



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

# **FAKTORER SOM KAN PÅVERKA SJUKSKÖTERSORS STÖD TILL VÅLDSUTSATTA KVINNOR: EN LITTERATURÖVERSIKT**

**Alma Carlsson & Frida Frisk**

---

Examensarbete:	15 hp
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2019
Handledare:	Catarina Wallengren
Examinator:	Anna Dencker

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## Förord

*Vi vill börja med att rikta ett stort tack till vår handledare Catarina Wallengren för hennes stora stöd och engagemang för denna litteraturöversikt. Vi vill även tacka henne för ett gott samarbete genom skrivprocessen samt för goda insikter och förslag till förbättringar.*

*Alma Carlsson & Frida Frisk*

Titel (svensk)	Faktorer som kan påverka sjuksköterskors stöd till våldsutsatta kvinnor
Titel (engelsk)	Factors that may influence nurses' support to abused women
Examensarbete:	15 hp
Program	Sjuksköterskeprogrammet
Kurs	Examensarbete i omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2019
Författare	Carlsson, Alma och Frisk, Frida
Handledare:	Wallengren, Catarina
Examinator:	Dencker, Anna

---

## Sammanfattning

**BAKGRUND:** Våld mot kvinnor är globalt förekommande och bör ses som ett folkhälsoproblem. Hälso- och sjukvården är ofta den första instans som den våldsutsatta kvinnan kommer i kontakt med och sjuksköterskan har därmed en central roll i kvinnans omvårdnad. **SYFTE:** Syftet med litteraturöversikten var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors stöd riktat till våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården. **METOD:** En litteraturöversikt med en induktiv ansats tillämpades. Artiklar valdes utifrån syftet och analysen utfördes systematiskt. **RESULTAT:** I resultatet ingick elva vetenskapliga originalartiklar. Resultatet visade på att attityder, erfarenheter, kunskap, bemötande, kommunikation, information, kompetensutveckling samt brist på tid och riktlinjer kunde påverka sjuksköterskans stöd till våldsutsatta kvinnor. **SLUTSATS:** Genom att erkänna dessa faktorer kan sjuksköterskan främja hälsa och förebygga ohälsa vilket i sin tur lindrar lidande. En utveckling av sjuksköterskeutbildningen och en utökad kompetensutveckling ger sjuksköterskor kunskap om våldsutsatta kvinnor och ökar därmed förutsättningarna för en god omvårdnad. Vårdgivare och andra hälsoorganisationer behöver tydliga riktlinjer samt skapa tid för att sjuksköterskor ska kunna identifiera och vårda våldsutsatta kvinnor.

**Nyckelord:** *sjuksköterska, hälso- och sjukvård, faktorer, stöd, våldsutsatta kvinnor*

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund.....	1
2.1 Våld ur ett samhällsperspektiv.....	2
2.2 Statistik.....	3
2.3 Våldets betydelse för kvinnors hälsa.....	5
2.4 Omvårdnad och våld.....	5
2.5 Relation.....	6
2.6 Lidande.....	6
3. Problemformulering.....	7
4. Syfte.....	7
5. Metod.....	7
5.1 Syftesformulering.....	8
5.2 Urvalskriterier vad gäller informationskällor.....	8
5.3 Val av sökord.....	8
5.4 Söktekniker.....	9
5.5 Val av dokument.....	9
5.5.1 Inklusionskriterier.....	9
5.5.2 Exklusionskriterier.....	9
5.6 Urval och kvalitetsbedömning.....	10
5.7 Dataanalys.....	11
5.8 Etiska ställningstaganden.....	12
6. Resultat.....	13
6.1 Sjuksköterskan som individ.....	13
6.1.1 Attityder.....	13
6.1.2 Erfarenhet.....	14
6.1.3 Kunskap.....	14
6.2 Sjuksköterskans möte med kvinnan.....	15
6.2.1 Bemötande.....	15
6.2.2 Kommunikation.....	16
6.2.3 Information.....	16
6.3 Organisationsperspektiv.....	16
6.3.1 Kompetensutveckling.....	17
6.3.2 Tidsbrist och brist på riktlinjer.....	17

7. Diskussion .....	18
7.1 Metoddiskussion .....	18
7.2 Resultatdiskussion.....	20
8. Slutsats.....	24
9. Kliniska implikationer .....	24
10. Förslag till vidare forskning.....	24
Referenslista.....	26
Bilagor.....	32

# 1. Inledning

Att som kvinna vara utsatt för våld, oavsett hur det ter sig, har stor påverkan på det vardagliga livet och hindrar kvinnan från att uppleva livskvalité och mening i vardagen. En del av sjuksköterskans profession är att främja hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande. Sjuksköterskor är ofta den första professionen inom vården som våldsutsatta kvinnor möter och därför är det viktigt att sjuksköterskan har de rätta verktygen för att förhindra att dessa kvinnor förblir oupptäckta samt för att kunna ge en god omvårdnad.

Intresset för ämnet uppstod efter klinisk verksamhetsförlagd utbildning på en akutmottagning i Västsverige. Författarna mötte då kvinnor som sökte vård efter att ha varit utsatta för våld och märkte att det enbart var vissa sjuksköterskor som frågade om våldsutsatthet. En diskussion uppkom då mellan författarna kring detta och de kom fram till att de inte fått någon utbildning om våld mot kvinnor under sin grundutbildning. Då författarna inte själva har några egna erfarenheter i ämnet är förförståelsen låg. Detta ledde till att författarna önskar få en djupare förståelse för ämnets problematik för att på så sätt vara förberedda inför det framtida yrkeslivet.

## 2. Bakgrund

Socialstyrelsen (2019) definierar våld och utsatthet i nära relationer som ett mönster av handlingar. Dessa handlingar kan innefatta allt från subtila handlingar, såsom förlöjligande och kränkningar, till grova brott, såsom allvarliga hot eller våldtäkt. Oftast är våldet en kombination av fysisk, psykisk och sexuell karaktär. Socialstyrelsen delar in våldet i fem kategorier och dessa är fysiskt, psykiskt, sexuellt, socialt samt materiell och ekonomisk utsatthet.

I Förenta Nationernas (FN) första artikel definieras våld mot kvinnor som:

*” Violence against women means any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life.”*

(Förenta Nationerna, 1993, s. 2)

### 2.1 Våld ur ett samhällsperspektiv

Våld mot kvinnor är något som förekommit sedan urminnes tider. Redan år 1256 skrevs kvinnofridslagarna av Birger Jarl, vilket resulterade i att det blev straffbart att röva bort och våldta kvinnor som tillhörde andra familjer. Lagarna skrevs för att skydda männen samt familjens heder och ära och var alltså inte till för att skydda kvinnorna. Kvinnor och barns skydd mot våld i hemmet har inte funnits förrän i modern tid, då mänskliga rättigheter har erkänts. Kvinnan har alltid varit underordnad mannen, och våld och våldtäkt i hemmet var vanligt förekommande (Eliasson, 2008; Sundborg, Törnkvist, Saleh-Stattin, Wändell & Hyllander, 2015). Det var först år 1864 som lagen om husaga försvann och män inom familjen inte längre fick utöva våld mot kvinnan. Det dröjde fram till år 1965 innan våldtäkt inom äktenskapet blev olagligt i Sverige. Det var först på 1970-talet som det första genombrottet för kvinnor kom. På eget initiativ startade kvinnor kvinnojourer som ideellt arbetade med kvinnor som levde under förtryck samt varit utsatta för hot och våld (Eliasson, 2003; Moreira et al., 2018). Som ett resultat av dessa samtal med utsatta kvinnor visade det sig att våld mot kvinnor var ett utbrett problem. Det var också något som hade djup negativ påverkan på kvinnors liv och deras förmåga att leva lyckligt (Kilpatrick, 2004; Perales & Bouma, 2018). Kvinnojourerna jobbade

även mycket med opinions- och upplysningsarbete, något som ledde till en rad rättsliga förändringar i mäns våld mot kvinnor. Ett exempel på en av dessa förändringar är att kvinnomisshandel hamnade under allmänt åtal 1982. Det dröjde fram till 1990-talet då regeringen presenterade en ny proposition på en jämställdhetslag, där myndigheter tvingades ta fram samverkansprogram så att hanteringen av våld mot kvinnor underlättades. I och med detta tillsattes en kommission för att skapa överblick av våldet och för att komma fram till lämpliga åtgärder för att motarbeta våldet (Eliasson, 2003).

Dagens samhällsordning är en förlängning av hur det tidigare sett ut i Sverige och resten av världen. Det patriarkala samhället sträcker sig från tidernas begynnelse, då mannen var familjens överhuvud och därmed personen med makt (Perales et al., 2018). Våld mot kvinnor återspeglar den bristande jämställdheten och tron om att kvinnor är underordnade männen (Regeringskansliet, 2005; Sundborg et al., 2015). Även internationellt ökar förståelsen för att våld mot kvinnor är förknippat med attityder och det patriarkala samhället (Perales et al., 2018). Kvinnovåld och berättigandet av kvinnovåld är djupt förankrat i sociala normer som stärker ojämlikheten. Även om kunskap om att liberala attityder kan förutspå våldshandlingar mot kvinnor, är majoriteten av insatserna riktade mot kvinnan som blivit utsatt. Trots att mycket har gjorts i form av regelverk och konventioner så behövs insatser i samhället (Regeringskansliet, 2005). Insatserna behöver riktas mot att förändra och hantera de skadliga normer och värderingar som finns för att förändra uppfattningar och traditioner som försvarar förövare (Okenwa-Emegwa, 2019). Även FN (1979) uttrycker hur viktiga samhällsåtgärder är som riktar sig mot patriarkala attityder och stereotyper, ojämlikhet i familjer, försummelse av kvinnors civila, politiska, ekonomiska, kulturella och sociala rättigheter samt att främja kvinnors röster och öka empowerment. I och med detta kommer länder att kunna påverka både enskilda och samhällseliga faktorer som är sammankopplade med våld mot kvinnor (Obreja, 2019; United Nations 1979). I och med FN:s deklaration mot våld mot kvinnor så har varje land en skyldighet att motverka våldet genom att ta till straffrättsliga sanktioner samt motverka, utreda och åtala våldsutövare (Regeringskansliet, 2005; Obreja, 2019). De stater som inte tar till rättsliga åtgärder och misslyckas med att avbryta pågående våldshandlingar kan göra sig skyldiga till brott mot de mänskliga rättigheterna (Obreja, 2019).

2006 antog Sveriges regering sex nya mål i jämställdhetspolitiken. De övergripande målen är att män och kvinnor ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Målen som regeringen lagt fram är att alla mål som ska leda till att kvinnor ska beredas samma möjlighet i samhället och privatlivet som män. Det sjätte delmålet tar uttryckligen avstamp i att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Delmålet är omfattande och riktar sig mot fysiskt, psykiskt, sexuellt våld eller hot om våld, hedersrelaterat våld, prostitution samt kvinnohandel. De tar även upp exploatering av kvinnors kroppar som syftar till att stärka kvinnors underlägsenhet gentemot män samt kvinnors rättighet till sina egna kroppar (Regeringskansliet, 2019). Trots de insatser som görs från samhällets sida så finns det inget som tyder på att våld och förtryck mot kvinnor minskar i omfattning (Regeringskansliet, 2005).

## 2.2 Statistik

År 2000 beräknades det att 3,5 miljoner kvinnor och flickor världen över dödas varje år på grund av våld (Regeringskansliet, 2005). Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) (2017) kommer närmare 35% av världens kvinnor någon gång bli utsatta för fysiskt och/eller sexuellt våld av en närstående.

En studie utförd av WHO (2013) visade på att prevalensen av våld och sexuellt våld mot kvinnor är högst i Afrika, östra medelhavsområdet samt Sydostasien, där det uppskattas att 37% av kvinnor bosatta inom dessa regioner någon gång varit utsatta för våld. Studien visade även att prevalensen av våld mot kvinnor är hög redan i åldern 15–19 år, vilket tyder på att kvinnor upplever våld redan i tidiga relationer. Risken för att utsättas fortsätter sedan att stiga och når sin högsta nivå när kvinnan är 40–44 år gammal.

I Sverige har det gjorts två prevalensundersökningar om våld mot kvinnor. I den första, Slagen dam (Brottsoffermyndigheten, 2001), svarade närmare hälften av alla kvinnor (46%, n=10 000) att de blivit utsatta för våld av en man efter sin 15-årsdag. 2014 gjordes en andra studie som visade att 46% av de 10 000 tillfrågade kvinnorna uppgav att de någon gång under sitt vuxna liv utsatts för allvarligt våld (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014).

Enligt Brottsförebyggande rådet (2019) anmäldes 59 400 misshandelsbrott, varav 48% var mot kvinnor, vilket är en ökning med 3% från 2017. Av dessa anmälda misshandelsbrott så begicks brotten i 80% av fallen av en bekant och i 58% av dessa var förövaren och offret i en nära relation. Anmälda fall av grov kvinnofridskränkning minskade med 7% till 1740 och statistik visar att anmälda brott i denna kategori fortsatt att sjunka de senaste tio åren. Anmälda fall av våldtäkt ökade med hela 8% mellan 2017 och 2018 till 7 960 anmälda brott. Detta innebär att det sker drygt 21 våldtäkter per dag under årets alla dagar i Sverige. Dessutom dödas omkring 13 kvinnor varje år av sin partner i Sverige (Enander & Nilsson, 2019). Det finns dock ett stort mörkertal då många kvinnor väljer att inte anmäla på grund av rädsla (Hinsliff-Smith & McGarry, 2017). Studier visar på att endast ett av tio offer anmäler våldsbrott till berörda myndigheter (Johnsson-Latham, 2019).

Enligt European Institute for Gender Equality (2014) uppgår kostnaden för EU gällande våld i nära relationer till €225,8 miljarder per år. År 2006 gjorde Socialstyrelsen en liknande analys i Sverige där deras beräkning av kostnaden för våld mot kvinnor i nära relationer uppgick till mellan 2 695 och 3 300 miljoner kronor årligen. I dessa siffror är inte tandvård, läkemedel och psykiatriska kostnader inräknade (Socialstyrelsen, 2006).

### 2.3 Våldets betydelse för kvinnors hälsa

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) (2002) är den vanligaste formen av våld mot kvinnor den som utförs av en man som kvinnan har en relation med. Våld i nära relationer har en stark korrelation med kvinnors fysiska och psykiska hälsa och kan leda till posttraumatiskt stressyndrom, depression, ångest, sömnsvårigheter, ätstörningar, risk för självmord och substansproblematik, såsom bruk av droger och alkohol (WHO, 2017; Sundborg, 2015; Moyer, 2013; Nerøien & Schei, 2008). Andra besvär som kvinnor upplever till följd av våld är ihållande huvudvärk, mag- och tarmproblem samt långvarig kronisk värk. Våld mot gravida kvinnor genererar ofta i för tidig födsel, låg födelsevikt, moderkaksavlossning, svåra blödningar samt benbrott hos fostret (Moyer, 2013).

### 2.4 Omvårdnad och våld

Hälso- och sjukvården har en stor och viktig uppgift att finna och identifiera kvinnor som utsätts för våld (Björck, 2019; Sundborg et al., 2015). Ofta kan hälso- och sjukvården vara den enda instans som kvinnorna har kontakt med och som kvinnor upprepade gånger vänder sig till. Sjuksköterskan behöver vara medveten om att kvinnorna bär på ett multitrauma som en direkt följd av fysiska, psykiska, sexuella, rättsliga och sociala skador. Ofta har kvinnan även ett



emotionellt och ekonomiskt beroende av förövaren, vilket gör att möjligheten att lämna den destruktiva relationen ytterligare försvåras (Björck & Heimer, 2008). Det bemötande som kvinnan får av sjuksköterskan första gången hon berättar om våldet hon utsätts för är extra viktigt då detta kan påverka om kvinnan i framtiden väljer att återberätta. Det har visat sig att våldsutsatta kvinnor är lika benägna att prata med sjukvårdspersonal som med personal inom rättsväsendet. Detta visar ytterligare på vikten som sjuksköterskor har i att bemöta och hjälpa dessa kvinnor (Williston & Lafreniere, 2013). Enligt Ellis (1999) och Yam (2000) är 20–50% av alla som söker sig till akutmottagningar våldsutsatta kvinnor, vilket innebär att chansen är stor att som sjuksköterska möta dessa kvinnor.

Forensisk omvårdnad är den vård som sjuksköterskan utför om en patient har utsatts för våld eller om förövaren behöver vård (Almerud Österlund & Rahmqvist, 2019). Forensisk omvårdnad definieras som tillämpning av klinisk omvårdnadspraxis för traumaöverlevare eller för de som avlidit inom sjukvårdens lokaler och inbegriper identifiering av okända och oidentifierade skador och korrekt behandling av de kriminaltekniska bevisen (Lynch, 1995). Genom att på ett korrekt sätt ta vara på de bevis på våld som finns hos kvinnan eller förövaren samt att dokumentera skadorna innebär att en rättslig process möjliggörs. Förutom dessa åtgärder är det även viktigt att en samverkan mellan myndigheter organiseras samt att som sjuksköterska finnas där för den våldsutsatta kvinnan under hela processen (Almerud Österlund & Rahmqvist, 2019).

I USA och Kanada är forensisk omvårdnad en specialistinriktning vilket innebär att det är den specialistutbildade sjuksköterskan som leder teamet gällande bedömning av övergrepp samt har kännedom om lagar och regelverk som ska följas. När kvinnan har identifierats följer sjuksköterskan kvinnan genom hela sjukhusvistelsen för att se till att kvinnans samtliga behov är tillgodosedda samt för att säkerställa att det finns åtgärder som samhället sedan bör följa upp (Kent-Wilkinson, 2010).

## 2.5 Relation

Enligt Snellman (2014) är vårdrelationen en grundläggande dimension i vårdandet och kan antingen vara vårdande eller icke-vårdande. Beroende på dess karaktär kan patienten uppleva välbefinnande eller lidande. Relationen med kvinnan är alltid asymmetrisk då sjuksköterskan står i en maktposition gentemot kvinnan. För att relationen ska vara ansvarsfull menar Snellman (2014) att relationen bör ha tre grundvillkor; respekt, förtroende och ömsesidighet. Respekt baseras på personliga värden såsom ärlighet och generositet men även på allmänhetisk kunskap. Förtroendet handlar om att kvinnan ska uppleva att sjuksköterskan vill vårda henne och att ett gott resultat av vården kan uppnås. Ömsesidigheten är förhållandet mellan kvinnan och sjuksköterskan där de kommer fram till de styrkor kvinnan besitter. Utöver det som Snellman beskriver anser Halldorsdottir (2008) att det även krävs kunskap och visdom för att tillit ska kunna skapas. Halldorsdottir använder sig dessutom av begreppet "brygga" som kännetecknar att relationen är dialektisk och kräver både närhet och ett visst avstånd. Utan detta avstånd upplever patienten relationen som obekväm och till och med som oprofessionell. Enligt Halldorsdottir (2008) kan relationen mellan kvinna och sjuksköterska, om den är god, ses som livsgivande och därmed fungera som empowerment. Halldorsdottir (2008) menar därför att relationen är kärnan i omvårdnaden.

## 2.6 Lidande

Enligt Willman (2014) måste en patient uppleva någon slags lidande för att behöva vård. Lidande beskrivs som någonting som tillhör livet men som också är relaterat till hälsa. Lidande är en negativ påverkan av upplevelsen av att känna hälsa. Idag anses lidande ha en mening som berör både kroppsliga, själsliga och andliga aspekter av personens liv. Inom vården talas det om tre olika typer av lidande; sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Den första typen av lidande är det lidande som uppstår till följd av en sjukdom eller skada. Livslidande är kopplat till personens liv och kan orsakas både av att inte få uppmärksamhet och känslor bekräftade men även av trauman. Detta gör att personen kan börja fundera över livet, dess riktning och innehåll. Vårdlidande är det som uppkommer när patienten upplever att sjukvården inte tar en på allvar eller upplever vanmakt i relationen till sjukvården (Wiklund Gustin, 2014). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vårdgivare vidta de åtgärder som krävs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador, vilket även innefattar lidande.

## 3. Problemformulering

Våldsutsatta kvinnor är en grupp som oftare upplever ohälsa och som oftare drabbas av fysiska, psykiska och psykosociala besvär. Dessa kvinnor tenderar dessutom att söka vård oftare än kvinnor som inte utsätts för våld. Våld mot kvinnor är en fråga om grundläggande mänskliga rättigheter och bör ses som ett allvarligt hot mot folkhälsan. I Sverige lever drygt 5 miljoner kvinnor och av dessa kommer 1,65 miljoner någon gång under sitt liv bli utsatta för våld av en närstående man. Av dessa anledningar behöver kunskapen om våldsutsatta kvinnor öka markant både inom sjukvården och i samhället i stort så medel kan anslås för vidare forskning och utbildning.

Många våldsutsatta kvinnor upptäcks inte av sjukvården idag. Faktorer som påverkar stödet bör därför identifieras så att sjuksköterskor lättare kan ge den våldsutsatta kvinnan god omvårdnad.

## 4. Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors stöd riktat till våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården.

## 5. Metod

En litteraturöversikt med en induktiv ansats valdes för att kunna besvara studiens syfte.

### 5.1 Syftesformulering

Syftet arbetades fram enligt Friberg (2017a) som menar att ett bra syfte bör innehålla ett verb, ha ett klart och tydligt ordval, ha ett teoretiskt intresse samt nämna den praktiska tillämpningen. På så sätt riktas arbetets relevans mot sjuksköterskans praktiska område. Utifrån denna metod skapades ett syfte som innehöll ett subjekt, en kontext, ett fenomen samt ett verb (se tabell 1).

**Tabell 1. Översikt av relevanta begrepp för syftesutveckling.**

Subjekt (S)	Sjuksköterskan
Kontext (K)	Hälso- och sjukvården
Fenomen (F)	Faktorer som påverkar sjuksköterskans stöd till våldsutsatta kvinnor

Verb (V)	Belysa
----------	--------

## 5.2 Urvalskriterier vad gäller informationskällor

De informationskällor som användes var Cinahl och PubMed. Cinahl innehåller artiklar inom omvårdnadsvetenskap och PubMed innehåller artiklar inom främst medicin men även omvårdnad (Östlundh, 2017). Anledningen till att dessa databaser valdes var för att litteraturöversiktens område är omvårdnad.

Från början var tanken att studien skulle handla om hedersrelaterat våld. Då den inledande sökningen gjordes visade det sig att forskning inom detta område var begränsad (Friberg, 2017a). Det bestämdes därför att studiens syfte skulle ändras till att istället handla om våldsutsatta kvinnor. Det gjordes en ny inledande sökning utifrån det nya syftet och det visade sig finnas tillräckligt material. Syftet kunde då fastslås.

## 5.3 Val av sökord

Utifrån det framarbetade syftet togs olika sökord ut som sedan söktes på i Svenska MeSH och Cinahl headings. Detta för att få fram relevanta synonymer som skulle kunna användas i den egentliga informationssökningen. De sökord som togs fram var “nurs\*”, “women\*”, “support\*”, “battered” och “violence”. Sökorden “nurs\*”, “women\*” och “support\*” användes som en slags “stamsökning” då artiklar som inte innehöll dessa ord inte kunde anses vara relevanta för syftet. “Stamsökningen” kombinerades först med sökordet “battered” och sedan med “violence” för att slutligen kombinera båda för att stärka artiklarnas relevans för studien (Östlundh, 2017).

## 5.4 Söktekniker

Sökningarna gjordes med hjälp av trunkeringssymbolen \*. Detta på grund av att en sökning på en ordstam tillsammans med \* ger fler träffar än ett ord i sig. “Nurs\*” ger exempelvis träffar på alla ord som börjar med nurs, alltså nursing, nurses osv. I den inledande informationssökningen användes inte trunkering som en sökteknik. Detta gjorde att sökningarna blev mer avgränsade och exkluderade artiklar som sedan visade sig vara relevanta för studiens syfte. En boolesk söklogik användes sedan för att kunna kombinera sökord. Operatören som användes för att koppla ihop söktermer var “AND”, vilket resulterade i att resultatet enbart visade artiklar som innehöll samtliga sökord. Sökoperatörerna “OR” och “NOT” användes inte då detta hade resulterat i att relevanta artiklar hade exkluderats (Östlundh, 2017).

## 5.5 Val av dokument

### 5.5.1 Inklusionskriterier

Avgränsningar som valdes för den egentliga litteratursökningen var “engelska/english”, “tillgängligt abstrakt/abstract available” och “kvinnligt kön/female”. Artiklarna skulle även vara originalartiklar då de redovisar ny kunskap och har varit utsatta för granskningar (Segesten, 2017). På Cinahl fanns även avgränsningsfunktionen “peer-reviewed”, vilket användes. Avgränsningen “engelska/english” valdes då flertalet artiklar som hade ett relevant abstrakt sedan visade sig vara skrivna på ett språk som inte författarna behärskade.

### 5.5.2 Exklusionskriterier

Artiklarna skulle företrädesvis vara skrivna under de senaste 15 åren, men detta valdes att inte användes som avgränsning då publicerade artiklar skrivna tidigare fortfarande ansågs vara relevanta så länge som de besvarade studiens syfte på ett adekvat sätt. När den egentliga sökningen gjorts valdes artiklar bort då deras resultat inte ansåg vara relevanta trots att studierna visade sig ha en hög kvalitet. Artiklar som fokuserade på barn, gravida, äldre eller andra specifika grupper av kvinnor valdes också bort. Även studier som berör våld som sker i samkönade relationer, män som utsätts för våld och hedersrelaterat våld selekterades bort.

### 5.6 Urval och kvalitetsbedömning

På Cinahl gjordes två sökningar. Den första sökningen gav 14 träffar. Av dessa granskades fem artiklar och av dessa valdes tre till resultatet. Den andra sökningen gav 48 träffar. Av dessa granskades sju artiklar varav två av dessa valdes till resultatet. Av dessa sju var tre stycken dubletter från första sökningen (se tabell 2).

På PubMed gjordes två sökningar. Den första resulterade i 313 artiklar och av dessa granskades elva. Till resultatet valdes fem artiklar. Två av dessa granskade artiklar visade sig vara dubletter från sökningarna i Cinahl. Andra sökningen i PubMed resulterades i 1286 träffar. Av dessa granskades 24 artiklar varav en valdes till resultatet. Sju av dessa 24 granskade artiklar var dubletter från de tre tidigare sökningarna (se tabell 3).

Alla artiklar kvalitetsgranskades med hjälp av granskningsmallar funna i Forsberg och Wengström (2016). Varje påstående graderades med antingen en 1:a eller en 0:a. En 1:a antyder att artikeln lever upp till påståendet och en 0:a anger att artikeln inte uppfyller påståendet. Dessa poäng räknades sedan samman och omvandlades till procent. Beroende på artiklarnas procent, kunde artikeln sedan bedömas ha hög, måttlig eller låg kvalitetsnivå. För att artikeln skulle bedömas ha hög kvalitet beslutades det att artikeln minst behövde ha 70% 1:or. För att bedömas ha måttlig nivå beslutades det att artikeln behövde ha minst 60% 1:or. Artiklar som hade <60% valdes bort då kvalitén inte ansågs vara tillräckligt hög. Artiklar som visade sig uppfylla hög eller måttlig kvalitet men där det saknades etiska resonemang eller ett etiskt godkännande fick lägre poäng. Ingen granskad artikel visade sig ha låg kvalitet. Granskningen utmynnade i att elva artiklar inkluderades i studien.

**Tabell 2. Översikt av egentlig sökning i Cinahl.**

Datum/databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta titlar/Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar	Dubletter
Cinahl 2019-11-09	nurs* AND women* AND support* AND battered	Abstract available, English, Female, Peer-reviewed	14	5	5	3	-
Cinahl 2019-11-09	nurs* AND women*	Abstract available,	48	8	7	2	3

	AND support* AND violence	English, Female, Peer- reviewed					
--	------------------------------------	--	--	--	--	--	--

**Tabell 3. Översikt av egentlig sökning i PubMed.**

Datum/databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta titlar/Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar	Dubbletter
PubMed 2019-11-09	nurs* AND women* AND support* AND battered	Abstract available, English, Female	313	52	11	5	2
PubMed 2019-11-09	nurs* AND women* AND support* AND violence	Abstract available, English, Female	1286	184	24	1	7

## 5.7 Dataanalys

Författarna valde att utgå ifrån Fribergs (2017b) beskrivning av tillvägagångssätt för dataanalys. *Första steget* (1) var att individuellt läsa igenom de valda studierna flertalet gånger, för att skapa sig en helhetsbild av artiklarna. *Andra steget* (2) var att göra en individuell sammanfattning av varje studie för att försäkra sig om att författarna fått med allt som var av betydelse för litteraturöversikten. I det *tredje steget* (3) diskuterades författarnas individuella sammanfattningar för att se till att författarna hade uppfattat artiklarna på liknande sätt, att allt relevant material extraherats ur artiklarna samt för att få två perspektiv på innehållet. I det *fyjärde steget* (4) gjordes en tabell över de valda studierna för att få en bra överblick över den data som samlats in. I det *femte steget* (5) analyserade författarna återigen artiklarna tillsammans och jämförde de med varandra för att komma fram till likheter och skillnader (se figur 1).



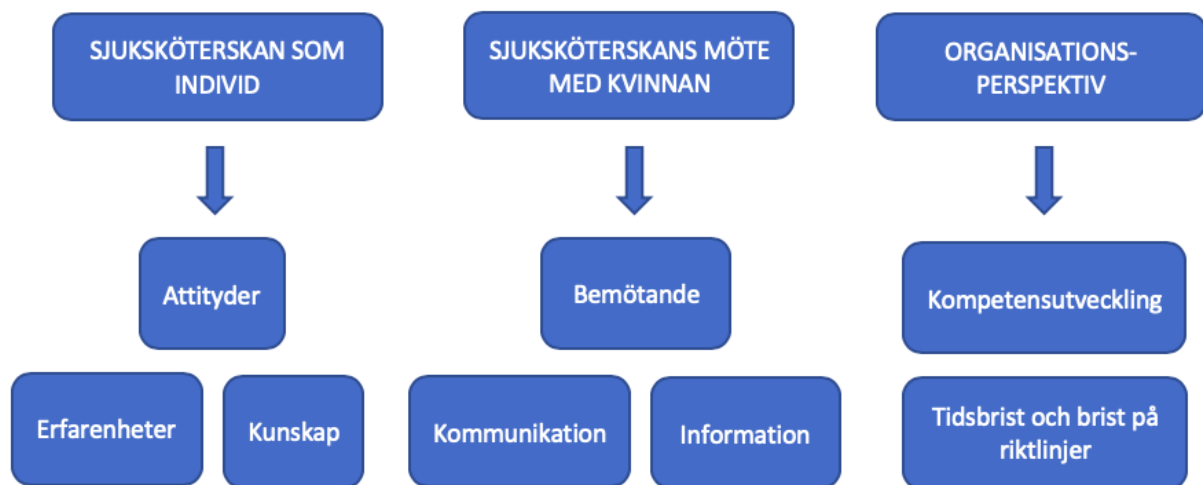
**Figur 1. Översikt av analysprocessen.**

## 5.8 Etiska ställningstaganden

Etiska överväganden gällande urval och presentation av resultat bör göras vid systematiska litteraturstudier (Forsberg & Wengström, 2016). Enligt Wallengren och Henricson (2012) ska endast studier inkluderas där etiska kommittéer gett tillstånd för studien eller där noggranna etiska överväganden har gjorts (a.a). Inom all vetenskaplig forskning är god etik ett viktigt inslag och därför bör intresset för att inhämta ny kunskap alltid vägas mot kravet att skydda undersökningens deltagare från skada eller men. Samtliga artiklar som ingick i studien redovisades (Forsberg & Wengström, 2016).

## 6. Resultat

Efter att ha läst igenom artiklarna kunde tre huvudkategorier och åtta subkategorier identifieras (se figur 2).



Figur 2. Översikt av resultatets huvud- och subkategorier.

### 6.1 Sjuksköterskan som individ

*Den här kategorin utgår från faktorer hos den enskilda sjuksköterskan.*

#### 6.1.1 Attityder

I studien gjord av Inoue och Armitage (2006) jämfördes attityder hos sjuksköterskor i Japan och Australien. Deras studie, samt studien av Lee et al. (2015) visar att sjuksköterskans attityd är avgörande för hur omvårdnaden kommer att se ut. Har sjuksköterskor ett konservativt kulturellt förhållningssätt tenderar stödet till kvinnan att minska samt att sjuksköterskor har svårt att avgöra vad för våld som anses accepterat och vad som kan klassas som grovt våld (Inoue et al., 2006). På liknande sätt ansåg 25% (n=133) att våldet som kvinnan utsattes för berodde på hennes hjälplösa personlighet och att detta då gjorde våldet mer accepterat (Hägglom, Hallberg & Möller, 2005).

Även stereotypiska åsikter och fördomar bidrog till försämring av kvinnans stöd (Lee et al., 2015; Hägglom et al., 2005). Sundborg, Saleh-Statinn, Wändell och Törnkvist (2012) samt Hägglom et al. (2005) menar dessutom att vissa sjuksköterskor ansåg att om våldet som kvinnan utsattes för upplevdes kränkande, antogs det vara självklart att kvinnan skulle lämna mannen. Om mannen var trevlig och såg välutbildad ut tillfrågades inte kvinnan om hon var utsatt för våld (Inoue et al., 2006).

### **6.1.2 Erfarenhet**

Sjuksköterskor som inte hade egna erfarenheter av våld hade svårare att sätta sig in i kvinnans situation (Inoue et al., 2006). På liknande sätt visade studien av Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen och MacMillan (2007) att de sjuksköterskor som själva upplevt våld gav bättre omvårdnad då de kände att de hade större förståelse och bättre självförtroende. De kunde även initiera samtal kring våld i hemmet på ett bättre sätt med kvinnan än sjuksköterskor som inte själva upplevt våld. Dock menar Häggblom och Möller (2006) samt Inoue et al. (2006) att sjuksköterskor som själva varit utsatta för våld upplever en större andel stress samt att sjuksköterskorna inte kan ge kvinnan den vård hon behöver på ett tillfredsställande sätt.

### **6.1.3 Kunskap**

Studierna av Häggblom et al. (2005) och Gutmanis et al. (2007) visar att 78% (n=126/133) samt 60% (n=931) av sjuksköterskorna upplevde att de inte fått den grundläggande kunskapen som de behövde under sin utbildning för att kunna ta hand om våldsutsatta kvinnor. Även i studien gjord av Alvarez, Debnam, Clough, Alexander och Glass (2017) beskriver sjuksköterskor men även läkare att de upplever att de inte har den utbildning eller de kliniska färdigheter som behövdes. Två av deltagarna i studien ovan gav uttryckligen svar på att de upplevde att de saknade kunskap och var därmed mindre benägna att ta hand om våldsutsatta kvinnor. De uppgav även att de inte fått någon praktisk träning i detta under sin utbildning.

I studien av Inoue et al. (2006) beskrevs att nytexaminerade sjuksköterskor inte hade den kunskapsbas som krävdes för att förstå våldets orsaker, dess konsekvenser och det juridiska ansvar som låg på dem. Detta tas även upp som ett hinder i studien av Häggblom et al. (2006) som förklarar att nytexaminerade sjuksköterskor inte har kunskap som krävs för att ge de våldsutsatta kvinnorna den hjälp och stöd som de behöver, om sjuksköterskan mot förmodan skulle kunna identifiera kvinnan som våldsutsatt.

Studierna av Watt, Bobrow och Moracco (2008) samt Inoue et al. (2006) visar att sjuksköterskor saknar förståelse för de psykologiska försvarsmekanismer som kvinnor utsatta för våld uppvisar. Det händer att kvinnor förminskar sina problem i mötet med sjukvården och att detta görs till följd av att kvinnan känner skam, rädsla och oro, vilket leder till att våldet kvinnan utsätts för förblir oupptäckt.

## **6.2 Sjuksköterskans möte med kvinnan**

*Den här kategorin utgår från mötet mellan sjuksköterskan och patienten och påvisar förmågor hos sjuksköterskan som kan påverka mötet.*

### **6.2.1 Bemötande**

I flera studier (Gomes et al., 2013; Gutmanis et al., 2007; Häggblom et al., 2006) beskrivs sjuksköterskans bemötande vara av vikt för att skapa en god kontakt med den våldsutsatta kvinnan. Studien beskriver även vikten av att ge henne tid att tänka och möjlighet till reflektion, vilket i sin tur leder till att kvinnan vågar berätta om sin situation. Gomes et al. (2013) och Häggblom et al. (2006) beskriver att den relation som kvinnan och sjuksköterskan behöver ofta tar tid och kräver upprepade möten. På samma sätt beskriver Lee et al. (2015) att våldet kvinnan är utsatt för kan ses som en cyklisk process. Sjuksköterskan bör därför vara medveten om att kvinnan kanske inte är kapabel till att lämna förövaren i dagsläget. Enligt Watt et al. (2008) är detta särskilt tydligt hos kvinnor som inte vill kännas vid våldet. Att sjuksköterskan regelbundet

kontaktar kvinnan via exempelvis telefon eller bokar in ett nytt möte, skapar tillit och resulterar i att kvinnan känner sig trygg. I samma studie redogör en erfaren sjuksköterska att hon i sitt bemötande är ärlig mot kvinnan och berättar att hon inte förstår hur skadan kan ha uppstått på det sätt som kvinnan uppgett.

Genom att prata med kvinnan i en trygg miljö, där integriteten skyddas och där samtalet inte störs av andra faktorer, kan kvinnan känna sig trygg och våga berätta om våldet (Hägglom et al., 2006; Lee et al., 2015). Vidare menar de att kvinnan inte kommer att redogöra för sina erfarenheter om hon inte känner sig trygg eller trodd på. För att kunna skapa en god "vi-känsla" finns det enligt Hägglom et al. (2006) och Watt et al. (2008) några avgörande faktorer och dessa är flexibilitet, stöttning samt kreativt och emotionellt närvarande. Sjuksköterskan bör även vara fördomsfri i mötet med kvinnan.

### **6.2.2 Kommunikation**

Hägglom et al. (2006) skriver att de sjuksköterskor som regelbundet mötte kvinnor utsatta för våld upplevde att den terapeutiska dialogen var viktig. Den bör fokusera på hur kvinnor ska hantera situationen de befinner sig i samt hur viktigt det är att så snart som möjligt kunna lämna relationen. Studien tog även upp vad som var viktiga beståndsdelar i samtalet och beskrev att kvinnans självförtroende behöver stärkas. Andra viktiga delar som studien berörde var att sjuksköterskor såg till att kvinnan inte klandrade sig själv för situationen hon befann sig i, samt att de tydliggjorde vad konsekvenserna kan bli av att stanna i en destruktiv relation.

### **6.2.3 Information**

Watt et al. (2008) tog upp vad kvinnor i olika stadier av acceptans ansåg vara viktigt för sjuksköterskor att ta upp i mötet med dem. Oberoende av var i processen de befann sig, ansåg kvinnorna att information var viktigt. Det framkom att kvinnor som förnekade våldet ofta accepterade behandling för sina synliga skador. Dock ville de inte diskutera orsaken till skadans uppkomst med sjuksköterskan, ofta på grund av skam och rädsla för hämnd (Hägglom et al., 2005). Däremot tyckte kvinnorna att sjuksköterskan bör fråga och visa empati. På samma sätt visade Coker et al. (2007) att det är viktigt att sjuksköterskan ställer frågor om våldsutsatthet.

Informationen som kvinnorna önskade var allt från upplysning om vart de kan vända sig om de behöver hjälp vid ett senare tillfälle till att koppla in polis och hjälpa kvinnorna att hitta kvinnojourer där de kan känna sig trygga (a.a).

I den kvantitativa studien av Hägglom et al. (2005) svarade 49% (n=133) av sjuksköterskorna att de informerade kvinnan om vilka juridiska rättigheter hon hade och så många som 67% (n=133) uppmuntrade kvinnan att anmäla händelsen till polisen. Detta resultat stödjer även den kvalitativa studien av Hägglom et al. (2006).

## **6.3 Organisationsperspektiv**

*Den här kategorin utgår från faktorer som endast kan påverkas och förändras av vårdgivaren som organisation.*

### **6.3.1 Kompetensutveckling**

Det visade sig att en del sjuksköterskor upplevde rädsla och oro inför att ställa frågor som berör våld i hemmet till kvinnor. Detta berodde på att sjuksköterskor upplevde att de inte kunde bemöta de känslor och frågor som uppstod och inte heller visste hur de skulle gå vidare i



processen (Hägglom et al., 2005; Alvarez et al., 2017; Sundborg et al., 2012). I studien gjord av Hägglom et al. (2005) visade det sig att 23% respektive 15% (n=133) av sjuksköterskorna inte frågade kvinnor om våldsutsatthet på grund av respekt för kvinnans integritet samt att de inte visste hur de ska formulera frågorna. Sundborg et al. (2012) menade att de sjuksköterskor som hade fått kompetensutveckling var mer benägna att fråga kvinnor om våldsutsatthet. En majoritet av artiklarna tog upp bristen på kunskap hos sjuksköterskor som mötte de våldsutsatta kvinnorna (Gandhi, Poreddi, Nikhil, Palaniappan & Math, 2018; Alvarez et al., 2017; Lee et al., 2015; Gutmanis et al., 2007; Inoue et al., 2006; Hägglom et al., 2005). Studierna visar även på att många sjuksköterskor känner sig oförberedda inför mötet med den våldsutsatta kvinnan samt att de var osäkra på vilken vård och vilket stöd kvinnor har rätt till (a.a).

### **6.3.2 Tidsbrist och brist på riktlinjer**

Något som identifierades i flertalet studier (Alvarez et al., 2017; Gomes et al., 2013; Hägglom et al., 2005) var att sjuksköterskor upplevde att tidsbrist utgjorde ett hinder i screeningen och kontakten med den våldsutsatta kvinnan. Det ledde till att kvinnor inte frågades om de upplevt våld i hemmet trots misstankar om våldsutsatthet. Detta ledde i sin tur till att inga åtgärder vidtogs. Coker et al. (2007) intervjuade sjuksköterskor som menade att screening trots allt är genomförbart vid hög belastning eller underbemanning. Ytterligare ett hinder som framkom var att sjuksköterskor saknade tydliga handlingsplaner och riktlinjer, vilket resulterade i att de inte var medvetna om vad som hörde till deras arbetsuppgifter. Enligt Hägglom et al. (2005) var det endast 36% (n=133) och enligt Sundborg et al. (2012) var det endast 5% (n=192) av sjuksköterskorna som hade fått information om vilka riktlinjer och rutiner som gällde vid mötet med en våldsutsatt kvinna.

## **7. Diskussion**

### **7.1 Metoddiskussion**

För att ringa in ett problemområde och strukturera frågeställningar kan de så kallade PICO- och SPICE-frågorna vara till hands. Dessa frågor är relevanta för studier gällande interventioner och diagnostik (Friberg, 2017b; SBU, 2017). SPICE-frågor används för studier som bygger på kvalitativa data, men precis som PICO-frågorna avser de att jämföra metoder (SBU, 2017). Utifrån detta ansåg författarna att dessa frågor inte var relevanta för tillämpning av problemformuleringen. Enligt SBU (2017) används både PICO och SPICE även som hjälpmedel för att formulera frågeställningar, något som författarna valt att inte använda då de valde en induktiv ansats. Trots att samtliga komponenter av PICO och SPICE inte behöver tillämpas, valde författarna att inte använda sig av dessa då de inte lämpade sig för studiens metod eller ansats.

Databaserna som användes var relevanta för området omvårdnad och därför valdes ingen ytterligare databas (Östlundh, 2017). Sökorden anses vara relevanta för syftet och "stamsökningen" tillsammans med de två ensamstående sökorden genererade relevant forskning. Sökord kopplade till ordet "faktorer" användes inte då många artiklar som behandlade faktorer inte använde sig av just denna benämning. Hade sökord kopplade till ordet faktorer valts hade eventuell relevant forskning exkluderats. Sökorden kan upplevas som få men bör anses som tillräckliga för att kunna besvara studiens syfte.

Avgränsningarna “kvinnligt kön/female” och “tillgängligt abstrakt/abstract available” kan i efterhand tyckas vara överflödiga och avgränsningarna kan ha lätt till exkludering av relevanta artiklar. Avgränsningen “kvinnligt kön/female” kan dessutom kopplas till sökordet “women\*” som ingick i “stamsökningen”. Anledningen till dessa avgränsningar var den snäva tidsramen samt att det förenklade granskningen av artiklarna. Om sökningen hade gjorts om hade avgränsningarna ifrågasatts till större grad än vad som gjordes inför litteraturöversiktens egentliga litteratursökning (Östlundh, 2017).

Artiklar som endast riktade sig till specialistsjuksköterskor valdes bort. Ingen artikel valdes bort utifrån vilken typ av vårdkontext studierna utfördes i. Däremot har författarna till denna studie valt att inte ange dessa vårdkontexter i studiens resultat då detta ansågs vara obetydligt för besvarande av studiens syfte. Författarna ser detta som en styrka då alla sjuksköterskor, oberoende av var de arbetade, uppgav liknande svårigheter och utmaningar för omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor.

Då studiens syfte var att belysa de faktorer som påverkar stödet skulle eventuellt fler kvalitativa artiklar kunnat inkluderas för att påvisa fler upplevelser och erfarenheter av vad kvinnor och sjuksköterskor anser vara av betydelse för stödet. Författarna anser dock att användning av både kvalitativa och kvantitativa artiklar kan ses som en styrka då det bidrar till triangulering och därmed trovärdighet av studiens resultat (Wallengren & Henricson, 2012).

Resultatets artiklar hade stor global spridning, vilket författarna ser som positivt men till viss del även negativt. Studiens resultat kan ses som trovärdigt då de faktorer som påverkar sjuksköterskans stöd till våldsutsatta kvinnor har visat sig överensstämma globalt. Trots detta kan litteraturöversiktens överförbarhet diskuteras då vissa länder där studierna utförts har andra rättssystem, kulturer och jämställdhetslagar än vad Sverige har (Wallengren och Henricson, 2012).

## 7.2 Resultatdiskussion

Resultatet visade att de faktorer som påverkade sjuksköterskans stöd till våldsutsatta kvinnor var attityder, erfarenheter, kunskap, bemötande, information, kommunikation, kompetensutveckling samt brist på tid och riktlinjer.

Av respekt för kvinnans integritet valde ibland sjuksköterskor att inte fråga om våldsutsatthet. Ur ett omvårdnadsperspektiv kan detta betyda att sjuksköterskan bidrar till vårdlidande (Wiklund Gustin, 2014), då detta försummar kvinnans rätt att bli tagen på allvar. I studien utförd av Coker et al. (2007) framkom det dock att ingen av de tillfrågade kvinnorna upplevde att de känt sig kränkta av sjuksköterskans frågor utan att de snarare upplevde dessa frågor som betydelsefulla. Detta styrks även av Alshammari, McGarry och Higginbottom (2017) som säger att majoriteten av kvinnor snarare upplevde frågor om våldsutsatthet tolererbara. Berglund och Witkowski (2019) menar även att många kvinnor inte var medvetna om att våldet kan orsaka ohälsa och därmed lidande. Tillfrågade kvinnor ansåg dessutom att frågan om våld ger ett bra tillfälle för att få information och stöd i frågan (Chang et al., 2005). Att som sjuksköterska arbeta hälsofrämjande genom att ge råd och information på flera olika sätt ökar chanserna för att informationen når fram och kan vara till nytta för kvinnan (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014; Eldh, 2014). Flera kvinnor som intervjuades av Chang et al. (2005) önskade att som komplement till den muntliga informationen även få informationen skriftligt. Detta menade de

var till större nytta då de i situationen var för stressade och nervösa för att kunna ta in informationen.

Resultatet visade att bristande kunskap och förmåga skapade en viss osäkerhet och otrygghet hos sjuksköterskor. Även Ahmad, Ali, Rehman, Talpur och Dhingra (2016) nämner detta och menar att det resulterar i att sjuksköterskor inte klarade av att skapa den miljö som behövdes för att kvinnan skulle våga berätta sin historia. Om kvinnan upplever miljön som negativ kan en god relation mellan kvinnan och sjuksköterskan bli svår att skapa. Detta kan leda till att kvinnan upplever ett större lidande då relationen är väsentlig för en god omvårdnad (Snellman, 2014; Halldorsdottir, 2008).

Något som återkom i resultatet är vikten av utbildning gällande våld mot kvinnor och våld i nära relationer för att öka sjuksköterskors förmåga att hantera sådana fall. Utbildning och ökad kunskap inom området behövs enligt resultatet implementeras på olika nivåer. Det behövs införas redan i grundutbildningen för sjuksköterskor så att studenter får en uppfattning om hur utbrett problemet är.

Det är viktigt att sjuksköterskor under utbildningen på ett akademiskt sätt kan diskutera och utmana sina egna förutfattade meningar och attityder gentemot de som är offer, men även de som är förövare. Bristande kunskap kring ämnet våldsutsatta kvinnor kan bidra till negativa attityder och fördomar, vilket visade sig kunna påverka omvårdnaden. Genom att få dessa attityder och förutfattade meningar utmanade kan sjuksköterskors medvetenhet om ämnets komplexitet förändras och detta kan i sin tur förändra hur sjuksköterskor bemöter kvinnor samt förbättra relationen och på sikt även omvårdnaden. Som ett direkt resultat av dessa fördomar och attityder kommer kvinnan inte få det omhändertagande hon har rätt till. Detta kommer i förlängningen leda till att sjuksköterskan inte kan ge den vård kvinnan behöver och detta kan leda till att sjuksköterskan bibehåller samt ökar kvinnans livslidande. I och med detta skapas även ett nytt lidande i form av vårdlidande (Wiklund Gustin, 2014).

Gandhi (2018) diskuterar sjuksköterskornas kunskapsbrist och menar att sjuksköterskeutbildningen bör ses över för att införa mer utbildning kring ämnet. Studenter bör därför förse med konkreta fall att träna på under sin kliniska färdighetsträning. Det här förslaget stärks av Alshammari et al. (2017) samt Hinsliff-Smitt et al. (2017) som menar att det är viktigt för studenter att genomgå kurser som tar upp problematiken kring våldsutsatta kvinnor för att öka sina kunskaper, färdigheter samt förståelsen för ämnet. Fram till hösten 2018 fanns inga krav på universitet eller högskolor att utbilda studenter om våld mot kvinnor. De nationella examensmålen för sjuksköterskor är numera förändrade och idag är kunskapsområdet ett obligatoriskt lärandemål i sjuksköterskeutbildningen (SFS 2017:857).

Enligt Alshammari et al. (2017) behöver arbetsgivare även se till att sjuksköterskor och annan vårdpersonal får utökad kunskap. Kompetensutveckling i form av hur sjuksköterskor bör bemöta våldsutsatta kvinnor är något som behöver tas i beaktning då det är ett stort och komplext problem. Resultatet visade att sjuksköterskor inte alltid är medvetna om de riktlinjer som finns eller vad de innebär. Detta resulterade i att frekvensen av screenade kvinnor minskade, vilket i praktiken innebär att sjuksköterskan bidrar till vårdlidande (Wiklund Gustin, 2014). Ahmad et al. (2016) menar att om sjuksköterskor kan vara delaktiga i utvecklingen av riktlinjer för identifiering och omvårdnad till våldsutsatta kvinnor, kan det resultera i en förbättring av sjuksköterskors vilja, kunskap och förmåga att screena kvinnor.

För att kvinnor ska våga avslöja sin utsatthet är relationen en viktig faktor enligt Snellman (2014) och Halldorsdóttir (2008). Det kan vara svårt att som kvinna avslöja sin våldsutsatthet för en sjuksköterska hon enbart har träffat en eller ett fåtal gånger. Sjuksköterskor behöver därför skapa en ”brygga” mellan kvinnan och sig själva och först då kan kvinnan känna samhörighet och trygghet i att söka stöd hos sjuksköterskan.

Sjuksköterskan behöver kunna närma sig ämnet på ett sätt som gör att kvinna inte upplever att sjuksköterskan snokar eller dömer utan att det finns ett genuint intresse för att hjälpa henne (Chang et al., 2005). Att kunna prata med kvinnan ostört i en trygg miljö borde vara en självklarhet men verkligheten ser inte alltid ut så. Oftast är mötet relativt kort, tiden knapp och kvinnan är ibland i sällskap med en manlig nära släkting. Detta innebär att kvinnan inte är själv i rummet med sjuksköterskan. Att i en sådan situation snabbt kunna identifiera om kvinnan är utsatt samt att på ett bra sätt få kvinnan att bli ensam i rummet utan att detta ökar risken för våld senare, kräver kunskap och erfarenhet hos sjuksköterskan. Detta bekräftas i tre studier av Chang et al. (2005), Ahmad et al. (2016) och Yam (2000) där kvinnor själva har fått uttrycka vilka barriärer som gör att de inte känner att de kan avslöja sin våldsutsatthet. Kvinnor påtalade även vikten av att mannen inte följde med in i undersökningsrummet vid mötet med sjuksköterskan då detta innebar att de inte kunna tala fritt med sjuksköterskan och därmed våga avslöja det våld hon utsätts för. Att som kvinna få träffa en sjuksköterska i enrum är en rättighet och en skyldighet från sjuksköterskans sida då detta annars kan äventyra sekretessen. Det är därför viktigt att som sjuksköterska be mannen att vänta kvar i väntrummet. Detta kan även resultera i att en bättre relation mellan parterna byggs samt att tillit utformas, vilket kommer resultera i att kvinnan har lättare för att berätta om det lidande hon utsätts för (Snellman, 2014; Halldorsdóttir, 2008).

Det är viktigt att tänka på kvinnans fortsatta säkerhet i situationer där sjuksköterskan ber mannen att inte följa med in i undersökningsrummet. Är kvinnan svårt utsatt bör tankar kring hennes säkerhet ske vid eventuell utskrivning till hemmet. Våldet kan tendera att eskalera vid eventuell misstanke från mannens sida om att kvinnan har avslöjat våldet hon utsätts för, vilket i sin tur kan utgöra ett hot mot kvinnans liv och hälsa. Vid allvarligt fysiskt våld där kvinnan har polisanmält händelsen ska polis tillkallas för att utreda skyddsbehovet för kvinnan. Om kvinnan inte har polisanmält händelsen bör sjuksköterskan uppmana kvinnan till detta (Berglund & Witkowski, 2019). Enligt Yam (2000) uppgav kvinnor att sjuksköterskor inte kan förstå den situation som kvinnorna befinner sig i då de själva inte upplevt det kvinnorna gjort och att sjuksköterskor bör acceptera kvinnans beslut i att inte anmäla då detta kan grunda sig i rädsla.

Att känna sig trygg i mötet med sjuksköterskan är enligt resultatet en viktig faktor för att kvinnan ska våga dela med sig av sin våldsutsatthet. Det är därför viktigt att tänka på i vilken situation sjuksköterskan frågar om våldsutsattheten. Enligt Chang et al. (2005) var detta något som de deltagande kvinnorna uttryckligen poängterade. De menade att extra utsatta situationer såsom intima undersökningar inte lämpade sig för frågor om våldsutsatthet.

Ytterligare viktiga faktorer som framkom i resultatet var organisatoriska hinder, såsom tidsbrist på mottagningar och bristen på riktlinjer alternativt bristande kunskap om redan befintliga sådana. Då relationsskapande och bemötande har visat sig vara viktiga faktorer enligt resultatet, utgör tidsbrist ett hot för att identifiera och stödja den våldsutsatta kvinnan. Detta visas även av

Alshammari et al. (2017), Ahmed et al. (2016) och Chang et al. (2005). Dessa faktorer kan indirekt öka kvinnans livslidande samt utgöra ett vårdlidande då sjukvården inte kan bekräfta kvinnans konkreta samt existentiella behov. När kvinnan tillfrågas om hon är eller har varit utsatt för våld krävs det att sjuksköterskan kan hantera det svar som ges. Detta innebär att om kvinnan indikerar att hon är utsatt för våld bör tidsbristen läggas åt sidan för att sjuksköterskan ska kunna lyssna på kvinnan. Genom att avbryta samtalet bryts den relation parterna byggt och kvinnan ådrar sig ett vårdlidande samt ett ökat livslidande. I studien av Yam (2000) beskriver flera kvinnor att de blivit bemötta på detta sätt och att sjuksköterskan genom att ställa frågan "öppnat dörren" för att sedan "stänga dörren" då de inte har haft förmågan eller tiden att hantera kvinnans svar.

## **8. Slutsats**

Resultatet visar att sjuksköterskor själva, hur mötet sker och den organisation som de arbetar inom är de främsta faktorerna som påverkar sjuksköterskors möjlighet att utföra omvårdnad av god kvalitet riktat till våldsutsatta kvinnor. Denna studie har gett ökad förståelse och kunskap kring faktorer som kan påverka sjuksköterskans stöd riktat till våldsutsatta kvinnor samt den centrala roll sjuksköterskor har i bemötandet och omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor. Medvetenhet om dessa faktorer kan minska kvinnans lidande och på så sätt öka kvinnans livskvalité samt få henne att uppleva bättre hälsa.

## **9. Kliniska implikationer**

Studien har visat att screening är ett bra verktyg för att identifiera kvinnor som utsätts för våld. Precis som frågor om tobak- och alkoholvanor bör frågor om våldsutsatthet vara något som ingår i anamnesen. Om screening av våldsutsatthet sker på rutin samt utförs kontinuerligt ökar chansen att identifiera våldsutsatta kvinnor. Eftersom tecken på våld lätt kan döljas samt att våld förekommer i flera olika aspekter som kan vara svåra att upptäcka, bör sjuksköterskan alltid fråga samtliga kvinnliga patienter om våldsutsatthet. Framledes anser författarna att eventuell specialistkompetens för sjuksköterskor inom forensisk omvårdnad bör övervägas.

## **10. Förslag till vidare forskning**

Författarna är medvetna om att våld i nära relation eller våld överlag även kan utövas av en kvinna samt att våldsoffret kan vara av manligt kön. Författarna har dock valt att fokusera på mäns våld mot kvinnor då detta är vanligare förekommande. Däremot föreslås vidare forskning kring kvinnliga förövare och manliga våldsoffer.

De faktorer som framkom i resultatet är långt ifrån fullständiga då den snäva tidsramen var ett genomgående hinder för studiens möjlighet att belysa fler faktorer. Vidare forskning föreslås därför kring ytterligare faktorer som kan påverka sjuksköterskans stöd till våldsutsatta kvinnor samt att studera dessa ur den våldsutsatta kvinnans perspektiv.

## Referenslista

\* Artiklar som inkluderades i resultatet

- Ahmad, I., Ali, P.A., Rehman, S., Talpur., & Dhingra, K. (2016). Intimate Partner violence screening in the emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3271-3285. doi:10.1111/jocn.13706
- Almerud Österberg, S., & Rahmqvist, J. (2019). Akut omhändertagande. I A-K, Edberg & H, Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s. 189-214) (3:e uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Alshammari, KF., McGarry, J., & Higginbottom, GMA. (2017). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing Open*, 5(1), 237-253. doi:10.1002/nop2.133
- \*Alvarez, C., Debnam, K., Clough, A., Alexander, K., & Glass, NE. (2018). Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings. *Research in Nursing Health*, 41(2), 145-155. doi:10.1002/nur.21853
- Berglund, A., & Witkowski, Å. (2019). Vårdens ansvar. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (s. 165-198) (4:e uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Brottsförebyggande rådet. (2019). *Kriminalstatistik*. Stockholm. Hämtad 2019-11-19 från [https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e4fb6/1553761868570/Sammanfattning\\_anmalda\\_2018.pdf](https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e4fb6/1553761868570/Sammanfattning_anmalda_2018.pdf)
- Brottsoffermyndigheten. (2001). *Slagen dam: mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige: en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten, Uppsala universitet.
- Björck, A. (2019). Samverkan. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (s. 153-164) (4:e uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Bjöck, A., & Heimer, G. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer & B. Posse (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (s. 111-156) (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Chang, JC., Decker, MR., Moracco, KE., Martin, SL., Petersen, R., & Fraiser, PY. (2005). Asking about intimate partner violence: Advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling*, 59(2), 141-147.

doi:10.1016/j.pec.2004.10.008

- \*Coker, AL., Flerx, VC., Smith, PH., Whitaker, DJ., Fadden, MK., & Williams, M. (2007). Partner violence screening in rural health care clinics. *American Journal of Public Health, 97*(7), 1319-1325. doi:10.2105/AJPH.2005.085357
- Eldh, AC. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 485-506) (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, M. (2008). Att förstå mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer & D. Sandberg (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (s. 41-62) (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, M. (2003). Att förstå mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer & B. Posse (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (s. 15-50). Lund: Studentlitteratur.
- Ellis, JM. (1999). Barriers to Effective Screening for Domestic Violence by Registered Nurse in the Emergency Department. *Critical Care Nursing Quarterly, 22*(1), 27-41. doi:10.1097/00002727-199905000-00005
- Enander, V., & Nilsson, M. (2019). Socialtjänstens ansvar. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért & Y. Haraldsdottir (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (s. 199-236) (4:e uppl). Lund: Studentlitteratur.
- European Institute for Gender Equality. (2014). *Estimating the cost of gender-based violence in the European Union*. Luxemburg: Publications Office of the European Union. doi:10.2839/79629
- Friberg, F. (2017a). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats*. (s. 37-48) (3:e uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats*. (s. 141-151) (3:e uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4:e uppl). Stockholm: Natur & kultur.
- \*Gandhi, S., Poreddi, V., Nikhil, R. S., Palaniappan, M., & Math, SB. (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
- \*Gomes, NP., Erdmann, AL., Santos, JLG., Mota, RS., Lira, MOSC., & Meirelles, BSH. (2013). Caring for women facing domestic violence: Grounded Theory. *Online Brazilian Journal of Nursing, 12*(4), 782-793. doi:10.5935/1676-4285.20134138

- \*Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, CN., & MacMillan, HL. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC public health*, 24(7), 7-12. doi:10.1186/1471-2458-7-12
- Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643-652. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014) Hälsobegrepp – synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 361-386) (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Hinsliff-Smith, K., & McGarry, J. (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000–2015. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4013-4027. doi:10.1111/jocn.13849
- \*Hägglom, AM., Hallberg, LR., & Möller, AR. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing & Health Sciences*, 7(4), 235-242. doi:10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x
- \*Hägglom, AM., & Möller, AR. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter with Intimate Partner Abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090. doi:10.1177/1049732306292086
- \*Inoue, K., & Armitage, S. (2006). Nurses' understanding of domestic violence. *Contemporary Nurse*, 21(2), 311-323. doi:10.5172/conu.2006.21.2.311
- Johnsson-Latham, G. (2019). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (s. 21-56) (4:e uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Kent-Wilkinson, A. (2010). Forensic nursing educational development: an integrated review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 236-246. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01667.x
- Kilpatrick, DG. (2004). What is Violence against Women? Defining and measuring the problem. *Journal of interpersonal violence*, 19(11), 1209-1234. doi:10.1177/0886260504269679
- \*Lee, FH., Yang, YM., Huang, JJ., Chang, SC., Wang, HH., & Hsieh, HF. (2015). Clinical competencies of emergency nurses toward violence against women: A delphi study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(6), 272-278. doi:10.3928/00220124-20150518-03
- Lynch, VA. (1995). Clinical forensic nursing: a new perspective in the management of crime victims from trauma to trial. *Critical Care Nursing Clinics of North America*,



7(3), 489–507.

- Moreira, K.A., Fernandes, L., Duarte, B., Oliveira, D., Mendonca, G., Junqueira, M., & Giuliani, C. (2018). The home as insecurity place: Violence against women in real life. *Bioscience Journal*, 34(4), 1093-1101. doi:10.14393/BJ-v34n1a2018-39436
- Moyer, AV. (2013). Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 158(6), 478-486. doi:10.7326/0003-4819-158-6-201303190-00588
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa: en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.
- Nerøien, A., & Schei, B. (2008). Partner violence and health: Results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2), 161-168. doi:10.1177/1403494807085188
- Obreja, L-Y. (2019). Human rights law and Intimate Partner Violence: Towards an Intersectional Development of Due Diligence Obligations. *Nordic Journal of Human Rights*, 37(1), 63-80. doi:10.1080/18918131.2019.1589209
- Okenwa-Emegwa, L. (2019). Doctoral Theses as a Source of Knowledge Production for IPV Prevention: A Literature Review of Doctoral Theses at a Swedish University. *The open public health journal*, 12, 145-154. doi:10.2174/1874944501912010145
- Perales, F., & Bouma, G. (2018). Religion, religiosity and patriarchal gender beliefs: Understanding the Australian experience. *Journal of Sociology*, 55(2), 323-341. doi:10.1177/1440783318791755
- Regeringskansliet. (2019). *Mer om jämställdhetspolitikens mål*. Hämtad 2019-11-11 från <https://www.regeringen.se/artiklar/2017/01/mer-om-jamstalldhetspolitikens-mal/>
- Regeringskansliet. (2005). *Patriarkalt våld som hot mot mänsklig säkerhet - en kartläggning av åtgärder mot patriarkalt våld och förtryck, särskilt i hederns namn, mot kvinnor och homo- och bisexuella samt transpersoner*. Hämtad 2019-11-11 från <https://www.regeringen.se/49bb89/contentassets/d8d7512f54bd4ac1b15a4d6287d72374/patriarkalt-vald-som-hot-mot-mansklig-sakerhet>
- Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 49-58) (3:e uppl). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

- SFS 2017:857. *Förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100)*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Snellman, I. (2014). *Vårdrelationer - en filosofisk belysning*. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 269-295) (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2019). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2019-11-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>
- Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor - en samhällsekonomisk analys*. Hämtad 2019-11-18 från [https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/711/2006-131-34\\_rev.pdf#\\_utma=1.904201416.1573332029.1573912213.1574074890.6&\\_utmb=1.4.10.1574074890&\\_utmc=1&\\_utm=-&\\_utmz=1.1574074890.6.5.utmcsr=google%7Cutmccn=\(organic\)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=\(not%20provided\)&\\_utmv=-&\\_utm=2822444](https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/711/2006-131-34_rev.pdf#_utma=1.904201416.1573332029.1573912213.1574074890.6&_utmb=1.4.10.1574074890&_utmc=1&_utm=-&_utmz=1.1574074890.6.5.utmcsr=google%7Cutmccn=(organic)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utm=2822444)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *SBU:S handbok: Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten - En handbok*. Hämtad 2019-10-23 från <https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>
- \*Sundborg, EM., 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
- Sundborg, EM., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, M., Wändell, P., & Hyllander, I. (2015). To ask or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2256–2265. doi:10.1111/jocn.12992
- United Nations. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. Hämtad 2011-10-29 från [https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocities-crimes/Doc.21\\_declaration%20elimination%20vaw.pdf](https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocities-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf)
- United Nations (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. Genève: Human Rights office of the High Commissioner, United Nations. Hämtad 2019-11-07 från <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 481-495). Lund: Studentlitteratur.
- \*Watt, MH., Bobrow, EA., & Moracco, KE. (2008). Providing Support to IPV Victims in the

Emergency Department. *Sage publications*, 14(6), 715-726.  
doi:10.1177/1077801208317290

- Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 269-295) (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Williston, CJ., & Lafreniere KD. (2013). "Holy Cow, does that ever open up a can of worms": Health Care Providers' Experience of Inquiring About Intimate Partner Violence. *Journal of Health Care for Women international*, 34(9), 814-831.  
doi:10.1080/07399332.2013.794460
- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s. 37-52) (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Genève: World Health Organization, London school of Hygiene and Tropical medicine & South African medical research council. Hämtad 2019-11-18 från [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. (2017). *Violence against women*. Genève: World Health Organization. Hämtad 2019-11-10 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health*. Genève: World Health Organization. Hämtad 2019-10-19 från [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1)
- Yam, M. (2000). Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 464-470. doi:10.1067/men.2000.110432
- Östlundh, L. (2017). Informationsökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 59-82) (3:e uppl). Lund: Studentlitteratur.

# Bilagor

## Bilaga 1. Översikt av artiklar som presenterades i resultatet

Författare, land & årtal	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare/bortfall	Metod, datainsamling & analys	Resultat	Kvalité
Alvarez et al. USA 2017	Att beskriva hur sjukvårdspersonal identifierar och stödjer kvinnor utsatta för våld i nära relationer.	Kvalitativ	Inget redovisat bortfall. 17 slutgiltiga deltagare.	Deskriptiv design. Datainsamling genom halvstrukturerade intervjuer. Deskriptiv tematisk analys, data analyserades genom programmet NVivo och en innehållsanalys.	En app skulle kunna bidra till förbättring av bemötande och stöttning av våldsutsatta kvinnor.	Måttlig
Coker et al. USA 2007	Att bestämma frekvensen av kvinnor utsatta för våld i nära relation genom screeningsverktyg anpassat för sjuksköterskor.	Kvantitativ	6064 inbjudna. 2400 bortfall. 3664 slutgiltiga deltagare.	Observations- och tvärsnittsstudie med en beskrivande statistisk analys. Dataanalys skedde genom beskrivande statistik framtagen i SAS.	Screening för våld i nära relationer visade sig vara en bra metod för att identifiera våldsoffer.	Hög
Gandhi et al. Indien 2018	Att bedöma nyutexaminerade sjuksköterskors uppfattningar av själveffektivitet,	Kvantitativ	91 inbjudna. 8 bortfall. 83 slutgiltiga deltagare.	Tvärsnittsstudie. Datainsamling genom frågeformulär. Dataanalys genom en beskrivande och	Nyutexaminerade sjuksköterskor visade tecken på självsäkerhet och positivitet gällande handläggning av våldsutsatta	Hög

	utbildningsberedskap och deras roll i mötet med den våldsutsatta kvinnan.			inferentiell statistik framtagen i SPSS.	kvinnor trots praktiska och teoretiska kunskapsunderskott.	
Gomes et al. Brasilien 2013	Att förstå sjuksköterskans attityder och förutfattade meningar i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relationer.	Kvalitativ	Inget redovisat bortfall. 52 slutgiltiga deltagare.	Grounded theory. Datainsamling genom gruppintervjuer. Data analyserades med programmet NVivo och skedde i realtid.	Kontinuitet, god kontakt/relation och kunskap/kompetens visade sig vara viktiga faktorer i mötet mellan kvinnan och sjuksköterska.	Måttlig
Gutmanis et al. Kanada 2007	Att identifiera faktorer som kan underlätta och/eller försvåra rutinmässig utredning av våld i nära relation samt om utredning av kvinnor påverkas av personals kompetens, utbildning och tidigare erfarenheter.	Mixed Method	2000 inbjudna. 1069 bortfall. 931 slutgiltiga deltagare.	Kvantitativa metoder tillämpades för att presentera datainsamlingen och kvalitativa metoder tillämpades för att tolka och beskriva data. Data samlades in genom frågeformulär. Dataanalys genom en beskrivande och inferentiell statistik.	Det finns ett samband mellan erfarenhet och hur väl förberedda sjuksköterskor är för att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation. Har sjuksköterskor erfarenhet och kunskap kan de på ett bättre sätt hantera egna känslor och även lättare initiera samtal med offer.	Hög
Hägglom et al. Finland 2005	Att beskriva sjuksköterskors kunskaper, praxis och utbildning i samband med våld mot kvinnor.	Kvantitativ	234 inbjudna. 101 bortfall. 133 slutgiltiga deltagare.	Deskriptiv design. Datainsamling genom frågeformulär. Dataanalys genom en beskrivande statistik som togs fram med	Faktorer som påverkar omvårdnaden av kvinnor utsatta för våld i nära relation är vårdande relationer, riktlinjer, rutiner, utbildning samt träning.	Hög

				hjälp av programmet SPSS.		
Hägglom et al. Sverige 2006	Att utforska sjuksköterskors erfarenheter av våld mot kvinnor samt deras roll i mötet med dessa.	Kvalitativ	10 inbjudna. 0 bortfall. 10 slutgiltiga deltagare.	Grounded theory. Datainsamling genom djupintervjuer. Systematisk analys.	Sjuksköterskor har en central roll i vården av misshandlade kvinnor. Kompetens och kunskap visade sig vara viktiga faktorer för omvårdnadens kvalitet.	Måttlig
Inoue et al. Japan & Australien 2006	Att undersöka sjuksköterskors förståelse, kunskap och medvetenhet om våld i nära relationer.	Kvalitativ	Inget redovisat bortfall. 41 slutgiltiga deltagare.	Grounded theory. Datainsamling genom ostrukturerade intervjuer. Systematisk analys.	Sjuksköterskors attityder påverkar omvårdnaden som ges till kvinnor utsatta för våld i nära relation. Har sjuksköterskor konservativa och stereotypiska förhållningssätt kan omvårdnaden påverkas negativt.	Måttlig
Lee. et al. Taiwan 2015	Att utveckla en lista över vad för kompetens akutsjuksköterskor behöver för att kunna ge adekvat omvårdnad till våldsutsatta kvinnor.	Kvantitativ	Inget redovisat bortfall. 30 slutgiltiga deltagare.	Delphi-metod. Datainsamling genom frågeformulär. Dataanalys genom en deskriptiv statistik som togs fram med hjälp av programmet SPSS.	Kunskap, attityder och praktisk kunskap visade sig ha betydelse för vården av den våldsutsatta kvinnan.	Måttlig

Sundborg et al. Sverige 2012	Att utvärdera sjuksköterskors förberedelse för att identifiera samt ge god omvårdnad till våldsutsatta kvinnor.	Kvantitativ	277 inbjudna. 83 bortfall. 192 slutgiltiga deltagare.	Kvantitativ design. Datainsamling genom frågeformulär. Dataanalys genom en deskriptiv statistik som tagits fram med hjälp av programmet SPSS.	Det finns brister i sjuksköterskans beredskap och kunskap för att vårda våldsutsatta kvinnor och dessa återfinns på ett individuellt samt organisatoriskt plan.	Måttlig
Watt et al. USA 2008	Att beskriva sjuksköterskans förmåga att ge stöd till kvinnor utsatta för våld.	Kvalitativ	Inget redovisat bortfall. 26 slutgiltiga deltagare.	Kvalitativ ansats tillämpades som metod. Datainsamling genom semi-strukturerade intervjuer med en narrativ analys.	Sjuksköterskor behöver större förståelse och respekt för den process som våldsutsatta kvinnor genomgår.	Måttlig