



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSE AV FAKTORER SOM PÅVERKAR MÖTET MED DEN VÅLDSUTSATTAN KVINNAN

En litteraturöversikt

Ellen Lundborg och Anna Tunälv

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Camilla Eide
Examinator:	Nabi Fatahi
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill rikta ett varmt tack till vår handledare Camilla Eide som varit ett stort stöd i utförandet av denna litteraturöversikt. Tack för att du alltid varit tillgänglig när vi varit i behov av återkoppling och tack för all uppmuntran och positivitet.

Titel (svensk)	Sjuksköterskans upplevelse av faktorer som påverkar mötet med den våldsutsatta kvinnan
Titel (engelsk)	Factors the nurse perceives having an impact on the meeting with the woman living with domestic violence
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Författare	Ellen Lundborg och Anna Tunälv
Handledare:	Camilla Eide
Examinator:	Nabi Fatahi

Sammanfattning:

Bakgrund Våld i nära relation är ett utbrett problem världen över. 30 procent av alla världens kvinnor som varit i ett partnerförhållande har någon gång blivit utsatta för våld i sin relation. Våldet kan vara av fysisk, psykisk och sexuell karaktär och kan ge konsekvenser för kvinnan i form av fysiska skador såväl som psykiska symtom som bidrar till att kvinnan söker vård. Sjuksköterskan kan under sin yrkesverksamma tid komma i kontakt med våldsutsatta kvinnor vilket ställer krav på sjuksköterskans kunskap kring att hjälpa och möta dessa kvinnor. Studiens teoretiska referensram utgår från omvårdnadsbegreppet vårdrelation. Tidigare forskning visar att våldsutsatta kvinnor inte är nöjda med vården samt att sjuksköterskan i mötet med den våldsutsatta kvinnan upplever oro och osäkerhet. Det saknas kunskap om vilka orsaker som bidrar till att hälso- och sjukvårdspersonal upplever mötet problematiskt. **Syftet** är att undersöka sjuksköterskans upplevelse av faktorer som påverkar mötet med den våldsutsatta kvinnan. **Metoden** är en litteraturoversikt där 12 vetenskapliga artiklar inkluderats. Artiklarna hämtades från databaserna Cinahl och PubMed. Artiklarna kvalitetsgranskades och analyserades därefter. **Resultatet** presenterades med hjälp av fyra kategorier vilka var *Professionell kompetens* med subkategorierna kunskap och kommunikation, *Arbetsmiljön* med subkategorierna hög arbetsbelastning och tidsbrist samt det fysiska rummet, *Inställningen* och *Känsloupplevelser* med subkategorierna frustration och maktlöshet samt rädsla och osäkerhet. **Slutsatsen** är att det finns flera faktorer som har påverkan på mötet med den våldsutsatta kvinnan. Faktorn kunskap kan anses vara välstuderad medan faktorn kommunikation kan vara förslag på vidare forskning.

Nyckelord: Faktorer, Patientmöte, Sjuksköterskans upplevelse, Våldsutsatta kvinnor

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Definition av våld i nära relation	1
2.1.1 Våldets olika ansikten	1
2.2 Statistik	2
2.3 Tidigare forskning	2
2.4 Våldets orsaker	3
2.6 Hälso-och sjukvårdens ansvar och sjuksköterskans roll.....	4
2.7 Omvårdnadsbegreppet <i>vårdrelation</i>	5
2.8 Problemformulering.....	6
3. Syfte	6
4. Metod	6
4.1 Design.....	6
4.2 Datainsamling.....	7
4.3 Urval	8
5. Resultat.....	9
5.1 Professionell kompetens	10
5.1.1 Kunskap	10
5.1.2 Kommunikation	10
5.2 Arbetsmiljön	11
5.2.1 Hög arbetsbelastning och tidsbrist	11
5.2.2 Det fysiska rummet.....	11
5.3 Inställningen	11
5.4 Känslopplevelser	12
5.4.1 Frustration och maktlöshet.....	12
5.4.2 Rädsla och osäkerhet.....	12
6. Diskussion	13
6.1 Metoddiskussion.....	13
6.2 Resultatdiskussion	14
6.2.1 Professionell kompetens	14
6.2.2 Arbetsmiljön	16
6.2.3 Inställningen.....	18

7. Kliniska implikationer.....	19
8. Slutsats	20
9. Referenser	21
Bilagor.....	28

1. Inledning

Våld i nära relation är ett utbrett problem världen över. Av världens alla kvinnor som är eller har varit i ett förhållande, är det 30 procent som någon gång under sin livstid blivit utsatt för våld i nära relation. Dessa utsatta kvinnor kan komma att söka vård, vilket ställer krav på hälso-och sjukvården och dess personal. Med hänsyn till detta har denna studie fokuserat på mötet med den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskan kan komma i kontakt med våldsutsatta kvinnor i såväl primärvård, kommunal vård och slutenvård. I dessa möten är det viktigt att sjuksköterskan kan identifiera och tillämpa relevanta omvårdnadsåtgärder. Tidigare forskning visar att sjuksköterskan kan uppleva mötet med den våldsutsatta kvinnan som påfrestande och svårt. Genom att studera vilka faktorer som gör att sjuksköterskan upplever mötet med den våldsutsatta kvinnan problematiskt, kan lämpliga åtgärder vidtas vilket kan möjliggöra en förbättring av vården gentemot denna patientgrupp.

2. Bakgrund

2.1 Definition av våld i nära relation

Socialstyrelsen (2016) definierar våld i nära relation som ett mönster av handlingar vilka kan komma i uttryck genom vaga handlingar såväl som grövre brott. Våldshandlingarna sker mellan närstående och både män och kvinnor kan drabbas, men ofta utspelar sig våldet i en relation där förövaren är man och offret är kvinna. Våldet har många ansikten och kan vara både av både fysisk, psykisk och sexuell karaktär. Våldshandlingarna kan även utövas i form av ekonomisk och materialistisk kontroll där förövaren förstör eller stjälar offrets värdesaker, kapital och personliga tillhörigheter. Våldshandlingar mot kvinnor är enligt statistik återkommande, vilket innebär att kvinnan utsätts för våld vid upprepade tillfällen under hennes livstid (Brottsförebyggande rådet [Brå], 2014).

2.1.1 Våldets olika ansikten

Våldet kan komma i uttryck genom fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Socialstyrelsen (2016) skriver att fysiskt våld kan visa sig genom exempelvis sparkar, slag, knuffar, stryptag och örfilar. Förövaren kan även utöva fysiskt våld genom att slita i partnerns hår, bränna, bita eller riva offret. Psykiskt våld kan innebära att förövaren hotar, trakasserar och förlöjligar sin partner genom att tilltala partnern med hånfulla yttranden. Det psykiska våldet kan även komma i uttryck genom social isolering och att förövaren utövar makt och kontroll över den utsatta. Sexuellt våld kan yttra sig genom att den utsatta tvingas ställa upp på olika sexuella handlingar, till exempel samlag mot sin vilja, sexuella trakasserier, sexuella kränkningar och könsstympning (Socialstyrelsen, 2016).

2.2 Statistik

30 procent av alla världens kvinnor som varit i ett förhållande har någon gång utsatts för våld i nära relation (World Health Organization [WHO], 2016). WHO (2016) beskriver detta våld som ett folkhälsoproblem och som en kränkning gentemot kvinnans fundamentala rättigheter. Av alla fall där kvinnan utsätts för mord, är förövaren i 38 procent av fallen kvinnans partner.

Enligt en undersökning gjord av Brå (2014) under 2012 framgår det att sju procent av kvinnorna i Sverige blivit utsatt för våld i nära relation. Många av de brott som begås polisanmäls inte vilket kan bidra till missledande statistik. Mörkertalet varierar mellan olika brott beroende på vilken typ av brott som begåtts. Brott såsom misshandel och sexualbrott är exempel på handlingar som inte polisanmäls i lika hög utsträckning som andra brott (Brå, 2018a). Brå (2018b) beskriver att en anledning till att brott i nära relation inte anmäls kan bero på att den utsatta förminskar våldshandlingarna och betraktar handlingarna som en bagatell. Socialstyrelsen (2016) skriver att känslor av skam och skuld kan vara orsaker till att kvinnorna som lever med våld i nära relation förnekar våldet eller inte vill berätta om det. Av de personer som varit utsatta för våld i nära relation är det cirka tolv procent av kvinnorna som haft kontakt med sjukvården. Av de kvinnor som uppsökt vård är det många som upplever bristande stöd och hjälp.

2.3 Tidigare forskning

I en studie av Bradbury-Jones, Duncan, Kroll, Moy och Taylor (2011) framkommer det att våldsutsatta kvinnor upplevde bristande kommunikation mellan sjukvårdspersonal och frustration över att behöva berätta sin historia om och om igen. Detta resulterade i sin tur i att tilliten gentemot sjukvårdspersonal försvårades och därmed påverkade kommande relationer mellan kvinnorna och personalen (Bradbury-Jones et al., 2011). Ur studien framkommer dessutom att sjuksköterskor som hade en icke-dömande attityd hade en positiv inverkan hos kvinnorna och att detta bidrog till trygghet och möjliggjorde en god vårdrelation. Kvinnorna upplevde det jobbigt att söka vård då de inte ville uppta sjuksköterskans tid, detta på grund av skam och den låga självkänslan som kommit att utvecklas (Bradbury-Jones et al., 2011). Detta stämmer överens med en studie av Pratt-Eriksson, Bergbom och Lyckhage (2014) som också beskriver att de våldsutsatta kvinnorna kände att de tog upp för mycket av vårdpersonalens tid. De utsatta upplevde dessutom att de inte togs på allvar och att de var tvungna att förklara sig upprepade gånger. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen såg ner på dem och deras situation, vilket i sin tur bidrog till en stor ansträngning från kvinnornas sida för att få den hjälp som de behövde. I studien berättade en kvinna att det är viktigt att vårdpersonalen vågar fråga kvinnor om de någon gång blivit utsatt för våld i sin relation.

I en översiktsartikel av Leppäkoski, Paavilainen och Åstedt-Kurki (2011) framkommer att flera kvinnor som besökt akutmottagning med skador som uppstått orsakat av partner inte fick frågan av sjuksköterskan hur skadan uppstått. Det framkommer även att kvinnorna inte fick

vidare hjälp såsom kontakt med socialtjänsten eller andra hjälpinsatser. De kvinnor som fick frågan om de blivit utsatta för våld upplevde att frågan ställdes i en opassande miljö där integriteten inte beaktats.

I en annan översiktsartikel har Reisenhofer och Seibold (2007) poängterat sjuksköterskans unika roll och möjlighet att identifiera och vårda kvinnor utsatta för våld i nära relation. Du Plat-Jones (2006) har i en studie konstaterat att sjuksköterskan någon gång under sin yrkesverksamma tid kommer att stöta på kvinnor utsatta för våld i nära relation. Ur studien framkommer även att sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet och en rädsla i att möta dessa kvinnor. Sannolikheten att sjuksköterskan kommer att komma i kontakt med en våldsutsatt kvinna bekräftas av en annan studie där 80 procent av studiens deltagande sjuksköterskor vårdat en våldsutsatt kvinna (Di Giacomo, Cavallo, Bagnasco, Sartini & Sasso, 2016).

2.4 Våldets orsaker

En möjlig orsak till varför män utövar våld mot kvinnan kan vara att mannen och kvinnan tilldelats olika roller i samhället, något som resulterat i en maktordning. Denna maktordning har bidragit till att mannen och kvinnans rättigheter skiljt sig åt gällande exempelvis äganderätt, arv, utbildning och yrkesval. Tydliga exempel på maktordningen är att mannen i större utsträckning haft större frihet när det kommer till sexuella relationer än vad kvinnan har haft, samt att männen haft större tillgång till utbildning, vilket genererat i större ekonomiska resurser. Ytterligare ett exempel på maktordning är att mannen genom tiderna utövat våld mot kvinnan ostraffat då det ansågs som mannens rätt (Mojab & Abdo, 2004).

2.5 Våldets konsekvenser

Våld i nära relation kan bidra till ohälsa, såväl fysisk som psykisk. Det finns en stark koppling mellan dessa. De som utsätts för sexuellt våld har större risk att drabbas av psykisk ohälsa i form av depression, självskadebeteende, posttraumatisk stressyndrom och alkoholmissbruk. Den våldsutsatta kan också få problem med ekonomiska och sociala konsekvenser. Fysiska och psykiska symtom som kan uppstå hos den våldsutsatta är exempelvis blåmärken, brännmärken, avslitet hår, sömnstörningar, magont, smärta, ätstörningar, oro och andra psykosomatiska symtom (Socialstyrelsen, 2016). En del av de våldsutsatta kvinnorna tenderar att söka vård för symtom där våld är underliggande orsak, vilket kan leda till feldiagnostisering och att kvinnorna inte får den vård de behöver (Björck & Heimer, 2008). Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK] (u.å.a) skriver att våldets konsekvenser kan komma i uttryck på kort och lång sikt. Kvinnor upplever det psykiska våldet, däribland kränkning eller försök till isolering, som påfrestande och att det är den typ av våldshandling som är svårast att hantera (NCK, u.å.b)

När våldet blir en del av vardagen kan, enligt Lundgren (2004), den utsatta börja betrakta våldshandlingar som ett normalt beteende och som en naturlig del av förhållandet. Trots

våldet kan relationen periodvis vara utan våld och präglas av kärlek, vilket kan resultera i att kvinnan har svårt att lämna relationen. Lundgren (2004) uttrycker detta som normaliseringsprocessen, där mannen tar en dominant roll medan kvinnan anpassar sig gentemot mannen och försöker vara honom till lags. När våldet kommer till uttryck kan kvinnan skuldsätta sig själv och därmed rättfärdiga mannens våldshandlingar. Ytterligare orsak till att kvinnan inte lämnar förhållandet kan bero på att kvinnan har ett hopp om att hon kan förändra mannen till det bättre. Om kvinnan till slut väljer att lämna mannen är det vanligt att hon tar hjälp från till exempel samhället, familj och vänner. Dock löser det inte alltid problemet för kvinnan när hon väl valt att lämna mannen (Eliasson, 2008). Studier av Campbell (1992) samt Wilson och Daly (1993) menar att tiden efter kvinnan lämnat mannen kan vara den farligaste tiden för kvinnan som kan innefatta ytterligare hot och våld.

2.6 Hälsa- och sjukvårdens ansvar och sjuksköterskans roll

Enligt Hälsa- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska alla erbjudas vård på lika villkor och målet är en god hälsa. Personalen ska ge vård med respekt och tillgodose den enskildes värdighet. Den som har störst behov av vård ska erbjudas företräde.

Sekretess innebär att det är förbjudet att röja en allmän handling vare sig det är muntligt eller på annat vis. Enligt 25 kap. 1 § i Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) står det att "Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men".

Sjuksköterskans har fyra ansvarsområden som utgör grunden för omvårdnadsarbetet, vilka är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande. Som stöd för sjuksköterskans omvårdnadsarbete finns *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Koden berör etiska aspekter och beskriver bland annat att sjuksköterskan ska ta hänsyn till och anpassa informationen utifrån patientens kulturella bakgrund. Tillsammans med samhället har sjuksköterskan ett ansvar att verka för social rättvisa och jämlikhet, både gentemot allmänheten men framför allt gentemot särskilt utsatta grupper.

Omvårdnadsarbetet ska bland annat präglas av lyhördhet, medkänsla, integritet och respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I *Värdegrund för omvårdnad* skriver Svensk sjuksköterskeförening (2016) att mötet mellan patient och sjuksköterska utgör en viktig grund för god vård och att patientberättelsen är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna skapa ett personcentrerat förhållningssätt. Det är viktigt att sjuksköterskan besitter teoretisk kunskap och hanterar praktiska färdigheter. Att hålla sig uppdaterad inom sin profession och på så sätt upprätthålla kompetensen inom yrket hör till sjuksköterskans egenansvar (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det är även viktigt att sjuksköterskan har ett inbjudande bemötande. Den legitimerade sjuksköterskan ska på ett empatiskt och respektfullt sätt kunna

kommunicera med patienter såväl som med närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2017), vilket i detta fall är den våldsutsatta kvinnan och dess partner.

Hälso- och sjukvården har en viktig roll att identifiera och uppmärksamma våld i nära relation. De utsatta ska erbjudas vård och stöd eller hänvisas vidare till andra lämpliga stöd- och hjälporganisationer. Vid misstanke om våld ska hälso- och sjukvårdspersonal i enrum, fråga den utsatta om symtom och tecken som av personalen uppmärksammats (Socialstyrelsen, 2016). Detta ska dokumenteras i patientjournalen där det ska finnas information som är av relevans för en god och säker vård av patienten (SFS 2018:1214). Sökordet *våldsutsatt* är sedan 2014 ett skyddat sökord vilket möjliggör för sjuksköterskan att vid misstanke om våld kunna dokumentera på ett säkert sätt. Att sökordet är skyddat innebär att det inte går att hitta vid inloggning via 1177 Vårdguiden och hindrar därmed utomstående från att komma åt sekretessbelagda uppgifter (NCK, u.å.c).

Socialstyrelsen (2016) har publicerat en handbok om hur socialtjänst samt hälso- och sjukvårdspersonal kan arbeta med våld i nära relation. I handboken beskrivs att personalen ska besitta kompetens för att möta personer som utsatts för våld och hur denna kunskap kan omsättas i praktiken. Kompetens kan innefatta kunskap och igenkänning av såväl fysiska och psykiska symtom och tecken på våldsutsatthet. Det är också viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap om våldets konsekvenser, normaliseringsprocessen, när man ska anmäla och hur man ställer frågor till den som utsatts för våld. Anmälan ska ske när vårdpersonal misstänker att barn utsatts eller bevittnat våld. I handboken beskrivs även riskgrupper för våld i nära relation som är av stor vikt att känna till, till exempel kvinnor med missbruksproblematik, äldre kvinnor, kvinnor med funktionsnedsättning, kvinnor med utländsk bakgrund och kvinnor utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck.

2.7 Omvårdnadsbegreppet *vårdrelation*

Vårdrelation är något som uppstår mellan vårdare och patient och skapas då patienten uppsöker vårdaren för hjälp (Snellman, 2014). Vårdarens engagemang i vårdrelationen är viktig för att kunna tillgodose varje patients unika viljor, önskemål och värderingar. Ett professionellt förhållningssätt är viktigt och präglas av att vårdaren har insikt i sin egen kunskap och förförståelse och reflekterar över dess inverkan på vårdrelationen (Dahlberg & Segesten, 2010). Vårdrelationen beskrivs vara vårdande såväl som icke vårdande, vilket innebär att relationen kan bidra till både positiva och negativa följder för patienten. Är vårdrelationen vårdande bidrar den till att patienten känner välbefinnande (Snellman, 2014). Är vårdandet däremot icke vårdande kan det bidra till lidande för patienten, vilket bland annat kan bero på vårdarens uteblivna reflektion och otillräckliga kunskap (Eriksson, 1994).

Dahlberg och Segesten (2010) menar att vårdrelationen bör präglas av en ömsesidig tillit där såväl vårdare och patient är delaktiga. Vårdrelationen bör inte vara enkelriktad där vårdaren är aktiv och patienten är passiv, utan båda parterna har ett gemensamt ansvar att uppnå en god

kvalitet på vårdrelationen. Detta kan ske genom att patienten är mottaglig för vårdarens inbjudan till samtal.

Ytterligare förutsättningar för en god vårdrelation är att vårdaren medvetandegör vilka signaler hen sänder ut till patienten; det gör till exempel stor skillnad för patientens upplevelse om vårdaren är öppen och tillmötesgående än om hen har ett avvisande uttryck (Dahlberg & Segesten, 2010). I vårdrelationen är själva samtalet en viktig del. Dahlberg och Segesten (2010) menar att det vårdande samtalet kräver både tid och engagemang, speciellt om samtalet berör ett komplext område. Att inte jäkta fram i samtalet och att ställa öppna frågor är förutsättningar för att uppnå ett gott samtal.

2.8 Problemformulering

Våldsutsatta kvinnor är en bred patientgrupp inom hälso- och sjukvården. Trots att det finns riktlinjer och arbetssätt för hur sjuksköterskan ska bemöta dessa kvinnor, förekommer det brister. Genom tidigare forskning har det blivit känt att våldsutsatta kvinnor inte är nöjda med vården. Det har även framkommit att sjuksköterskan i mötet med den våldsutsatta kvinnan upplever oro och osäkerhet. Det saknas kunskap om vilka orsaker som bidrar till att hälso- och sjukvårdspersonal upplever mötet problematiskt. Genom att undersöka vilka upplevda faktorer som spelar in i sjuksköterskans möte med den våldsutsatta kvinnan, kan problemen identifieras och åtgärder vidtas för att förbättra vården så att kvinnan får och upplever en bättre vård.

3. Syfte

Syftet är att undersöka sjuksköterskans upplevelse av faktorer som påverkar mötet med den våldsutsatta kvinnan.

4. Metod

4.1 Design

Studien är en litteraturöversikt. En litteraturöversikt har som syfte att studera forskningsläget inom ett valt problemområde för att på sätt generera kunskap som kan omsättas i det kliniska omvårdnadsarbetet (Segesten, 2017). I en litteraturöversikt krävs ett systematiskt arbetssätt som följer en noggrann strukturerad process där tillvägagångssätt redovisas på ett transparent sätt (Segesten, 2017), vilket i sin tur ökar reproducerbarheten (Rosén, 2017). I en litteraturöversikt kan såväl kvalitativa som kvantitativa artiklar användas, vilket denna studie gör (Segesten, 2017).

4.2 Datainsamling

Till hjälp för att avgränsa problemformuleringen användes PICO, vilket är en modell som kan användas vid systematiska litteraturöversikter för att avgränsa urvalet. PICO står för population, intervention, comparison och outcome. Comparison valdes bort då jämförelse inte var tillämpligt för studien (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2009). Genom att identifiera respektive bokstav kunde ett tydligt problemområde formuleras, vilket underlättade att välja relevanta sökord.

Svensk MeSH användes, vilket är ett hjälpmedel för att hitta relevanta sökord som kan användas i databasen PubMed (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Likaså användes Cinahl Headings för att hitta relevanta sökord att använda i databasen Cinahl (Karlsson, 2017). De sökord som identifierades och användes ses nedan i Tabell 1 och Tabell 2. För att hitta vetenskapliga artiklar användes databaserna Cinahl och PubMed. Dessa databaser valdes då de innehåller artiklar som berör områdena omvårdnadsvetenskap och medicin (Östlundh, 2017), vilket var passande för denna studies syfte. Booleska operationer användes, vilka är kombinationsord som AND och OR. Genom att använda AND avgränsas sökningen och blir mer specificerad, medan OR breddar sökningen. Trunkering, vilket innebär att lägga till en asterisk(*) i slutet av ordet, användes för att få med ordets alla böjningar. Begränsningsfunktioner med publiceringsårtalet 2008-2019 användes för att begränsa sökningen (Karlsson, 2017) samt för att få relevanta artiklar. Artiklarna skulle även vara peer reviewed för att säkerställa att artiklarna blivit granskade.

Tabell 1 – Söktabell för sökning i PubMed

Databas Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
PubMed 190306	"attitude of health personnel" OR "nurse attitudes" AND "domestic violence" OR "intimate partner violence" OR "wife abuse" AND nurse* OR "nurse* role"	Peer reviewed, 2008-2019	65	29	11	5

1. Beynon et al. (2012), 2. Goldblatt (2009), 3. Natan et al. (2010), 4. Robinson (2010), 5. Saberi et al. (2017).

Tabell 2 – Söktabell för sökning i Cinahl

Databas Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
Cinahl 190306	"domestic violence" OR "intimate partner violence" AND "nursing care" OR "nursing role" OR "job experience" OR "attitude of health personnel" OR "nurse attitudes"	Peer reviewed, Research article, 2008-2019.	74	43	20	7

1. Djikanovic et al. (2010) 2. Efe et al. (2012) 3. Gandhi et al. (2018) 4. Guillery et al. (2012) 5. Guruge (2012) 6. Leppäkoski et al. (2010) 7. Sundborg et al. (2012)

4.3 Urval

Efter att en sökning genomförts lästes alla titlar igenom. De titlar som var relevanta för syftet gick vidare i processen där abstracts lästes igenom. De abstract som visade sig vara oväsentliga, till exempel när artikeln innehöll irrelevanta yrkeskategorier eller berörde män och barn, exkluderades. De artiklar vars abstract var relevanta lästes därefter igenom i sin helhet och artiklarna som valdes gick vidare för kvalitetsgranskning. Friberg (2017) menar att det finns flertal sätt att granska artiklar på, men oavsett val av granskningsmetod bör fokus ligga på att ha ett kritiskt förhållningssätt. I denna studie valdes Fribergs (2017) granskningsfrågor för kvalitativa och kvantitativa studier då denna studies urval består av både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Efter att ha besvarat granskningsfrågorna bedömdes samtliga artiklar hålla antingen medelhög eller hög kvalitet. Totalt valdes tolv artiklar, varav fem var kvalitativa, fem var kvantitativa och två var både kvalitativa och kvantitativa.

4.4 Etiska ställningstaganden

Vid forskning ska en etikprövning ske där det utförs ett övervägande mellan forskningens risker och vinster. Det är viktigt att integriteten hos forskningens deltagare skyddas och att människovärdet respekteras (Etikprövningsmyndigheten, 2019). I alla artiklar förutom två har författarna fört etiskt resonemang och beskriver därmed att artiklarna är etiskt godkända. De två artiklar som inte beskrivit att de är etiskt godkända eller som har fört etiska resonemang är

dock publicerade i tidskrifter som endast publicerar studier som har etiskt godkännande.

4.5 Dataanalys

Artiklarna lästes igenom flertalet gånger, vilket Friberg (2017) menar är en del av analysprocessen för att erhålla en förståelse för innehållet. Datan lästes först individuellt för att undvika påverkan av den andra partnerns intryck och uppfattning. Därefter sammanställdes artiklarna i en översiktstabell, vilket bidrog till att få en överskådlig blick över innehållet. Tabellen bidrog i sin tur till att skapa en struktur för att underlätta framtida analyser (Friberg, 2017). Översiktstabellen av artiklarna kan ses i Bilaga 1. Nästa steg i analysprocessen var att läsa artiklarnas resultatdel, vilket även det gjordes individuellt. Innehåll som svarade mot denna studies syfte ströks under med markeringspennor och därefter sammanställdes markerat innehåll gemensamt för studiens resultat. I sammanställningen kunde gemensamma nämnare urskiljas från respektive artikels resultat vilket görs för att få fram varje artikels essens (Friberg, 2017). Analysen genererade i kategorier som kom att utgöra rubriker till resultatdelen. För att skapa en överskådlig blick av resultatet skapades en tabell med kategorier och dess subkategorier, se tabell 3.

5. Resultat

Resultatet utgår från att besvara studiens syfte som är att undersöka sjuksköterskans upplevelse av faktorer som påverkar mötet med den våldsutsatta kvinnan. Analysen av artiklarna genererar fyra övergripande kategorier som utgör rubriker, nämligen *Professionell kompetens*, *Arbetsmiljön*, *Inställningen* samt *Känsloupplevelser*. Alla kategorier förutom en beskrivs vidare med hjälp av subkategorier, se Tabell 3.

Tabell 3 – Kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Professionell kompetens	Kunskap, Kommunikation
Arbetsmiljön	Hög arbetsbelastning och tidsbrist, Det fysiska rummet
Inställningen	
Känsloupplevelser	Frustration och maktlöshet, Rädsla och osäkerhet

5.1 Professionell kompetens

5.1.1 Kunskap

Det är viktigt att sjuksköterskan besitter kunskap om våld i nära relation och hur våldsutsatta kvinnor ska bemötas och vårdas (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Djikanovic, Celik, Simic, Matejic & Cucic, 2010; Efe & Taşkın, 2012). Analysen visar att otillräcklig kunskap inom ämnet våld i nära relation utgör hinder för att i mötet med den våldsutsatta kvinnan kunna erbjuda lämpliga åtgärder. Sjuksköterskan upplever att orsaken till att de saknar kunskap beror på bristande riktlinjer och utbildning från arbetsgivaren och verksamheten, vilket många sjuksköterskor anser vara nödvändigt. Ytterligare en orsak till okunskap är att sjuksköterskan anser sig ha otillräcklig erfarenhet inom våld i nära relation, vilket tillsammans med verksamhetens bristande stöd leder till en osäkerhet hos sjuksköterskan (Beynon et al., 2012; Djikanovic et al., 2010; Efe et al., 2012; Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012). Värt att notera är att i en artikel där 83 nyexaminerade sjuksköterskor deltog uttrycker sjuksköterskorna en uppfattning av att de besitter god kunskap angående våld i nära relation och att de upplever sig säkra i att möta och hjälpa våldsutsatta kvinnor (Gandhi, Poreddi, Nikhil Reddy, Palaniappan & Math, 2018).

På grund av sjuksköterskans otillräckliga kunskap ger det en osäkerhet kring att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation. Detta leder enligt sjuksköterskan i sin tur till att fokus läggs på att åtgärda kvinnans fysiska skador istället för att utreda underliggande orsaker till skadorna (Guruge, 2012; Robinson, 2010).

5.1.2 Kommunikation

Kommunikativa barriärer är en faktor som påverkar mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan. Det visar sig att sjuksköterskan upplever att språkbarriärer utgör ett hinder för att beröra samtal om våld. En del sjuksköterskor tar då hjälp av arbetskollegor som talar samma språk som patienten och som därmed kan agera tolk (Beynon et al., 2012; Guillery, Benzies, Mannion & Evans, 2012; Guruge, 2012). En del sjuksköterskor väljer till och med att inte fråga om våld i nära relation om sjuksköterskan och kvinnan inte talar samma språk (Beynon et al., 2012; Guillery et al., 2012). Det framkommer även att en del sjuksköterskor undviker att prata och fråga vissa patientgrupper om våld, till exempel kvinnor som lider av psykisk sjukdom och kvinnor med alkohol- eller drogberoende. Dessutom visar det sig, att i vilken utsträckning sjuksköterskan frågar kvinnan om våld påverkas av vad för slags våld kvinnan utsatts för; det vill säga om det rör sig om fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld (Guillery et al., 2012; Leppäkoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2010; Saberi, Eather, Pascoe, Mcfadzean, Doran & Hutchinson, 2017).

5.2 Arbetsmiljön

5.2.1 Hög arbetsbelastning och tidsbrist

Sjuksköterskan utsätts många gånger för hög arbetsbelastning i sitt arbete vilket sjuksköterskan menar är en faktor som påverkar mötet med den våldsutsatta kvinnan. Analysen visar att den höga arbetsbelastningen bland annat beror på underbemanning, vilket leder till att sjuksköterskan får ansvara för många patienter samtidigt. De övriga patienterna, det vill säga de patienter som inte är våldsutsatta kvinnor, är ibland i mycket dåligt skick, vilket bidrar till att sjuksköterskan inte har tillräckligt med tid att lägga på den våldsutsatta kvinnan och att kvinnan därmed bortprioriteras (Beynon et al., 2012; Efe et al., 2012; Goldblatt, 2009; Guillery et al., 2012; Guruge et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Saberi et al., 2017). Om våld misstänks eller har fastställts upplever sjuksköterskan att de behöver mer tid för att kunna ge kvinnan rätt vård. Många sjuksköterskor tycker att miljön på arbetsplatsen omöjliggör att kunna ge god omvårdnad till våldsutsatta kvinnor. Det finns sällan tillräckligt med tid att sätta sig ned med kvinnorna och sjuksköterskan anser att det är just tiden som är av stor betydelse för den våldsutsatta kvinnan som behöver känslomässigt stöd (Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010).

5.2.2 Det fysiska rummet

Analysen visar att arbetsmiljön är en faktor som påverkar mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan (Beynon et al., 2012; Efe et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Robinson., 2010). Sjuksköterskan upplever att det saknas bra utrymmen där sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan kan prata ostört. Att det ska finnas rum där kvinnan och personalen kan vistas privat, utan att bli störda av andra patienter eller familjemedlemmar, menar sjuksköterskan är en betydande förutsättning för ett bra möte (Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010). Studier visar att våldsutsatta kvinnor känner sig otrygga och att sjuksköterskan inte har möjlighet att skapa en tillåtande miljö för kvinnan att öppna upp sig i. Sjuksköterskan upplever att den olämpliga miljön påverkar möjligheten att hantera fall som innefattar våld i nära relation (Efe et al., 2012; Guruge, 2012). Ytterligare en faktor som visar sig vara betydande för mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan är om partnern närvarar i rummet. Att kvinnans partner inte låter henne vara ensam med personalen bidrar till att sjuksköterskan upplever mötet med kvinnan som problematiskt (Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010).

5.3 Inställningen

Sjuksköterskans inställning gentemot våld i nära relation och den våldsutsatta kvinnan visar sig ha påverkan på mötet mellan sjuksköterskan och kvinnan (Djikanovic et al., 2010; Efe et al., 2012; Goldblatt, 2009; Guruge, 2012; Natan & Rais, 2010; Robinson, 2010). Synen på den egna yrkesrollen påverkar hur sjuksköterskan väljer att agera. En del sjuksköterskor menar att det är utanför sjuksköterskans ansvarsområde att vårda våldsutsatta kvinnor och att

kvinnorna istället bör hänvisas till psykologer eller socialarbetare (Efe et al., 2012; Goldblatt, 2009).

En förutsättning som visar sig vara betydande för att sjuksköterskan ska kunna erbjuda kvinnan hjälp är om kvinnan väljer att avslöja om hon blivit utsatt för våld. När sjuksköterskan försöker beröra området kring våld kan hon eller han uppfatta att kvinnan inte har viljan att samarbeta, vilket kan komma i uttryck då kvinnan inte vill prata om sin situation (Goldblatt, 2009; Leppäkoski et al., 2010; Robinson, 2010). Analysen visar att vårdrelationen mellan sjuksköterskan och kvinnan avgör mötet och huruvida kvinnan väljer att prata om sin våldsutsatthet. Att sjuksköterskan försöker skapa en god vårdrelation med kvinnan anses vara viktigt för att den våldsutsatta kvinnan ska kunna känna tillit gentemot sjuksköterskan. Sjuksköterskan anser att det är betydelsefullt att lyssna till kvinnans berättelse utan att avbryta samt att erbjuda henne känslomässigt stöd (Djikanovic et al., 2010; Gandhi et al., 2018). Sjuksköterskans genuina bemötande gentemot kvinnan kan enligt sjuksköterskan bidra till en vänlig atmosfär, vilken kan ligga till grund för en god vårdrelation och ett bra möte (Djikanovic et al., 2010; Guruge, 2012).

5.4 Känslopplevelser

5.4.1 Frustration och maktlöshet

Sjuksköterskan upplever frustration och en känsla av maktlöshet i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Det visar sig att många kvinnor som lever i våldsutsatthet väljer att stanna i sina förhållanden vilket resulterar i att de är återkommande patienter inom sjukvården. Sjuksköterskan får då känslan av att det inte finns något att göra för att hjälpa kvinnan då kvinnan tenderar att inte förändra sin situation. Kvinnans val att stanna i förhållandet upplever sjuksköterskan utgöra ett hinder för att kunna hjälpa henne (Beynon et al., 2012; Efe et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Robinson et al., 2010; Goldblatt, 2009). Sjuksköterskan upplever att känslan av frustration gentemot kvinnans val leder till att sjuksköterskan ibland väljer att inte lägga ned ytterligare tid för att hjälpa henne (Efe et al., 2012; Robinson et al., 2010).

5.4.2 Rädsla och osäkerhet

Analysen visar att sjuksköterskan inte bara känner rädsla över den våldsutsatta kvinnans säkerhet utan även för den personliga säkerheten. I mötet med den våldsutsatta kvinnan upplever sjuksköterskan obehag av att behöva lägga sig i kvinnan och mannens privatliv då det kan leda till att sjuksköterskans egen säkerhet utmanas. Sjuksköterskan menar att rädslan hos personalen kan vara en avgörande faktor till om sjuksköterskan väljer att beröra våld i nära relation eller inte (Djikanovic et al., 2010; Efe et al., 2012; Guruge, 2012; Robinson, 2010).

Ur analysen framkommer att sjuksköterskan tycker det är svårt att fråga kvinnan om hon blivit utsatt för våld, vilket bland annat beror på en känsla av osäkerhet hos sjuksköterskan. Sjuksköterskan tycker att det är problematiskt att veta hur och när frågan ska ställas (Beynon et al., 2012; Efe et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Natan et al., 2010; Robinson, 2010; Saberi et al., 2017; Sundborg et al., 2012). Att inte veta hur frågan ska ställas leder till att sjuksköterskan undviker att fråga kvinnan om våld. En annan förekommande orsak till varför kvinna inte får frågan om våldsutsatthet är att sjuksköterskan upplever rädsla för att kränka kvinnans integritet och därigenom förolämpa henne (Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Saberi et al., 2017; Sundborg et al., 2012). Analysen från Efe et al. (2012), Gandhi et al. (2018) och Natan et al. (2010) visar däremot att sjuksköterskan, trots upplevd osäkerhet, ska fråga kvinnan om våld i nära relation då det ingår i sjuksköterskans profession samt att frågan om våld inte är en förolämpning.

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Metoden som valdes för denna studie var en litteraturöversikt och var passande då syftet var att studera det valda problemområdets forskningsläge (Friberg, 2017).

De databaser som användes för att inhämta valda artiklar, det vill säga Cinahl och PubMed, var av relevans då databaserna innefattade artiklar som berörde omvårdnadsvetenskap och medicin (Östlundh, 2017). En svaghet kan dock vara att det endast användes två databaser, vilket kan ha bidragit till att relevant data har exkluderats. Dock genererade sökningarna i de valda databaserna goda resultat då mycket tid ägnades åt att söka i Svensk MeSH för att säkerställa vedertagna sökord som passade mot syftet. Genom noggrant valda sökord kunde relevanta artiklar hittas genom endast två sökningar.

I båda sökningarna valdes tidsintervallet 2008-2019. Forskning är en färskvara och det kan därför, enligt Östlundh (2017), vara relevant att i sökningen avgränsa tidsintervallet för att på så sätt undvika utdaterat material. Anledningen till varför ett tio års intervall inte valdes var på grund av att denna studie genomfördes i början av 2019, vilket innebar att det inte hunnit publiceras så mycket nytt material. Många av denna studies valda artiklar var publicerade under ungefär samma tidsintervall, nämligen 2010-2012. Mycket kan ha hänt inom området våld i nära relation vilket försvårade säkerställandet av att sjuksköterskans upplevelse av faktorer är densamma idag som den var då studierna genomfördes. Samtliga artiklar som valdes var peer reviewed, vilket fastställde artiklarnas trovärdighet, något som ses som en styrka (Henricson, 2017).

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades till denna studie. Kvalitativa artiklar presenterar bland annat upplevelser och erfarenheter (Segesten, 2017) och var därför av

relevans då syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskans upplevelse av faktorer. Kvantitativa artiklar presenterar mätningar och observationer (Billhult, 2017) och var därför också av relevans då artiklarna presenterade en stor mängd data som var av relevans för att besvara vilka de upplevda faktorerna var. Totalt valdes tolv artiklar varav fem var kvalitativa, fem var kvantitativa och två var både kvalitativa och kvantitativa. Det var en jämn fördelning mellan de valda artiklarnas metoder, vilket bidrog till en god kartläggning av forskningsläget och upplevelsen av faktorer kunde därmed studeras väl. Trots att sökningarna gav bra resultat uppstod en del brus i sökningarna. De artiklar som berörde barn och män och även andra yrkeskategorier var irrelevanta och utgjorde därmed bruset i sökningarna. Om sökningarna hade utförts igen hade de därmed kunnat utföras ytterligare mer specifikt.

Denna studies resultat innehåller artiklar som är publicerade i olika länder, vilket gav information om hur sjuksköterskor, världen över, upplever mötet med den våldsutsatta kvinnan. Trots att ländernas sjukvårdssystem sinsemellan kan skilja sig åt kunde det konstateras att resultatet från samtliga artiklar ändå stämde överens och hade likheter. Resultatet kan därmed anses vara tillämpligt i andra liknande kontexter, däribland Sverige (Henricson, 2017).

Av alla valda artiklar förutom två, fördes etiska ställningstaganden. För att säkerställa att dessa två artiklar - som saknade etiskt resonemang eller som inte uttryckte etiskt godkännande - var etiskt godkända, granskades tidskrifterna där respektive artikel blivit publicerad. Genom denna kvalitetskontroll kunde det säkerställas att denna studies samtliga artiklar var etiskt godkända. Att artiklarna var etiskt godkända är en styrka då det säkerställde att forskarna bakom artiklarna tagit hänsyn till deltagarnas rättigheter och integritet (Kjellström, 2017).

Samtliga artiklar lästes och analyserades individuellt och sammanställdes därefter gemensamt, vilket ökar reliabiliteten (Henricson, 2017). Svårigheter kring att fastställa passande kategorier uppstod då innehållet i artiklarna överlag hade mycket gemensamt men berördes i olika utsträckning. Svårigheterna kring att utforma kategorier resulterade i att en kategori blev utan subkategori, vilket kan ses som en svaghet. Om denna studie hade inkluderat fler artiklar kanske utformningen av kategorier hade underlättat då det hade funnits tillgång till mer data.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans upplevelse av faktorer som påverkar mötet med den våldsutsatta kvinnan. Ur resultatet framkom att de upplevda faktorerna var sjuksköterskans professionella kompetens, arbetsmiljön där sjuksköterskan möter patienten, sjuksköterskans inställning och sjuksköterskans egna känslor.

6.2.1 Professionell kompetens

Socialstyrelsen (2016) har tagit fram en handbok för att underlätta för hälso- och sjukvårdspersonal när de kommer i kontakt med våld i nära relation i Sverige. I denna studies

resultat framkom det att sjuksköterskorna i artiklarna av Beynon et al. (2012), Djikanovic et al. (2010), Efe et al. (2012) och Sundborg et al. (2012) beskrev att det saknas och inte används riktlinjer för hur hälso-och sjukvårdspersonal ska gå tillväga i mötet med våldsutsatta kvinnor. Denna studie baserades på artiklar som alla, förutom en, var från andra länder än Sverige, vilket bidrar till att vi inte är säkra på om dessa länder har liknande handlingsplaner som Sverige har. De flesta artiklarna var publicerade i västerländska länder såsom Finland, Kanada och Irland vilket dock gör det troligt att det likt Sverige har framställt handlingsplaner för våld i nära relation. Om man förutsätter att de flesta länder har någon form av handlingsplan verkar det som, utifrån denna studies resultat, att många verksamheter runt om i världen i det kliniska arbetet inte använder sig av handlingsplaner, något som kan ses som oroväckande. Om fler verksamheter hade använt handlingsplaner och gjort dessa mer tillgängliga för personalen hade arbetet för sjuksköterskan underlättat då riktlinjerna hade kunnat utgöra en vägledning för omvårdnadsprocessen. Resultatet av tydliga riktlinjer hade i praktiken kunnat minska sjuksköterskans upplevda osäkerhet och därmed ökat förutsättningarna för ett bra möte med den våldsutsatta kvinnan. Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver dock att det ligger inom hälso-och sjukvårdspersonalens ansvarsområde att hålla sig kunskapsmässigt uppdaterad inom sin profession. Sjuksköterskan kan inte endast lägga över ansvaret på arbetsgivaren utan det krävs att sjuksköterskan själv tar ett ansvar för att införskaffa sig kunskap om vilka riktlinjer och hjälpmedel som finns. Det hade däremot underlättat för sjuksköterskan om hon eller han fick stöd av verksamheten, till exempel i form av utbildning men även genom lättillgängliga dokument av riktlinjer inom området våld i nära relation. Sjuksköterskorna från artiklarna av Beynon et al. (2012), Djikanovic et al. (2010), Efe et al. (2012) och Sundborg et al. (2012) menade också att det var betydelsefullt att veta vårdprocessens steg för att kunna erbjuda ett gott omhändertagandet av den våldsutsatta kvinnan, vilket styrker vikten av att sjuksköterskan ska ha kunskap om riktlinjer och handlingsplaner.

Ett intressant och avvikande resultat som framkom ur analysen av Gandhi et al. (2018) var att sjuksköterskorna upplevde sig säkra och att de hade tillräckligt med kunskap för att kunna möta våldsutsatta kvinnor. Dock bör det poängteras att sjuksköterskorna i denna artikel var nyexaminerade och hade kort erfarenhet av att möta dessa kvinnor. Det är viktigt att ställa sig kritisk till sjuksköterskornas inställning med tanke på deras korta erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor. Anmärkningsvärt är att artikeln från Indien av Gandhi et al. (2018) var, i jämförelse med resterande artiklar i denna studie, publicerad flera år senare. Sjuksköterskornas attityd kanske kan bero på att de fått med sig annan kunskap om våld i nära relation från grundutbildningen än vad sjuksköterskorna från de äldre artiklarna fått, då dessa sjuksköterskor avslutade sin utbildning tidigare. I en översiktsartikel av Leonardsson och San Sebastian (2017), som söktes fram utifrån denna studies resultat, framkommer det att nära 30 procent av Indiens kvinnor utsätts för våld i nära relation. Den höga siffran tyder på att våld i nära relation är ett utbrett problem i Indien. Anledningen till att sjuksköterskorna från studien av Gandhi et al. (2018) upplevde god kunskap i att möta våldsutsatta kvinnor kanske kan förklaras genom att våld i nära relation är ett omfattande problem i Indien och har därför varit

ett naturligt inslag inom sjuksköterskans kompetensområde. Trots den korta tiden som verksamma sjuksköterskor hade de möjligen hunnit komma i kontakt med våldsutsatta kvinnor tidigare som därmed kan ha bidragit till en erfarenhet som hjälper dem i deras nuvarande profession.

Ur analysen från Beynon et al. (2012), Guillory et al. (2012), Guruge (2012), Leppäkoski et al. (2010) och Saberi et al. (2017) framkom det att sjuksköterskan i mötet med den våldsutsatta kvinnan inte alltid ställde frågan om våld beroende på vem kvinnan var. Kvinnor som talade ett annat språk än sjuksköterskan samt kvinnor som hade alkohol-och drogproblematik eller psykisk sjukdom tenderade att inte få frågan om våld. Detta är värt att uppmärksammas då mötet kan resultera i att vissa kvinnor får otillräcklig vård. Om frågan om våld inte ställs finns det en risk att kvinnans vård uteblir, vilket går emot hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) som beskriver att alla ska erbjudas vård på lika villkor. Risken för utebliven vård går även emot *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor* som säger att sjuksköterskan ska verka för social rättvisa bland särskilt utsatta grupper (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Den etiska koden blir extra viktig i detta sammanhang för att det inom våld i nära relation existerar riskgrupper såsom kvinnor med missbruksproblematik, kvinnor med funktionsnedsättning och kvinnor med utländsk bakgrund (Socialstyrelsen, 2016). Om sjuksköterskan blir mer medveten om dessa riskgrupper kan våldsutsatta kvinnor lättare identifieras och få den vård de har rätt till. Sjuksköterskan bör ha kunskap om vilka insatser som kan erbjudas, till exempel tolk, för att kvinnan oavsett språkkunskaper, i praktiken ska få en god och jämlik vård.

Denna studies omvårdnadsbegrepp var vårdrelation. Dahlberg och Segesten (2010) menar att samtalet ligger till grund för att uppnå en god vårdrelation vilket också är en viktig faktor i mötet med den våldsutsatta kvinnan. På grund av språkbarriärer kan en god vårdrelation bli svår att uppnå. Genom egna erfarenheter inom den verksamhetsförlagda utbildningen har det konstaterats att språkbarriärer är ett vanligt förekommande fenomen som har inverkan i mötet mellan patient och personal. Att använda tolk som hjälpmedel är i många fall en förutsättning för att sjuksköterskan och patienten ska förstå varandra, men tolken är många gånger svår att få tillgång till. Mötet med den våldsutsatta kvinnan kan därmed komma att påverkas när det inte finns tillräckliga förutsättningar för en god vårdrelation. Dahlberg och Segesten (2010) menar att utöver själva samtalet är det viktigt att sjuksköterskan reflekterar över vilka signaler hon eller han sänder ut. Att sjuksköterskan är medveten om sitt kroppsspråk och är tillmötesgående skulle, trots språkbarriärer, kunna öppna upp för en vårdrelation vilket i sin tur ökar förutsättningarna för ett gott möte.

6.2.2 Arbetsmiljön

Ur resultatet framkom det att den höga arbetsbelastningen och den otillräckliga tiden var bidragande faktorer som hade påverkan i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Flera sjuksköterskor menade att känslomässigt stöd var av stor vikt för de våldsutsatta kvinnorna

(Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010). Sjuksköterskans känslomässiga stöd kan även det kopplas till omvårdnadsbegreppet vårdrelation. Dahlberg och Segesten (2010) menar, likt Beynon et al. (2012) och Leppäkoski et al. (2010) att när ett komplext område ska beröras, som i detta fall är våldsutsatta kvinnor, krävs det tid och engagemang från sjuksköterskans sida. Om sjuksköterskans arbetsförhållanden, där tiden inte räcker till och omöjliggör en god vårdrelation, kan det uppstå problem i mötet då kvinnan inte vill öppna upp sig. Det är inte bara sjuksköterskan som kan uppfatta tidsbristen som ett problem utan även de våldsutsatta kvinnorna, något som Bradbury-Jones et al. (2011) och Pratt-Eriksson et al. (2014) nämner. Tidigare forskning visar att våldsutsatta kvinnor också uttryckte att de kände av sjuksköterskans tidsbrist, vilket bidrog till att kvinnorna inte ville utgöra en belastning och därmed inte ville uppta sjuksköterskans tid (Bradbury-Jones et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014). Om kvinnan inte får möjlighet eller vågar att dela med sig av sin situation kan det försvåra sjuksköterskans arbete att försöka hjälpa den våldsutsatta kvinnan. Detta kan komma i uttryck då kvinnan inte känner tillit gentemot sjuksköterskan och därför inte delger viktig information som sjuksköterskan behöver för att erbjuda lämplig hjälp. Konsekvensen av en bristande vårdrelation kan enligt Eriksson (1994) bidra till ett lidande för patienten. Med tanke på denna studies resultat verkar det som att det inte finns tillräckliga förutsättningar för att skapa goda vårdrelationer, vilket bidrar till en stor risk att vårdandet blir icke vårdande för den våldsutsatta kvinnan.

Ur analysen av artiklarna som Beynon et al. (2012) och Leppäkoski et al. (2010) skrivit framkom det att sjuksköterskan saknade bra utrymmen för att ostört kunna prata med den våldsutsatta kvinnan. Det framkom även att det var problematiskt när kvinnans partner eller andra familjemedlemmar närvarade. Socialstyrelsen (2016) skriver att hälso- och sjukvårdspersonal, vid misstanke om våld, ska fråga kvinnan i enrum om hon blivit utsatt för våld, vilket enligt det framkomna resultatet inte verkar fungera i praktiken. Det finns flera aspekter som påverkar kvinnans möte med sjuksköterskan negativt när det inte finns möjlighet att sitta avskilt. Några exempel på faktorer som kan påverka är kvinnans begränsade möjlighet till att våga öppna upp sig utan att någon utomstående hör, samt rädslan för att den egna säkerheten blir hotad vid avslöjande om våld. Dessutom bryter sjuksköterskan mot Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) när information om den våldsutsatta kvinnan blir tillgänglig för andra åhörare, till exempel om kvinnan får frågor om våldsutsatthet i ett utrymme där fler personer än sjuksköterskan och kvinnan vistas. När det varken finns avskilda utrymmen där kvinnans integritet inte hotas eller där partnern inte närvarar, begränsas förutsättningarna för att hjälpa den våldsutsatta kvinnan. Ett förbättringsområde som kan identifieras genom denna studies resultat är att verksamheter behöver se över vilka förutsättningar de har, till exempel i form av avskilda rum, för att ta emot patienter som kräver just avskildhet.

6.2.3 Inställningen

I artiklarna från Efe et al. (2012) och Goldblatt (2009) beskrevs att sjuksköterskorna i deras studier ansåg att det är utanför sjuksköterskans ansvarsområde att hantera patienter utsatta för våld. Att hänvisa patienten vidare till andra professioner på grund av att personalen inte anser att det är deras ansvarsområde, har inom den verksamhetsförlagda utbildningen visat sig vara vanligt förekommande, vilket kan uppfattas som att personalen inte tar sitt ansvar. Möjliga orsaker till uteblivet ansvarstagande kan vara brist på tid, hög arbetsbelastning, okunskap eller bristande engagemang. Ytterligare faktorer som bidrar till att olika professioner lägger ansvar på varandra kan vara en bristande kommunikation och samarbete mellan olika yrkesgrupper, vilket leder till att vårdkedjan är bristfällig. Att som sjuksköterska ha bristfällig insikt i sin professions ansvarsområde kan bekräftas av en artikel av Ramsay, Rutterford, Gregory, Dunne, Eldridge, Sharp och Feder (2012). Ur artikeln framkommer det att sjuksköterskor och läkare upplever sig vara oförberedda och osäkra kring att hjälpa den våldsutsatta kvinnan och därmed inte vet var och från vem kvinnan ska få hjälp. Den bristfälliga vårdkedjan leder till att den våldsutsatta kvinnan lätt kan falla mellan stolarna. Det behövs därmed tydligare riktlinjer kring varje yrkesgrupps ansvarsområde så att det inte råder någon tvekan om hur vården av den våldsutsatta kvinnan ska se ut.

Inom hälso-och sjukvården råder det sekretess enligt Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400). Det är därmed viktigt att sjuksköterskan i mötet med den våldsutsatta kvinnan informerar kvinnan om att sjuksköterskan har tystnadsplikt. Det är också en fördel att berätta för kvinnan om att det som dokumenteras om våldsutsatthet inte kommer att synas i patientens journal för någon annan än hälso-och sjukvårdspersonal. Om sjuksköterskan informerar om sekretessen kan det bidra till att kvinnan inte behöver oro sig över att någon utomstående, till exempel hennes partner, ska få reda på att kvinnan avslöjat våldshandlingar. Ur analysen av Goldblatt (2009), Leppäkoski et al. (2010) och Robinson (2010) framkom det att kvinnan inte alltid vågade prata om sin situation. Kvinnans vetskap om sekretess kan därmed möjliggöra för kvinnan att våga berätta om sin situation och öppna upp till ett möte mellan kvinnan och sjuksköterskan.

I mötet mellan den våldsutsatta kvinnan och sjuksköterskan är det viktigt att sjuksköterskan lyssnar och låter kvinnan prata till punkt. Sjuksköterskans bemötande är en betydande faktor för att mötet ska resultera i en god vårdrelation, vilket framkom från analysen ur Djikanovic et al. (2010) och Guruge (2012). Vårdrelationen, som var denna studies valda omvårdnadsbegrepp, bör enligt Dahlberg och Segesten (2010) vara ömsesidig där både patienten och sjuksköterskan är delaktiga i mötet. Genom att sjuksköterskan har ett gott bemötande gentemot kvinnan och lyssnar till hennes patientberättelse kan en ömsesidig tillit växa fram och bidra till en bra vårdrelation. Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver också hur viktigt det är med patientens berättelse för att uppnå ett gott möte och därmed god vård. Dock framkom det ur denna studies resultat att sjuksköterskor upplevde en osäkerhet och rädsla kring att fråga kvinnan om våld (Beynon et al., 2012; Efe et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Natan et al., 2010; Robinson, 2010; Saberi et al., 2017; Sundborg et al., 2012),

vilket kan tänkas påverka vårdrelationen då sjuksköterskan inte öppnar upp till en ömsesidig relation. Om sjuksköterskan inte tar sitt ansvar i vårdrelationen kan heller inte kvinnan göra det.

6.2.4 Känslopplevelser

Sjuksköterskans känslor är en kategori som framkom ur denna studies resultat och som visade sig vara en faktor i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Maktlöshet och frustration är känslor som sjuksköterskan upplevde gentemot kvinnan när kvinnan hade upprepad kontakt med vården angående våld. Ur analysen av Efe et al. (2012) och Robinson (2010) påvisades att sjuksköterskan fick en känsla av frustration och därmed inte ansträngde sig för att hjälpa kvinnan. Resultatet från denna studie överensstämmer med fynden från en studie av Saletti-Cuesta, Aizenberg och Ricci-Cabello (2018) som beskriver att även de sjuksköterskorna upplevde en känsla av frustration när de inte visste hur de skulle kunna hjälpa den våldsutsatta kvinnan. Tänkbar hjälp för sjuksköterskan kan vara att inneha kunskap om våldets konsekvenser där normaliseringsprocessen är en av dem. Ett exempel på hur normaliseringsprocessen kan yttra sig är att relationen mellan kvinnan och mannen stundvis består av kärlek, vilket gör att kvinnan inte lämnar mannen (Lundgren, 2004). Om sjuksköterskan har kunskap om att normaliseringsprocessen är ett vanligt förlopp hos våldsutsatta kvinnor kan sjuksköterskan få en annan förståelse för kvinnans situation och känslorna av frustration kan förhoppningsvis minska. Som ett resultat av sjuksköterskans frustration kan även den våldsutsatta kvinnan uppleva att sjuksköterskan inte anstränger sig för att hjälpa henne. Tidigare forskning av Pratt-Eriksson, Bergbom och Lyckhage (2014) som studerat den våldsutsatta kvinnans uppfattning av sjuksköterskans vård, visar att flera kvinnor upplevde att de inte blev tagna på allvar och fick därmed anstränga sig för att få hjälp. Sammanfattningsvis kan det konstateras att sjuksköterskans frustration inte enbart är problematiskt för henne eller honom, utan också för den våldsutsatta kvinnan. Genom att som sjuksköterska inneha tillräcklig kunskap och förståelse för våld i nära relation och för den våldsutsatta kvinnan kan sjuksköterskans arbete förbättras och därigenom erbjuds kvinnan bättre vård.

7. Kliniska implikationer

Resultatet från denna studies kan göra skillnad i det kliniska arbetet för sjuksköterskan så väl som för den våldsutsatta kvinnan. Genom att sjuksköterskan blir medveten om vilka faktorer som kan ha påverkan på mötet med den våldsutsatta kvinnan, till exempel professionell kompetens, kan sjuksköterskan förbättra omhändertagandet av denna patientgrupp. Sjuksköterskan behöver ta sitt ansvar gällande att hålla sig uppdaterad kring ämnet våld i nära relation. Sjuksköterskan bör även bli medveten om sin inställning gentemot den våldsutsatta kvinnan och få en ökad förståelse för hennes situation. Genom att förstå kvinnans behov av vård och att det ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde att hjälpa den våldsutsatta kvinnan vidare i vårdkedjan, kan risken för att kvinnan hamnar mellan stolarna minimeras.

Ytterligare en klinisk implikation kan vara att verksamheterna ser över tillgängligheten av hjälpmedel för sjuksköterskan, så som riktlinjer och handlingsplaner. Verksamheterna behöver även se över vilka förutsättningar som finns för att ta emot våldsutsatta kvinnor.

8. Slutsats

I studien framkom det att sjuksköterskan kan uppleva många olika faktorer som har påverkan på mötet med den våldsutsatta kvinnan och syftet kunde därmed besvaras. En faktor som redan verkade vara väl studerat var kunskap, då det ur denna studies analys framkom att majoriteten av studiens valda artiklar berörde kunskap. Däremot framkom det genom denna studies analys att området kommunikation inte var lika omtalat och kunde därmed tolkas som att det inte är lika välstuderat. Dock verkade kommunikationen utifrån de studier som berörde ämnet vara en betydande faktor i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Därför föreslår vi, med tanke på att många länder har en kulturell mångfald, att vidare forskning kring språkbarriärer och riskgrupper i samband med våld i nära relation är nödvändigt.

9. Referenser

- 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. 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. 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 (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 25(43), 35-40.
- Brottsförebyggande rådet (Brå). (2014). Brott i nära relationer: en nationell kartläggning. Hämtad 2019-02-27 från https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf
- Brottsförebyggande rådet (Brå). (2018a). Mörkertal och dold brottslighet. Hämtad 2019-03-07 från <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/morkertal-och-dold-brottslighet.html>
- Brottsförebyggande rådet (Brå). (2018b). Våld i nära relationer. Hämtad 2019-03-07 från <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>
- Campbell, J. C. (1992). If I Can't Have You No One Can: Power and control in homicide of female partners. I J. Radford, & D. H. Russell (Red.), *Femicide: The politics of woman killing* (s. 99-113. New York: Twayne.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur Akademisk.
- Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2016). Violence against

women: Knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2307-2316. doi: 10.1111/jocn.13625

Djikanovic, B., Celik, H., Simic, S., Matejic, B., & Cucic, V. (2010). Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: opportunities and barriers for response improvement. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 88-93. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.028

Du Plat-Jones, J. (2006). Domestic violence: the role of health professionals. *Nursing Standard*, 21(14-16), 44-48.

Efe, Ş., & Taşkın, L. (2012). Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study. *Sexuality & Disability*, 30(4), 441–451. doi: 10.1007/s11195-012-9269-1

Eliasson, M. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer & D. Sandberg (Red.), *Våldsutsatta kvinnor- samhällets ansvar* (s. 41-57). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Etikprövningsmyndigheten. (2019). *Vad säger lagen?* Hämtad 2019-05-06 från <https://etikprovning.se/for-forskare/vad-sager-lagen/>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. (s. 141-151). Lund: Studentlitteratur.

Gandhi, S., Poreddi, V., Nikhil Reddy, S.S., Palaniappan, M., & Math, S.B. (2018). Indian novice nurses' perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence. *British Journal of Nursing* 27(10), 559-564. doi: 10.12968/bjon.2018.27.10.559

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

Guillery, M., Benzies, K., Mannion, C., & Evans, S. (2012). Postpartum nurses' perceptions of barriers to screening for intimate partner violence: A cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 11(1), 2. doi: 10.1186/1472-6955-11-2

Guruge, S. (2012). Nurses' role in caring for women experiencing intimate partner violence in the Sri Lankan context. *ISRN Nursing*, vol. 2012, 486273. doi:10.1186/1472-6955-11-2

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination* (s. 411-420). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 86-98). Lund: Studentlitteratur.

Leppäkoski, T., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. (2011). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19(1), 27-36. doi: 10.1016/j.ienj.2010.02.006

Leonardsson, M., & San Sebastian, M. (2017). Prevalence and predictors of help-seeking for women exposed to spousal violence in India – a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 17(1), 1-15. doi: 10.1186/s12905-017-0453-4

Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2010). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 638-647. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00754.x

Lundgren, E. (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Linköping: Tryckeriet AB.

Mojab, S., & Abdo, N. (2004). *Violence in the Name of Honour: Theoretical and Political Challenges*. Istanbul: Bilgi University Press.

Natan, M. B., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing*, 17(2), 112-7. doi: 10.1097/JTN.0b013e3181e736db

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). (u.å.a). *Medicinska och psykosociala konsekvenser av våld*. Hämtad 2019-02-27 från <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/medicinska-och-psykosociala-konsekvenser-av-vald-i-nara-relationer/>

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). (u.å.b). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2019-02-27 från <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). (u.å.c). *Skyddade uppgifter i patientjournalen*. Hämtad 2019-03-20 från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-varden/dokumentation-och-uppfoljning/skyddade-uppgifter-i-journalen/>

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 1-7. doi: 10.3402/qhw.v9.23166

Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(602), E647-55. doi: 10.3399/bjgp12X654623

Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2007). Emergency department care of women experiencing intimate partner violence: Are we doing all we can?. *Contemporary Nurse*, 24(1), 3-14. doi:10.5172/conu.2007.24.1.3

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

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 375-389). Lund: Studentlitteratur.

Saberi, E., Eather, N., Pascoe, S., McFadzean, M. L., Doran, F., & Hutchinson, M. (2017). Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(2), 82-86. doi: 10.1016/j.aenj.2017.02.001

Saletti-Cuesta, L., Aizenberg, L., & Ricci-Cabello, I. (2018). Opinions and Experiences of Primary Healthcare Providers Regarding Violence against Women: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal Of Family Violence*, 33(6), 405-420. doi: 10.3399/bjgp12X654623

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105-108). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2017:30. *Hälso-och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2018:1214. *Patientdatalag*. Stockholm: Socialdepartementet.

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

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer - en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 440-464). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2016). *Våld - Handbok om socialtjänsten om hälso-och sjukvårdens arbete*

med våld i nära relationer. Hämtad 2019-02-27 från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf?fbclid=IwAR0iid20AjfK7TxWxvTA1dDlnuyIR2XkfnAYR19U30JBbkytuWoUF6r7GJ0>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2009). Ställ tydligare frågor så får du bättre svar. Hämtad 2019-02-28 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/stall-tydligare-fragor-sa-far-du-battre-svar/>

Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, *11*(1), 1-11. doi: 10.1186/1472-6955-11-1

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2019-03-18 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2019-03-18 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf?fbclid=IwAR2E0DnmfqQLwFqBs6aaFrn1_95BgaZt1P171ZnATzRPgFpBdFsObRTSXvk

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

Wilson, M., & Daly, M. (1993). Spousal Homicide Risk and Estrangement. *Violence and Victims*, *8*(1), 3-16.

World Health Organization (WHO). (2016). Hämtad 2019-02-27 från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1- Översiktstabell

Författare Publiceringsår Land	Titel	Syfte	Material och metod	Resultat	Kvalitet enligt Friberg (2017)
Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. 2012 Kanada	Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis.	Att identifiera hinder och tillgångar när personal frågar om våld i nära relation. Målet med studien var bland annat att undersöka erfarenheter av att fråga om våld i nära relation.	Studie med kvantitativ och kvalitativ metod. Ett undersökningsformulär med öppna frågor om hinder och tillgångar vid våld i nära relation skickades ut till slumpmässigt utvalda sjuksköterskor och läkare i Kanada. Svaren på de öppna frågorna analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys	Hinder när det kom till att ställa frågor om våld i nära relation var brist på tid, den våldsutsatta kvinnans beteende, bristande utbildning, språk-/kulturbarriärer samt att partnern var närvarande. De mest efterfrågade tillgångarna var mer utbildning, sambandsresurser och professionella verktyg och riktlinjer.	Hög

<p>Djikanovic, B., Celik, H., Simic, S., Matejic, B., & Cucic, V.</p> <p>2010</p> <p>Irland</p>	<p>Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement</p>	<p>Att fastställa vilka uppfattningar och attityder hälso-och sjukvårdspersonal har gentemot kvinnor utsatta för våld i nära relation.</p>	<p>Kvalitativ studie med kvalitativ innehållsanalys. Sjuksköterskor och läkare från vårdcentraler, om totalt 71 personer, delades in i fokusgrupper och diskuterade fall.</p>	<p>Majoriteten av vårdpersonalen visade förståelse för den utsatta kvinnan men visste inte hur de skulle hjälpa till. Vissa hade förutfattade meningar och visade sig vara dömande när det kom till våld i nära relation. Hinder som konstaterades var brist på utbildning och kunskap om IPV.</p>	<p>Hög</p>
<p>Efe, Ş.Y., & Taşkın, L.</p> <p>2012</p> <p>Turkiet</p>	<p>Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study</p>	<p>Att förstå de faktorer som hindrar sjuksköterskor att utföra åtgärder för våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>Kvalitativ studie där 30 sjuksköterskor som arbetat på akutmottagningar djupintervjuades.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde otillräcklig kunskap om våld i nära relation för att kunna ingripa, att vårda våldsutsatta kvinnor var inom psykiatrikers och socialarbetare ansvarsområde, tidsbrist, att det inte fanns passande miljö att fråga kvinnan som kunde säkerställa deras egna och kvinnans säkerhet gentemot andra familjemedlemmar; våldet som kvinnans ensak samt att våldet inte hade någon lösning.</p>	<p>Medelhög. Resultatet och diskussionen hade kunnat vara tydligare. Författarna för inget etiskt resonemang men är publicerade i en etiskt godkänd tidskrift.</p>

<p>Gandhi, S., Poreddi, V., Nikhil Reddy, S.S., Palaniappan, M., & Math, S.B.</p> <p>2018</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Indian Novice Nurses' Perceptions of Their Role in Caring for Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence.</p>	<p>Att undersöka nyutexaminerade sjuksköterskors uppfattning av sin självförmåga, pedagogisk beredskap och deras roll i mötet med våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>Tvärsnittsstudie där 83 nyexaminerade sjuksköterskor inom tertiärvård besvarat frågeformulär.</p>	<p>De flesta sjuksköterskor upplevde att de var trygga och hade tillräcklig kunskap om omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskorna hade en positiv attityd gentemot att bemöta dessa kvinnor.</p>	<p>Hög</p>
<p>Goldblatt, H.</p> <p>2009</p> <p>Israel</p>	<p>Caring for abused women: Impact on nurses' professional and personal life experiences.</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors upplevelser om hur de påverkas av att vårda den våldsutsatta kvinnan.</p>	<p>En kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Djupintervjuer med 22 kvinnliga sjuksköterskor från sjukhus och på vårdcentraler.</p>	<p>Sjuksköterskan som vårdar våldsutsatta kvinnor påverkades professionellt samt privat. Mötena bidrog till empati men också ilska och frustration gentemot den våldsutsatta kvinnan. Personliga värderingar, känslor och attityder kunde påverka sjuksköterskans vård av de våldsutsatta kvinnorna.</p>	<p>Hög</p>

<p>Guillery, M, E., Benzies, K, M., Mannion, C., & Evans, S.</p> <p>2012</p> <p>Kanada</p>	<p>Postpartum nurses' perceptions of barriers to screening for intimate partner violence: a cross-sectional survey.</p>	<p>Att undersöka frekvensen för IPV-screening, förhållandet mellan vilka hinder som finns för att screena och hur frekvent screening för viss typ av våld sker, samt om och vilka andra faktorer som har inverkan i hur frekvent screening för IPV sker.</p>	<p>Tvärsnittstudie där 96 sjuksköterskor som arbetade på postpartumavdelningar deltog.</p>	<p>Screeningsfrekvensen berodde på typen av våld. Fysiskt och psykiskt våld screenades mest medan sexuellt våld screenades minst. Bristande kunskap var största orsaken till att screening inte utfördes. Språkbarriärer utgjorde även en orsak till att inte screena för IPV.</p>	<p>Hög</p>
<p>Guruge, S.</p> <p>2012</p> <p>Sri Lanka</p>	<p>Nurses' role in caring for women experiencing intimate partner violence in the Sri Lankan context.</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors uppfattning om sin roll i att vårda kvinnor som blivit utsatt för våld i nära relation.</p>	<p>En kvalitativ studie med tolkande beskrivande analys. 30 sjuksköterskor från olika kliniker intervjuades.</p>	<p>Hinder som påverkade mötet med den våldsutsatta kvinnan var: brist på kunskap, hög arbetsbelastning, språkbarriärer, hot mot personlig säkerhet, sjuksköterskans status och bristande kommunikation inom arbetsplatsen.</p>	<p>Hög</p>

<p>Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P., & Paavilainen, E.</p> <p>2010</p> <p>Finland</p>	<p>Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland.</p>	<p>Att undersöka frekvensen av våldsutsatta kvinnor som besökte akutmottagningen och hur dessa identifierades av sjuksköterskor.</p>	<p>Studie med kvalitativ och kvantitativ metod. Denna design var en del av en större tvärsnittsstudie. Data samlades in genom frågeformulär och intervjuer från 28 akutavdelningar i Finland.</p>	<p>Resultatet visade att personalen träffade på våldsutsatta kvinnor minst en gång i månaden. Hälften av deltagarna upplevde det svårt att identifiera de våldsutsatta på grund av bristande kunskap och tidsbrist.</p>	<p>Hög</p>
<p>Natan, M. B., & Rais, I.</p> <p>2010</p> <p>Israel</p>	<p>Knowledge and Attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and Their Effect on the Identification of Battered Women.</p>	<p>Att undersöka effekten av sjuksköterskans kunskap, avdelningsrutiner och attityder om att identifiera den våldsutsatta kvinnan.</p>	<p>En kvantitativ studie. I studien användes ett formulär som besvarades av 100 sjuksköterskor.</p>	<p>Ett positivt resultat identifierades om sjuksköterskans kunskap, avdelningsrutiner och attityder gentemot den våldsutsatta kvinnan. Trots detta var det inte alltid uppenbart i praktiken. Sjuksköterskorna upplevde bland annat brist på kunskap.</p>	<p>Hög</p>

<p>Robinson, R. 2010 USA</p>	<p>Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence.</p>	<p>Att förstå sjuksköterskors syn på screening för intimt partnervåld genom att studera vilka hinder, förutsättningar och uppfattningar som finns gentemot att vårda den våldsutsatta kvinnan.</p>	<p>En kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. 13 sjuksköterskor som arbetade på akutmottagningar i södra USA intervjuades.</p>	<p>Fyra teman identifierades vilka var 1. myter, stereotyper och rädslor, 2. uppförande, 3. frustration och 4. säkerhetsfördelar.</p>	<p>Hög</p>
<p>Saberi, E., Eather, N., Pascoe, S., Mcfadzean, M-L., Doran, F., & Hutchinson, M. 2017 Australien</p>	<p>Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department.</p>	<p>Att undersöka akutavdelningars stödnivå för screening av våld i nära relation gällande nuvarande screeningpraxis samt vilka hinder och vilken beredskap som finns.</p>	<p>Kvantitativ studie med frågeformulär som besvarades av sjuksköterskor och läkare verksamma på akutmottagningar.</p>	<p>Majoriteten kände inte sig bekväm med att hantera våld i nära relation och hade inte erhållit tillräckligt med information kring detta ämne. Att uppleva rädsla för förolämpning var associerat med negativitet och obehag kring förmågan att bemöta personer utsatta för våld i nära relation.</p>	<p>Hög</p>

<p>Sundborg, M E., Saleh- Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L.</p> <p>2012</p> <p>Sverige</p>	<p>Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care</p>	<p>Att fastställa sjuksköterskors beredskap att identifiera och vårda kvinnor i primärvården som är utsatta för våld i nära relation.</p>	<p>Kvantitativ studie där sjuksköterskor inom primärvården besvarade ett frågeformulär.</p> <p>En logistisk regressionsanalys utfördes för att testa samband mellan variabler.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde bristande kunskap om våld i nära relation. De upplevde även bristande stöd från arbetsgivaren gällande riktlinjer. Sjuksköterskorna visste inte hur de skulle fråga kvinnorna om våld i nära relation och om våld identifierades erbjöd sjuksköterskorna kvinnorna tid hos läkare istället.</p>	<p>Hög</p>
--	---	---	--	--	------------