

Mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan

- kvinnans upplevelser och sjuksköterskans roll

FÖRFATTARE	Emelie Krook Lina Siring
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete HT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Monica Moene
EXAMINATOR	Ingvar Frid

FÖRORD

Vi vill tacka:

Vår handledare Monica Moene för uppmuntran, stöd och god handledning

Mikael Jerndal för stöd och hjälp med översättning

Otto Karlsson för stöd och uppmuntran

Titel (svensk):	Mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan – kvinnans upplevelser och sjuksköterskans roll
Titel (engelsk):	The interaction between the nurse and the abused woman – the woman's experience and the nurse's part
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN10
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Emelie Krook Lina Siring
Handledare:	Monica Moene
Examinator:	Ingvar Frid

SAMMANFATTNING

Kvinnovåld är ett stort problem som är en realitet för många kvinnor. Varje år anmäls tiotusentals misshandelsfall gentemot kvinnor och mörkertalet är stort. Kvinnovåldet är något som oftast sker oftast i hemmet och den misstänkte förövaren är oftast en manlig bekant till kvinnan som hon har eller har haft en nära relation med. Hälso- och sjukvården är ofta en av få kontakter kvinnan har med omgivningen, utöver mannen. Därför är sjuksköterskans bemötande av dessa kvinnor av största vikt. Denna uppsats har till syfte att belysa den våldsutsatta kvinnans upplevelser av lidande i samband med vård samt sjuksköterskans bemötande av den våldsutsatta kvinnan. Vi har valt att lägga fokus på mäns våld mot kvinnor i heterosexuella parförhållanden där våldet utövas i hemmet. Omvårdnadsteoretikern Katie Erikssons lidandeteori ligger till grund för arbetet. En systematisk litteraturstudie genomfördes där 13 artiklar inkluderades. Genom innehållsanalys kunde ett antal teman identifieras som illustrerar kvinnans upplevelser av lidande samt sjuksköterskans bemötande av den våldsutsatta kvinnan. Våldsutsatta kvinnor var ofta missnöjda med det bemötande de fick av sjuksköterskan. I mötet med sjuksköterskan upplevde kvinnorna känslor såsom ensamhet, rädsla, skam, skuld och att inte bli tagna på allvar. Ofta kände de sig förbisedda och att ingen ville närma sig det verkliga problemet bakom skadorna. Sjuksköterskan upplevde ofta att tidsbrist samt bristande kunskap om våldets mekanismer stod i vägen för att våga närma sig kvinnans problematik. För att bli bättre på att möta kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer kan sjuksköterskan tillägna sig kunskaper om våldets orsaker och konsekvenser ur ett genusperspektiv. Med denna kunskap och Erikssons omvårdnadsteori kan hon/han förbättra sitt bemötande. Genom att synliggöra de hinder som står i vägen för en god omvårdnad i mötet med den våldsutsatta kvinnan, kan arbetet för att motarbeta och förhindra dessa påbörjas. Vårt resultat sammanfattades i en manual som kan vara till hjälp för sjuksköterskor i mötet med den våldsutsatta kvinnan.

ABSTRACT

Intimate partner violence is a large problem and a fact for many women. Every year thousands of cases of abuse against women are reported, and there is a large amount of unrecorded cases. Intimate partner violence often occurs at home and the suspect is usually a male with whom the victim has or used to have a close relationship. Apart from her partner, the healthcare system is often the only contact the woman has with the outside world. The nurse's interaction with these women is therefore of uttermost importance. This report aims to describe the experiences of suffering of the abused woman and the nurse's interaction with the abused woman. Our study is based on the model of suffering by Katie Eriksson. A systematic review of the literature was performed and 13 scientific articles were included. Analysis of these studies revealed a number of themes which were used to illustrate the abused woman's experience of suffering and the nurse's interaction with the abused woman. Abused women were often discontent with the nurse when it came to talking about violence. In the interaction with the nurse the women experienced feelings of loneliness, fear, shame, guilt and not being taken seriously. They often felt overlooked and that no one realized the real reason to the injuries. The nurses often experienced that lack of time and knowledge regarding the complexity of the violence prevented him/her from being able to deal with the problems of the abused woman. It would enable the nurse to be well prepared in the contact with the abused women if she has comprehension about why violence happens as well as its dynamics and consequences, from a gender perspective. By using this knowledge and the model of caring by Katie Eriksson this interaction can be improved. By identifying the barriers for providing good care for the abused woman, the work towards preventing these barriers can begin. Our findings were summarized in a manual to guide nurses in the interaction with abused women.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
PREVALENS I SVERIGE	1
HISTORIK	2
BEGREPPSDEFINITION	2
Våld	2
Definition av bemötande	3
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVAR FÖR VÅLDSUTSATTA KVINNOR	4
Sjuksköterskans etiska kod	4
Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	4
Sekretesslagen	4
Patientjournalagen	5
VÅLDETS ORSAKER	5
Mannen som slår	5
Den slagna kvinnan	6
Våldets mekanismer	7
Våldets normaliseringsprocess	7
Uppbrottsprocessen	8
GENUSBEGREPPET	8
KATIE ERIKSSONS LIDANDEFILOSOFI	9
Lidande	9
Livslidande	9
Vårdlidande	10
Lindra lidande	11
SYFTE	11
METOD	11
DATAANALYS	13
RESULTAT	13
KVINNORNAS UPPLEVELSER AV VÅRDLIDANDE	13
Kränkning av personens värdighet	13
Fördömelse och straff	14
Maktutövning	14
Utebliven vård	14
LINDRA LIDANDE	15
Känna sig välkommen, respekterad och vårdad	15
Uppmuntran och tröst	16
Bekräftelse genom att våga möta lidandet	16
Förståelse, information och delaktighet	16

SJUKSKÖTERSKANS BEMÖTANDE	17
Bristande kunskap och erfarenhet orsakar lidande	17
Attityder och fördomar hindrar mötet med den lidande människan	17
Rädsla för att möta lidandet	18
Tidsbrist och brist på enkildhet	18
VERKTYG SJUKSKÖTERSKAN KAN ANVÄNDA SIG AV FÖR ATT KUNNA LINDRA LIDANDE	18
Utbildning och färdighet	18
Egna erfarenheter ger förståelse för patientens lidande	19
Minska lidande genom att skapa en förtroendefull relation	19
Nätverk skapar bättre förutsättningar att hjälpa den lidande kvinnan	20
Screening för att möta och bekräfta lidandet	20
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	21
Insikt om hur samhällets könsnormer styr attityder och bemötande	22
Sjuksköterskans ansvar	22
Insikt i dynamiken bakom våldets orsaker	23
Betydelsen av bemötandet	23
Att överbygga hinder	24
KONKLUSION	25
REFERENSER	26
BILAGOR	
BILAGA 1 ARTIKELREDOVISNING	
BILAGA 2 MANUAL	

INTRODUKTION

INLEDNING

Kvinnovåld är ett stort och mångfacetterat problem. Varje år görs, i Sverige, tiotusentals anmälningar mot kvinnomisshandel. Trots att kvinnovåld ständigt figurerar i vår närhet, kan det betraktas som ett undangömt och dolt problem som sällan förs upp till ytan. Misshandel orsakar inte bara fysiska skador utan innebär även ett stort psykiskt lidande. Ofta lider dessa kvinnor i det tysta utan att någon ser, hör eller ingriper.

Som sjuksköterskor kommer vi onekligen träffa på kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Det kan till och med vara så att vi är den enda utomstående kontakt som dessa kvinnor har. Vårt ansvar i egenskap av sjuksköterskor är sålunda att fånga upp och hjälpa dessa kvinnor. Vidare ska vårt förhållningssätt präglas av respekt, värdighet och lyhördhet. Tyvärr ser inte alltid verkligheten ut så här. Alltför ofta förbises och negligeras dessa kvinnor i mötet med vården.

Enligt Katie Erikssons (1) lidandeteori är varje människas lidande unikt. Vår uppgift som sjuksköterskor är att lindra lidande samt att inte orsaka onödigt lidande i form av vårdlidande. Vårdlidande kan handla om att kränka en persons värdighet, att inte se och bekräfta patienten. Det viktigaste består i att våga möta den människa som lider.

Syftet med uppsatsen är att belysa vilket lidande våldsutsatta kvinnor upplever i mötet med vården, vad enligt dem skulle kunna lindra lidandet? Vilka hinder gör att sjuksköterskan brister i mötet med den våldsutsatta kvinnan och vilka verktyg skulle hon/han behöva för att lindra lidande och inte orsaka vårdlidande?

BAKGRUND

PREVALENS I SVERIGE

Till följd av misshandel i en nära relation dör cirka 16 kvinnor varje år (2). De senaste tio åren har antalet anmälningar om misshandel mot kvinnor i nära relationer ökat med 34 procent. År 2007 gjordes 26900 anmälningar. Ökningen av den anmälda misshandeln mot kvinnor beror troligen såväl på att man i dag, i högre grad än tidigare, anmäler misshandel, som att det faktiska våldet har ökat (3). I undersökningen Slagen Dam (4), en undersökning om våld riktat mot kvinnor gjord av Brottsoffermyndigheten på uppdrag av regeringen, framkommer det att endast 15 procent av kvinnorna anmälde den senaste misshandeln till polisen. Detta visar att det finns ett stort mörkertal. Cirka 80 procent av fallen av misshandel mot kvinnor i nära relationer kommer aldrig till polisens kännedom. Tidigare studier utförda av Brottsförebyggande rådet, BRÅ (3), har uppskattat att bara 20 % anmäls till polisen. I 81 procent av fallen i misshandelsbrott mot kvinnor är mannen och kvinnan bekanta. Det handlar oftast om att kvinnan och mannen har en pågående eller avslutad nära relation.

HISTORIK

I Birger Jarls kvinnofridslagar från 1256 gjordes kvinnorov och våldtäkt av kvinnor från andra familjer till brottsliga gärningar. Om brottet upptäcktes och kunde bevisas kunde det straffas med fredlöshet. Kvinnofridslagarna fanns dock inte till för att skydda enskilda kvinnor, de berörde familjens och släktens ära och rykte. Kvinnor kunde med lagens medgivande utsättas för våld av sin make ända fram till 1864. Då lagen om husaga försvann. År 1965 fick Sverige, som första land i världen, en lag mot våldtäkt i äktenskapet (5).

Som en reaktion mot bristen på respekt för våldsutsatta kvinnors rätt att leva utan våld började kvinnor på eget initiativ i slutet av 1970- talet organisera kvinnojourer. Jourerna arbetar oftast ideellt med att hjälpa våldsutsatta och förföljda kvinnor. En annan viktig del av deras arbete är att bedriva upplysning och opinionsarbete. Deras insatser har resulterat i en ändrad syn och en rad rättsliga förändringar som gäller mäns våld mot kvinnor i hemmet. År 1982 infördes i Sverige en lag som placerar kvinnomisshandel under allmänt åtal (5). Det innebär att polis och åklagare är skyldig att utreda brottet (6). Det behöver inte vara offret som anmäler brottet utan det kan göras mot den personens vilja (5). En kvinnovåldskommission tillsattes år 1993 av den dåvarande regeringen med syfte att göra en översyn av frågor gällande våld mot kvinnor utifrån ett kvinnoperspektiv samt föreslå åtgärder för att motarbeta våldet (7). Med hjälp av kommissionens arbete fastslogs 1998 kvinnofridsreformen vilket innebar en skärpning av lagen gällande mäns våld mot kvinnor. Det infördes därmed ett nytt brott i brottsbalken: grov kvinnofridskränkning. Där ingår numera både fysiskt, psykiskt och sexuellt våld (8). Syftet med denna lag var att det upprepade våldet skulle skiljas från den misshandel som sker utanför äktenskapliga relationer. På så sätt hoppades man på att stärka kvinnans position (5). Vidare innebar det även att varje våldshandling från och med detta skulle bedömas tillsammans och ge ett strängare straff än varje brottslig handling skulle ge var för sig. Lagen vill betona, inte enbart de fysiska skadorna, utan även de skador som dessa handlingar orsakar kvinnans självkänsla (9). Till kvinnofridslagstiftningen hör också sexköpslagen från 1999 som kriminaliserar dem som köper sexuella tjänster (5).

BEGREPPSDEFINITION

Våld

Förenta Nationernas (FN) definition av våld beskrivs i ”Deklarationen om avskaffandet av våld mot kvinnor” från 1993. Den beskriver våld som varje form av könsrelaterat våld som resulterar i, eller kan resultera i, fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor. Det inkluderar även hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckliga frihetsberövanden, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet (15). FN: s definition ger ingen fingervisning om vilken relation de berörda parterna har eller var våldet sker.

I Nationalencyklopedin definieras kvinnomisshandel som ”att en kvinna utsätts för våld” (16). Kvinnan är offret och någon utövar våld mot henne men vem som utövar våldet eller var det sker finns inte närmare beskrivet. Begreppet kvinnomisshandel ställer krav på att offret och förövaren har eller haft en nära relation och att våldet sker i hemmet (17, 18). I boken mäns våld mot kvinnor definierar Eliasson (8) kvinnomisshandel som ”män som är våldsamma mot kvinnor i relationer” (8, sid. 50).

Det man kallar våld är mångfacetterat och går inte att begränsa till den rent fysiska misshandeln. Kvinnovåld består av fysiskt våld men består även av psykisk misshandeln. Exempel på det kan vara att kvinnan blir isolerad från sin omgivning, får utstå nedvärderade ord och leva med konstant skräck. Kärnan i det som benämns våld kan ses som själva maktutövningen. Denna maktutövning kan uttrycka sig på många olika sätt. Det är inte bara kvinnans kropp som bryts ned av våldet utan även kvinnans självkänsla och psyke tar skada. På så sätt kan mannen genom sina handlingar uppnå full kontroll över kvinnan (19, 20).

Utifrån ovanstående definitioner av begreppet våld så har fokus lagts på mäns våld mot kvinnor i heterosexuella parförhållanden där våldet utövas i hemmet. Olika begreppsvariationer kommer att användas i uppsatsen när det gäller våld i nära relationer. Följande begrepp kommer att användas genomgående i uppsatsen: våld i nära relationer, kvinnomisshandel, våldsutsatta kvinnan, misshandlade kvinnan samt mäns våld mot kvinnor.

Definition av bemötande

Bemötande definieras i nationalencyklopedin som: ”uppträdande mot någon/något” (16). Det måste dock finnas en person att uppträda mot. Utanför den sociala relationen kan bemötande inte finnas till. Ett bemötande handlar om mänsklig kommunikation och att möta förväntningar och krav. Vi kan se det som en självklarhet att bli bemötta positivt i vår vardag men inom sjukvården kan andra situationer uppkomma än vad vi är vana att möta i vardagslivet (21).

Eliasson (8) menar att våldsutsatta kvinnor alltför ofta blir inkorrekt bemötta i mötet med myndigheter och att dessa kvinnors rätt till skydd och stöd alltför ofta underordnas andra intressen. Många gånger kan kvinnans situation uppfattas som för svår och komplex, för att våga närma sig. Att kvinnan kan ha svårt att lämna mannen kan enligt Eliasson (8), orsaka en del frustration för hälso- och sjukvårdspersonalen som möter henne, vilket i sin tur också kan leda till ett minskat intresse att hjälpa kvinnan. Eliasson (8) menar att det är viktigt att inte skuldbelägga den kvinna som inte lyckas lämna sin man, eller som väljer att gå tillbaks. Istället bör bemötandet bygga på insikter som har att göra med reella villkor för en våldsutsatt kvinna, tillsammans med personliga insikter om vilket motstånd vi själva kan känna inför situationen. Erkännandet av ens egna reaktioner, menar Eliasson (8), är en viktig utgångspunkt för att kunna hantera situationen på ett bra sätt. Hur vi bemöter våldsutsatta kvinnor påverkar även effekterna av hur dessa kvinnor upplever sig själva, sin situation och sin rätt till ett värdigt liv, samt även det budskap som sänds ut till andra kvinnor i liknande situationer.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVAR FÖR VÅLDSUTSATTA KVINNOR

Sjuksköterskans etiska kod

Riktlinjer för sjuksköterskans yrkesverksamhet finns beskriven i den etiska koden från International Council of Nursing (ICN). Den beskriver hur sjuksköterskan tillsammans med samhället har ett ansvar för att initiera och stödja åtgärder som tillgodoser i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov. Sjuksköterskan ska även arbeta för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos individ, familj och samhälle respekteras (10).

När det gäller att upptäcka och identifiera våld mot kvinnor och att ge ett adekvat, medicinskt och psykosocialt omhändertagande har hälso- och sjukvården ett tydligt ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Utöver den akuta medicinska vården behöver misshandlade kvinnor hjälp med krisbearbetning och trygghetsskapande åtgärder. Ansvaret tydliggörs i hälso- och sjukvårdslagens definition av "en god vård" (5). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 1982: 763, HSL, § 2a: 3 (11) skall en god vård bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Detta syftar till att tillgodose varje persons autonomi och rätt till sin egen kropp och person.

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Hälso- och sjukvård skall även enligt Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 1998:531, LYHS (12), utövas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt byggas på omtanke och respekt. I LYHS står det beskrivet hur man som sjukvårdspersonal inte får röja en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden till en annan person om det kan antas att det finns en risk för att den som lämnat uppgiften eller någon närstående till uppgiftslämnaren utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Sekretesslagen

All sjukvårdspersonal omfattas av sekretesslagen SFS 1980:100 (12). Med detta menas att ingen information om en patients hälsotillstånd eller levnadsförhållanden får lämnas ut. Patienten som skyddas av tystnadsplikten kan ge sitt tillstånd till att sekretessen bryts. Det finns dock vissa begränsningar. Under vissa omständigheter kan eller ska sekretessen brytas (5). Anmälan skall göras om brottet är av den graden att påföljden är minst två års fängelse i straffskalan (13).

När en patient söker vård efter fysiskt våld och det är uppenbart för sjukvårdspersonalen att ett brott har begåtts kan frågan om sekretess ska gälla uppstå. Det finns en möjlighet men inte en skyldighet för sjukvårdspersonalen att anmäla vissa brott till polisen. Misshandel och sexuella övergrepp är brottsliga handlingar som bör polisanmälas av den brottsdrabbade eller av samhället. Det är alltid bäst om kvinnan själv gör anmälan då hennes medverkan i det fortsatta rättsliga förloppet är av största vikt. Kvinnan bör

motiveras och erbjudas stöd under den rättsliga processen. Vid tveksamhet om vad som gäller ur rättslig aspekt kan polis eller åklagare rådfrågas utan att kvinnans identitet röjs (5).

Patientjournalagen

Enligt patientjournalagen ska vård och behandling dokumenteras och patientjournalen hanteras på ett säkert och tryggt sätt. Uppgifter som står i journalen får inte lämnas ut utan patientens medgivande och endast de personer som är direkt berörda av patientens vård ska ha tillgång till journalen. Polis och åklagare undantas dock från denna regel. Det gäller om de har hand om brottsutredning för då har de rätt att få veta om patienten vistas på en avdelning. Sjukvårdspersonal har skyldighet att lämna uppgift men de har dock ingen skyldighet att genast svara (5). I sjuksköterskans arbete med den misshandlade kvinnan är det av stor betydelse att vara grundlig med dokumentation och säkerställande av bevis. Dokumentationen kan vara avgörande som bevis i framtiden. Polis, åklagare eller domstol kan begära rättsintyg från hälso- och sjukvården och dokumentationen som sjuksköterskan gjort kan då vara utslagsgivande (14).

VÅLDETS ORSAKER

Mannen som slår

För att kunna förstå mäns våld mot kvinnor, krävs ett komplext och vidöppet synsätt, som inte enbart riktar in sig på enskilda orsaksmodeller. Våld mot kvinnor bör därför tolkas som ett sammansatt problem, där många olika orsaker kan spela in. Inom forskningen analyseras och förstås mäns våld mot kvinnor utifrån olika teoretiska utgångspunkter. Våldet kan antingen ses som ett strukturellt/samhälleligt fenomen, som ett socialpsykologiskt relationsproblem eller tolkas utifrån ett individpsykologiskt perspektiv. Numera försöker man emellertid inom forskningen att förena dessa perspektiv. Det talas om en ekologisk modell, som bygger på samspelet mellan personliga, situationsbetingade och sociokulturella faktorer. Enligt denna modell kan inte enstaka faktorer förklara mäns våld mot kvinnor, utan våldets mekanismer måste istället förstås i ljuset av ett antal samvarierande faktorer (22).

Eva Ekselius (23) förklarar mäns våld mot kvinnor utifrån ett individpsykologiskt perspektiv. Mannen slår inte för att han vill utan slår av tvång, för att han inte lyckas hejda sina impulser och känslor. Vidare beskriver Ekselius (23) mannen som misshandlar, som en i botten svag individ, som ständigt känner sig hotad och missuppfattad av sin omgivning. Enligt detta synsätt är det med andra ord inre, ofta omedvetna krafter, som utlöser ett okontrollerat och impulsivt våld, som i grund och botten härstammar från känslor av otillräcklighet, maktlöshet och förtvivlan. Så länge kvinnan lyckas underminera sig mannen och inte hotar hans manliga stolthet, kan hon undgå våldet. Det är när hon revolterar och sätter sig emot, som mannen tenderar att tappa fattningen och våldet blir ett faktum.

Även Cullberg (24) utgår ifrån ett individualpsykologiskt perspektiv och framhåller mannens låga självkänsla som orsak till våldet. Enligt Cullberg (24) har den man som

misshandlar sin kvinna, i sin barndom själv varit offer för trauman och kränkningar. Dessa händelser införlivar sig som starka ångestkällor, som mannen senare i livet försöker bemästra genom ett ständigt sökande efter kontroll och ordning. I misshandelssituationen fylls han av barndomens känslor av maktlöshet som får honom att regrediera både känslomässigt och intellektuellt.

I boken mäns våld mot kvinnor, framhåller Eliasson (8) en annan ståndpunkt. Hon utgår ifrån att mäns våld mot kvinnor bör förstås utifrån det faktum att vi i samhället har nedärvda sociala normer för mäns och kvinnors uppträdande. Hon menar att det anses som något normalt i vår kultur att män är mer aggressiva än kvinnor, då detta är beteenden som lärs in redan i barndomen. På grund av dessa inlärd beteenden, anser sig män, medvetet eller omedvetet, ha vissa rättigheter i fråga om kvinnor. Eliasson (8) menar att det är när dessa rättigheter ifrågasätts som vissa män handgripligen tar till våld.

Den slagna kvinnan

Ekselius (23) beskriver kvinnan som fastnar i en våldsrelation som en svag individ med dålig självkänsla. Enligt Ekselius (23) skulle en stark och självständig kvinna inte fastna i en sådan relation. Vidare förklarar hon kvinnans svårigheter att lämna mannen genom teorin om inlärd hjälplöshet. Med detta menas att en kvinna som utsätts för ständigt våld, till slut tappar tror på sig själv och ger upp hoppet om förändring. Hon blir passiv och orkar inte ta sig ur situationen. Hjälplösheten hon känner blir till ett inlärt beteende som är svårt att bryta.

Enligt Cullberg (24) drar sig vissa typer av kvinnor till män med våldsproblematik. Inte på grund av våldet i sig utan för att dessa män initialt kan uppvisa goda sidor och kan verka varma, beskyddande och trygga. Våldet smyger sig på och bryter ut senare då relationen är etablerad. Cullberg (24) menar att det är särskilt svårt för dessa kvinnor att släppa förhoppningarna om de positiva sidorna som mannen visade upp från början. Ju längre en kvinna stannar kvar i relationen desto svårare bli det för henne att ta sig ur den.

Eliasson (8) ställer sig kritisk till den psykodynamiska inriktningens sätt att tolka mäns våld mot kvinnor. Hon menar att samhället deltar i förtrycket av kvinnor genom att individualisera problemet och därigenom lägga ansvaret på de kvinnor som drabbas, snarare än på de män som gjort kvinnorna till offer för sina handlingar. Bilden av kvinnan som osäker och hjälplös, bör enligt Eliasson (8), ses som ett resultat av fysisk och psykisk misshandel, snarare än som individuella personlighetsdrag. Kvinnor som drabbas av misshandel beskrivs ofta som avvikande. Enligt Eliasson (8) kan det då antas att det är på grund av dessa kvinnors avvikande beteende som våldet uppstått. Hon menar att våldet istället måste förstås genom sociala och kulturella regler för män och kvinnors könsspecificerade uppträdande och tolkas utifrån våldsmannens uppfattning av normer för könen, inte utifrån individuella kvinnors beteenden. Det är olika former av uppfattade hot mot mäns överläge som framkallar våldet - inte kvinnornas avvikande beteende.

Våldets mekanismer

I kvinnomisshandel ingår både fysiskt och psykiskt våld. Psykisk misshandel i form av ständigt nedsättande kränkningar och hot, är svårare att se och beskriva men lämnar ofta svåra, djupa spår som skadar kvinnans självbild. Fysiskt våld är mer påtagligt, men gemensamt för alla övergrepp är att de är konsekvent nedtryckande, kränkande och mycket oförutsägbara för kvinnan. Trots ansträngningar kan hon inte anpassa sig efter mannens önskningar på ett sådant sätt att hon undviker våldet (8). I litteraturen tas begreppet det ömsesidiga beroendet upp. Eliasson (8) menar att banden mellan de två individerna i en våldsrelation ofta är väldigt starka. Kvinnan upplever att mannen behöver henne. Mannen använder ofta detta för att få kvinnan att stanna. Exempelvis är skuldbeläggande och hot om självmord inget ovanligt. Eliasson (8) menar även att parets relativa isolering, också bidrar till att förstärka det ömsesidiga beroendet, då de delar en hemlighet, som båda vill dölja för omgivningen. Även Ekselius (23) betonar att kvinnan och mannen i en våldsrelation är starkt sammankopplade och beroende av varandra. Hon menar att paret lever i symbios med varandra och binds samman genom bådadas avsaknad av självkänsla.

Våldets normaliseringsprocess

Våldets normaliseringsprocess beskrivs av Lundgren (19). Beskrivningen sker utifrån strukturella perspektiv, där maktrelationen mellan de två parterna i en misshandelsrelation, står i förbindelse med övergripande maktstrukturer i samhället. Liksom Eliasson (8) ställer sig Lundgren (19) emot den psykodynamiska traditionens övertygelse om att själva våldshandlingen från mannens sida, sker i ett okontrollerat och impulsivt vredesutbrott. Lundgren (19) menar istället att våldshandlingen är en systematisk och planerad handling från mannens sida. Med normalisering menas den process i vilken våld blir ett normalt inslag i vardagen och som leder fram till att våldet till slut accepteras och försvaras.

Enligt Lundgren (19) försöker mannen kontrollera kvinnan och uppnå vissa mål genom två kontrollmekanismer; kontrollerad isolering samt kontroll genom växling mellan våld och värme. Genom kontrollerad isolering syftar mannen till att avskärma kvinnan från sin sociala omgivning och således utnämna sig själv till kvinnans centrala referenspunkt i livet, till vilken hon kan relatera sina upplevelser. Genom att mannen växlar mellan att vara aggressiv och våldsam och att vara kärleksfull, luckras gränserna för gott och ont, normalt och onormalt, upp. Växling mellan våld och värme leder till att kvinna utvecklar ett känslomässigt beroende av mannen tills hon uppfattar våldet som något normalt.

Kvinnans strategi för att bemästra våldet, är enligt Lundgren (19), att anpassa sig till mannen. Inte bara genom att göra som han vill utan även genom att våldet internaliseras gradvis i kvinnan och hon börjar se på sig själv utifrån mannens ögon. Kvinnan förvandlas således gradvis från aktör till offer, i takt med att hennes självkänsla sinar. Från början kan denna strategi från kvinnans sida vara ett sätt att undvika våldet, men till slut blir det ett sätt för kvinnan att överleva, rent fysiskt.

Uppbrottsprocessen

Hydén (25) skriver i sin bok om uppbrottsprocessen som kan ses som en motsats till offerbilden av den misshandlade kvinnan. I och med uppbrottsprocessen sker något inom kvinnan som gör att hon förr eller senare får nog och aktivt tar sig ur relationen. Detta uppbrott sker över tid och uttrycker ett motstånd till mannens våldsbeteende. Exempel på faktorer som kan leda fram till denna process är, då kvinnan helt förlorat hoppet om relationen eller då hon börjar längta efter ett nytt liv. Hydén (25) menar att det är viktigt att anpassa stöd och hjälpinsatser utifrån var i uppbrottsprocessen kvinnan befinner sig. En kvinna som till exempel förnekar sin situation, kan befina sig i början av processen medan en kvinna som uttrycker ilska och en vilja att lämna mannen, kan befina sig någonstans i slutet av processen. Hursomhelst krävs en förståelse och inlevelseförmåga för den unika kvinnans situation för att kunna hjälpa henne i processen.

GENUSBEGREPPET

För ytterligare förståelse för hur våldets mekanismer uppstår och upprätthålls krävs även en insikt i genussystemet och dess inverkan på rådande maktförhållanden i samhället. Hirdman (26) tar upp feminismens stora fråga om varför det är just mannen som utgör normen för det mänskliga. Hirdman (26) skildrar genussystemet som en social, strukturell ordning av könen. Detta, enligt henne, föder såväl avsedda som oavsedda konsekvenser.

Genusbegreppets syfte är att skildra hur könsskillnader skapas i sociala interaktioner samt beskriva hur skillnaderna förhåller sig till varandra. Det är maktrelationen, den sociala processen och strukturen som formar ”hon” och ”han” som de bör vara i en inbördes ordning emellan. Ytterligare en dimension av genus är att det kan användas för att beskriva maktrelationen mellan könen. I kvinnoforskningen talades det tidigare om kvinnoroll och mansroll. De här två rollerna utgjordes av stereotyper baserade på det biologiska könet. Stereotyperna byggde i sin tur på det som ansågs vara typiskt manligt och typiskt kvinnligt (26).

Genussystemet bärs, enligt Hirdman (27) upp av två bärande balkar, två så kallade logiker. Den första logiken är åtskiljandets logik, även kallad isärhållandets logik, som menar att han och hon inte bör blandas. Det är en tabuliknande logik vars påtaglighet kan studeras i alla mänskliga samfund. Denna logik har förmodligen sin förklaring i den biologiska differensen mellan mannen och kvinnan, nämligen barnafödandet. Här är det enligt Hirdman (27) en fråga om olikhet och inte en fråga om makt.

Genussystemets andra bärande bjälke innebär att det män gör och tänker värderas högre. Det är den manliga normens logik. Kvinnoområden förvandlas därigenom till lägre värderade områden. Hirdman (27) förklarar logiken mellan de två bärande bjälkarna som att åtskiljandet i sig skapar en hierarkisk ordning och leder automatiskt till en rangordning. Genom isärhållningsprincipen legitimeras den manliga normen.

KATIE ERIKSSONS LIDANDEFILOSOFI

Katie Eriksson är sjuksköterska och filosofie doktor verksam i Finland. Hennes omvårdnadsteori är metateoretisk och bygger på intryck och teoretiska ansatser från många andra vetenskapliga discipliner såsom psykologi, religionsfilosofi, pedagogik och vetenskapsteori. I Erikssons omvårdnadsteori ingår konsensusbegreppen människan, värld, hälsa, omvårdnad och lidande. En god vård enligt Eriksson är etisk och strävar mot att minska lidande. Den har sin grund i kärlek till och ansvar för den andre. Begreppet lidande som är en stor del av Erikssons teori beskrivs utförligare nedan (28).

Lidande

Enligt Eriksson (1) är varje människas lidande unikt och bär den lidandes namn. Hon menar att där det finns mänskligt liv finns det även lidande. Lidande kan ta sig olika uttryck för oss människor. Exempel på detta är oro och ångest som uttryck för mänskligt lidande. Eriksson (1) menar att lidandet i sig innebär en kamp och det är först då människan lyckas definiera sitt lidande, som hon kan gå in i kampen. I lidandet finns därför en visshet om att antingen kämpa eller ge upp. Varje människa kan finna mening i sitt lidande. Men för att en människa ska kunna omforma sitt lidande och finna mening krävs det att lidandet delas med och blir bekräftat av en annan. Att dela med sig av sitt innersta väsen, kan ge kraft till förvandling.

Att vålla lidande för den andra

Eriksson (1) menar att det oftast är vi människor som orsakar varandras lidande. Att åsamka någon annan lidande innebär att kränka värdigheten genom att inte bekräfta denne som fullvärdig människa. Fördömande av en annan människa är förenat med lidande. Att fördöma är detsamma som att ogiltigförklara den andra, att utplåna henne som människa. Vidare menar Eriksson (1) att människans uppgift inte är att fördöma, utan att istället förstå och förlåta. Att inte bli tagen på allvar innebär att bli ifrågasatt för den man är och i samma stund ifråntagen alla möjligheter att bekräfta sin egen identitet. Ensamhet, att vara utestängd ur gemenskapen och att inte känna sig välkommen, innebär ett fråntagande av hopp och livsglädje. Eriksson (1) tar även upp begreppen förnekande och likgiltighet i samband med lidande. Att förneka en annan människas sitt lidande är desamma som att förneka en del av livet och denna människas möjligheter att bli hel. Att vara likgiltig innebär enligt Eriksson (1) att inte orka förnimma, att inte orka se eller höra och att inte ta emot.

Livslidande

Livslidande är det lidande som är förknippat med vad det innebär att leva, att vara människa bland andra människor. Livslidandet upplevs i relation till det egna unika livet och handlar om insikten om den absoluta enskildheten och ensamheten. Livslidande kan handla om att inte bli sedd som människa (1).

Vårdlidande

Vårdlidande är ett onödigt lidande som till varje pris bör elimineras. Till grunden bottnar det i bristande reflektion och otillräcklig kunskap om mänskligt lidande (1). Eriksson (1) sammanfattar vårdlidandet med kategorierna: kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård.

Kränkning av patientens värdighet

Enligt Eriksson (1) utgör kränkning av patientens värdighet den vanligast förekommande formen av vårdlidande. Att kränka en persons värdighet är desamma som att frånta henne möjligheten att helt och fullt vara människa. Därmed minskar man patientens möjligheter att använda sina innersta resurser. Till den mänskliga värdigheten innebär frihet att välja och att skydda sig mot intrång. Att frånta en människa ansvar innebär berövande av värdigheten. Alla former av kränkning av patientens värdighet innebär ett lidande. Vårdens uppgift är att låta patienten uppleva sin fulla värdighet och att förhindra kränkning. Att inte bli sedd och bekräftad i vårdsammanhang är kränkande och kan föda känslor av skam, skuld och förtvivlan. Trovärdighet innebär att man som patient blir tagen på allvar och att ens upplevelser blir sanningsbetraktade.

Fördömelse och straff

Fördömelse grundar sig enligt Eriksson (1) på uppfattningen om att det är vårdens uppgift att avgöra vad som är rätt eller fel för patienten. Patienten ska alltid ha friheten att själv välja. Enligt Eriksson (1) hänger fördömelse och straff ihop och att straffa en patient kan bestå i att inte ge karitativ vård eller att nonchalera patienten. Dessa sätt att straffa är förenat med stor förnedring och kränkning av patientens värdighet.

Maktutövning

Att utöva makt är desamma som att orsaka patienten lidande. Att utöva makt är likställt med att beröva någon annan sin frihet då man direkt eller indirekt tvingar någon annan att utföra handlingar som denna person inte skulle ha gjort av egen fri vilja. Att inte ta patienten på allvar är ett sätt att utöva makt. Att inte bli tagen på allvar, är desamma som att inte räknas, vilket kan inge en känsla av maktlöshet (1).

Utebliven vård eller icke-vård

Att inte se och bemöta patientens behov orsakar lidande. Det finns många former av utebliven vård, allt från slarv till medveten vanvård. Utebliven vård innebär alltid en kränkning av människans värdighet och är också ett sätt att utöva makt över en maktlös person (1).

Lindra lidande

Vårdandets bärande grund- tron, hoppet och kärleken utgör enligt Eriksson (1) grunden i kampen för att lindra lidande. Att känna medlidande är att visa känslighet för en annans lidande, vilket också gör oss beredda att kämpa för denna person. För att kunna lindra lidande i vården krävs det att det skapas en atmosfär som får patienten att känna sig välkommen, respekterad och vårdad. Det handlar då om att inte kränka värdigheten, inte fördöma och inte missbruka makt, utan att istället se och bekräfta patienten. En människa som lider behöver kärlekshandlingar om och om igen och en enkel gest såsom en vänlig blick, ett leende, kan lindra ett lidande för stunden. Som vårdare kan man lindra lidande dels genom konkreta handlingar och dels genom att inleda en relation med patienten och visa att man finns till hands. Patientens lidande kan exempelvis minskas genom att patienten hålls informerad och delaktig i vården. Vidare kan lindra lidande innebära att stödja, uppmuntra och trösta så att patienten känner sig älskad, bekräftad och förstådd. Det viktigaste är enligt Eriksson (1) att våga möta lidandet. Att bekräfta lidandet är att förmedla ”jag ser”. Att överge och bortförklara den människa som lider, kan väcka känslor av hopplöshet och förtvivlan.

Kvinnovåld är ett stort och mångfacetterat problem och orsakar den drabbade kvinnan ett stort lidande. Sjuksköterskan har ett stort ansvar i att identifiera, fånga upp samt ge dessa kvinnor en god omvårdnad präglad av respekt och värdighet. För att kunna hjälpa de våldsutsatta kvinnorna krävs det att vi är insatta i gällande lagar samt har förståelse för dynamiken bakom våldets orsaker. Det är även viktigt att ha kunskap om hur samhällets könsnormer styr våra attityder och påverkar vårt bemötande (1). God vård enligt omvårdnadsteoretikern Eriksson (1) är etisk och strävar efter att minska lidande. Som sjuksköterska är det viktigt att våga se och bekräfta den människa som lider (1).

”Endast den som förnekar lidande kan åstadkomma lidande” (1, sid. 39).

SYFTE

Syftet var att belysa den våldsutsatta kvinnans upplevelser av lidande i samband med vård samt sjuksköterskans bemötande av den våldsutsatta kvinnan.

Vilket lidande upplever den våldsutsatta kvinnan och vad enligt henne skulle kunna lindra lidandet? Vilka hinder gör att sjuksköterskan brister i mötet med den våldsutsatta kvinnan och vilka verktyg skulle hon/han behöva för att lindra lidande och inte orsaka vårdlidande?

METOD

En litteraturstudie genomfördes för att finna relevanta artiklar utifrån syftet. Artikelsökning genomfördes i databaserna Cinahl och PubMed. I sökningen efter vetenskapliga artiklar användes sökorden Domestic violence, nurses*, barriers, emergency department, barriers, nurses’ attitudes, nurses’ role och role of health professionals i kombination. Vid sökning påträffades ytterligare användbara begrepp såsom Intimate partner violence och battered women. Dessa sökord användes vid fortsatt sökning i kombination med tidigare ovan nämnda sökord. Två av artiklarna hittades genom

manuell sökning på titeln i databaserna i PubMed och Cinahl. Dessa artiklar återfanns i flera referenslistor vilket föranledde ett intresse för att söka efter dem för att se om de var relevanta för uppsatsens syfte. Målet var att finna artiklar som belyste kvinnans perspektiv och upplevelser i möte med vården. Även artiklar som belyste sjuksköterskans perspektiv i mötet med kvinnan, attityder och åtgärder eftersöktes. Första gallringen bestod av att läsa aktuella titlar till ämnet, därefter lästes relevanta abstracts. Artiklar med relevanta abstracts skrevs sedan ut och lästes i sin helhet. För kvalitetssäkring av artiklarna granskades dessa utifrån checklistan för kvalitativa samt kvantitativa artiklar (29). Sökningen resulterade slutligen i 13 artiklar.

Begränsningar i sökningen var att artiklarna skulle vara vetenskapliga (peer reviewed), publicerade inom tio år samt gjorda i Sverige eller i länder som socialt eller ekonomiskt liknar Sverige. Artiklar som handlade om familjevåld samt artiklar där kvinnorna hade missbruksproblematik exkluderades för att inte få ett alltför omfattande material.

Tabell 1. Översikt av sökord och urval i litteraturstudie om våld mot kvinnor i nära relationer

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar	Referens i artikeln
Cinahl	Domestic violence and Barriers and Emergency department	Peer reviewed	5	1	41
Cinahl	Domestic violence and Nurses' attitudes	Peer reviewed	6	1	37
Cinahl	Domestic violence and Emergency department and Nurs*	Peer reviewed	28	2	31, 43
Cinahl	Manuell sökning på titel		1	1	32
PubMed	Battered women AND Nurse	Peer reviewed Nursing journals Age 19- 64	53	3	33, 36, 40
PubMed	Battered women [MeSH Major Topic] Nurse's Role	Peer Reviewed Nursing Journals	24	2	38, 39
PubMed	domestic violence AND role of health professionals	Peer Reviewed Nursing journals	18	1	42

PubMed	Battered women AND barriers	Peer reviewed Linked full text and abstract	69	1	34
PubMed	Manuell sökning på titel		1	1	35

DATAANALYS

Dataanalysen skedde till en början på ett induktivt analysförfarande med hjälp av innehållsanalys. Med induktiv ansats menas att forskaren förutsättningslöst samlar in fakta för att sedan utveckla nya teorier eller begrepp (30). Genom innehållsanalys bearbetades materialet för att finna den underliggande meningen i artiklarna. Under arbetets gång ändrade vi emellertid riktning i samband med att vi valde att utforma arbetet utifrån Erikssons lidandeteori. Vi bearbetade Erikssons lidandeteori varpå relevanta rubriker och underrubriker identifierades. Det genomgångna artikelinnehållet omarbetades för att sedan placeras under lämpliga rubriker och underrubriker. Detta innebar att vi gick från ett induktivt till ett deduktivt förfarandesätt.

RESULTAT

Resultatet redovisas utifrån uppsatsens syfte och presenteras utifrån Erikssons lidandeteori. Vi har valt att utgå ifrån både kvinnoperspektivet och sjuksköterskeperspektiv för att belysa två sidor av fenomenet lidande och vad som orsakar det. I kvinnoperspektivet ingår kvinnornas upplevelser av vårdlidande samt vad som enligt dem skulle kunna lindra lidandet. Sjuksköterskeperspektivet tar upp de hinder som gör att sjuksköterskan brister i mötet med den våldsutsatta kvinnan samt de verktyg hon/han kan använda sig av för att lindra lidande och inte orsaka vårdlidande.

KVINNORNAS UPPLEVELSER AV VÅRDLIDANDE

Kränkning av personens värdighet

Flera undersökningar (31-34) pekade på att våldsutsatta kvinnor i allmänhet är missnöjda med sjukvården och med personalens bemötande. Många kvinnor förknippade mötet med vården med en rad svåra och upprivande känslor såsom känslor av ensamhet, rädsla, skam, skuld, frustration och oro (31, 34). En vanlig känsla var att inte bli tagen på allvar eller få sina upplevelser bekräftade, vilket upplevdes som kränkande. Personalen beskrevs ofta som likgiltig, kyliga och nedlåtande (31-34). I studier (31,32) som gjorts för att undersöka kvinnors upplevelser av besök på akutmottagningen, framkom att många kvinnor i samband med dessa besök kände sig både nedvärderade och förminskade av personalen. Många undvek till och med att söka till akuten trots skador, just på grund av rädsla för att bli illa behandlade och för att inte bli tagna på allvar (32).

Fördömelse och straff

I flera studier framkom att våldsutsatta kvinnor som söker vård ofta bemöts av fördömande attityder av vårdpersonalen. Inte sällan upplevde dessa kvinnor det som om personalen klandrade och skuldbelade dem för vad som inträffat. Kvinnorna kände att personalen saknade förståelse för deras komplexa situation och visade lite empati för de motstridiga känslor som omgav kvinnorna (31-33).

Tydligt framkommande var kvinnornas rädsla och motstånd inför att göra en anmälan mot mannen (31-33). Anledningar till detta kunde vara rädsla för repressalier samt rädsla för hur en anmälan skulle kunna påverka familjesituationen. Dessa frågeställningar skapade mycket frustration för den inblandade personalen. I praktiken upplevde dessa kvinnor det som om de blev bestraffade då de inte tog beslutet att lämna eller anmäla genom personalens sätt att förmedla att de därmed inte längre gjorts sig "förtjänta" av mer vård. Vissa blev till och med förnekade hjälp och stöd på dessa grunder (32, 33).

"They did not take care of me because I said I didn't want to press charges. They didn't want to give anything to me or listen to me. They were like, "you're not welcome here if you don't want to press charge, you don't need our help" (32, sid. 344).

Personal med erfarenhet av kvinnomisshandel uppträdde enligt kvinnorna oftare på ett mer tolerant och hänsynsfullt sätt medan oerfaren personal tenderade att bete sig mer fördömande och avståndstagande (33).

Maktutövning

Flera studier (31-33) visade att våldsutsatta kvinnor upplevde att de ofta hamnade i underläge och att personalen utnyttjade sin yrkesmakt genom att behandla kvinnorna på ett ojämnt och osjälvständigt sätt. Inte sällan intog personalen en kontrollerande framtoning där kvinnorna blev tillsagda vad de skulle göra istället för att bli tillfrågade hur de ville ha det. I Mayers (32) studie upplevde kvinnorna att de blev bemötta på ett formellt och ytligt sätt som föranledde att de ibland kände sig avpersonifierade. Exempel som illustrerar detta var fall där misshandeln uppdagats men där sjuksköterskan uteslutande fokuserade på sakliga fakta såsom var, av vem och när misshandeln skedde, istället för att rikta in sig på kvinnans upplevelser och att stödja henne i sin reaktion. I de fall någon visade medlidande skedde det på ett ömkande sätt som av kvinnorna tolkades som nedvärderande (31).

"They have to understand that you are with this guy who is controlling and telling you what to do. You don't need one more person telling you what to do. They don't treat you independently" (31, sid. 468).

Utebliven vård

Många kvinnor upplevde att deras problem ofta förringades och omgavs av tystnad. Trots att många kvinnor sökte sig till sjukvården för sina skador så var det sällan som den verkliga anledningen till skadorna identifierades (31-34).

“They asked me nothing. I told the nurse and I told the doctor. Nothing. Nothing was said” (31, sid. 467).

”No one. No one asked me. And I just didn’t tell” (33, sid. 60).

I Luthenbachers et al (33) studie där 60 % av kvinnorna vänt sig till primärvården för sina besvär, var det endast en som blev tillfrågad huruvida dessa skador berodde på misshandel. Kvinnorna upplevde att personalen visste vad som försiggick, men ändå valde att inte fråga. I McCauleys et al (34) studie framkom det att trots att 86 % av kvinnorna i studien haft regelbunden kontakt med sin vårdcentral senaste året, så var det endast en tredjedel som diskuterat våldet med sjukvårdspersonalen. Många av kvinnorna hade nämnt att de hade stressade hemsituationer utan att explicit uttala misshandel. De uttalade en önskan om att personalen skulle ta initiativet att våga närma sig frågan (34). Flera anledningar beskrevs till varför kvinnorna själva hade svårt för att ta upp misshandeln. Dessa var fördömande attityder, skuld och skamkänslor, förnekande, mannens närvaro, rädsla för mannen samt oro för barnen. (31-33).

Många kvinnor kände en osäkerhet kring hur stöd och hjälpinsatser fungerade, samt var även missnöjda med personalens sätt att bistå med dessa uppgifter. I en studie (32) visade det sig att endast 30 % av kvinnorna erhöll upplysningar om hjälpinstanser för misshandlade kvinnor. Vidare fick enbart 20 % av kvinnorna hjälp med att beakta säkerhetsåtgärder, såsom att utforma en riskplan, för hur kvinnan på säkraste vis kan lämna mannen.

Genomgående i flera studier (31-34) var att personalen uppfattades som stressade, jäktade och besvärade. Kvinnorna förmedlade en känsla av att personalen så fort som möjligt ville få besöket avklarat för att kunna ta sig an nästa patient på tur (31, 32). Ofta lades fokus främst på att åtgärda de fysiska skadorna, istället för att närma sig det verkliga problemet (31, 34). Detta förhållningssätt gjorde att kvinnorna kände sig förbisedda och oprioriterade. Osynliggörandet förstärktes av att vårdpersonalen pratade över kvinnornas huvuden, som om de inte vore där (31, 32).

LINDRA LIDANDE

Känna sig välkommen, respekterad och vårdad

I flera studier (31-34) gav kvinnorna egna exempel på hur de skulle vilja bli bemötta av sjukvården. Centralt i flera beskrivelser var att kvinnorna ville bli bemötta med respekt och värdighet och bli lyssnade på. För att våga öppna sig krävdes en trygg och terapeutisk miljö. I detta ingick att respektera hennes val, låta saker ske i hennes takt och utgå ifrån hennes villkor (31, 32).

Viktigt var att personalen skulle skapa utrymme för att samtala enskilt med kvinnan (31). Att erbjuda tid för uppföljning sågs också som något positivt, då det ofta innebär en process att smälta och ta till sig det som diskuterats tillsammans med sjuksköterskan (31, 34). Då kvinnorna kunde vara traumatiserade av sina svåra upplevelser, önskades att personalen skulle ta hänsyn till det faktum att de inte alltid fungerade och tänkte på

ett ”adekvat” sätt (31). Framförallt ville kvinnorna bli betraktade som jämlika och känna sig delaktiga i olika beslutsprocesser (31-34).

Uppmuntran och tröst

Trots pressade arbetspass, önskade kvinnorna att personalen kunde visa omtanke med hjälp av små enkla gester exempel genom att hälsa, beklaga för väntetiden eller bjuda på en blick eller ett leende (31). Tröst kunde även ges genom uppmuntrande ord och genom att försäkra kvinnan om att det som hänt inte är hennes fel (32). En förtroendefull relation och ett respektfullt förhållningssätt kunde ligga till grund för att förändringsprocesser går åt rätt håll (31, 34). I en studie (35) framkom att de flesta kvinnorna föredrog ett patientcentrerat sätt att närma sig frågor om våld. Ett patientcentrerat förhållningssätt innebär att personalen alltid syftar till att sätta patientens upplevelser och önskemål i fokus. Vidare handlar det om att vara lyhörd och att genom aktivt lyssnande och inkännande, kunna svara an på kvinnans signaler på ett respektfullt och jämbördigt sätt (35).

Bekräftelse genom att våga möta lidandet

För att lindra lidandet önskade många av kvinnorna att sjuksköterskan skulle se och bekräfta kvinnan genom att våga närma sig det verkliga problemet bakom hennes lidande (31-34). Många ville berätta om misshandeln, men var själva för rädda och generade för att våga ta upp det (31, 34). Att införa rutinmässig screening och börja fråga om våld som en daglig del i arbetet, sågs som en positiv lösning av kvinnorna då detta kunde leda till bättre identifikation av våldet och därmed bättre möjligheter till stöd och hjälpinsatser. Kvinnorna menade även att personalen genom detta gavs chansen att bli mer bekväma med att närma sig dessa frågor (33). I Stensons (36) studie som gjordes för att undersöka kvinnors inställning till att bli tillfrågade om våld i samband med graviditeten, visade det sig att 80 % av kvinnorna hade en accepterande och positiv inställning till dessa frågor. Många tyckte att graviditeten utgjorde ett bra tillfälle att fråga om våld. Respondenterna menade vidare att dessa frågor, innebär ett ställningstagande och en gest av omtanke, där även möjligheter till reflektion och större insikt i problematiken ges.

Förståelse, information och delaktighet

Märkbart i flera studier (31-33) var att kvinnorna efterlyste större förståelse för sina upplevelser. Många ansåg att lidande kunde lindras genom större samhällelig medvetenhet om kvinnomisshandel och om våldets dynamik och mekanismer. Kvinnorna ansåg att utbildning och träning, skulle ge hälso- och sjukvårdspersonal bättre möjligheter att handskas med situationen (31, 33). Mer därtill kunde detta enligt kvinnorna leda till att personalens frustration och fördömande attityder minskade (33).

Många kvinnor efterlyste bättre samarbete och samordning mellan sjukvården och andra hjälpanstanser, såsom kvinnojourer (31-34). I en studie (31) ansåg kvinnorna att det skulle vara fördelaktigt om personalen utsåg en person som var särskilt insatt i ämnet. Denna person skulle fungera som kvinnornas språkrör och som en källa dit

personalen kunde vända sig till med frågor. Kvinnorna i Mayers (32) och McCauleys et al (34) studier uttryckte rädsla för bristande sekretess i samband med mötet med vården. De önskade därför att sjuksköterskorna skulle behandla deras ärenden med diskretion och försiktighet.

Vidare framhöll kvinnorna att det på vårdinstanser alltid borde finnas tillgänglig information om kvinnomisshandel och om kontaktuppgifter dit kvinnorna kan vända sig. Då många kvinnor själva saknade kunskap om vart de kunde vända sig till för att få hjälp, var det av särskild vikt att sjuksköterskorna kunde stå till förfogande med den kunskapen (31, 33, 34).

SJUKSKÖTERSKANS BEMÖTANDE

Framkommande är att kvinnorna upplever vårdlidande på grund av sjuksköterskornas bemötande. Vilka hinder är det som gör att sjuksköterskan orsakar vårdlidande?

Bristande kunskap och erfarenhet orsakar lidande

Många sjuksköterskor upplevde att de saknade utbildning om våld i nära relationer, vilket ledde till svårigheter i mötet med den våldsutsatta kvinnan (37-40). I Häggbloms et al (38) och Moore et al (40) undersökning framgick det att 22 % av sjuksköterskorna hade fått utbildning om våld mot kvinnor i nära relationer i sin grundutbildning. De sjuksköterskor som hade gått någon form av utbildning hade gjort det på eget initiativ.

Sjuksköterskor i Häggbloms et al (37) undersökning angav olika anledningar till att de inte ingrep när de misstänkte att kvinnorna hade utsatts för våld i nära relationer. Många ansåg att det var svårt att formulera frågan. Sjuksköterskorna i flera av undersökningarna (34, 37, 41) upplevde det som svårt att veta vad som skulle sägas på grund av att de hade brist på erfarenhet att fråga om våld. Oerfarenheten och bristande kommunikationskunskaper gjorde att sjuksköterskorna valde att ignorera patienternas behov av stöd och omsorg och förbli passiva.

Attityder och fördomar hindrar mötet med den lidande människan

Sjuksköterskors fördomar och attityder innebar att kvinnorna inte fick ett omsorgsfullt och rättvist bemötande. Detta illustreras i Häggbloms et al (37) artikel där två tredjedelar av de tillfrågade ansåg att alkohol och droger var en bidragande faktor till våld i nära relationer. Vidare trodde 25 % att våldet berodde på kvinnans svaga karaktär och utgick ifrån att om kvinnan upplevde våldet som offensivt så skulle hon lämna mannen. Att det bara var män ur vissa sociala grupper som slog var något som många sjuksköterskor trodde. Vidare ansåg de att våld i nära relationer var något som skulle lösas inom familjen. Dessa föreställningar ledde i sin tur till att sjuksköterskorna valde att inte ingripa (42).

Rädsla för att möta lidandet

I flera av de genomgångna artiklarna (39-42) framkom det att bidragande faktorer till varför sjuksköterskan valde att inte se och bekräfta den våldsutsatta kvinnan berodde på att sjuksköterskan upplevde en känsla av maktlöshet i situationen samt kände en rädsla för att förorätta kvinnan. De avstod hellre än att föra ämnet på tal (34, 39). I de fall som frågan om våld i nära relationer kom upp till ytan hände det att sjuksköterskan valde att byta samtalsämne. I vissa fall valde sjuksköterskan att ställa frågan men gjorde det då på ett sarkastiskt och negligerande sätt som visade att hon/han inte ville kännas vid och ta sig an frågan. Detta kan även illustreras genom att sjuksköterskan valde att ta upp frågan när tredje part var närvarande. En del vårdgivare hänvisade vidare till annan personal i de fall då den våldsutsatta kvinnan själv tog initiativ till att be om hjälp (43).

I undersökningen gjord av McCauley et al (34) tyckte sjuksköterskorna att det var svårare att fråga personer från en högre socioekonomisk bakgrund om de hade utsatts för våld. Detta bottnade i större respekt för högre samhällsklasser och hängde ihop med rädsla för att förolämpa. Vidare rådde det en ängslan hos sjukvårdspersonalen att situationen skulle bli ohållbar och att familjer skulle splittras om frågan om våld togs upp (42). För många sjuksköterskor skulle det innebära att man förlorade kontrollen över situationen och det upplevde många som skrämmande (39-42).

Tidsbrist och brist på enkildhet

I flertalet artiklar (38, 39, 41, 42) framkom det att ett hinder som utgjorde ett hinder från att ta upp våld med kvinnorna var tidsbrist. I Ellis (41) studie uppgav även sjuksköterskorna att en av de viktigaste faktorerna till att de inte ställde frågor om våld till kvinnorna var att det var brist på utrymmen på kliniken där sjuksköterskorna hade möjlighet att samtala ostört med kvinnorna.

VERKTYG SJUKSKÖTERSKAN KAN ANVÄNDA SIG AV FÖR ATT KUNNA LINDRA LIDANDE

Utbildning och färdighet

En majoritet av sjuksköterskorna välkomnade mer utbildning kring våld i nära relationer. De ansåg att ytterligare kunskap kring våld i nära relationer skulle hjälpa dem i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Vidare tyckte många sjuksköterskor att utbildning borde ges till alla anställda i syfte att öka insikten och medvetenhet i problemet (37, 38). Moore et al (40) kunde se ett mönster i sin undersökning att de sjuksköterskor som hade genomgått internutbildning oftare tog upp frågan om kvinnan som sökte vård var utsatt för våld. De hade även en större handlingsberedskap och visste vad de skulle göra i de fall de fick ett jakande svar (37-39). Många sjuksköterskor såg utbildning som ett första steg mot en förändring av attityden gentemot våldsutsatta kvinnor inom sjukvården. Denna förändring ansågs behövlig för att undvika skuldbeläggande av kvinnan samt för att kunna ge maximalt stöd till kvinnan som är

fast besluten att lämna sin man (37). Rollspel ansågs av flera sjuksköterskor vara en bra metod för att förbereda sig inför mötet med den våldsutsatta kvinnan (33, 39). När respondenterna i Häggbloms och Möllers (38) studie kände att kunskapen brast, använde de sig av litteratur och handböcker som fanns tillgängliga.

De kunskaper som sjuksköterskorna ansåg var viktigast att besitta var mottagandet av kvinnor, samhällets stöd och resurser, psykologiska effekter, orsaker till våld i nära relationer, rättsliga aspekter av våld, olika förklaringsmetoder samt hur ett rättsintyg skrivs (37-39). Många ansåg även att det var viktigt att ha kunskap om och förståelse för den långa process som det innebär för en kvinna att lämna den man som misshandlar henne (38).

Genom att sjuksköterskan har lämplig utbildning kommer hon känna sig mer förberedd i mötet med den misshandlade kvinnan och mer bekväm med att diskutera ämnet (37).

Egna erfarenheter ger förståelse för patientens lidande

I interaktion med kvinnan kunde sjuksköterskorna använda sig av både sina professionella och personliga erfarenheter såsom att vara kvinna eller ha varit i ett förhållande där våld förekom. Bäst var det när båda dessa aspekter samverkade på ett konstruktivt sätt (38). Av de sjuksköterskor som själva erfarit våld i nära relationer, men som inte bearbetat sina upplevelser, kunde mötet med en våldsutsatt kvinna dock orsaka enorm ilska och frustration (37, 38, 41). Respondenten som däremot genomgått terapeutisk behandling tillsammans med sjuksköterskor som inte hade en historia av misshandel kunde bemöta den våldsutsatta kvinnan på ett bättre sätt (38).

Minska lidande genom att skapa en förtroendefull relation

I Rhodes (43) och Häggbloms och Möllers (38) studier visade det sig att kvinnorna ofta valde att inte berätta om sina livsöden förrän de hade träffat sjuksköterskan vid ett flertal tillfällen och byggt upp ett förtroende. Sjuksköterskorna i dessa studier delgav viktiga aspekter för hur en förtroendefull relation kunde byggas upp med kvinnan. Exempel på detta var att fokusera på kvinnans styrkor och överlevnadsinstinkt. De framhöll vikten av att uttrycka sin beundran, bekräftelse och förståelse. Vidare uppmuntrade de kvinnan och visade tydligt att de lyssnade och trodde på hennes berättelse. Sjuksköterskorna uttryckte även vikten av att ge tid, att vänta ut svaret samt att ha ögonkontakt med kvinnan.

Uppföljning sågs som ett bra sätt att visa sitt engagemang på. Genom att erbjuda uppföljning så visade sjuksköterskorna att de brydde sig om kvinnornas situation. Den typ av uppföljning som användes av sjuksköterskorna var att avtala en ny tid, telefonkontakt samt hembesök (37). I Häggbloms och Möllers (38) undersökning framkom det att uppföljning via telefon var något som uppskattades mycket hos kvinnorna.

I de fall där kvinnan inte var redo att berätta om sina upplevelser såg sjuksköterskorna till att lämna dörrar öppna så att kvinnan kände att hon kunde återvända när hon var redo att berätta (43).

Nätverk skapar bättre förutsättningar att hjälpa den lidande kvinnan

För att kunna bistå den våldsutsatta kvinnan med rätt sorts hjälp ansåg många sjuksköterskor att det var viktigt med nära samarbete med andra hjälpande instanser såsom polisen, socialen och kvinnoorganisationer (37). Respondenterna i Häggbloms och Möllers (38) artikel framlade vikten och fördelarna med att ingå i ett nätverk. De upplevde hur detta gav dem styrka och uppmuntran i arbetet med att identifiera misshandlade kvinnor. God samordning inom den egna organisationen ansågs vara mycket viktigt (33, 39).

Screening för att möta och bekräfta lidandet

Många ansåg att införa rutinmässig screening och börja fråga om våld som en daglig del i arbetet skulle underlätta identifieringen av våldsutsatta kvinnor och därmed öka möjligheten till att ge rätt stöd. Genom att införa frågan om våld i nära relationer som en rutinfråga ger kvinnorna en chans att berätta om sina upplevelser. Detta kan leda till ökad upptäckt av misshandel. Men det är viktigt att vara medveten om att upptäckten i sig inte innebär ökad livskvalitet hos våldsutsatta kvinnor utan det krävs ytterligare åtgärder och uppföljning för att kunna hjälpa kvinnorna vidare i deras process (33). Flera studier visade på att frågan om misshandel i nära relationer skulle ingå som rutinfråga vid besök på sjukhus (33, 40, 41). Det är dock viktigt att poängtera för de hjälpsökande kvinnorna att frågan om våld ställs till alla kvinnor som söker vård så att de känner sig bekväma med att berätta (31).

På grund av att vi har grundat vårt arbete utifrån både kvinnans och sjuksköterskans upplevelser har vi fått en god inblick i problematiken. Utifrån denna kunskap och förståelse har vi utformat en manual för hur sjuksköterskan på bästa sätt kan förbereda sig i mötet med den våldsutsatta kvinnan (se Bilaga 2).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

När sökningen påbörjades var ansatsen att finna artiklar som var gjorda i Norden. Utbudet var begränsat varpå sökningen fick vidgas till att även innefatta länder som socialt och ekonomisk påminde om länderna i Norden. Resultatet är därmed byggt på artiklar som är gjorda i Sverige, Finland, Storbritannien och USA. Beaktandet måste tas att Sveriges och USA sjukvårdssystem skiljer sig åt, varpå överförbarheten i vissa avseenden kan ifrågasättas. Vårt resultat innefattar både patientperspektiv och sjuksköterskeperspektiv. För att skildra patientperspektivet och kvinnornas upplevelser i kontakt med sjukvården, fick vi fram mest kvalitativa artiklar varav 4 var gjorda i USA. Större tillgång till sådana artiklar gjorda i Norden hade möjligtvis kunnat medföra vissa skillnader i resultatdelen. Trots detta anser vi att resultatet är applicerbart även i vårt samhälle med tanke på att känslor förknippade med misshandel är individuella och subjektiva upplevelser, oberoende vilket samhälle de verkar i. För att belysa

sjuksköterskeperspektivet fick vi fram mestadels kvantitativa artiklar. Detta kan ses som en brist. Likaså hade vi kunnat använda oss av fler kvantitativa artiklar i patientperspektivet. Kvantitativa studiers resultat är lättare att överföra och generalisera till en större massa. Trots detta anser vi att kvalitativa artiklar i detta avseende ändå bäst lämpade vårt syfte som var att beskriva upplevelserna kring ett fenomen.

Det var inte svårt att finna artiklar för uppsatsens syfte. När vi först började söka fick vi alltför många träffar. Således fick vi begränsa sökningen genom att använda fler sökord i kombinationer, varav vi fick ett mer överskådligt material att välja ibland. Vi använde checklisten för kvalitativa och kvantitativa artiklar vilket vi ser som en kvalitetsförsäkran av valda artiklar. Att vi var två som läste och bearbetade materialet ser vi som positivt då två sidor av saken ger en mer rättvis och heltäckande bild, vilket stärker resultatets trovärdighet. Vi sökte i olika databaser för att finna relevanta artiklar för vårt ämne. Slutligen valdes artiklar från databaserna Pub Med och Cinahl.

Vi utgick till en början ifrån ett induktivt analysförfarande med hjälp av innehållsanalys tills meningsbärande teman framstod ur texterna. Induktiv metod innebär att gå in i analysen utan förförståelse och förutfattade meningar, något som vi tror kan vara svårt att helt bortse ifrån. Under arbetets gång bytte vi emellertid metod och började analysera de genomgångna texterna utifrån deduktivt sätt genom Erikssons lidandeteori. Detta innebar att materialet återigen fick omarbetas för att kunna appliceras under rubriker och underrubriker som utformats utifrån Erikssons lidandeteori. Det faktum att vi bytte metodriktning från ett induktivt till ett deduktivt förfarande kan innebära vissa begränsningar i analysen av materialet och leda till vissa vinklingar. Trots detta bedömer vi att vi givit vårt material rättvisa utifrån vårt noggranna sätt att granska. Kanske vågar vi till och med påstå att trovärdigheten ökat ytterligare med tanke på våra två skilda metoder att bearbeta materialet utifrån.

Det faktum att vi valde att bygga uppsatsen utifrån både ett patient- och sjuksköterskeperspektiv kan ha orsakat ett mer omständligt analysförfarande, samt även en mer svårgreppbar utformning av materialet. Kanske hade det varit lättare och mer överskådligt att enbart utgå ifrån ett perspektiv både för oss och för läsaren. Trots detta låg det i vårt intresse att belysa fenomenet utifrån både sjuksköterskans och patientens perspektiv för att uppnå en större förståelse och helhetsbild av problematiken. Det krävs att vi sjuksköterskor förstår patienternas upplevelser för att omvårdnadsåtgärder ska kunna ske i rätt riktning.

RESULTATDISKUSSION

Efter att ha fördjupat oss i kvinnomisshandel och dess problematik ställer vi oss kritiskt frågande till hur dagens samhälle kan acceptera kvinnomisshandel i sådan omfattning, trots att de flesta av oss är eniga om att våld mot andra människor är något förbjudet, felaktigt och förkastligt. Att skuldbelägga kvinnan för våldet är inte något ovanligt, vilket vi anser kan få förödande konsekvenser i omvårdnaden av den våldsutsatta kvinnan. Vidare anser vi att det är viktigt att ersätta rådande myter i samhället som försvarar och möjliggör kvinnovåldets omfattning, med ny, omvärderad kunskap som leder till nya insikter och attityder. Vi anser att det är viktigt för oss sjuksköterskor, i mötet med den våldsutsatta kvinnan, att vara medveten om våra attityder och hur de hänger samman med hur vi reagerar och beter oss i olika situationer. Men även om

insikter om egna attityder är ett första steg mot utveckling, behöver det inte innebära ett i praktiken ändrat beteende. Förutom intellektuella processer styrs våra attityder enligt Eliasson (8) i hög grad av känslor. Detta sker ofta på ett omedvetet och oreflekerat plan, vilket i sin tur kan vara avgörande för en inställning som egentligen går tvärt emot våra kunskaper. Som framgick i resultatet var mötet med den våldsutsatta kvinnan förenat med många svåra känslor för sjuksköterskan samt skapade ofta stor frustration. Att erkänna kvinnan och hennes svåra situation, upplevdes som hotande och skrämmande varpå många hellre valde att inte se och möta hennes lidande.

Insikt om hur samhällets könsnormer styr attityder och bemötande

Vi anser att det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om hur samhällets rådande könsnormer indirekt leder till manligt överläge och möjliggör manlig dominans. Effekten av detta blir att kvinnans rättigheter underordnas. Samhällets syn på manligt och kvinnligt hänger samman med gamla föreställningar som kan vara svåra att bryta. Därför tror vi att insikt och medvetenhet om hur våra egna attityder hänger samman med samhällets dolda könsnormer kan vara ett första steg för att bryta de onda cirkelarna. Detta kan även i förlängningen innebära att bemötandet av de våldsutsatta kvinnorna sker under mer rättvisa och jämlika förhållanden. Hirdman (27) pratar om genussystemet som en social och strukturell ordning utifrån åtskiljandets logik som innebär att han och hon inte bör blandas. Genussystemets andra bärande bjälke innebär att det män gör och tänker värderas högre vilket leder till att kvinnans intresseområden förminskas. Detta kan bland annat leda till att kvinnomisshandel som fenomen ses som en privat angelägenhet som ska lösas inom familjen och därmed inte prioriteras som ett samhällsproblem. I resultatet framkom att sjuksköterskorna frånsade sig ansvaret att ingripa just på dessa grunder. Sjuksköterskornas negligering av problemet orsakade stort lidande för de inblandade kvinnorna som kände sig både förbisedda och oprioriterade.

Sjuksköterskans ansvar

I hälso- och sjukvårdslagen står att sjuksköterskans ansvar är att upptäcka samt identifiera våld mot kvinnor samt att våldsutsatta kvinnor utöver den medicinska vården behöver hjälp med krisbearbetning och trygghetsskapande åtgärder. I resultatet framgick att sjuksköterskan inte levde upp till detta ansvar. Många av kvinnorna vittnade om att fokus ofta främst lades på att åtgärda de medicinska skadorna och att sjuksköterskorna blundade för det verkliga problemet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska bemötandet från sjuksköterskan bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, vilket syftar till att sjuksköterskan ska tillgodose varje persons rätt till autonomi. Detta var något som inte heller efterlevdes. Många av kvinnorna upplevde att personalen intog en kontrollerande position och inte respekterade deras vilja. Istället för att bli tillfrågade om hur de ville ha de blev de ofta tillsagda vad de borde göra. Enligt Eriksson (1) är detta maktutövande likställt med frihetsberövande. Eriksson (1) menar att varje patient ska ges frihet att själv välja samt skyddas mot intrång. Att frånta ansvaret från någon är detsamma som att kränka och orsaka denna person lidande. Sjuksköterskans ansvar är således att förhindra kränkning och att bekräfta patientens värdighet.

Insikt i dynamiken bakom våldets orsaker

I resultatet framgick att sjuksköterskan inte hade tillräckliga kunskaper för att kunna bemöta kvinnorna på rätt sätt. Många kvinnor upplevde ett stort lidande förenat med sjuksköterskornas oförståelse inför deras komplexa situation. För att kunna bekräfta kvinnans lidande och upplevelser är det viktigt att sjuksköterskan således har förståelse för dynamiken bakom ett förhållande där våld förekommer, samt är medveten om egna känslor och attityder. Ett redskap för detta kan bestå i att vara insatt i våldets normaliseringsprocess, där våldet successivt förvandlas till ett normalt inslag i vardagen. Genom mannens strategiska handlingar utvecklar kvinnan ett känslomässigt beroende till mannen vilket slutligen kan leda till att hon försvarar våldshandlingarna. Genom att sätta sig in i kvinnans unika situation och utgå ifrån hennes referensramar, skapas bättre förutsättningar för ett lyckat möte som i sin tur kan minska lidandet. Att ha förståelse för våldets mekanismer och för det starka band som ofta präglar dessa relationer, innebär att vi kan möta kvinnan med mindre frustration. Därmed skapas bättre villkor för att kunna hjälpa kvinnan vidare i sin process. Vidare kan kunskap om uppbrottsprocessen hjälpa oss att avgöra hur vi ska anpassa stöd och hjälpinsatser. Uttrycker kvinnan ett motstånd till mannens agerande, en vilja att lämna eller förnekar hon situationen och försvarar mannens handlingar? Genom att reflektera över dessa frågeställningar kan vi lättare avgöra vad som krävs för att kunna möta och minska den unika individens lidande.

Inom individualpsykologin sätt att tolka mäns våld mot kvinnor, slår mannen i ett okontrollerat vredesutbrott på grund av att han själv tidigare i livet utsatts för kränkningar och svåra upplevelser. Faran med att tolka våldet utifrån detta synsätt kan vara att mannen då ses som ett offer i sammanhanget, oförmögen att hejda sina impulser. Mannen hålls därmed inte ansvarig för sina handlingar. En alltför förstående bild av mannen, kan i sin tur medföra att hans våldsamma uppträdande försvaras och ursäktas av omgivningen. Risken blir även då att förklaringar eftersöks som har med kvinnans agerande eller individuella egenskaper att göra. Därmed förskjuts ansvaret i fel riktning, från den som slår till den som blir slagen. Om vi i sjukvården medverkar till att individualisera problemet, deltar även vi i förtrycket av kvinnan. Enligt Erikssons (1) lidandefilosofi innebär detta fördömande en stor förnedring och kränkning av kvinnans värdighet. Att fördöma är desamma som att ogiltigförklara en annan människa. Enligt Eriksson (1) hänger fördömande och straff ihop. Många av kvinnorna kände att de blev straffade i samband med att de inte ville lämna mannen eller göra anmälan. Sjuksköterskorna förmedlade detta genom att inte ge karitativ vård. Eriksson (1) menar att sjuksköterskans uppgift inte är att fördöma utan att istället förstå och förlåta.

Betydelsen av bemötandet

Som framkommer av resultatet kan mötet med en våldsutsatt kvinna innebära en del kommunikationssvårigheter. Kvinnan har ofta svårt att öppna sig och våga berätta om våldet samtidigt som sjuksköterskan har svårt att närma sig frågan. Viktigt att poängtera är att det trots allt är sjuksköterskan som bär huvudansvaret för kommunikationen. Som sjuksköterskor är vi ansvariga för att möta och tillgodose patientens behov. Enligt LYHS ska hälso- och sjukvård byggas på respekt och omtanke om patienten. Att fråga om våld är enligt oss desamma som att bekräfta patienten och visa omtanke. Genom att fråga deltar vi inte i osynliggörandet av våldet. Det visar på ett ställningstagande. Detta

är något som stämmer väl in på resultatet, där kvinnorna efterfrågade en större öppenhet genom att sjuksköterskan skulle våga närma sig det verkliga problemet bakom deras skador. Betydelsefullt enligt kvinnorna var även att bli bemötta med respekt och värdighet. Framförallt ville kvinnorna bli tagna på allvar. Sjuksköterskans bemötande är enligt oss av största vikt. Ett dåligt bemötande och bristande respekt kan förstärka kvinnans lidande och öka känslan av isolering. Således vilar ett stort ansvar på oss. Det kan till och med vara så att vårt bemötande har en avgörande roll i hur kvinnan kommer att handla fortsättningsvis.

Att överbrygga hinder

Att införa rutinmässig screening och börja fråga om våld som en daglig del i arbetet sågs i resultatet som ett bra sätt att närma sig frågan om våld. Trots många fördomar om hur en misshandlad kvinna ser ut och ter sig, finns det i verkligheten ingen mall för detta, vilket talar ytterligare för vikten av screening för att fånga upp och hjälpa det stora mörkertal som blir utsatta för våld i nära relationer. Förutom rädsla och okunskap gavs två ytterligare anledningar till att frågan om våld inte ställdes. Dessa var sjuksköterskans brist på tid samt svårigheter att tala enskilt med kvinnan. Detta överensstämde även med det faktum att kvinnorna uppfattade sjuksköterskorna som mycket stressade och jäktade. Många av kvinnorna önskade även att få tala enskilt med sjuksköterskan för att lättare kunna öppna sig om sin situation. För att komma till bukt med denna problematik krävs att sjukvården tillhandahåller utrymmen och resurser så att möjligheten att screena finns. Framförallt är det viktigt att det finns resurser och beredskap att följa upp det som kommer fram då frågan ställs. Ur ett kostnadsperspektiv kan detta te sig lönsamt, då våldsutsatta kvinnor ofta söker sjukvård upprepade gånger. Identifierar man inte dessa kvinnor i tid så kommer de troligen att söka vård på nytt vilket innebär större kostnader för vården samt större lidande för kvinnorna. Även om det är av yttersta vikt att fråga så är det även av betydelse hur frågan framförs. Många sjuksköterskor uttalade en osäkerhet kring hur frågan skulle ställas. Ett sätt att minska osäkerheten kan bestå i att personalen får öva genom utbildningar och rollspel för att förbättra samtalsmetodiken. Införs screening som en daglig del i rutinarbetet kommer förhoppningsvis det leda till att sjuksköterskan blir mer bekväm med ämnet.

Många av kvinnorna uttalade en önskan om att frågan skulle ställas på ett respektfullt och hänsynsfullt sätt. Framgående var även vikten av att bygga upp ett förtroende innan frågans närmande. Genom att sjuksköterskan delger kvinnan att frågan ställs på rutin, avdramatiseras situationen, vilket kan resultera i att kvinnan känner sig mer bekväm med att öppna sig.

Det framgick även att många kvinnor undvek att berätta på grund av att de var osäkra på hur sekretessuppgifter behandlades. Detta bottnade främst i rädsla för mannens repressalier (32, 33). Ett sätt att kringgå denna oro kan för oss sjuksköterskor bestå i att låta kvinnorna ta del av de lagar som reglerar vårt kompetensområde såsom sekretesslagen och patientjournalagen. Genom att inleda frågan om våld med att berätta för kvinnan att det som sägs inte förs vidare kan få henne att känna att hon är i säkerhet och kan berätta om sina upplevelser i trygghet. Det är viktigt att övervinna de barriärer som står i vägen för våldsutsatta kvinnors rätt till hjälp och stöd. Något som framkom ur både patient och sjuksköterskeperspektiv var bättre samordning och samarbete mellan

sjuksköterskor och andra hjälpande instanser. Likaså framhölls vikten av att det på vårdinrättningar alltid ska finnas tillgänglig information om kvinnomisshandel och om aktuella hjälpkällor. Vidare anser vi att varje arbetsplats bör ha utarbetade handlingsplaner såsom PM på hur personalen bäst ska bemöta våldsutsatta kvinnor. Att införa ämnet våld i nära relationer i sjuksköterskeutbildningen är ytterligare förslag på hur hinder och rädslor kan överbryggas. Det handlar om att öka medvetenheten om problematiken och att enigt arbeta mot samma mål. Förutom sjuksköterskans individuella ansvar, anser vi att förändringsprocesser bör ske på organisatorisk samt strukturell nivå.

Sammantaget kan sägas att det viktigaste består i att inte negligera kvinnans situation utan att vi sjuksköterskor visar på vår ståndpunkt genom att närma oss problematiken. Det är något som stämmer in på Erikssons (1) lidandeteori. Hon utnämner förnekandet av lidandet som den mest smärtsamma sorten. Att förneka en annans lidande är detsamma som att förneka en del av livet och denna människas möjlighet till läkning. Kvinnorna upplevde att deras problem alltför ofta förringades av sjuksköterskorna. Denna likgiltighet kan enligt Eriksson (1) föda känslor av skam, skuld och förtvivlan. Det viktigaste är att våga möta lidandet, att förmedla ”jag ser”. Först då kan vi hjälpa den lidande människan att finna mening.

KONKLUSION

Våldsutsatta kvinnor känner sig förbisedda och oprioriterade i mötet med sjuksköterskan. Önskvärt enligt dem är att bli behandlade med respekt och värdighet, samt bli lyssnade på. Kvinnorna eftersöker bekräftelse genom att sjuksköterskan vågar möta det verkliga problemet bakom deras lidande. Sjuksköterskan förknippar mötet med den våldsutsatta kvinnan med känslor av maktlöshet och frustration. Vidare saknar hon/han verktyg för att kunna erbjuda rätt hjälp och stöd. Detta medför att hon/han förblir passiv och hittar ursäkter till att inte ingripa alls. Denna onda cirkel som uppstår mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan måste brytas genom ökad utbildning och insikt i problematiken samt att dessa kvinnors rättigheter förankras i hela vårdkedjan. Det är upp till varje individ att reflektera kring innebörden och konsekvenserna av attityder och bemötande. Men för att dess insikter ska kunna implementeras i det patientnära arbetet krävs även att organisation och ledning står bakom ett förändringsarbete i rätt riktning. Enligt Eriksson (28) bottnar det vårdlidande som sjuksköterskan orsakar i bristande reflektion och otillräcklig kunskap om mänskligt lidande.

Ett centralt inslag i bemötandet av våldsutsatta kvinnor är bekräftelse av deras upplevelser och lidande. Att förstärka resurser och framhålla styrkor, leder till att öka självförtroendet och stärker modet att komma vidare.

Vi tycker att det vore intressant att studera upplevelserna i mötet med vården hos män och kvinnor som lever i homosexuella parförhållanden efter att skrivit detta arbete som handlar om våld i nära relationer i ett heterosexuellt parförhållande. Under arbetets gång lade vi märket till att det finns få studier utförda i Sverige som beskriver mötet mellan sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnor. Vi tycker att det skulle vara relevant med sådana studier då Sverige anses vara ett jämställt land om man jämför med resten av världen.

REFERENSER

1. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber AB; 1994.
2. Brottsförebyggande rådet. Utvecklingen av dödligt våld i nära relationer. Tillgängligt på:
http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=4&name=Utvecklingen%20av%20d%20f6dligt%20v%20e5ld.pdf&url=/dynamaster/file_archive/070528/28b4da43b5c245c4c1e15173c5b091be/dodligt%255fvald%255fIn.pdf. Tillgängligt senast 2008-10-31.
3. Brottsförebyggandet rådet. Misshandel mot kvinnor. Tillgängligt på :
http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&id=7&module_instance=2.
Tillgängligt senast: 2007-10-31.
4. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliqkoski A-M. Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige- en omfångsundersökning. Umeå: Åströms Tryckeri; 2001.
5. Heimer G. Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar. Lund: Studentlitteratur; 2008.
6. Polisen. Utsatt för brott, kvinnofrid, åklagarens uppdrag. Tillgängligt på:
<http://www.polisen.se/inter/nodeid=26310&pageversion=1.jsp>. Tillgänglig senast 2008-11-01.
7. Amnesty. Mäns våld mot kvinnor i nära relationer – En sammanställning om situationen i Sverige. Tillgängligt på:
[http://www2.amnesty.se/svaw.nsf/19april2004/\\$File/svenskrapport.pdf](http://www2.amnesty.se/svaw.nsf/19april2004/$File/svenskrapport.pdf). Tillgänglig senast 2008-11-01.
8. Eliasson M. Mäns våld mot kvinnor: en kunskapsöversikt om kvinnomisshandel och våldtäkt, dominans och kontroll. Stockholm: Natur och Kultur; 2000.
9. Regeringens proposition 1997/98:55 Kvinnofrid. Tillgängligt på:
<http://www.regeringen.se/content/1/c4/22/66/5406e038.pdf>. Senast tillgänglig 2008-11-01.
10. Svensk sjuksköterskeförening. ICN:S etiska kod för sjuksköterskor. Tillgängligt på:
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>.
Tillgängligt senast: 2008-11-05.
11. Notisum. Svensk lagsamling- Rättsnätets lagbok. Tillgängligt på:
<http://www.notisum.se/index2.asp?iParentMenuID=236&iMenuID=314&iMiddleID=285&top=1&sTemplate=/template/index.asp>. Tillgängligt senast 2008-11-05.
12. Raadu G. Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber AB; 2008.
13. Sjukvårdsrådgivningen. Tystnadsplikt och sekretess. Tillgängligt på:
<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=22759>. Tillgängligt senast 2008-11-06.

14. Widding Hedin L. det kan hända vilket kvinna som helst: en handbok om bemötande av kvinnor som blivit utsatta för middhandel och sexuella övergrepp. Göteborg: Anamma; 1997.
15. FN: s konvention från 1979. Tillgängligt på:
<http://www.fn.se/page.asp?nodeid=618&iLev=1&iHasChild=0&newsid=618&faqid=618>. Tillgänglig senast: 2008-11-06.
16. Nationalencyklopedin , band 11, Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB; 1993.
17. Brottsförebyggande Rådet. BRÅ-rapport 2004:3 Brottsutvecklingen i Sverige 2001-2003. Tillgängligt på:
http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=4&name=Brottsutvecklingen2001_2003.pdf&url=/dynamaster/file_archive/050317/293ceacc0e95ffc5021cee73db80dc04/Brottsutvecklingen2001%255f2003.pdf . Tillgängligt senast: 2008-11-06.
18. Regeringens proposition 1997/98:55 Kvinnofrid. Tillgängligt på:
<http://www.regeringen.se/content/1/c4/22/66/5406e038.pdf>. Tillgänglig senast: 2008-11-06.
19. Lundgren E. Våldets normaliseringsprocess. Stockholm: ROKS; 2004.
20. Kvinnofridslinjen. Om våld mot kvinnor, psykiskt våld. Tillgänglig på:
<http://www.kvinnofridslinjen.se/om-vald-mot-kvinnor/psykiskt-vald/index.php>. Tillgänglig senast: 2008-11-08.
21. Croona G. Etik och utmaning: om lärande av bemötande i professionsutbildning. Växjö: Växjö Universitet Press; 2003.
22. Socialstyrelsen. Våldsutsatta kvinnor - Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens Personal. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/CC0E276E-767F-4F88-A49CC569C84BEBBB/1060/20031102.pdf>. Tillgänglig senast 2008-10-31.
23. Ekselius E. Våld mot kvinnor: om kvinnomisshandel, våldtäkt, incest och sexuella övergrepp på barn. Stockholm: Prisma;1983.
24. Cullberg J. Dynamisk Psykiatri. Stockholm: Natur och Kultur; 2001.
25. Hydén M. Kvinnomisshandel inom äktenskapet: mellan det omöjliga och det möjliga. Stockholm: Liber; 1995.
26. Hirdman Y. Genussystemet. Om det stabila föränderliga former. Stockholm: Liber; 2003.
27. Hirdman Y. Makt och kön. Peterson O. redaktör. Maktbegreppet. Stockholm: Carlssons bokförlag;1987.

28. Eriksson K. Vårdandets idé. Stockholm: Nordstedts; 1987.
29. Riktlinjer för omvårdnad – eget arbete. Sahlgrenska Akademin – Institutionen för vårdvetenskap och hälsa: Göteborgs Universitet; 2008.
30. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
31. Yam M. Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of Emergency Nursing* 2000;26(5):464-70.
32. Mayer BW. Female domestic violence victims: Perspectives on emergency care. *Nursing Science Quarterly* 2000;13:340-46.
33. Lutenbacher M, Cohen A, Mitzel J. Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing* 2002;20(1):56-64.
34. McCauley J, Yurk R, Jenckes M, Ford D. Inside Pandora's box abused women's experiences with clinicians and health services. *Journal of General Internal Medicine* 1998;12:549-55.
35. McCord- Duncan E, Floyd M, Kemp E, Bailey B, Lang F. Detecting potential intimate partner violence: Which approach do women want? *Family Medicine* 2006;38(6):416-22.
36. Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitude to being asked about exposure to violence. *Midwifery* 2001;17:2-10.
37. Häggblom A, Hallberg M, Möller A. Nurses' attitudes and practices toward abused women. *Nursing and Health Sciences* 2005;7:235-42.
38. Häggblom A, Möller A. On a life saving mission: Nurses willingness to encounter with intimate partner violence. *Qualitative Health Research* 2006;16(8):1075-90.
39. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen C, MacMillan H. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health* 2007;7(12):1-11.
40. Moore M L, Zaccaro D, Parsons L. Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 1998;27(2):175-82.
41. Ellis JM. Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Critical Care Nursing Quarterly* 1999;22(1):27-41.
42. Du Plat- Jones J. Domestic violence: the role of health professionals. *Nursing standard* 2006;14-16(21):44-8.

43. Rhodes K. "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider- patient communication about domestic violence. *Annals of Internal Medicine* 2007;147(9):620-28.

BILAGOR

BILAGA 1 ARTIKELREDOVISNING

Referens i uppsatsen: 31

Titel: Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience.

Författare: Yam M

Tidskrift: Journal of Emergency Nursing

Publicerat år: 2000

Land: USA

Syfte: Att skildra våldsutsatta kvinnors erfarenheter av besök på akutmottagning.

Metod/Urval: Studien var gjord med kvalitativ metod med en fenomenologisk förankring. De kvinnor som sökte vård på grund av skador orsakade av misshandel på en akutmottagning, under en tidsperiod på 12 månader, tillfrågades om de ville delta i studien. Datainsamlingen bestod av djupintervjuer. Materialet analyserades tills mättnad uppstod och centrala teman kunde lyftas fram. Detta utfördes efter intervju med 5 kvinnor.

Antal referenser: 20

Referens i uppsatsen: 32

Titel: Female domestic violence victims: Perspectives on emergency care.

Författare: Mayer Wendt B

Tidskrift: Nursing Science Quarterly

Publicerat år: 2000

Land: USA

Syfte: Att undersöka hur våldsutsatta kvinnor upplever den interpersonella kommunikationen och interaktionen med personalen på en akutmottagning.

Metod/Urval: Kvalitativ design med intervjuer i fokusgrupp, samt frågeformulär som medlemmarna i fokusgruppen fick fylla i. Intervjuerna spelades in och analyserades sedan genom innehållsanalys. Alla kvinnor som bodde på ett skyddat boende för våldsutsatta kvinnor blev inbjudna att delta i studien. 60 deltog.

Antal referenser: 20

Referens i uppsatsen: 33

Titel: Do we really help? Perspectives of abused women.

Författare: Luthenbacher M, Cohen A, Mitzel J

Tidskrift: Public Health Nursing

Publicerat år: 2003

Land: USA

Syfte: Att skildra de faktorer som hindrade eller ökade våldsutsatta kvinnors att lämna en relation där hon var utsatt för våld.

Metod/Urval: Det var en beskrivande studie där både kvalitativ och kvantitativ metod användes. Både individuella intervjuer och intervjuer i fokusgrupp användes. Genom annonsering bland instanser dit våldsutsatta kvinnor söker, blev de 40 kvinnor som anmält sitt intresse att delta i studien, individuellt intervjuade. Av dessa deltog sedan 24 i en av fyra fokusgrupper. Innehållet analyserades med hjälp av innehållsanalys, varav kategorier framstod.

Antal referenser: 29

Referens i uppsatsen: 34

Titel: Inside Pandora's box. Abused women's experiences with clinicians and health services.

Författare: Mc Cauley J, Yurk R, Jenckes M, Ford D

Tidskrift: Journal of General Internal Medicine.

Publicerat år: 1998

Land: USA

Syfte: Undersöka våldsutsatta kvinnors uppfattning och erfarenhet av vårdpersonal och vårdsystemet, samt karakteristiska som antingen hindrade eller underlättade för kvinnorna att berätta om våldet.

Metod/Urval: Kvalitativ design. Datasamling bestod av intervjuer i fokusgrupper.

Materialet spelades in och bearbetades tills centrala teman framkom. Kvinnor som deltog i gruppterapi tillfrågades om de ville delta i studien. Samtliga deltog. Dessa var 21 kvinnor.

Antal referenser: 31

Referens i uppsatsen: 35

Titel: Detecting potential intimate partner violence: Which approach do women want?

Författare: Mc-Cord Duncan E, Floyd M, Kemp E, Bailey B, Lang F.

Tidskrift: Family Medicine

Publicerat år: 2006

Land: USA

Syfte: Att undersöka hur kvinnor uppfattar olika typer av screening om våld och att ta reda på vilken typ av närmande som dessa kvinnor föredrar.

Metod/Urval: Både kvantitativ och kvalitativ metod. För att bestämma vilken typ av screening som föredrogs, fick 97 kvinnor på en vårdcentral titta på en videofilm som påvisade tre olika sorters tekniker. De tre olika teknikerna var PVS partner violence screening, WAST woman abuse screening, samt PC patient centered approach. Kvinnor över 18 år som befann sig i väntrummet på en vårdcentral under en viss tid blev tillfrågade att delta i studien. Av de 99 som tillfrågades deltog 97.

Antal referenser: 55

Referens i uppsatsen: 36

Titel: Women's attitudes to being asked about exposure to violence.

Författare: Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B.

Tidskrift: Midwifery

Publicerat år: 2001

Land: Sverige

Syfte: Att ta reda på kvinnors attityder till att bli tillfrågade av sin barnmorska om förekomsten av våld i relationen under och efter graviditeten.

Metod/Urval: Både kvalitativ och kvantitativ design. Alla gravida kvinnor som var skrivna på en mödravårdcentral fick svara på frågor om våld med hjälp av AAS, Abuse Assessment Screen som instrument. Dessa kvinnors inställning av att bli tillfrågade om våld belystes sedan med hjälp av en öppen fråga, där svaren analyserades med hjälp av innehållsanalys. Av 1120 registrerade kvinnor, deltog 1074 slutligen i studien.

Antal referenser: 21

Referens i uppsatsen: 37

Titel: Nurses' attitudes and practices toward abused women.

Författare: Häggblom A, Hallberg L, Möller A

Tidskrift: Nursing and Health Sciences

Publicerat år: 2005

Land: Finland.

Syfte: Undersöka kunskap, utbildning och sätt att arbeta med omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor hos utvalda sjuksköterskor.

Metod/ Urval: En deskriptiv studie där en enkät delades ut till alla offentligt anställda sjuksköterskor på Åland. Av de 234 enkäter som skickades ut svarade 133 personer.

Antal referenser: 27

Referens i uppsatsen: 38

Titel: On a life- saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse

Författare: Häggblom A och Möller A

Tidskrift: Qualitative Health Research

Publicerat år: 2006

Land: Finland

Syfte: Undersöka erfarenhet och vad för slags roll sjuksköterskan har i mötet med den våldsutsatta kvinnan.

Metod/Urval: Kvalitativ undersökning där 10 sjuksköterskor valdes ut för intervju.

Antal referenser: 46

Referens i uppsatsen: 39

Titel: Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses

Författare: Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen C och MacMillan H

Tidskrift: BMC Public Health

Publicerat år: 2007

Land: USA

Syfte: Studera bakomliggande orsaker samt identifiera hinder och möjligheter för rutinmässig utfrågning av patienter om våld i nära relationer.

Metod/Urval: Kvantitativ studie där en enkät med 43 frågor sändes ut via post till 1000 läkare och 1000 sjuksköterskor. De här 2000 personerna var slumpmässigt utvalda. Av 2000 utvalda besvarades 931 stycken.

Antal referenser: 38

Referens i uppsatsen: 40

Titel: Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/ domestic violence

Författare: Moore M L, Zaccaro D, Parsons L.

Tidskrift: Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing

Publicerat år: 1998

Land: USA

Syfte: Jämföra utbildning, attityder och arbetsmetoder angående våld i nära relationer hos barnmorskor.

Metod/Urval: En deskriptiv studie där ett frågeformulär delades ut till sammanlagt 275 personer. 158 delades ut i samband med en konferens för barnmorskor och 117 skickades ut till barnmorskor på privata praktiker.

Antal referenser: 24

Referens i uppsatsen: 41

Titel: Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department.

Författare: Ellis J

Tidskrift: Critical Care Nursing Quarterly

Publicerat år: 1999

Land: USA

Syfte: Identifiera vilka hinder som förekommer för att effektivt kunna screena våld i nära relationer vid triage av patienter på akutvårdsmottagning.

Metod/Urval: Kvantitativ studie där 101 stycken enkäter skickades ut till sjuksköterskor som arbetade på en stor akutvårdsmottagning. Av de 101 utskickade enkäterna besvarades 40 stycken.

Antal referenser: 22

Referens i uppsatsen: 42

Titel: Domestic violence: the role of health professionals.

Författare: Du Plat-Jones J

Tidskrift: Nursing Standard

Publicerat år: 2006

Land: Storbritannien

Syfte: Diskutera våld i nära relationer och dess effekt på båda könen och familjen samt att undersöka sjukvårdspersonalens roll i att identifiera och hantera sådana fall.

Metod/Urval: Litteraturstudie där 41 artiklar sammanställdes.

Antal referenser: 41 stycken

Referens i uppsatsen: 43

Titel: "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider- patient communication about domestic violence

Författare: Rhodes K

Tidskrift: Annals of Internal Medicine

Publicerat år: 2007

Land: USA

Syfte: Beskriva kommunikationen mellan våldsutsatta kvinnor och personalen inom akutsjukvården rörande våld i nära relationer.

Metod/Urval: Analys gjordes av ljudinspelningar av 1281 kvinnors samtal med läkare och sjuksköterskor.

Antal referenser: 32

BILAGA 2 MANUAL

Efter att ha skrivit en uppsats om våldsutsatta kvinnors upplevelser i mötet med sjuksköterskan, vill vi sammanfatta det vi kommit fram till i en manual. Manualen syftar till att ge handfasta råd och förslag på hur sjuksköterskan kan gå tillväga för att kunna möta den våldsutsatta kvinnan på ett bra sätt.

- Innan du inleder mötet tänk över och reflektera kring dina egna känslor och attityder i förhållande till kvinnovåld.
- Ha kunskap om våldets orsaker samt mekanismer för att skapa bättre förståelse för kvinnans situation.
- Var insatt i gällande lagar och de skyldigheter som reglerar sjuksköterskans ansvarsområde.
- För att minska oro och främja delaktighet, informera även kvinnan om gällande lagar såsom sekretesslagen.
- Se till att skapa utrymme för att få samtala enskilt med kvinnan.
- Skapa en förtroendefull relation genom att visa, respekt, omtanke och hänsyn.
- Se och bekräfta kvinnan genom att närma dig den verkliga orsaken till problemet. Våga fråga! Att fråga är att visa omtanke och visar på ett ställningstagande.
- Avdramatisera frågan genom att säga att den ställs på rutin, på så sätt känner sig inte kvinnan lika utlämnad.
- Tänk på hur du närmar dig och ställer frågan. Visa respekt!
- Tänk på att kvinnan lider fysiskt och psykiskt. Orsaka inte mer lidande genom att behandla henne ojämlikt och osjälvständigt.
- Visa att du tar kvinnan på allvar genom att lyssna och tro på det hon säger.
- Fördöm inte utan försäkra kvinnan om att det som hänt inte är hennes fel.
- Pressa inte kvinnan att ta vissa beslut. Visa på alternativ och erbjud hjälp och stöd.
- Respektera kvinnans val och se till att lämna dörrar öppna.
- Se till att boka tid för uppföljning.

- Ha alltid information tillgänglig om kvinnomisshandel och namn och nummer till källor dit kvinnan kan vända sig till för att få hjälp. Tillhandahåll kvinnan både skriftlig och muntlig info.
- Se till att upprätthålla ett bra samarbete med andra hjälpanse instanser såsom kvinnojourer, socialtjänst och polis.
- Lämna inte kvinnan därhän, utan beakta säkerhets- och trygghetsskapande åtgärder. Utforma tillsammans med kvinnan en riskanalys och riskplan. Koppla in andra instanser om så behövs.
- Uppmuntra men pressa inte kvinnan att göra polisanmälan. Ge stöd och info.
- Var noga med dokumentation! Skriv utförligt i journalen, om möjligt fotografera synliga skador! Tänk på att det du skriver kan komma till användning även i senare skede vid eventuellt rättsliga processer.
- Vänd dig till din chef för vidareutbildning och handledning i ämnet vid osäkerhet. Ha PM tillgängligt på arbetsplatsen som belyser tillvägagångssätt i mötet med en våldsutsatt kvinna.
- Tänk på att mötet kan väcka svåra tankar och känslor till liv. Ett sätt att hantera detta kan vara att ta hjälp och stöd från kollegor.
- Till sist. Tänk på att det ofta är de små gesterna som kan vara av betydelse och ge tröst.

Det centrala i mötet med den våldsutsatta kvinnan är bekräftelse! Att förstärka resurser och framhålla styrkor leder till ökat självförtroende och stärker modet för kvinnan att komma vidare.