



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

HUR SJUKSKÖTERSKAN HANTERAR MÖTET MED DEN VÅLDSUTSATTA KVINNAN

EN LITTERATURSTUDIE

CLARA EKHOLM
JENNIFER BARBA

Examensarbete i omvårdnad
61-90 hp
Sjuksköterskeprogrammet
Juni 2017

Malmö högskola
Hälsa och Samhälle
205 06 Malmö

HUR SJUKSKÖTERSKAN HANTERAR MÖTET MED DEN VÅLDSUTSATT KVINNAN

EN LITTERATURSTUDIE

CLARA EKHOLM
JENNIFER BARBA

Barba, J & Ekholm, C. Hur sjuksköterskan hanterar situationen i mötet med den våldsutsatta kvinnan. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 hp*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2017.

Bakgrund: Våld mot kvinnor är ett aktuellt samhällsproblem. Sjuksköterskan har en viktig roll i att både kunna upptäcka våldsutsatthet, och ge adekvat vård. Dock upplever de våldsutsatta kvinnorna stora brister i vården där de anser att de inte får den vård och bemötande de behöver. *Syfte:* Var att belysa hur sjuksköterskan hanterar situationen i mötet med den våldsutsatta kvinnan. *Metod:* En litteraturstudie där tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats utgör studiens resultat. *Resultat:* Tre huvudteman framträdde: *Att ha ett undvikande förhållningssätt*, detta för att sjuksköterskorna hade kunskapsbrist och styrdes av fördomar. *Att vara stödjande*, där sjuksköterskan är en central länk i vården och har därför en viktig roll i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskan identifierar den våldsutsatta kvinnan men skapar även en trygg relation, och blir därför ett viktigt stöd för kvinnan. *Att påverkas emotionellt*, även känslor och tankar påverkade sjuksköterskorna, de flesta ansåg dock att det var viktigt att kunna sätta sina känslor och tankar åt sidan för att kunna ge bästa möjliga vård åt den våldsutsatta kvinnan. *Konklusion:* Ett genomgående drag var att sjuksköterskorna ansåg att det var en utmaning att hantera situationen med den våldsutsatta kvinnan på ett professionellt sätt. De flesta saknade träning och kunskap, men även fördomar och generaliseringar var stora hinder. Utbildning och träning vad beträffar våld i nära relationer är därför essentiell för sjuksköterskan. Det är av vikt att synliggöra våld i nära relationer som ett samhällsproblem så det inte förblir en dold fråga och så att attitydförändringar kan äga rum till den utsattas fördel.

Nyckelord: hantering, kvalitativ, möte, sjuksköterska, våldsutsatt kvinna

HOW THE NURSE MANAGES THE MEETING WITH THE ABUSED WOMAN

A LITERATURE REVIEW

CLARA EKHOLM
JENNIFER BARBA

Barba, J & Ekholm, C. How the nurse manages the situation in the meeting with the abused woman. A literature review. *Degree Project in nursing 15 credit points*, Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2017.

Background: Violence against women is a global problem. The nurse has an important role to identify violence and give adequate care. The abused women often experience shortcomings in the healthcare service and felt that they didn't get the care they needed. *Aim:* Was to illustrate how the nurse manages the situation in the meeting with the abused woman. *Method:* A literature study where 10 qualitative scientific articles formed the result of the study. *Result:* Three main themes were found in how the nurse managed the situation in the meeting with the abused woman. *To have an avoiding approach*, this was because lack of knowledge and prejudices. *To be supportive*, the nurse has a central part in the healthcare team and therefore an important role in the meeting with the abused woman. The nurse identifies, creates a good relationship with the abused woman, and becomes an important support. *To be emotionally affected*, feelings and thoughts were something that affected the nurses. In order to provide the best possible care for the abused women it was important to be able to put their own feelings and thoughts aside. *Conclusion:* A common feature were that the nurses considered it challenging to manage the situation with the abused woman in a professional way. Many felt that they were not trained and had a lack of knowledge. Other barriers were prejudices and generalizations. Concerning intimate partner violence education and training are essential for the nurse. It is important to visualize violence in relationships as a social problem so it doesn't remain a hidden question and that attitudinal changes can take place to the victims' advantage.

Keywords: abused woman, managing, meeting, nurse, qualitative

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	6
BAKGRUND	6
Konsekvenser av kvinnovåld	6
Skam och rädsla	7
Våldsutsatta kvinnors erfarenhet av vården	7
Kvinnor och män i världen	8
Kvinnor i Sverige	8
Normaliseringsprocessen	9
Riktlinjer	9
Kärnkompetenser	10
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
Frågeställningar	10
METOD	11
Inklusions- och exklusionskriterier	11
Litteratursökning	11
Sökresultat	12
Artikelgranskning	13
Analys	13
RESULTAT	13
Att ha ett undvikande förhållningssätt	14
<i>Kunskapsbrist och oerfarenhet</i>	14
<i>Fördomar</i>	15
Att vara stödjande	15
<i>Sjuksköterskans roll</i>	15
<i>Identifiering av våld</i>	16
<i>Samtala om våld</i>	16
Att påverkas emotionellt	17
<i>Känslor</i>	17
<i>Tankar</i>	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21

KONKLUSION	24
FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING	24
REFERENSER	26
BILAGOR	29

INTRODUKTION

Efter praktik under sjuksköterskeutbildningen samt föreläsning i ämnet vaknade medvetenheten om folkhälsoproblemet våld i nära relationer och våldsutsatta kvinnor. Vi började reflektera och fundera kring detta ämne och nya frågor och funderingar växte fram. Våld mot kvinnor är ett aktuellt samhällsproblem, där sjuksköterskan kan ha en stor roll. Sjuksköterskan har en betydelsefull uppgift i att utforska och vara detektiv när de träffar sina patienter och tar upp anamnes. Som specialist inom omvårdnad är det av största betydelse att kunna se samband, påverkande faktorer och symtom men framförallt att kunna se hela människan. Intresset har växt fram på våra praktikplatser under åren då vi har uppmärksammat att sjuksköterskan ständigt träffar nya människor, alla med olika livsvillkor och bakgrunder. Sannolikheten att allmänsjuksköterskan någon gång möter en våldsutsatt kvinna på sin arbetsplats tror vi är stor.

BAKGRUND

Enligt World Health Organization (WHO 2016) är våld i nära relationer en av de vanligaste orsakerna till skada hos kvinnor. En av tre kvinnor, ca 35%, utsätts för fysiskt eller sexuellt våld i nära relationer någon gång under sin livstid (a.a.).

”Intimate partner violence refers to behaviour by an intimate partner or ex-partner that causes physical, sexual or psychological harm, including physical aggression, sexual coercion, psychological abuse and controlling behaviours” (WHO 2016).

Förutom psykisk och mental påfrestning så berövas den våldsutsatta kvinnan några av sina mänskliga rättigheter samt sin frihet (Socialstyrelsen 2014). Wong och Mellor (2014) menar att från ett sjukvårdsperspektiv bör våld i nära relationer förstås som inte bara fysiskt våld utan även emotionellt och psykologiskt övertag av partnern. Konsekvenserna av våldet kan påverka kvinnans mentala hälsa och ge fysiska skador, som gör att kontakt med sjukvården kan bli aktuell (Socialstyrelsen 2014).

Konsekvenser av kvinnovåld

Enligt Wong och Mellor (2014) har den våldsutsatta kvinnan större risk för att drabbas av psykisk ohälsa jämfört med kvinnor som inte är våldsutsatta. Ibland kan våldet även utlösa en akut krisreaktion som egentligen är en normal reaktion på en onormal omständighet och de negativa konsekvenserna av våldet kan komma att bli långvariga (Cullberg 2006). Ett starkt samband mellan våld i nära relationer och psykisk ohälsa har uppmärksamats de senaste två decennierna, där den vanligaste konsekvensen är depression (Wong & Mellor 2014). Andra konsekvenser är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), fobier, tvångssyndrom och missbruksproblematik. Det har även påvisats att suicid har ett starkt samband med våld i nära relationer (a.a.).

Det psykologiska våldet kan uttrycka sig i form av nedvärderande kommentarer, avvisande av kvinnans känslor men även kränkningar som leder till dålig självkänsla hos kvinnan (Flinck m.fl. 2005). Den våldsutsatta kvinnan kan även uppleva förtvivlan då partnern inte visar tecken på skuld-känslor eller ånger (a.a.).

Ett flertal kvinnor kan också känna sig oskyddade då de saknar socialt stöd, detta visar på hur en del kvinnor har en ganska begränsad social krets (Loke m.fl. 2012).

Fysiskt våld innefattar sexuellt våld och kan innebära att kvinnan behandlas som ett sexuellt objekt, krav på klädval samt tvångssamlag (Flinck m.fl. 2005). Frakturer, rivsår, och skador i ansiktet är vanligt förekommande när våld utövas i nära relation (Wong & Mellor 2014). Andra vanliga och synliga skador kan vara blåmärken och skador på överkroppen. Konsekvenserna av våldet kan även ge långvariga skador för kvinnan. Till exempel; hjärnskador, minnesförlust, stroke, gynekologiska problem, graviditetsproblem, irritable bowel syndrome (IBS), artrit, sexuellt överförbara infektioner samt kronisk smärta (Wong & Mellor 2014). Flertal kvinnor upplever även aptitlöshet och kan lida av insomni (Loke m.fl. 2012). Den allvarligaste konsekvensen av fysiskt våld är dödsfall (Wong & Mellor 2014).

Skam och rädsla

Enligt Loke m.fl. (2012) kände våldsutsatta kvinnor skam, som senare kunde leda till låg självkänsla och suicidtankar. Kvinnorna upplevde även svårigheter att gå ut då rädslan för att de fysiska skadorna skulle synas (a.a.). Frukten för att familj och vänner skulle upptäcka våldet genom synliga skador gjorde att de våldsutsatta kvinnorna blev bra på att dölja skadorna (Holmberg & Enander 2011). De våldsutsatta kvinnorna kunde skuldbelägga och anklaga sig själva för att de inte hade behandlat sin partner rätt (Loke m.fl. 2012).

De flesta våldsutsatta kvinnor ville lämna sitt förhållande men stannade för sina barns skull eller av rädsla för att partnern skulle skada barnen (Loke m.fl. 2012). Kvinnorna var tveksamma till att söka hjälp då de inte visste vart de skulle vända sig. De uttryckte även rädsla för att våldet skulle bli värre om partnern fick reda på att de sökt hjälp (a.a.).

Våldsutsatta kvinnors erfarenhet av vården

Pratt-Eriksson m.fl. (2014) studie visade att de våldsutsatta kvinnorna upplevde hur deras autonomi försvann då de fick en känsla av att de inte togs på allvar av varken samhället eller vården. Flera beskrev det som att de blivit förrådda av samhället. Kvinnorna fick intryck av att vårdpersonalen ägnade mer tid åt sjukdomar och olyckor än till våld i nära relationer (a.a.). Tower m.fl. (2006) visade att våldsutsatta kvinnor kände sig dömda och placerade i ett visst fack på grund av den situation de befann sig i. De menade att sjukhuspersonalen inte ville engagera sig i deras situation. När en kvinna kom in blodig på akuten och hade sår på överkroppen uppfattade hon att sjuksköterskorna trodde att hon hade varit med om en olycka som hade orsakat skadorna och såren (a.a.). När kvinnan berättade att hon blivit våldsutsatt av sin partner så hade hon blivit ombedd att sitta ner och vänta. Studien visade även att den våldsutsatta kvinnan upplevde att personalen inte ville ta tag i hennes situation. Hon menade att de hade reagerat annorlunda om hon hade varit med om en bilolycka och då prioriterat detta som ett akut fall (a.a.).

I en studie av Bradbury-Jones m.fl. (2011) berättade våldsutsatta kvinnor att mötet inom vården varit påfrestande då de ständigt träffade ny personal. De upplevde en brist på samverkan mellan parterna då informationen inte kom fram till alla i

vårdteamet (a.a.). Genom att behöva upprepa sin berättelse vid ett flertal tillfällen bidrog det till att kvinnorna kände sig som en belastning för sjukhuspersonalen. Vidare menade även Bradbury-Jones m.fl. (2011) att kvinnorna upplevde att de tog upp för mycket av sjuksköterskans tid. För att inte vara till besvär var det flertal kvinnor som inte berättade vad de blivit utsatta för. Enligt Bradbury-Jones m.fl. (2011) underströk de våldsutsatta kvinnorna att ett icke-dömmande bemötande hade en stor betydelse. De kände att de blev nedtryckta och kränkta av sin partner, en bekräftelse av sjuksköterskan kunde därför vara av stor betydelse (a.a.). Genom att sjuksköterskan stöttade kvinnorna och informerade om att det inte var kvinnorna som orsakade våldet utan att det var mannens beteende, ingav detta en känsla av trygghet hos kvinnorna. Kvinnorna blev uppmanade att ringa till sjukhuspersonalen om de befann sig i en våldsutsatt situation, detta gjorde att de kände att de fick stöd från personalen. Dock var ett telefonsamtal det sista den våldsutsatta kvinnan tänkte på när hon hade blivit utsatt för våld (a.a.).

Bradbury-Jones m.fl. (2011) menade även att för de våldsutsatta kvinnorna var det en svår situation att aktivt söka hjälp då deras partner ständigt kommenderade vad de skulle göra och inte göra. Flera kvinnor blev uppmanade av sina partners att de inte skulle diskutera deras privatliv med främlingar, vilket gjorde det svårt för den våldsutsatta kvinnan att kunna berätta om våldet. De menade att i den situationen de befann sig i gick det inte att lita på någon, dessutom kände de skuld och skam för att våga berätta om våldet (a.a.). Tower m.fl. (2006) studie visade att de våldsutsatta kvinnorna kände sig straffade av sjukhuspersonalen när de sökte vård och hjälp. Kvinnorna upplevde med tiden att det kunde bli svårare för dem att komma i kontakt med vården då de upplevde att personalen var obekvämd med att hantera deras situation. Detta resulterade i att kvinnorna inte kände att de var värda att vårdas. Trots detta framkom det att sjuksköterskan hade en viktig roll i de våldsutsatta kvinnornas liv. En av kvinnorna berättade hur stort stöd en sjuksköterska kunde vara genom att bara finns där och hjälpa den våldsutsatta att få tillbaka kontrollen i sitt liv (a.a.).

Kvinnor och män i världen

Historiskt sett finns det en underliggande maktordning bland kvinnor och män, där männen haft högre position i samhället (Mojab & Aldo 2004). Denna maktordning kan uttrycka sig i bland annat ekonomisk form, som innebär att kvinnan inte får tillgång till pengar eller att partnern står för den större delen av inkomsten och därför har makten över ekonomin (Flinck m.fl. 2005). Detta belyser även Wong och Mellor (2014) som funnit att våld i nära relationer är mer förekommande i familjer med låg socioekonomisk status.

Mojab och Aldo (2004) menar även att könsstereotypa föreställningar och betoningen av olikheter snarare än likheter mellan kvinnor och män, begränsar kvinnans frihet. Bilden av mannen målas oftast upp som normen medan kvinnan är avvikande. Detta gör det svårt för kvinnan att våga prata om våldet och känna sig betrodd (a.a.).

Kvinnor i Sverige

Sverige har erkänts som en av de världsledande inom jämställdhet, men våld i nära relationer är ändå ett växande problem som bör belysas (Pratt-Eriksson m.fl. 2014). Nyligen gjordes två svenska studier angående våld i nära relationer

(Socialstyrelsen 2014). I studien av Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) framkom det att var femte kvinna någon gång under sitt liv blivit utsatt för sexuellt våld (NCK 2014). Brottsförebygganderådet (Brå) visade att ungefär 7% av både kvinnor och män i Sverige har utsatts för våld i nära relationer under 2012 (Brå 2014). Studierna visade även att våld i nära relationer mot kvinnorna både är grövre och mer förekommande än våldet i nära relationer mot män (NCK 2014; Brå 2014).

Våld i nära relationer är en dold hälsofråga som ofta underskattas av bland annat familjemedlemmar och vårdpersonal (Pratt-Eriksson 2014). Socialstyrelsen (2014) uppger även att våld mot kvinnor inte bara medför lidande och ohälsa för de direkt inblandade, utan även leder till finansiella svårigheter för samhället på grund av kostnader i samband med sjukvård (a.a.).

Normaliseringsprocessen

Enligt Lundgren (2013) normaliseras våldet i nära relationer i vardagen genom att den ena partnern tar en mer dominant roll och den andra partnern blir undergiven. Detta resulterar i små förändringar i förhållandet under en längre tid, vilket gör att jämlikheten försvinner. Kontroll, isolering och växling mellan våld och kärlek är faktorer som spelar in i normaliseringsprocessen. Denna process kan förklara varför den våldsutsatta kvinnan väljer att stanna i sin relation (a.a.). Genom bland annat isolering från familj och vänner får partnern större kontroll och därmed större makt. Kvinnan kan efter en tid börja identifiera sig med förövaren och det sker en internalisering där kvinnan övertar förövarens verklighetsuppfattningar. Växlingen mellan våld och kärlek ger kvinnan förhoppning om att situationen och våldet ska upphöra. Det finns en inre längtan om att partnern ska förändra sig till det bättre (a.a.). Enligt Lundgren (2004) har kvinnan i denna process *normaliserat* situationen till sin partner. Konsekvenserna av denna normalisering gör att kvinnan inte alltid ser sambandet mellan våldet och de fysiska och mentala symtomen, vilket leder till att våldsutsatta kvinnor inte söker vård för våldet (a.a.).

Riktlinjer

Socialstyrelsen (2014) menar att våldsutsatthet behöver upptäckas i tid, en förutsättning för detta är att hälso- och sjukvårdspersonalen ger adekvat stöd och vård. Även WHO (2013) lägger tyngd på rutinfrågor som en del av god klinisk praxis. Sedan 2002 har WHO klassat mäns våld mot kvinnor som en folkhälsofråga och därmed har ämnet blivit en aktuell och prioriterad fråga att diskutera globalt (a.a.).

Socialstyrelsen (2014) rekommenderar att fortbildning om våld i nära relationer till all personal inom hälso- och sjukvården bör äga rum. Det är viktigt att personalen erhåller kunskap om våld i nära relationer för att frågan om våld ska kunna ställas och att rätt insatser sätts in (a.a.). En Cochrane review visade att när rutinfrågor om våld ställs inom vårdsektorn, även då det inte finns indikationer på våldsutsatthet, ökar upptäckten av våldet (Taft m.fl. 2015). Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, (HSL) menar i 3 kap. 1§ att hälso- och sjukvården ska bedrivas på lika villkor för hela befolkningen. I 3 kap. 2§ och 5 kap. 1§ framkommer det även att hälso- och sjukvården ska utövas så att kraven på en god vård uppfylls, samt att förebygga ohälsa.

Kärnkompetenser

En kärnkompetens som är specifikt viktig till föreliggande litteraturstudie är *samverkan i team* (QSEN 2005). Denna kärnkompetens innefattar att sjuksköterskan bör vara medveten om sina styrkor och begränsningar. För att kunna ge en god vård är det av betydelse att de olika professionerna har en öppen kommunikation och en ömsesidig respekt, samt att de involverar varandra vid beslutstagande (a.a.).

Sjukvården och sjuksköterskan har ett ansvar att ta upp personliga frågor om våld (Socialstyrelsen 2014). En annan kärnkompetens inom sjuksköterskeprofessionen som är av betydelse till föreliggande litteraturstudie är den *personcentrerade vården* (QSEN 2005), vilket innebär att varje individ ska ses som unik och att hänsyn tas till varje enskild individs behov. Som allmänsjuksköterska är det av betydelse att inte döma patienten, att inte ha några fördomar och förutfattade meningar. Den *personcentrerade vården* innefattar även att den våldsutsatta kvinnan ska få kunna uttrycka känslor och få kunna öppna upp sin livsvärld för sjuksköterskan (a.a.).

PROBLEMFÖRMULERING

Sammanfattningsvis är det valda problemområdet angeläget att studera då våld mot kvinnor och våld i nära relationer är ett aktuellt samhällsproblem, där det är essentiellt att sjuksköterskan har den rätta kompetensen och kunskapen för att bemöta dessa utsatta kvinnor. Som allmänsjuksköterska är det viktigt att kunna identifiera kvinnorna i tidigt skede. Flera våldsutsatta kvinnor känner skam och skuld vilket gör att det kan finnas ett stort mörkertal då ämnet är känslomässigt påfrestande att prata om. Därför är det av stor vikt att sprida ny kunskap till framförallt nyutexaminerade sjuksköterskor men även mer erfarna sjuksköterskor, för att öka kunskapen och medvetenheten om detta känsloladdade ämne. Föreliggande litteraturstudie ämnar till att sprida kunskap om hur betydande sjuksköterskans roll är när det handlar om att ta upp rutinfrågor om våld, samt att synliggöra allmänsjuksköterskans roll i situationer med våldsutsatta kvinnor.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet var att belysa hur sjuksköterskan hanterar situationen i mötet med den våldsutsatta kvinnan.

Frågeställningar

1. Hur identifierar sjuksköterskan den våldsutsatta kvinnan?
2. Vilka barriärer upplever sjuksköterskan i mötet med den våldsutsatta kvinnan?

METOD

Vald studiedesign är en litteraturstudie där resultatet från vetenskapliga artiklar med en kvalitativ ansats utgör föreliggande studies resultat. En kvalitativ studie görs för att få en djupare förståelse för människors levda erfarenheter (Polit & Beck 2014). Litteraturstudier görs för att sammanställa det som redan är känt, eller inte känt inom ett område (a.a.). Föreliggande litteraturstudie grundar sig på originalstudiers resultat som har sammanställts och syntetiserats.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var original artiklar med kvalitativ ansats som utgått från allmänsjuksköterskans perspektiv. Inkluderade artiklar begränsades till åren 2005-2017. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska. *Exklusionskriterier* var artiklar som belyste specialistutbildningar samt kvantitativa artiklar.

Litteratursökning

Enligt Polit och Beck (2014) har litteraturstudien utförts i nio steg där det *första steget* utgjordes av att formulera ett syfte samt eventuella frågeställningar. För att belysa syftet och avgränsa sökningarna användes PIO-modellen (*population, intervention* och *outcome*) för att få bättre struktur och överblick över vilka bärande begrepp som fanns i syftet (Polit & Beck 2014). De bärande begreppen är de nyckelord som fångar syftets essens.

Tabell 1. PIO-Modell enligt Polit och Beck (2014)

Population	Intervention	Outcome
Sjuksköterskor	Den våldsutsatta kvinnan	Hantering av situationen i mötet

Det *andra steget* utgjordes av att välja databaser och sökord (Polit & Beck 2014). För att få en överblick över relevanta och användbara vetenskapliga artiklar gjordes först en pilotsökning i *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) som är en stor databas inom omvårdnadsprofessionen (a.a.). I de slutliga sökningarna användes CINAHL, den medicinska databasen *Public Medline* (PubMed) samt den psykologiskt inriktade databasen PsycINFO.

Det *tredje steget* innebar att göra sökningar för att hitta artiklar till litteraturstudien, samtidigt dokumenterades sökningarna (Polit & Beck 2014). För att kunna genomföra detta steg bör bärande begrepp ha identifierats. Dokumentation utfördes parallellt med sökningarna då databaserna gav olika antal artikelträffar. Enligt Polit och Beck (2014) bör dokumentation även göras för att kunna återgå till tidigare sökningar. I det *fjärde steget* granskades artiklarna mer ingående, och därmed sorterades irrelevanta artiklar ut.

Det *femte steget* utgjordes av att återigen läsa det utvalda materialet och identifiera nytt material (Polit & Beck 2014). *Steg sex, sju* och *åtta* innebar att materialet kritiskt granskades, utvärderades och analyserades för att kunna hitta gemensamma teman och underteman som presenteras strukturerat i föreliggande

litteraturstudies resultat (a.a.). Artiklarna som valts ut kvalitetsgranskades enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU 2014), granskningsmall (bilaga 1). I *steg nio* förbereddes en kritisk slutsats över det material som erhöles efter granskning (Polit & Beck 2014).

Sökresultat

Med utgångspunkt från *Tabell 1* utfördes en första sökning med sökorden *nurse* OR *nurses* då sjuksköterskan utgjorde *populationen* och är bärande begrepp i syftet. Dessa sökord utgjorde sökblocket *nurse*. För att belysa *intervention* och *outcome* i *Tabell 1* så gjordes en sökning med flera sökblock. Sökorden *violence* OR *abus** OR “*domestic violence*” OR “*intimate partner violence*” utgjorde sökblocket *violence*. Våld är ett stort begrepp, därför valdes övergripande sökord för att få fram artiklar som berör våld i nära relationer. Vidare gjordes en sökning på *women* OR *woman* eftersom det innefattade våldsutsatta kvinnor, dessa sökord blev sökblocket *women*. Därefter gjordes även ett sökblock med sökorden *handl** OR *manag** OR *situation* OR *caring* OR *care*, dessa sökningar utgjorde sökblocket *Managing*.

Alla sökningar och sökblock utfördes utan avgränsningar (*Tabell 2*). Begränsningar och inklusionskriterier lades till när sökblocken slogs ihop. De fyra sökblocken *Nurse AND Violence AND Women AND Managing* användes i CINAHL, PubMed och PsychInfo för att få fram relevanta artiklar till litteraturstudien. Efter de tre databassökningarna erhöles ett sökresultat på 1073 artiklar. CINAHL (bilaga 3) gav 303 träffar där samtliga titlar lästes och 68 abstrakt granskades. Sedan valdes tre artiklar ut till litteraturstudien. PubMed (bilaga 4) gav 420 träffar och samtliga titlar lästes medan 79 abstrakt granskades, därefter valdes fyra relevanta artiklar ut. I databasen PsycInfo (bilaga 5) hittades 350 artiklar där alla titlar lästes. Därefter granskades 78 abstrakt och tre artiklar valdes ut.

Tabell 2. Artikelsökning i databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO

Databas	Sökblock	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Utvalda artiklar
CINAHL 5/4-17	Nurse Violence Women Managing	2005- 2017	303	303	68	5 varav 2 återfanns i PubMed eller PsycINFO	3
PubMed 5/4-17	Nurse Violence Women Managing	2005- 2017	420	420	79	7 varav 3 återfanns i CINAHL eller PsycINFO	4
PsycINFO 5/4-17	Nurse Violence Women Managing	2005- 2017	350	350	78	5 varav 3 återfanns i CINAHL eller PubMed	3

Artikelgranskning

Utvalda artiklar till resultatdelen granskades med hjälp av SBUs (2014) granskningsmall (bilaga 1). För att erhålla hög vetenskaplig kvalitet enligt SBU (2014) bör sammanhanget vara klart beskrivet, det bör finnas en väldefinierad problemformulering och frågeställning. Datainsamlingsmetoden, urvalet och analysmetoden bör vara väl beskrivna. Vidare bör resultatet vara tydligt redovisat och förståeligt (bilaga 2). I enlighet med SBU:s kriterier gjordes ett modifierat system där hög kvalitet innebar att minst 80% av de 21 frågorna, det vill säga 17 av frågorna, skulle besvaras med ett *ja*. Medelhög kvalitet innebar att 13 av frågorna, 60%, fick ett *ja*. De artiklar som inte uppnådde minst 13 *ja* vid granskning blev bedömda ha en låg kvalitet och exkluderades ur litteraturstudien. Granskningen gjordes först individuellt för att sedan jämföra och diskutera tillsammans rådde, detta för att skapa en mer rättvis bedömning.

Analys

Enligt Friberg (2012) innebar första steget i analysen att läsa innehållet i studierna ett flertal gånger för att förstå innehåll och sammanhang med fokus på resultatdelen. Men även för att kontrollera om allt var av betydande vikt, för att kunna svara på föreliggande studies syfte. De tio artiklarna lästes med öppenhet för tolkning då kvalitativa studier kan vara utformade på olika sätt (a.a.). Detta skapade en förtrogenhet med studiernas resultatdel. I nästa steg identifierades nyckelfynd i varje enskild studie där även tema och undertema markerades (a.a.). Vidare gjordes en sammanställning av studiernas resultat vilket gav en bra översikt, detta för att enkelt se vilka delar av texten som skulle analyseras. Sedan identifierades likheter och skillnader mellan studiernas resultat. Till denna litteraturstudie gjordes en modifiering genom att markeringspennor användes till färgkodning. Detta gav en bättre struktur på vad som hade identifierats och vilka gemensamma drag studierna hade. Studiernas likheter och skillnader diskuterades för att få en uppfattning om texterna tolkats likartat. Efter detta skapades nya teman och underteman som utgör föreliggande litteraturstudies resultat (a.a.).

Presentation av utvalda artiklar gjordes med artikelmatriser enligt Willman m.fl. (2016) för att få en överblick för varje enskild studie, där teoretiska utgångspunkter, metodval, syften, samt population och resultat presenterades (bilaga 6).

RESULTAT

Resultatet grundar sig på tio vetenskapliga artiklar med en kvalitativ ansats. Djupintervjuer användes i samtliga studier och utgår från sjuksköterskans perspektiv. Använda metoder i studierna var fenomenologi och Grundad Teori. Studierna utfördes i olika kontexter i flertal länder såsom Finland, USA, Brasilien, Sydafrika, Australien, Kanada, Japan och Turkiet. Antal studiedeltagare var mellan sex och 41 sjuksköterskor. Efter kvalitetsgranskning på samtliga artiklar tilldelades sju artiklar hög kvalitet och tre artiklar medelhög kvalitet. Efter bearbetning och analys av de tio artiklarna sammanställdes och syntetiserades resultatet till tre huvudteman med sju underteman som besvarar syftet, hur sjuksköterskan hanterar situationen i mötet med den våldsutsatta kvinnan: *Att ha ett undvikande förhållningssätt* med två underteman: *Kunskapsbrist och oerfarenhet* samt *Fördomar*. *Att vara stödjande* med tre underteman:

Sjuksköterskans roll, Identifiering av våld och Samtala om våld. Att påverkas emotionellt med två underteman: Känslor och Tankar.

Att ha ett undvikande förhållningssätt

I mötet med den våldsutsatta kvinnan hanterade en del sjuksköterskor situationen genom att ha ett undvikande förhållningssätt. I följande tema presenteras två underteman: *Kunskapsbrist och oerfarenhet* samt *Fördomar*. Detta är barriärer som framkom efter granskning av flera artiklar.

Kunskapsbrist och oerfarenhet

Sjuksköterskorna berättade att det inte fanns tillräckligt med vårdplatser för våldsutsatta kvinnor som inte hade skador som behövde åtgärdas, detta för att våldsutsatthet inte prioriteras i samhället på grund av okunskap och fördomar (Häggblom & Möller 2006; Robinson 2010). De ansåg att våld i nära relationer inte är ett hälsoproblem utan ett samhällsproblem (Robinson 2010). I flera av studierna framkom det dock att sjuksköterskorna inte hade den rätta kompetensen och ansåg att de själva behövde mer träning för att kunna hantera den våldsutsatta kvinnan (Efe & Taskin 2012; Inoue & Armitage 2006; van der Wath m.fl. 2016; Hughes 2010). I studien av Hughes (2010) menade sjuksköterskorna att den sexuella kunskapen som förmedlas under utbildningen mer handlade om vikten av användning av kondomer och sexuellt överförbara infektioner, än om vad som var accepterat i ett förhållande och hur relationen borde vara.

Flera sjuksköterskor trodde sig inte vara tillräckligt tränade till att fråga *varför*. De visste inte hur de skulle leta efter ledtrådar och vad de skulle göra när de väl fick svar på sina frågor om våldsutsatthet (Hughes 2010). Sjuksköterskorna berättade vidare att de endast blev tränade till att ställa frågor om fysisk hälsa (a.a.). Frågor om rökning, familjens sjukdomshistoria, mensperiod men även om det förekom smärta vid samlag var vanliga men inte frågor om våld. Sjuksköterskorna menade vidare på att smärta vid samlag inte endast behövde utgöras av fysiska hinder så som gynekologiska problem. De menade att detta även kunde härledas till psykiska och känslomässiga påfrestningar hos kvinnorna på grund av våldsutsatthet och hade därför gärna velat gå vidare med en utredning (Hughes 2010). En del sjuksköterskor tyckte dock att ansvaret låg på den våldsutsatta kvinnan att göra en anmälan och innan det kunde sjuksköterskorna inte göra något mer än att vårda skadorna och ge rekommendationer (Robinson 2010).

Flera sjuksköterskor ville inte vårda de våldsutsatta kvinnorna, men gjorde det för att det ingick i deras arbetsuppgifter (dos Reis m.fl. 2010; Efe & Taskin 2012; Williston & Lafreniere 2013; Robinson 2010). Sjuksköterskorna menade att ansvaret av den våldsutsatta kvinnan var psykologens eller socialarbetarens (Efe & Taskin 2012). I studien av van der Wath m.fl. (2016) visade det sig att sjuksköterskornas sätt att hantera situationen var genom att undvika mötet med den våldsutsatta kvinnan. Detta visade sig genom att när de blev informerade om att de hade en våldsutsatt kvinna på avdelningen så höll de sig borta därifrån tills patienten skrivits ut (a.a.). Sjuksköterskorna upplevde att mötet med den våldsutsatta kvinnan hade stor påverkan på ett personligt plan och arbetet var därför påfrestande de första åren (dos Reis m.fl. 2010). Med erfarenhet utvecklades dock en viss säkerhet i mötet med den våldsutsatta kvinnan (a.a.).

Fördomar

Det framkom att flera sjuksköterskor hade en stereotypisk bild av den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskorna upplevde av erfarenhet att de flesta våldsutsatta kvinnorna var depressiva, oroliga och rädda (Hägglom & Möller 2006; Inoue & Armitage 2006). Sjuksköterskorna nämnde vidare att de flesta våldsutsatta kvinnorna hade liknande bakgrund och samma livssituation (Inoue & Armitage 2006). De menade även att majoriteten av kvinnorna anlände i ambulans, språket bestod av svordomar samt att de missbrukade alkohol eller droger. Av erfarenhet ansåg sjuksköterskorna att de flesta kvinnorna tillhörde den lägre socioekonomiska klassen (a.a.).

Sjuksköterskorna i Turkiet i studien av Efe och Taskin (2012) upplevde att problem inom familjen skulle lösas inom familjen. Ett fåtal sjuksköterskor hade även fördomar där de ansåg att våld i nära relationer inte gick att lösa (a.a.). Detta för att kvinnorna ofta saknade ekonomin för att lämna sin man, kvinnan hade antingen blivit bortgift mot sin vilja eller rymt hemifrån. Faktorer som dessa gjorde att kvinnan i slutändan stannade kvar hos mannen och därför ansåg sjuksköterskorna att de inte skulle hjälpa om de ingrep i situationen (Efe & Taskin 2012). Sjuksköterskorna hade även en inre rädsla om att de skulle bli trakasserade av anhöriga till de våldsutsatta kvinnorna (a.a.)

Att vara stödjande

I detta tema presenteras hur sjuksköterskan kunde vara ett stöd för den våldsutsatta kvinnan. Följande underteman berör *sjuksköterskans roll*, *identifiering av våld* och *samtala om våld*. Flera studier visade att sjuksköterskans roll hade betydelse i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Dock visade studierna en stor osäkerhet hos sjuksköterskan.

Sjuksköterskans roll

Flera sjuksköterskor ansåg sin roll som den viktigaste i vårdteamet (Hägglom & Möller 2006). I vårdkedjan var sjuksköterskan den första som den våldsutsatta kvinnan träffade, men även den sista. I mötet med den våldsutsatta kvinnan ansåg sjuksköterskorna att flera egenskaper var av betydelse, såsom flexibilitet, ärlighet, empati, kunnighet i sitt arbete, samt att kunna vara en länk till andra vårdgivare (a.a.). Det var viktigt att skapa en trygghet och på ett objektivt sätt förklara hur kvinnans livssituation såg ut (Cortes m.fl. 2015). Flera sjuksköterskor menade att den första kontakten var avgörande för framtida kontakt med andra vårdprofessioner, därför var det viktigt att som sjuksköterska inte begå misstag (dos Reis m.fl. 2010). Sjuksköterskorna hoppades på att erhålla kvinnornas förtroende så att de även i framtiden skulle känna sig trygga i att söka vård (Cortes m.fl. 2015). Sjuksköterskorna trodde att mottaglighet och öppenhet från deras sida blev en trygghet och säkerhet för de våldsutsatta kvinnorna (dos Reis m.fl. 2010).

Sjuksköterskorna menade även att vården inte kunde begränsas till rutiner och procedurer (Cortes m.fl. 2015). Det var viktigt att låta kvinnan uttrycka sina känslor och sin smärta (dos Reis m.fl. 2010). Vidare tog sjuksköterskorna upp att de ansåg att det var viktigt att ha en empatisk förmåga för att kunna sätta sig in i kvinnans situation, denna strategi kunde hjälpa sjuksköterskorna till en förståelse om varför kvinnan inte kunde och vågade göra förändringar i sitt liv, såsom lämna sin partner eller gå på rådgivning (a.a.). Sjuksköterskorna använde sig av

uppföljningsmetoder, en del använde sig av telefonkontakt, som de upplevde att kvinnan uppskattade. De ansåg dock att flera kvinnor sa upp kontakten för tidigt (a.a.). I studien av Robinson (2010) framkom det att flera sjuksköterskor av erfarenhet inte trodde att våldsutsatta kvinnor skulle komma på uppföljning trots rekommendation. En del sjuksköterskor upplevde frustration och ilska när kollegorna ifrågasatte eller förnekade kvinnornas historia (van der Wath m.fl. 2016). En del av sjuksköterskorna upplevde att deras kollegor var inkompetenta inom området och därför inte bidrog med mycket hjälp (Hägglom & Möller 2006).

Identifiering av våld

I studien av Hägglom och Möller (2006) menade sjuksköterskorna att det kunde vara svårt att upptäcka den våldsutsatta kvinnan. Dels för att kvinnorna sökte vård för andra diffusa saker såsom sömnproblem men även för att kvinnorna inte uppgav att våldet orsakat de yttre synliga skadorna. Sjuksköterskorna upplevde att kvinnornas historier inte gick ihop med hur det yttre våldet visade sig och att de fick en magkänsla av att något inte stämde (a.a.) I studien av Cortes m.fl. (2015) berättade dock sjuksköterskorna att om inte kvinnorna själva tog upp frågan om våld och våldsutsatthet så förblev den dold, detta för att sjuksköterskorna själva inte visste hur de skulle ta upp frågan. I studien av Huges (2010) framkom det att flera sjuksköterskor ville ha förbättrade riktlinjer och protokoll i situationen med våldsutsatta kvinnor. I studien av Robinson (2010) framkom det att det endast var två av 13 sjuksköterskor som screenade för våldsutsatthet, dessa två ansåg att det ingick i sjuksköterskans roll. Resterande sjuksköterskor screenade endast om de misstänkte att kvinnan var våldsutsatt och detta avgjorde sjuksköterskorna genom att iakta om partners beteende var dominant gentemot kvinnan (a.a.).

I studien av Hughes (2010) upplevde sjuksköterskorna att de kvinnor som direkt berättade att de blivit våldsutsatta ofta var de som kom in med synliga skador. Fler sjuksköterskor valde att inte ställa frågan om våld då anhöriga var i närheten och inga enskilda rum var tillgängliga (Cortes m.fl. 2015; Efe & Taskin 2012). Sjuksköterskorna menade att miljön inte alltid var optimal för de våldsutsatta kvinnorna då kvinnorna ofta sökte vård för sina fysiska skador och därför hamnade på allmänna avdelningar där behovet av sjuksköterskor är stort. Detta gjorde att sjuksköterskorna inte fick tillräckligt med tid till att vårda de våldsutsatta kvinnorna (a.a.).

I studien av Inoue och Armitage (2006) framkom det att en del av sjuksköterskorna upplevde att de var välinformerade och kunde följa protokoll när de identifierat en våldsutsatt kvinna, de uppgav att de var väl införstådda i sin roll. När sjuksköterskorna identifierat en våldsutsatt kvinna försökte de tillämpa en holistisk och personcentrerad vård (a.a.). Genom att identifiera våldet tidigt hoppades sjuksköterskorna på att kvinnorna skulle bli tillräckligt informerade och därmed stärkta till att våga ta sig ur sin svåra livssituation (Cortes m.fl. 2015).

Samtala om våld

Sjuksköterskorna i studien av Inoue och Armitage (2006) ansåg att omtänksamhet och respekt var två viktiga faktorer i mötet och samtalet med den våldsutsatta kvinnan. En annan egenskap flera sjuksköterskor belyste var att kunna lyssna (Cortes m.fl. 2015; Hägglom & Möller 2006). Genom att lyssna på kvinnorna gav sjuksköterskorna kvinnorna sin egenmakt och sin autonomi tillbaka (Cortes

m.fl. 2015). Sjuksköterskorna berättade vidare att genom att lyssna på den våldsutsatta kvinnan skapades även en bättre relation. Dock menade de att det kunde ta ett par gånger innan ett förtroende skapades mellan den våldsutsatta kvinnan och sjuksköterskan (Cortes m.fl. 2015; Hughes 2010; Hägglom & Möller 2006). För att bygga upp förtroende så var det även viktigt att inte vara påstridig eller göra kvinnan obekväm (Williston & Lafreniere 2013). Sjuksköterskorna beskrev vikten av att intervjua och samtala med den våldsutsatta kvinnan i ett avskilt och privat rum för att värna om deras integritet (Cortes m.fl. 2015; Efe & Taskin 2012; Hägglom & Möller 2006).

Sjuksköterskorna i studien av Hägglom och Möller (2006) berättade att de våldsutsatta kvinnorna ofta svarade med tystnad i början och att hela processen med att förstå kvinnans situation tog lång tid. Sjuksköterskorna ansåg att i samtalet med den våldsutsatta kvinnan var det av stor betydelse att försöka öka kvinnans självförtroende och öka medvetandet om konsekvenserna av att stanna i förhållandet. Det var även av vikt att informera om förövarens ansvar för våldet och att hjälpa kvinnan att besluta om hon ska stanna eller lämna sin partner (a.a.). Sjuksköterskorna menade dock att det var viktigt att inte vara fördomsfull i samtalet och anta att kvinnan ville lämna sin partner (Hughes 2010). Sjuksköterskorna försökte använda sig av enkla och öppna frågor kring våldet (Hägglom & Möller 2006). Flera sjuksköterskor menade att det även var viktigt att kunna acceptera tystnaden, för att ge kvinnan den tid hon behövde och inte pressa kvinnan i samtalet. En annan faktor som de ansåg vara av betydelse var att hålla ögonkontakt med kvinnan vid samtalet (a.a.).

I studien av Williston och Lafreniere (2013) upplevde dock sjuksköterskorna att de inte alltid kunde ta upp frågan om våld, då inte alla kvinnor visade en öppenhet om att kunna diskutera frågan (a.a.). Ett flertal sjuksköterskor trodde även att de våldsutsatta kvinnorna inte skulle vara ärliga i samtalet med sjuksköterskan och att kvinnorna skulle bli förolämpade om sjuksköterskan valde att ställa frågan om våld (Robinson 2010). Sjuksköterskorna berättade vidare att de inte alltid fanns tid för dialog och att de inte hade den tid som patienterna krävde (Cortes m.fl. 2015; Efe & Taskin 2012).

Att påverkas emotionellt

I följande tema presenteras två underteman: *Känslor* och *tankar* hos sjuksköterskan. Då sjuksköterskan upplevde mötet med den våldsutsatta kvinnan personligt var det ett flertal tankar och känslor som påverkade mötet med den våldsutsatta kvinnan.

Känslor

I mötet med den våldsutsatta kvinnan upplevde sjuksköterskorna ett flertal känslor såsom frustration, oro och psykisk stress (dos Reis m.fl. 2010; Hägglom & Möller 2006), men även maktlöshet och ensamhet (Inoue & Armitage 2006). Flera sjuksköterskor blev även ledsna, rädda, arga, och fick depressiva symtom när de vårdade en våldsutsatt kvinna (van der Wath m.fl. 2013). I studien av Williston och Lafreniere (2013) visade det sig att sjuksköterskorna upplevde nervositet då de inte visste vad de skulle upptäcka. En del sjuksköterskor kände frustration när de våldsutsatta kvinnorna valde att återgå till sitt förhållande med sin partner (Robinson 2010). Sjuksköterskorna försökte ändå agera rationellt och vara försiktiga med att inte pressa kvinnan till att göra något som inte var hennes

egna beslut (Inoue & Armitage 2006). Flera upplevde att det var påfrestande att behöva lyssna på den våldsutsatta kvinnans historia (Hägglom & Möller 2006), samtidigt kände de pressen att vara kompetenta i situationen (Inoue & Armitage 2006). De uppgav även att de kände sympati för de våldsutsatta kvinnorna (Inoue & Armitage 2016; van der Wath m.fl. 2013). Trots de blandade känslorna, i mötet med den våldsutsatta kvinnan, kunde sjuksköterskorna uppleva stöd och uppmuntran av sina kollegor (dos Reis m.fl. 2010; Hägglom & Möller 2006; van der Wath m.fl. 2016). De upplevde inte att de behövde något psykologiskt stöd eller samtal, de fann istället trygghet hos varandra på arbetsplatsen där de kunde diskutera olika fall och utbyta idéer (a.a.).

Sjuksköterskorna berättade om vikten av att sätta sina egna känslor åt sidan för att kunna lägga all fokus på den våldsutsatta kvinnan, detta för att skapa ett personcentrerat förhållningssätt (Inoue & Armitage 2006; van der Wath m.fl. 2016; Willston & Lafreniere 2013). I studien av van der Wath m.fl. (2016) framkom det att flera sjuksköterskor inte var bra på att kontrollera sina känslor, detta uttryckte sig genom att de grät på arbetet på grund av den emotionella pressen. Sjuksköterskorna hade en känsla av att de skulle framstå som starka personer, därför dolde de att de grät. De kände att de var tvungna att trösta, ge hopp och stödja patienten (a.a.). Sjuksköterskorna ansåg att de var förpliktade att agera på ett visst sätt och göra rätt för att kvinnan inte skulle behöva lida i onödan (dos Reis m.fl. 2010). Vidare berättade sjuksköterskorna att då de inte fick ge uttryck åt sina känslor på arbetsplatsen tog de med sig jobbet och känslorna hem (van der Wath m.fl. 2016). Sjuksköterskorna upplevde att även om det var svårt att sätta sina egna känslor åt sidan så var det viktigare att patienten fick den vård de behövde (a.a.). Genom att ge support till kvinnorna kände sjuksköterskorna mer glädje i sitt arbete (Cortes m.fl. 2015; van der Wath m.fl. 2013). De upplevde även lycka om de visste att den våldsutsatta kvinnan fått den hjälp hon behövde och hade tagit steget mot att lämna sin partner. Genom att kunna hjälpa de våldsutsatta kvinnorna lättades sjuksköterskornas psykiska stress (dos Reis 2010; van der Wath m.fl. 2016).

Tankar

De våldsutsatta kvinnornas situation väckte flera existentiella tankar hos sjuksköterskorna. Tankar om livet, döden och varför vissa personer var kapabla till att begå våldshandlingar var förekommande (van der Wath m.fl. 2016). Tankar och orolighet, om hur kvinnan skulle överleva sin situation, var påfrestande för sjuksköterskorna (Hägglom & Möller 2006). Flera sjuksköterskor uttryckte även oroliga tankar när de gällde de möjliga konsekvenserna av framför allt det sexuella våldet för kvinnorna (Cortes m.fl. 2015). Sjuksköterskorna ville därför göra sitt bästa i att ge råd och vägledning till de drabbade kvinnorna (a.a.). I studien av Williston och Lafreniere (2013) upplevde flera av sjuksköterskorna att vetskapen om att de inte kunde lösa kvinnans problem och situation var påfrestande.

För att distrahera sina egna tankar, efter en påfrestande situation, tyckte sjuksköterskorna att en paus kunde hjälpa genom antingen lyssna på musik eller ta en promenad (van der Wath m.fl. 2016). För en del sjuksköterskor var det vanligt att besöka en andlig vägledare (a.a.). De upplevde en lättnad genom att få ventilerat tankar och funderingar kring situationer med våldsutsatta kvinnor. Vidare i studien av van der Wath m.fl. (2016) framkom att ett antal sjuksköterskor

även kunde finna stöd i religion och tro i mötet med de våldsutsatta kvinnorna. En situation som var speciellt svår för sjuksköterskorna att hantera var när den våldsutsatta kvinnan de vårdade avled på grund av sina skador. Till en början levde sjuksköterskorna i förnekelse. Dock menade sjuksköterskorna att de tillslut var tvungna att acceptera situationen då flera hade familj, jobb och fler patienter att ta hand om (a.a.).

DISKUSSION

I denna del av uppsatsen presenteras metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras studiens styrkor och svagheter. Resultatdiskussionen lyfter de viktigaste resultatet som diskuteras mot annan litteratur.

Metoddiskussion

En sammanställning och syntes av vetenskapliga artiklar med en kvalitativ ansats gjordes då syftet med studien var att *belysa hur sjuksköterskan hanterar situationen i mötet med den våldsutsatta kvinnan*. Vidare formulerades två frågeställningar för att understödja syftet.

En empirisk studie kunde ha gjorts för att besvara syftet. Detta alternativ förkastades dock då ämnet var känsligt och etiskt tillstånd kunde bli svårt att få inom den tidsram föreliggande uppsats hade. Litteraturstudien följde Polit och Becks (2014) modell då den ansågs ge en bra struktur. Databassökningarna som utfördes styrdes av de bärande begrepp som fanns i syftet. Vidare användes PIO-modellen för att ge en mer strukturerad och relevant sökning. Med facit i hand hade dock PS modellen (Polit & Beck 2014) fungerat bättre då modellen är mer passande, där det läggs fokus på *population* och *situation* som bättre hade kunnat besvara föreliggande litteraturstudies syfte. Användningen av PIO-modellen kan därför uppfattas som en svaghet i studien, dock gick det att formulera de bärande begreppen med PIO-modellen och kunde besvara föreliggande litteraturstudies syfte.

Tre databaser valdes ut då litteraturstudien sträckte sig under en kortare period och sökningarna var en tidskrävande process. Databaserna som användes kan anses vara relevanta för sjuksköterskor, dock fanns medvetenheten om att även andra databaser kunde valts. Detta kan uppfattas som en svaghet i litteraturstudien då relevanta artiklar och material kan ha funnits i andra databaser som inte tillämpats. Styrkan med de använda databaserna var att det fanns en bekantskap med dessa, men även att databaserna berör omvårdnadsprofessionen. Respektive databas gav ett sökresultat på över 300 träffar, även om det blev ett stort antal träffar så var det hanterbart. Sökningar med ordet *not* har inte gjorts därför gav det ett ganska stort resultat på artiklar som innefattade barnmorskor, men även andra specialistutbildningar. Artiklarna som innefattade specialistutbildningar och barnmorskor kunde dock exkluderas direkt, detta kan uppfattas som en styrka för litteraturstudien eftersom irrelevant material kunde sorteras ut. Kvantitativa artiklar kunde exkluderas vid titel eller abstraktgranskning, vilket gjorde att 300 träffar snabbt gick ner i antal. Åren har begränsats från 2005 då artiklarna ska vara relevanta i tid, detta för att tidigare materiel inte ansågs vara lika trovärdigt då samhället kan ha förändrats under åren. Även om en ny litteraturstudie görs med

föreliggande studies metod och analys skulle resultatet kunna bli annorlunda då fokus ligger på att tolka olika resultat, detta kan ge studien sämre tillförlitlighet som enligt Polit och Beck (2014) är en viktig faktor inom kvalitativ forskning.

Annorlunda sökblock övervägdes med sökorden *qualitative* och *qualitative studies*, för att endast fånga kvalitativa artiklar som hade kunnat vara ett bärande begrepp till studien. Detta skulle dock ge ett sökresultat på under 70 träffar i databaserna som ansågs vara ett för snävt antal träffar för att kunna hitta relevant material till litteraturstudien. Sökningarna *qualitative* och *qualitative studies* kunde inte täcka tio relevanta artiklar för litteraturstudien, och valdes därför bort. Våld är ett brett och komplext ämne och innefattar flertal stora begrepp. En begränsning gjordes dock till sökorden *abus**, *intimate partner violence*, *domestic violence* och *violence*. Styrkan med flera sökord i varje sökblock var att flertal relevanta artiklar fångades och syftet kunde besvaras. Andra sökord som diskuterades var *battered women* och *violence against women*, dessa valdes dock bort då artiklarna som då hittades mestadels utgick från kvinnornas perspektiv samt att sökorden som redan fanns täckte in de bärande begreppen i syftet.

Efter granskning av ett flertal artiklar väcktes medvetenheten om att våld mot kvinnor fanns i alla länder och beroende på kultur och kontext kunde kvinnorna uttrycka sig på olika sätt. Ett ställningstagande togs därför till att inga länder skulle exkluderas då våld mot kvinnor är ett globalt problem. Efter sökningar i de tre utvalda databaserna framkom det att inte tillräckligt många studier om ämnet var gjorda i Sverige för att kunna täcka tio artiklar. Trots att sjuksköterskor i olika världsdelar arbetar på olika villkor och att det finns olika hälso- och sjukvårdssystem kändes det viktigt att belysa hur de olika sjuksköterskorna hanterade situationen med en våldsutsatt kvinna. Det var dock svårt att se stora skillnader mellan länderna. Detta kan anses som en styrka för överförbarheten av resultatet till svensk kontext.

Trovärdighet är en viktig faktor att bedöma (Polit och Beck 2014). Eftersom litteraturstudien är baserad på studier med kvalitativ ansats fanns en risk för feltolkning, att textens innebörd har tolkats fel, vilket kan ha gett sämre trovärdighet. Fribergs modell (2012) valdes till analysen då modellen är framtagen för artiklar med kvalitativ ansats. En annan modell som funnits i åtanke var Polit och Becks analysmodell (2014), dock fanns den endast på engelska och risk för feltolkning av de olika stegen kunde ha förekommit. De utvalda artiklarna var skrivna på engelska, ett språk som båda författarna förstår till stor del, trots detta kan feltolkningar förekomma. Det engelska språket användes som ett inklusionskriterie då andra språk inte behärskades tillräckligt bra för att kunna analysera och tolkas texter. Detta kriterium ökar litteraturstudiens trovärdighet. Dock kunde detta även vara en svaghet då relevanta artiklar på andra språk kan ha försvunnit.

De flesta artiklarna inkluderade huvudsakligen kvinnliga sjuksköterskor, vilket kan ha påverkat litteraturstudiens trovärdighet. Litteraturstudien syfte belyste sjuksköterskor, vilket inkluderade både män och kvinnor. Litteraturstudien hade behövt fler artiklar som inkluderade manliga sjuksköterskor. Det behöver dock inte vara en svaghet då sjuksköterskeprofessionen domineras av kvinnor. Inga av de utvalda artiklarna som inkluderade manliga sjuksköterskor belyste någon betydande skillnad mellan hur kvinnliga och manliga sjuksköterskor hanterade situationen i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Fåtal av de utvalda artiklarna

berörde andra professioner, såsom läkare och vårdbiträde men de delar av resultatet som inte berörde sjuksköterskor utelämnades. Dessa artiklar exkluderades inte eftersom de innehöll meningsfullt och betydande resultat som besvarade litteraturstudiens syfte. Studierna var utförda i olika länder i världen samt i olika kontexter såsom på olika avdelningar och arbetsplatser. Föreliggande litteraturstudien innehåller därför resultat från vårdcentraler, akutmottagningar och vanliga vårdavdelningar. Då arbetsmiljön och andra faktorer såg olika ut beroende på arbetsplats så kunde detta påverka resultatet. Ytterligare en svaghet är att sjuksköterskornas uppgifter kan ha sett olika ut i olika länder samt på olika avdelningar, detta kan påverka överförbarheten av resultatet till en svensk kontext (Polit och Beck 2014).

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens syfte var att belysa hur sjuksköterskan hanterar situationen i mötet med den våldsutsatta kvinnan.

Att ha ett undvikande förhållningssätt

Föreliggande studies resultat visade att i mötet med dessa kvinnor fanns det sjuksköterskor som hade ett undvikande förhållningssätt. Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde barriärer i mötet med den våldsutsatta kvinnan så som okunskap, vilket gjorde att de upplevde svårigheter i att vårda våldsutsatta kvinnor (dos Reis 2010; Efe & Taskin 2012; Williston & Lafreniere 2013; Robinson 2010). I flera av studierna framkom det att sjuksköterskorna saknade den rätta kompetensen för att kunna arbeta med denna fråga. De menade även på att de behövde mer träning för att kunna hantera den våldsutsatta kvinnans situation på ett bra sätt (Efe & Taskin 2012; Hughes 2010; Inoue & Armitage 2006; van der Wath m.fl. 2016). Ovanstående resultat stöds av nyligen publicerad forskning där de våldsutsatta kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte ägnade lika mycket tid till våld i nära relationer som sjukdomar och olyckor (Pratt-Eriksson m.fl. 2014). Det är bristen på kunskap som kan leda till att frågan om våld inte ställs (NCK 2010). Lawko m.fl. (2011) menar att det finns en risk att kvinnan kan upplevas som ett hopplöst fall och blir skuldbelagd av personalen (a.a.). Sjuksköterskan behöver därför mer kunskap och träning i detta ämne för att kunna bemöta den våldsutsatta kvinnan på ett adekvat sätt. För att förbättra kunskapen behöver frågan belysas mer under utbildningen och på så sätt kan en öppenhet hos sjuksköterskan skapas redan från början och frågan kan i framtiden ställas mer frekvent.

Föreliggande studies resultat visade även att flertal sjuksköterskor hade fördomar gentemot våldsutsatta kvinnor (Efe & Taskin 2012; Inoue & Armitage 2006; Robinson 2010). En fördom som bland annat förekom i Turkiet var att våld skulle lösas inom familjen (Efe & Taskin 2012). Fyndet att det fanns fördomar bland sjuksköterskorna stöds även av tidigare forskning som belyste att de våldsutsatta kvinnorna kände sig dömda och placerade i ett visst fack av sjukvårdspersonalen (Tower m.fl. 2006). Tidigare forskning visar även att den våldsutsatta kvinnan uttryckte rädsla för att partnern skulle få reda på att hon sökt vård (Loke m.fl. 2012).

Våldsutsatta kvinnor upplevde en brist på samverkan mellan parterna då informationen inte kom fram till alla i vårdteamet (Bradbury-Jones m.fl. 2011). Detta visar på hur kärnkompetensen *samverkan i team* brister och hur viktig

kommunikation är mellan alla parter (QSEN 2005). Även kärnkompetensen *personcentrerad vård* är av specifik betydelse då det handlar om att inte döma patienten eller ha förutfattade meningar. *Personcentrerad vård* handlar om att kunna se varje person som unik och kunna sätta sig in i personens livsvärld (a.a.). Om den våldsutsatta kvinnan ska kunna öppna upp sin livsvärld behöver sjuksköterskan bemöta kvinnan med öppenhet och ett icke-dömande beteende. Denna kärnkompetens belyser hur varje person ska ses som unik och för att kunna göra detta måste fördomarna åsidosättas. Under sjuksköterskeutbildningen diskuteras det mycket om att sjuksköterskan ska vara fördomsfri och kunna behandla alla på lika villkor, vilket inte alltid tillämpas i praktiken. När sjuksköterskan styrs av sina fördomar så byggs egna barriärer upp, vilket kan komma att påverka mötet med den våldsutsatta kvinnan. Anser sjuksköterskorna att våld i nära relationer ska lösas inom familjen så förblir frågan dold, därför är det viktigt som sjuksköterska att veta sitt ansvar och bemöta frågan angående våld med öppenhet. Vidare är det arbetsgivarens ansvar att arbeta med en gemensam värdegrund som personalen står på.

Att vara stödjande

Föreliggande studies resultat visade att sjuksköterskorna ansåg att det var av vikt att kunna lyssna (Cortes m.fl. 2015; Häggblom & Möller 2006). Det var en tidskrävande process att arbeta med den våldsutsatta kvinnan, då tystnaden i mötet ofta var ett hinder, men i slutändan kunde en bra relation skapas (Cortes m.fl. 2015; Hughes 2010; Häggblom & Möller 2006). Detta stöds även av Crafoord (2005) som presenterar olika nivåer kring samtalskonst. Det handlar om att kunna lyssna empatiskt, att kunna lyssna bakom orden (a.a.). Vidare visade resultatet att sjuksköterskorna lyfte hur den våldsutsatta kvinnan kunde svara med tystnad i början (Häggblom & Möller 2006). Crafoord (2005) tar upp att tystnaden är en kommunikation som kan förmedla budskap, därför är tystnaden nödvändig. Det krävs därför kunskap för att kunna tolka tystnaden (a.a.). Sjuksköterskeyrket handlar inte bara om det tekniska och det medicinska, utan även att kunna samtala med och lyssna på patienten. En våldsutsatt kvinna behöver inte alltid medicinsk vård utan psykiskt stöd där någon lyssnar. Sjuksköterskan kan behöva mer kunskap i hur samtalet kring tunga ämnen tas upp, detta för att känna sig mer säker i mötet. Sjuksköterskorna kan ha svårt att acceptera tystnaden men ibland kan det vara det enda patienten behöver.

Resultat i föreliggande studie visade att sjuksköterskorna menade att det kunde vara svårt att upptäcka den våldsutsatta kvinnan, det kunde bland annat bero på att kvinnorna sökte vård för diffusa symtom såsom sömnproblem (Häggblom & Möller 2006). Det visade sig endast vara en liten del av sjuksköterskorna som upplevde att de var välinformerade och kunde följa protokoll när de identifierat en våldsutsatt kvinna (Inoue & Armitage 2006). Senare forskning styrker detta då den påvisar att det kunde vara svårt att identifiera de våldsutsatta kvinnorna då de inte ville ta upp sjuksköterskans tid eller orkade återupprepa sin historia för olika personalgrupper (Bradbury-Jones m.fl. 2011). Kvinnorna uppgav att de kände skuld och skam men även att de inte hade förtroende för sjuksköterskorna, vilket också kan vara en anledning till att sjuksköterskan inte kunde identifiera kvinnorna (a.a.).

Våldsutsatthet behöver upptäckas i tid och är en förutsättning för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna ge adekvat stöd och vård (Socialstyrelsen 2014). Enligt NCK (2010) kan det vara svårt att identifiera våld i nära relationer

eftersom den våldsutsatta kvinnan inte vill berätta om sin situation. Ofta utvecklar kvinnan istället strategier för att dölja vad som egentligen pågår (NCK 2010). Därför är det viktigt att arbetsgivaren tar sitt ansvar och ser till att samtlig personal får utbildning inom ämnet och tar fram handlingsplan som passar den egna verksamheten. I NCKs (2011) rapport framkommer det även att det är lättare att ställa frågan om våld om det finns tydliga rutiner för omhändertagande av våldsutsatta. Även HSL tydliggör i sin definition av *en god vård* i 3 kap 1§ att hälso- och sjukvårdens mål för befolkningen är en god hälsa samt vård på lika villkor. Det är viktigt att ha i åtanke att sjuksköterskan inte är ensam i teamet. Ansvaret är stort och situationen är komplex vilket gör det viktigt att alla i teamet jobbar mot samma mål och delar på ansvaret, och återigen blir kärnkompetensen *Samverkan i team* av betydelse (QSEN 2005).

I sjuksköterskerollen är det av betydelse att vara lyhörd mot sina patienter, att tänka utanför ramarna är en central punkt då en våldsutsatt kvinna inte alltid uppvisar synliga skador utan kan söka för andra symtom. Därför är det av vikt att vara uppmärksam och utforskande. Riktlinjer och protokoll kring våldsutsatthet bör hela tiden uppdateras för att lättare kunna identifiera våldsutsatta kvinnor, på så sätt skapas förhoppningsvis en bättre vård. Vården kan vara en stressfull plats, därför är det viktigt att sjuksköterskan inte stressar i mötet med den våldsutsatta kvinnan då det kan vara ett möte som kräver längre tid för att skapa ett förtroende och öppenhet.

Att påverkas emotionellt

Föreliggande studies resultat visade vidare att för sjuksköterskorna var det viktigt att kunna lägga all fokus på den våldsutsatta kvinnan, detta gjorde de lättast genom att sätta sina egna känslor och tankar åt sidan (Inoue & Armitage 2006; van der Wath m.fl. 2016; Willston & Lafreniere 2013). När de våldsutsatta kvinnorna valde att återgå till sitt förhållande med sin partner upplevde sjuksköterskorna frustration (Robinson 2010). Frustrationen kan tolkas som att de inte var införstådda i normaliseringsprocessen, som är den process som kan förklara varför den våldsutsatta kvinnan väljer att stanna i sin relation (Lundgren 2013). Genom att kontrollera och isolera kvinnan så bryts även kontakten med omvärlden och tillslut blir våldet som en del av vardagen (a.a.).

Normaliseringsprocessen kan förklara kvinnornas agerande till att stanna i sitt förhållande. Kunskap om normaliseringsprocessen är därför något som hade underlättat sjuksköterskans arbete och tankesätt kring de våldsutsatta kvinnorna. Detta för att få en förståelse för kvinnans olika val och därmed djupare förståelse hos sjuksköterskan där egna känslor och tankar kan sättas åt sidan. Sjuksköterskerollen innefattar ett stort ansvar och det är av vikt att kunna gå in i sin yrkesroll och inte låta sina personliga tankar och känslor ta över.

Föreliggande studies resultat visade att även om sjuksköterskorna kunde upptäcka och screena våldsutsatta kvinnor så visste de inte vart kvinnorna skulle vända sig. Detta för att de upplevde en brist på vårdplatser, som vidare påverkade vårdprocessen för den våldsutsatta kvinnan (Robinson 2010). Sjuksköterskorna upplevde att våld i nära relationer inte prioriterades av samhället (Häggbloom & Möller 2006; Robinson 2010). Detta stödjer även tidigare forskning som visar att våld i nära relationer är en dold hälsofråga, studien visade att de våldsutsatta kvinnorna upplevde hur deras autonomi försvann då de upplevde att de inte togs på allvar av samhället (Pratt-Eriksson m.fl. 2014). Detta visar på att våldsutsatthet inte prioriteras tillräckligt i samhället eller i vården. Bemöts våldsutsatta kvinnor

på ett avvisande sätt så kommer våld mot kvinnor förbli en dold fråga. Ämnet bör beröras under utbildningen men framförallt på arbetsplatsen, där det går att skapa en miljö med öppenhet och tolerans. Lyfts frågan om våld kan det visa på att vården och samhället har accepterat frågan som ett folkhälsoproblem, och även de våldsutsatta kvinnorna kan våga söka hjälp.

KONKLUSION

Våldsutsatta kvinnor och våld i nära relationer är ett aktuellt samhällsproblem som inte lyfts tillräckligt. Detta syns genom flera sjuksköterskors undvikande förhållningssätt. Samtliga sjuksköterskor ansåg att det var en utmaning att hantera situationen med den våldsutsatta kvinnan på ett professionellt sätt. Detta för att de flesta saknade träning och kunskap, flera hade även fördomar och generaliseringar. Sjuksköterskorna behöver bygga upp självsäkerhet i mötet med den våldsutsatta kvinnan för att kunna agera stöd. Samhället bör lägga mer resurser på frågan om våldsutsatthet, föreliggande litteraturstudies resultat visar tydligt på att mer resurser för kunskapsutveckling behövs för all vårdpersonal. Det är av vikt att handlingsplaner angående våld i nära relationer används på ett korrekt sätt. Detta kan göras genom utbildning och tydliga riktlinjer. Då svåra känslor och tankar var vanligt förekommande hos sjuksköterskorna visar detta på ett behov av stöd. Genom att få stöd på arbetsplatsen av kollegor kan sjuksköterskorna psykiska välmående förbättras. I tunga frågor är det viktigt att veta att sjuksköterskan inte står ensam utan kan ta hjälp utav andra på arbetsplatsen.

FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING

Föreliggande litteraturstudie har bidragit till en ökad kunskap inom ämnesområdet våld i nära relationer. En god förberedelse inför vad sjuksköterskerollen kan möta har erhållits. Främst hur sjuksköterskan bör agera i mötet med den våldsutsatta kvinnan men även hur känslor och tankar påverkar på personligt plan. Kontinuerlig kunskap om våld i nära relationer behövs, därför är det av betydelse att kunskapen erhålls redan under sjuksköterskeutbildningen men även vidare ute på arbetsplatserna. Det handlar inte bara om kunskapen om sjukdomar och mediciner, utan lika viktigt som det är att inte blanda ihop patienters blodprov är det att kunna få patienten att känna sig trygg i omvårdnaden. Då de flesta sjuksköterskor upplevde svårigheter i mötet med den våldsutsatta kvinnan tyder detta på att mer forskning inom området behövs, men även att samhället bör lyfta frågan om våldsutsatthet så att den synliggörs. Genom att skapa en öppenhet redan under utbildningen, men även på arbetsplatsen, kan fördomar och okunskap suddas ut. Litteraturstudiens resultat baserades inte på några svenska studier, detta visar på att det finns en brist på forskning inom omvårdnadsprofessionen i Sverige vad gäller våldsutsatta kvinnor och allmänsjuksköterskan.

Den erhållna kunskapen om våldsutsatthet kan bidra till kliniskt förbättringsarbete genom att förstå hur allvarligt samhällsproblem våld mot kvinnor är, och vilka

konsekvenser det kan få. Sjuksköterskan kan ha en livsavgörande påverkan för de våldsutsatta kvinnorna, därför är det av vikt att förstå sin egen roll som sjuksköterska och inte låta egna känslor och tankar hindra omvårdnaden. Det är viktigt att sjuksköterskorna också får stöd, antingen på eller utanför arbetsplatsen. Stöd kan erhållas av arbetsgivaren genom bland annat handledning på arbetsplatsen. Slutligen bör det poängteras att trots samhällets fortskridande utveckling inom medicin och teknik behöver frågan om våld i nära relationer belysas. Som tidigare nämnt i litteraturstudien är sannolikheten stor att sjuksköterskan möter den våldsutsatta kvinnan på arbetsplatsen. Sjuksköterskan är därför den som kan ta första steget till att lyfta frågan så att den inte förblir dold och med detta bidra till förändring i samhället.

REFERENSER

* Utvalda artiklar

Bradbury-Jones C, Duncan F, Kroll T, Moy M, Taylor J, (2011) Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing standard*, 25, 35-40.

Crafoord C (2005) *Människan är en berättelse, tankar om samtalskonst*. Stockholm, Natur och Kultur.

*Cortes L F, De Mello Padoin S M, Becker Vieira L, Landerdahl M C, Arboit J (2015). *Care for victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity*. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 36, 77-84.

Cullberg J, (2006) *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

* Dos Reis M J, Baena de Moraes Lopes M H, Higa R, Riberiro Turato E, Soares Chvatal V L, Bedone A J, (2010) Experiences of nurses in health care for female victims of sexual violence. *Saudé Publica*, 44:2, 325-341.

*Efe S Y, Taskin L (2012) Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in Turkey: A qualitative study. *Sexuality & Disability*, 30:4, 441-451.

Flinck A, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P, (2005) Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal Of Clinical Nursing*, 14, 383-393.

Frenzel A, (2014) *Brott i nära relationer: en nationell kartläggning*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Friberg F, (2012) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund, studentlitteratur.

Holmberg C, Enander V, (2011) *Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*. Lund: Studentlitteratur.

*Hughes J (2010) Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence. *Online journal of rural nursing & health care*, 10:1, 34-47.

*Hägglom A M.E, Möller A R (2006) On a life saving mission: Nurses willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative health research*, 16:8, 1075-1090.

Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30.

*Inoue K, Armitage S, (2006) Nurses' understanding of domestic violence. *Contemporary nurse*, 21:2, 311-323.

Lawko S, Sanz S, Helström L, Castren M (2011) Screening for intimate partner violence against women in healthcare Sweden: Prevalence and determinants. *ISRN Nursing*, 2011, 1-7.

Loke A Y, Wan M L E, Hayter M, (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal Of Clinical Nursing*, 21, 2336-2346.

Lundgren, E (2004) *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige.

Lundgren E, (2013) *Våldets normaliseringsprocess och andra våldsförståelser*. Stockholm: Riksorganisation för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (Roks).

Mojab S, Aldo N, (2004) *Violence in the name of honour: theoretical and political challenges*. Istanbul: Bilgi University.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2010) *Delrapport II. Nationell kartläggning av hur mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck beaktas i grundutbildningar vid universitet och högskolor*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2011) *Att ställa frågan om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2014) *Våld och hälsa: en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. ><http://www.nck.se>< PDF (2017-04-17).

Polit D F, Beck C T, (2014) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8:e upplagan). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Pratt-Eriksson D, Bergbom I, Lyckhage E, (2014) Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International journal of Qualitative studies on Health and Well-being*, 9:1, 23166.

Quality and safety education for nurses, (2005) *Qsen competencies*. ><http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/>< (2017-02-07).

*Robinson R (2010) Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of emergency nursing*, 36:6, 572-576.

Socialstyrelsen, (2014) *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga – vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2014) *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser*. ><http://www.sbu.se>< PDF (2017-02-16).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2014) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvård: en handbok*. ><http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok>< PDF (2017-05-31)

Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G, (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The*

Cochrane database of systematic reviews.

Tower M, McMurray A, Rowe J, Wallis M, (2006) Domestic violence, health and healthcare: Women's accounts of their experiences. *Contemporary nurse*, 21, 186-198.

*Van der Wath A, van Wyk N, van Rensburg E J (2013) Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of advanced nursing*, 69:10, 2242-2252.

*Van der Wath A, Van Wyk N, Van Rensburg E (2016) Emergency nurses' ways of coping influence their ability to empower women to move beyond the oppression of intimate partner violence. *African journal of primary health care & family medicine*, 8:2.

*Williston C J, Lafreniere K D (2013) Holy Cow, does that ever open up a can of worms: Healthcare experiences of inquiring of intimate partner violence. *Health care for women international*, 34:9, 814-831.

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B, (2016) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wong J, Mellor D, (2014) Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. *Contemporary Nurse*, 46, 170-179.

World Health Organisation, (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. ><http://www.who.com>< PDF (2017-04-03).

World health organization, (2016) *Violence against women*. ><http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>< (2017-01-31).

BILAGOR

Bilaga 1 SBU Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik

Bilaga 2 SBU Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet

Bilaga 3 Litteratursökning CINAHL

Bilaga 4 Litteratursökning PubMed

Bilaga 5 Litteratursökning PsychINFO

Bilaga 6 Artikelmatriser 6:1-6:10

BILAGA 1

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

reviderad 2014

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög

Medelhög

Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

a) Är urvalet relevant?

b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?

c) Är kontexten tydligt beskriven?

d) Finns relevant etiskt resonemang?

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK UTVÄRDERING

mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik

5:1

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?				
b) Är datainsamlingen relevant?				
c) Råder datamättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?				
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?				
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?				
c) Råder analysmättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?				
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?				
b) Är resultatet begripligt?				
c) Är resultatet tydligt beskrivet?				
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
e) Genereras hypotes/teori/modell?				
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?				
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

BILAGA 2

Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet

Hög kvalitet	Medelhög kvalitet	Låg kvalitet
Klart beskrivet sammanhang (kontext)	Sammanhanget ej beskrivet tydligt (kontext)	Oklart beskrivet sammanhang (kontext)
Väldefinierad frågeställning	Frågeställning ej beskriven tydligt	Vagt definierad frågeställning
Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod	Några otydligheter i beskrivningen av urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod	Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod
Dokumenterad metodisk medvetenhet	Några otydligheter i den dokumenterade metodiska medvetenheten	Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet
Systematisk, stringent presentation av data	Otydligheter i presentationen av data	Osystematisk och mindre stringent dataredovisning
Tolkningars förankring i data påvisad	Några otydligheter om tolkningars förankring i data	Otydlig förankring av tolkningarna i data
Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Några otydligheter om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet är bristfällig eller saknas
Kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Otydlig kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Kontextualisering av resultat i tidigare forskning saknas eller är outvecklad
Implikationer för relevant praktik välformulerade	Implikationer för relevant praktik är otydligt beskrivna	Implikationer för relevant praktik saknas eller är otydliga

BILAGA 3

Cinahl Nummer	Sökord	Träffar	Block
S1	nurse	349 531	
S2	nurses	349 531	
S3	S1 OR S2	349 531	Nurse
S4	Women	193 334	
S5	woman	193 334	
S6	S4 OR S5	193 334	Women
S7	Violence	28 565	
S8	Abus*	67 482	
S9	"Intimate partner violence"	6449	
S10	"Domestic violence"	6830	
S11	S7 OR S8 OR S9 OR S10	87 454	Violence
S12	Situation	30 366	
S13	Handl*	16 794	
S14	Manag*	309 370	
S15	Caring	28 255	
S16	Care	766 592	
S17	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	984 713	Managing

BILAGA 4

PubMed Nummer	Sökord	Träffar	Block
#1	nurse	337 648	
#2	nurses	223 577	
#3	#1 OR #2	337 607	Nurse
#4	women	824 446	
#5	woman	980 478	
#6	#4 OR #5	980 283	Women
#7	violence	96 482	
#8	abus*	172 086	
#9	“domestic violence”	8 605	
#10	“intimate partner violence”	5 234	
#11	#7 OR 8 OR 9 OR 10	225 222	Violence
#12	caring	58 119	
#13	care	2 057 074	
#14	handl*	136 274	
#15	manag*	1 339 317	
#16	situation	130 757	
#17	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	3 229 617	Managing

BILAGA 5

PsychInfo Nummer	Sökord	Träffar	Block
S1	nurse	60 571	
S2	nurses	60 571	
S3	S1 OR S2	60 584	Nurse
S4	women	297 076	
S5	woman	297 076	
S6	S4 OR S5	297 076	Woman
S7	Violence	79 442	
S8	Abus*	219 425	
S9	"intimate partner violence"	7 526	
S10	"domestic violence"	14 752	
S11	S7 OR S8 OR S9 OR S10	271 495	Violence
S12	caring	24 546	
S13	care	454 312	
S14	handl*	27 168	
S15	manag*	371 601	
S16	situation	161 238	
S17	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	899 868	Managing

BILAGA 6

Artikelmatris 6:1

Author, Title, Year, Country	Aim, Purpose	Method	Number of participants	Analys	Main findings	Study qualit
<p>Dos reis M J, Baena de Moraes Lopes M H, Higa R, Ribeiro Turato E, Soares Chvatal V L, Bedone A J</p> <p>Experiences of nurses in health care for female victims of sexual violence</p> <p>2010</p> <p>Brazil</p>	<p>To understand experiences of nurses caring for women who have suffered sexual violence</p>	<p>Qualitative-clinical study. Semi-guided interview technique with open questions was used.</p>	<p>6 nurses were interviewed (1 male and 5 females)</p>	<p>The interviews were recorded and transcribed. Data were analyzed following the content analysis technique, based on a psychodynamic framework</p>	<p>The following analytical categories were presented: What they think about, How they feel, How they act and How they react to the work with sexual violence victims</p>	<p>High</p>

Artkelmatris 6:2

Author, Title, Year, Country	Aim, Purpose	Method	Number of participants	Analys	Main findings	Study qualit
<p>Ferreria Cortes L, De Mello Padoin S M, Becker Vieira L, Landerdahl M C, Arboit J</p> <p>Care for victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity</p> <p>2015</p> <p>Brazil</p>	<p>To study the care of women victims of violence provided by nurses in emergency services and to analyse the practices that target the empowerment of women and gender equity</p>	<p>A qualitative, descriptive study conducted by means of interviews with nurses of an emergency and obstetrics unit of a university hospital and local emergency service of a city in southern Brazil from January to April 2013.</p> <p>Data were collected by means of semi-structured interviews</p>	<p>10 nurses</p>	<p>Thematic content analysis was used and defined gender as the analytical category</p>	<p>The findings were: Clinical elements of care, non-clinical elements of care</p>	<p>High</p>

Artikelmatris 6:3

Author, Title, Year, Country	Aim, Purpose	Method	Number of participants	Analys	Main findings	Study qualit
<p>Yaman Efe S, Taskin L</p> <p>Emergency nurses´ barriers to intervention of domestic violence in Turkey: A qualitative study</p> <p>2012</p> <p>Turkey</p>	<p>The main aim of this qualitative study is not to make generalizations but to understand the cases thoroughly.</p>	<p>In-depth interview method was used. According to the authors the best way to study human behavior is to use a flexible and holistic approach. The interviews were recorded</p>	<p>30 nurses</p>	<p>The data were transcribed the same day and later read again once all the interviews were over. The common opinions were coded according to the themes created for "descriptive analysis". All interviews were read again.</p>	<p>The findings were: Not having adequate knowledge/skills on intervening in domestic violence,ork and environment-related obstacles: workload, inadequate time, lack of an appropriate environment</p>	<p>Middle High</p>

Artkelmatris 6:4

Author, Title, Year, Country	Aim, Purpose	Method	Number of participants	Analys	Main findings	Study qualit
<p>Hughes J</p> <p>Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote candian communitis respond to intimate partner violence</p> <p>2010</p> <p>Canada</p>	<p>The purpose with this qualitative study is to provide descriptive data about the assessment and intervention practices of PHNs when working with families experiencing IPV in the context of rural and remote northern Canadian communitis</p>	<p>A semi-structured question format was used. It allows the reserach interview to cover information that is useful for the inquiry, and this format also provides opportunities for participants to add to the depth of the information that is collected. The interview was digitaly recorded</p>	<p>6 public health nurses were interviewed</p>	<p>The interviews were transcribed verbatim by the second author. The transcripts were read several times by both authors, later to be coded.</p>	<p>Three broad themes were identified in the analysis process.</p> <p>1) the way in which nurses described how women disclosed experiences of abuse to them. 2) how the PHNs respond and 3) the challanges of intervening in the rural and northern practice context</p>	<p>Middle high</p>

Artikelmatrix 6:5

Author, Title, Year, Country	Aim, Purpose	Method	Number of participants	Analys	Main findings	Study qualit
<p>Hägglom A M.E, Möller A R.</p> <p>On a life saving mission: Nurses willingness to encounter with intimate partner abuse.</p> <p>2006</p> <p>Finland</p>	<p>The purpose was to explore nurses´ experiences of the phenomenon of violence against women and the nurses´ roles as health care providers to those women</p>	<p>Grounded theory. They were chosen by colleagues, leaders, and/or battered women.</p>	<p>10 female nurses</p>	<p>The analysis was based on techniques described by Charmaz (2000), constant comparison data analysis, theoretical sensitivity, memo writing and theoretical saturation</p>	<p>Two descriptive categories, A) nurses´ personal perceptions toward IPV and B) nurses´ feelings equipped to intervene</p>	<p>High</p>

Artikelmatris 6:6

Author, Title, Year, Country	Aim, Purpose	Method	Number of participants	Analys	Main findings	Study qualit
<p>Inoue K, Armitage S</p> <p>Nurses understanding of domestic violence</p> <p>2006</p> <p>Australia, Japan</p>	<p>To explore nurses´ understanding of domestic violence issues utilizing a grounded theory approach.</p>	<p>Face to face, unstructured interviews using open-ended question of nurses working in accident and emergency departments.</p>	<p>41 nurses, both Australian and Japanese nurses were interviewed</p>	<p>Theoretical sampling and theoretical data analysis were used</p> <p>Data were gathered in an open manner as much as possible in order to seek primary phenomena. Codes and categories were later presented..</p> <p>The japanese interviews were transcribed in Japanese which is the first language of the first author, and then translated into English.</p>	<p>The findings in this study were: Naive perceivers, inexperienced perceivers, compassionate perceivers, proactive perceivers, acting perceivers, reluctant percievers</p>	<p>Middle High</p>

Artikelmatrix 6:7

Author, Title, Year, Country	Aim, Purpose	Method	Number of participants	Analys	Main findings	Study qualit
Robinson R Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence 2010 USA	The goals of this study were to identify how registered nurses screen for intimate partner violence in the emergency department,	This study used a phenomenological qualitative design to examine the role of registered nurse in the emergency setting as it relates to intimate partner violence. A structured open-ended interview technique was used consisting 10 primary questions with several probes	13 nurses were interviewed	Data analysis was conducted simultaneously with data collection. Data were coded, and themes were derived from groups of data to gain an in-depth understanding of the interview data. The 7-step method of data analysis of Colaizzi was used	4 themes were presented: 1) myths, stereotypes, and fears 2) demeanor 3) frustrations 4) safety benefits	High

Artikelmatris 6:8

Author, Title, Year, Country	Aim, Purpose	Method	Number of participants	Analys	Main findings	Study qualit
van der Wath A, van Wyk N, van Rensburg E J Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence 2013 South Africa	To report a study of emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence.	Data were collected using unstructured phenomenological interviews. An initial broad open-ended question was asked to facilitate the expression of lived experiences without leading the discussion	11 nurses	Descriptive phenomenological analysis was used. The transcribed interviews were read to obtain a general sense of the whole.	Emergency nurses in South Africa are often witnesses of the emotional and physical effects of intimate partner violence. Exposure to the vulnerability and suffering of survivors elicits sympathy and emotional distress. Emergency nurses are left with the emotional impact and disruptive and recurrent memories.	High

Artikelmatris 6:9

Author, Title, Year, Country	Aim, Purpose	Method	Number of participants	Analys	Main findings	Study qualit
<p>Van der Wath A, Van Wyk N, Van Rensburg E</p> <p>Emergency nurses' ways of coping influence their ability to empower women to move beyond the oppression of intimate partner violence</p> <p>2016</p> <p>South Africa</p>	<p>Describe emergency nurses' ways of coping with the experience of caring for survivors of IPV and to discuss recommendations based on emergency nurses' experiences</p>	<p>Qualitative design and a descriptive phenomenological approach Unstructured interviews with open-ended questions Guided by data saturation</p>	<p>9 female nurses</p>	<p>Descriptive phenomenological data analysis The data were analysed by searching for the essence and meaning</p>	<p>Coping: avoidance Coping: dealing with the experience of being exposed to survivors of intimate partner violence Accommodations</p>	<p>High</p>

Artikelmatrix 6:10

Author, Title, Year, Country	Aim, Purpose	Method	Number of participants	Analys	Main findings	Study qualit
Williston C J, Lafreniere K D “Holy Cow, does that ever open up a can of worms” Healthcare experiences of inquiring of intimate partner violence 2013 Canada	The purpose was to investigate the experiences of primary care HCPs as they related to treating patients who had disclosed abuse at the hands of their male partners	An interview guide that addressed four categories. Semistructured interviews, seven interviews were face to face, and two were conducted using videoconferencing	9 HCPs	Interpretative phenomenological analysis was used (IPA), a qualitative method designed to investigate how individuals interpret and make meaning from experiences, as a guide.	For most participants, treating women who disclose abuse was complicated, and it often demanded a more nuanced approach to care than what was required when dealing with physical health concerns.	Middle high