsstudier identifierades. Detta talar för en brist på konsensus gällande interventioners innehåll, fokus och struktur. Förutom dessa ovanstående områden finns också ett behov av ytterligare explorativ forskning om kvinnors upplevelser efter tortyr.

Kliniska rekommendationer

Gällande det kliniska arbetet med målgruppen rekommenderas att hälso- och sjukvården uppmärksammar och tar hänsyn till målgruppens komplexa problematik. Detta inkluderar den omfattande hälsomässiga symtombilden som kan följa deras tidigare erfarenheter, vilket kan innefatta såväl psykisk som fysisk och social hälsa. I arbetet med målgruppen behöver bemötandet och behandlingen därför utgå från en helhetssyn på hälsa där psykiska, fysiska, sociala och religiösa/spirituella aspekter tas i beaktning. Det bör också tas hänsyn till individuella, interpersonella och strukturella dimensioner som kan påverka hälsan. Detta skulle exempelvis kunna uppnås genom att främja samarbeten och kunskapsutbyte mellan olika vårdinstanser och med för målgruppen relevanta myndigheter, men även med delar av civilsamhället. Vidare bör det hälsofrämjande arbetet med målgruppen uppmärksamma och ta fasta på de många copingstrategier och resurser som kvinnorna har. Gruppbaserat kamratstöd verkar också vara en lovande intervention med potential att främja ett ömsesidigt lärande såväl mellan patienter som mellan kliniker och patienter.

Referenser

1. Allansson M, Melander E, Themnér L. Organized violence, 1989–2016. *J Peace Res.* 2017;54(4):574-587.
2. Wang SJ, Salihi M, Rushiti F, Bala L, Modvig J. Survivors of the war in the Northern Kosovo: violence exposure, risk factors and public health effects of an ethnic conflict. *Confl Health.* 2010;4(1):11.
3. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). Global Trends: Forced Displacement in 2021. 2022 [citerad 23 augusti 2022]. Tillgänglig via: <https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021>
4. European Commission. Statistics on migration to Europe. 2022 [citerad 03 september 2022]. Tillgänglig via: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_en
5. Statistiska Centralbyrån. Asylsökande i Sverige. 2022 [citerad 03 september 2022]. Tillgänglig via: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/asylsokande-i-sverige/>
6. Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Convention and protocol relating to the status of refugees. 1951. Tillgänglig via: <https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>
7. UN General Assembly. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. 1981. Tillgänglig via: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw.pdf>
8. UN General Assembly. Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015 [citerad 23 augusti 2022]. Tillgänglig via: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
9. Mundy SS, Foss SLW, Poulsen S, Hjorthøj C, Carlsson J. Sex differences in trauma exposure and symptomatology in trauma-affected refugees. *Psychiatry Res.* 2020;293:113445.
10. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. 1989;(8).
11. Standke-Erdmann M. Intersectionality and refugee women. The shortcomings of the EU Pact on Migration and Asylum from an intersectional perspective. Heinrich Böll Stiftung; 2021 [citerad 30 augusti 2022]. Tillgänglig via: https://eu.boell.org/sites/default/files/2021-11/Intersectionality%20and%20refugee%20women_FINAL_1.pdf
12. Taha D. Intersectionality and Other Critical Approaches in Refugee Research An Annotated Bibliography. Local Engagement Refugee Research Network; 2019 [citerad 30 augusti 2022]. Tillgänglig via: <https://carleton.ca/lern/wp-content/uploads/Intersectionality-and-Other-Critical-Approaches-in-Refugee-Research.pdf>
13. Pittaway E, Bartolomei L. Refugees, Race, and Gender: The Multiple Discrimination against Refugee Women. *Refuge Can J Refug.* 2001;21-32.
14. Davaki K. The traumas endured by refugee women and their consequences for integration and participation in the EU host country. European Parliament's Committee on Women's Rights and Gender Equality (FEMM); 2021 [citerad 30 augusti 2022]. Tillgänglig via: <https://www.europarl.europa.eu/committees/en/supporting-analyses/sa-highlights>
15. Garry S, Checchi F. Armed conflict and public health: into the 21st century. *J Public Health.* 2020;42(3):287-298.

16. Tinghög P, Arwidson C, Sigvarsdotter E, Malm A. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Huddinge: Röda Korsets högskola; 2016.
17. Kumar GS, Beeler JA, Seagle EE, Jentes ES. Long-Term Physical Health Outcomes of Resettled Refugee Populations in the United States: A Scoping Review. *J Immigr Minor Health*. 2021;23(4):813-823.
18. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Med*. 2018;16(1):89.
19. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, Langer A, Malembaka EB, Okiro EA, m.fl. The effects of armed conflict on the health of women and children. *The Lancet*. 2021;397(10273):522-532.
20. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, m.fl. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1039.
21. Pavli A, Maltezos H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med*. 2017;24(4).
22. Lebrun LA, Dubay LC. Access to Primary and Preventive Care among Foreign-Born Adults in Canada and the United States: Access to Primary and Preventive Care. *Health Serv Res*. 2010;45(6p1):1693-1719.
23. Luiking M, Heckemann B, Ali P, Doorn C, Ghosh S, Kydd A, m.fl. Migrants' Healthcare Experience: A Meta-Ethnography Review of the Literature. *J Nurs Scholarsh*. 2019;51(1):58-67.
24. Hawkins MM, Schmitt ME, Adebayo CT, Weitzel J, Olukotun O, Christensen AM, m.fl. Promoting the health of refugee women: a scoping literature review incorporating the social ecological model. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):45.
25. Hawkes C, Norris K, Joyce J, Paton D. Resilience Factors in Women of Refugee Background: A Qualitative Systematic Review. *Community Psychol Glob Perspect*. 2020;6.
26. Babatunde-Sowole O, Power T, Jackson D, Davidson PM, DiGiacomo M. Resilience of African migrants: An integrative review. *Health Care Women Int*. 2016;37(9):946-963.
27. Kiteki BN. The Case for Resilience in African Refugees : A Literature Review and Suggestions for Future Research. *VISTAS Online*. 2016;66.
28. Ciaramella M, Monacelli N, Cocimano LCE. Promotion of Resilience in Migrants: A Systematic Review of Study and Psychosocial Intervention. *J Immigr Minor Health*. 2022;24(5):1328-1344.
29. Nosè M, Balleste F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, m.fl. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2017;12(2):0171030.
30. Uphoff E, Robertson L, Cabieses B, Villalón FJ, Purgato M, Churchill R, m.fl. An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;9:013458.
31. Shishehgar S, Gholizadeh L, DiGiacomo M, Green A, Davidson PM. Health and Socio-Cultural Experiences of Refugee Women: An Integrative Review. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(4):959-973.
32. Bernardi J, Dahiya M, Jobson L. Culturally modified cognitive processing therapy for Karen refugees with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Clin Psychol Psychother*. 2019;26(5):531-539.

33. Thompson CT, Vidgen A, Roberts NP. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018;63:66-79.
34. Kamali M, Munyuzangabo M, Siddiqui FJ, Gaffey MF, Meteke S, Als D, m.fl. Delivering mental health and psychosocial support interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. *BMJ Glob Health.* mars 2020;5(3):e002014.
35. Svenska Röda Korset. Tortyrerna, kriget och flykten. Årsrapport 2021 – Avdelning Hälsa och vård. 2022 [citerad 23 augusti 2022]. Tillgänglig via: https://www.rodakorset.se/globalassets/rodakorset.se/dokument/vad-vi-gor/halsa-och-vard/vard-och-behandling/arsrapport-var/rodakorset_halsa-och-vards-arsbok_2021.pdf
36. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210.
37. Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering [SBU]. Bedömning av studier med kvalitativ metodik. 2017 [citerad 23 augusti 2022]. Tillgänglig via: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101.
39. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, m.fl. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme. Lancaster University; 2006.
40. Al Issa FAR, Beck E. Sexual Violence as a War Weapon in Conflict Zones: Palestinian Women's Experience Visiting Loved Ones in Prisons and Jails. *Affilia.* 2021;36(2):167–81.
41. Al-Natour A, Al-Ostaz SM, Morris EJ. Marital Violence During War Conflict: The Lived Experience of Syrian Refugee Women. *J Transcult Nurs.* 2019;30(1):32–8.
42. Al-Natour A, Morris EJ, Mohammad Al-Ostaz S. Through Her Eyes: The Impact of War on Syrian Refugee Families. *J Transcult Nurs.* 2022;33(1):26–32.
43. Babatunde-Sowole OO, DiGiacomo M, Power T, Davidson PM, Jackson D. Resilience of African migrant women: Implications for mental health practice. *Int J Ment Health Nurs.* 2020;29(1):92–101.
44. Byrskog U, Olsson P, Essén B, Allvin MK. Violence and reproductive health preceding flight from war: accounts from Somali born women in Sweden. *BMC Public Health.* 2014;14:892.
45. Horn R, Puffer ES, Roesch E, Lehmann H. Women's perceptions of effects of war on intimate partner violence and gender roles in two post-conflict West African Countries: consequences and unexpected opportunities. *Confl Health.* 2014;8(1):12.
46. Lalla AT, Ginsbach KF, Penney N, Shamsudin A, Oka R. Exploring sources of insecurity for Ethiopian Oromo and Somali women who have given birth in Kakuma Refugee Camp: A Qualitative Study. *PLOS Med.* 2020;17(3):e1003066.
47. Mannell J, Grewal G, Ahmad L, Ahmad A. A Qualitative Study of Women's Lived Experiences of Conflict and Domestic Violence in Afghanistan. *Violence Women.* 2021;27(11):1862–78.
48. McGadney-Douglass BF, Ahadzie WK. Displaced Women in Northern Ghana: Indigenous Knowledge About Ethnic Conflict. *Affilia.* 2008;23(4):324–37.
49. Mukamana D, Brysiewicz P. The Lived Experience of Genocide Rape Survivors in Rwanda. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(4):379–84.
50. Rizkalla N, Arafa R, Mallat NK, Soudi L, Adi S, Segal SP. Women in refuge: Syrian women voicing health sequelae due to war traumatic experiences and displacement challenges. *J Psychosom Res.* 2020;129:109909.

51. Rizkalla N, Adi S, Mallat NK, Soudi L, Arafa R, Segal SP. Manzuat wa Musharadat, Uprooted and Scattered: Refugee Women Escape Journey and the Longing to Return to Syria. *Front Psychol.* 2021;12:537131.
52. Robertson CL, Duckett L. Mothering during war and postwar in Bosnia. *J Fam Nurs.* 2007;13(4):461–83.
53. Ross-Sheriff F. Afghan Women in Exile and Repatriation: Passive Victims or Social Actors? *Affilia.* 2006;21(2):206–19.
54. Skjelsbæk I. Victim and Survivor: Narrated Social Identities of Women Who Experienced Rape During the War in Bosnia-Herzegovina. *Fem Psychol.* 2006;16(4):373–403.
55. Sousa C, Veronese G. “No safe place”: Applying the transactional stress and coping model to active warfare. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 2022;14(4):558–67.
56. Sousa C, el-Zuhairi M, Siddiqi M. “The utmost strength I can bear”: Strategies and psychological costs of mothering within political violence. *Fem Psychol.* 2020;30(2):227–47.
57. Tessitore F, Margherita G. Female Nigerian asylum seekers in Italy: An exploration of gender identity dimensions through an interpretative phenomenological analysis. *Health Care Women Int.* 2021;42(2):165–85.
58. Veronese G, Sousa C, Cavazzoni F. Survival and Resilience Among Palestinian Women: A Qualitative Analysis Using Individual and Collective Life Events Calendars. *Violence Women.* 2021;27(6–7):900–17.
59. Pavlich C. Action Responses of Congolese Refugee Women. *J Nurs Scholarsh.* 2005;37(1):10–7.
60. Sherwood KS, Liebling H. A Grounded Theory Investigation into the Experiences of African Women Refugees: Effects on Resilience and Identity and Implications for Service Provision. *J Int Womens Stud.* 2012(13):86–108.
61. Sossou MA, Craig CD, Ogren H, Schnak M. A Qualitative Study of Resilience Factors of Bosnian Refugee Women Resettled in the Southern United States. *J Ethn Cult Divers Soc Work.* 2008;17(4):365–85.
62. Veronese G, Cavazzoni F, Russo S, Sousa C. Risk and Protective Factors Among Palestinian Women Living in a Context of Prolonged Armed Conflict and Political Oppression. *J Interpers Violence.* 2021;36(19–20):9299–327.
63. Hirsch TL, Lazar A. Experiencing processes of growth: Coping and PTG among mothers who were exposed to rocket attacks. *Traumatology.* 2012;18(2):50–60.
64. Shehadeh A, Dawani S, Saed M, Derluyn I, Loots G. Imprisoned Husbands: Palestinian Wives and Experiences of Difficulties. *Community Ment Health J.* 2016;52(1):118–25.
65. Sandole DH, Auerbach CF. Dissociation and identity transformation in female survivors of the genocide against the Tutsi in Rwanda: a qualitative research study. *J Trauma Dissociation.* 2013;14(2):127–37.
66. Alsheikh Ali ASS. Efficiency of Intervention Counseling Program on the Enhanced Psychological Well-being and Reduced Post-traumatic Stress Disorder Symptoms Among Syrian Women Refugee Survivors. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2020;16(1):134–41.
67. Baird M, Bimali M, Cott A, Brimacombe M, Ruhland-Petty T, Daley C. Methodological Challenges in Conducting Research with Refugee Women. *Issues Ment Health Nurs.* 2017;38(4):344–51.
68. Eskici HS, Hinton DE, Jalal B, Yurtbakan T, Acarturk C. Culturally adapted cognitive behavioral therapy for Syrian refugee women in Turkey: A randomized controlled trial. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 2021;

69. Hagl M, Powell S, Rosner R, Butollo W. Dialogical Exposure with Traumatically Bereaved Bosnian Women: Findings from a Controlled Trial: Dialogical Exposure for Traumatic Loss. *Clin Psychol Psychother.* 2015;22(6):604–18.
70. Hakki B. Using art tools with older Syrian refugee women to explore activated development. *Intervention.* 2018;16(2):187–94.
71. Khan MN, Hamdani SU, Chiumento A, Dawson K, Bryant RA, Sijbrandij M, m.fl. Evaluating feasibility and acceptability of a group WHO trans-diagnostic intervention for women with common mental disorders in rural Pakistan: a cluster randomised controlled feasibility trial. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28(1):77–87.
72. Mitschke DB, Aguirre RTP, Sharma B. Common Threads: Improving the Mental Health of Bhutanese Refugee Women Through Shared Learning. *Soc Work Ment Health.* 2013;11(3):249–66.
73. Rahman A, Khan MN, Hamdani SU, Chiumento A, Akhtar P, Nazir H, m.fl. Effectiveness of a brief group psychological intervention for women in a post-conflict setting in Pakistan: a single-blind, cluster, randomised controlled trial. *The Lancet.* 2019;393(10182):1733–44.
74. Robertson CL, Halcon L, Hoffman SJ, Osman N, Mohamed A, Areba E, m.fl. Health Realization Community Coping Intervention for Somali Refugee Women. *J Immigr Minor Health.* 2019;21(5):1077–84.
75. Shaw SA, Ward KP, Pillai V, Hinton DE. A group mental health randomized controlled trial for female refugees in Malaysia. *Am J Orthopsychiatry.* 2019;89(6):665–74.
76. Shultz JM, Verdelli H, Gómez Ceballos Á, Hernandez LJ, Espinel Z, Helpman L, m.fl. A pilot study of a stepped-care brief intervention to help psychologically-distressed women displaced by conflict in Bogotá, Colombia. *Glob Ment Health.* 2019;6:28.
77. Tol WA, Leku MR, Lakin DP, Carswell K, Augustinavicius J, Adaku A, m.fl. Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: a cluster randomised trial. *Lancet Glob Health.* 2020;8(2):254-e263.
78. Praetorius RT, Mitschke DB, Avila CD, Kelly DR, Henderson J. Cultural integration through shared learning among resettled Bhutanese women. *J Hum Behav Soc Environ.* 2016;26(6):549–60.
79. Spangaro J, Toole-Anstey C, MacPhail CL, Rambaldini-Gooding DC, Keevers L, Garcia-Moreno C. The impact of interventions to reduce risk and incidence of intimate partner violence and sexual violence in conflict and post-conflict states and other humanitarian crises in low and middle income countries: a systematic review. *Confl Health.* 2021;15(1):86.
80. International Committee of the Red Cross (ICRC). Special report 2019: Addressing sexual violence. 2020 [citerad 02 september 2022]. Tillgänglig via: https://www.icrc.org/sites/default/files/wysiwyg/Activities/Sexual-violence/addressing_sexual_violence_special_report_2019.pdf
81. Garcia-Moreno C, Pallitto C, Devries, K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. World Health Organisation (WHO); 2013 [citerad 02 september 2022]. Tillgänglig via: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
82. Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, m.fl. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr.* 2014;

83. Araujo JDO, Souza FM de, Proença R, Bastos ML, Trajman A, Faerstein E. Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:78.
84. Asgary R, Emery E, Wong M. Systematic review of prevention and management strategies for the consequences of gender-based violence in refugee settings. *Int Health*. 2013;5(2):85–91.
85. Tappis H, Freeman J, Glass N, Doocy S. Effectiveness of Interventions, Programs and Strategies for Gender-based Violence Prevention in Refugee Populations: An Integrative Review. *PLoS Curr*. 2016;
86. Abu Suhaiban, Grasser, Javanbakht. Mental Health of Refugees and Torture Survivors: A Critical Review of Prevalence, Predictors, and Integrated Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(13):2309.
87. Jaranson JM, Butcher J, Halcon L, Johnson DR, Robertson C, Savik K, m.fl. Somali and Oromo Refugees: Correlates of Torture and Trauma History. *Am J Public Health*. 2004;94(4):591–8.
88. UN General Assembly. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 1984. Tillgänglig via: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading>
89. Şalcioğlu E, Baçoğlu M. Domestic Violence and Torture: A theoretical and Empirical Comparison. I: Baçoğlu M, redaktör. *Torture and Its Definition In International Law: An Interdisciplinary Approach*. New York: Oxford University Press; 2017.
90. Davis L. The Gendered Dimensions of Torture – Rape And Other Forms of Gender-Based Violence as Torture Under International Law. I: *Torture and Its Definition In International Law: An Interdisciplinary Approach*. New York: Oxford University Press; 2017.
91. Abraham R, Lien L, Hanssen I. Coping, resilience and posttraumatic growth among Eritrean female refugees living in Norwegian asylum reception centres: A qualitative study. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(4):359–66.
92. Balaam MC, Kingdon C, Haith-Cooper M. A Systematic Review of Perinatal Social Support Interventions for Asylum-seeking and Refugee Women Residing in Europe. *J Immigr Minor Health*. 2022;24(3):741–58.
93. Guribye E, Sandal G, Oppedal B. Communal proactive coping strategies among Tamil refugees in Norway: A case study in a naturalistic setting. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5(1):9.
94. Renner W, Laireiter AR, Maier MJ. Social support as a moderator of acculturative stress among refugees and asylum seekers. *Soc Behav Personal Int J*. 2012;40(1):129–45.
95. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*. 2011;20(4):392–411.
96. Sadler GR, Lee HC, Lim RSH, Fullerton J. Research Article: Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy: Hard-to-reach populations. *Nurs Health Sci*. 2010;12(3):369–74.
97. Shaghghi A, Bhopal RS, Sheikh A. Approaches to Recruiting 'hard-To-Reach'Populations into Re-search: A Review of the Literature. *Health Promot Perspect*. 2011;
98. Brett J, Staniszewska S, Mockford C, Herron-Marx S, Hughes J, Tysall C, m.fl. Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care research: a systematic review. *Health Expect*. 2014;17(5):637–50.
99. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). Figures at a Glance. [citerad 03 september 2022]. Tillgänglig via: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>

100. Amnesty International. Refugees, Asylum-seekers and Migrants. [citerad 03 september 2022]. Tillgänglig via: <https://www.amnesty.org/en/what-we-do/refugees-asylum-seekers-and-migrants>.
101. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Med Res Methodol. 2018;18(1):143.

Bilagor

www.rkh.se/kompetenscenter/rapport/mitthjartassyster/bilagor

Svenska Röda Korset

Röda Korset finns i 192 länder för att hjälpa människor i kriser och katastrofer. I Sverige finns vi över hela landet – vi är landets största humanitära frivilligorganisation, med över 22 000 volontärer i cirka 581 lokalföreningar.

Ett av våra prioriterade områden är Hälsa och Vård. Vi arbetar för rätten till god och jämlik hälsa och erbjuder sjukvård, aktiviteter för välmående samt psykosocialt stöd som hjälper människor att få en meningsfull vardag. En viktig del av det arbetet är våra vårdverksamheter – specialiserad vård för krigsskadade och torterade, samt vår vårdförmedling för papperslösa och migranter. Målet för Svenska Röda Korsets behandlingscenter är att ge människor som utsatts för krigsupplevelser och tortyr stöd och vård så att de kan återerövra sin psykiska och fysiska hälsa.

Verksamheterna finns på sex platser i Sverige: Skellefteå, Uppsala, Stockholm, Skövde, Göteborg och Malmö – den första mottagningen startade i Stockholm 1985.

Röda Korsets Högskola

Med människan i centrum och utblick mot världen är omvårdnad och hälsa i ett globalt perspektiv Röda Korsets Högskolas unika profil inom utbildning, forskning och samverkan.

Röda Korset Högskola vilar på en lång tradition – ända sedan 1867 har högskolan utbildat högt ansedda och eftertraktade sjuksköterskor. Högskolan gör en stor samhällsnytta och examinerar årligen cirka 200 sjuksköterskor och 50 specialistsjuksköterskor inom intensivvård, infektionssjukvård och psykiatrisk vård. Högskolan bidrar också till att öka kompetensen bland kliniska handledare inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom att erbjuda uppdragsutbildning. Röda Korsets Högskola bedriver också forskning med forskningsinriktningen "Hälsövetenskap i ett globalt perspektiv".

Högskolan finns på Campus Flemingsberg och har 850 studenter och 70 medarbetare.

Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Kompetenscentret är ett samarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola med syfte att utveckla bättre traumabehandling för människor som skadats av tortyr och krig. Utifrån Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterades kunskap och högskolans vetenskapliga kompetens driver vi klinisk forskning för att bidra till mer effektiv och skonsam rehabilitering – i Sverige och globalt.



Röda Korsets Högskola Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 47 Huddinge | Postadress: Box 1059
141 21 Huddinge | Telefon 08-587 516 00 | info@rkh.se | www.rkh.se