



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **ATT KÄNNA HOPP OM FÖRÄNDRING**

– Vårdrelationens betydelse för kvinnor utsatta för våld i nära relationer

**Klara Nilsson och Hanna Rutström**

---

Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Ann-Sofie Magnusson
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi vill tacka vår handledare Bodil Augustsson för det goda samarbetet och det fina stödet genom hela fördjupningsarbetet.

Titel (svensk)	Att känna hopp om förändring – vårdrelationens betydelse för kvinnor utsatta för våld i nära relationer
Titel (engelsk)	To feel hope for a change – the importance of the caring relationship for women who are victims of intimate partner violence
Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Författare	Klara Nilsson, Hanna Rutström
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Ann-Sofie Magnusson
Sidantal:	22 sidor

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Våld i nära relationer är vanligt förekommande och den mest utsatta gruppen är kvinnor. Våld i nära relationer kan bidra till kvinnornas ohälsa och sjuksköterskan har ett ansvar i mötet med kvinnorna för att erbjuda hjälp. Sjuksköterskan är en nyckelperson genom att uppmärksamma kvinnornas situation. Begreppen vårdrelation, hopp och hälsa är viktiga för mötet. **Syftet** med fördjupningsarbetet var att beskriva hur sjuksköterskan kan skapa en vårdrelation med kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer. För att besvara syftet valdes en allmän litteraturoversikt som **metod** och för att få en överblick över redan befintlig forskning inom ämnet. Sökningar gjordes i Cinahl, Scopus och PubMed varav tolv artiklar valdes för att analyseras utifrån dess likheter och skillnader. **Resultat:** Viktiga teman för att skapa en vårdrelation är vårdarens förmåga att vara närvarande, att ta sig tid, att motivera frågan om våld och hur frågan ställs. Viktiga teman var även att vårdaren har en medveten hållning i mötet och att uppmärksamma att kvinnorna kände en hopplöshet i sin situation. **Slutsatsen** är att i skapandet av en vårdrelation krävs ingivandet av hopp, att vårdrelationen måste ses och förstås som en helhet samt att sjuksköterskan behöver få ökad kunskap genom utbildning. Genom att se mötet som en vårdrelation där hoppet är centralt kan hälsa uppnås.

Nyckelord: Våld i nära relationer, vårdrelation, våld mot kvinnor, hopp, hälsa, sjuksköterska

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	1
<b>Bakgrund</b> .....	1
Vad är våld? .....	1
Män och kvinnors utsatthet för våld .....	1
Våld mot kvinnor .....	2
<i>I nära relationer</i> .....	2
Barn som upplever våld.....	3
Varför stannar de våldsutsatta kvinnorna kvar i relationen? .....	3
Konsekvenser av våld och effekt på hälsa .....	4
Vad förväntas av sjukvården? .....	4
Omvårdnadsteoretisk förankring .....	5
<i>Hälsa</i> .....	6
<i>Hopp</i> .....	6
<i>Vårdrelation</i> .....	7
<b>Problemformulering</b> .....	7
<b>Syfte</b> .....	8
<b>Metod</b> .....	8
Litteratursökning .....	8
Analys av studierna .....	9
Etiska överväganden .....	10
<b>Resultat</b> .....	10
Att vara där för kvinnan och att ta sig tid .....	10
Att ställa frågan om våld .....	11
Att ha en medveten hållning.....	12
<i>Ge trygghet, stöd och tillit för att uppnå hälsa</i> .....	12
<i>Att bekräfta, vara icke-dömande och respekterande</i> .....	12
<i>Att lyssna på en "magkänsla" om att något inte stämmer</i> .....	13
<i>Att skapa förutsättningar – kunskap och förståelse</i> .....	13
Att uppmärksamma kvinnornas känsla av hopplöshet .....	14
<b>Diskussion</b> .....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	15
<i>Implikationer och vidare forskning</i> .....	17
<b>Konklusion</b> .....	18
<b>Referenser</b> .....	19
<b>Bilaga 1 – Söktabell</b> .....	23
Cinahl .....	23
Scopus .....	23
PubMed .....	23
<b>Bilaga 2 – Artikelöversikt</b> .....	25
<b>Bilaga 3 – Kvalitetsbedömning</b> .....	30

# Inledning

Våld i nära relationer har betydelse för och ger stora konsekvenser för den enskilda individen, familjer och för samhället då det uppskattas kosta minst 2,5 miljarder kronor varje år (Socialstyrelsen, 2014b). Våld i nära relationer är ett erkänt samhällsproblem som har en direkt negativ inverkan på människors hälsa. Våld förekommer världen över oavsett kön, ålder, socioekonomisk status, religiös åskådning och i alla typer av relationer. Det våld som är vanligast är det riktat mot kvinnor. Som sjuksköterska kommer denna sårbara grupp att mötas, varför en fördjupning inom ämnet bör lyftas. För kvinnorna kan mötet med sjuksköterskan vara avgörande, därför är det viktigt att ha kunskap om ämnet för att skapa ett bra bemötande.

## Bakgrund

Här beskrivs begreppet våld i stort följt av en fördjupning av våld mot kvinnor i nära relationer. En god omvårdnad i form av vårdrelation, ingivandet av hopp och stärkandet av hälsa genomsyrar bakgrundens samtliga delar och beskrivs djupgående.

### Vad är våld?

World Health Organization (WHO) (u.å.) definierar våld som medvetet användande av fysiskt våld eller makt, eller hot om detta mot en själv, en annan person eller mot en grupp eller samhälle, vilket resulterar i eller riskerar att resultera i skada, död, psykologisk skada, skada i utveckling eller förlust. Socialstyrelsens (2015) beskrivning utgår från WHO:s definition, vilket innebär att begreppet våld är uppdelat i fyra former av våld: fysiskt, sexuellt och psykiskt våld, samt försummelse. Socialstyrelsen (2015) understryker vikten av att inte bara begränsa definitionen av konsekvenserna av våld till skada och död, utan att det även får andra konsekvenser i form av en betydande börda för individen, familjen, samhället samt hälso- och sjukvården globalt.

Våld i nära relationer definieras av WHO som ett beteende av en intim partner eller en före detta partner som orsakar fysisk, sexuell eller psykisk skada som inkluderar fysisk, psykisk misshandel, sexuellt tvång och kontrollerande beteenden. Denna definition bekräftas av Socialstyrelsen (2015) som beskriver våld i nära relationer som ett handlingsmönster av knappt märkbara handlingar till grova brott i en nära relation. Våldet kan röra sig om fysiskt våld i form av misshandel, psykiskt våld som hot, utsatt för kontrollerande beteende eller förlöjligande, sexuellt våld, social utsatthet i form av isolering från vänner och familj och materiell/ekonomisk utsatthet.

Våld i nära relationer förekommer över hela världen oavsett etnisk bakgrund, social ställning och religiös åskådning eller kön i alla åldrar samt i alla familjekonstellationer (Socialstyrelsen, 2015; NCK, u.å.a; WHO, 2012). Våldet existerar både i heterosexuella förhållanden och i samkönade relationer (Socialstyrelsen, 2015; NCK, 2009). Våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem och är för den utsatta en kränkning mot den mänskliga rättigheten. Den våldsutsatta oavsett kön eller könsidentitet har rätt till skydd och stöd från samhället (Socialstyrelsen, 2015).

### Män och kvinnors utsatthet för våld

Nationellt ser våldsutsattheten i form av misshandel, hot och trakasserier olika ut bland män

och kvinnor. Män är oftast utsatta för våld utanför hemmet eller på en allmän plats av okänd person, medan kvinnor däremot främst utsätts för våld i hemmet, arbetet eller i skolan av en bekant eller av närstående. År 2013 visade forskning att den våldsutövande personen i 37 procent av fallen var en närstående när det gällde våld mot kvinnor och endast i två procent av fallen var närstående gärningspersonen när män utsätts för våld (Socialstyrelsen, 2015). Enligt Socialstyrelsen (2014b) är det få våldsutsatta personer som gör polisanmälan.

I Brottsförebyggande rådets (BRÅ) nationella kartläggning av brott i nära relationer (2014) sågs att kvinnor under år 2012 i större utsträckning utsattes för grövre, återkommande våld och att de har större behov av stödsatser, speciellt från sjukvården. Var femte person i Sverige uppger att de någon gång i livet blivit utsatta för brott i nära relationer, var fjärde kvinna har någon gång blivit utsatt och var sjätte man. I kartläggningen fann de även att psykiskt våld i form av kränkningar och förödmjukelser är vanligare än fysisk misshandel (BRÅ, 2014). Skillnaden i våldet mellan kvinnor och män är tydligt när det gäller dödligt våld. Att kvinnor blir dödade av sin partner eller före detta partner är fyra till fem gånger vanligare än att män blir det (Socialstyrelsen, 2015).

Gemensamma riskfaktorer för att bli utsatt för våld samt för att bli våldsutövare är låg utbildningsnivå, att tidigare varit utsatt för misshandel under uppväxten, att ha bevitnat våldsutövande inom familjen, att ha en accepterande attityd kring våld och ojämlikhet mellan könen. Det som skiljer sig åt är att risk för att bli våldsutövare innefattar även skadligt användande av alkohol (WHO, 2012). Våldets kostnader för det svenska samhället för sjukvård, statliga myndigheter, kommuner, frivilliga organisationer och produktionsbortfall uppskattas till minst 2,5 miljarder kronor varje år (Socialstyrelsen, 2014b). Det mest vanligt förekommande är att våld utövas mot kvinnor i heterosexuella relationer, eller före detta relationer, där våldsutövaren är en man (Johnsson-Latham, 2008; Socialstyrelsen, 2015), vilket också är fokus för detta fördjupningsarbete.

## **Våld mot kvinnor**

Våld mot kvinnor är ett globalt samhällsproblem och betraktas som ett brott mot kvinnors mänskliga rättigheter (WHO, 2014). Det finns internationella avtal som syftar till att avskaffa all diskriminering mot kvinnor och FN:s deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor från år 1993 står för att vidmakthålla kvinnors rätt att leva ett liv utan våld (UN Women, u.å.; NCK, u.å.b; Socialstyrelsen, 2015). Det grova våldet mot kvinnor globalt innefattar sexslaveri, människohandel i sexuellt ändamål, fysiska och sexuella övergrepp mot prostituerade, barnamord på flickor, abort av flickfoster, våldtäkt i krig och försummelse av flickebarn (Socialstyrelsen, 2009).

De grupper av kvinnor som är särskilt sårbara för våld är kvinnor med funktionsnedsättning, äldre kvinnor, barn och ungdomar, kvinnor med missbruks-och beroendeproblematik, kvinnor med utländsk bakgrund, hbtq-personer, kvinnor som lever under förhållanden där det pågår väpnade konflikter och kvinnor som utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck (Socialstyrelsen, 2015; NCK, u.å.).

### *I nära relationer*

Våld mot kvinnor i nära relationer innefattar inte bara våld, utan även könsdiskriminering och syftar till att upprätthålla föreställningen om den underordnade ställning kvinnor har till män (NCK, u.å.a). Detta definieras av FN som patriarkalt våld vilket är ett problem i relation till jämställdhet och klassas som ett hälsoproblem. I debatter läggs fokus oftast på det extrema

våldet mot kvinnor som dödligt våld eller brottsligt våld som människohandel, men den vanligaste typen av våld är det som förekommer i vardagen. Vardagsvåldet avser att upprätthålla könsmaktsordningen där kvinnan är underordnad mannen, det är skapat av sociala konstruktioner och har inget biologiskt ursprung (Johnsson-Latham, 2008).

## **Barn som upplever våld**

I FN:s konvention om barns rättigheter från år 1989 innefattas vikten av att skydda barn mot alla typer av våld, övergrepp och vanvård, såväl fysiska som psykiska (Socialstyrelsen, 2015). Cirka tio procent av barnen i Sverige upplever våld i hemmet varav fem procent gör det ofta (Socialstyrelsen, 2009). Eftersom ämnet är tabubelagt innebär det ett ytterligare trauma då barnen inte kan tala om våldet och därför inte bearbeta eller tolka sina upplevelser (Eriksson, 2008). Den största bidragande riskfaktorn för barnmisshandel är att det förekommer våld i hemmet mellan de vuxna (Socialstyrelsen, 2014a).

Socialtjänsten har som ansvar att stödja och hjälpa barn som bevittnat, utsatts eller märkt konsekvenser av våld eller andra typer av övergrepp av en närstående. Det är en av socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § SoL lagstadgade skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att direkt anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa (Socialstyrelsen, 2014a). Konsekvenserna av våldet är att det leder till ohälsa som även kan följa vissa av barnen upp i vuxen ålder (Socialstyrelsen, 2014b).

## **Varför stannar de våldsutsatta kvinnorna kvar i relationen?**

Varför många våldsutsatta kvinnor inte lämnar relationen kan beskrivas utifrån normaliseringsprocessen, vilken innebär att både kvinnan och mannen i relationen accepterar och normaliserar våldet som blir en del av vardagen (Socialstyrelsen, 2015; Nordborg, 2008; Socialstyrelsen, 2009; Wendt & Enander, 2013). Alla gränser för vad som är godtagbart i en relation suddas till slut ut. Det finns flera viktiga delar i normaliseringsprocessen vilka bland annat är att mannen växlar mellan våld och värme och utövar kontroll över kvinnan samt att våldsutövandet erotiseras. Kvinnan ser till slut sig själv genom mannens ögon, att hon är våldets orsak. Kvinnan får en krympande självkänsla, lägger skulden på sig själv och isoleras från omgivningen. Kvinnans isolering från nära och kära gör att hon avskärmas från människor som kan hjälpa och bekräfta att situationen är oacceptabel. Mannen blir till slut den enda kontakt kvinnan har och isoleringen bidrar till att kvinnan förlorar verklighetsförankring. De faktorer som kan utlösa våldet är att mannen tror sig ha äganderätt till kvinnan, han styrs av svartsjuka, anser sig ha rätt att straffa kvinnan om hon utmanar hans auktoritet och att det finns förväntningar från mannen på kvinnans roll i hemmet. Kvinnan tvingas att anpassa sig och vara mannen till lags i syfte att få slut på våldet, en kamp för att överleva (Nordborg, 2008; Socialstyrelsen, 2009).

Orsaker till att kvinnor inte lämnar den våldsutövande partnern kan vara att de är rädda för att partnern ska hämnas eller att kvinnan inte har några andra ekonomiska alternativ (WHO, 2012). Det kan finnas bristande stöd från familj och vänner och en rädsla för att förlora vårdnaden om barnen vid en skilsmässa. Kärlek till partnern och hopp om att mannen kommer förändra sig är även en orsak till att kvinnor stannar kvar i en våldsam relation (Socialstyrelsen, 2015).

Våld mot kvinnor orsakat av män, har till stor del grund i samhällets könsmaktsordning där män som grupp är överordnade kvinnor som grupp (Johnsson-Latham, 2008; SKL, 2006). Begreppet könsmakt innefattar att tillgång till makt och inflytande är kopplat till eller

avgörande för vilket kön personen tillhör. Det innebär att män, i den bemärkelsen att han endast kopplat till det manliga könet oavsett individuell kompetens, kan få mer resurser inom familj och samhälle när det gäller utbildning, hälsovård, inflytande i form av prioritering av frågor eller hur resurser ska fördelas samt har större tillgång till högvärlönde arbeten (Johnsson-Latham, 2008).

## **Konsekvenser av våld och effekt på hälsa**

Kvinnors hälsa påverkas både fysiskt och psykiskt av våld i nära relationer. Akuta skador på kroppen som till exempel innefattar blåmärken, frakturer, skador i buken, bröstorg, utslagna tänder, samt huvudskador, men även psykiska trakasserier vilket innebär en riskfaktor för många andra sjukdomar. Ohälsa är ett resultat av våld i nära relationer för många kvinnor (WHO, 2012), det gäller även efter att våldet upphört (Socialstyrelsen, 2009).

Konsekvenser av våld är enligt NCK (2010) ökad risk för kroniska smärtor, gynekologiska sjukdomar, mag-tarmproblem, sexuellt överförbara infektioner och oönskade graviditeter. Ökad risk för psykiska problem som depression, ångest, sömnsvårigheter och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Socialstyrelsen, 2014a; NCK, 2010). Den våldsutsatta kvinnan kan riskera att få ett självdestruktivt beteende, alternativt utåtagerande beteende i form av våld mot andra personer, undvikande av specifika platser eller personer samt att undvika fysisk kontakt (Socialstyrelsen, 2014a). Det finns även kopplingar mellan kvinnors benägenhet till självmordsförsök och våld i hemmet (Socialstyrelsen, 2009). Våld mot kvinnor har även visat sig leda till långa sjukskrivningar, arbetslöshet, ekonomiska problem och isolering. Kvinnor kan likaså hindras från att söka hjälp hos exempelvis sjukvården (Socialstyrelsen, 2014b; Socialstyrelsen, 2009). Våldsutsatta kvinnor tenderar även att ha högre grad av missbruks- och beroendeproblematik än andra kvinnor (Socialstyrelsen, 2014a).

Våldsutsatta kvinnor söker ofta vård inom den somatiska vården och har många gånger bristande insikt i att våldet kan vara orsaken till de somatiska problemen (Socialstyrelsen, 2014a; NCK, 2010). För sjukvårdspersonal kan det kännas svårt att väcka frågan om våld i nära relationer när kvinnan inte uppvisar synliga skador på kroppen. Det finns dock mycket forskning som styrker faktumet att fysiskt och psykiskt våld har negativa effekter på hälsa (Socialstyrelsen, 2009; WHO, 2012; NCK, 2010; Björck & Heimer, 2008). Därför är det viktigt att vårdpersonal vågar ställa frågor om våldsutsatthet, speciellt om kvinnan har långvariga besvär och behandling inte givit någon effekt (NCK, 2010).

## **Vad förväntas av sjukvården?**

Hälso- och sjukvårdens ansvar för att upptäcka och identifiera våldsutsatta kvinnor samt ge adekvat vård och omhändertagande beskrivs tydligt i hälso- och sjukvårdslagen. I § 2 framgår det att hälso- och sjukvårdens mål ska vara att bidra till en god hälsa på lika villkor för alla människor. I § 2a står det även beskrivet vilka kraven är på vad en god vård innebär och som hälso- och sjukvård ska uppfylla, vilket gör det ännu mer tydligt vilket ansvar hälso- och sjukvården har gentemot våldsutsatta kvinnor (SFS 1982:763).

Hälso- och sjukvården har en viktig funktion i att upptäcka och identifiera våld i nära relationer (Björck & Heimer, 2008). En förutsättning för att våld upptäcks och för att kvinnan ska få hjälp är att personal inom hälso- och sjukvård ställer frågor om våld. Att fråga om erfarenhet av våld underlättar för kvinnan att berätta om sin situation och bidrar till att hon också vet vart hon kan vända sig till om hon behöver stöd och vård (Socialstyrelsen, 2014a). Bemötandet från vården är mycket centralt och är avgörande för att kvinnan känner sig trygg



nog att berätta om sin situation, vilket skapar möjligheter för henne att bli hjälpt. Viktiga aspekter för vårdpersonal att ha med i mötet med kvinnan är att atmosfären präglas av säkerhet, stöd och trygghet och att vårdgivaren tar sig tid, är empatisk, respektfull, kompetent, inlyssnande, inte pressar kvinnan samt kan förklara hur våld påverkar hälsan (Björck & Heimer, 2008). Att vårdpersonal tänker på hur frågan ställs och att ha i åtanke att den våldsutsatta kvinnan oftast inte har insikt om att hon är våldsutsatt. Att skapa en god relation mellan vårdare och patient byggd på tillit är av största vikt för att kvinnan ska berätta om våldsutsattheten. Det handlar dock inte bara om att fråga, vårdpersonal måste även leda personen vidare till rätta instanser samt även följa upp patienten för att våldsutsattheten ska minska och goda hälsoeffekter uppnås (Socialstyrelsen, 2014a).

Kvinnor berättar många gånger inte om våldet när de söker inom hälso- och sjukvård för fysiska eller psykiska problem, vilket delvis beror på att de normaliserat våldet och har bristande insikt i att våld är orsaken till ohälsan. Kvinnorna får sällan frågan av personal om de har erfarenhet av våld (Socialstyrelsen, 2014a). Kvinnorna kan även lida av skuld och skam inför att berätta, samt ha en rädsla för att inte bli trodd (Statens folkhälsoinstitut, 2008; Socialstyrelsen, 2014a). Vårdpersonal får även ta hänsyn till och ha i beaktande att den våldsutsatta kvinnan oftast har svårt med tillit till andra som resultat av det våld de utsatts för.

Det finns en ond cirkel i att de våldsutsatta kvinnorna inte berättar och att vårdpersonal inte frågar. Varför vårdpersonal inte frågar kan bland annat bero på en rädsla för att kränka patienten och gå för djupt in i patientens privatliv. Den största orsaken är att vårdpersonal saknar kunskap om våld i nära relationer och har svårt att veta hur de bäst ska hantera svaret som vårdpersonalen får eller hur de går vidare för att hjälpa och stödja på bästa sätt (Socialstyrelsen, 2014a; Björck & Heimer, 2008).

De hinder för samtal som kan finnas är att väntetider inom vården är för långa samt personalens tidsbrist. Ytterligare hinder är att det finns tendenser hos sjukvårdspersonalen att betrakta våldsutsatta kvinnor som viljelösa offer som saknar förmåga att vilja förändra sin situation. Detta kan resultera i att det inte upplevs som värt att lägga resurser på kvinnan då hon ses som ohjälplig (Björck & Heimer, 2008). Orsaker till att det inte blir någon förändring kan enligt Socialstyrelsen (2014) vara att uppsatta rutiner inte används, uppföljningen är bristande, personalens kunskap inom ämnet inte är adekvat samt att samverkan inte fungerar.

WHO tar upp rekommendationer för hur förändring ska ske vilka innefattar att det finns ett behov av att stärka det nationella deltagandet och ingripandet. Stödja det grundläggande förebyggandet av våld och ge stöd åt forskning samt samverkan. Ge kvinnor som utsatts för våld stöd (WHO, 2005). Socialstyrelsen (2014a) har även gått ut med rekommendationer att rutinmässigt fråga varje kvinna inom mödravården, vuxenpsykiatrin och alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatrin om erfarenheter av våld. Forskning har visat att antal rapporterade fall av våld i nära relationer ökat när personal rutinmässigt har frågat om erfarenheter av våld. Fortbildning till personal inom hälso- och sjukvård om våld i nära relationer rekommenderas även av Socialstyrelsen (2014a) i syfte att upptäcka våld då bristande kunskap i ämnet har identifierats.

## **Omvårdnadsteoretisk förankring**

Detta fördjupningsarbete har valt att ha fokus på begreppen *hälsa, hopp och vårdrelation*. Dessa är centrala begrepp utifrån värdegrunden för omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Sjuksköterskans grundläggande förhållningssätt och uppgift är

enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) att främja *hälsa* samt motverka ohälsa. Vårdaren ska stödja hälsosamma levnadsvanor, motverka illabefinnande, obehag samt lindra lidandet hos patienten. Förmågan att ge näring åt, samt stödja *hopp* kan vara av stor betydelse för patientens upplevelse av hälsa och lindrat lidande. *Vårdrelation* är en central del i omvårdnadsarbetet och förtydligar vikten av det ömsesidiga öppna mötet som en del i grunden för vad patientens hälsa är beroende av.

### *Hälsa*

Hälsa är något som upplevs individuellt av människor och människors tankar om hälsa hör samman med religiösa, kulturella, filosofiska, ekonomiska, politiska, etiska värderingar och tankesätt (Willman, 2009). Eriksson (1984) beskriver hälsa som mångdimensionellt, relativt och något som ständigt är i rörelse. Hälsa har ingen mening om inte livet har mening. Hälsa är både påtagligt och undflyende. Hälsa är något som berör hela människan och är en känsla av en inre balans och en känsla av att vara i jämvikt.

Två vanliga sätt att se på och förstå hälsa enligt Willman (2009) är det biomedicinska perspektivet och det humanistiska perspektivet. Det biomedicinska perspektivet beskrivs som att hälsa är motsatsen till sjukdom, hälsa är frånvaro av sjukdom och målet är att återställa hälsa genom att lindra och bota sjukdom. Det humanistiska perspektivet tar sin ansats ur holismen, att hälsa ses utifrån hela människan. Människans hälsa formas av dess upplevelser, välbefinnande och känsla av sammanhang och mening. Hälsa beskrivs även inom det humanistiska perspektivet som en process som människan upplever och själv skapar i det dagliga livet, något mer än frånvaro av sjukdom. Både det biomedicinska- och humanistiska perspektivet behövs för att förstå begreppet hälsa.

För att uppleva hälsa är känslan och upplevelsen av att känna hopp viktig. Det är viktigt eftersom hoppet är starkt sammankopplat med människans föreställningar om- samt tillit till en möjlig framtid och en ny morgondag, men även att se mening i morgondagen (Eriksson, 1984). Hopp är starkt kopplat till hälsa och livskvalitet (Willman, 2009) och ger hälsan riktning (Eriksson, 1984).

### *Hopp*

Begreppet hopp kan enligt Benzein (2009) delas in i två underkategorier. Det konkreta hoppet är kopplat till människans görande, det är riktat mot att hoppas på någonting, det är framtidsinriktat med ett positivt förväntat mål och individens energi läggs på att målet ska uppfyllas. Den andra kategorin är hopp som ett generellt tillstånd där en människa är i hopp. Det generella hoppet är kopplat till en meningsfull inre kraft, en känsla av att känna sig hemma och därmed finna källa till vila och krafthämtning samt att ha en identitet. De olika sätten att se på hopp är beroende av varandra men de kan ses ensamma, parallellt eller sammanlänkade. Hopp tar sig även olika uttryck beroende på vilka perspektiv som speglas. Friska individer har en inre process kring hoppet, en medvetenhet om sina möjligheter samt att det alltid finns valmöjligheter i att uppnå sina mål och drömmar. Hoppet hjälper till att blicka mot framtiden och bortom den givna situationen. Patienter eller anhöriga till de med sjukdom anser att hoppet är en önskan om att bli frisk och återgå till ett normalt liv.

Det är viktigt att ha med sig att vid tillfällen där hoppet fokuseras finns ofta i bakgrunden misströstan och hopplöshet. Hoppet kan beskrivas som en inspiration, en levd erfarenhet av hälsa. Hoppet kan vara det som överskrider nuet, det som startar en förändring (Willman,

2009). Eriksson (1984) skriver att hoppet ger människan tröst genom en förväntan på och vilja till förändring.

Hoppet finns alltid med, men det är i svåra stunder hoppet synliggörs. Det är en drivkraft som visar sig i begär, önskningar och längtan. Hopp kan handla om en dröm eller önskan om befrielse ifrån nuet. Innehållet i hopp kan vara kämparanda, glöd, önskan eller en vägran som leder till hälsa. Hopp kan ses som möjligheter bland motgångar, en livshållning. Hopp är att inte ge upp, det är att förskjuta negativa tankar och att föreställa sig att nästa dag ska bli bättre. Familj och anhöriga kan skapa näring för hoppet (Willman, 2009). Hopp är knutet till bekräftande relationer med andra människor i uppriktig närvaro. Tillgänglighet och stödjande relationer är avgörande för att uppleva hopp (Benzein, 2012).

### *Vårdrelation*

Vårdrelationen som skapas mellan vårdare och patient är grunden för omvårdnad och handlar om att skapa vårdande möten. En vårdande relation präglas av en gemenskap, en förbindelse mellan patient och vårdare (Dahlberg & Segesten, 2010; Berg, 2006). Relationen kräver att de båda är aktiva i mötet och att ömsesidig tillit existerar mellan vårdare och patient. Vårdaren vårdar i samråd med patienten, på inrådan av patientens vilja (Kasén, 2012). Det finns en asymmetri i vårdrelationen i och med att patienten är den vårdsökande, sårbara och vårdaren den hjälpande. Vårdaren har i och med sin kompetens, kunskap och ställning ansvar för att mötet och relationen blir vårdande (Dahlberg & Segesten, 2010; Berg, 2006).

Kasén (2012) beskriver vårdrelationen utifrån fyra teoretiska perspektiv vilka är *beröring, förpliktelse, förhållande och berättelse*. Förhållandet uppkommer i tid och i ett sammanhang (Kasén, 2012; Snellman, 2009; Berg, 2006). Förpliktelsen handlar om ett löfte från vårdarens sida att inte överge, att ge vård och när patienten tar emot vården kan en förbindelse växa fram dem emellan. Berättelsen är det som patienten förmedlar till vårdaren utifrån sitt lidande som ömsesidigt berör dem. Vårdaren har ansvar i att ha en sann närvaro i mötet, att ta sig tid och att visa öppenhet, vänlighet samt vara inbjudande. En förbindelse utvecklas mellan patient och vårdare där vårdaren har ansvar i att värna om och skydda patientens värdighet och genom detta lindra lidandet för patienten. Således blir vårdaren medaktör i patientens lidande (Kasén, 2012; Snellman, 2009; Berg, 2006; Dahlberg & Segesten, 2010).

Vid en avsaknad av vårdrelation där relationen inte är vårdande riskerar patienten bli ett vårdfall som uppmärksammas enbart i relation med medicinteknisk vård. Fysisk vård ges men inget därutöver. Patienten blir maktlös i en sådan position, vilket innebär ett vårdlidande då patientens värdighet kränks (Kasén, 2012).

## **Problemformulering**

Våld i nära relationer är ett uppmärksammat samhällsproblem. WHO och Socialstyrelsen arbetar preventivt mot våld i nära relationer, trots det kvarstår problemet. Den grupp som är speciellt utsatt för våld är kvinnor. En bidragande orsak till att våld mot kvinnor i nära relationer inte uppmärksammas hör bland annat ihop med att kvinnorna inte vågar berätta om sin situation. Sjukvården är en av de instanser som kommer i kontakt med kvinnorna och spelar därmed en stor roll i att uppmärksamma våld. I detta fördjupningsarbete undersöks vilka aspekter i vårdrelationen mellan sjuksköterska och den våldsutsatta kvinnan som är av betydelse och som kan underlätta för kvinnan att våga berätta om sin situation och därmed uppmärksamma våldet.

## Syfte

Syftet med fördjupningsarbetet var att beskriva hur sjuksköterskan kan skapa en vårdrelation med kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer.

## Metod

En litteraturöversikt valdes som metod i fördjupningsarbetet för att besvara syftet. En litteraturöversikt är en strukturerad sammanställning av redan befintlig forskning, både kvalitativ och kvantitativ, som exempelvis forskningsartiklar och rapporter. Metoden ger en översikt och skapar en bild över kunskapsläget inom det valda området eller kan beskriva ett problem. Litteraturen granskas utifrån dess kvalité och en analys utförs, som skapar en översikt av det beskrivna området. En litteraturöversikt är ett lämpligt val av metod vid examensarbeten på kandidatnivå. Motivet till att en allmän litteraturöversikt valdes som metod i fördjupningsarbetet var att skapa en överblick kring ett avgränsat område (Friberg, 2012b). En problemformulering upprättades där syftet ringades in och där det framgår vad problemet är, varför det är ett problem samt vilken kunskap som kan utvinnas (Friberg, 2012a).

## Litteratursökning

Utifrån problemformulering och syfte utfördes sökningen vilket avgjorde vilka artiklar som slutligen valdes. Möte bokades med bibliotekarie för att undersöka vilka sökord som var relevanta för litteratursökningen. Databaser som användes var Cinahl, Scopus och PubMed.

En avgränsning av studier genomfördes för att området inte skulle bli för omfattande (Friberg, 2012b). Inklusionskriterier utgjordes av att fokus skulle vara antingen vårdares upplevelser av att vårda kvinnor utsatta för våld i nära relationer eller våldsutsatta kvinnors upplevelse av vårdare/vården. Artiklarna skulle vara peer-reviewed, originalartiklar med fulltext och ha språk på engelska eller svenska. Ett annat inklusionskriterium var att grundutbildade sjuksköterskor skulle finnas med i studierna. Exklusionskriterier innefattade våld mot män, våld i samkönade relationer och våld mot barn. Artiklar med enbart specialistutbildade sjuksköterskor exkluderades.

Sökorden intimate partner violence och domestic violence valdes utifrån syftet och var genomgående med vid sökningarna förutom då sökordet battered women användes samt domestic abuse, vilken gjordes då sökorden identifierats i andra artiklar som var av värde för syftet. För att relatera till sjuksköterskan och omvårdnad användes sökorden nursing och nurse. Då en uppfattning saknades kring vilket gensvar kvinnorna fick i mötet med vårdpersonal lades response till i en av sökningarna. Sökordet professional-patient relations var en hjälp till att hitta artiklar som beskrev mötet mellan vårdare och patient och valdes därutefter. Psychosocial factors togs med som sökord i en av sökningarna för att få en större bild av hur psykosociala faktorer har betydelse för mötet. För att få en mer konkret bild av upplevelsen av vårdandet valdes sökordet experience i en av sökningarna kombinerat med care. I två av sökningarna valdes en begränsning på år 2012-2015 samt på år 2014-2015 för att få fram mer aktuell forskning. Samtliga artiklar var vetenskapligt granskade, peer-reviewed och originalartiklar. I databasen Cinahl utfördes alltid begränsningen att artiklarna skulle vara peer-reviewed och research article. I de databaser där dessa begränsningar inte

aktivt kunde utföras kontrollerades studiens tidskrift i Ulrichsweb som är en katalog över periodiska tidskrifter. Denna kontroll visade att tidskrifterna är akademiska tidskrifter och är peer-reviewed, det vill säga vetenskapligt granskade.

Sökorden togs fram och utgick i flertalet av fallen utifrån ämnesordssökningar, Svensk-MeSH för att få fram ett korrekt sökord. I bilaga 1 presenteras valet av att inkludera subject (SU) i två sökningar i Cinahl, vilket bidrog till en mer korrekt sökträff. Boolesk sökteknik användes, vilket Östlundh (2012) beskriver genom att operatörer "AND" valdes för att koppla samman två sökord med varandra. Denna teknik användes i alla databaser.

Sökprocessen dokumenterades regelbundet och information såsom databas, sökord, begränsningar, antal träffar, lästa och granskade artiklar samt valda artiklar skrevs ned. Den dokumenterade sökprocessen presenteras genom en söktabell i bilaga 1. Söktabellen analyserades kontinuerligt och fylldes på, alternativt togs irrelevanta sökningar bort efter hand, vilket Östlundh (2012) beskriver som bra eftersom alla delar inte faller på plats direkt utan utvecklas längre in i sökprocessen.

## **Analys av studierna**

Först skannades artiklarnas rubriker utifrån litteraturstudiens syfte. Om rubriken svarade på syftet, lästes artikelns abstrakt och om det motsvarade fördjupningsarbetets syftet valdes artikeln ut att läsas i sin helhet. Vidare i bedömningen lästes artiklarna i sin helhet och var de fortfarande relevanta för syftet valdes de ut för kvalitetsgranskning. Kvalitetsgranskningen gjordes genom att de valda artiklarna utvärderades utifrån ett modifierat protokoll för kvalitetsbedömning baserad på Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011), se bilaga 3. De artiklar som valdes ut och granskades presenteras i en artikelöversikt i form av en tabell för att få en överskådlig bild av respektive artikel (Friberg, 2012a). Ur artikelöversikten framgår titel, författare, syfte, metod och resultat som presenteras i bilaga 2. Samtliga artiklar var kvalitativa, eftersom upplevelsen var i fokus. Flera artiklar granskades då svarade mot syftet utifrån titel och abstrakt. Några av artiklarna valdes bort eftersom de inte hade grundutbildade sjuksköterskor med i studien, hade en låg kvalitet utifrån kvalitetsbedömningen eller inte stämde in på syftet för fördjupningsarbetet.

Artiklarna som valdes ut var alla av hög kvalitet enligt kvalitetsbedömningen och vidare analys fortsatte. Studier med låg kvalitet exkluderades. Hög kvalitet innebar att artikeln fått poäng från sju till åtta av totalt åtta på kvalitetsbedömningen. Medelhög kvalitet innebar poäng mellan fem till och med sex. Litteraturstudien baserades på totalt tolv artiklar. Artiklarna var ifrån Sverige (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014), USA (Chang, Buranosky, Dado, Cluss, Hawker, Rothe, McNeil & Scholle, 2009; Chang, Decker, Moracco, Martin, Petersen & Frasier, 2005; Battaglia, Finley & Liebschutz, 2003; Watt, Bobrow & Moracco, 2008; Gerbert, Abercrombie, Caspers, Love & Bronstone, 1999), Finland (Hägglom & Möller, 2006; Hägglom & Fredriksen 2011), Australien (Tower, McMurray, Rowe & Wallis, 2006;), Skottland (Bradbury-Jones, Taylor, Kroll & Duncan, 2014; Bradbury-Jones, Duncan, Kroll, Moy & Taylor, 2011) och Tyskland (Larsen., Krohn, Püschel & Seifert, 2014). De tolv artiklar som valdes lästes igenom var och en för sig för att sedan diskuteras och granskas tillsammans. Analysen gjordes utefter Friberg (2012b) och innebar att artiklarna lästes om flertalet gånger för att få en djupare förståelse kring innehållet. Efter grundlig läsning och kontinuerlig anteckning vid sidan av utforskades och jämfördes likheter och/eller olikheter i artiklarnas resultat innehåll. Likheter och olikheter i artiklarna sammanställdes och vägdes mot varandra, samt sorterades i teman och subteman. Teman och

subteman reviderades under tiden som resultatet växte fram. Teman fick bearbetas om flera gånger under tidens gång. Slutligen identifierades fyra huvudteman och fyra subteman. Eftersom artiklarna var kvalitativa gick det bra att jämföra och sammanlänka de olika resultaten och hänsyn behövdes därmed inte tas till eventuella olikheter i kvalitativa och kvantitativa resultat (Friberg, 2012b).

## **Etiska överväganden**

Forskningsetik är en viktig komponent som bör genomsyra ett projekt genom hela processen. Forskningsetik handlar om att skydda och värna om människors lika värde, självbestämmande och integritet. Detta görs för att undvika att människor såras, tar skada eller utnyttjas i en studie (Kjellström, 2012). Studier om ett så känsligt område som våld kräver särskild reflektion runt deltagarnas integritet. Särskild hänsyn har därför tagits till att studierna måste vara granskade och godkända av en etisk kommitté eller föra ett tydligt etisk resonemang.

## **Resultat**

Resultatet presenteras utifrån teman som svarar på syftet. Fokus för samtliga teman är i mötet mellan vårdaren och kvinnan. Huvudteman som presenteras är att vara där för kvinnan och att ta sig tid, att ställa frågan om våldsutsatthet, att ha en medveten hållning och att uppmärksamma kvinnors känsla av hopplöshet. Ett huvudtema innefattar även subteman.

I resultatet beskrivs sjuksköterskan som "sjuksköterskan" i de fall studierna varit tydliga med yrkeskategorin sjuksköterska. Även andra yrkeskategorier har varit intervjuade i studierna och där yrket sjuksköterska inte tydligt beskrivs benämns personen som vårdaren. Kvinnorna utsatta för våld i nära relationer beskrivs som "kvinnan" eller "kvinnorna" i resultatet.

### **Att vara där för kvinnan och att ta sig tid**

Detta tema beskriver att som vårdare ha förmågan att ge utrymme i mötet genom att ta sig tid, våga vara tyst och finnas till för kvinnan.

Att som vårdare ha förmåga att lyssna i mötet med kvinnan belyser flertalet studier som betydande för mötet (Battaglia et al., 2003; Häggblom & Möller, 2006; Häggblom & Fredriksen, 2011; Tower et al., 2006; Larsen et al., 2014). Att verkligen lyssna beskrevs som viktigt av kvinnorna intervjuade i Larsen et al. (2014) och präglades av att vårdaren ingav en känsla av att kvinnan var förstörd, inte ensam och att hon skulle få hjälp. Det beskrevs att vårdaren bör inge en känsla av att kvinnan är på en trygg plats, vårdaren är där för kvinnan och att vårdaren inte är likgiltig till kvinnans situation utan bryr sig (Watt et al., 2008).

Tower et al. (2006) beskriver att kvinnor inte förväntar sig att vårdaren ska lösa kvinnans problem, utan att de vill ha en vårdare som lyssnar och ger ett gensvar med respekt för kvinnan. Likheter kan ses i Chang et al. (2005) där kvinnor såg frågan om erfarenheter av våld som en möjlighet till att få information och stöd. De såg inte frågan som en metod för att identifiera våld i nära relationer eller som ett sätt att screena i syfte att diagnostisera ett patologiskt tillstånd. En kvinna beskrev att vårdaren inte bör ställa frågan för vårdarens egen skull, de bör ställa frågan för att erbjuda kvinnan hjälp (Chang, et al., 2005). Två studier visar att det handlar om att som vårdare inte bli lösningsinriktad i mötet med kvinnan, utan om att ha förmågan att finnas till för kvinnan (Chang, et al., 2005; Tower et al., 2006). Att som vårdare finnas till innebar enligt Häggblom & Fredriksen (2011) att ge kvinnan utrymme i mötet genom att våga möta tystnaden och lyssna in och samtidigt finnas kvar för kvinnan i

tystnaden.

Vikten av att vårdaren tar sig tid för att skapa ett möte där kvinnorna känner tillit, trygghet och en känsla av att vårdaren bryr sig lyftes fram (Hägglom & Möller 2006; Chang et al., 2005; Battaglia et al., 2003; Bradbury-Jones et al., 2011). Bradbury-Jones et al. (2011) beskrev att det viktigaste i mötet inte är längden på mötet utan innebörden, att vara närvarande under mötet. Hinder för att vårdaren kan ta sig tid beskrevs av Chang et al. (2009) genom den tidsbrist som existerar inom vården. Tidsbristen beskrevs även skapa en rädsla hos vårdarna att upptäcka våld i nära relationer och behöva ta tag i det emotionella mötet.

### **Att ställa frågan om våld**

Temat betonar vikten av att motivera frågan om våld och ställa frågan direkt eller indirekt beroende på var kvinnan känslomässigt befinner sig i processen.

Att som vårdare motivera och förklara varför frågan om våld ställs lyftes fram i studierna (Chang et al., 2005; Hägglom & Möller, 2006). Anledningen till rädslan för att berätta om våldsutsattheten bottnade i att de var osäkra på vårdarens intentioner med frågan och osäkra på vad som skulle hända om de berättade. Vårdaren bör även ställa frågan om våldsutsatthet i miljöer och under omständigheter som är trygga för att ge kvinnan en möjlighet till att prata öppet om våldet (Chang et al., 2005; Hägglom & Möller, 2006). Många studier tar upp att vårdaren har en stor och viktig roll i mötet med kvinnorna (Chang et al., 2009; Hägglom & Möller, 2006; Bradbury-Jones et al., 2014; Larsen et al., 2014). Vårdare har ansvar i att fråga om våldet, eftersom detta hjälper kvinnan i att bli medveten om sin utsatthet (Bradbury-Jones et al., 2014).

Några studier beskrev att det finns två sätt att ställa frågan om erfarenheter av våld på, antingen indirekt eller direkt (Hägglom & Fredriksen, 2011; Gerbert et al. 1999; Chang et al., 2005; Hägglom & Möller, 2006). Studier beskrev att våldet kan identifieras genom indirekta frågor, vilka innefattar öppna, inkännande frågor som skapar ett personligt band med kvinnan. (Hägglom & Fredriksen, 2011; Gerbert et al., 1999; Chang et al., 2005). Frågan kan även ställas direkt antingen via ett konstaterande som i Gerbert et al. (1999) studie eller som Chang et al. (2005) lyfter att ställa den direkta frågan som en del av anamnesen. Två andra studier (Hägglom & Möller, 2006; Hägglom & Fredriksen, 2011) beskriver att våldet kan tas upp direkt via raka frågor om våld.

Gerbert et al. (1999) beskriver utifrån kvinnornas perspektiv den komplexa dansen av att berätta om sin våldsutsatthet och vårdarens identifiering. Berättandet beskrevs gå mellan direkt, indirekt och underförstått. I varje möte med vården valde kvinnan hur hon ville ställa sig till om hon skulle berätta om våldet. Ibland hoppfull om att bli påkommen och ibland rädd för att våldet skulle upptäckas. Vårdpersonalen frågade ibland direkt, ibland indirekt eller inte alls. Kombinationen av den våldsutsattas och vårdarens beteenden verkade skapa variationer av en komplex subtil dans. Vissa kvinnor berättade när de fått en direkt fråga om våldet, andra valde att berätta själva efter år av förnekande. Watt et al. (2008) beskriver olika stadier i processen för kvinnan att bli redo för att berätta om våldet och till slut söka hjälp. Kvinnorna vill bli tillfrågade, men först när de nått det rätta stadiet i sin process att bli redo. Sjuksköterskorna i studien ansåg att innan kvinnan nått det stadiet skulle vårdpersonalen vara öppen, försiktig och upprepa att de var där för kvinnan samt försöka få en anknytning till kvinnan.

## **Att ha en medveten hållning**

Temat beskriver vilka egenskaper och vilka förutsättningar som är viktiga för vårdaren att bära med sig in i mötet. Det som framkom var en medvetenhet om vikten av att ge trygghet, stöd, tillit, att vara bekräftande, icke-dömande och respekterande. En upplevelse av att som vårdare lyssna till sin intuition framkom och vikten av kunskap samt förståelse.

### *Ge trygghet, stöd och tillit för att uppnå hälsa*

Flertalet studier lyfte fram att vårdarens stöd var viktigt för kvinnorna (Tower et al., 2006; Bradbury-Jones et al., 2011; Bradbury-Jones et al., 2014; Larsen et al., 2014). Betydelsen av att skapa en tillit mellan vårdare och kvinnan belystes också (Battaglia et al., 2003; Häggblom & Fredriksen, 2011; Bradbury-Jones et al. 2011). Att vårdaren har en empatisk förmåga är viktigt för mötet med kvinnan (Pratt-Eriksson et al., 2014; Tower et al., 2006; Häggblom & Möller, 2006; Larsen et al., 2014). Bemötandet från vårdare påverkar kvinnors hälsa, vilket uttrycktes i Tower et al. (2006) där ett dåligt bemötande visade sig påverka kvinnornas hälsa negativt.

För att skapa tillit krävs en öppen kommunikation, försäkring av konfidentialitet och att behandla kvinnorna som individer kapabla att ta beslut. Vårdare som visade omsorg och brydde sig om kvinnornas välmående bidrog även till skapande av tillit (Battaglia et al., 2003). Vikten av att bry sig betonades (Tower et al., 2006; Pratt-Eriksson et al., 2014), liksom att som sjuksköterska i mötet göra sig förtjänt av tilliten från kvinnan genom att uppträda på ett sätt som bidrar till att kvinnan vågar öppna upp sig (Häggblom & Fredriksen, 2011). Kvinnor lyfte fram tillit som avgörande i relationen mellan vårdare och kvinnan (Bradbury-Jones et al., 2011).

En dålig relation med vårdaren beskrevs som att vårdaren hade en attityd av att inte bry sig, saknade empati och tålmod samt visade en ignorans gentemot kvinnorna (Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnornas lidande negligerades och de kände sig maktlösa samt upplevde bristande stöd. Bristen på stöd och vård ledde till återtraumatisering, lidande och en känsla av existentiell ensamhet.

Tyst kommunikation i icke-verbala handlingar genom kroppsspråket såsom leenden, beröring, ögonkontakt visade sig vara betydelsefulla för att inge värme, uppmärksamhet, respekt, stöd och lugn för kvinnorna (Battaglia et al., 2003; Chang et al., 2005; Häggblom & Möller, 2006). En kvinna beskrev uttryckandet av medlidande genom icke-verbala handlingar som att vårdaren såg kvinnan som en människa med ett eget värde (Gerbert et al., 1999).

### *Att bekräfta, vara icke-dömande och respekterande*

Att bekräfta kvinnan var betydelsefullt (Battaglia et al., 2003; Gerbert et al., 1999; Tower et al., 2006). Att vårdaren förstår och bekräftar att våldet förekommer, att förövarens beteende är fel och att kvinnan förtjänar ett bättre bemötande från mannen var viktigt. I många fall visade sig bekräftelse från vårdare öka utvecklingen till att våga berätta. Bekräftelsen gav en känsla av lättnad och tröst, men bidrog även till att kvinnorna insåg allvaret i situationen och skapade en vilja till förändring. Att få bekräftelse beskrevs av kvinnorna som en vändpunkt som förändrade sättet de såg på sig själva eller på sin situation och hjälpte dem att förstå att de hade valmöjligheter samt att de kunde ta sig ur det våldsamma förhållandet (Gerbert et al., 1999). Bekräftelsen bidrog till att uppmärksamma kvinnans upplevelse av våld utan att lägga skuld eller skam på henne (Battaglia et al., 2003).



Det är av stor betydelsen att som vårdare inte vara dömande i mötet (Tower et al., 2006; Battaglia et al., 2003; Bradbury-Jones et al., 2011; Watt et al., 2008; Gerbert et al., 1999). Erfarenheter av ett dömande bemötande från vårdaren bidrog med känsla av att vara beskylld för att leva i en våldsam relation, vilket resulterade i att vissa kvinnor drog sig undan vården när de som allra mest var i behov av hjälp (Tower et al., 2006). Kvinnor i Bradbury-Jones et al. (2011) studie upplevde att sjuksköterskor som inte är dömande kan ha en betydande effekt på att minska kvinnornas känsla av skuld, få kvinnornas tillit och därigenom tillsammans bilda en positiv relation.

Att vårdaren visar respekt i mötet var också centralt (Hägglom & Möller, 2006; Pratt-Eriksson et al., 2014; Gerbert et al., 1999; Watt et al., 2008; Battaglia et al., 2003). Kvinnorna hade känslor av att inte bli tagna på allvar eller bli respekterade. De beskrev en känsla av att bli misstrodd och inte tala sanning och hade ett stort behov av att vilja känna sig respekterade samt förstådda av vårdpersonal (Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnans upplevelse av att inte känna sig trodd och vikten av att vårdaren behövde inge en känsla av att kvinnan är trodd togs upp som väsentligt (Hägglom & Möller, 2006; Tower et al., 2006; Larsen et al., 2014).

#### *Att lyssna på en "magkänsla" om att något inte stämmer*

Hägglom och Möller (2006) fann att sjuksköterskorna i mötet med kvinnor ofta lyssnade till sin intuition. Sjuksköterskorna beskrev "en magkänsla" när något i en patients historia inte stämmer. När exempelvis kvinnans skador på kroppen inte hör ihop med den historien hon berättar. Hägglom och Fredriksen (2011) beskrev på samma sätt ingivelsen vårdare fick i mötet och att det handlade om att känna in situationen. Ingivelsen var som ett konkret fenomen, en del sjuksköterskor talade om intuition och andra om en förnimmelse. De beskrev intrycken som exempelvis något de setts hos kvinnorna, något ord som hade sagts eller ett annorlunda tonläge. Ingivelsen och intrycket hjälpte sjuksköterskan i att uppmärksamma kvinnornas verkliga problem, vilket sedan ledde till ett agerande i form av konkreta åtgärder.

#### *Att skapa förutsättningar – kunskap och förståelse*

En kvinna intervjuad i Chang et al. (2005) studie lyfte fram vikten av att få en personlig kontakt till vårdaren. Ett sätt att skapa en personlig kontakt var genom att tilltala kvinnan vid hennes namn och titta på henne som en vän. Battaglia et al. (2003) tydliggör att vårdare som hade förmågan att engagera sig på en personlig nivå i relationen mellan patient och vårdare skapade en emotionell jämlikhet mellan dem. Den trygghet som även skapades mellan dem bidrog i flera fall till att kvinnan vågade lämna den våldsamma relationen med mannen. Gemensam etnicitet och gemensamma upplevelser med vårdaren beskrevs skapa en närmare förtroelighet mellan dem. Genom att vårdaren delade sina egna känslor skapades en tillit till vårdaren. Kvinnorna upplevde det som positivt att vårdaren ställde personliga frågor, brydde sig om kvinnans familjemedlemmar eller att kvinnan kände vårdaren utanför vårdinrättningen (Battaglia et al., 2003).

Att kunskapsbrist hos vårdare kring våld i nära relationer existerar tar flera studier upp och att detta bidrar till en otrygghet i att prata om våld (Hägglom & Möller, 2006; Bradbury-Jones et al., 2014; Battaglia et al., 2003; Gebert et al., 1999). Vårdarna beskrev en otrygghet i att inte veta hur svaret skulle hanteras efter att ha ställt frågor om våldsutsatthet (Chang et al., 2005). Kvinnorna beskrev upplevelser av vårdpersonalens ovilja att fråga om våld i nära relationer och de antog att personalen inte visste hur de skulle göra, men pekade på att de borde ha den kunskapen (Bradbury-Jones et al., 2014). Behovet av utbildning för vårdarna i

ämnet underströks och ses som en bidragande faktor till ökad vilja, möjlighet och trygghet i att hjälpa kvinnorna (Chang et al., 2009; Häggblom & Möller, 2006; Battanglia et al., 2003; Bradbury-Jones et al., 2014). Chang et al. (2009) beskrev att hos de deltagare i studien som var bäst utrustade i att hantera frågor kring våld i nära relationer så fanns det kontinuerliga utbildningsmöjligheter, inte bara i uppmärksammandet av våld utan även i att se dess stora betydelse för hälsan.

Flera studier understryker att vårdare behöver förstå den fulla bakgrunden till kvinnornas våldsutsatthet (Larsen et al., 2014; Tower et al., 2006; Häggblom & Möller, 2006). Enligt Larsen et al. (2014) kände kvinnor att vårdare i vissa fall var ute efter en snabb lösning på deras problem exempelvis genom att skriva ut tabletter och att vårdaren inte tar sig tid att på djupet förstå kärnan i deras hälsoproblem. Häggblom och Möller (2006) lyfter det som viktigt att sjuksköterskan har förmåga att förstå kvinnans långa process i att lämna en våldsamt man.

Vid tillfällen där det finns starka misstankar från vårdarens sida om att kvinnan är utsatt för våld men kvinnan vägrar berätta fanns erfarenhet av att vårdaren blev frustrerad. Kvinnorna råder vårdare att vid dessa tillfällen ha tålamod och fortsätta ge stöd samt att oavsett ge information och broschyrer om våld i nära relationer (Chang et al., 2005). Kvinnorna belyser även vikten av att vårdaren inser att kvinnan inte är redo att prata om våldet och att det kan vara mycket svårt för kvinnan att berätta. Även kvinnorna i Pratt-Eriksson et al. (2014) understryker vikten av tålamod hos vårdpersonalen.

### **Att uppmärksamma kvinnornas känsla av hopplöshet**

Temat lyfter fram att kvinnorna i sin situation kände hopplöshet och att ingivandet av hopp var viktigt.

Våldets effekter på kvinnans hälsa bidrog till att kvinnan kände en hopplöshet (Tower et al., 2006). Gerbert et al. (1999) tog upp i sin artikel om hur en av de våldsutsatta kvinnorna hoppades att vårdpersonalen skulle se tecknen på våld, undersöka vad det berodde på och fråga. I artikeln av Pratt-Eriksson et al. (2014) nämndes hopp som något som gick förlorat. Watt et al. (2008) nämnde att det är viktigt att sjuksköterskan inger hopp för kvinnorna som är i absoluta slutfasen av att lämna ett våldsamt förhållande. Ytterligare en artikel som berörde hopp var Battaglia et al. (2003) som beskrev hur våldsutsatta kvinnor upplevde att stärkande uttalanden uppmuntrade dem att känna hoppfullhet.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Våld i nära relationer är i sin helhet ett ämne som är väl beforskat, dock är inte mötet med kvinnan och vårdrelationen beskrivet i lika stor utsträckning vilket kan ses som en svaghet. För att möjliggöra en fördjupning i ämnet valdes sökningar att genomföras i tre olika databaser med gott resultat. Hänsyn har tagits till att andra sökord skulle kunnat bidra till att resultatet sett annorlunda ut. Hopp eller hälsa hade kunnat inkluderas i sökningen med eventuell påverkan på resultat.

Det faktum att de något äldre artiklarna jämfördes med de nyare artiklarna och att liknande resultat framkom visar på artiklarnas relevans. Det finns en medvetenhet kring att artikeln

Gerbert et al. (1999) är äldre, men den valdes att användas då den i databasen Scopus hade citerats 85 gånger, vilket ger den en större trovärdighet. Artiklarna är från flera länder, men med liknande resultat vilket ger en helhetsbild. Ett antal av artiklarna var skrivna av samma författare (Bradbury-Jones et al., 2011; Bradbury-Jones et al., 2014; Chang et al., 2009; Chang et al., 2005; Häggblom & Möller, 2006; Häggblom & Fredriksen, 2011) vilket kan förklaras genom att forskarna har valt att specialisera sig inom ämnet och därför förekommer de oftare. Det visade sig att alla valda artiklarna inom ämnet var kvalitativa. Då syftet med examensarbetet var att granska ”hur” sjuksköterskan kan skapa en vårdrelation kan denna avgränsning beskrivas som naturlig och väntad.

Vid kvalitetsgranskning som utfördes var de mallar som fanns inte tillräckligt anpassade utifrån författarna kompetens. Därför skapades en ny mall, se bilaga 3, med grund i mallen gjord av Willman et al. (2011). Den modifierade mallen kändes mer lätthanterlig och gjorde bedömningen av artiklarna enklare. Utifrån den modifierade granskningsmallen var maxpoäng åtta och alla studier utom fem utav de tolv valda fick max antal poäng. Det som inte uppfylldes var att artikelförfattarna brustit i att reflektera över sin förförståelse (Battaglia et al., 2003; Watt et al., 2008; Larsen et al., 2014; Bradbury-Jones et al., 2011) eller att de inte hade ett tydligt etiskt godkännande (Häggblom & Möller, 2006). I det fallet etiskt godkännande saknades gjordes djupare efterforskning och ett godkännande kunde fastställas genom att tidskriften som artikeln blivit publicerad i hade krav på etiskt godkännande. Några artiklar förde inte något resonemang kring sin egen förförståelse och hur denna eventuellt kan påverka analysen. Dessa artiklar hade dock andra reflektioner kring sina brister och begränsningar som stärkte upp kvaliteten. Samtliga tolv valda artiklar fick bedömningen ”hög” i kvalitetsgranskningen och hade artiklarna granskats av någon med större vana hade kanske kvalitetsgranskningen sett annorlunda ut. Inklusionkriteriet gällande språk, svenska eller engelska, kan ha begränsat urvalet och det finns en risk att relevanta artiklar missades på grund av denna avgränsning, emellertid hade inte en annan lösning kunnat göras. Resultatet var mycket omfattande och därför var det viktigt att sammanfatta innehållet och försöka koncentrera de olika temana. I samråd med handledare har resultatet diskuterats och justerats.

De frågetecken som uppdagades i fyra av artiklarna (Watt et al., 2008; Larsen et al., 2014; Battaglia et al., 2003; Gerbert et al., 1999) var att de erbjöd kvinnorna pengar för att delta i studien samt att det i några av artiklarna inte helt framkom vad som hände med deltagare som valdes bort från studien. När pengar blandas in kan det bli problematiskt genom att det gör deltagarna mer beroende av studien och att deras svar samt deltagandet därför kan påverkas. I de fall där deltagare exkluderades hade det varit forskningsetiskt korrekt med en, i metoden beskriven, förfrågan om uppföljningsplan samt eventuell referens vidare. Problemet som uppkommer då är att anonymiteten i studien eventuellt kan påverkas. Kvinnor utsatta för våld i nära relationer är en skör och utsatt grupp och det krävs därför ett extra etiskt resonemang.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet påvisar vad som krävs för att skapa en vårdrelation i mötet med den våldsutsatta kvinnan.

Att kunna känna av en person som vårdare genom att förstå vart personen känslomässigt befinner sig lyftes fram. Snellman (2009) beskriver att vårdaren genom sin person sätter prägel på vårdhandlingarna som utförs. En självmedvetenhet är viktigt och att det är först i förståelsen av sig själv som möjligheten att förstå andra uppstår. Detta påstående bekräftas

även av Eriksson (1984) som beskriver att om en person förstår sig själv ökar dennes självförtroende, vilket bidrar till att personen därmed kan förstå andra. I att tänka på vad som uttrycks i de verbala och icke-verbala handlingarna hör även en viss självmedvetenhet hos vårdaren in som Snellman (2009) berör. Ur detta tema beskrev kvinnorna att det vårdaren uttryckte med kroppsspråket genom ögonkontakt, leenden och beröring var av betydelse för deras känsla av stöd och av att bli respekterade (Battaglia et al., 2003; Chang et al., 2005; Häggblom & Möller, 2006). Att vårdaren har en självmedvetenhet i vad som uttrycks i exempelvis kroppsspråket skapar en möjlighet att kunna förstå och hjälpa kvinnan.

I resultatet beskrevs hur vårdaren skapade en kontakt genom att nå kvinnan på ett personligt plan. Kvinnorna intervjuade i studien såg det som positivt att känna vårdaren utanför vårdinrättningen och att vårdaren ställde personliga frågor. När vårdaren och kvinnan delade upplevelser fann de en gemenskap och därmed skapades tillit mellan dem (Battaglia et al., 2003). Risker kan i denna relation identifieras då den vårdande relationen riskerar att bli en vänskapsrelation som Dahlberg och Segesten (2010) beskriver. Vårdrelationen präglas av en asymmetri, vilket innebär att patienten och dess behov är i fokus. Det är viktigt att kunna se en skillnad på en naturlig vänskapsrelation och en vårdrelation mellan vårdare och patient. En professionell relation, en vårdrelation handlar även om att vårdaren inte kan kräva att få ut något ur relationen för sin egen del.

Ordet hopp tas upp av studier (Gerbert et al., 1999; Pratt-Eriksson et al., 2014; Watt et al., 2008; Battaglia et al., 2003) då exempelvis kvinnor uttryckte att de saknade hopp på grund av våldets effekt på deras hälsa (Tower et al., 2006). Studierna uppmärksammar att hopplöshet existerar för kvinnorna i deras situation och en sjuksköterska beskrev att det är viktigt att inge hopp. Även om fyra artiklar nämnde att en känsla av hopplöshet fanns hos kvinnorna så lades inget större tyngd på begreppet hopp och det fördes inte heller ett större resonemang kring hoppets betydelse för kvinnorna. Hoppet är en förväntan och vilja till förändring (Eriksson 1984). Att känna hopp bidrar till känslan av att ha hälsa (Eriksson, 1984; Willman, 2009). Utan hopp finns inte heller mening (Benzein, 2009). Det kan bli svårt för kvinnorna att känna motivation och mening i att berätta om sin våldsutsatthet när de inte inges hopp. Det anses oklart för författarna till fördjupningsarbetet varför begreppet hopp och vikten av att inge hopp till kvinnorna inte uppmärksammas som en central del i samtliga studier. Detta är en möjlig komponent som saknas för kvinnorna i mötet- i vårdrelationen.

Studier beskriver att vårdaren behöver, genom sin kunskap, ha en djupare förståelse för kvinnans situation och förstå den fulla bakgrunden till problemet (Larsen et al., 2014; Tower et al., 2006; Häggblom & Möller; 2006). Vårdaren bör förstå att kvinnan är i en process och att den processen tar lång tid. Vårdaren bör även förstå att kvinnan vill bli bemött utifrån där hon är, utifrån vart i processen hon befinner sig - redo eller inte redo att berätta (Watt et al., 2008). Att förstå när frågan om våld bör ställas konkret och när frågan bör inlindas till en indirekt fråga är betydelsefullt för att kvinnor ska berätta (Häggblom & Fredriksen, 2011; Gerbers et al., 1999; Chang et al., 2005; Häggblom & Möller, 2006). Florin (2009) styrker detta genom att belysa hur kommunikation som genomförs med patienten påverkar utkomsten av samtalet och att kvaliteten beror på hur goda färdigheter sjuksköterskan har. Vidare beskrivs att samtal kan föras utifrån en öppen dialog där patientens perspektiv framkommer eller som en problemfokuserad intervju med avgränsande frågor. Det är även viktigt för sjuksköterskan att uppmärksamma och förstå att kvinnan har normaliserat våldet (Socialstyrelsen, 2015; Nordborg, 2008; Socialstyrelsen, 2009; Wendt & Enander, 2013). Studier tog även upp att frustration från vårdarens sida uppstod när kvinnan inte ville berätta om våldet trots att det var uppenbart att våld föregick (Chang et al., 2005). Även här finns ett

exempel på att sjuksköterskan bör ha större insikt i vad normaliseringsprocessen betyder för kvinnan och att en sådan process innebär en bristande verklighetsförankring. Att som vårdare ha tålmod (Chang et al., 2005; Pratt-Eriksson et al., 2014) visade sig vara viktigt, men även att sjuksköterskan har kunskap om vad normaliseringsprocessen innebär. Vikten av att våga ställa frågor om våldsutsatthet har betonats och speciellt om kvinnan har långvariga besvär samt är återkommande till vården där behandling inte givit någon effekt (NCK, 2010). Att vara uppmärksam på diffusa symtom som kan förklaras av våld är viktigt. Det är en kunskap att som vårdare se diffusa symtom, och att de kan vara tecken på våld. Dessa är tydliga exempel på att sjuksköterskans kunskap spelar en viktig roll för att hälsa uppnås hos kvinnan.

Hägglom och Fredriksen (2011) beskrev att sjuksköterskorna lyssnade till sin intuition i mötet med kvinnan och agerade utefter den utifrån något de sett, eller något ord kvinnan sagt, alternativt ett annorlunda tonläge. Även Hägglom och Möller (2006) belyste i sin artikel att sjuksköterskorna hade en magkänsla när patientens historia inte upplevdes stämma. Baggens och Sandén (2009) menar att den icke-verbala kommunikationen är något annat än det talade språket, vid tolkning av dessa och en överensstämmelse inte kan uppnås uppstår frustration eller förvirring. Denna förvirring eller frustration skulle kunna vara det som i artiklarna (Hägglom & Fredriksen, 2011; Hägglom & Möller, 2006) beskriver som intuitionen, en uppmärksamhet och en känsla. Det lyfts fram att sjuksköterskan behöver kompetens i att kommunicera och att en av delarna är att hjälpa patienten att sätta ord på det som framkommer i den icke-verbala kommunikationen (Florin 2009). Det underlag som sjuksköterskan skaffat sig genom erfarenheter och kunskap används för att identifiera problem som kan påverka hälsan. Den intuition som vårdare benämner som magkänsla och de signaler patienter sänder ut via icke-verbala kommunikation som fångas upp av vårdare kan ses som en kunskap som vårdare besitter.

### *Implikationer och vidare forskning*

Studier har tagit upp att sjuksköterskor inte vågar ställa frågan om våld för att de inte känner sig tillräckligt rustade för vad som krävs av dem kring ämnet våld (Hägglom & Möller, 2006; Bradbury-Jones et al., 2014; Battaglia et al., 2003; Gerbert et al., 1999; Chang et al., 2005). I sjuksköterskeutbildning upplevs det av författarna för fördjupningsarbetet inte finnas djupare utbildning om ämnet våld i nära relationer. Kunskap om våld, normaliseringsprocessen och kunskap om hur svåra samtal bör föras är av vikt, eftersom det i nuläget finns kunskapsluckor. Vidare forskning bör fokusera på sjuksköterskors kunskap och utbildning om hur de kan samtala om våld i nära relationer. En konkret bild om hur detta skulle kunna gå till kan vara att undersöka vad sjuksköterskor har för kunskap om, samt trygghet i att lyfta ämnet. Utifrån de brister som identifierats genomförs en utbildning för sjuksköterskorna i samtalsmetodik och kunskap kring våld samt normaliseringsprocessen. Utvärdering sker därefter kring resultatet om ökad trygghet i att ta upp ämnet infunnits, samt om kunskap utökats. Det skulle kunna kopplas till en undersökning av antal fall av våld som identifierats före och efter utbildningsintervention. Utbildning i samtalsmetodik och ökad kunskap om våld kan genomföras för att göra sjuksköterskor mer förberedda för svåra samtal och bidra till ett större mod samt villighet till att öppna upp för frågan om våld. Detta kan i sin tur möjliggöra att fler kvinnor utsatta för våld får hjälp tidigare.

## Konklusion

I fördjupningsarbetet har det framkommit att sjuksköterskan kan skapa en vårdrelation med kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer genom att finnas där för kvinnan, ge tid, ha en genuin närvaro, skapa tillit, ge trygghet samt bekräfta, vara icke-dömande och respekterande. Att inge kvinnan hopp för att stärka känslan av mening i sin situation. Att ha kunskap om våld och kunskap kring hantering av svåra samtal för att bli trygg i att lyfta ämnet. Utbildning är en förutsättning för kunskapen och därmed genomförandet av det vårdande mötet. De viktiga delarna behöver sammanföras i en helhet och förstås som en relation där sjuksköterskan och patienten förenas i ett vårdande möte för att uppnå hälsa.

## Referenser

- Baggens, C., & Sandén, I. (2009). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg (Red.), & Öhlén, J (Red.), *Omvårdnadens grunder- perspektiv och förhållningssätt* (s. 201-234). Lund: Studentlitteratur.
- Battaglia, T. A., Finley, E., & Liebschutz, J. M. (2003). Survivors of intimate partner violence speak out: Trust in the patient-provider relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 617-623.
- Benzein, E. (2012). Hopp. I L. Wiklund Gustin (Red.), & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.239-247). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten* (Doktorsavhandling). Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet. Tillgänglig: <https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/743/1/Linda%20Berg%20ram.PDF>
- Björck, A., & Heimer, G. (2008). Hälso-och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer (Red.), & D. Sandberg (Red.), *Våldsutsatta kvinnor- samhällets ansvar* (s. 111-156). Lund: Studentlitteratur.
- Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J. (2011). Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing Standard*, 25(43), 35-40 6p.
- Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal Of Clinical Nursing*, 23 (21/22), 3057-3068 12p. doi:10.1111/jocn.12534
- Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott i nära relationer- en nationell kartläggning*. Hämtad 2015-10-30, från [https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014\\_8\\_Brott\\_i\\_nara\\_relationer.pdf](https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf)
- Chang, JC., Buranosky, R., Dado, D., Cluss, P., Hawker, L., Rothe, E., McNeil, M., & Scholle SH. (2009). Helping women victims of intimate partner violence: comparing the approaches of two health care settings. *Violence and Victims*, 24(2):193-203.
- Chang, J., Decker, M., Moracco, K., Martin, S., Petersen, R., & Frasier, P. (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education & Counseling*, 59(2), 141-147 7p.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande- i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Nordsteds förlag AB.

- Eriksson, M. (2008). Barn som upplever våld- män som utövar våld. I G. Heimer (Red.), & D. Sandberg (Red.), *Våldsutsatta kvinnor- samhällets ansvar* (s. 89-107). Lund: Studentlitteratur.
- Florin, J. (2009). Omvårdnandsbehov och omvårdnadsdiagnostik. I A. Ehrenberg (Red.), & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder- Ansvar och utveckling* (s. 83-118). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012a). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37-46). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.
- Gerbert, B., Abercrombie, P., Caspers, N., Love, C., & Bronstone, A. (1999). How health care providers help battered women: The survivor's perspective. *Women and Health*, 29(3), 115-135.
- Hägglom, A., & Fredriksen, S. D. (2011). 'Often it becomes quiet' -- nurses' meeting with abused women. *Klinisk Sygepleje*, 25(1), 67-76 10p.
- Hägglom, A., & Möller, A. (2006). On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090 16p.
- Johnsson- Latham, G. (2008). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer (Red.), & D. Sandberg (Red.), *Våldsutsatta kvinnor- samhällets ansvar* (s. 19-40). Lund: Studentlitteratur.
- Kasén, A. (2012). Patient' och sjuksköterska' i en vårdande relation. I L. Wiklund Gustin (Red.), & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 99-111). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Larsen M.M., Krohn J., Püschel K., & Seifert D. (2014). Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: Qualitative findings from Germany. *Health Care for Women International*, 35(4), 359-379.
- NCK. (u.å.a). *Mäns våld mot kvinnor- ett globalt perspektiv*. Hämtad 2015-11-15, från [http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans\\_vald\\_mot\\_kvinnor/Mans\\_vald\\_mot\\_kvinnor\\_amnesguide/?languageId=3](http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans_vald_mot_kvinnor/Mans_vald_mot_kvinnor_amnesguide/?languageId=3)
- NCK. (u.å.b). *FN:s arbete mot våld*. Hämtad 2015-11-10, från [http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans\\_vald\\_mot\\_kvinnor/FN%3As+arbete+mot+v%C3%A5ld/](http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans_vald_mot_kvinnor/FN%3As+arbete+mot+v%C3%A5ld/)



- NCK. (2009). Våld i samkönade relationer- en kunskaps-och forskningsöversikt. Hämtad 2015-11-10, från <http://viewer.zmags.com/publication/6d722b62#/6d722b62/1>
- NCK. (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Hämtad 2015-10-30, från <http://viewer.zmags.com/publication/e94cf46a#/e94cf46a/1>
- Nordborg, G. (2008). Våld i vardagen. I G. Heimer (Red.), & D. Sandberg (Red.), *Våldsutsatta kvinnor- samhällets ansvar* (s. 63-87). Lund: Studentlitteratur
- Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 9.
- SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SKL. (2006). *En kunskapsöversikt- mäns våld mot kvinnor i nära relationer*. Hämtad 2015-11-02, från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-177-9.pdf>
- Snellman, I. (2009). Vårdrelationer- en filosofisk belysning. I F. Friberg (Red.), & Öhlén, J (Red.), *Omvårdnadens grunder- perspektiv och förhållningssätt* (s. 377-407). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 2015-11-15, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014a). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga- vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Hämtad 2015-11-15, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19568/2014-10-30.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014b). *Öppna jämförelser 2014- Folkhälsa*. Hämtad 2015-11-10, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19549/2014-12-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Våld- handbok om socialtjänstens och hälso-och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Hämtad 2015-11-06, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19795/2015-4-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2015-11-08, från <https://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer>
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. Hämtad 2015-11-06, från <https://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>
- Statens folkhälsoinstitut. (2008). *Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv- arbetsmarknad, maskuliniteter, medikalisering och könsrelaterat våld*. Hämtad 2015-11-07, från

[http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21466/Genusrapport\\_R2008\\_8\(1\).pdf](http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21466/Genusrapport_R2008_8(1).pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2015-11-20, från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_2014.webb.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf)

Tower, M., McMurray, A., Rowe, J., & Wallis, M. (2006). Domestic violence, health & health care: women's accounts of their experiences. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 21(2), 186-198 13p.  
doi:10.5172/conu.2006.21.2.186

UN Women. (u.å.). *Stoppa våld mot kvinnor*. Hämtad 2015-11-02, från <http://www.unwomen.se/internationellt/vad-gor-un-women/stoppa-vald-mot-kvinnor/>

Watt, M., Bobrow, E., & Moracco, K. (2008). Providing support to IPV victims in the emergency department: vignette-based interviews with IPV survivors and emergency department nurses. *Violence Against Women*, 14(6), 715-726 12p.

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).

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

WHO. (2005). *WHO summery report: Multi-country study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Hämtad 2015-11-15, från [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summary\\_report\\_English2.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf)

WHO. (2012). *Intimate partner violence*. Hämtad 2015-11-02, från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO\\_RHR\\_12.36\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf)

WHO. (2014). *Violence against women*. Hämtad 2015-11-06, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

WHO. (u.å.). *Violence*. Hämtad 2015-10-30, från <http://www.who.int/topics/violence/en/>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1 – Söktabell

### Cinahl

<u>Datum</u>	<u>Sökord</u>	<u>Begränsningar (Limits)</u>	<u>Antal träffar</u>	<u>Lästa abstract</u>	<u>Granskade artiklar</u>	<u>Valda artiklar</u>
2015-11-23	SU Domestic violence AND SU Professional-Patient Relations	- Peer-reviewed - Research article	23	7	3	Tower et al., 2006.
2015-12-02	SU Intimate partner violence AND SU Psychosocial factors AND Nurse	- Peer-reviewed - Research article	46	8	3	Häggbloom & Möller, 2006.  Häggbloom & Fredriksen, 2011.
2015-12-15	Domestic abuse AND Nurse	- Peer-reviewed - Research article	25	10	2	Bradbury-Jones et al., 2011  Bradbury-Jones et al., 2014

### Scopus

<u>Datum</u>	<u>Sökord</u>	<u>Begränsningar (Limits)</u>	<u>Antal träffar</u>	<u>Lästa abstract</u>	<u>Granskade artiklar</u>	<u>Valda artiklar</u>
2015-11-23	Domestic violence AND Professional-Patient Relations		111	10	5	Chang et al., 2005.  Battaglia et al., 2003.  Gerbert et al., 1999.
2015-11-25	Intimate partner violence AND Nursing	- År 2012-2015	76	5	2	Pratt-Eriksson et al., 2014.
2015-12-02	Intimate partner violence AND nursing AND Response		40	5	1	Watt et al., 2008.
2015-12-10	Intimate partner violence AND experience AND care	- År 2014-2015	109	10	2	Larsen et al., 2014

## PubMed

<u>Datum</u>	<u>Sökord</u>	<u>Begränsningar (Limits)</u>	<u>Antal träffar</u>	<u>Lästa abstract</u>	<u>Granskade artiklar</u>	<u>Valda artiklar</u>
2015-12-02	Battered women AND Professional-Patient Relations		170	10	1	Chang et al., 2009.

## Bilaga 2 – Artikelöversikt

<u>Titel, författare, år, tidskrift</u>	<u>Syfte</u>	<u>Metod</u>	<u>Resultat</u>	<u>Kvalitetsbedömning</u>
<p><i>Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given</i></p> <p>(Pratt-Eriksson et al., 2014)</p> <p>(International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being)</p>	<p>Få en djupare förståelse för kvinnors upplevelser av våld i nära relationer samt deras möten med hälso- och sjukvård, polis och socialtjänst.</p>	<p>Fenomenologisk hermeneutisk analys av intervjuer med 12 kvinnor.</p>	<p>Kvinnorna upplevde återtraumatisering, icke-vårdande uppträdande, outhärdligt lidande vid mötet med vårdpersonal. De var besvikna, förfärade och ledsna över bristen på stöd, vård och empati</p>	<p>Hög</p>
<p><i>Domestic violence, health and health care: Women's accounts of their experiences</i></p> <p>(Tower et al., 2006)</p> <p>(Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession)</p>	<p>Att utforska våldsutsatta kvinnors hälsa och deras upplevelse av hälso- och sjukvård i syfte att undersöka sjukvårdspersonalens nuvarande gensvar, utöka kunskapen hos personalen om kvinnornas situation och därmed utöka en stödjande kvinnocentrerad vård.</p>	<p>Narrativ analys av intervjuer med nio våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>Hälsa var komplext, hälsoproblemen var inte adekvat adresserade av hälso- och sjukvården, deltagarnas hälsa påverkades ytterligare negativt av hälso- och sjukvårdens gensvar.</p>	<p>Hög</p>

<p><i>Survivors of intimate partner violence speak out: Trust in the patient-provider relationship</i></p> <p>(Battaglia et al., 2003)</p> <p>(Journal of General Internal Medicine)</p>	<p>Att utifrån våldsutsatta kvinnors berättelse identifiera egenskaper som underlättar tillit i relationen mellan patient och vårdare.</p>	<p>Grounded theory. Intervjuer med 27 våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>1. Kommunikation om våld: vårdaren var villig att öppet samtala om våld. 2. Professionell kompetens: vårdaren frågade om våld när det var lämpligt samt var insatt i de medicinsk och social historik. 3. Professionell stil: vårdaren var genomgående tillgänglig, respekterade sekretess och delade beslutsfattande. 4. Vårdande: Vid sidan av den medicinska rollen visade vårdaren omsorg genom icke-dömmande och medkännande gester, stärkande ord och hängivenhet. 5. Emotionell jämställdhet: vårdaren delar personlig information och känslor och uppfattades som en vän.</p>	<p>Hög</p>
<p><i>Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers</i></p> <p>(Chang et al., 2005)</p> <p>(Patient Education and Counseling)</p>	<p>Att identifiera vilka råd kvinnor som varit utsatta för våld i nära relationer skulle ge vårdgivare angående hur vårdgivare ska fråga och diskutera kring problematiken i våld i nära relationer.</p>	<p>Fokusgruppsintervjuer med 41 våldsutsatta kvinnor i sju grupper. Kodning av transkriberad data.</p>	<p>1. Vårdaren bör ge en anledning till varför de frågar om erfarenhet av våld i nära relationer för att minska kvinnors misstänksamhet samt minska stigmatisering. 2. Skapa en atmosfär av trygghet och stöd, 3. Ge information, stöd och tillgång till resurser, hjälpmedel oavsett om kvinnan berättar om eventuell våldsutsatthet. Vårdare som frågar om våld i nära relationer ger en möjlighet för kvinnan att öka sin medvetenhet om våldet, möjlighet att kommunicera medlidande och ge information och inte bara som ett sätt att screena i syfte att diagnostisera ett patologiskt tillstånd.</p>	<p>Hög</p>
<p><i>'Often it becomes quiet' -- nurses' meeting with abused women</i></p> <p>(Häggbloom &amp; Fredriksen, 2011)</p> <p>(Klinisk Sygepleje)</p>	<p>Beskriva, undersöka och tolka sjukskötares upplevelser och användning av ingivelses i mötet med våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>Fenomenologisk hermeneutisk analys av intervjuer med 10 sjukskötare.</p>	<p>Tema: Sjukskötaren berörs, tar emot och agerar, alternativt låter sig inte beröras utan sluter sig för intryck. Subkategorier: Att fånga det specifika i situationen, Att handla, Att inte se.</p>	<p>Hög</p>

<p><i>On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse.</i></p> <p>(Hägglom &amp; Möller, 2006)</p> <p>(Qualitative Health Research)</p>	<p>Att på djupet utforska utvalda expertsjuksköterskors upplevelser av fenomenet våld mot kvinnor och deras roll som vårdare av dessa kvinnor.</p>	<p>Grounded theory. Intervjuer med 10 sjuksköterskor.</p>	<p>Två nyckelteman: Sjuksköterskors personliga uppfattningar av våld i nära relationer och deras känsla av att vara förberedd till intervention. Våld mot kvinnor som fanns i ett litet lokalt samhälle skapade fallgropar orsakade av att sjuksköterskorna hade kännedom om invånarna. Ytterligare fynd var sjuksköterskors hängivenhet och betydelsen av deras roll i vården av våldsutsatta kvinnor och delandet av kunskap. Sjuksköterskorna kompenserade bristen på träning genom personlig mognad och trygghet inom den sociala kontexten.</p>	<p>Hög</p>
<p><i>How health care providers help battered women: The survivor's perspective</i></p> <p>(Gerbert et al., 1999)</p> <p>(Women and health)</p>	<p>Beskriva utifrån våldsutsattas perspektiv, vad som hjälpte de våldsutsatta i mötet med vårdpersonal att förbättra deras situation och följaktligen deras hälsa samt hur berättandet om våldsutsattheten och identifiering av vårdpersonal var relaterade till dessa hjälpfulla upplevelser.</p>	<p>Grounded theory. Intervjuer med 25 våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>Två överlappande fenomen relaterade till hjälpfulla upplevelser: (1) Den komplicerade dansen av berättandet om våld av den våldsutsatta och identifierandet hos vårdpersonal (2) Kraften av att få medhåll (erkännande av att vara utsatt för våld och bekräftelse av patientens värde) från vårdpersonalen.</p>	<p>Hög</p>
<p><i>Providing support to IPV victims in the emergency department: vignette-based interviews with IPV survivors and emergency department nurses</i></p> <p>(Watt et al., 2008)</p> <p>(Violence Against</p>	<p>Att beskriva potentialen för socialt stöd inom hälso- och sjukvården för kvinnor utsatta för våld i nära relationer passande för hur redo den våldsutsatta kvinnan är att berätta om sin våldsutsatthet och agera för att sätta kvinnan i säkerhet.</p>	<p>Intervjuer med narrativ analys av 16 våldsutsatta kvinnor och intervjuer med 10 sjuksköterskor.</p>	<p>De våldsutsatta nämnde rädsla som en barriär för att agera, sjuksköterskorna sa oftare att kvinnan var i förnekelse. De våldsutsatta underströk emotionellt stöd och respekt, sjuksköterskorna betonade stöttning genom information och praktiskt stöd. De våldsutsatta önskar lämpliga, respektfulla gensvar av sjuksköterskan, passande för hur redo de är att berätta. Sjuksköterskor måste ha mer insikt i de våldsutsatta kvinnornas beslut att berätta om sin våldsutsatthet och lämna förhållandet samt förmåga att ge emotionellt stöd.</p>	<p>Hög</p>

Women)				
<p><i>Helping women victims of intimate partner violence: comparing the approaches of two health care settings</i></p> <p>(Chang et al., 2009)</p> <p>(Violence and Victims)</p>	<p>Att på djupet utforska vad personal från två olika sjukvårdsinrättningar upplevde som nödvändigt för att hjälpa vårdarna i att hjälpa kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer. Utforska potentiella likheter och skillnader mellan vårdpersonal från olika sjukvårdsinrättningar. En obstetrisk och gynekologisk klinik som är relativt rik på resurser av våld i nära relationer och en allmänmedicinsk klinik dedikerade till kvinnohälsa, men som inte nödvändigtvis har fokus på våld i nära relationer.</p>	<p>Grounded theory. Fokusgruppsintervjuer med totalt 15 assisterandesjuksköterskor, medicinska assistenter och socialarbetare samt individuella intervjuer med totalt nio läkare, AT-läkare och "advanced practice nurses".</p>	<p>Personal inom obstetrik och gynekologi hade relativt bra resurser när det gällde våld i nära relationer och beskrev en känsla av att vara kapabel till att hantera problemet. Personal inom allmänmedicin var dedikerade till kvinnohälsa, men utan fokus på våld i nära relationer och med mindre stöd beskrev en otrevnad och svårighet i att hantera våld i nära relationer. Närvaro av prioriteringar av och resurser för våld i nära relationer beskrevs som bidragande för självförtroendet att adressera problemet. Nödvändiga element var (a) resurser på plats, (b) adekvat tid, (c) fokuserad träning om våld i nära relationer och (d) ett team eller stöd från hälsovårdssystemet.</p>	Hög
<p><i>Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: Qualitative findings from Germany</i></p> <p>(Larsen et al., 2014)</p> <p>(Health Care for Women International)</p>	<p>Att utifrån våldsutsatta kvinnors berättelser utforska deras upplevelser av kontexten av deras allmänna åtkomst till hälsovårdssystemet.</p>	<p>Fenomenologisk analys av intervjuer med sex våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>De fann fem teman gällande hur våldsutsatta kvinnor upplever hälsa och hälso-och sjukvården; den fysiska och psykiska bördan, vikten av stöd, personliga barriärer till hälso-och sjukvården, systemiska barriärer för hälso-och sjukvård och att vara ensam i att söka hjälp.</p>	Hög



<p><i>Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation</i></p> <p>(Bradbury-Jones et al., 2014)</p> <p>(Journal Of Clinical Nursing)</p>	<p>Att undersöka dynamiken av medvetenheten och igenkännandet av våld i nära relationer hos sjukvårdspersonal och våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>En studie i två faser. Fas ett: 29 deltagare (barnmorskor, sjuksköterskor allmänläkare) intervjuades. Fas två intervjuades totalt 14 våldsutsatta kvinnor i tre fokusgrupper</p>	<p>Olika nivåer av medvetenhet kring våldets ursprung och existens finns hos de våldsutsatta kvinnorna och sjukvårdspersonalen, Många kvinnor identifierar inte sina erfarenheter som våldsamma. En begreppsmässig skildring av våld i nära relationer - den våldsutsatta kvinnan, medvetenhet, igenkännande och stärkande struktur- som uppstår i studien - presenterar ett nytt sätt att fånga den komplexa berättandeprocessen kring våldsutsattheten.</p>	<p>Hög</p>
<p><i>Improving the health care of women living with domestic abuse</i></p> <p>(Bradbury-Jones et al., 2011)</p> <p>(Nursing Standard)</p>	<p>Att utforska våldsutsatta kvinnors upplevelser av vården, speciellt i relation till vårdinrättningen.</p>	<p>Intervjuer med 17 våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>Tre teman hade samband med kvinnors upplevelse av vården; systembaserade, interpersonell och psykologiska problem. Dåliga system när det gäller kommunikation sviker i vissa fall våldsutsatta kvinnor och låg självkänsla samt rädsla av stigmatisering gör det svårt för kvinnor att diskutera kring våldet.</p>	<p>Hög</p>

## Bilaga 3 – Kvalitetsbedömning

Artikel/Författare/Årtal:

Påstående	Ja	Nej	Poäng	Bedömning
1. Finns ett tydligt syfte?				
2. Är artikeln etiskt godkänd och granskad?				
3. Är urvalet tydligt presenterat?				
4. Är metoden tydligt beskriven?				
5. Är resultatet redovisat klart och tydligt?				
6. Är resultatet relevant gentemot sitt syfte?				
7. Har författarna tagit hänsyn till sin egen förförståelse?				
8. Är artikeln publicerad i en vetenskaplig tidskrift?				

Baserad på Willman et al. (2011) protokoll för kvalitetsbedömning är en modifierad uppsättning presenterad. I protokollet finns totalt åtta påståenden som alla poängsätts och ges en bedömning utifrån poängsättningen. Ett poäng för varje "ja" och noll poäng för ett "nej". Artikel med sju poäng eller mer ger *hög kvalitet* och artikel med poäng mellan fem och sju ger *medelhög kvalitet*. *Låg kvalitet* är en artikel som får poäng under fem.