



**HÖGSKOLAN VÄST**

Institutionen för hälsovetenskap

## **Våld i nära relationer**

Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av mötet med sjuksköterskor

**Johanna Sjöqvist**

**Sara Clarholm**

Examensarbete på grundnivå

Sjuksköterskeprogrammet

Institutionen för hälsovetenskap/Högskolan Väst

VT 2018

---

## Våld i nära relationer - våldsutsatta kvinnors erfarenheter av mötet med sjuksköterskor

### Domestic violence – abused women's experiences of encountering nurses

<b>Författare</b>	Johanna Sjöqvist Sara Clarholm
<b>Handledare</b>	Catrine Ekre
<b>Examinator</b>	Inga Larsson
<b>Institution</b>	Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap
<b>Arbetets art</b>	Examensarbete i omvårdnad, 15hp
<b>Program/kurs</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180hp
<b>Termin/år</b>	VT 2018
<b>Antal sidor</b>	18

---

#### Abstract

**Background:** Women who are suffering in abusive relationships is a societal problem and a tragedy. A third of the women in the world have been exposed to physical and/or sexual violence and every year in Sweden seventeen women are killed as a result of domestic violence. Nurses in every part of the healthcare system encounter abused women.

**Aim:** This study aimed to illuminate the experiences abused women have of their encounter with nurses.

**Method:** A literature-based study based on analysis of eleven qualitative scientific studies.

**Results:** The results revealed that abused women were afraid and worried about the consequences a revelation of the abuse would have on their life. The results showed that women experienced that nurses failed to see them as persons and did not take the time to talk to them. The women experienced that the nurses had a lack of understanding and empathy for their situation. When a woman had a relationship with a nurse that were based on trust, this enabled the woman to disclose the abuse.

**Conclusion:** The women are experiencing a lot of fear. When the women meet nurses who lack empathy, are stressed and only focus their care on injuries, this becomes a barrier for the exposure of violence. When women meet nurses who possess understanding, a will to listen and to build trust, this becomes an enabling factor to the exposure of violence.

**Keywords:** Abused women, domestic violence, experience, nursing, women's health

## Populärvetenskaplig sammanfattning

Mäns våld mot kvinnor är ett ständigt relevant och aktuellt ämne i samhället. Var tredje kvinna har någon gång upplevt våld i en nära relation och mörkertalen är stora eftersom långt ifrån alla brott anmäls. Sjuksköterskan har ett stort ansvar och en viktig roll i att stödja och fånga upp dessa utsatta kvinnor. När den våldsutsatta kvinnan möter sjuksköterskan upplever hon ofta rädsla för konsekvenserna för henne och eventuella barn om våldet avslöjas. Kvinnan kan även vara rädd att våldet skall uppdagas eftersom hon kan vara orolig för det okända i en ny livssituation eller upplever skam. När den våldsutsatta kvinnan möter sjuksköterskan så kan hon mötas av brist på empati och oförståelse. Hon kan uppleva att hon inte blir sedd som person och att sjuksköterskan är stressad och oengagerad. Den våldsutsatta kvinnan kan även få frågor om våldet från sjuksköterskan, något som uppfattas positivt eller negativt beroende på vilket sätt frågan ställs. Kvinnan kan i mötet med sjuksköterskan känna tillit och trygghet, något som hjälper kvinnan att bryta den våldsamma relationen. Resultatet i detta examensarbete kan användas av sjuksköterskor för att få en förståelse för hur viktig kommunikation och bemötande är i mötet med den våldsutsatta kvinnan.

## Innehåll

Inledning .....	1
Bakgrund.....	1
Våld .....	1
Våld i nära relationer .....	2
Skam .....	2
Normaliseringsprocessen.....	2
Hälsa och ohälsa hos våldsutsatta kvinnor .....	3
Sjuksköterskans ansvar och funktion .....	3
Problemformulering.....	4
Syfte .....	4
Metod .....	4
Litteratursökning .....	4
Urval .....	5
Analys.....	6
Resultat .....	6
Rädsla .....	6
Oro för att bli avslöjad .....	7
Fruktan för konsekvenser .....	7
Uppgivenhet.....	7
Inte bli sedd som person.....	7
Mötas av oförståelse.....	8
Bekräftelse .....	8
Få frågan om våld.....	8
Känna tillit.....	9
Diskussion.....	9
Metoddiskussion.....	9
Resultatdiskussion .....	11
Slutsatser .....	13
Praktiska implikationer .....	13
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde .....	13
Referenser .....	15

Bilaga I	Sökhistorik
Bilaga II	Översikt av analyserad litteratur
Bilaga III	Mall för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

## **Inledning**

Våld i nära relationer är ett stort folkhälsoproblem och är ett brott mot kvinnors mänskliga rättigheter. En tredjedel av världens kvinnor har under sin livstid upplevt någon form av fysiskt och/eller sexuellt våld från deras partner i en nära relation. Ur ett globalt perspektiv har fysiskt och sexuellt våld både långsiktiga och kortsiktiga negativa konsekvenser för kvinnors fysiska, mentala, sexuella och reproduktiva hälsa (World Health Organisation [WHO], 2017). Huruvida kvinnan väljer att söka hjälp eller inte är starkt kopplat till det bemötande hon får av personal inom vården (Nationellt Centrum för Kvinnofrid, u.å.a). Det kan även finnas andra anledningar till att kvinnan väljer att inte söka vård såsom förnekelse av våldet i relationen, brist på förståelse från omgivning och personal inom vården, våldets konsekvenser för kvinnan samt rädsla för att inte bli bemött eller förstådd på ett adekvat sätt. Det är vanligt att kvinnan inte ser sambandet mellan de somatiska problem och det psykiska lidandet som våldet medför, vilket gör att kvinnan i många fall söker för andra åkommor som är relaterade till våldet (Prozman, Lo Fong Wong & Lagro-Janssen, 2014). Sjuksköterskor har ett ansvar att lindra lidande och främja hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a) och detta gäller även när de möter kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Genom att synliggöra våldsutsatta kvinnors möten med sjuksköterskor kan möjligheter till ökade kunskaper om kvinnornas situation och ett förbättrat bemötande främjas.

## **Bakgrund**

### **Våld**

Uttrycket våld kan innefatta både hot om våld och explicit våld, med till exempel fysiska, sexuella och psykiska inslag. Våld kan definieras som en handling riktad mot en person och denna handling skadar, smärftar eller kränker personen. Våldet kan även få denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från något som den vill (Isdal, 2001). *Det fysiska våldet* kan te sig på olika vis, exempelvis i form av knuffar, slag, sparkar eller stryptag. Olika typer av tillhyggen kan användas och förövaren kan medvetet rikta våldet mot områden på kroppen som vanligtvis döljs av kläder. Våldet kan även ge skador som inte kan döljas, till exempel frakturer, sår, ögonskador, rivmärken samt blåmärken på delar av kroppen som exponeras (Nationellt Centrum för Kvinnofrid, [NCK], u.å.b). En konsekvens av våld i nära relationer är det dödliga våldet. I genomsnitt dör 17 kvinnor per år i Sverige till följd av våld från en partner eller en före detta partner (Frenzel, 2014). *Det sexuella våldet* åsyftar en rad olika handlingar i ett spektrum som rör sig från att tjata till sig sex till våldtäkt. Det kan röra sig om ovälkommen beröring, att bli fotograferad eller filmad i ett sexuellt syfte utan samtycke eller att tvingas se på sexuella handlingar. Kvinnan kan utsättas för sexuellt våld i samband med fysiskt våld, vilket gör att gränserna mellan övergrepp och sex med samtycke blir otydliga och den våldsutsatta kvinnan kan känna sig tvingad att vara sexuellt tillgänglig som ett sätt att slippa bli utsatt för det fysiska våldet (Nationellt Centrum för Kvinnofrid, u.å.b). *Det psykiska våldet* är svårt att värja sig mot och verkar nedbrytande för offret. Det kan röra sig om isolering, verbala kränkningar, känslomässig utpressning och utnyttjande av gemensamma barn för att få kontroll över kvinnan. Stalking och trakasserier eller hot mot barn, husdjur eller närstående kan förekomma. Ett oförutsägbart växlande mellan våldet och ömhet och kärlek kan göra att banden mellan förövare och den våldsutsatta kvinnan stärks medan kvinnans självförtroende och självkänsla försvagas, och således kan det vara svårare att bryta relationen (Nationellt Centrum för Kvinnofrid, u.å.b).

## Våld i nära relationer

Alla personer kan bli utsatta för våld i en nära relation, men den största delen av de som drabbas är kvinnor, och våldet de drabbas av är ofta grovt samt upprepat (Socialstyrelsen, u.å.). Var fjärde kvinna har efter sin 15-årsdag utsatts för våld från en man och var tredje kvinna har efter sin 15-årsdag utsatts för sexuellt våld från en man (Brottsoffermyndigheten, 2011). Mörkertalet för dessa brott är sannolikt stort och beror på att benägenheten att anmäla är påverkat av allvarlighetsgraden, vilken relation som finns till gärningsmannen samt var brottet begås. Eftersom våld i nära relationer riktat mot kvinnor oftast utövas av en partner i deras gemensamma boende indikerar detta att stor del av brotten aldrig anmäls (Brottsoffermyndigheten, 2011). Benämningen nära relation syftar i detta examensarbete på en relation där personerna är eller har varit gifta, särbos eller sambos eller har gemensamma barn (Polisen, u.å.). Det fokus som valts är en heterosexuell nära relation där mannen är förövaren och kvinnan är offret eftersom denna typ av våld i nära relation är överrepresenterat (Socialstyrelsen, u.å.). Förekomsten i Sverige gällande utsatthet för våld i nära relationer är densamma oavsett om kvinnan är född i Sverige eller är utrikesfödd (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2017).

## Skam

Skam kan definieras som en obehaglig känsla över eget eller andras dåliga beteende och/eller som en känsla av bristande ära eller respekt (McIntosh, 2013). Känslan av skam är ett centralt begrepp för att förstå varför kvinnor som utsätts för våld i en nära relation inte söker hjälp (NCK, u.å.c.). När kvinnorna möter sjuksköterskor som inte ställer frågor kring våld i nära relationer ökar denna skamkänsla, och tystnad och tabu upprätthålls. Genom att prata om våld i nära relationer kan kvinnor få det stöd som gör att de väljer att söka hjälp (Jakobsson, Borgstede, Krantz, Spak & Hensing, 2013). Merparten av de brott som sker i nära relationer anmäls inte (BRÅ, 2017), och en av flera anledningar till det är den skam som finns hos offret som har utsatts (NCK, u.å.c.).

## Normaliseringsprocessen

Normaliseringsprocessen är den nedbrytningsprocess som sker i en våldsam relation och den process som gör att våldet fortgår och förvärras utan att kvinnan lämnar relationen (NCK, u.å.c.). Gränser utplånas och förflyttas i relationen och sådant som i början var oacceptabelt blir med tiden normalt. Vad kvinnan tillåts göra, säga, tänka och känna blir gradvis mer påverkat av förövaren. Gränsförskjutningen gör att kvinnan till slut är helt underordnad mannen. Förövaren isolerar sin partner fysiskt, mentalt och psykiskt genom att minska hennes kontakt med andra. Han blir hennes enda sociala kontaktyta och referensram. Att hon inte har några andra relationer att jämföra med gör det svårt att vidhålla uppfattningen om vad som är normalt. En våldsam relation kan vara känslös, och växla mellan våld och kärleksyttringar. Gränsen mellan våld och kärlek suddas ut och våldet upplevs som ett uttryck för omtanke. Detta gör att våldet internaliseras hos kvinnan och den enda förklaringsmodellen för henne är att det är hennes fel. Hon upplever då att hon gör fel och betar sig illa, och att våldet är en konsekvens av detta (Lundgren, 2012).

Att få sitt livsutrymme kontrollerat och begränsat är en del av det lidande en våldsutsatt kvinna kan uppleva. Det bidrar till ett upplösande av jaget, och många kvinnor upplever att deras egen identitet suddas ut och att de blir en del av mannens (Matheson et. al., 2015). Den enskildes lidande har en egen karaktär, och kan inte jämföras med andras lidande. En grund för lidande kan

vara att uppleva ofrihet. Det innebär att individen kan känna lidande när hen exempelvis inte är fri att leva sitt liv som hen vill (Eriksson, 1994).

## **Hälsa och ohälsa hos våldsutsatta kvinnor**

WHO definierar hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Det är inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet (World Health Organisation [WHO], 2018). Hälsa behöver inte upplevas som ett absolut tillstånd utan är föränderligt. Olika faktorer och processer påverkar hur hälsa upplevs av den våldsutsatta kvinnan. Händelser i livet kan innebära att modet och kraften sviktar hos människan, och det är då av vikt att sjuksköterskan finns som stöd för den som behöver det (Eriksson, 1989). Eftersom kvinnor som utsätts för våld i nära relationer kan uppleva att de inte har hälsa och kan känna lidande, så är de en del av sjuksköterskans ansvarsområde, eftersom det ingår i sjuksköterskans ansvar att främja hälsa och lindra lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017a).

Ohälsa är en följd av olika hinder som människan möter och med olika grader av framgång lyckas bemästra. Ohälsa uppstår efter mötet med olika hinder inom människan och i dennes värld samt i samspelet dessa emellan (Eriksson, 1989).

Att leva eller ha levt i en relation med våld eller hot om våld innebär att hälsan påverkas. Kvinnor som har utsatts för fysiskt våld och/eller hot om våld riskerar i högre grad att drabbas av psykisk ohälsa. Kvinnorna har även större risk för att ha övervägt att ta sitt eget liv, och bland de personer som blir utsatta för både våld och hot om våld så finns det en signifikant högre risk för suicidförsök. Beträffande fysisk ohälsa så är de som utsätts för fysiskt våld förknippade med högre risk att ha ont i nacke, axlar, armar och övre delen av ryggen (Carlberg, Lindberg, Lind & Rasmussen, 2017).

Fysisk ohälsa kan inkludera huvudvärk, smärta i rygg och mage, gastrointestinella problem, begränsad rörlighet och en försämrad generell somatisk hälsa. Det kan leda till oönskade graviditeter, aborter, gynekologiska problem och en ökad risk för sexuellt överförbara sjukdomar, inklusive HIV. Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer har dessutom en ökad risk för missfall samt att förlösas före fullgången graviditet, vilket är förknippat med en ökad ohälsa för mamman. Våldet kan även leda till depression, posttraumatiskt stressyndrom, ångesttillstånd, sömnsvårigheter och ätstörningar (WHO, 2017).

## **Sjuksköterskans ansvar och funktion**

Sjuksköterskans ansvar är i huvudsak riktad till den som är i behov av vård. Professionen har fyra grundläggande ansvarsområden – att främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom och återställa hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Sjuksköterskor ansvarar för att bedöma personers hälsotillstånd, både utifrån personens egen berättelse, men också att med hjälp av den kliniska blicken identifiera och prioritera personens behov (Svensk sjuksköterskeförening 2017b).

Sjuksköterskor skall ha förståelse för vad som sker i mötet med personen och hur mötet kan påverka kvinnans livssituation och hälsa. Sjuksköterskor bör, i mötet med en person, se denne som en medmänniska och inte som en patient. Det mellanmänniska mötet sker genom att sjuksköterskan med sin yrkeskunnighet hjälper individen att förebygga sjukdom, hantera



erfarenheter av sin sjukdom och finna mening i denna erfarenhet. För att sjuksköterskor ska kunna ge god omvårdnad till en person är det av vikt att de har förståelse för att sjukdom kan vara en upplevelse och inte ett specifikt tillstånd (Travelbee, 1971).

Det är av vikt att sjuksköterskan förstår normaliseringsprocessen hos den våldsutsatta kvinnan. För att sjuksköterskan ska kunna möta kvinnan och skapa ett tryggt mellanmänniskt möte så måste sjuksköterskor ha en grundläggande förståelse för vad det innebär att leva i en våldsam relation. Om sjuksköterskan har en vilja att höra personens egen berättelse kan hen också uppfylla sitt professionella ansvar som finns genom att lindra kvinnans lidande och förebygga ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a).

## **Problemformulering**

Kvinnors utsatthet för olika typer av våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem och ett brott mot kvinnors mänskliga rättigheter. Våldet ger stora konsekvenser för den enskilda individen i form av påverkan på fysisk och psykisk hälsa. Ibland har våldet dödlig utgång. Forskning visar att mötet med vårdpersonal är av stor vikt för huruvida kvinnor som utsätts för våld i nära relationer söker hjälp eller inte. Sjuksköterskor kan möta dessa utsatta kvinnor överallt inom vården och mer kunskaper behövs för att kunna möta kvinnornas behov och förbättra bemötandet. Den sjuksköterska som läser detta examensarbete ges möjlighet till ökad förståelse och kunskap kring bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

## **Syfte**

Studiens syfte var att belysa erfarenheter som kvinnor som utsätts för våld i nära relationer har av mötet med sjuksköterskor.

## **Metod**

I detta examensarbete användes metoden *Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning* beskriven av Friberg (2012a). Målet med kvalitativa studier är att ge en ökad och bättre förståelse av hur förväntningar, upplevelser och erfarenheter kan tillgodoses. Den kvalitativa forskningen är menad att kunna användas på praktisk basis i den dagliga verksamheten. Den praktiska nyttan av den framforskade kunskapen ska vara en självklarhet i arbetet (Friberg, 2012a).

## **Litteratursökning**

Innan den systematiska sökningen påbörjades genomfördes en rad osystematiska sökningar vars syfte var att undersöka om underlaget som fanns var tillräckligt för valt syfte och för att bidra till en översikt av forskningsfältet. Underlaget bedömdes vara tillfredställande och sedan påbörjades den systematiska sökningen som redovisas i bilaga I. Det är viktigt med noggrannhet och planering från start och att dokumentationen av tillvägagångssättet är korrekt (Östlund, 2012). Sökningar genomfördes systematiskt i Cinahl och PubMed vid olika tillfällen. Därefter osystematisk via Cinah, PubMed och Google Scholar.

Den första sökningen genomfördes i Cinahl. Ämnesordet "domestic violence" användes, sedan lades det ihop med sökningar på sökorden "experience" och "women\*", genom att använda den booleska sökoperatorm AND. Genom att lägga ihop flera ord i sökningen bestäms vilket samband

orden har i förhållande till varandra. De tre mest grundläggande orden som används för att koppla ihop ord är AND, OR eller NOT. Genom att använda AND i sökningen framkommer artiklar som innefattar samtliga sökta termer i sökresultatet. Vid en sökning i databaser kommer inte alla böjningar upp av ett ord, för att få med även dessa användes så kallad trunkering i sökandet (Östlundh, 2012). Den första sökningen genererade endast en artikel till analysen och därför genomfördes en ny sökning i Cinahl med nya sökord.

Vid den andra sökningen användes även ämnesordet "domestic violence" men i stället valdes "health care" och "experience\* or perception\* or view\*" som sökord. Samtliga sökningar i Cinahl begränsades genom peer reviewed och till att vara skrivna på engelska. Årtalen på artiklar begränsades till publikation mellan 2007–2018. Artiklarna inkluderade kvinnor och personer i åldern 19–44 år, vilket i sig inte utesluter varken män eller personer som är yngre eller äldre, men tillser att dessa innefattas i studien. Sökningen gav två användbara artiklar.

Därefter genomfördes en sökning i Pubmed på major heading "domestic violence", meshtermen "women", "health care" och "experience\*" och dessa kombinerades med AND. Sökningen i Pubmed begränsades genom att studierna skulle innehålla abstract, vara publicerade de senaste 10 åren, att de skulle vara skrivna på engelska, utförda på kvinnor samt personer över 19 år. Sökningen gav inga relevanta artiklar.

Därefter gjordes osystematiska sökningar då de systematiska sökningarna inte gav tillräckligt med material som svarade mot examensarbetets syfte. Osystematiska sökningar genomfördes i Cinahl, PubMed och Google Scholar med olika sökord bland annat "domestic violence", "nurs\*" och "experience". Genom att läsa referenser från tidigare sökta artiklar hittades ytterligare artiklar.

## **Urval**

Inklusionskriterierna var att studierna skulle vara gjorda på kvinnor som utsatts/utsätts för heterosexuellt våld i nära relationer, att studierna skulle hålla god kvalitet, att de var publicerade de senaste 10 åren, var peer-reviewed och var skrivna på engelska. Studierna skulle vara utförda med kvalitativ ansats. En artikel som valdes använde sig av mixed method, det vill säga både en kvalitativ och en kvantitativ del. Av den artikeln valdes enbart det kvalitativa materialet att analyseras och inkluderas i resultatet.

Studierna granskades med hjälp av en kvalitetsgranskningsmall (se bilaga III) utarbetad av Högskolan Väst efter en förlaga presenterad i Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Alla valda artiklar granskades först av båda författarna separat och sedan gemensamt för att få en bra och opartisk granskning. Allt material fick grad 1 enligt granskningsmallen. Studierna från den osystematiska sökningen hade ingen tidsbegränsning utan valdes utifrån relevans.

Exklusionskriterierna för artiklarna var kvantitativa studier, våldsutsatta kvinnors erfarenheter av någon annan vårdpersonal än sjuksköterskan, sjuksköterskans erfarenheter av mötet med våldsutsatta kvinnor samt studier gjorda på personer under 18 år. Sökningarna genererade totalt 11 artiklar som ligger till grund för resultatet (se bilaga II).

## Analys

Analysen gjordes enligt fem-stegsmodellen beskriven av Friberg (2012a). Genom att dela upp helheten och sätta ihop delarna igen bildades en ny helhet och ett nytt resultat skapades. I första steget lästes texterna igenom ett flertal gånger av båda författarna för att kunna förstå vad som innehållet handlade om och att få en bild av resultatens betydelse. Detta gjordes både individuellt och gemensamt. Läsningen genomfördes med ett öppet sinne och ett okritiskt öga för att få fram material som svarar på studiens syfte. I andra steget låg fokus på att få fram nyckelfynd från varje enskild studie som svarade mot syftet. Nyckelfynden markerades med färgpennor i valda artiklar. I det tredje steget sammanställdes varje enskild studies resultat för att få en överblick av vad som skulle analyseras. Nyckelfynd i form av relevanta delar klipptes ut för att på ett enkelt sätt kunna se vad i studiernas resultat som svarade mot examensarbetets syfte. I nästa steg byggdes underkategorier fram genom att sortera de olika nyckelfynden i relation till varandra. Utifrån likheter och olikheter sorterades olika högar för att sedan dela in underkategorier och kategorier med olika färgkoder. Färgkoder valdes för att se materialet på ett tydligt vis. Kategorier arbetas fram för att kunna förstå vad den egentliga betydelsen var av resultatet (Friberg, 2012a). Syftet stod i fokus under hela processen när materialet analyserades. I det femte och sista steget skapades en beskrivning av kategorier, underkategorier och dess innebörd.

## Resultat

I tabell 1 nedan presenteras en översikt av de kategorier och underkategorier som växt fram.

Tabell 1. Översikt av kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Rädsla	Oro för att bli avslöjad Fruktan för konsekvenser
Uppgivenhet	Inte bli sedd som person Mötas av oförståelse
Bekräftelse	Få frågan om våld Känna tillit

### Rädsla

Att leva i en våldsam relation innebär att leva med ständig skräck för hot om våld eller våld. Eftersom våldet ofta är normaliserat är den våldsutsatta kvinnan inte nödvändigtvis villig eller redo att lämna relationen. Detta innefattar oro för att bli avslöjad samt en fruktan för konsekvenser.

### **Oro för att bli avslöjad**

Våldsutsatta kvinnor hade oro för att sjuksköterskor skulle avslöja att det förekom våld i den nära relationen. Denna känsla grundade sig i att de var rädda för att sjuksköterskan skulle göra intrång i deras relation med sin partner, och att deras liv skulle komma att förändras ifall våldet uppdagades (Catallo, Jack, Ciliska, & MacMillan, 2013; Liebschutz, Battaglia, Finley, & Averbuch, 2008; Yam & Oradell, 2000). De kvinnor som sökte sig till akutsjukvården vägde noggrant sitt behov av vård mot sin rädsla att bli avslöjade och att sjuksköterskor skulle inkräkta på deras liv. När dem efter denna avvägning beslutade sig att söka vård upplevde de rädsla för förändring och att deras liv skulle upplösas (Catallo et al., 2013). De utsatta kvinnorna var så rädda att bli avslöjade att de hellre bytte vårdgivare än gick tillbaka till en sjuksköterska som de visste misstänkte förekomsten av våld i den nära relationen (Liebschutz et al., 2008). Det var svårt för de våldsutsatta kvinnorna att berätta om våldet. En del av dem ville anförtro sig till en sjuksköterska, men de upplevde både rädsla och skam för relationen, och undvek därför att göra det (Yam & Oradell, 2000).

### **Fruktan för konsekvenser**

De våldsutsatta kvinnorna kände sig rädda för konsekvenser, som de befarade skulle ske, om de berättade om våldet, eller om våldet på något annat vis uppdagades. Det handlade om rädsla för livsförändrande konsekvenser (Al-Shdayfat & Hatamleh, 2017; Damra et al., 2015; Leppäkoski, Paavilainen, & Åstedt-Kurki, 2011). Kvinnorna var rädda för att de inte skulle ha någonstans att bo ifall deras män skulle separera från dem. En annan rädsla var att kvinnorna skulle riskera att förlora vårdnaden om sina barn eller vad som skulle hända med dem. Kvinnorna upplevde att barnens lidande och konsekvenserna för dem var av större vikt än konsekvenserna för kvinnorna själva (Al-Shdayfat & Hatamleh, 2017; Leppäkoski et al., 2011). En annan aspekt av rädslan för konsekvenser var att förövaren var närvarande vid vårdtillfället, och att kvinnorna inte vågade berätta om våldet för sjuksköterskan när partnern hörde samtalet (Damra et al., 2015). De våldsutsatta kvinnorna hade en uppfattning om att sjuksköterskorna inte skulle kunna skydda eller hjälpa dem om de visste om våldets förekomst. Det skulle då leda till stora personliga konsekvenser för de kvinnorna ifall våldet avslöjades och vården sedan inte skulle kunna hjälpa dem att få skydd (Al-Shdayfat & Hatamleh, 2017).

### **Uppgivenhet**

Uppgivenhet är en känsla som kan innebära att uppleva misströstan och nedslagenhet, vilket våldsutsatta kvinnor känner inför mötet med sjuksköterskan. Detta innefattar att inte bli sedd som person samt mötas av oförståelse.

### **Inte bli sedd som person**

De våldsutsatta kvinnorna upplevde att de inte blev sedda som personer av sjuksköterskan. De upplevde sjuksköterskor som upptagna och stressade (Al-Shdayfat & Hatamleh, 2017; Leppäkoski et al., 2011; Pratt-Eriksson, Bergbom, & Lyckhage, 2014; Yam & Oradell, 2000). Sjuksköterskorna var, i kvinnans ögon, mer fokuserade på olyckor, sjukdomar och andra åkommor än att se kvinnan som utsatt för våld i nära relationer. De våldsutsatta kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna behandlade det somatiska, men inte såg eller påtalade våldet som hade orsakat skadorna (Leppäkoski et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014; Yam & Oradell, 2000). Kvinnorna beskrev hur de berättade om våldet för sjuksköterskor men hur de ändå inte mötte kvinnorna om våldet och tog sig tid att samtala om det. Ibland dokumenterades skadorna av våldet, men inga ytterligare fördjupande frågor ställdes eller åtgärder vidtogs för att stödja

kvinnan (Leppäkoski et al., 2011; Yam & Oradell, 2000). De våldsutsatta kvinnorna beskrev även hur sjuksköterskorna undvek att ställa frågan om var skador och blåmärken kom från (Al-Shdayfat & Hatamleh, 2017; Leppäkoski et al., 2011). Kvinnor som inte berättade för sjuksköterskan om våldet undvek berätta eftersom de upplevde att sjuksköterskan inte hade tid att lyssna och att hen bara brydde sig om fysiska problem (Pratt-Eriksson et al., 2014; Yam & Oradell, 2000). De våldsutsatta kvinnorna erfor att sjuksköterskorna ville behandla dem snabbt för att kunna ta emot nästa person (Yam & Oradell, 2000). Kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna hade tunnelseende och bara utförde den syssla som fanns framför dem, till exempel att lägga om ett sår eller ta ett blodtryck (Leppäkoski et al., 2011; Yam & Oradell, 2000). De våldsutsatta kvinnorna gav uttryck för att de önskade att sjuksköterskan hade pratat med dem och gett dem tid för stöd och samtal (Leppäkoski et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014; Yam & Oradell, 2000).

### **Mötas av oförståelse**

De våldsutsatta kvinnorna upplevde att de inte blev förstådda och att sjuksköterskorna visade bristande empati och medlidande. De upplevde att sjuksköterskorna inte brydde sig om deras situation och att den enskilda våldsutsatta kvinnan var en i mängden av våldsutsatta kvinnor som passerade i vården. Kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna var opersonliga och kalla. De upplevde att sjuksköterskorna var likgiltiga inför dem. De upplevde att deras relation med sjuksköterskorna var bristfällig. De våldsutsatta kvinnorna beskrev sjuksköterskor som otrevliga och oförstående (Al-Shdayfat & Hatamleh, 2017; Hathaway, Willis, & Zimmer, 2002; Pratt-Eriksson et al., 2014; Yam & Oradell, 2000). De våldsutsatta kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna levde ett annat liv där de omöjligt kunde förstå deras upplevelse. De våldsutsatta kvinnorna erfor att sjuksköterskor skrek på dem och utövade påtryckningar för att få dem att anmäla sin förövare på ett sätt som upplevdes kränkande (Yam & Oradell, 2000). De våldsutsatta kvinnorna upplevde att det kalla och opersonliga mötet inte främjade att de skulle vilja berätta om den våldsamma relationen, utan snarare gjorde att de lät bli (Hathaway et al., 2002).

### **Bekräftelse**

Våldsutsatta kvinnor upplever att våldet affirmeras i mötet med sjuksköterskan och detta innefattar att få frågan om våld samt att känna tillit.

### **Få frågan om våld**

Våldsutsatta kvinnor hade upplevelser där de hade blivit direkt tillfrågade av sjuksköterskan om de var utsatta för våld (Bacchus, Bewley, & Mezey, 2002; Damra et al., 2015; Hathaway et al., 2002; Liebschutz et al., 2008; Usta, Antoun, Ambuel & Khawaja, 2012). Kvinnorna erfor situationer där frågan hade ställts på ett sätt som upplevdes negativt. De hade blivit tillfrågade om de var utsatta för våld i nära relationer framför mannen som var våldsutövare och framför andra patienter, något som för kvinnorna hade upplevts som problematiskt och omöjliggjorde att de skulle kunna berätta om våldet (Damra et al., 2015; Hathaway et al., 2002; Usta et al., 2012). De våldsutsatta kvinnorna hade även fått frågor om våldet på ett sätt som visade att sjuksköterskorna brydde sig, var oroliga och sjuksköterskorna visade stor förståelse. Sjuksköterskorna kunde till exempel vänta tills förövaren hade lämnat rummet innan frågan ställdes, något som var viktigt för att kvinnorna skulle kunna öppna sig. Även i fall där kvinnan svarade nej på frågan ifall de blev utsatta för våld visade sjuksköterskan ihärdighet och vågade fråga igen. Detta upplevdes inte som respektlöst utan som ett tecken på omsorg.

Sjuksköterskorna visade stor finkänslighet i sättet de frågade om våldet, vilket uppskattades av de våldsutsatta kvinnorna (Bacchus et al., 2002; Hathaway et al., 2002; Liebschutz et al., 2008).

### **Känna tillit**

De våldsutsatta kvinnorna hade en relation med sjuksköterskor som byggde på respekt och tillit. De kände sig trygga och vågade berätta om den våldsamma relationen för sjuksköterskorna (Catallo et al., 2013; Damra et al., 2015; Gerbert et al., 1997; Hathaway et al., 2002; Yam & Oradell, 2000; Usta et al., 2012). Kvinnorna förväntade sig att sjuksköterskor skulle lyssna, ge goda råd och vara förtroendeingivande baserat på tidigare erfarenheter av dem, men också på grund av deras syn på sjuksköterskans profession. De våldsutsatta kvinnorna hade en bild av att sjuksköterskor hade ett gott bemötande och vågade därför lita på dem (Catallo et al., 2013; Hathaway et al., 2002; Usta et al., 2012). Kvinnorna upplevde att tillit växte fram genom upprepade besök och gott om tid. Sjuksköterskorna gjorde så att de våldsutsatta kvinnorna kände sig bekväma och avslappnade, vilket var viktigt för att kvinnorna skulle känna förtroende nog för att berätta om den våldsamma relationen (Catallo et al., 2013; Damra et al., 2015; Hathaway et al., 2002). De våldsutsatta kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna gav dem hopp, empati och hjälp (Gerbert et al., 1997; Yam & Oradell, 2000). Kvinnorna som tidigare hade negativa erfarenheter av mötet med sjuksköterskor kunde, genom en tillitsskapande relation, överkomma sin rädsla och våga berätta om våldet (Catallo et al., 2013).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Detta litteraturbaserade examensarbete består av en analys av kvalitativa studier. Metoden lämpade sig för att få en ökad förståelse av erfarenheter och upplevelser (Friberg, 2012a).

De inledande sökningarna gav träffar med intressanta titlar som stämde överens med syftet och flertalet abstract valdes att läsas igenom. Artiklar valdes ut för läsning för att se om de svarade mot examensarbetets syfte. När artiklarna lästes framkom det att det var mötet med andra professioner eller mötet med vårdpersonal som studierna riktades mot. Vårdpersonal ansågs vara för ospecifikt och kunde syfta till läkare, undersköterskor eller sjuksköterskor. Andra professioners möte med den våldsutsatta kvinnan bedömdes inte kunna överföras till sjuksköterskans profession, därför valdes dessa artiklar bort då det ej var relevant mot examensarbetets syfte. Överförbarhet av resultatet till andra professioner är dock upp till läsaren att avgöra (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Artiklar valdes även bort eftersom en stor del av den forskning som publicerats är gjort i relation till graviditet, förlossning och amning, vilket medförde att fokus i dessa artiklar hamnade på barnperspektivet. Totalt valdes tre artiklar ut från de systematiska sökningarna som svarade mot syftet (se bilaga I). Sökningarna genomfördes i Cinahl och PubMed med olika sökord och begränsningar. Flera databaser användes för att få fram relevanta och bra artiklar, men utbudet av artiklar var begränsat inom området med fokus på sjuksköterskans roll i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Genom osystematiska sökningar valdes åtta artiklar ut till resultatet. Totalt användes elva artiklar, tio kvalitativa och en artikel med mixed method. I artikeln som innehöll mixed method valdes den kvalitativa delen ut till examensarbetet. Om metoden litteraturoversikt hade valts i examensarbetet hade artikelns del med kvantitativ ansats inte blivit exkluderad (Friberg, 2012b). Detta hade kunnat medföra ett annat resultat än det som framkom. Begränsningen peer reviewed

valdes i Cinahl för att säkerställa att artiklarna var granskade av experter inom området. I PubMed är detta ej möjligt och då granskades detta manuellt av författarna. Peer reviewed kan sortera ut vilka artiklar som är publicerad i vetenskapliga tidskrifter, men visar inte kvaliteten på artikeln (Östlundh, 2012). När det framkom att det fanns få studier som svarade mot examensarbetets syfte togs tidsbegränsningarna bort. Artiklar från 1997 - 2002 inkluderades trots att forskningen inte är gjord de senaste tio åren då resultaten var av hög relevans för syftet. Inga begränsningar gjordes i val av länder då ämnet är aktuellt i hela världen och ansågs ge examensarbetet en intersektionell bredd. Vissa av artiklarna var riktade mot vårdpersonal, sjuksköterskor och/eller läkare. Endast de delar som specifikt berörde sjuksköterskor valdes ut till examensarbetet. I artikeln av Pratt-Eriksson et al. (2014) specificerades inte sjuksköterskans roll i resultatet men beskrevs i abstract. Då artikeln hade stor relevans och svarade mot syftet, tillfrågades en av författarna om sjuksköterskan inkluderades i det använda begreppet vårdpersonal. Författaren förklarade via mejl att sjuksköterskan inkluderades i begreppet vårdpersonal då sjuksköterskan inte avvek eller särskilde sig från andra yrkesgrupper i mötet med den våldsutsatta kvinnan i deras resultat. Därför valdes artikeln att inkluderas i examensarbetets resultat.

Artiklarna var av hög kvalitet och samtliga uppnådde grad 1 vid granskning med granskningsmallen grundad i versionen av Willman et. al. (2011), se bilaga III. Artiklarnas resultat analyserades enligt femstegsmodellen beskriven av Friberg, (2012a). Datamaterialet analyserades enligt stegen för att få fram ett så tydligt resultat som möjligt. Att metodiskt följa stegen bidrog med en struktur i analysen. Ett resultat framkom som svarade mot examensarbetets syfte. Då stegen var tydligt och enkelt beskrivna av Friberg (2012a) gavs förutsättningar att genomföra analysen på ett korrekt sätt.

Alla resultat som valdes är ur artiklar som har ett etiskt resonemang. Deltagarna fick information om studien och information om den sekretess som rådde kring uppgifterna kvinnorna delade med sig av. I vissa studier fick även kvinnorna en mindre ekonomisk kompensation för deltagandet. Alla studier var inte granskade av någon etisk kommitté men ansågs ändå ge en god redovisning av sitt etiska ställningstagande.

På ett noggrant vis översattes resultaten tillsammans för att undvika att missförstå resultatet. Detta ansågs vara i linje med examensarbetets författares egna etiska resonemang, där feltolkning av resultat hade varit oetiskt. Alla resultat lästes upprepade gånger för att minimera risken för felöversättningar och personliga tolkningar. Ett visst mått av tolkning och abstraktion användes dock för att få ett begripligt och meningsfullt resultat. Den delaktighet examensarbetets författare haft i resultatet måste betraktas som en oundviklig del av arbetet eftersom tolkningen var en del av processen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012), men en medvetenhet kring risken att feltolka var närvarande. En person som hade varit insatt i ämnet och aktuell forskning kunde granskat om koder och kategorier, detta hade ökat giltigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012), men granskning av kategorier i seminarieform med handledare och andra studenter underbygger ändå giltighet till viss del.

Då det användes elva artiklar i studien kunde det möjligen bidragit till en ökad trovärdighet om fler artiklar hade inkluderats. I vissa av artiklarna kunde enbart en del av resultatet inkluderas då övrigt resultat var riktat mot andra yrkesutövare inom sjukvården. Trots detta har det materialet bedömts vara relevant gentemot examensarbetets syfte. Trovärdigheten kunde även ha påverkats av att författarna inte hade någon större erfarenhet av att analysera material enligt modellen som

angivits för detta examensarbete. Allt resultat lästes individuellt, men även gemensamt, och den reflektion kring materialet som pågick kontinuerligt ökar tillförlitligheten hävdar Friberg (2012). En tydlig beskrivning av metoden och tillvägagångssättet har gjorts vilket ökar trovärdigheten i examensarbetet framhåller Polit och Beck (2008).

## Resultatdiskussion

Syftet med examensarbetet var att belysa erfarenheter som kvinnor som utsätts för våld i nära relationer har av mötet med sjuksköterskor. Det som framkom var kategorierna *rädsla*, *uppgivenhet* samt *bekräftelse*. Den gemensamma nämnare som präglar datamaterialet är att den våldsutsatta kvinnans rädsla och oro kring våldet är stor och att sjuksköterskans beteende i mötet har avgörande betydelse för huruvida kvinnan väljer att berätta om våldet eller ej.

Ett resultat som framkom är att de våldsutsatta kvinnorna ofta känner rädsla i mötet med sjuksköterskan. Att leva i en våldsam relation är förenat med mycket rädsla, skam samt fruktan för fysiskt, sexuellt och psykiskt våld som kan förekomma. En annan typ av rädsla är den som beskrivs som oro att bli avslöjad. Det kan verka märkligt att kvinnor som blir utsatta för våld i sin relation är oroliga och rädda för att någon utifrån ska upptäcka att det förekommer våld. Det ligger nära till hands att tro att våldsutsatta kvinnor alltid skulle vilja bryta en sådan relation. Resultatet visar dock att detta inte alltid är fallet. Detta kan bero på olika saker. Dels kan den våldsutsatta kvinnan leva i förnekelse kring våldets existens. Bradbury-Jones, Taylor, Kroll och Duncan (2014) menar att en del kvinnor är blinda för våldet och varken kan identifiera eller namnge det och att det är viktigt för sjuksköterskan att skapa en miljö där sjuksköterskan och kvinnan öppet kan diskutera våld i nära relationer. Det kan även bero på att den våldsutsatta kvinnan inte är redo att lämna relationen, och det är oftare lättare för kvinnan att dölja våldet än det är att berätta om det (Bradbury-Jones et al., 2014). Att den våldsutsatta kvinnan inte är redo att lämna relationen kan även bero på normaliseringen av våldet, där ömsom våld och ömsom kärleksyttringar skapar starka band mellan förövare och offer (Lundgren, 2012). Mørk, Andersen och Taket (2014) framhåller att det finns en generell okunskap i vården gällande normaliseringsprocessen och menar att normaliseringsprocessen är en produkt av ett samhälle som inte är jämställt.

Många våldsutsatta kvinnor ser inte kopplingen mellan våldet och den fysiska samt psykiska hälsan. Joshi, Thomas och Sorenson (2012) framhåller hur många kvinnor som blir strypta som en del i våldet söker vård för halsrelaterade problem, till exempel svullnad och svårigheter att svälja, men inte ser att våldet skulle kunna vara orsaken till detta. Nicolaidis et al. (2008) påpekar parallellen mellan våld i nära relationer, fysiska symptom och mental hälsa. För många kvinnor leder en våldsam relation till livslång ohälsa och lidande, även om relationen är avslutad. Lidande är en individuell och mångfacetterad upplevelse, och behöver inte upphöra bara för att relationen gör det. Den enskilda personens lidande kan inte jämföras med andras lidande (Eriksson, 1994).

Francis, Loxton och James (2017) beskriver hur en fasad av en normal relation upprätthålls och att detta beror på inre och yttre faktorer. De inre faktorerna som nämns är att kvinnorna skulle känna skam, förödmjukelse och rädsla om fasaden inte skulle upprätthållas. Detta är i samklang med resultatet i examensarbetet där de våldsutsatta kvinnorna beskriver samma känslor. Rädslan för konsekvenserna av ett avslöjande är påtaglig och blir större i och med att våldsutsatta kvinnor upplever att vården kan göra något för dem. Joshi et al. (2012) menar att våldsutsatta kvinnor är



rädda att vården inte kan skydda dem och därför väljer kvinnorna att inte berätta om våldet. Mørk et al. (2014) beskriver hur våldsutsatta kvinnor inte alltid litar på att vårdpersonal förstår vidden av våldet och hur farligt det är för kvinnorna om tystnadsplikten inte efterföljs.

De våldsutsatta kvinnorna upplever att de inte blir sedda i mötet med sjuksköterskan och hur sjuksköterskan inte tar sig tid. Sjuksköterskan bortsåg från det psykosociala och fokuserade endast på det somatiska. Detta överensstämmer inte med en holistisk människosyn där den fysiska komponenten av en person är lika viktig som den mentala och emotionella, något som Mørk et al. (2014) framhåller som en viktig del i att skapa en miljö som möjliggör för de våldsutsatta kvinnorna att berätta om våldet. Erfarenheten av att sjuksköterskorna inte har tid och upplevs jäktade återfinns i många artiklar och detta är i linje med en studie av Mørk et al. (2014) som menar att kvinnor upplever sjuksköterskorna som alltför upptagna och överlastade för att ha tid med dem.

Resultatet visar även att de våldsutsatta kvinnornas erfarenhet av mötet med sjuksköterskan som kall och empatilös, och i vissa fall orevlig och oförstående. Den attityd som sjuksköterskan har i mötet med den våldsutsatta kvinnan är viktig och våldsutsatta kvinnor som bemöts med dömande, ömkande, skuldbeläggande eller förminskande känner sig inte trygga nog att berätta om våldet (Feder, Hutson, Ramsay, & Taket, 2006). Bemötandet blir då ett hinder för att bryta den våldsamma relationen.

De våldsutsatta kvinnorna har både positiva och negativa erfarenheter av att bli tillfrågade kring våldet. Merparten av erfarenheterna i resultatet är dock positiva. Francis et al. (2017) menar att få frågor kring våldet av sjuksköterskor kan fungera som en katalysator för att våldsutsatta kvinnor ska lämna den våldsamma relationen. Det är viktigt att ställa frågor kring våld, men det är även viktigt på vilket sätt de frågorna ställs. Feder et al. (2006) visar att det varierar huruvida våldsutsatta kvinnor vill ha direkta eller indirekta frågor kring våldet, men att den gemensamma nämnaren är att de vill att frågorna ställs på ett känsligt sätt. De våldsutsatta kvinnorna vill även att sjuksköterskan ska lyssna, uttrycka medkänsla, stödja dem och skapa ett öppet klimat för att samtala om våldet (Feder et al., 2006). Även Bradbury-Jones et al. (2014) framhåller vikten av en öppenhet kring våldet där sjuksköterskor vågar kännas vid det, försöker förstå det och diskutera det.

Kvinnor vill känna att sjuksköterskor respekterar deras beslut men också att det finns ett partnerskap i beslutsfattandet (Feder et al., 2006). Mørk et al. (2014) menar att det är viktigt att vara medveten om maktobalansen mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan, och försöka utjämna den obalansen för att kunna diskutera känsliga ämnen.

Att bygga en tillitsfull relation med sjuksköterskan är viktigt för kvinnor som utsätts för våld i sin nära relation. Kvinnor som utsätts för våld upplever ofta våldet som en kränkning av tilliten och för många kan den kränkningen ha upprepats av många personer genom deras liv, så som andra partners eller föräldrar (Nicolaidis et al., 2008). Därför kan det vara svårt att känna tillit för sjuksköterskor och det kan behövas mycket tid och många samtal för att kunna bygga ett förtroende (Feder et al., 2006). Faktorer som bygger tillit är att sjuksköterskan är ärlig, konsekvent och respekterande. Våldsutsatta kvinnor uppskattar när sjuksköterskor bekräftar att våldet de upplever är oacceptabelt och oförtjänt (Feder et al., 2006).

Sjuksköterskor bör känna till normaliseringsprocessen för att kunna sätta sig in i den våldsutsatta kvinnans situation och ha förståelse och respekt för det komplexa i att lämna den våldsamma relationen. Att som våldsutsatt kvinna bli bemött med förståelse och respekt kan vara avgörande för att våga lämna en våldsam relation och att våga berätta för sin sjuksköterska om våldet. Det ingår i sjuksköterskans ansvar att bemöta våldsutsatta kvinnan på ett sätt som främjar hennes hälsa och minskar hennes lidande i den utsträckning hen kan.

## **Slutsatser**

Resultatet visar att kvinnor är rädda för att bli utsatta för mer våld och att det ska gå ut över deras barn om de berättar om våldet för sjuksköterskan. De är oroliga att livet ska förändras och den ovisshet det innebär. De våldsutsatta kvinnorna upplever att de inte blir sedda i mötet med sjuksköterskan och att de inte blir förstådda, något som bidrar ytterligare till kvinnans lidande. De våldsutsatta kvinnorna får ibland frågor från sjuksköterskan huruvida de blir utsatta för våld, och detta kan upplevas både positivt och negativt. Den våldsutsatta kvinnan upplever även en tillitsfull relation med sjuksköterskan där hen ger stöd, är förstående och lyssnar.

De våldsutsatta kvinnorna är i en svår situation som innefattar mycket rädsla, både för sitt eget liv och eventuella barn. När kvinnorna blir bemötta med brist på empati, stress och en vård som bara fokuserar på det kroppsliga, är detta ett hinder för kvinnorna att kunna berätta om våldet. När kvinnorna blir bemötta med förståelse och en vilja att lyssna samt bygga tillit är detta stöd för att kunna berätta om våldet.

## **Praktiska implikationer**

Detta examensarbete bidrar med kunskaper kring hur kvinnor som utsätts för våld i nära relationer erfar mötet med sjuksköterskan. Sjuksköterskor i hela vårdkedjan möter kvinnor som utsätts för våld i en nära relation och detta examensarbete bidrar till att belysa hur kvinnorna upplever bemötandet av sjuksköterskor. Det är viktigt att ställa frågor om våldet på ett icke-dömande sätt, att visa empati och förståelse. Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer upplever ofta mycket skam och rädsla i relation till att berätta om våldet, något som sjuksköterskor bör vara medvetna om.

Ökad insikt i dessa kvinnors situation och i hur många kvinnor normaliserar våldet bidrar till en klarare bild av hur dessa kvinnors liv ser ut. Detta bidrar förhoppningsvis till att sjuksköterskor bemöter den våldsutsatta kvinnan på ett respektfullt och öppet vis.

## **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans**

### **kompetensområde**

Författarna till detta examensarbete har behov av mer kunskap och detta ligger främst i behov av erfarenhet av mötet med våldsutsatta kvinnor. Det behövs mer kunskap kring hur det ser ut i praktiken när sjuksköterskor möter en kvinna som utsätts för våld i nära relation. Det behövs mer kunskap i handläggandet men också mer kunskap om vilka frågor som kan ställas och hur dessa bör ställas.

Ett förslag till fortsatt kunskapsutveckling är att göra en intervjustudie som enbart fokuserar på våldsutsatta kvinnors erfarenheter av mötet med sjuksköterskor. Ämnet behöver ytterligare undersökas eftersom en del studier som ligger till grund för detta examensarbete dels är äldre än 10 år och dels inkluderar andra yrkeskategorier i vården. Det är av värde för omvårdningsforskningen att det görs studier som enkom undersöker sjuksköterskan och hens omvårdnad. Nya studier behövs för att få en överblick över hur mötet mellan den våldsutsatta kvinnan och sjuksköterskan ter sig idag. Kvalitativa empiriska studier i form av intervjustudier skulle skapa en förståelse kring vikten av ett gott bemötande i relation till en så utsatt grupp som våldsutsatta kvinnor.

Fokus i detta examensarbete är på våldsutsatta kvinnor, men det är viktigt att poängtera att även HBTQ-personer och heterosexuella män utsätts för våld i nära relationer. Det finns forskning kring detta, men vidare forskning behövs för att vår profession ska kunna tillgodose deras behov och hur vi bäst bemöter dessa personer och identifierar våldet.

## Referenser

- Al-Shdayfat, N., & Hatamleh, R. (2017). Syran Refugee Women's Reasons for Not Reporting Violence: An Exploratory Study. *International Journal of Nursing Education*, 9(4), 96-100. doi: 10.5958/0974-9357.2017.00103.9
- Bacchus, L., Bewley, S., & Mezey, G. (2002). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social in the Care Community*, 11(1), 10-18.
- Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21/22), 3057–3068. doi:10.1111/jocn.12534
- Brottsoffermyndigheten. (2011). *Slagen dam*. Hämtad 2018-03-14 från <https://www.brottsoffermyndigheten.se/Filer/B%C3%B6cker/Slagen%20dam.pdf>
- Brottsförebyggande rådet. (2017). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2018-03-27 från <https://www.bra.se/brott-och-statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>
- Carlberg, M., Lindberg, L., Lind, S., & Rasmussen, F. (2017). *Hälsan hos utsatta för våld i nära relationer i Stockholms län*. (Rapport 2017:3). Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
- Catallo C., Jack S.M., Ciliska D., & MacMillan H.L. (2013). Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing* 69(6), 1366–1376. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06128.x
- Damra, J., Abujilban, S., Rock, M., Tawalbeh, I., Ghbari, T., & Ghaith, S. (2015). Pregnant Women's Experiences of Intimate Partner Violence and Seeking Help from Health Care Professionals: A Jordanian Qualitative Study. *Journal of Family Violence*, 30(6), 807–816. doi: 10.1007/s10896-015-9720-z
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- Feder, G.S., Hutson, M, Ramsay, J., & Taket, A.R. (2006). Women Exposed to Intimate Partner Violence Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. *Arch Intern Med*, 166(1), 22–37. doi:10.1001/archinte.166.1.22
- Francis, L., Loxton, D., & James, C. (2017). The Culture of Pretence: a Hidden Barrier to Recognising, Disclosing and Ending Domestic Violence. *Journal Of Clinical Nursing*, 26(15/16), 2202–2214. doi:10.1111/jocn.13501
- Frenzel, A. (2014). *Brott i nära relationer – en nationell kartläggning*. (Rapport 2014:8). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

- Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (ss. 111–120). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 133–143). Lund: Studentlitteratur.
- Gerbert, B., Johnston, K., Caspers, N., Bleecker, T., Woods, A., & Rosenbaum, A. (1997). Experiences of Battered Women in Health Care Settings: A Qualitative Study. *Women & Health*, 24(3), 1-2. doi: 10.1300/J013v24n03\_01
- Hathaway, J. E., Willis, G., & Zimmer, B. (2002). Listening to survivors' voices: Addressing partner abuse in the health care setting. *Violence Against Women*, 8(6), 687–719. <http://dx.doi.org/10.1177/10778010222183242>
- Isdal, P. (2001) *Meningen med våld*. Stockholm: Gotia.
- Jakobsson, A., Borgstede, C., Krantz, G., Spak, F., & Hensing, G. (2013). Possibilities and Hindrances for Prevention of Intimate Partner Violence: Perceptions Among Professionals and Decision Makers in a Swedish Medium-Sized Town. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 337–343. doi:10.1007/s12529-012-9238-1
- Joshi, M., Thomas, K. A., & Sorenson, S. B. (2012). “I Didn't Know I Could Turn Colors”: Health Problems and Health Care Experiences of Women Strangled by an Intimate Partner. *Social Work In Health Care*, 51(9), 798–814. doi:10.1080/00981389.2012.69252
- 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
- Liebschutz, J., Battaglia, T., Finley, E., & Averbuch, T. (2008). Disclosing intimate partner violence to health care clinicians - What a difference the setting makes: A qualitative study. *BMC Public Health*, 8 (229). doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-229>
- Lundgren, E. (2012). *Våldets normalisering och andra våldsförståelser*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS).
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187–201). Lund: Studentlitteratur.
- Matheson, F. I., Daoud, N., Hamilton-Wright, S., Borenstein, H., Pedersen, C., & O'Campo, P. (2015). Where Did She Go? The Transformation of Self-Esteem, Self-Identity, and Mental Well-Being among Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Women's Health Issues*, 25(5), 561-569. doi: 10.1016/j.whi.2015.04.006
- McIntosh, C. (red.) (2013). *Cambridge advanced learner's dictionary*. (4. ed.) Cambridge: Cambridge University Press.

- Mørk, T., Andersen, P. T., & Taket, A. (2014). Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 14(1), 74. doi: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/74>
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid, Uppsala Universitet. (u.å.a). *Bemötande och behandling*. Hämtad 2018-03-14 från <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/bemotande-och-behandling/>
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid, Uppsala Universitet. (u.å.b) *Våldets uttryck och mekanismer*. Hämtad 2018-03-14 från <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid, Uppsala Universitet. (u.å.c) *Uppbrottsprocessen*. Hämtad 2018-06-01 från <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/uppbrotsprocessen/>
- Nicolaidis, C., Gregg, J., Galian, H., McFarland, B., Curry, M., & Gerrity, M. (2008). “You Always End up Feeling Like You’re Some Hypochondriac”: Intimate Partner Violence Survivors’ Experiences Addressing Depression and Pain. *Journal of General Internal Medicine*, 23(8), 1157–1163. doi: <http://doi.org.ezproxy.server.hv.se/10.1007/s11606-008-0606-0>
- Polisen. (u.å.) *Brott i nära relation – utsatt*. Hämtad 2018-03-14 från <https://polisen.se/utsatt-for-brott/olika-typer-av-brott/brott-i-nara-relation/>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Dahlborg 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. doi: <http://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>
- Prosman, G-J., Lo Fo Wong, S. H., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2014). Why Abused Women Do Not Seek Professional Help: a Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2). doi:10 1111/scs.12127
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2018-03-14 från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2018-03-27 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas-etiska-kod-2017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2018-03-27 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.

Usta, J., Antoun, J., Ambuel, B., & Khawaja, K. (2012). Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want. *Annals of Family Medicine* 10(3), 213-220. doi:10.1370/afm.1336

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

World Health Organisation. (2017). *Intimate partner and sexual violence against women*. Hämtad 2018-03-12 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

World Health Organisation. (2018). *Frequently asked questions*. Hämtad 2018-04-19 från <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

Yam, M., & Oradell, N.J. (2000). Seen But Not Heard: Battered Women's Perceptions of the ED Experience. *Emergency Nurses Association*, 26(5), 464–470. doi:10 1067/men.2000.110432

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg, (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

## Sökhistorik

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
<b>Cinahl 15/3-18</b>						
1	(MH "Domestic violence")	6048				
2	"experience"	130081				
3	Women*	206026				
4	AND	313				
<b>Avgränsningar:</b>	Peer reviewed, 2007-2018, English, Female, Adult 19-44 years	74	74	28	3	0

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
<b>Cinahl 15/3-18</b>						
1	(MH "Domestic Violence")	6048				
2	"health care"	303765				
3	Experience* or perception* or view*	461394				
4	AND	213				
<b>Avgränsningar:</b>	Peer reviewed, 2007-2018, English, Female, Adult 19-44 years	28	28	14	5	2

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
<b>15/3-18 PubMed</b>						
1	"Domestic violence" [Majr]	32808				
2	"Women"[Mesh]	33256				
3	"health care"	747645				
4	Experience*	913426				
5	AND	168				
<b>Avgränsningar:</b>	Abstract, published in the last 10 years, English, Female, Adult: 19+ years	78	78	18	5	0



## Bilaga I

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
26/3-18 PubMed						
1	"Battered women" [Majr]	2058				
2	"Delivery of health care"[Mesh]	958038				
3	Experience*	915136				
5	AND	229				
<b>Avgränsningar:</b>	Abstract, published in the last 10 years, English, Female, Adult: 19+ years	76	76	10	3	1

## Översikt av analyserad litteratur

<p><b>Författare</b> Al-Shdayfat, N., &amp; Hatamleh, R.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerad 2017</p> <p><b>Land</b> Jordanien</p>	<p><b>Problem</b> I arabvärlden har forskning sett att det finns en stor ovilja hos kvinnan att prata om våld i nära relationer till utomstående, man väljer istället att prata med släktingar eller vänner. 1/3 väljer att prata med sjukvården. En studie I USA visar att där är det 50% som väljer att prata med sjukvården. Dock kan metoden och/eller kulturen påverka resultatet.</p> <p><b>Syfte</b> Att upptäcka flyktingkvinnors anledning till att inte rapportera/prata om våld i nära relationer till vården.</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ</p> <p><b>Metod</b> Det kvalitativa resultatet är hämtat från en tidigare studie gjord inom ämnet. I primärstudien användes en tvärsnittsmetod. En arabisk version av NORAQ användes med godkännande av författarna. Formulären innefattade frågor kring känslor, fysiks- och sexuellt utnyttjande. Öppna frågor användes. 44 av svaren från öppna svar sammanställdes till denna studie. Svaren som lyfter handlade om ovilja att rapportera våldet.</p>	<p><b>Urval</b> 280 kvinnor som besökt fem olika mödra-och barnmottagningar i Mafraq, Jordanien erbjöds att delta i studien. 182 genomförde ett självadministrerings formulär. 44 av svaren lyftes ur till denna studie från delen med öppna frågor.</p> <p><b>Studiegrupp</b> Kvinnor över 18 år. Giftna (78.4%) eller skilda. Alla läs- och skrivkunniga. Inga av kvinnorna arbetade.</p>	<p><b>Huvudsakligt resultat</b> Fem huvudteman skapade som varför kvinnan ej rapporterad om deras våld i den nära relationen var: acceptans, rädd för konsekvenser, frånvaro av social support, dålig tillit eller lite stöd från sjukvården samt maktlöshet. Dessa teman visar hur utsatt kvinnan är och hur viktigt det är att få hjälp via sjukvården samt att det sker avskilt. Det bekräftas att kvinnan inte tror på att sjukvården kan hantera deras problem på ett korrekt sätt. Den största anledningen är den kulturella strukturen som dessa kvinnor lever i.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>
---	---	---	---	--	--

## Bilaga II

<p><b>Författare</b> Bacchus, L., Bewley, S. &amp; Mezey, G.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerad 2002</p> <p><b>Land</b> England</p>	<p><b>Problem</b> Tidigare studier har visat att kvinnor är motvilliga till att avslöja våldet i den nära relationen. Kvinnor upplever att hjälpen från sjukvårdspersonal är meningslös och inte adekvat till kvinnans situation.</p> <p><b>Syfte</b> Att upptäcka kvinnor som utsatts för våld i en nära relations erfarenheter av att söka hjälp från sjukvårdspersonal och deras bedömning a kvinnornas psykiska hälsa.</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ.</p> <p><b>Metod</b> Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p><b>Urval</b> Från en större studie som screenade kvinnor för våld i nära relationer.</p> <p><b>Studiegrupp</b> 10 kvinnor som inom 12 månader efter förlossning har upplevt våld I den när relationen.</p>	<p><b>Huvudsakligt resultat</b> Kvinnorna upplevde att det var brist på enskildhet, kontinuiteten var dålig och tidsbrist. Detta påverkade att kvinnorna inte sökte vård för våldet. Få frågades direkt om våld i nära relationer. Det är viktigt att sjukvårdspersonal fråga om våld på ett varsamt sätt och ger ett svar som tar hänsyn till kvinnans komplexa situation.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>
<p><b>Författare</b> Catallo, C., Jack, S.M., Ciliska, D. &amp; MacMillan, H.L.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerad 2012</p> <p><b>Land</b> Kanada</p>	<p><b>Problem</b> Kvinnor som söker vård för våld i nära relationer har en rädsla att inte få den vården som behövs utan är rädda för att dömas eller inte bemötas stödjande.</p> <p><b>Syfte</b> Att rapportera processer som används av kvinnor för att inte avslöjavåld i nära relationer till vårdpersonal.</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ.</p> <p><b>Metod</b> Grounded Theory. 2% (19 st.) av datan djupanalyserades från den första studien. För att förstå resultatet av dessa kvinnor som ville avslöja våldet gjordes en Grounded Theory studie.</p>	<p><b>Urval</b> Deltagare från en tidigare studie (RTC)</p> <p><b>Studiegrupp</b> 19 deltagare från den tidigare studien som hade rapporterat om att inte vilja avslöja våldet för sjukvårdspersonal.</p>	<p><b>Huvudsakligt resultat</b> Kvinnor undviker att söka vård för att "inte bli påkommen" att hon blir slagen. Men om det behövs vård har kvinnorna olika sätt att inte avslöja våldet. Genom att inte söka vård, utvärdera tilliten för vårdpersonalen och personlig beredskap för att inte bli avslöjad. För att ge kvinnan trygghet och tillit är det av stor vikt att sjuksköterskan möter kvinnan på rätt sätt.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>

## Bilaga II

<p><b>Författare</b> Damra, J., Abujilban, S., Rock, M., Tawalbeh, I., Ghbari, T. &amp; Ghaith, S.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerad 2015</p> <p><b>Land</b> Jordanien</p>	<p><b>Problem</b> Gravida kvinnor kan vara en högriskgrupp för våld i nära relationer. Våldet kan visas på många olika sätt, så som depression, blödningar, skador. Tidigare studier har visat att identifiera våldet och att ge kvinnan rätt hjälp är dålig.</p> <p><b>Syfte</b> Att upptäcka den gravida kvinnans erfarenheter av att avslöja våldet samt att söka hjälp från sjukvården i samband med våld.</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ.</p> <p><b>Metod</b> Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p><b>Urval</b> Över 18 år, utsatt för våld inom 12 månader, gift eller sambo med förövaren, gravid, att kunna ge sitt samtycke, samt att vilja delta i studien.</p> <p><b>Studiegrupp</b> 25 gravida kvinnor</p>	<p>Huvudsakligt resultat Kvinnorna upplevde inte att dom fick det stöd som önskades, dålig respons och dålig uppföljning av våldet. Brist på respekt för det privata, tidsbrist oh andra barriärer för att kunna avslöja våldet för sjukvårdspersonal. Säkerheten påpekas som en viktig faktor. Sjukvårdspersonal behöver ett strukturerat och specialiserad program för våld i nära relationer att arbeta efter.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>
<p><b>Författare</b> Gerbert, B., Johnston, K., Caspers, N., Bleecker, T., Woods, A. &amp; Rosenbaum, A.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerad 1997</p> <p><b>Land</b> USA</p>	<p><b>Problem</b> Många kvinnor utsätts för våld i en nära relation. Tidigare studier har visat att kvinnan upplever att sjukvårdspersonalen inte har rätt kunskap att bemöta kvinna. Genom kunskap kan många kvinnor bli hjälpta.</p> <p><b>Syfte</b> Våldsutsatta kvinnors erfarenhet av sjukvården.</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ.</p> <p><b>Metod</b> Djupgående individuella intervjuer.</p>	<p><b>Urval</b> Slumpmässiga samtal samt genom en rekryteringskampanj.</p> <p><b>Studiegrupp</b> 31 kvinnor som utsatts för våld i en nära relation</p>	<p><b>Huvudsakligt resultat</b> Många kvinnor väljer att dölja att dom utsätts för våld i en nära relation av rädsla för hämnd från sin partner, bli bemött på ett osympatiskt sätt av sjukvårdspersonal, rädsla för att bli ignorerad eller att trivialiseras. Det är viktigt att sjukvården fångar upp dessa kvinnor och ger rätt hjälp genom att ha rätt verktyg.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>

## Bilaga II

<p><b>Författare</b> Hathaway, J.E., Willis, G. &amp; Zimmer, B.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerad 2002</p> <p><b>Land</b> USA</p>	<p><b>Problem</b> På grund av de stora konsekvenserna ett avslöjande av våldet i relationen har för den som är utsatt, är det av stor vikt att vårdpersonal har förståelse för den utsattes situation.</p> <p><b>Syfte</b> Att förstå hur vårdgivare kan upptäcka våld i nära relationer mer effektivt.</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ.</p> <p><b>Metod</b> Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p><b>Urval</b> Patienter som deltar i ett program för våld i nära relationer.</p> <p><b>Studiegrupp</b> 49 kvinnor, olika kriterier exempel så som deltagit i H.A.V.E.N i minst 6 månader.</p>	<p><b>Huvudsakligt resultat</b> Det finns flera olika faktorer som påverkar om och hur kvinnan väljer att avslöja våldet i relationen och hur det upplevs. Studien visar att det är av stor vikt att vårdpersonal har rätt inställning till det kvinnan avslöjar för att hon ska våga avslöja våldet. Flera olika faktorer spelar in, så som kunskap om våld i nära relationer, tiden, ev. Rädsla hos vårdpersonalen att förolämpa kvinnan som blir frågad, rädsla osv.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>
<p><b>Författare</b> Leppäkoski, T., Paavilainen, E. &amp; Åstedt-Kurki, P.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerad 2010</p> <p><b>Land</b> Finland</p>	<p><b>Problem</b> Personal inom akutsjukvården är ofta den första kvinnan möter när hon söker vård för skador orsakade av våld i nära relationer. Misslyckandet att ingripa i situationer kring våld i nära relationer kan orsaka ytterligare skador och hälsoproblem för kvinnan samt återupprepande besök till akutsjukvården.</p> <p><b>Syfte</b> Beskriva kvinnors historia om våld i nära relationer och dess hälsokonsekvenser när kvinnorna söker vård för deras akuta skador och vilken typ av erfarenheter kvinnorna har av när dom besökte akutsjukvården.</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ. (Mixed method)</p> <p><b>Metod</b> Frågeformulär samt semistrukturerade intervjuer. Datan analyserades kvantitativt och kvalitativt. I detta examensarbete valdes det att använda enbart den kvalitativa delen.</p>	<p><b>Urval</b> Kvinnor som sökt akut sjukvård på 13 olika finska sjukhus tillfrågades att delta.</p> <p><b>Studiegrupp</b> 35 kvinnor 19-67 år.</p>	<p><b>Huvudsakligt resultat</b> Kvinnorna belyste vikten av individuell vård, korrekt vård för deras skador, psykologiskt stöd. Kvinnorna oroade sig för sina barn och påverkan på familjerna som en stor faktor. Det är av stor vikt att sjukvården utvecklar familjeorienterad omvårdad. Det är av stor vikt att utveckla och träna mer på att hantera och hjälpa kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>

## Bilaga II

<p><b>Författare</b> Liebschutz, J., Battaglia, T., Finley, E. &amp; Averbuch, T.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerad 2008</p> <p><b>Land</b> USA</p>	<p><b>Problem</b> Screening för våld i nära relationer är viktigt har tidigare studier visat.</p> <p><b>Syfte</b> Denna studien följer upp för att förstå fördelar och risker med screening i olika kliniska situationer så som akuten, gynnottagning och vårdcentral.</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ.</p> <p><b>Metod</b> Grounded Theory, etnografiska intervjuer.</p>	<p><b>Urval</b> Utsatta kvinnor tillfrågades från "våld i nära relationer rådgivning", från personalen (14st) eller genom en inbjudan (13 st.) som skickade till alla program för våld i nära relationer i östra Massachusetts.</p> <p><b>Studiegrupp</b> 27 kvinnor, 18–64 år, engelsk talande, utsatta för våld i nära relationer senaste 3 åren.</p>	<p><b>Huvudsakligt resultat</b> Att fråga om det finns våld i relationen är av största vikt, bekräftas även i denna studie. Kvinnorna ser en stor fördel med att känna sin vårdgivare och kunna bygga en relation, det kan i sig hjälpa till att läka. Att vårdgivaren har rätt inställning, bemötande, säkerställer kvinnans säkerhet och tystnadsplikt ansågs som ett kraftfullt verktyg att hjälpa kvinnan.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>
<p><b>Författare</b> Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., &amp; Lyckhage, E.D.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerades 2014</p> <p><b>Land</b> Sverige</p>	<p><b>Problem</b> Under de senaste åren har en ökning av våld i nära relationer mot kvinnor ökat. Forskning om den vårdandes roll till offret är begränsat.</p> <p><b>Syfte</b> Att få en djupare förståelse av kvinnors upplevelse av våld i nära relationer och deras möte med sjukvårdspersonal, socialarbetare samt polis efter att blivit utsatt för våld i en nära relation.</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ</p> <p><b>Metod</b> Fenomenologisk hermeneutisk metod inspirerad av Paul Ricoeur</p>	<p><b>Urval</b> Kvinnor som bodde på skyddat boende. Över 18 år, god kunskap i svenska eller engelska samt offer för våld i en nära relation.</p> <p><b>Studiegrupp</b> 12 kvinnor, 23–56 år. En deltagare hade universitetsutbildning, 2-årig vidareutbildning, övriga grundskoleutbildning. 3 kvinnor var födda i Sverige, 6 var inflyttade och övriga angav ej.</p>	<p><b>Huvudsakligt resultat</b> Ett tillfredställande möte med de olika yrkeskategorierna kan betraktas som en kvalitetsindikator på omvårdnaden och stödet för dessa kvinnor. För att förändra de negativa attityder som finns mot dessa kvinnor är det av stor vikt att alla yrkeskategorier utvecklar sina kunskaper om orsak och verkan. Genom att förstå detta ökar kvinnans röst och kraft att återhämta sig från våldet. Den utsatta kvinnan ska ej behöva känna sig ifrågasatt eller förklara sin situation utan att få förståelse.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>

## Bilaga II

<p><b>Författare</b> Usta, J., Antoun, J., Ambuel, B., &amp; Khawaja, M.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerad 2012</p> <p><b>Land</b> Libanon</p>	<p><b>Problem</b> Våld i nära relationer är en vanlig anledning till att kvinnor uppsöker vården, våldet har negativa effekter på deras hälsa. Det är ett utbrett problem över hela världen och leder till sjuklighet och dödlighet.</p> <p><b>Syfte</b> I studien vill man undersöka kvinnornas attityder kring vården i samband med våld i nära relationer.</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ</p> <p><b>Metod</b> Kvalitativa fokusgrupper med 12 deltagare i 6 olika grupper. Deltagarna fick svara på HITS-protokoll (Hurt, Insult, Threaten, Scream). HITS är ett fyr-stegs frågeformulär om våld i nära relationer. Det översattes till arabiska. Ett pilottest genomfördes på 5 kvinnor för att säkerställa översättningen. Kvinnorna fick även prata om attityder, förväntningar kring vården och valmöjligheter kring vården när man utsätts för våld i nära relationer.</p>	<p><b>Urval</b> Kvinnor som besökt 6 olika hälsoinstanser under 2–13/3 2009, 133 svara ja till att delta. 72 kvinnor erbjöds att delta i fokusgrupperna.</p> <p><b>Studiegrupp</b> 172 kvinnor, 20–55 år. 61 gifta, 10 singlar och 1 skild. 4 analfabeter, 36 grundskoleutbildade, 20 vidareutbildade och 12 universitetsutbildade.</p>	<p><b>Huvudsakligt resultat</b> Kvinnorna upplevde sjukvården som ett bra forum att prata om problemen, då det råder tystnadsplikt. Deltagarna förväntar sig att känna sig trygga och betrodda när vården uppsöks. Förtroende för vårdgivaren är av stor vikt. Deltagarna uppmuntrar sjukvårdspersonal att våga fråga om våldet och eventuella skador. Besvikelsen var tydlig när frågan ej kom vid uppenbara symptom på skador.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>
<p><b>Författare</b> Yam, M. &amp; Oradell, N.J.</p> <p><b>Årtal</b> Publicerad 2000</p> <p><b>Land</b> USA</p>	<p><b>Problem</b> Tidigare studier har undersökt vårdpersonalens erfarenheter kring upplevelsen av mötet med en våldsutsatt kvinna. Men studier där man ser från kvinnans perspektiv behövs ytterligare.</p> <p><b>Syfte</b> Att beskriva kvinnor som utsatts för våld i nära relationers erfarenheter av deras möte med akutsjukvården</p>	<p><b>Ansats</b> Kvalitativ</p> <p><b>Metod</b> Djupgående, individuella intervjuer.</p>	<p><b>Urval</b> Kvinnor från skyddsboende som inom 12 månader sökt hjälp inom akutsjukvården för deras skador som uppkommit i samband med våld i den nära relationen tillfrågades att delta i studien.</p> <p><b>Studiegrupp</b> 5 kvinnor, 22-36 år.</p>	<p><b>Huvudsakligt resultat</b> Kvinnor som söker akutsjukvård i samband med våld i nära relationer är rädda i allmänhet, rädda för konsekvenser från sin partner, för sina barn. Det är viktigt att sjukvårdspersonalen kan hjälpa kvinnan och inte bara fokusera på deras fysiska skador. Även kunna hjälpa till med alternativ som gör att kvinnan kan undkomma våldet.</p>	<p><b>Kvalitetsgranskning</b> Grad 1</p>

## Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte?  Ja  Nej  Framkom ej

Informant karaktäristika

Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

Är kontexten presenterad?  Ja  Nej  Framkom ej

Finns etiskt resonemang?  Ja  Nej  Framkom ej

### Urval

- Relevant?  Ja  Nej  Vet ej

- Strategiskt?  Ja  Nej  Ej relevant

-datainsamling tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

- analys tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

### Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder datamätnad?  Ja  Nej  Ej relevant

- Råder analysmättnad?  Ja  Nej  Ej relevant

### Kommunicerbarhet

-Är resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

-Redovisas resultatet i förhållande till  Ja  Nej  Vet ej

-Teoretisk referensram?  Ja  Nej  Vet ej

-Genereras teori?  Ja  Nej  Ej relevant

### Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent  
Granskningspoäng; grad I (80-100%)  grad II (70-79%)  grad III (60-69%)

### Tidskriftens bedömningssystem

Peer review

Double  
blinded

Single  
blinded

Ej  
angivet