

Att lyfta på locket.

En litteraturstudie om sjuksköterskors upplevelse att möta kvinnor som utsätts för våld i sin parrelation.

FÖRFATTARE	Anna Karlsson Klara Hägglund
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ OM5250 HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Bergelin
EXAMINATOR	Zahra Ebrahimi

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förord:

Tack till Marcus Fridlund, Ingo Fridlund och Johannes Ådén Bygdell för stöd och goda råd i arbetet med denna uppsats. Även tack till vår handledare Eva Bergelin för god handledning.

Titel:	Att lyfta på locket. En litteraturstudie om sjuksköterskors upplevelse att möta kvinnor som utsätts för våld i sin parrelation.
Title:	To look beneath the surface. A literature study of nurses' experience of meeting women experiencing intimate partner violence.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete - Grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Anna Karlsson Klara Hägglund
Handledare:	Eva Bergelin
Examinator:	Zahra Ebrahimi

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Våld mot kvinnor är ett globalt folkhälsoproblem och sker i alla delar av samhället. Våld i nära relationer innefattar fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt och socialt våld. Hälso- och sjukvårds personal har ansvaret att identifiera våldsutsatta individer och bör därför ha kunskap om symtom och tecken som tyder på våld. I mötet med våldsutsatta kvinnor bör sjuksköterskor ha god kunskap om hur de ska bemöta och kommunicera för att stödja och hjälpa kvinnan till god hälsa. För att få en bredare kunskap i området våld i nära relationer krävs en fördjupad förståelse om sjuksköterskors upplevelse att möta våldsutsatta kvinnor.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskans upplevelse att möta kvinnliga patienter som utsätts för våld i sin parrelation. **Metod:** Litteraturöversikt valdes som modell för uppsatsen. Sökningar gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Totalt analyserades elva kvalitativa artiklar samt en kvantitativ artikel. I analysen framkom sammanlagt tre huvudteman och åtta subteman.

Resultat: Resultatet presenteras utifrån tre huvudteman och åtta subteman: Berör sjuksköterskan som profession (1) med subteman sjuksköterskans upplevda betydelse i mötet med våldsutsatta patienter, föreställningar om våldsutsatta patienter och någon annans ansvar. Berör sjuksköterskan personligen (2) med subteman känslomässiga svårigheter, upplevelse av frustration och ilska samt påverkan på sjuksköterskans privata liv. Organisatoriska hinder och bristande beredskap (3) med subteman sjuksköterskans bristande kunskap och utbildning samt sjuksköterskans behov av tid och en trygg miljö i mötet med våldsutsatta patienter. Mötet med våldsutsatta kvinnor påverkade sjuksköterskors professionella roll och privata liv. Föreställningar om våldsutsatta kvinnor synliggjordes när sjuksköterskor ansåg att de kunde se på en patient om hon var utsatt för våld. Sjuksköterskan upplevde brist på kunskap och utbildning samt brist på tid och enskilda rum i mötet med våldsutsatta kvinnor. **Konklusion:** Resultatet visar att sjuksköterskor behöver mer kunskap om våld i nära relationer för att ge

våldsutsatta kvinnor adekvat vård. Emotionell påverkan, tidsbrist och brist på en trygg miljö försvårade sjuksköterskors arbete med kvinnor som utsatts för våld i sin parrelation.

Nyckelord: Våld i nära relationer, kvinnor, sjuksköterskors upplevelse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
TILLBAKABLICK	2
MAKTSTRUKTURER I SAMHÄLLET	2
VÅLDET	2
Våldet mot kvinnan	3
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN OCH SJUKSKÖTERSANS ANSVAR	4
Våldsutsatta kvinnors möte med vården	5
<i>Screening</i>	5
BEMÖTANDE	6
Den professionella kommunikationen	7
Empati	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE.....	8
METOD.....	8
LITTERATURSÖKNING	8
Sökord och avgränsningar.....	8
URVAL.....	9
ANALYS	9
ETISKA ÖVERVÅGANDE	9
RESULTAT	10
BERÖR SJUKSKÖTERSANS SOM PROFESSION.....	10
Sjuksköterskans upplevda betydelse i mötet med våldsutsatta patienter.....	10
Sjuksköterskans föreställningar om våldsutsatta patienter	11
Någon annans ansvar.....	11
BERÖR SJUKSKÖTERSANS PERSONLIGEN.....	12
Känslomässiga svårigheter.....	12
Upplevelse av frustration och ilska.....	13
Påverkan på sjuksköterskans privata liv	13
ORGANISATORISKA HINDER OCH BRISTANDE BEREDSKAP	14
Sjuksköterskans bristande kunskap och utbildning	14
Sjuksköterskans behov av tid och en trygg miljö i mötet med våldsutsatta patienter.....	14

DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	16
Implikationer i omvårdnaden och fortsatt forskning	19
Konklusion	20
REFERENSER.....	21

BILAGOR

BILAGA 1 – Söktabell

BILAGA 2 – Kvalitetsbedömning av kvalitativa artiklar

BILAGA 3 - Kvalitetsbedömning av kvantitativa artiklar

BILAGA 4 – Sammanfattning av artiklarna

INTRODUKTION

INLEDNING

Våld mot kvinnor är ett globalt folkhälsoproblem och ett hot mot de mänskliga rättigheterna (WHO, 2013). Våld i nära relationer sker dagligen i Sverige och som sjuksköterskor bör vi arbeta aktivt i kampen mot detta genom att identifiera och hjälpa våldsutsatta individer, där kvinnor är överrepresenterade. I Sverige dödas en kvinna var tredje vecka av sin partner och 38 procent av alla mördade kvinnor i världen har dött som följd av misshandel av sin partner (WHO, 2013).

Som uppgift under en praktikperiod i sjuksköterskeutbildningen skulle vi ta reda en vårdcentralers handlingsplan vid våld i nära relationer. När vi frågade om handlingsplanen möttes vi av harklingar, hummande och tystnad från personalen. De hade inte någon handlingsplan att utgå från när de möter patienter som utsätts för våld i nära relationer och personalen trodde att våld i nära relationer inte förekommer i vårdcentralens upptagningsområde.

Det fick oss att börja diskutera våld i nära relationer vilket väckte frågor inom oss. Vi insåg att det är ett svårt ämne och ville därför fördjupa våra kunskaper kring hur sjuksköterskor upplever mötet med individer som utsätts för våld i nära relationer. Vi önskar att denna uppsats ger oss djupare kunskaper i ämnet som vi har användning för i vår framtida yrkesroll.

BAKGRUND

TILLBAKABLICK

FN:s konvention *avskaffandet av all diskriminering mot kvinnor* offentliggjordes år 1979, vilket är ett rättsligt bindande dokument som innehåller en plan för hur all diskriminering mot kvinnor ska upphöra med hjälp av nationella åtgärder. Våld mot kvinnor, erkändes år 1989, som en kränkning mot kvinnors mänskliga rättigheter, vilket ledde till att FN år 1993 införde en deklaration om avskaffandet av våld mot kvinnor (UN Women, 2012). Samma år infördes kvinnovåldskommissionen i Sverige, på uppdrag av regeringen, med uppgift att föreslå vilka åtgärder som ska vidtas för att motverka våldet mot kvinnor. Året efter bildades Rikskvinnocentrum av kommissionen, som idag är Nationellt centrum för kvinnofrid, med uppgift att öka kunskapen om mäns våld mot kvinnor samt tar fram åtgärder för hur våldsutsatta kvinnor ska få hjälp. Kvinnovåldskommissionen lämnade två år senare in ett förslag för kvinnofrid och kvinnofridsreformen antogs år 1998. Den innebar att straffet för mäns våld mot kvinnor skärptes (Våld i nära relationer, 2011).

MAKTSTRUKTURER I SAMHÄLLET

Patriarkat är en samhällsstruktur där män är överordnade kvinnor. Det manifesteras på olika sätt i samhället: kvinnor har ofta lägre lön för samma arbete jämfört med män och kvinnor utför obetalt arbete i hemmet i större uträkning än män (NE, 2014). FN:s definition av begreppet patriarkalt våld beskrivs som ett samlingsbegrepp för allt våld män utför mot kvinnor, som gemensamt grundar sig i att vilja bevara patriarkala maktstrukturer. Konventionsstaterna ska ta till åtgärder för att eliminera föreställningar om att maktresurser ska fördelas olika mellan könen samt eliminera stereotypisering av män och kvinnor (Coomoraswamy, 2002). Idag kan brottsoffer som utsätts för våld i nära relationer få stöd i form av exempelvis skyddat boende, dock går förövaren ofta ostraffad och strukturen som vidmakthåller våldet kvarstår (Johnsson-Latham, 2006).

Våldets normaliseringsprocess är ett begrepp som Lundgren (2004) myntade efter att ha studerat heterosexuella parrelationer där kvinnan misshandlats av mannen. Hon beskriver en könskultur där manlighet och kvinnlighet skapas utifrån kön och där kvinnan är underordnad mannen vilket innebär att hon ska vara honom tillgänglig. Hon framhåller att våld kan ske i alla typer av relationer, även de som utåt sett verkar leva i en ”normal” parrelation. Vanligtvis utvecklas våldet gradvis och varvas under tiden med värme. Med tiden förskjuts synen på vad en normal parrelation innebär och våldet blir en naturlig del av både kvinnan och mannens vardag. Lundgren (2004) menar att en allvarlig konsekvens av våld i nära relationer är när kvinnans verklighet är fylld av hot och våld och anpassas helt efter mannens verklighet.

VÅLDET

WHO (2002) definierar våld som ett medvetet hot om eller faktiskt användande av fysisk kraft eller makt mot sig själv, någon annan eller en grupp människor som medför eller

högst troligen medför bland annat fysiska skador, dödsfall eller psykiska skador. Våld i nära relationer kan enligt WHO (2013) vara fysisk aggression, sexuellt tvång, psykisk misshandel och kontrollerande beteenden som resulterar i fysisk, psykisk eller sexuell skada av en partner eller expartner. Socialstyrelsens (2014) definition av våld i nära relationer innefattar även materiellt och socialt våld. Socialt våld kan ske i form av isolering från vänner och anhöriga och materiellt våld innebär exempelvis att den utsattes tillhörigheter blir sönderslagna.

Cycle of violence är ett begrepp som förklarar det mönster som ofta återkommer i en relation där våld förekommer. Psykologen Walker (1977) myntade begreppet som innebär att våld i nära relationer är ett cykliskt fenomen. Det är en cykel som består av tre faser. Den första fasen är spänningsfasen. I början av denna fas kan offret känna av att förövaren reagerar mer negativt än innan, anklagar offret för brister, är mer frustrerad och att en spänning mellan parterna uppstår. Spänningen kan accelerera av exempelvis en dålig dag på jobbet. Walker menar att en period av stress eller spänningar i relationen ofta inträffar innan den andra fasen, hon beskriver hur förövaren dansar runt offret likt en maktlek. Misshandeln sker i den andra fasen i cykeln, som kallas den utåtagerande. Misshandeln kan innehålla antingen fysiskt eller psykiskt våld, eller bägge delar. Denna fas slutar med att misshandeln avtar och spänningen mellan de två parterna tydligt avstannar. I den tredje fasen, som kallas för smekmånadsfasen vill förövaren återförenas med sin partner. Möjligtvis känner förövaren skuld men vill minimera det genom att tala om för offret att det var offret som var orsaken till slagen. Offret kan sedan bli överöst med blommor, presenter och ångerfullhet. Ofta låtsas bägge parter i relationen som att misshandeln aldrig har skett och övertygar varandra om att varje misshandelstillfälle är isolerade från varandra medan cykeln fortsätter. Walker beskriver också hur misshandeln i den andra fasen ökar i intensitet över tid. Hon beskriver även hur tiden mellan de olika faserna blir kortare och kortare och slutar med att offret antingen lämnar förövaren eller dör.

Våldet mot kvinnan

FN:s definition av våld mot kvinnor innefattar varje våldshandling eller hot om handling som är könsrelaterad och orsakar fysisk, psykisk eller sexuell skada, eller som skapar lidande hos kvinnan. Tvång och frihetsberövande ingår också i definitionen oberoende om det sker i det privata eller i det offentliga (United Nation, 1993).

Kvinnor som blir utsatta för våld i nära relationer genomgår ofta ett trauma där de blir fysisk, psykisk och/eller socialt skadade (Rikskvinnocentrum, 2006). Våld mot kvinnor är ett hot mot kvinnors hälsa och långvarigt våld påverkar kvinnors förmåga att delta i samhället och orsakar stort lidande (WHO, 2013). Våld mot kvinnor beskrivs som ett globalt folkhälsoproblem och en kränkning mot kvinnors mänskliga rättigheter (WHO, 2013). Våld mot kvinnor sker i alla grupper i samhället oavsett klass eller etnicitet (Johnsson-Latham, 2006). En studie gjord av Lundgren, Heimer, Westerstrand och Kalliokoski (2001) visar att våld mot kvinnor förekommer i alla samhällsskikt i Sverige. De beskriver att det finns en bild av att kvinnor med lägre socioekonomisk status oftare blir utsatta för våld, dock visar resultaten i studien att våldet är utbrett och inte lokaliserat till en viss grupp. Enligt WHO (2013) har en tredjedel av världens kvinnor någon gång upplevt fysiskt eller sexuellt våld av sin partner. Studien *Slagen dam* visar att 46 procent av

alla kvinnor i Sverige någon gång blivit utsatta för våld av en man efter att de fyllt 15 år (Lundgren et al., 2001).

En rapport från Brottsförebyggande rådet (2012) visar att kvinnor i större utsträckning än män utsätts för grovt våld i nära relationer. Konsekvensen av grovt våld innebär att behovet av sjukvård är stort, dock uppsöker endast 30 procent av kvinnorna som utsatts för grovt våld vård. Under år 2012 var det endast 7,9 procent av de som utsatts för brott i en nära relationer som var i kontakt med polisen och ungefär hälften gjorde en polisanmälan. Siffrorna visar att det finns ett stort mörkertal gällande antal utsatta för våld i nära relationer. Enligt Statistiska centralbyrån (2014) utsätts 201 000 personer per år i Sverige för misshandel i sin bostad. Av dessa händelser är kvinnan offret och mannen förövaren i 59,4 procent av fallen. Händelser där mannen är offret och kvinnan förövaren är 8,6 procent. Av de 27 000 misshandelsfall år 2013 som utfördes mot kvinnor över 18 år var en tredjedel av gärningsmännen en närstående (Brottsförebyggande rådet, 2014).

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN OCH SJUKSKÖTERSANS ANSVAR

Som sjukvårdspersonal är det viktigt att känna igen de symtom och tecken som tyder på våld. Vissa symtom och tecken är mer tydliga och direkt associerade med misshandel eller sexuella övergrepp medan andra är mer diffusa. Om en person söker för fysiska skador vid upprepande tillfällen är det viktigt att följa upp vad som är den bakomliggande orsaken. Psykiska skador kan visa sig genom sömnproblematik, ångest, depression och självmordsförsök. Smärta är ett symptom som flertalet av våldsutsatta lider av, det kan vara smärta orsakad av fysisk misshandel eller huvudvärk och bröstsmärta som orsakats av att leva under ständiga hot om våld. Sexuella övergrepp kan ge bäckensmärta och återkommande urinvägsinfektioner (Rikskvinnocentrum, 2006).

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning beskrivs det krav som åligger sjuksköterskan att kunna hantera situationer där risk för skada, våld eller hot om våld finns (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Socialstyrelsens (2014) föreskrifter och allmänna råd är det ansvarig vårdorganisation som ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonal fångar upp en person som misstänks för att ha blivit utsatt för våld av sin partner. Om sjuksköterskan misstänker att patienten är våldsutsatt på grund av uppvisade symtom och tecken ska hen samtala med patienten i enrum. Sjuksköterskan ska ge information till patienten om vilken vård och omvårdnad som våldsutsatta har rätt till (Socialstyrelsen, 2014). Sjuksköterskor har även som ansvar att informera och hjälpa patienten att komma i kontakt med rätt instans utifrån rådande behov (Socialstyrelsen, 2005). Om sjuksköterskan efter samtalet fortfarande misstänker våld ska hen ta reda på om det finns barn i familjen och om så är fallet anmäla till socialtjänsten. De symtom och tecken som väckt misstanke om våld är viktigt att dokumentera i patientens journal inför för en eventuell rättsprocess. Vårdorganisationen har alltid det yttersta ansvaret för att hälso-och sjukvårdspersonalen arbetar enligt bestämda föreskrifter och allmänna råd (Socialstyrelsen, 2014; Rikskvinnocentrum, 2006).

Sjukvårdspersonal ska förhålla sig till offentlighet- och sekretesslagen (SFS 2009:400). Lagen syftar till att skydda patientens integritet och ger patienten möjlighet att tala fritt

med hälso- och sjukvårdspersonal. Patientens hälsotillstånd, vilken behandling som utförs eller uppgifter om patientens privata liv får inte lämnas ut, varken skriftligt eller muntligt, till någon som inte är delaktig i patientens vård. Hälso- och sjukvårdspersonal har ingen skyldighet att bryta mot sekretessen men om misstanke om grovt brott finns kan sjuksköterskan välja att göra en polisanmälan mot patienten vilja. Grovt brott innefattar brott som kan ge minst ett års fängelse där våldtäkt och grov misshandel ingår (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014).

I Sjuksköterskans etiska kod står det beskrivet att hen tillsammans med samhället är ansvarig för att stödja sociala behov och hälsa, framförallt för svaga befolkningsgrupper. Det står även beskrivet att sjuksköterskan ska skydda den enskilda individen när hälsan hotas av andra människors handlande. Sjuksköterskan ska arbeta för social och jämlik rättvisa vad gäller tillgång till hälso-och sjukvård och fördelning av resurser (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Känsliga uppgifter ska sjuksköterskans alltid behandla med respekt (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskan bör ha goda kunskaper om hur hen arbetar personcentrerat, vilket innebär att hen utgår från personcentrerad omvårdnad. Hela personen ska synliggöras och psykiska, sociala, andliga och existentiella behov ska tillgodoses i lika stor utsträckning som personens fysiska behov. Sjuksköterskan ska bekräfta och respektera personens upplevelse av sin ohälsa och det är viktigt att utgå från den enskilde individens syn på vad hälsa är. Sjuksköterskans och personens perspektiv ska ges lika stort utrymme och vara av lika värde i vården (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Våldsutsatta kvinnors möte med vården

En kvinna som söker vård efter att ha blivit utsatt för våld har rätt till att bli omhändertagen på ett adekvat sätt var hon än väljer att söka sig inom hälso- och sjukvården (Björck & Heimer, 2008). I rapporten *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor*, framkommer det att hälso-och sjukvårdspersonalens kunskap om att upptäcka och behandla kvinnor som utsatts för våld är bristfällig och varierar mellan landsting, städer, sjukhus och avdelningar (Andréasson, Stenson, Björck & Heimer, 2006). För många våldsutsatta kvinnor är hälso- och sjukvården den enda myndighet hon har kontakt med, därmed har hälso- och sjukvårdspersonal en särskilt viktig roll när det kommer till att identifiera och upptäcka våld i nära relationer (Björck & Heimer, 2008). Tidigare forskning visar att stereotypisering av våldsutsatta kvinnor, brist på utbildning hos hälso-och sjukvårdspersonal och rädsla för att förolämpa kvinnan hindrar hälso- och sjukvårdspersonal från att identifiera kvinnor som utsatts för sexuellt våld (Rönnerberg & Hammarström, 2000). Enligt Björck & Heimer (2008) visade studier att hälso- och sjukvårdspersonal hade brist på kunskap vilket bidrog till ett motstånd att fråga om våld i nära relationer. Hälso- och sjukvårdspersonal betraktade våldsutsatta kvinnor som hopplösa fall och ansåg att det var meningslöst att lägga för mycket resurser på dem (Björck & Heimer, 2008).

Screening

Syftet med att screena patienter är främst att upptäcka sjukdom i tidigt stadi. Screening är komplext och för- och nackdelar måste ställas emot varandra. För att screena patienter måste flertalet kriterier uppfyllas, att tillståndet ska vara ett hälsoproblem är ett av dem (Andermann, Blancquaert, Beauchamp & Déry, 2008). I studien ”*Tack för att ni frågar... Screening om våld mot kvinnor*” framkommer det att screening kan bidra till att våldsutsatta kvinnor får stöd och hjälp. I studiens resultat anser majoriteten av kvinnorna och vårdpersonalen att screening som verktyg för att identifiera våldsutsatta kvinnor bör ingå i den ordinarie verksamheten (Socialstyrelsen, 2002). Socialstyrelsen (u.å.) rekommenderar att vårdpersonal rutinmässigt ställer frågor om våld på mödravårdscentraler, inom psykiatrin och inom barn- och ungdomspsykiatrin.

BEMÖTANDE

Nationalencyklopedin (2014) definierar bemöta som att *uppträda (på visst sätt) mot någon*. Enligt Fossum (2013) påverkar sjuksköterskans kroppsspråk – i form av hur hen hälsar, har ögonkontakt och står i förhållande till patienten – kvaliteten på bemötandet. Bemötandet är centralt och betydelsefullt i alla vårdmöten. För ett professionellt bemötande krävs respekt, hjälpsamhet och engagemang från sjuksköterskan (Fossum, 2013). Engagemang bidrar till att sjuksköterskan förstår patientens behov, situation och önskemål (Vinthagen, 2013). Bemötandets kvalitet påverkas även av vilken attityd och uppfattning partnerna har av varandra i mötet (Fossum, 2013). Om bemötandet från sjuksköterskan brister kan det leda till att våldsutsatta kvinnor väljer att inte berätta om den pågående misshandeln (Rikskvinnocentrum, 2006). Patientens möte med hälso- och sjukvårdspersonal innebär en oundviklig maktskillnad, där vårdaren är överordnad patienten (Vinthagen, 2013). I arbetet med våldsutsatta kvinnor är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om sin maktsposition och arbetar aktivt med att skapa en relation till kvinnan oberoende av maktskillnaden, för att inte bekräfta patientens upplevda underlägsenhet. En våldsutsatt kvinna kan uppleva vissa problem med tilltron till andra människor på grund av sin historia, vilket sjuksköterskor bör vara medvetna om (Björck & Heimer, 2008).

I studien *Övergiven eller stöttad våldsutsatta kvinnors erfarenhet av bemötande inom hälso- och sjukvården* (Wendt & Enander, 2013) upplevde patienterna att hälso- och sjukvårdspersonalen inte gjorde tillräckligt för att samtala om våldet och upplevde att kommunikationen var ytlig. Annan forskning visar att kvinnor, som utsatts för sexuellt våld, upplevde sig ignorerade av sjukvårdspersonalen på grund av bemötandet (Rönnerberg & Hammarström, 2000). När personalen visade medkänsla i bemötandet i form av värme och tog sig tid att lyssna beskrev patienterna det som en positiv upplevelse (Wendt & Enander, 2013).

Medlidande syftar till att lindra någon annans lidande genom att dela den lidandes känslor men syftar inte till att bota patienten. Vårdaren måste vara medveten om sina egna känslor i mötet med patienten för att inte överväldigas av dem och därmed förhindra att lindra lidande (Wiklund Gustin, 2012). Nurminen (2012) relaterar begreppet tid till att lindra lidande, som är vårdens grundtanke. Hon delar in begreppet tid i fyra olika delar, *tid som tidpunkt, tid som möjlighet, tid som frist och tid som tidsrymd*. Tid som frist är för sjuksköterskor särskilt intressant och anspelar på det andrum som sjuksköterskan kan

erbjuda patienten. Ges tiden på ett kärleksfullt sätt och sjuksköterskan visar att hen finns där för patienten kan patientens välbefinnande öka.

Den professionella kommunikationen

Kommunikation är ett viktigt verktyg för människan genom hela livet, vilket sker verbalt, med ord, och icke-verbalt, med exempelvis kroppsspråk (Eide & Eide, 2006). Begreppet kommunikation betyder bland annat att gemensamt göra något (Eide & Eide, 2009). I sjuksköterskans etiska kod står det beskrivet att hen ska förebygga sjukdom, främja hälsa, återställa hälsa och lindra lidande vilket sjuksköterskan bör utgå från i sin kommunikation med patienter (Svensk sjuksköterskeförening, 2014; Eide & Eide, 2009). Sjuksköterskan ska även visa lyhördhet, respekt och empati i kommunikation med patienter (Socialstyrelsen, 2005). Den professionella kommunikationen syftar till kommunikationen som sker i yrkesrollen. Sjuksköterskan har en stödjande funktion i relation till patienten och förmedlar detta genom kommunikation och bör därför ha goda kunskaper i att kommunicera. I kommunikation är det viktigt att tänka på vad som signaleras med ansiktsuttrycket, med ögonen och röstläget. Sjuksköterskan ska även tänka på om och hur det passar med beröring och hur tystnaden används för att inte försätta patienten i en obekväm situation. Kommunikation via icke-ord så som hummande och instämmande ”mm”-ljud kan sjuksköterskan använda för att bekräfta patienten (Eide & Eide, 2009). Att kombinera teori och praktik skapar goda förutsättningar för att utveckla sina kommunikationsfärdigheter. Att ge ett tråkigt besked eller ställa en känslig fråga är viktigt för sjuksköterskan att behärska. För att utveckla sina kommunikationsfärdigheter kan rollspel användas som övningsmetod (Eide & Eide, 2006).

Empati

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning står det skrivet att hen ska kommunicera på ett empatiskt sätt med patienter och patienters närstående (Socialstyrelsen, 2005). Ordet empati kommer från grekiskans *empathia* och betyder inkännande. Det centrala för empati är att beröras av någon annans känslor, förstå någon annans känslor och i mötet med andra kommunicera eller handla utifrån förståelsen (Holm, 2001). Eklund (2013) beskriver Carl Rogers syn på empati som att leva sig in i någon annans känsloliv utan att döma men samtidigt vara medveten om att det är en annan individs känslor. Roger menar att empati handlar om närhet till en annan person samtidigt som det finns en distans (Eklund, 2013). De två vanligaste indelningarna av empati är affektiv och kognitiv empati, som syftar till emotionell och intellektuell empati. Sympati och empati är två begrepp som är svåra att skilja åt. Empati syftar till att förstå vad någon annan känner och har en neutral betydelse i jämförelse med sympati (Holm, 2001).

PROBLEMFÖRMULERING

Våld i nära relationer är ett hot mot kvinnors hälsa (WHO, 2002). När andra människors handlande hotar den enskilda individens hälsa ska sjuksköterskan skydda den hotade individen (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Forskning har visat att hälso- och sjukvårdspersonals identifiering av våldsutsatta kvinnor brister (Rönnerberg &

Hammarström, 2000). I sjuksköterskans möte med kvinnliga patienter är det viktigt att identifiera om våldshot för kvinnan finns, för att stödja och hjälpa till god hälsa. Sjuksköterskan har i samtal med kvinnliga patienter en unik möjlighet att beröra ämnet våld i nära relationer. För att få en djupare kunskap inom problemområdet krävs en förståelse för hur sjuksköterskan upplever mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Den kunskapen kan bidra till att utveckla sjuksköterskans bemötande med våldsutsatta kvinnor.

SYFTE

Att beskriva sjuksköterskans upplevelse att möta kvinnliga patienter som utsätts för våld i sin parrelation.

METOD

Litteraturoversikt valdes som modell för uppsatsens metod vilket ansågs vara en lämplig modell för syftet för att få en bredare kunskap om problemområdet. Ändamålet med en litteraturoversikt är att få en överblick kring det valda området, öva på att arbeta strukturerat och därmed få ett underlag för förbättring inom området (Friberg, 2012).

LITTERATURSÖKNING

Arbetet inleddes med att söka information om ämnet i litteratur och på hemsidor. Därefter gjordes en inledande artikelsökning för att se vad som fanns publicerat inom det valda ämnesområdet, detta för att identifiera problemet (Friberg, 2012). För att hitta relevanta sökord användes tesaurusaren svensk Mesh då denna ämnesordlista översätter ord från svenska till engelska (Karolinska Institutet, 1998). Den inledande sökningen genomfördes i databaserna PubMed och Cinahl, där identifierades även fler sökord. Ytterligare sökord som är relevanta för syftet identifierades via KIB "*termer för upplevelse och bemötande*" (Karolinska Institutet, 2014). Den egentliga sökningen började med en omfattande sökning i databasen Cinahl, eftersom det är en omvårdnadsdatabas (Friberg, 2012). Sökorden kontrollerades i Cinahls tesaurus *cinahl headings*, där relevanta sökord för den specifika databasen identifierades. För att bredda datainsamlingen gjordes ytterligare sökningar i databasen PubMed, där ett antal artiklar tillkom. Efter flertalet sökningar återkom valda eller bortvalda artiklar, vilket tolkades som att sökningen var mättad.

Sökord och avgränsningar

Sökorden i den inledande sökningen var *domestic violence* och *nurse*. Vidare kombinerades sökorden med; *intimate partner violence, communication, communication barriers, nurse attitudes, battered women, professional-patient relations, health screening, sexual abuse, questionnaires, spouse abuse, qualitative research* och *sex offenses* beroende på vilken databas som användes (se bilaga 1). Nyckelorden i artiklarna samlades in för att sedan kontrollera dem i databasernas tesaurusar, där ett antal sökord visade sig vara användbara. Som avgränsning i Cinahl användes *peer reviewed, research*

article och senast publicerad 2004 för att få aktuell forskning. I PubMed avgränsades sökningen till att artiklarna skulle vara publicerade de senaste 10 åren, *full text available* och *adult 19+* då ett inklusionskriterie var att studierna var gjorda på vuxna. Trunkering i form av asterisk (*) användes för att få böjningsformen av sökordet och därmed bredda sökningen. För att kombinera olika sökord samt för att precisera sambandet mellan sökorden användes boolesk söklogik. Sökoperatörerna som användes var *OR* och *AND* (Friberg, 2012).

URVAL

Urvalet inleddes med att läsa de titlar som artikelsökning gav för att sedan plocka ut de som verkade svara an på syftet. Sedan lästes sammanfattningarna (*eng. abstract*) av de utvalda artiklarna för att få en överblick vad studierna handlade om (Friberg, 2012). Artiklarna som fortfarande verkade relevanta för syftet lästes i sin helhet och därefter valdes de artiklar som var relevanta för syftet ut. Efter detta gjordes en grundligare granskning av artiklarna utifrån Willman, Stoltz & Bahtsevanis (2011) granskningsprotokoll för kvalitativa artiklar (se bilaga 2). Vid granskning av kvantitativa artiklar användes Fribergs (2012) förslag på frågor vid granskning av kvantitativa artiklar, i kombination med Willman, Stoltz & Bahtsevanis (2011) granskningsprotokoll för kvantitativa artiklar (se bilaga 3). Totalt granskades 16 artiklar och 12 av dessa svarade an på syftet och var av hög eller medel kvalitet.

ANALYS

De valda artiklarna lästes i sin helhet flertalet gånger och sammanfattades för att använda som stöd i arbetet med analysen (se bilaga 4) (Friberg, 2012). Författarna läste sedan tillsammans igenom samtliga artiklars resultat där likheter och skillnader identifierades och färgkodades. En föräning om resultatet anades när samma teman framkom genom artiklarna. Efter ytterligare genomgång av resultaten identifierades sammanlagt tio subteman. Materialet bearbetades ytterligare och ett antal subteman föll in under samma och den gemensamma nämnaren blev tydligare. Vilket slutligen resulterade i åtta subteman som kategoriserades in under tre huvudteman.

ETISKA ÖVERVÄGANDE

Under hela processen av ett vetenskapligt arbete ska etiska överväganden göras, från ämnesval till rapportering av resultatet. Forskningsetik syftar till att värna om de personer som deltar i en studie, om deras självbestämmanderätt och frihet. Deltagarna i studien ska själva bestämma om och hur länge de vill delta (Henricson, 2012). Under datainsamlingen kontrollerades artiklarnas etiska resonemang. De flesta artiklar som valdes var godkända av en etisk kommitté, förutom tre av artiklarna. Två av de tre artiklarna har blivit godkända av Ålands hälso- och sjukvårdsorganisation, vilket sammanfaller med Finlands forskningsregelverk. Den tredje artikeln har ett skriftligt medgivande från deltagarna. Författarnas ambition var att objektivt redovisa resultatet utan modifiering.

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån tre huvudteman: Berör sjuksköterskan som profession, Berör sjuksköterskan personligen och Organisatoriska hinder och bristande beredskap. Berör sjuksköterskan som profession innehåller tre subteman: sjuksköterskans upplevda betydelse i mötet med våldsutsatta patienter, sjuksköterskans föreställningar om våldsutsatta patienter och någon annans ansvar. Berör sjuksköterskan personligen innehåller tre subteman: känslomässiga svårigheter, upplevelse av frustration och ilska samt påverkan på sjuksköterskans privata liv. Organisatoriska hinder och bristande beredskap innehåller två subteman: sjuksköterskans bristande kunskap och utbildning samt sjuksköterskans behov av tid och en trygg miljö i mötet med våldsutsatta patienter (se figur 1).

Berör sjuksköterskan som profession	Berör sjuksköterskan personligen	Organisatoriska hinder och bristande beredskap
<ul style="list-style-type: none">• Sjuksköterskans upplevda betydelse i mötet med våldsutsatta patienter• Sjuksköterskans föreställningar om våldsutsatta patienter• Någon annans ansvar	<ul style="list-style-type: none">• Känslomässiga svårigheter• Upplevelse av frustration och ilska• Påverkan på sjuksköterskans privata liv	<ul style="list-style-type: none">• Sjuksköterskans bristande kunskap och utbildning• Sjuksköterskans behov av tid och en trygg miljö i mötet med våldsutsatta patienter

Figur 1.

BERÖR SJUKSKÖTERSKAN SOM PROFESSION

Sjuksköterskans upplevda betydelse i mötet med våldsutsatta patienter

Sjuksköterskor ansåg att samtala om våld i nära relationer ingår i deras yrkesroll (Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, 2011; Häggblom & Möller, 2006). De upplevde att de utgör en nyckelroll och att deras arbete med våldsutsatta kvinnor är mycket viktigt, eftersom sjuksköterskor ofta träffar patienten först och sist under vårdvistelsen (Häggblom et al., 2006). När våldsutsatta patienter återkommer för att tacka sjuksköterskor upplevdes deras arbete meningsfullt (Häggblom et al., 2006). Sjuksköterskor ansåg att även om screening inte hjälper omedelbart kan det leda till fördelar i framtiden för kvinnan då kvinnan vet var hon ska vända sig när och om hon känner för att söka hjälp (Robinson, 2010). Sjuksköterskor förklarade att de förhåller sig olika till patienter beroende på hur införstådd patienten är i sin situation, ibland måste sjuksköterskan vara auktoritär, främst

om det finns barn i familjen. De sjuksköterskor som hade personlig erfarenhet av våld i nära relationer uttryckte att det är viktigt att skilja mellan sina egna och kvinnans erfarenheter i mötet med kvinnan (Hägglom et al., 2006).

Sjuksköterskans föreställningar om våldsutsatta patienter

Föreställningar om patienter som är utsatta för våld i nära relationer förekom i vården (Brykczynski et al., 2011; Robinson, 2010; Taylor, Bradbury-Jones, Kroll & Duncan, 2013). Det fanns en bild av att det endast är bland personer med låg socioekonomisk status som våld i nära relationer förekommer (Brykczynski et al., 2011; Taylor et al., 2013). En sjuksköterska berättade om hur hennes syn motbevisades i realiteten när hennes välutbildade kollega, efter en sjukskrivning, inte kunde prata på grund av att hennes make försökt strypa henne. Sjuksköterskan tänkte då att en välutbildad kvinna borde veta bättre än att vara kvar hos sin man, men insåg sedan att pengar och ett mysigt hus inte är skydd nog för våld i nära relationer. Sjuksköterskor berättar att det är viktigt att vara medveten om att våld i nära relationer finns i alla samhällsskikt och kulturer (Brykczynski et al., 2011). Det fanns en föreställning om att de som är välutbildade är bättre på att dölja sina skador och att fråga en patient ur medelklassen kändes svårare än att fråga någon ur en lägre socioekonomisk klass (Taylor et al., 2013).

Sjuksköterskor förklarade att de kan se på en patient om hon är utsatt för våld (Robinson, 2010; Hägglom et al., 2006). Vem sjuksköterskan väljer att screena beror på uppförandet hos patienten eller uppförandet av hennes partner, vilket beskrivs i citatet: *"You have to look at the patient's demeanor and the demeanor of the person that is with them..."* (Robinson, 2010, s. 5). Sjuksköterskor uppgav att intuition och känsla användes, i många fall, för att avgöra om en kvinna var utsatt för våld i nära relationer (Brykczynski et al., 2011; Taylor et al., 2013; Hägglom et al., 2006). En stor andel sjuksköterskor hade en tro på att det var alkohol och droger som låg bakom våldet (Hägglom, Hallberg & Möller, 2005). Tankar fanns om att sjuksköterskans kön skulle påverka mötet med den våldsutsatta (Robinson, 2010; Efe & Taşkın, 2012). Manliga sjuksköterskor hade en föreställning om att våldsutsatta kvinnor hellre samtalade med en annan kvinna (Robinson, 2010). Sjuksköterskor uppgav att anledningen till att inte fråga om våld i nära relationer grundade sig på att patienten ändå inte skulle svara ärligt (Robinson, 2010; Hägglom et al., 2005). Sjuksköterskor ville heller inte fråga på grund av risken för att förolämpa kvinnans integritet (Hägglom et al., 2005). Vissa sjuksköterskor ansåg att det inte fanns någon anledning att fråga patienterna för de skulle ändå inte följa deras råd (Robinson, 2010).

Någon annans ansvar

Sjuksköterskor ansåg att det inte ingick i deras arbete att samtala om våld i nära relationer (Robinson, 2010; Goldblatt, 2009; Efe et al., 2012). Vårdpersonal ansågs att huvudansvaret över att samtala om våld i nära relationer tillhör socialarbetare (Husso, Virkki, Notko, Holma, Laitila & Mäntysaari, 2012; Robinson, 2010; Goldblatt, 2009) och somliga sjuksköterskor uppgav att det var ett arbete som var lämpat för psykologer (Efe et al., 2012; Williston & Lafreniere, 2013). Vårdpersonal ansåg att det var de våldsutsatta kvinnorna som själva var ansvariga över att de var offer för våld i nära relationer (Husso et

al., 2012; Robinson, 2010). Sjuksköterskor ansåg att kvinnan var utsatt för våld på grund av hennes hjälplösa personlighet (Hägglom et al., 2005) och själv var delaktig i våldsproblematiken eftersom hon valt en våldsam partner (Taylor et al., 2013). En sjuksköterska uppgav att hen inte tycker om att vårda våldsutsatta kvinnor då kvinnorna varken samarbetade eller verkade vilja lösa sina problem (Goldblatt, 2009). En sjuksköterska berättade om hur mycket tid det innebär att hantera en kvinna som uppger att hon blir utsatt för våld vilket gjorde att sjuksköterskan i fortsättningen valde att inte fråga om våld i nära relationer, vilket beskrivs i följande citat; *“There were probably 5 other phone calls I had to make because of that lady saying she was abused, and so, you know, it can be labor intensive and if you don’t want to follow you just don’t”* (Robinson, 2010, s. 573)

BERÖR SJUKSKÖTERSKAN PERSONLIGEN

Känslomässiga svårigheter

Mötet med våldsutsatta kvinnor påverkade sjuksköterskor emotionellt (Goldblatt, 2009; van der Wath, van Wyk & Janse van Rensburg, 2013; Hägglom et al., 2006). Kvinnornas historier var plågsamma att lyssna på och att se deras fysiska skador medförde en känsla av skräck hos sjuksköterskor (van der Wath et al., 2013; Hägglom et al., 2006). De beskrev att det var psykiskt påfrestande att möta kvinnor som utsätts för våld (van der Wath et al., 2013; Hägglom et al., 2006). Emotionella känslor kunde komma plötsligt och sjuksköterskor uttryckte att de ibland ville gråta när de träffade patienter som utsätts för våld. Somliga sjuksköterskor påverkades starkare emotionellt och påverkades därför under en längre tid (van der Wath et al., 2013). Sjuksköterskor sympatiserade känslomässigt med patienter och identifierade sig med den våldsutsatta kvinnan (Goldblatt, 2009; van der Wath et al., 2013), vilket beskrivs i citatet; *“...you feel what she is feeling...”* (van der Wath et al., 2013, s. 2246). För att undvika den känslomässiga påverkan beskrev sjuksköterskor att de föredrar att arbeta med den fysiska aspekten av vården (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskor väljer att undvika den emotionella påfrestande i mötet med patienten genom att vara emotionellt likgiltig. Den emotionella likgiltigheten får sjuksköterskor att känna sig som åskådare. De mister då kontakten med sina egna känslor vilket medför en känsla av maktlöshet över situationen (van der Wath et al., 2013). Sjuksköterskor som mött kvinnor som nästan blivit mördade beskrev att deras hopp för mänskligheten hade försvunnit (Hägglom et al., 2006).

Vårdpersonal förklarade att det känns som att lyfta på locket till det okända när de frågade om våld i nära relationer (Taylor et al., 2013; Williston et al., 2013). De kände att frågan ledde dem ut ur deras bekvämlighetszon (Williston et al., 2013) och att fråga bidrog till en känsla av att förlora kontrollen (Taylor et al., 2013). Rädslan över att själv bli involverad i situationen eller själv utsättas för våld var en anledning till att sjuksköterskor inte frågade patienter om våld i nära relationer (Efe et al., 2012; Robinson, 2010). Somliga sjuksköterskor väljer att inte fråga på grund av att de känner sig rädda för att patienterna skulle svara ja, eftersom de inte visste hur de skulle gå vidare (Robinson, 2010; Hägglom et al., 2005). Andra sjuksköterskor tyckte att det känns bra att samtala med patienter om våld i nära relationer för att det förhoppningsvis kunde hjälpa patienten (Robinson, 2010). När sjuksköterskor inser att de har hjälpt de våldsutsatta kvinnorna upplevde de lättnad och

det medförde att de lättare kunde handskas med svåra emotionella känslor (van der Wath et al., 2013).

Upplevelse av frustration och ilska

Mötet med våldsutsatta patienter bidrog till att vårdpersonal kände sig frustrerade (Brykczynski et al., 2011; Robinson, 2010; Häggblom et al., 2006; Husso et al., 2012; Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012). Frustrationen som uppstod i mötet med de våldsutsatta kvinnorna resulterade också i oro och psykisk stress hos sjuksköterskor (Häggblom et al., 2006). Att identifiera sig med patienten resulterade i att en sjuksköterska kände sig hjälplös och låst av sin egen frustration (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskors frustration kunde även bero på att andra myndigheter inte hjälper den utsatta kvinnan (Häggblom et al., 2006). Sjuksköterskor uttryckte även frustration när patienter inte var mottagliga för deras hjälp (Brykczynski et al., 2011; Robinson, 2010) eller när kvinnorna stannade kvar alternativt gick tillbaka till sin man (Robinson, 2010). En sjuksköterska beskrev att hon inte förstod hur våldsutsatta kvinnor kunde stanna kvar eller hur hon kunde fortsätta älska sin man, i synnerhet när barn var inblandade (Beynon et al., 2012). När sjuksköterskor beskrev vilka förutsättningar en slagen kvinna har när hon söker hjälp i sjukvården kände de hopplöshet och ilska (Häggblom et al., 2006). Sjuksköterskor kände sig frustrerade då våldsutsatta kvinnors problematik inte kunde omhändertas på en akutvårdsavdelning (Robinson, 2010). Sjuksköterskor kände sig arga över att läkarna inte brydde sig, att inget hände med förövaren och att jämställdhetsutvecklingen i samhället går för långsamt (Häggblom et al., 2006). Förövarna kunde få sjuksköterskor att känna sig arga (Goldblatt, 2009; van der Wath et al., 2013) och ilskan upplevdes oprofessionell, vilket beskrivs i följande citat ”...it’s not professional to feel angry, I am not supposed to judge anyone... but what kind of father could do that?...” (Goldblatt, 2009, s. 1649). De sjuksköterskor som själva varit offer för våld i nära relationer utan att få professionell hjälp efteråt, uttryckte en stark känsla av inre frustration och ilska när de mötte andra utsatta kvinnor (Häggblom et al., 2006).

Påverkan på sjuksköterskans privata liv

Mötet med våldsutsatta patienter påverkade sjuksköterskors privatliv (Goldblatt, 2009; van der Wath et al., 2013; Häggblom et al., 2006). Sjuksköterskor tog med sig upplevelser från möten med våldsutsatta hem vilket påverkar hur de var mot sin familj (Goldblatt, 2009; van der Wath et al., 2013). En sjuksköterska beskrev att hon är ledsen nästan hela tiden vilket gör att hon inte kan ge sin familj den uppmärksamhet som hon önskar (van der Wath et al., 2013). Sjuksköterskors erfarenhet av att möta personer som utsatts för våld i nära relationer gav dem insikt om att våld kan förekomma i alla relationer, vilket ledde till osäkerhet kring sina barns och sin egen säkerhet. Sjuksköterskors partners var därför tvungna att bekräfta för dem att de inte levde i en relation där våld förekommer eller kommer att förekomma (Goldblatt, 2009). Att möta våldsutsatta kvinnor kunde föra med sig återkommande och påträngande minnen vilket kan påverka sjuksköterskor privatliv. En sjuksköterska beskrev att återkommande minnen kan bidra till att hen inte är sig själv på en till två veckor (van der Wath et al., 2013).

ORGANISATORISKA HINDER OCH BRISTANDE BEREDSKAP

Sjuksköterskans bristande kunskap och utbildning

Vårdpersonal uppgav att de saknade kunskap eller adekvat utbildning om våld i nära relationer (Efe et al., 2012; Beynonet al., 2012; Husso et al., 2012; Robinson, 2010). Bristen på kunskap sågs som ett hinder när vårdpersonal skulle fråga om våld i nära relationer (Husso et al., 2012; O'Malley, Kelly & Cheng, 2013). Deras kunskap i ämnet var inte tillräcklig för att kunna fråga eller ingripa på ett adekvat sätt (Efe et al., 2012; Robinson, 2010). Sjuksköterskor hade inte kunskap om vem de skulle kontakta om kvinnan uppgav att hon var utsatt för våld, vilka frågor som bör ställas eller vilka symtom och tecken de ska vara observanta på (Robinson, 2010). Svårigheter i att formulera adekvata frågor uttryckte sjuksköterskor var ett hinder för att fråga patienter om våld i nära relationer (Hägglom et al., 2005). Vårdpersonal visste inte var de ska hänvisa personer som har blivit utsatta för våld i nära relationer (Husso et al., 2012). Sjuksköterskor hade mer kunskap om hur fysiska trauman vårdas i jämförelse med psykiska trauman (Hägglom et al., 2006). Sjuksköterskor berättade att de inte fått utbildning om våld i nära relationer under deras grundutbildning (Efe et al., 2012; Hägglom et al., 2005) men det framkom att sjuksköterskor ville lära sig mer om våld i nära relationer (Hägglom et al., 2006). De sjuksköterskor som fått fortbildning om våld i nära relationer var bättre utrustade för att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer än de som inte fått fortbildning (Hägglom et al., 2005).

Sjuksköterskans behov av tid och en trygg miljö i mötet med våldsutsatta patienter

Sjuksköterskor beskrev vikten av att intervjua våldsutsatta kvinnor i en trygg miljö (Hägglom et al., 2006; Efe et al., 2012) vilket ansågs vara en förutsättning för att kvinnorna skulle våga berätta om våldet (Hägglom et al., 2006). Sjuksköterskor beskrev att brist på avskildhet från närstående och andra patienter utgör ett hinder för att fråga patienter om våld i nära relationer (Beynonet al., 2012). Om sjuksköterskor inte kände sig trygga hindrade det dem från att fråga (Efe et al., 2012). Sjuksköterskor beskrev vikten av att skapa en atmosfär där kvinnorna inte skuldbeläggs (Brykczynski et al., 2011). Vårdpersonal menade att det inte fanns tillräckligt med tid för att fråga eller på ett adekvat sätt ingripa där våld i nära relationer förekom (Efe et al., 2012; Beynonet al., 2012; O'Malley et al., 2013; Husso et al., 2012). Eftersom det inte fanns tid för att lyssna eller hjälpa dem som utsatts för våld så frågade inte sjuksköterskor om våld i nära relationer (Beynonet al., 2012). Sjuksköterskor på en akutvårdsavdelning berättade att de knappt hade tid med de mest akuta problem och att de därför inte hade någon tid över för att prata med patienter om våld i nära relationer (Efe et al., 2012). Brist på personal uppgavs också som ett hinder för att fråga patienter om de blivit utsatt för våld i nära relationer (O'Malley et al., 2013; Husso et al., 2012).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Litteraturoversikt valdes som modell för att undersöka sjuksköterskans upplevelse av att möta kvinnliga patienter som utsätts för våld i sin parrelation. Modellen som valdes var relevant då den gav en bred kunskap för att svara på syftet och ett underlag för att förbättra det studerade problemområdet. Författarna anser att fenomenet hade varit intressant att undersöka genom en intervjustudie, men den typen av studie bedömdes vara för tidskrävande i förhållande till uppsatsens tidsram.

Artikelsökningarna utfördes i databaserna Cinahl och PubMed. Valet av databaser grundade sig på författarnas kunskap och erfarenhet av databaser. Databaserna blev ordentligt genomsökta vilket bekräftades av att mättnad uppstod, vilka framkom då redan identifierade artiklar återkom. Via artiklarnas referenslistor framkom ett fåtal intressanta artiklar som sedan valdes bort på grund av att de inte svarade an på syftet. Författarna är medvetna om att endast använda två databaser kan ha påverkat resultatunderlaget. Samtliga artiklar var skrivna på engelska vilket medför en risk för feltolkning då författarnas modersmål är svenska. Risken för feltolkning minskade då författarna diskuterade artiklarnas innehåll aktivt under hela processen. Artiklar där deltagarna endast var barnmorskor, sjuksköterskestudenter eller läkare samt studier som syftade till att utvärdera screeningsinstrument exkluderades. Artiklar som endast utgick från patientens upplevelse exkluderades eftersom syftet var att belysa sjuksköterskans upplevelse. Författarna anser dock att både sjuksköterskans och patientens perspektiv är betydelsefulla för att få kunskap om hela problemområdet.

Sökningen begränsades till att artiklarna var publicerade senast <10 år och år 2004-2014. Avgränsningen bedömdes vara relevant för att belysa aktuell forskning. Majoriteten av artiklarna var publicerade år 2009 eller senare vilket indikerar att det är ett aktuellt forskningsområde. Syftet var att undersöka sjuksköterskor, därmed vuxna, därför begränsades sökningen i PubMed till *adult 19+*. Författarna är medvetna om att i Sverige är personer vuxna från 18 år men för att vara sjuksköterskeutbildad samt ha erfarenhet av att möta patienter som utsatts för våld i nära relationer anser författarna att åldern bör överstiga 19 år och tror därför inte att det har påverkat resultatet. Åldersavgränsning valdes inte i Cinahl men artiklar som endast belyser barn valdes bort.

Författarnas bristande erfarenhet och kunskap av kvalitetsgranskning bidrog till att artikelgranskningen upplevdes svår. Det kan ha påverkat artikelurvalet och den slutgiltiga bedömningen av artiklarnas kvalitet. Artiklar av medelkvalitet valdes därför att inkluderas. Granskningsprotokollen av Willman et al. (2011) samt Friberg (2012) som användes för att granska artiklarna var därför till stor hjälp under urvalsprocessen. Tre kvantitativa artiklar granskades, två exkluderades på grund bristande metoddel där deltagarbortfallet var för stort eller metoden inte var tillräckligt beskriven. De kvalitativa artiklarna som valdes bort bedömdes ha bristande etiskt resonemang. Elva kvalitativa artiklar och en kvantitativ valdes, eftersom det framkom att kvalitativa artiklar var mest relevanta för uppsatsens syfte. Kvalitativ forskning syftar till att förstå ett visst fenomen, förståelsen kan handla om hur en person upplever eller har erfarenhet av något (Friberg, 2012). Syftet för uppsatsen var att undersöka mötet med kvinnor. I samtliga artiklars resultat framkom det att deltagarnas erfarenheter grundade sig på mötet med kvinnliga patienter. I fem artiklar (Taylor et al., 2013; Beynonet al., 2012; Husso et al., 2012; O'Malley et al., 2013; Williston et al., 2013) studerades inte endast sjuksköterskor, utan även andra vårdprofessioner. I två (Husso et al., 2012; O'Malley et al., 2013) av dessa artiklars resultat gick det inte att utläsa sjuksköterskans upplevelse från de andra

professionernas och i en artikel var sjuksköterskorna specialistutbildade (Brykczynski et al., 2011). Artiklarna inkluderades trots detta då resultatet stämde överens med övriga artiklars resultat och ansågs vara av värde för uppsatsen. Det går därmed inte att utgå ifrån att resultatet endast belyser sjuksköterskans upplevelse.

De valda artiklarna var gjorda i Skottland (Taylor et al., 2013), USA (Brykczynski et al., 2011; O'Malley et al., 2013; Robinson, 2010), Turkiet (Efe et al., 2012), Canada (Williston et al., 2013; Beynonet al., 2012), Finland (Hägglom et al., 2006; Hägglom et al., 2005; Husso et al., 2012), Sydafrika (van der Wath et al., 2013) och Israel (Goldblatt, 2009). Synen på våld i nära relationer samt hur mycket resurser länderna väljer att satsa på frågan skiljer sig åt, vilket kan påverka i vilken utsträckning resultatet kan appliceras i den svenska hälso- och sjukvården. Författarna anser dock att eftersom våld i nära relationer är ett globalt folkhälsoproblem och inte relaterat till ett visst land eller kultur är studiernas resultat relevanta för den praktiska omvårdnaden i Sverige. För att ytterligare stärka resultatets relevans för svensk hälso- och sjukvård hade svenska artiklar varit intressanta för jämförelse. Artiklarna från Sverige som framkom valdes dock bort då de inte stämde överens med uppsatsens syfte. Att artiklarna är gjorda i olika länder kan vara positivt då sjuksköterskeyrket är ett internationellt yrke, vilket innebär att sjuksköterskor som är utbildade i Sverige kan arbeta i dessa länder.

Delar av resultaten i artiklarna valdes bort om det inte var relevanta för uppsatsens syfte. Den inledande analysprocessen upplevdes lättarbetat, då flertalet teman identifierades. Ambitionen att namnge subteman efter den gemensamma nämnaren upplevdes svårt. Efter att ha gått igenom materialet flertalet gånger identifierades nya likheter och antalet subteman kunde reduceras. Den gemensamma nämnaren för subtemat framkom då tydligare och upplevdes lättare att namnge.

Författarna till uppsatsen upplevde fördelar med att vara två då diskussioner och reflektioner mellan författarna har varit möjliga genom hela arbetsprocessen. Reflektionerna bidrog till att värderingar och förförståelse kring ämnet synliggjordes samt till fördjupad förståelse i ämnet. Diskussionerna bidrog till att författarna blev medvetna om sina ståndpunkter i frågan och kunde då arbeta aktivt med att bortse från dem.

RESULTATDISKUSSION

Uppsatsens syfte var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att möta kvinnliga patienter som utsätts för våld i sin parrelation vilket resultatet anses svara på. De mest framträdande upplevelserna i resultatet var brist på kunskap och utbildning om våld i nära relationer, hur sjuksköterskan påverkas emotionellt av mötet med våldsutsatta kvinnor, sjuksköterskans föreställningar om patienten samt vilka organisatoriska hinder som försvårade mötet med våldsutsatta kvinnor.

Resultatet visar att sjuksköterskor upplevde en bristande kunskap och utbildning om våld i nära relationer (Efe et al., 2012; Robinson, 2010; Beynonet al., 2012; Husso et al., 2012; O'Malley et al., 2013). Björck och Heimer (2008) menar att sjukvårdpersonal ofta vill kunna lösa problem och därmed få kontroll över situationen. Våld i nära relationer är ett ämne som kan vara svårt att lösa eller få kontroll över. Detta är en indikation på att

ansvarig vårdorganisation, som ska se till att hälso- och sjukvårdspersonalen identifierar våldsutsatta individer, bör förse personalen med utbildning inom området och att kompetensområdet våld i nära relationer bör ingå i sjuksköterskans grundutbildning. Genom kunskap och utbildning om våld i nära relationer kan sjuksköterskors upplevda kontroll eventuellt öka. Genom utbildning kan sjuksköterskan förmåga att kommunicera med våldsutsatta kvinnor utvecklas. God kommunikation skapar förutsättningar för sjuksköterskan att stödja och bemöta våldsutsatta kvinnor (Eide och Eide, 2006). Det är av största vikt att bemötandet håller god kvalitet för att inte våldsutsatta kvinnor ska känna sig ignorerade av vårdspersonalen (Rönnerberg & Hammarström, 2000). För att förbättra kunskapen och öka erfarenheten kring att kommunicera med patienter om våld i nära relationer behövs teori och praktik kombineras, där praktisk kommunikation kan övas på i form av rollspel. Sjuksköterskors kunskap och utbildning är viktigt eftersom sjukvården ofta är den enda insats våldsutsatta kvinnor har kontakt med (Björck & Heimer, 2008).

I mötet med våldsutsatta kvinnor föredrog sjuksköterskor att arbeta med den fysiska och medicinska delen av vården (Goldblatt, 2009). De uppgav även att kände sig bättre utrustade för att behandla fysiska trauman (Hägglom et al., 2006). Våld i nära relationer innefattar fysiska, psykiskt, sexuellt, socialt och materiellt våld (Socialstyrelsen, 2014). Sjuksköterskor ska arbeta personcentrerat där hela människan ska synliggöras och alla behov ska tillgodoses (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). En kvinna som blivit utsatt för våld kan vara psykiskt eller socialt skadad (Rikskvinnocentrum, 2006). Den sociala och psykiska stöttning som kvinnan kan vara i behov av måste därmed tillgodoses i lika stor utsträckning som de fysiska behoven (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). För att kunna tillgodose hela patientens ska sjuksköterskans kunna hantera den professionella kommunikationen vilket bland annat innebär att ställa känsliga frågor, vilket våld i nära relationer kan vara (Eide & Eide, 2006). Kommunikationen bör ske på ett empatiskt sätt vilket innebär att inte döma patienten (Eklund, 2013). Det är en indikation på att sjuksköterskor behöver kunskap och utbildning om hur våldsutsatta kvinnor ska tas om hand oavsett vilken typ av våld hon utsatts för.

Mötet med våldsutsatta kvinnor påverkade sjuksköterskor emotionellt i deras privata roll (Goldblatt, 2009; van der Wath et al., 2013; Hägglom et al., 2006). För att lindra patientens lidande måste sjuksköterskor vara medvetna om sina egna känslor för att inte överväldigas av dem när de möter patienten (Wiklund Gustin, 2012). Sjuksköterskor ska visa empati vilket syftar till att förstå en annan persons känslor på ett neutralt sätt och kommunicera utifrån det (Eklund, 2013; Holm, 2001). Sjuksköterskor upplevde frustration och ilska när de i sitt arbete skulle hjälpa och stödja våldsutsatta kvinnor (Brykczynski et al., 2011; Robinson, 2010; Hägglom et al., 2006; Husso et al., 2012; Beynonet al., 2012). Hopp- och maktlöshet kan vara grunden till känslorna av ilska och frustration. En sjuksköterska beskrev hopplöshet och ilska när hen insåg vilka förutsättningar en våldsutsatt kvinna har i vården (Hägglom et al., 2006). En möjlig förklaring kan vara att sjuksköterskan upplever att hens makt att påverka kvinnans situation begränsas av omständigheter, som sjuksköterskan inte har möjlighet att påverka, vilket kan bidra till att frustration och ilska uppstår. Organisatoriskt stöd, i form av exempelvis gruppsamtal med kollegor, kan bidra till att sjuksköterskan kan hantera sin emotionella påverkan bättre och därmed öka möjligheterna att ge våldsutsatta kvinnor adekvat vård. Reflektion kring att möta våldsutsatta kvinnor skapar möjligheter för att kunskapen ska utvecklas vilket bidrar till bättre förutsättningar för våldsutsatta kvinnors omvårdnad (Furåker, C. & Nilsson, A., 2013) och eventuellt bidrar till att sjuksköterskors upplevda hopp- och maktlöshet minskar.

Hälso-och sjukvårdspersonal samt den utsattes omgivning har en tendens att skuldbelägga offer och det kan bidra till att läkningsprocessen försvåras (våld i nära relationer, 2011). Resultatet visar att vårdpersonal skuldbelägger de våldsutsatta kvinnorna (Robinson, 2010; Husso et al., 2012; Häggblom et al., 2005; Taylor et al., 2013). Patriarkat samhällsstruktur manifesteras på olika sätt i samhället (NE, 2014), vilket kan bidra till att kvinnan skuldbeläggs för våldet i vården. Detta blir synligt även när samhället väljer att lägga mer fokus och resurser på att stödja den våldsutsatta istället för att straffa förövaren och arbeta mot den struktur som vidmakthåller våldet (Johnsson-Latham, 2006). När sjuksköterskor har uppfattning av att det är kvinnorna som bär skulden för våldet riskeras bemötandets kvalitet att brista. För att sjuksköterskor ska bemöta kvinnor som utsatts för våld professionellt krävs respekt för kvinnorna (Fossum, 2013). Brister sjuksköterskans bemötande kan det leda till att kvinnan väljer att inte berätta om det våld hon utsatts för (Rikskvinnocentrum, 2006). Resultatet pekar på att sjuksköterskor ansåg att våld i nära relationer var ett ämne som lämpade sig bättre för socialarbetare och psykologer (Goldblatt, 2009; Robinson, 2010; Efe et al., 2012; Williston et al., 2013) trots att sjuksköterskor ska hantera situationer där risk för skada, hot eller hot om våld finns (Socialstyrelsen, 2005). Att avsäga sig ansvaret i ämnet kan ses som ett sätt för sjuksköterskor att hantera den kunskapsbrist de upplever i mötet med våldsutsatta kvinnor. I sjuksköterskans kompetensbeskrivning står det att sjuksköterskan ska arbeta utifrån beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2005). En sjuksköterska beskrev att erfarenheten av att möta en välutbildad kvinna som utsatts för våld, av sin make, fick henne att inse att våld i nära relationer sker överallt i samhället oavsett socioekonomisk status. Erfarenheten sjuksköterskan fick ändrade hans uppfattning om bilden av vem som är utsatt för våld i nära relationer (Brykczynski et al., 2011). När den enskilde sjuksköterskan endast utgår från sin egen erfarenhet och därmed gör en subjektiv bedömning av vem som ska tillfrågas om våld i nära relationer, finns det en risk för att stereotypisera en våldsutsatt kvinna samt att lyhördsiteten för patienten äventyras. När stereotypisering av våldsutsatta kvinnor sker finns en risk för att osannolika offer inte identifieras (Björck & Heimer, 2008). Sjuksköterskan bör därmed inte endast arbeta utifrån beprövad erfarenhet utan även vetenskap vilket även beskrivs i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005).

Resultatet visar att sjuksköterskor upplevde att de genom intuition, känsla och patientens uppförande kunde avgöra vem som är utsatt för våld i nära relationer (Brykczynski et al., 2011; Häggblom et al., 2006; Taylor et al., 2013; Robinson, 2010). Enligt Socialstyrelsen (2014) är det ansvarig vårdorganisation som ansvarar för att hälso-och sjukvårdspersonal, vid misstanke, identifierar våldsutsatta individer. Sjuksköterskan måste därmed själv avgöra i vilka situationer hen ska beröra våld i nära relationer och osäkerhet kan uppstå när sjuksköterskan själv står ansvarig i valet att fråga eller inte. Typiska symtom och tecken på våld är bland annat sömnproblematik, depression och smärta (Rikskvinnocentrum, 2006) vilket kan vara orsakat av andra anledningar än våld i nära relationer. Det innebär att sjuksköterskor kan tolka orsaken till uppvisade symtom och tecken som annat än våld i nära relationer och våldet förblir oupptäckt (Björck & Heimer, 2008). För att underlätta arbetet med våldsutsatta kvinnor önskar sjuksköterskor fördjupad kunskap i ämnet (Häggblom et al., 2006). Sjuksköterskor i resultatet upplevde att fråga kvinnor om våld i nära relationer kunde kränka kvinnans integritet (Häggblom et al., 2005). Kvinnorna i studien *Tack för att ni frågar- Screening om våld mot kvinnor* hade dock en positiv

upplevelse av att bli screenade om våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2002). Att screena patienter för våld i nära relationer innebär att sjuksköterskan inte själv måste avgöra när ämnet ska beröras. För att förstå den enskilda kvinnans behov och stödja henne utifrån dem ska sjuksköterskan vid varje screeningstillfälle visa engagemang och lyhördhet (Vinthagen, 2013; Socialstyrelsen, 2005). Cycle of violence är ett engelskt begrepp som förklarar den våldscykel som våld i nära relationer innebär (Walker, 1977). Att identifiera en kvinna som är utsatt för våld av sin partner via screening kan försvåras beroende på var i cykeln hon befinner sig. Då varje våldstillfälle ses som isolerat från varandra kan fasen där partnern är ångerfull och givmild leda till att våldet inte identifieras, då kvinnan inte upplever att hon är ett offer för våld i nära relationer vid tillfället när sjuksköterskan frågar.

Sjuksköterskerollen upplevdes vara en nyckelroll i mötet med våldsutsatta kvinnor och att mötena var av betydelse för sjuksköterskor (Hägglom et al., 2006). I sjuksköterskeyrket ska sjuksköterskan återställa och främja hälsa, förebygga sjukdom samt lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). När sjuksköterskor hjälper våldsutsatta kvinnor arbetar de utifrån yrkets ansvarsområden vilket kan vara en bidragande faktor till att sjuksköterskor upplever mening med sitt yrke. Att ge en patient tid kan göra gott för patienten (Nurminen, 2012). Sjuksköterskor upplevde dock att de inte har tid att fråga eller på ett adekvat sätt hjälpa kvinnorna (Efe et al., 2012; O'Malley et al., 2013; Beynonet al., 2012; Husso et al., 2012). Våldsutsatta kvinnor upplever ett gott bemötande när personal tar sig tid att lyssna. (Wendt & Enander, 2013). När sjuksköterskor tar sig tid att engagera sig i patienten skapas förutsättningar för att förstå patientens behov, situation och önskemål (Vinthagen, 2013). Avsaknaden av enskilda rum hindrade arbetet med våldsutsatta kvinnor (Efe et al., 2012; Beynonet al., 2012). Organisatoriska resurser i form av ökad personaltäthet, vilket innebär mer tid med patienterna, och fler rum för samtal behövs i vården för att tillgodose sjuksköterskors behov av en trygg miljö i mötet med våldsutsatta kvinnor. Tid och rum är även förutsättningar för att på ett respektfullt sätt kunna bemöta samt kommunicera med våldsutsatta kvinnor och därmed kunna ge kvinnor adekvat vård.

Implikationer i omvårdnaden och fortsatt forskning

Resultatet i uppsatsen belyser svårigheter i att bemöta våldsutsatta kvinnor. Att som sjuksköterska vara medveten om dessa svårigheter kan leda till att kunskap om hur svårigheterna kan hanteras. Kunskap om normaliseringsprocessen och cycle of violence behövs bland sjuksköterskor för att respekten för patienten inte ska äventyras. Kunskap och medvetenhet om patientens svåra livssituation kan innebära att förståelsen ökar för kvinnan. Att förstå patientens livsvärld är av största vikt för att kunna bemöta och tillgodose behoven på ett adekvat sätt. Grundutbildade sjuksköterskor kommer att möta våldsutsatta kvinnor och därmed bör utbildning om våld i nära relationer ingå i grundutbildningen. Utbildningstillfället om våld i nära relationer bör vara obligatoriskt för att på så vis förse samtliga blivande sjuksköterskor med kunskap. Reflektion på individ och grupp nivå behövs för att hantera sjuksköterskans emotionella påverkan i mötet med våldsutsatta patienter. Uppdaterade riktlinjer kring våldsutsatta patienter, hur sjuksköterskor ska gå tillväga vid identifiering samt fortsatt omvårdnad behövs. Screening för våld i nära relationer kan vara ett alternativ för sjuksköterskan att lättare beröra ämnet våld i nära relationer. Även avsatt tid och rum behövs för att sjuksköterskor ska beröra våld i nära relationer.

Syftet var att belysa kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Trots att artikelsökningen inte uteslöt att förövaren var en kvinna framkom inga artiklar med sjuksköterskans upplevelse av att möta samkönade par där våld förekom. Samkönade par var inte ett exklusionskriterie och författarna anser att fortsatt forskning behövs på samkönade par där våld i nära relationer förekommer.

Konklusion

Sjuksköterskor har föreställningar om våldsutsatta kvinnor och använder intuition och känsla för att identifiera våldsutsatta kvinnor. Bemötandet och kommunikationen med kvinnan kan äventyras när sjuksköterskan utgår från sina föreställningar eftersom respekten och lyhördheten för kvinnans problem kan förbises. Det kan bidra till att hon väljer att inte berätta om sin våldsutsatthet. Resultatet pekar på att sjuksköterskor har brist på kunskap och utbildning inom kompetensområdet våld i nära relationer, vilket är ett hinder i mötet med våldsutsatta kvinnor. För att sjuksköterskor ska kunna ge adekvat vård och ett bra bemötande till våldsutsatta kvinnor behövs mer kunskap och utbildning i ämnet våld i nära relationer. Ett annat hinder som framkom är bristen på avsatt tid och en trygg miljö för samtalet. Sjuksköterskan blev emotionellt påverkad i mötet med våldsutsatta kvinnor. Vilket är känslor som skulle kunna lyftas och bearbetas genom reflekterande samtal med kollegor eller andra kunniga personer i ämnet.

REFERENSER

*Artiklar använda i resultatet markeras med **

Andermann, A., Blancquaert, I., Beauchamp, S. & Déry, V. (2008). Revisiting wilson and jungner in the genomic age: A review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(4), 317-319. doi:10.2471/BLT.07.050112.

Andréasson, C., Stenson, K., Björck, A. & Heimer, G. (2006). *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor: Nationell kartläggning*. (Rikskvinnocentrum rapportserie 2006-2 ISSN 1652-3482) Uppsala: Uppsala universitet, Rikskvinnocentrum & Akademiska sjukhuset.

*Beynon, C E., Gutmanis, I A., Tutty, L M., Wathen, C N. & MacMillan, H L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 473-473. doi:10.1186/1471-2458-12-473.

Björck, A. & Heimer, G. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer & D. Sandberg (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (s. 51-96). Lund: Studentlitteratur.

Brottsförebyggande rådet. (2012). *Brott i nära relationer*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Brottsförebyggande rådet. (2014). *Misshandel mot kvinnor*. Hämtad 2014-11-25, från <http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/kvinnomisshandel.html>.

*Brykczynski, K A., Crane, P., Medina, C K. & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(3), 143-152. doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x.

Coomoraswamy, R. (2002). *Cultural practices within the family that are violent towards women*. (E/CN.4/2002/83). New York: FN.

*Efe, Ş Y. & Taşkın, L. (2012). Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in turkey: A qualitative study. *Sexuality and Disability*, 30(4), 441-451. doi:10.1007/s11195-012-9269-1.

Eide, T. & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken: Relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Malmö: Liber.

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Eklund, J. (2013). Empati som känsla förståelse och omsorg. *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(2), 214-221.

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

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation samtal och bemötande i vården* (s. 23-49). Uppsala: Studentlitteratur.

Furåker, C. & Nilsson, A. (2013). Kompetens, kunskap och lärande. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (s.15-36). Stockholm: Liber.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

*Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: Impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645-1654. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x.

Holm, U. (2001). *Empati: Att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur.

*Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A. & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health & Social Care in the Community*, 20(4), 347-355. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x.

*Hägglom, A M E. Hallberg, L. R. & Möller, A. R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing & Health Sciences*, 7(4), 235-242. doi:10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x.

*Hägglom, A M E. & Möller, A R. (2006). On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090. doi:10.1177/1049732306292086.

Johnsson-Latham, G. (2006). *Patrikaltvåld som hot mot mänskliga rättigheter*. Stockholm: Regeringskansliet.

Karolinska institutet. (1998). *MeSH Tree tool*. Hämtad 14-11-17, från http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_en.cfm.

Karolinska Institutet. (2014). *Termer för upplevelser och bemötande*. Hämtad 2014-11-21, från <http://kib.ki.se/node/274179>

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

Lundgren, E., Hemier, G., Westerstrand, J. & Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen dam: Mäns våld mot kvinnor i jämställda sverige: En omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.

Nationalencyklopedin [NE]. (2014). *Bemöta*. Tillgänglig: www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/bemöta.

Nationalencyklopedin [NE]. (2014). *Patriarkat*. Tillgänglig:
<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/patriarkat>.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2014). *Sekretess inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 2014-12-15, från
http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/Praktik+och+metod/H%C3%A4lso-+och+sjukv%C3%A5rdens+ansvar/Sekretess_inom_halso-_och_sjukvarden_/.

Nurminen, M. (2012). Tid-vårdande tid. I L. Wiklund Gustin & Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 280-297). Lund: Studentlitteratur.

*O'Malley, D M., Kelly, P J. & Cheng, A. (2013). Family violence assessment practices of pediatric ED nurses and physicians. *Journal of Emergency Nursing: JEN : Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 39(3), 273-279.
doi:10.1016/j.jen.2012.05.028.

Rikskvinnocentrum. (2006). *Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt: Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal*. Uppsala: Uppsala universitet.

*Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572-576.
doi:10.1016/j.jen.2009.09.008.

Rönnerberg A-K, & Hammarström A. (2000). Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: A literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(3), 222-229. doi:10.1080/140349400444931.

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Socialstyrelsen.(u.å.). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*. Hämtad 2014-12-09, från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/upptackavald>.

Socialstyrelsen. (2002). *Tack för att ni frågar: Screening om våld mot kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Sjuksköterskans kompetensbeskrivning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen.(2014). *Våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. Hämtad 2014-11-17, från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>.

Statistiska centralbyrån. (2014). *Mäns våld mot kvinnor*. Hämtad 2014-11-30, från <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Temaomraden/Jamstalldhet/Indikatorer/Excel---Mans-vald-mot-kvinnor/>.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk Sjuksköterskeförening om... Personcentrerad vård*. Hämtad 2014-12-09, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard_web.pdf.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2014-11-29, från http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf.

*Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T. & Duncan, F. (2013). Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: A critical incident technique study. *Health & Social Care in the Community*, 21(5), 489-499. doi:10.1111/hsc.12037.

United Nations (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. UN.

UN Women. (2012). *Timeline of policy commitments and international agreements*. Hämtad 2014-11-17, från <http://www.endvawnow.org/en/articles/302-timeline-of-policy-commitments-and-international-agreements-.html>.

*van der Wath, A., van Wyk, N. & Janse van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2242-2252. doi:10.1111/jan.12099.

Vinthagen, S. (2013). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation samtal och bemötande i vården* (s. 73-108). Uppsala: Studentlitteratur.

Våld i nära relationer. (2011). *Viktiga händelser*. Hämtad 2014-12-02, från <http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/Toppmeny/ToppTest/Vad-ar-vald5/>.

Våld i nära relationer. (2011). *Alla gör motstånd*. Hämtad 2014-12-18, från <http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/Nyhetsarkiv/Allan-Wade/>

Walker, L E. (1977). Who are the battered women? *Frontiers: A Journal of Women Studies*, 2(1), 52-57.

Wendt, E. & Enander, V. (2013). *Övergiven eller stöttad?: Våldsutsatta kvinnors erfarenhet av bemötande inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV).

WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO.

WHO. (2013). *Violence against women*. Hämtad 2014-11-17, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

WHO. (2002). *World report on violence and health: summary*. Geneva: WHO.

Wiklund Gustin, L. (2012). Medlidande. I L. Wiklund Gustin & Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 307-320). Lund: Studentlitteratur.

*Williston, C J. & Lafreniere, K D. (2013). "Holy cow, does that ever open up a can of worms": Health care providers' experiences of inquiring about intimate partner violence. *Health Care for Women International*, 34(9), 814-831.
doi:10.1080/07399332.2013.794460.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1

SÖKTABELL

Databas datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
Cinahl 2014-11-21	(“domestic violence” OR “intimate partner violence”) AND “nurs* attitudes”	Peer reviewed, Research article. 2004-2014	35	16	5	1. Robinson (2010). 2. Goldblatt (2009). 3. Häggblom & Möller (2006). 4. Efe & Taşkın (2012).
Cinahl 2014-11-21	(“domestic violence” OR “intimate partner violence”) AND nurs* AND “battered women”	Peer reviewed, Research article. 2004-2014.	89	18	3	5. van der Wath, van Wyk & Janse van Rensburg (2013). 6. Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza (2011).
Cinahl 2014-11-24	(“domestic violence” OR “intimate partner violence”) AND Professional-Patient Relations	Peer reviewed, Research article. 2004-2014.	53	10	2	7. Husso, Virkki, Notko, Holma, Laitila & Mäntysaari (2012). 8. Taylor, Bradbury-Jones, Kroll, & Duncan (2013).

Cinahl 2014-11- 24	("domestic violence" OR "intimate partner violence") AND nurs* AND "sexual abuse"	Peer reviewed, Research article. 2004- 2014.	34	3	1	9. Häggblom, Hallberg & Möller (2005).
Cinahl 2014-11- 24	("domestic violence" OR "intimate partner violence") AND nurs* AND Questionn aires	Peer reviewed, Research article. 2004- 2014.	116	10	1	10. O'Malley, Kelly & Cheng (2013).
PubMed 2014-11- 25	("Spouse abuse") AND nurs* attitude	Adult 19+ Full text available. 10 years.	82	8	2	11. Williston & Lafreniere (2013). 12. Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan (2012).

BILAGA 2

PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEÖMNING

Granskning av artiklar med kvalitativ metod enligt version av Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011).

Beskrivning av studien, t.ex. vald metod.....

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkarakteristika
 Antal.....
 Ålder.....
 Man/Kvinna.....

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej
 Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval
 – Relevant? Ja Nej Vet ej
 -Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för
 – urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej
 -datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej
 -analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet
 Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej
 Råder datamättnad? (om tillämpligt) Ja Nej Vet ej
 Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet
 Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej
 Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej
 Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd:

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivningen/analys adekvat?

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar.....

.....
.....

Granskare (sign).....

BILAGA 3

PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEÖMNING

Granskning av artiklar med kvantitativ metod enligt version av Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) i kombination med Friberg (2012).

Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011):

Beskrivning av studien

Forskningsmetod RCT CCT (ej randomiserad)
Multicenter, antal center.....
Kontrollgrupp/er.....

Patientkaraktäristika Antal.....
Ålder.....
Man/Kvinna.....

Kriterier för inkludering/exkludering
Adekvat inkludering/exklusion? Ja Nej

Intervention.....
.....
.....

Vad avsåg studien att studera?
D.v.s.. Vad är dess primära resp. sekundära effektmått

.....
.....

Urvalsförförandet beskrivet? Ja Nej
Representativt urval? Ja Nej
Randomiseringsförfarande beskrivet? Ja Nej Vet ej
Likvärdiga grupper vid start? Ja Nej Vet ej
Analyserade i den grupp som de randomiserades till? Ja Nej Vet ej
Blandning av patienter? Ja Nej Vet ej
Blandning av vårdare? Ja Nej Vet ej
Blandning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfall
Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej
Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej
Adekvat statistisk metod? Ja Nej

Etiskt resonemang? Ja Nej

Hur tillförlitlig är resultatet?

Är instrumenten valida? Ja Nej

Är instrumenten reliabla? Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar.....

.....
.....
.....

Granskare (sign)

Friberg (2012):

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är det i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions - respektive exklusionskriterier).
- Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

BILAGA 4

SAMMANFATTNING AV ARTIKLARNA

1.

Titel: Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences.

Författare: Goldblatt, H.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing.

År: 2009.

Land: Israel.

Syfte: Undersöka hur sjuksköterskors privata och professionella liv påverkas av att vårda kvinnor som utsatts för våld i sin nära relation.

Metod: Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Kvinnliga sjuksköterskor som mött åtminstone en våldsutsatt kvinna under det senaste året rekryterades från olika avdelningar till studien. Deltagarna samlades in så att studiepopulationen uppnådde variationsrikedom.

Storleken på deltagargruppen bestämdes av mättnadsprincipen. Data samlades in tills inga nya teman uppkom. Datainsamlingen gjordes av fjorton stycken sjuksköterskestudenter som under ett år fått undervisning om kvalitativ forskning i seminarieform. Data samlades in mellan februari och juni 2005 genom djupintervjuer på hebreiska som varade i drygt en timme.

Intervjuerna som spelades in och transkriberades ordagrant. Författaren till studien kontrollerade noggrannheten i transkriptan för att se att inget saknades. Baserat på fenomenologisk tradition uppmanades deltagarna att reflektera över sina berättelser, då berättelsen är baserad på deras erfarenhet och minnen kan exempelvis rumsuppfattningar variera men detta är ändå viktigt för ämnet som studeras.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté har godkänt studien. Deltagarna har även fått skriva under sitt personliga godkännande.

Resultat: Sjuksköterskan brottades med sina erfarenheter av våld i nära relationer på två plan, dels sin professionella roll i form av emotionell påverkan och dömande attityd och dels kunna skilja på privatliv och jobb.

Kvalitet: Hög.

2.

Titel: Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence.

Författare: van der Wath, A., van Wyk, N. & Janse van Rensburg, E.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing.

År: 2013.

Land: Sydafrika.

Syfte: Undersöka och förklara essensen av akutsjuksköterskors upplevelse av att vårda offer för våld i nära relationer.

Metod: Kvalitativ med fenomenologisk ansats. Deltagarna var akutsjuksköterskor som arbetade på två olika akutvårdsavdelningar i en tätort i Sydafrika. Dessa deltagare är ofta i kontakt med offer för våld i nära relationer. Ändamålsenligt urval gjordes för att deltagare med mest kunskap om ämnet skulle ingå. Deltagarna hade behövt vara i kontakt med ett offer för våld i nära relationer det senaste året för att kunna delta. Urvalspopulationen bestod av elva stycken, fler deltagare hade varit överflödigt. Data samlades in via ostrukturerade fenomenologiska intervjuer. Inledande öppna frågor ställdes för att underlätta för deltagarna att förklara om deras erfarenhet, men utan att styra för mycket. Intervjuerna varade mellan 45-70

minuter. Intervjuerna spelades in med deltagarnas tillstånd. Fältanteckningar fördes under intervjuerna för att observera exempelvis icke-verbal kommunikation. Beskrivande fenomenologisk analys användes. De transkriberade intervjuerna lästes igenom för att få en helhetsbild. Datan delades in i meningsbärande enheter. Vad som sades, hur det sades och vad som framkom om sjuksköterskans erfarenhet av att vårda våldsutsatta individer ingick i analysen. Forskarna redogör tydligt om deras egen förförståelse och använde olika strategier för att inte påverka resultatet.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté har godkänt studien.

Resultat: Sjuksköterskorna upplever en emotionell påverkan efter att bevittnat offer för våld i nära relationer. De har också påträngande och återkommande minnen.

Kvalitet: Hög.

3.

Titel: Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in Turkey: A qualitative study.

Författare: Efe, Ş Y. & Taşkın, L.

Tidskrift: Sexuality and Disability

År: 2012.

Land: Turkiet.

Syfte: Beskriva faktorer som hindrar sjuksköterskor att ge kvinnor som utsatts för våld i nära relationer adekvat vård.

Metod: Kvalitativ studie. Deltagarurvalet var av maximal variation för att bredda datan till studien. Trettio stycken sjuksköterskor som arbetat minst ett år valdes ut. Det planerades att välja ut de sjuksköterskor som mest kommer i kontakt med våld i nära relationer, men det har inte dokumenterats eller förts statistik över det i Ankara valdes tre olika sjukhus ut istället, universitet-, privat-, och statligt sjukhus. Två frågor ställdes under djupintervjuerna som höll på 20- 30 min och spelades in. Intervjuerna gjordes efter att sjuksköterskorna avslutat sitt pass för dagen. Intervjuerna transkriberades samma dag och jämfördes med intervjuernas anteckningar och intressant data som framkom noterades. Det transkriberade materialet lästes flertalet gånger och återkommande åsikter i intervjuerna grupperades och kodades för deskriptiv analys. Alla intervjuer lästes igen och det som bäst svarade an på syftet för studien användes i artikeln.

Etiskt övervägande: Ingen etisk kommitté har godkänt studien men författarna har fått skriftligt godkännande från deltagarna.

Resultat: Kom fram till tre huvudteman som la grund för hinder i sjuksköterskans omhändertagande av kvinnor som utsatts för våld i nära relationer: -Att sjuksköterskorna ej hade tillräcklig med kunskaper om våld i nära relationer. Det andra hindret var arbetsmiljö relaterade hinder, att det inte fanns någon tid eller någon lämplig miljö för att prata om våld. Det tredje hindret var de personliga åsikterna som innefattade att var ett "familjeproblem" därför ska inte sjuksköterskorna lägga sig i det och att våld i nära relationer är ett problem som inte kan lösas.

Kvalitet: Medel.

4.

Titel: Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge.

Författare: Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K. & Pedraza, D.

Tidskrift: Journal of the American Academy of Nurse Practitioners

År: 2011.

Land: USA.

Syfte: Att öka förståelsen för hur specialistsjuksköterskor upplever att arbeta med kvinnor och deras familjer som rapporterats lever med våld i nära relationer

Metod: Kvalitativ med fenomenologisk ansats. Deltagarnas egenupplevda berättelser samlades in med "face-to-face" intervjuer. En analysmodell innehållande tre delar användes: - identifikation av paradigmfall, exempel och teman. Deltagarna rekryterades främst genom professionella kontakter men också deltagare som tipsade om andra deltagare som hade erfarenhet av att arbeta med våldsutsatta för våld i nära relationer. Varje deltagare hade mer än tio års erfarenhet. Intervjuerna fokuserade på att samla in detaljer om berättelserna om när deltagarna kommit i kontakt med våld i nära relationer. 25 situationer/berättelser framkom. Intervjuerna spelades in, transkriberades och sedan kontrollerades noggrant. Ett index som kortfattat beskrev varje situation användes för att underlätta datahanteringen. Initiala tolkningar gjorde av en författare sedan samlades alla författare för samstämmig validering. Strategier för att kontrollera bias användes så deltagarna själva avgjorde vilkas situationer de ville dela med sig av.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté har godkänt studien samt godkännande från deltagarna.

Resultat: Hinder och möjligheter som sjuksköterskan upplever i vården när de möter kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer.

Kvalitet: Hög.

5.

Titel: Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence.

Författare: Robinson, R.

Tidskrift: Journal of Emergency Nursing.

År: 2010.

Land: USA.

Syfte: Identifiera hur sjuksköterskor screenar för våld i nära relationer på en akutvårdsavdelning.

Metod: Kvalitativ med fenomenologisk ansats. Deltagarna i studien rekryterades genom att cheferna för akutvårdsavdelningar kontaktades. Sammanlagt deltog tretton stycken sjuksköterskor. Strukturerade intervjuer med öppna frågor användes som datainsamlingsmetod. Tio frågor ställdes till deltagarna, bland annat, berättade om en situation där du screenade för våld i nära relationer och förklara hur det kändes. Deskriptiv data samlades in om deltagarna för att identifiera deras karaktärsdrag. Dataanalys och datainsamling skedde parallellt. Datan kodades och teman uppkom från den grupperade datan. Meningsbärande meningar sorterades ut och kategoriserades sedan in under de teman som uppkommit.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté har godkänt studien.

Resultat: Resultatet landade i fyra huvudteman: myter, stereotyper och rädslor, attityder, frustrationer och fördelar.

Kvalitet: Hög.

6.

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

Författare: Hägglom, A M E. & Möller A E.

Tidskrift: Health & Social Care in the Community.

År: 2006.

Land: Finland.

Syfte: Att på djupet undersöka utvalda sjuksköterskor upplevelse av fenomenet våld mot kvinnor samt sjuksköterskans roll att vårda våldsutsatta kvinnor.

Metod: Kvalitativ baserad på grounded theory. Datan samlades in genom face-to-face intervjuer för att få fram deltagarens perspektiv på erfarenheter med deras egna ord. Tio kvinnliga sjuksköterskor intervjuades sammanlagt. Deltagarna valdes selektivt av kollegor, chefer, utsatta kvinnor som ansågs att sjuksköterskor mött dem på ett tillfredställande sätt. Sjuksköterskorna hade arbetat inom organisationen mellan 13-33 år. Det första mötet författarna hade med deltagare skedde via telefon för att avgöra viljan av att vilja vara med i studien. Här planerades var och när de i så fall skulle träffas för intervjun. Demografi samlades in om deltagarna. Intervjuerna som, baserades på frivillighet, pågick mellan 30 min till 1,5 h. Sedan transkriberades intervjuerna. Datamättnad grundade deltagarantalet. Efter åtta intervjuer hade mättnad uppnåtts men det valdes ändå att intervjua tre stycken till. Intervjuerna baserades på fyra frågor av öppen karaktär. Dataanalysen inkluderade memos, teoretisk försiktighet, dataanalys och datamättnad. Datan kodades på tre vis; öppen, axial och selektiv. Datan delades in i mindre delar och grupperades sedan i teman. Syftet med analysen var att generera hypoteser, modeller och preliminära teorier om vad som avslöjades i en social situation snarare än att verifiera redan existerande data. Författarna fortsatte tills analysen hade nått mättnad vilket görs när inget nytt tillkommer till teorin.

Etiskt övervägande: Godkännande från högsta instans på Åland som följer reglerna för forskning i Finland samt godkännande från deltagarna som fått skriftlig och muntlig information.

Resultat: Två huvudteman presenterades: Sjuksköterskors personliga uppfattning om våld i nära relationer samt sjuksköterskans upplevda beredskap att vårda de utsatta kvinnorna.

Kvalitet: Hög.

7.

Titel: Making sense of domestic violence intervention in professional health care.

Författare: Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A. & Mäntysaari, M.

Tidskrift: Health & Social Care in the Community,

År: 2012.

Land: Finland.

Syfte: Granska möjligheter och hinder för vårdpersonal som möter kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer. Del av större projekt som syftar till att förhindra våld mot barn och kvinnor.

Metod: Kvalitativ med fokusgrupper, där deltagarna diskuterade hur de förstår och tolkar våld, vilka möjligheter och hinder det finns för dem att ge vård till våldsutsatta kvinnor och hur dessa hinder hör ihop med organisatoriska faktorer. Som analysverktyg används frameanalys som används för att förstå hur någon uppfattar och ger mening åt händelser.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté har godkänt studien.

Resultat: Vårdpersonalens sätt att möta och förstå våld i nära relationer kan delas upp i fyra perspektiv: praktiskt, medicinskt, individuellt och psykologiskt. I den praktiska ramen ses svårigheterna för vårdpersonalen som möter våldsutsatta kvinnor i praktiska termer, såsom brist på kunskap inom området. I den medicinska ramen ser man bara våldsutsatta kvinnor som något som angår sjukvården ifall de kan diagnosticeras i medicinska termer. I den individualistiska ramen lägger vårdpersonalen fokus på offrets egenskaper och dennes ansvar för att själv göra något åt sin våldsamma situation. I den psykologiska ramen förstås och tolkas våldet i psykologiska termer, och våldet ses som något som orsakar psykiska problem, störningar och kriser.

Kvalitet: Hög.

8.

Titel: "Holy cow, does that ever open up a can of worms". Health care providers' experiences of inquiring about intimate partner violence.

Författare: Williston, C J. & Lafreniere K D.

Tidskrift: Health Care for Women International.

År: 2013

Land: Canada.

Syfte: Undersöka primärvårdspersonals erfarenheter av att vårda patienter som blivit misshandlade av sina manliga partners, särskilt vilket förhållningssätt personalen har när de frågar kvinnorna om de är utsatta för våld, och vilken mening de ger åt mötet med patienten.

Metod: Kvalitativ med fenomenologisk ansats. Semistrukturerade intervjuer med vårdpersonal som hade erfarenhet av att fråga om kvinnor är utsatta för våld i nära relationer. Analyserade insamlad data med metoden IPA, interpretative phenomenological analys, som syftar till att undersöka hur individer tolkar och ger mening åt sina erfarenheter.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté har godkänt studien.

Resultat: Sjukvårdspersonalen beskriver sina upplevda hinder och tankar av att vårda våldsutsatta kvinnor. Två huvudteman. 1: Att vårda kvinnorna och att prata om våldet sågs som en "resa" mot platser där personalen vanligtvis inte befann sig. 2: För att klara av att ge framgångsrik vård till kvinnorna upplevde personalen att de var tvungna att koppla bort sina kognitiva och emotionella responsen på kvinnornas berättelser.

Kvalitet: Medel.

9.

Titel: Nurses' attitudes and practices towards abused women.

Författare: Hägglom, A M E., Hallberg, L R. & Möller, A R.

Tidskrift: Nursing & Health Sciences.

År: 2005.

Land: Finland.

Syfte: Beskriva sjuksköterskors kunskap, utövande och utbildning kring våld mot kvinnor.

Metod: Kvantitativ ansats med ett frågeformulär med frågor av olika karaktär (t.ex. open-ended, ja/nej/kanske, frekvenssvar). Frågeformuläret skickades ut till alla 234 sjuksköterskor som jobbade på Åland år 2000. Datainsamlingen tog 13 månader. Frågorna hade tidigare testats och reviderats av experter inom ämnet. 133 sjuksköterskor deltog i studien. Svaren analyserades i frekvens- och korstabeller och signifikansen bedömdes med hjälp av chi-två-test.

Etiskt övervägande: Godkännande från statliga hälsovårdsorganisationen på Åland som följer reglerna för forskning i Finland.

Resultat: Sjuksköterskor som genomgått fortbildning inom området var bättre utrustade för att möta våldsutsatta kvinnor än sjuksköterskor som inte fått någon fortbildning inom området och de fortbildade sjuksköterskorna hade en högre grad av förståelse för den våldsutsatta kvinnans handlande i relation med förövaren. Fortbildning gav också större kunskap om aktuella riktlinjer och rutiner.

Kvalitet: Hög.

10.

Titel: Health professionals beliefs about domestic violence abuse and the issue of disclosure: a critical incident technique study.

Författare: Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T. & Duncan, F.

Tidskrift: Health & Social Care in the Community.

År: 2013

Land: Skottland

Syfte: Undersöka vårdpersonals föreställningar om våld i nära relationer och våldsutsatta kvinnors erfarenhet vården.

Metod: Kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer med vårdpersonal och fokusgrupper med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer. Intervjuerna genomfördes med hjälp av Critical Incident Technique, som fokuserar på faktiska händelser, snarare än abstrakta koncept. Vårdpersonalen fick svara på frågor om tillfällen där de själva mött kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer. Svaren delades sedan i kategorier och underkategorier som matchades med Common Sense Model-domäner. De våldsutsatta kvinnorna presenterades för korta fall, där de fick bedöma hur bra de tyckte att vårdpersonalen hade agerat.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté har godkänt studien.

Resultat: Visar hur hälso- och sjukvårdspersonals syn och de våldsutsatta kvinnornas syn på vården sammanfaller eller inte sammanfaller. Bland annat vill kvinnorna få frågan om de är utsatta för våld, medan vårdpersonalen inte känner sig bekväm med att ställa frågan.

Vårdpersonalen upplever att det är svårare att prata om ämnet med vissa grupper av kvinnor (t ex medelklasskvinnor), medan kvinnorna förväntar sig att alla ska behandlas lika.

Kvalitet: Hög.

11.

Titel: Family violence assessment practices of pediatric ED nurses and physicians.

Författare: O'Malley, D. M., Kelly, P. J. & Cheng, A.

Tidskrift: Journal of Emergency Nursing

År: 2013.

Land: USA.

Syfte: Att undersöka vårdpersonals mest framträdande föreställningar och attityder kring rutinundersökningar av våld mot barn och kvinnor i nära relationer på en pediatrik akutavdelning.

Metod: En teoridrivna, kvalitativ studie där sjuksköterskor och läkare som var intresserade av ämnet valdes ut av chefer och koordinatörer. I intervjuform svarade de på open-ended-frågor om attityder, föreställningar och svårighetsgraden med att arbeta med kvinnor och barn som utsatts för våld inom familjen. Två djupintervjuer med chefer över sjuksköterskor genomfördes också. Insamlad data analyserades med hjälp av HyperResearch, ett datorprogram som används för att hitta teman och mönster. Som ramverk för analysen användes Theory of Planned Behavior, som analyserar vilka föreställningar som leder till ett visst beteende.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté har godkänt studien. Deltagarna godkände muntligt att intervjuerna spelades in.

Resultat: Vårdpersonalen ansåg att rutinundersökningar var av godo för att våldet då upptäcks tidigt och möjligheten att ingripa blev större, men av ondo om bedömningen görs på ett felaktigt sätt eftersom risken för de våldsutsatta då ökar. Andra nackdelar uppgavs vara att rutinundersökningar är tidskrävande och att det inte är akutavdelningens ansvar att genomföra undersökningarna. Det som ansågs underlätta rutinundersökningar var att det fanns verktyg och tydliga riktlinjer kring hur undersökningarna görs, och de vanligaste hindren uppgavs vara brist på tid, kunskap och personal.

Kvalitet: Hög.

12.

Titel: Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis.

Författare: Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N. & MacMillan, H. L.

Tidskrift: BMC Public Health.

År: 2012.

Land: Kanada.

Syfte: Att identifiera sjuksköterskor och läkares hinder och möjligheter i att fråga om våld i nära relationer. Specifika mål för studien var att: 1) Förklara sjuksköterskor och läkares professionella och personliga erfarenheter av att fråga om våld i nära relationer. 2) Undersöka vilka möjligheter och hinder som skiljer professionerna åt. 3). Identifiera konsekvenser för utveckling av praxis, arbetsrutiner och läroplaner.

Metod: Studien är den kvalitativa delen av ett forskningsprojekt som även innefattar en kvantitativ studie. Ett frågeformulär skickades slumpmässigt ut till 1000 läkare och 1000 sjuksköterskor. I den här studien redovisas de två open-ended-frågor som ställdes till deltagarna om deras hinder och möjligheter till att fråga om våld i nära relationer. Frågorna var: 1. Vilka hinder har du upplevt för att screena för våld mot kvinnor? 2. Vad underlättar eller vad skulle underlätta för att screena för våld mot kvinnor. Insamlad data analyserades för att hitta kategorier och mönster. Sedan delades dessa upp efter profession och jämfördes för att se om svaren mellan professionerna skiljde sig åt.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté har godkänt studien.

Resultat: De största hindren för att fråga om våld i nära relationer var brist på tid, fördomar om beteenden hos kvinnor som utsätts för våld, brist på utbildning, språk- och kulturskillnader samt om närstående var närvarande. De främsta möjligheter som identifierades var utbildning, samhällsresurser samt professionella verktyg, handlingsplaner och riktlinjer.

Kvalitet: Hög.