



Institutionen för hälsovetenskap

Våld i nära relation -

En litteraturstudie om sjuksköterskans upplevelser av att bemöta utsatta kvinnor.

Caroline Alexandersson & Cassandra Vince

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsovetenskap
Höstterminen 2021**

Titel	Våld i nära relation -En litteraturstudie om sjuksköterskans upplevelser av att bemöta utsatta kvinnor Intimate partner violence - A literature study on the nurse's experiences of responding to vulnerable women
Författare	Caroline Alexandersson Cassandra Vince
Handledare	Margaretha Herrman
Examinator	Kicki Klaeson
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2021
Antal sidor	20

Abstract

Background: One third of all women in the world are exposed to violence, it is a global public health problem. Violence in a close relationship can be problematic to detect because signs of violence can appear in several different ways. The nurse area of expertise has a significant role when it comes to identifying women exposed to violence in order to be able to promote health. The nurse's response can be a crucial part of whether the woman dares to talk about her exposure to violence.

Aim: The aim of the study was to describe the nurse's experiences of dealing with women who have been subjected to violence in a close relationship

Method: A literature study based on a qualitative method where eight articles were analyzed with Friberg's five-step model.

Results: The results of the literature study draw attention to factors that affect the nurse in the meeting with the woman exposed to violence in a close relationship. The results were divided into two main themes and five sub-themes

Conclusion: The meeting with the woman who is exposed to violence in a close relationship is experienced as complicated. Nurses need more knowledge, support and clear guidelines to feel confident in meeting the women. To be able to break preconceived notions and norms about violence in close relationships, a broader awareness in society is needed.

Keywords Caring, Experience, Intimate partner violence, Nurse and Women.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Målsättningen för detta examensarbete var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att bemöta kvinnor utsatta för våld i nära relation. Våld mot kvinnor är ett folkhälsoproblem och något som ökar, så mycket som en tredjedel av alla kvinnor i världen blir utsatta för våld. Kvinnor utsatta för våld söker sig till sjukvården med olika symtom som inte alltid direkt går att koppla till våld i nära relation. Här är sjuksköterskans kompetensområde omvårdnad viktig för att kunna upptäcka våldsutsatta kvinnor. I examensarbetets resultat uppmärksammas en känslomässig berg- och dalbana. En osäkerhet i mötet på grund av bristande kunskaper och erfarenheter av våld i när relation, samt en känsla av ensamhet då stödet från organisationen var bristfälligt. Att inte veta vart de skulle hänvisa kvinnorna skapade en rädsla för att våga ställa frågan om våld. Våld i nära relation upplevdes som tabu och den okunskap som fanns resulterade i att sjuksköterskorna hade en del fördomar om ämnet. Slutsatsen är att ämnet är komplicerat och ett etiskt dilemma.

Till detta examensarbete valdes en litteraturbaserad studie med grund i kvalitativ metod för att kunna beskriva sjuksköterskors upplevelser, detta resulterade i åtta vetenskapliga studier som kritiskt granskats och analyserats till en ny helhet. Nyckelfynd som påträffades skapade två huvudteman och fem underteman. Centrala begrepp som är relevanta för sjuksköterskans kompetensområde omvårdnad var hälsa och lidande. I diskussionsdelen i examensarbetet diskuteras samhällets medvetenhet kring ämnet våld i nära relation, lyfter även fram normer och social hållbar utveckling.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Globalt.....	1
Sverige.....	1
Våldets olika uttryck och konsekvenser.....	2
Våld i nära relation.....	2
Olika typer av våld.....	2
Normaliseringsprocessen	2
Konsekvenser av våldet.....	3
Sjuksköterskans ansvar och funktion	3
Kvinnans upplevelser av bemötandet från vården	4
Teoretiska utgångspunkter	5
Hälsa.....	5
Lidande.....	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Litteratursökning	7
Urval.....	7
Analys.....	8
Resultat.....	8
Faktorer som påverkade sjuksköterskans möjligheter att erbjuda hjälp.....	8
Känslan av att inte räkna till.....	8
Att inte stå ensam i situationen	9
Sjuksköterskans behov av utbildning och livserfarenhet	10
Den mänskliga faktorns påverkan på sjuksköterskan vid bemötandet.....	11
Den känslomässiga påverkan	11
Att ha förutfattade meningar	12
Diskussion	12
Resultatdiskussion.....	12
Faktorer som påverkade sjuksköterskans möjligheter att erbjuda hjälp.....	12
Den mänskliga faktorns påverkan på sjuksköterskan.....	15
Metoddiskussion.....	16
Slutsatser	18
Praktiska implikationer	18

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	19
Referenser.....	20

Bilagor

- I Tabell 1. Sökstrategi av systematisk artikelsökning
- II Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod
- III Tabell 2. Översikt av analyserad litteratur

Inledning

Under Metoo-rörelsen var det många människor världen över som började reflektera över hur män utsätter kvinnor för olika kränkande handlingar (Nordborg, 2019). Det resulterade i att fler kvinnor vågade träda fram och berätta sina historier om olika övergrepp de blivit utsatta för. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) (u.åa) belyser att en stor del av kvinnorna inte har de rätta redskapen för att våga berätta om övergreppen och våldet. De uppmärksammar vikten av vårdpersonalens roll i att våga ställa frågan om våld där en förhoppning är att kvinnan då vågar berätta.

Våld i nära relation är ett stort folkhälsoproblem både i samhället och globalt. Majoriteten som upplever våld i nära relation är kvinnor men även män kan utsättas för det (Socialstyrelsen, 2016). Kvinnokonventionen var en viktig startpunkt för att bidra till kvinnors rättigheter. Förenta nationernas generalförsamling antog konventionen 1979 och den har till ämne att avskaffa all diskriminering mot kvinnor (NCK, 2021a). Våld i nära relation är ett ämne som allt oftare uppmärksammas i tv och sociala medier. I den framtida rollen som sjuksköterskor vill författarna hjälpa våldsutsatta kvinnor på bästa sätt. Intresset för mer kunskap väcktes även under en kurs som berörde ämnet i sjuksköterskeutbildningen. Den här studien kommer belysa sjuksköterskors upplevelser av hur det är att bemöta kvinnor som drabbats av våld i en nära relation. Ökas kunskapen om ämnet hur sjuksköterskan kan identifiera våldet kan sjuksköterskan lindra lidandet och ge kvinnan verktyg för att kunna uppnå en bättre hälsa.

Bakgrund

Globalt

Våld mot kvinnor är ett vanligt folkhälsoproblem över hela världen och det visar sig att det är så mycket som en tredjedel av alla kvinnor i världen som är drabbade av våld i nära relation. Våld mot kvinnor påverkar kvinnors fysiska och psykiska hälsa på kort och lång sikt. Beräkningar visar att mellan 38% och 40% av alla mord på kvinnor i världen begås av deras partner (World Health Organisation [WHO], 2021). Förenta nationerna (FN) (2021) har nya globala mål med sikten på en hållbar utveckling, den går under namnet Agenda 2030. Ett av målen i agendan är att få ett slut på alla former av våld mot kvinnor och flickor. De vill uppnå jämlikhet mellan kvinnor och män där makt, resurser och inflytande ska vara jämnt fördelat. Det har visat sig att alla typer av våld och diskriminering mot kvinnor och flickor påverkar både den enskilda individen och samhället i stort.

Sverige

I Europa finns den europeiska konventionen den är till för att skydda de mänskliga rättigheterna. Allas rätt till liv, frihet och säkerhet, förbud mot tortyr, slaveri och diskriminering. Dessa stadgar har infogats i Sverige genom svensk lagstiftning. Istanbulkonventionen infördes i Sverige november 2014 och den syftar till att förbygga, lagföra och avskaffa våld mot kvinnor så väl som våld i hemmet (Johansson-Latham, 2019). Enligt brottsförebyggande rådet (2020) gjordes 36 300 anmälningar för misshandelsbrott där gärningsmannen varit bekant med offret varav 23 200 (63,9%) var mot kvinnor i Sverige under året 2020. Detta var en ökning med fyra procent från året innan. Det var 13 kvinnor som förlorade sitt liv efter att de utsatts för våld av en bekant. Den rådande Covid-19 pandemin som just nu är i vårt samhälle gör att familjer har blivit isolerade under en längre tid, vilket ökar risken för våld i hemmen. Samhällets kris skapar ekonomisk press och ångest som en bidragande faktor. Isoleringen kan göra att förövaren har mer kontroll och det gör även att våldet kan utvidgas (Jämställdhetsmyndigheten, 2021).

Kvinnor utsatta för våld har under lång tid sökt hjälp i sjukvården för sina somatiska besvär som kan ha ett samband med våldet. Symtom såsom huvudvärk eller långvarig smärta är vanligt. Det har varit problematiskt för kvinnorna att få god hjälp på grund av att sjukvården och vårdpersonal inte haft tillräckligt med rekommendationer eller riktlinjer när det kommer till frågan om våld i nära relation. Det kan bero på att ämnet våld i nära relation relativt nyligen etablerats som ett folkhälsoproblem i Sverige (Öhman m.fl., 2020). Med hjälp av kunskap går det att förebygga våld i nära relation men då krävs utbildning om ämnet. Det är först när berörda personer som sjuksköterskor har kunskap om ämnet de kan upptäcka och bemöta kvinnorna på ett adekvat sätt. Sjuksköterskan bör ha kunskap om olika kännetecken för våld, alla olika former av våld såväl som konsekvenserna brottsoffret blir lidande av (NCK, 2021b). Tidigare forskning visade att ytterligare kunskap var nödvändigt för sjuksköterskan i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Det många sjuksköterskor upplevde som komplicerat i studien var relationen och förhållningssättet till kvinnan (Di Giacomo m.fl., 2017). Examensbeskrivningarna i högskoleförordningen ändrades för många utbildningar i augusti 2017 av regeringen. Det innefattar yrken som eventuellt kommer i kontakt med kvinnor utsatta för våld i nära relation (NCK, 2021b). I sjuksköterskeutbildningen adderades därför ämnet från och med den första juli 2018 (SFS 1993:100, lagändring SFS 2017:857).

Våldets olika uttryck och konsekvenser

Våld i nära relation

Våld i nära relation är våld som utövas av någon som den utsatte har en relation till det är ofta en partner. Våldet sker oftast inomhus inom hemmets väggar. Våld i nära relation syftar till alla typer av våld inte bara det som sker i en parrelation mellan man och kvinna eller samkönade äktenskap. Utan även våld på barn eller våld mellan två i samma släkt exempelvis syskon (NCK, 2021c).

Olika typer av våld

Fysiskt våld kan uttryckas genom olika former som slag, knuffar, stryptag eller användning av olika vapen. Våldet kan medföra skador som är svåra att dölja dock är det vanligt att förövaren har detta i åtanke när hen utövar fysiskt våld. Sexuellt våld uttrycks genom att förövaren tvingar till sexuella handlingar mot offrets vilja. Det kan handla om beröring, våldtäkt, sexuell filmning eller fotografering. Psykiskt våld uttrycks genom att förövaren kränker offret vilket gör att självkänslan och självförtroendet succesivt bryts ner. Det kan vara handlingar så som verbala kränkningar, utpressning, isolering, skambeläggning och stalkning. Denna våldsutövning kan vara nog så påfrestande som fysiskt våld. Materiellt våld kan uttryckas genom förstörelse av materiella ting som betyder mycket för offret. Materiellt våld kan även riktas mot husdjur. Ekonomiskt våld uttrycks genom att förövaren tar kontroll över offrets ekonomi detta kan ske genom att förövaren begränsar tillgången på pengar. Exempel kan vara att förövaren tar lån i offrets namn, isolerar och inte tillåter offret att jobba (NCK, u,åb).

Normaliseringsprocessen

Det kan vara svårt att upptäcka våld i nära relation i hälso- och sjukvården. En bidragande orsak är att kvinnorna som utsätts för våld i nära relation inte själva har en insikt i vad de är utsatta för då våldet har normaliserats (Berglund & Witkowski, 2019). Lundgren (u.å) beskriver att våldet i en relation är något som gradvis ökar. Det kan börja med psykiskt våld med hotfulla blickar, elaka kommentarer och olika typer av kontroll där kvinnan isoleras successivt från sin familj och vänner. Det psykiska våldet kan leda till att våldsutövaren begår brottsliga handlingar med slag, sparkar, sexuella övergrepp och stryptag. Den gradvisa ökningen av våldet leder till

att kvinnans synsätt av vad som är rätt och fel förändras och resulterar i en acceptans av våldet. Till följd av att kvinnan ofta blir isolerad från sin omgivning finns det ingen som kan berätta för henne om de brott hon utsatts för. Med tiden blir kvinnan så nedbruten att hon ser sig förtjänt av de brott hon utsatts för, samt att det blir otänkbart att lämna relationen. Lundgren (u.å) utvecklar vidare att våldet blir slutligen en vardag där kvinnan nyanserar olika sätt att förklara varför våldet uppstår. Med anledning av att förövaren rättfärdigar sitt beteende skuldbelägger sig kvinnan de handlingarna som sker. För kvinnan handlar normaliseringsprocessen om överlevnadsstrategier, hon anpassar sig till mannen och hans kontrollbehov för att kunna hantera sin vardag. Människor kan normalisera farliga livsförhållanden för att kunna stå ut. Det finns ingen kvinna som vill bli slagen, kränkt eller hotad. Det är viktigt att sjuksköterskan besitter kunskap om det här vanliga tillståndet vid våld i nära relation, sjuksköterskan kan då förtydliga för kvinnan att det hon blir utsatt för inte är normalt i en parrelation.

Konsekvenser av våldet

Våld i nära relation drabbar inte bara den utsatta kvinnan och hennes familj. Våldet leder dessutom till samhällsekonomiska konsekvenser. Häger Glenngård m.fl. (2010) beräknade kostnaderna för våld i nära relation och mäns våld mot kvinnor där det framkom att det är dyrt inte bara för sjukvården utan för hela samhället i stort. Utifrån deras resultat kostade våldet samhället minst 2,5 miljarder kronor per år. Resultatet antydde på att ett tidigt lämpligt omhändertagande minskade lidandet för kvinnan vilket minskade kostnaderna för samhället.

Sjuksköterskans ansvar och funktion

Svensk sjuksköterskeförening (SSF) (2017a) har översatt en etisk kod till svenska förhållanden som International Council of Nurses (ICN) har fastställt. Detta är en kod som alla sjuksköterskor över hela världen arbetar utifrån för att skapa en enad front. Koden innefattar fyra ansvarsområden, inom omvårdnad som är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Vård skall ges oavsett vem patienten är på lika villkor, hudfärg, kön och ålder skall inte ha någon betydelse för hur vården bedrivs. En viktig del i sjuksköterskans profession är att göra patienten delaktig i den egna vården med tillräcklig individanpassad information för att patienten kan ge ett värdigt samtycke.

Sjuksköterskor behöver även kunna arbeta i samverkan med andra yrkeskategorier i ett team. Denna samverkan nämns som en specifik kärnkompetens, samverkan i team. Genom att arbeta tillsammans kan olika kompetenser slås samman och därigenom ökar säkerheten och kvaliteten på vården (SFF, 2017b). Definitionen av personcentrerad vård är att sjuksköterskan bör se individen bakom sin sjukdom. Ta hänsyn till individens upplevelser och uppfattningar om sin verklighet av ohälsa och sjukdom och med detta som utgångspunkt främja hälsa för individen. Sjuksköterskan bör stödja och försvara individen som på något sätt utsätts för ohälsa och sjukdom. Det är bra om det finns en gemensam respekt för varandras expertis (SSF, 2020a). Eriksson (2018) förklarar att vårdprocessen är en viktig del i vårdandet, samspelet mellan patienten och sjuksköterskan är kärnan i denna process. Forsberg (2016) beskriver för att räknas som en akademisk yrkesutövare krävs mod, vilket handlar om att ta sitt ansvar och våga göra något för att inte överge patienten. Alla människor inklusive de som arbetar inom vården vill inte göra något de inte är bekväma med, men för sjuksköterskan handlar det om att utifrån vetenskaplig kunskap och professionens koder arbeta för patienterna.

Sjuksköterskan har lagar och riktlinjer som styr arbetet för att kunna bidra till bättre hälsa för kvinnan. Det finns även lagar i Brottsbalken (SFS 1962:700) som kan vara bra för sjuksköterskan att ha kännedom om för att kunna bistå klarhet för kvinnan att det är ett brott hon utsatts för om våldet normaliserats för henne. I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) finns

det allmänna skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal där patienten ska få en noggrann och professionell vård som sjukvårdspersonalen genomför med vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskan har ett stort ansvar att förebygga och identifiera våldsutsatthet som kan vara en bidragande faktor till det problem individen har med sin hälsa (Berglund & Witkowski, 2019). Öhman m.fl. (2020) upplyser att hälso- och sjukvårdslagen inte består av bestämmelser om våld specifikt. Sjukvårdslagstiftningen har aldrig haft som ändamål att diskutera våldsutsatta kvinnors behov, men sjuksköterskan har ändå en viktig del i sin profession som syns tydligt i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) där målet är att hela populationen ska ha en god hälsa och vård på lika villkor. Vården som hälso- och sjukvård erbjuder ska göras med omsorg för människors lika värde samt den enskilda individens värdighet. Hälso- och sjukvården har en skyldighet att förebygga ohälsa.

Att ställa frågan

För att upptäcka våldet bör frågor om våld i nära relation ställas, både vid misstanke om våld och på rutin. Upptäcks inte våldet och grundorsaken till att kvinnan upplever ohälsa kommer hon fortsätta att söka vård. Det är viktigt med ett respektfullt bemötande och att se helheten när frågor om våld ställs. Information till kvinnan om vilket stöd som finns kan motivera henne till att berätta. Öppna frågor och följdfrågor på det hon berättat gör att samtalet blir mer personcentrerat. Kvinnor utsatta för våld kan ha svårt att ta till sig information relaterat till stress då kan enkel information stegvis vara bra (Socialstyrelsen, 2021). Genom att fråga visar sjuksköterskan även att våldsutsatthet är ett folkhälsoproblem som samhället inte skall acceptera, att hjälp finns att få. Sjuksköterskans fråga kan också bidra till att den utsatta börjar reflektera och förstå sin situation och senare väljer att berätta (NCK, 2010).

För att underlätta samtalet om ämnet våld i nära relation informerar Socialstyrelsen (2021) att struktur i mötet är fördelaktigt. Det görs med hjälp av ett frågeformulär som patienten svarar på, vilket kan resultera i att risken för ledande frågor minskar. Detta frågeformulär kan sen användas som utgångspunkt för det fortsatta samtalet, vilket gör att mötet blir mer strukturerat. Socialstyrelsen (2021) rekommenderar i nuläget att frågan bör ställas i mödravården, barnhälsovården och inom psykiatri. I Västra Götalandsregionen finns nyttillkomna riktlinjer för när frågan bör ställas även på vårdcentraler och rehabiliteringsmottagningar. Frågan skall ställas om en kvinna varit sjukskriven mer än fyra veckor, haft diffus eller långvarig smärta, sökt för psykisk ohälsa, skador och trauman eller om hon sökt vård mycket under en period. All personal inom hälso- och sjukvården skall dessutom fått genomgå en grundutbildning i ämnet.

Kvinnans upplevelser av bemötandet från vården

Tidigare forskning beskrev att de utsatta kvinnorna saknade stöd och empati från vårdpersonalen. De upplevde att de inte blev tagna på allvar och tog upp onödig tid från sjuksköterskorna. I stället för att bli tröstade och hjälpta blev de skuldbelagda (Pratt-Eriksson m.fl., 2014; Wendt & Enander, 2013). Det beskrevs att personalen bara ställde slentrianmässiga frågor och ytliga frågor om våld som om de inte ville ha ett avslöjande. Att de trots misstänksamhet undvek att uppmärksamma kvinnans problem och inte vidtog några åtgärder. De förbisåg orsaken till kvinnans symtom och behandlade bara symtomen utan att veta vart den eventuellt kom ifrån. Besvikelse över att inte bli sedda och lyssnade på även löften som bröts från personalen kändes som ett svek. Ytterligare negativa erfarenheter som framkom var att personalen visade tydligt att de hade ont om tid och att det fanns en brist kring sekretessen. De som kände positiva känslor beskrev vårdpersonalen som stöttande, att de fick bra och nyttig kunskap som tydliggjorde kvinnans situation. De beskrev också att de uppskattade när sjuksköterskan använde sina egna livserfarenheter. Vårdpersonalens agerande resulterade i att

kvinnorna stärkte sin självkänsla. Personal som lyssnade på kvinnorna och visade respekt och beaktade sekretessen gjorde kvinnorna tryggare i mötet (Wendt & Enander, 2013).

Socialstyrelsen (2021) beskriver om kvinnan skall öppna upp sig och våga berätta sin historia är det viktigt att hon känner sig sedd och får ett förtroende för vårdpersonalen. För att mötet skall kännas bra bör sjuksköterskan visa respekt, empati och förståelse. Ett bemötande där kvinnans känslor av skam och skuld minskas ses som betydande för om hon kommer våga berätta om sin utsatthet.

Teoretiska utgångspunkter

Hälsa

Hälsa är ett vårdvetenskapligt kärnbegrepp som utgår från ett humanvetenskapligt perspektiv. Hälsa som begrepp betyder helhet och helighet. Hälsa finns inne i människor och valen och livet präglar hur hälsan uttrycker sig. Hälsa visas via känslor, attityder, handlande och prestationer (Wärnå-Furu, 2017). Eriksson (2018) beskriver att hälsa inte behöver infinna sig vid frånvarande av en sjukdom, att hälsa är en harmonisering mellan sundhet, friskhet och välbefinnande. En människa kan känna ett välbefinnande trots sjukdom. Hälsan innefattar hela människan som helhet, kropp, själ och ande. Hälsan är något som förändras hela tiden, pendlar mellan varande och icke-varande. Sjuksköterskan kan inte ge hälsa till patienten, men hon kan stödja patienten att vara i hälsan och främja hälsan att den bevaras genom att skapa förutsättningar och möjligheter till god hälsa.

Travelbee (1971) menar att alla människor är unika och uppfattar sin hälsa olika och hon beskriver att hälsa utgår från den enskilda personens fysiska, känslomässiga och andliga tillstånd. Sjuksköterskan bör därför göra en enskild bedömning utifrån varje individ. Hon beskriver att mötet och kommunikationen är det viktigaste för att skapa en god mellanmännisklig relation. För att en sjuksköterska skall kunna skapa denna relation krävs inte bara interaktionen utan att tid avsätts och att ett personligt engagemang hos sjuksköterskan finns. Hon menar att sjuksköterskan kan använda sig själv terapeutiskt med hjälp av sin personlighet i syfte att skapa ett bra samspel med patienten. Detta för att kunna se patientens unika behov, förbises detta finns det en risk att sjuksköterskan utför sin omvårdnad utifrån tidigare erfarenheter. Travelbee (1971) förklarar vidare att det finns fem olika faser som kan bidra till att en god mellanmännisklig relation skapas. Första fasen handlar om egna värderingar och förutfattade meningar och belyser vikten av att inte detta skall komma i vägen för etableringen av relationen. Andra fasen betonar att både patientens och sjuksköterskans identiteter växer fram och att de lär känna varandra. Tredje fasen handlar om empati och sjuksköterskans förmåga att förstå och sätta sig in i patientens upplevelser. Fjärde fasen handlar om sympati och beskrivs som ett medlidande där sjuksköterskan känner med patienten och en vilja att hjälpa skapas. Femte och sista fasen handlar om en ömsesidig förståelse och kontakt mellan sjuksköterskan och patienten detta steg bidrar till att relationen stärks och upplevs som meningsfull. Enligt NCK (2014) har våld i nära relation stora negativa effekter på hälsan. Kvinnor som blivit utsatta uppgav i större utsträckning symtom på ohälsa.

Lidande

En av sjuksköterskors främsta uppgifter är att lindra lidandet för patienten, detta är ett av de främsta målen för alla verksamheter inom vården. Verbet att lida betyder att genomleva, betydelsen av lidandet är ett substantiv och har med den mänskliga upplevelsen att göra (Arman, 2017). Eriksson (2015) beskriver sin teori om "den lidande människan" som att varje

lidande är unikt och helt individuellt. Hon beskriver att det finns tre olika typer av lidande som förekommer i vården. Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande där sjukdomen eller dess behandling i sig är relaterat till lidandet. Det kan vara både kroppsligt lidande det som förstås av det fysiska eller själsligt och andligt. Orsaker som kan ha påverkat andliga och själsliga sjukdomslidande kan ha med skam, skuld eller förnedring att göra. Patienten kan ha påverkats av sin omgivning eller sättet att bli bemött av från samhället eller vårdpersonalen. Eriksson (1994) beskriver vårdlidandet som det onödiga lidandet som vården omedvetet skapar genom att kränka individens värdighet, utföra maktutövning, fördöma, straffa eller inte ge den vård som patienten behöver. Vårdlidande kan påverkas utifrån sjuksköterskans attityder och kan handla om att sjuksköterskan nonchalerar patienten eller bryter mot etiska förhållningssätt. Maktutövning genom att låta behövd vård utebli, detta kan handla om medveten vanvård. Det kan också bero på slarv eller okunskap av att urskilja och bedöma vilka behov patienter har. Eriksson (2015) beskriver livslidande som att patientens existens kan vara hotad och då behöver finna en ny mening med livet efter att ha blivit utsatt för en livsomvälvande förändring. Känslor som att inte ha en uppgift i livet eller inte känna sig behövd kan förekomma. Enligt Socialstyrelsen (2021) kan sjuksköterskans tidiga upptäckt och insatser lindra lidandet för de kvinnor som utsatts för våld. De förklarar att detta inte bara är positivt för kvinnorna utan för hela samhället.

Problemformulering

Kvinnor är särskilt utsatta för våld i nära relation, detta problem ökar inte bara i Sverige utan också globalt. För att sjuksköterskan ska kunna hjälpa utsatta kvinnor finns det behov av mer kunskap för att uppmärksamma tecken på våld. Tidigare forskning visar att sjuksköterskans uppgift att identifiera utsatta kvinnor är viktigt och att det behövs mer kunskap när det kommer till förhållningssättet och relationen till kvinnan. I och med att en av tre kvinnor upplever våld i världen är sannolikheten stor att allmänsjuksköterskan kommer möta henne i sitt arbete. De utsatta kvinnorna kan söka vård för somatiska besvär. Komplexiteten av att förövaren är någon som står kvinnan nära gör problematiken om än svårare, hot och kontroll kan påverka kvinnan att våga ta emot den hjälp hon behöver. Känslor som skam och skuld kan få henne att inte våga bryta upp och lämna förövaren. Även om det nu i Sverige införts mer rutiner i vården för att upptäcka våld i nära relation genom att exempelvis ställa rutinfrågor, är det fortfarande ett stort problem som behöver utvecklas vidare. Upptäcks inte våldet kan detta orsaka stort lidande för kvinnorna som i sin tur kan leda till sjukskrivningar och arbetslöshet som då leder till ekonomiska konsekvenser för samhället i stort. Corona pandemin 2020 ledde till att fler arbetade hemifrån och isolerades mer i sina hem, vilket kan ha resulterat i att fler utsatts för våld i nära relation. För att sjuksköterskan ska våga ställa frågan krävs rätt kompetens. Rätt bemötande kan vara avgörande för att kvinnorna som utsätts vågar öppna upp sig. Kunskapen om vad som är rätt bemötande och forskning på hur sjuksköterskor upplever mötet saknas fortfarande.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att bemöta kvinnor som utsatts för våld i nära relation.

Metod

En litteraturstudie valdes som metod för att besvara syftet. Litteraturstudie är lämplig för att rekonstruera teoretiska forskningsresultat till ett empiriskt omvårdnadsarbete. Genom att sammanställa tidigare kvalitativa forskningsstudier med samma fenomen går det att beskriva kunskapsläget inom det valda området (Friberg, 2017). För att kunna beskriva och förstå

människans upplevelser och erfarenheter är en kvalitativ metod relevant enligt Willman m.fl. (2016).

Litteratursökning

Litteratursökningen inleddes med en inledande sökning i Cinahl för att upptäcka relevanta ord samt få en överblick av den forskning som fanns om det valda fenomenet våld i nära relation. Ämnesord som "intimate partner violence" uppkom ofta i sökningarna. För att kunna gå vidare till den egentliga sökningen är enligt Östlund (2017) av stor vikt att få tillräckligt mycket bakgrundsfakta om det valda ämnet. Nästa steg i litteratursökningen är en mer noggrann litteratursökning som Östlund (2017) benämner som den egentliga sökningen. I den egentliga sökningen användes databaserna PubMed, Cinahl och PsycInfo. Databasen PubMed innefattar i första hand medicinskt inriktade artiklar, men även omvårdnadsrelaterade artiklar, Cinahl är inriktad inom omvårdnadsvetenskap. PsycInfo innehåller artiklar riktad till det psykologiska området (Willman m.fl., 2016).

Under litteratursökningen användes Karolinska institutets (2021) sökord för upplevelsebegrepp där det förekom sökord till PubMed och Cinahl, sökorden användes i samtliga databaser. Sökorden relaterat till sjuksköterskan var "*nurs* attitude**", "*nurs* experience**", "*nurs* perception**" och "*nurs* job experience**". Sökord som har samband till våld i nära relation var "*intimate partner violence*", "*violence against woman*", "*battered woman*", "*spouse abuse*" och "*partner abuse*". Trunkering (*) och citattecken användes i samtliga sökningar, i PubMed sker trunkering automatiskt. Med trunkering blir sökningen bredare, databasen söker efter ordet med fler ordslut enligt Willman m.fl. (2016). De beskriver även att sökordet nursing med olika konstellationer bör ingå i sökningar gällande omvårdnad. Där flera ord används i en sökning bör citattecken användas för att orden ska komma i rätt ordning (Willman m.fl., 2016). I den egentliga sökningen kombinerades sökord för att skapa sökblock med "OR" därefter avgränsades sökningen till ett mer specifikt område med "AND". Willman m.fl. (2016) belyser booleska söktekniker såsom OR, AND och NOT för att på ett effektivt sätt kunna kombinera sökorden i anslutning till varandra. Litteraturstudiens avgränsningar i samtliga databaser var Peer-Reviewed, kvinnor, vuxna och engelskspråkigt samt att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2011-2021. De egentliga sökningarna från PubMed, Cinahl och PsycInfo visas i bilaga I.

Urval

Efter samtliga avgränsningar blev det totalt från databaserna 170 artiklar. Utifrån om titeln svarade på syftet lästes 58 abstrakts, 20 av dessa svarade på syftet och lästes i sin helhet. 16 lästes noggrant med fokus på artiklarnas resultat varav 14 valdes för kvalitetsgranskning. Artiklarna granskades kritiskt, enligt granskningsmallen för kvalitativ metod konstruerad av Brink och Larsson (2019) se bilaga II. Slutligen återstod nio artiklar som svarade på examensarbetets syfte samt var av hög kvalitet. En manuell sökning genomfördes via artiklarnas referenslistor där en artikel var av intresse för examensarbetet. Willman m.fl. (2016) förmedlar att sökning i databaser bör kompletteras med manuella sökningar för det kan resultera i värdefulla artiklar relaterade till ämnet. Inklusionskriterierna för urvalet var att de skulle vara en kvalitativ metod med innehåll av sjuksköterskans upplevelser, vara av hög kvalitet samt handla om vuxna kvinnor utsatta för våld i nära relation. Exklusionskriterierna var de som inte uppfyllde inklusionskriterierna samt artiklarna med sämre kvalitet efter kvalitetsgranskning, totalt exkluderades fem artiklar då de inte uppfyllde inklusionskriterierna. Vid ett senare skede tillkom barnmorskor som ett exklusionskriterie vilket resulterade i att ytterligare två artiklar exkluderades. Enligt Friberg (2017) uppkommer inklusions- och exklusionskriterier beroende

på vilket syfte och problemformulering ett examensarbete har. Efter urvalet återstod åtta artiklar till analysen.

Analys

Utifrån Fribergs femstegsmodell analyserades de valda artiklarnas resultat (Friberg, 2017). Första steget i analysen var att läsa hela artiklarna för att få en känsla av vad de handlade om och för att tillsammans kontrollera att resultaten svarade på syftet. Resultaten lästes mer än en gång och reflekterades noggrant. Andra steget enligt Friberg (2017) är att identifiera nyckelfynd som är beskrivningar som författaren åsyftar. Detta gjordes genom att författarna sammanställde resultaten i ett nytt dokument där resultatens nyckelfynd som svarade på syftet diskuterades och färgmarkerades. I det tredje steget sammanställdes alla resultat i tabell 2 (Bilaga III) för att få en bättre översikt. I det fjärde och näst sista steget sammanställdes alla nyckelfynd som svarade på syftet och en meningskondensering gjordes för att lättare se vilka nyckelfynd som liknade varandra. Detta steg ledde till att nyckelfynden fick en gemensam kod som diskuterades och en kategorisering växte fram mot underteman och slutligen huvudteman. Den analysen gjordes flera gånger då dessa teman inte kändes självklara till en början. Det sista steget resulterade i två huvudteman och fem underteman.

Resultat

Utifrån syftet som var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bemöta kvinnor som utsatts för våld i nära relation uppkom två huvudteman och fem underteman (se Tabell 3).

Tabell 3. Översikt av huvudteman och underteman.

Huvudteman	Underteman
Faktorer som påverkade sjuksköterskans möjligheter att erbjuda hjälp	Känslan av att inte räkna till Att inte stå ensam i situationen Sjuksköterskans behov av utbildning och livserfarenhet
Den mänskliga faktorns påverkan på sjuksköterskan	Den känslomässiga påverkan Att ha förutfattade meningar

Faktorer som påverkade sjuksköterskans möjligheter att erbjuda hjälp

I första temat framkom faktorer som påverkade sjuksköterskans möjligheter att erbjuda hjälp, vilket beskrevs som sjuksköterskans upplevelser av vilka faktorer som påverkade arbetet kring våld i nära relation. Nedan presenteras de tre underteman; *Känslan av att inte räkna till*, *Att inte stå ensam i situationen* och *Sjuksköterskans behov av utbildningen och livserfarenhet*.

Känslan av att inte räkna till

Tiden för känslomässigt stöd till kvinnorna var begränsad, vilket upplevdes som problematiskt för sjuksköterskan i sitt arbete med våldsutsatta kvinnor (Beynon m.fl., 2012; Sundborg m.fl., 2017; Al-Natour m.fl., 2016). Bristen på tid ansågs vara ett hinder för att fråga om våld i nära relation med en rädsla för att frågan skulle leda till ett avslöjande om våld. Detta i sin tur skulle kunna ta upp sjuksköterskornas redan begränsade tid och göra så att andra arbetsuppgifter blev lidande, detta orsakade stress för sjuksköterskorna (Sundborg m.fl., 2017; Anderzén-Carlsson m.fl., 2021; Beynon m.fl., 2012). En sjuksköterska beskrev att hon upplevde att hon inte gjort allt som krävdes för att hantera våldsutsatthet på ett adekvat sätt relaterat till den hektiska

arbetsplatsen hon arbetade på och förklarade att för att kunna ställa frågan behövdes tid för att lyssna och ta itu med kvinnas utsatthet (Beynon m.fl., 2012).

Sjuksköterskor upplevde att screening för våld i nära relation inte hörde till deras arbetsuppgifter och att tiden för screening var begränsad. Sjuksköterskorna prioriterade den medicinska vården i stället för att vara ett psykologiskt stöd för kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation. De beskrev att det var omvårdnad som var deras ansvar och att andra yrkesgrupper fick ta hand om våld i nära relation (Al-Natour m.fl., 2016). Rutinscreening sågs i flera av studierna som ett bra hjälpmedel för att få känslan av att räcka till genom att de vågade ställa frågor om våld och ett lättare sätt att få in frågorna i alla möten för att på så sätt upptäcka våldet. Flera av sjuksköterskorna beskrev att de tyckte om att arbeta på detta sätt med strukturerade instrument för att ta upp ämnet om våld i nära relation. Det varierade i vilken utsträckning som screening genomfördes, men de som hade rutin kring ämnet uppskattade det (Beynon m.fl., 2012; Anderzén-Carlsson m.fl., 2018).

Att inte stå ensam i situationen

Ett stöd från organisationen var betydelsefullt för sjuksköterskan i arbetet med kvinnor utsatta för våld i nära relation. Sjuksköterskor beskrev att det underlättade om de visste vart de kunde rådfråga om hjälp och finna stöd från olika instanser eller kollegor (Anderzén-Carlsson m.fl., 2021; Beynon m.fl., 2012; Sundborg m.fl., 2017). Tydliga formella riktlinjer om hur arbetet skulle gå till och mallar för eventuell screening var också bidragande faktorer som underlättade deras arbete. Detta upplevde även de sjuksköterskor som var bekväma och erfarna av att fråga. De beskrev att ett tydligt enhetligt arbetssätt kunde bidra till att alla arbetade på samma sätt och att frågor om våld i nära relation skulle ske på ett korrekt och ändamålsenligt sätt. De uttryckte att detta skapade bra förutsättningar för att ge en god vård (Sundborg m.fl., 2017).

Samarbetet mellan olika yrkesverksamheter sågs som en bidragande faktor som underlättade arbetet. De sjuksköterskor som hade kontor i närheten av exempelvis socialtjänsten upplevde ett mer lätthanterligt och mer professionellt resultat av arbetet kring den våldsutsatta. En barnsjuksköterska beskrev ett hinder av att det inte fanns någon samverkan med socialtjänsten under ett pågående fall efter upptäckt av våld i nära relation. Barnsjuksköterskan fick inte reda på någon information eller de åtgärder som sattes in efter att socialtjänsten tagit över fallet trots att barnsjuksköterskan fortfarande träffade mamman och barnet (Anderzén-Carlsson m.fl., 2021). Professionellt stöd för sjuksköterskorna i form av psykolog var till lika en faktor som underlättade i sjuksköterskans arbete. Fanns detta stöd från organisationen upplevde sjuksköterskorna att det var lättare att handskas med problematiska känslor som stundtals uppkom i mötet med den våldsutsatta kvinnan (Beynon m.fl., 2012; Sundborg m.fl., 2017). Sjuksköterskor beskrev att riktlinjer hade implementerats men att rutiner saknades kring uppföljningen om de fått ett positivt svar. Med positivt svar menades om kvinnan erkände sin utsatthet av våld i nära relation. Vetskapen av att de inte visste vart de skulle hänvisa kvinnan, samt att de inte fick remittera kvinnan vidare upplevdes som frustrerande. Det fick sjuksköterskorna att känna sig otillräckliga och utestängda från processen (Van Der Wath m.fl., 2019; Anderzén-Carlsson m.fl., 2021).

Sjuksköterskor beskrev att när stöd från organisationen inte fanns var de även rädda för sin egen säkerhet för att själva bli utsatta för kvinnans förövare. Sjuksköterskorna upplevde att ett hinder i deras arbete var att kvinnojourerna ofta var fulla, vilket resulterade i att kvinnan istället hamnade i en opassande miljö på ett vandrarhem eller hotell utan skydd. Sjuksköterskorna upplevde även frustration när kvinnor inte fick någon hjälp ekonomiskt från samhället som då ledde till att de gick tillbaka till förövaren (Anderzén-Carlsson m.fl., 2021). Sjuksköterskor

redogjorde för ett specifikt hinder i deras arbete nämligen att de våldsutsatta kvinnorna ofta klagade på hur de tidigare blivit bemötta av vården. Detta upplevde sjuksköterskorna berodde på bristen av stöd från organisationen och resulterade i att sjuksköterskorna var rädda för att bli anmälda. De beskrev även en känsla av oro över samhällets låga medvetenhet kring våld i nära relation och menade att detta var ett hinder för att nå de drabbade kvinnorna. Sjuksköterskor hade en önskan om att samhället skulle kunna hjälpa till att bryta normaliseringen hos de utsatta kvinnorna. Detta med hjälp av annonser och reklam för att få den utsatta att förstå att det inte var hennes fel, att detta skulle kunna hjälpa sjuksköterskan i arbetet (Beynon m.fl., 2012).

Bristen på integritet och utrymme beskrevs i flera studier där möjligheten att vara ensam med kvinnan var ett hinder för att ställa frågor om våld i nära relation. Det innefattade familjemedlemmar, andra patienter, partnernärvaro eller att arbetsmiljön inte var gynnsam för att ställa frågan om våld. Att den våldsamma partnern var med på besöket sågs som en stor utmaning och sjuksköterskorna beskrev att de kände sig exponerade i sin yrkesroll (Beynon m.fl., 2012; Anderzén-Carlsson m.fl., 2021).

Sjuksköterskans behov av utbildning och livserfarenhet

Flera sjuksköterskor upplevde att de inte hade tillräcklig kunskap för att hantera mötet med kvinnor utsatta för våld (Beynon m.fl., 2012; Wyatt m.fl., 2019; Al-Natour m.fl., 2016; Anderzén-Carlsson m.fl., 2018). Behovet av ytterligare kunskap för att hantera ämnet beskrevs. Att veta när, hur och på vilket sätt frågan skulle ställas för att inte kränka kvinnan var något som efterfrågades av flera sjuksköterskor (Beynon m.fl., 2012; Al-Natour m.fl., 2016). De ifrågasatte också om det verkligen var deras uppgift att ta hand om detta problem. Vissa sjuksköterskor beskrev att eftersom utbildning kring screening saknades avstod de från att fråga kvinnor om de utsatts för våld i nära relation med risken för att inte bära ansvaret och bli av med sitt jobb då behörigheten saknades (Al-Natour m.fl., 2016). Det framkom att sjuksköterskor upplevde att grundutbildningen inte gav tillräckligt med kunskap kring våld i nära relation. Sjuksköterskorna upplevde det som överväldigande när de kom ut i verkligheten och arbetet inte fungerade på samma sätt som de läst om i teorin. Trots sina upplevelser av en bristande kunskap beskrev sjuksköterskorna att de hade en instinktiv förmåga när det kom till screening och att de visste när de skulle screena eller inte (Wyatt m.fl., 2019). Sjuksköterskorna beskrev att ökad kunskap inom området våld i nära relation ökade deras benägenhet att hantera dessa situationer. Dessutom med ytterligare kunskap och utbildning blev spridningseffekten där de arbetade större då kunskapen vandrade vidare via sjuksköterskorna till resten av arbetsplatsen. Vetskapen att vem som helst kan drabbas av våld i nära relation var också en viktig aspekt som sjuksköterskor lyfte (Anderzén-Carlsson m.fl., 2018). Viljan att lära sig om ämnet var stort och sjuksköterskorna beskrev att de såg utbildning som en facilitet och en underlättade faktorer för sitt arbete med utsatta kvinnor (Beynon m.fl., 2012; Anderzén-Carlsson m.fl., 2021).

Sjuksköterskor beskrev att erfarenheterna de fått av att träffa kvinnor som utsattes för våld i nära relation gjorde att deras självsäkerhet ökade vid bemötandet. När tillräckligt med kunskap för att underlätta frågan om våld i nära relation hade erhållits minskade tveksamheterna av att våga fråga (Anderzén-Carlsson m.fl., 2021). Att fråga upplevdes som ett viktigt argument och genom att fråga kunde våldet upptäckas, men det kunde också informera om vart de kunde söka hjälp om de inte var redo att berätta (Van Der Wath m.fl., 2019; Anderzén-Carlsson m.fl., 2018). Faktorer som minskade tvekan om att fråga var att sjuksköterskorna kunde känna igen tecken på våld. Denna erfarenhet ansågs vara viktig, sjuksköterskor beskrev att om kvinnan inte gav ett positivt svar på frågan var det avgörande att kunna se tecken på våld om sjuksköterskan skulle våga fråga igen (Sundborg m.fl., 2017). Erfarenhet av att känna sig bekväm gjorde också att sjuksköterskor oftare frågade om utsatthet (Anderzén-Carlsson m.fl., 2018).

En annan viktig faktor som framkom var att relationen mellan patienten och sjuksköterskan var av hög relevans. Genom att relationen byggdes fram kände sjuksköterskorna sig mer säkra på att fråga och tecken kunde då lättare identifieras. Några av sjuksköterskorna beskrev relationen som avgörande för att ens ställa frågan om våld. Vissa sjuksköterskor beskrev att det inte var lämpligt att ta upp ämnet om våld i nära relation under första mötet då inte relationen ännu etablerats (Sundborg m.fl., 2017). Det fanns en rädsla hos sjuksköterskorna att förstöra relationen till kvinnan om frågan om våld ställdes och de beskrev också att rädslan minskade desto mer erfarenhet de fick (Anderzén-Carlsson m.fl., 2021). Ytterligare beskrevs att sjuksköterskornas egna livserfarenheter kunde underlätta vid frågandet om våld i nära relation och förbättra arbetet kring ämnet (Beynon m.fl., 2012; Sundborg m.fl., 2017). Van Der Wath m.fl. (2019) beskrev utifrån sjuksköterskors erfarenheter att det var bra att ha en förtroendefull relation till kvinnan. Förtroendet stärktes genom att sjuksköterskan bidrog med ett moraliskt stöd utan att beskylla eller vara dömande i sitt bemötande. Anderzén-Carlsson m.fl. (2018) beskrev att erfarenheten att ställa frågan om våld upplevdes inte som problematisk utan det var hanteringen av ett eventuellt positivt svar som var en större utmaning.

Den mänskliga faktorns påverkan på sjuksköterskan vid bemötandet

I andra temat den mänskliga faktorns påverkan på sjuksköterskan vid bemötandet, beskrevs sjuksköterskans upplevelser av vilka mänskliga faktorer som påverkade sjuksköterskan vid bemötandet. Nedan presenteras två underteman; *Den känslomässiga påverkan, och att ha förutfattade meningar.*

Den känslomässiga påverkan

Bevittnandet av ären och att se det lidandet kvinnorna utsattes för skapade många känslor hos sjuksköterskan (Anderzén-Carlsson m.fl., 2021; Sundborg m.fl., 2017; Van Der Wath m.fl., 2013). Anderzén-Carlsson m.fl. (2021) beskrev att sjuksköterskor inte var beredda på känslorna som framkallades och de hade dessutom svårt att släppa känslorna efter arbetsdagen. Medvetenheten om att en annan människas liv var i fara gav en känsla som påverkade sjuksköterskorna negativt under lång tid. Sundborg m.fl. (2017) beskrev att sjuksköterskor valde att inte fråga om våld i nära relation relaterat till vilka känslor som kunde uppstå. Att bli för djupt involverad beskrevs som skrämmande och oroande att det då ansågs bättre att avstå frågan.

Sjuksköterskors upplevda känslor som kunde uppkomma i samband med upptäckten av våld, känslor som depression, sorg, rädsla, chock, sympati och ilska. Sjuksköterskor beskrev att när de hjälpte kvinnor skapades en känsla av lättnad som hjälpte sjuksköterskan att hantera de svåra känslorna som kunde uppkomma i mötet med kvinnan (Van Der Wath m.fl., 2013; Anderzén-Carlsson m.fl., 2018; Al-Natour m.fl. 2016). Oavsett om kvinnorna berättade om sin utsatthet eller inte efter att de ställt frågan om våld var sjuksköterskorna nöjda över sitt arbete (Al-Natour m.fl., 2016).

Vetskapen om att våld i nära relation kunde finnas i vilken familj som helst orsakade en känslomässig turbulens för några av sjuksköterskorna (Anderzén-Carlsson m.fl., 2018). En sjuksköterska beskrev att det lika gärna kunde varit hon som varit offer för våld i nära relation. Hon menade att bara den vetskapen gjorde att hon började reflektera över sina egna relationer (Van Der Wath m.fl., 2019). Sjuksköterskor som inte screenade eller frågade om våld i nära relationer vid misstanke om utsatthet kände sig otillräckliga, förtvivlade, arga, skyldiga och nedstämda (Al-Natour m.fl., 2016). Wyatt m.fl. (2019) beskrev att sjuksköterskor upplevde känslor som att vara obekvämt och en känsla av osäkerhet när det gällde att fråga om våld i nära

relationer, men att detta obehag lades åt sidan när det väl gällde. Van der Wath m.fl. (2013) rubricerar att sjuksköterskornas stressnivå och känslor av sorg för kvinnan minskade när den hjälp de hade gett verkligen gav effekt på den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskorna fick ett medlidande när de bevittnade en kvinnas utsatthet för våld i nära relation och när de såg henne i en sårbar och maktlös position. Wyatt m.fl. (2019) redogjorde för hur sjuksköterskors personliga engagemang kunde hjälpa till vid arbetet med våldsutsatta kvinnor, hur intresset för ämnet gjorde att känslan av självsäkerhet för att ställa frågan ökade. Van Der Wath m.fl. (2019) beskrev att sjuksköterskor som kände sig bekväma med att ställa frågor om våld i nära relation upplevde att det förenklade arbetet med den våldsutsatta kvinnan. Beynon m.fl. (2012) beskrev att sjuksköterskor kände en frustration av att inte kunna påverka kvinnan att lämna våldsutövaren. När kvinnan gick tillbaka gång på gång till våldsutövaren beskrevs det som svårt att förstå. En sjuksköterska beskrev att hon hjälpte en kvinna med sina synliga skador från våld i nära relation vid flera tillfällen och detta gjorde sjuksköterskan upprörd och att hon troligtvis skulle se kvinnan snart igen med nya skador.

Att ha förutfattade meningar

Sjuksköterskor upplevde det svårt att ställa frågan om våld till kvinnor med annan kulturell bakgrund. De hade en uppfattning om att våld i nära relation var mer acceptabelt i andra kulturer, vilket gjorde att de tvekade om att fråga (Sundborg m.fl., 2017; Beynon m.fl., 2012). Sjuksköterskorna upplevde att oavsett hur många gånger de frågade kvinnorna skulle de ändå inte erkänna att de blivit utsatta för vare sig fysiska eller psykiska övergrepp (Beynon m.fl., 2012). Att ställa frågan om våld i nära relation till äldre ansågs komplicerat, de upplevde att äldre kvinnors syn på våld i nära relation var annorlunda jämfört med yngre. Sjuksköterskorna tvekade även att ställa frågan om våld då de inte ville skämma ut kvinnorna, de antog att flertalet kvinnor kände skam över den våldsutsatthet de levde i (Sundborg m.fl., 2017). Sjuksköterskor berättade att våld i nära relation var tabu att tala om. Ämnet upplevdes som något hemligt och allmänt förbjudet att diskutera. De beskrev även att det inte var något de lärde sig under grundutbildningen eller på arbetsplatsen eftersom det ämnet är tabu och inte ska talas om (Wyatt m.fl., 2019). Manliga sjuksköterskor beskrev att det av kulturella skäl inte var lämpligt att ställa frågan om våld. Det förväntades inte heller att kvinnorna skulle erkänna att de var utsatta för våld, att de skulle tolerera våldet för sin egen och familjens rykte och värdighet (Al-Natour m.fl., 2016). Sjuksköterskor beskrev att de kände sig maktlösa att ingripa då våld i nära relation ansågs som ett personligt problem. Vissa sjuksköterskor beskrev att kvinnorna som är utsatta för våld i nära relation ses som starka utav samhället om hon stannar kvar i ett våldsamt förhållande. Detta gjorde att sjuksköterskorna upplevde stora begränsningar för att kunna hjälpa kvinnan (Van Der Wath m.fl., 2019).

Diskussion

Resultatdiskussion

En kvalitativ litteraturstudie har utförts för att kunna beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bemöta kvinnor som utsatts för våld i nära relation. De två teman som bildades i analysen var: *Faktorer som påverkade sjuksköterskans möjligheter att erbjuda hjälp och Den mänskliga faktorns påverkan på sjuksköterskan*. Dessa diskuteras mot litteraturstudiens bakgrund och valda begrepp. Centrala begrepp i diskussionen är hälsa och lidande.

Faktorer som påverkade sjuksköterskans möjligheter att erbjuda hjälp

En redan hög arbetsbelastning gjorde att flera av sjuksköterskorna i resultatet lyfte tidsbristen som en negativ faktor för att kunna ställa frågan om våld. Tiden för att kunna hantera ett

eventuellt positivt svar var begränsad. Sjuksköterskor ansåg att det var bättre att avstå från att ställa frågan om våld för att undvika ännu fler arbetsuppgifter. Vissa sjuksköterskor beskrev också att det inte ingick i deras ansvarsuppgifter att ställa frågan om våld. Detta diskuterades om hur sjuksköterskan borde vara medveten om vilken attityd hon förmedlade till kvinnan. Upplevdes det att tid inte fanns måste ändå ett professionellt förhållningssätt i mötet beaktas och kvinnan skulle inte märka att tiden var knapp. Detta kan kopplas till Eriksson (1994) hur attityder och kränkande behandling i form av att nonchalera patienten kunde skapa onödigt lidande i form av vårdlidande. Det ingår i sjuksköterskans profession att stödja och skydda kvinnor som utsatts för ohälsa (SSF, 2020). Det framkom att sjuksköterskorna prioriterade den medicinska vården istället för att vara ett psykologiskt stöd för kvinnor som utsattes för våld i nära relation. Detta betonar Pratt-Eriksson m.fl. (2014) i sin studie genom att beskriva kvinnornas upplevelser av att sjukvårdspersonalen bara behandlade den synliga skadan och inte den bakomliggande faktorn. Det kan tänkas ta längre tid att behandla en psykisk skada än en fysisk skada. Detta med tanke på att en psykisk skada oftast kan vara mer komplex och osynlig vilket kan vara svårare att behandla tillskillnad från en fysisk skada som kan vara mer synlig. Det kan också antas att sjuksköterskorna ansåg att riktlinjerna för att behandla en fysisk skada var tydligare än riktlinjerna för en psykisk skada. En utav sjuksköterskans kompetensområden handlar om att främja patienters hälsa. Detta står även i hälso- och sjukvårdslagen där sjuksköterskor har en skyldighet att förebygga ohälsa (SFS: 2017:30). För att kunna främja hälsa krävs det att sjuksköterskan har ett holistiskt perspektiv menar Eriksson (1994). Utifrån detta perspektiv anser författarna att behandling av bara den fysiska skadan inte kommer att läka människan i sin helhet. Detta bekräftas av Travelbees (1971) teori där hon beskriver att hälsan utgår i från patientens enskilda fysiska, känslomässiga och andliga tillstånd. Där alla tre delar beskrevs lika viktiga för att upprätthålla en god hälsa.

Ett bra stöd med tydliga riktlinjer och rutiner sågs i resultatet som betydelsefullt. Screeningsverktyg upplevdes som ett bra sätt att fråga. Oavsett om sjuksköterskan var van vid att fråga om våld i nära relation hjälpte screeningverktyg för att inte missa någon viktig fråga. Detta kan diskuteras om det även skulle kunna påverka sjuksköterskan positivt när det gällde tidsbristen. Fanns screening med i planeringen hade det kunnat bidra till reducerad stressnivå för sjuksköterskan. Socialstyrelsen (2021) beskriver att ett frågeformulär kan vara till hjälp under mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan för att få ett mer strukturerat samtal. I resultatet framkom det att sjuksköterskors samarbetade med olika yrkesverksamheter vilket gynnade arbetet för sjuksköterskan relaterat till den våldsutsatta kvinnan. När det inte fanns ett samarbete efter att socialtjänsten tagit över fallet kände sig sjuksköterskorna utestängda eftersom de inte fick reda på vilka åtgärder kvinnan hade fått. Detta kunde leda till att samspelet mellan sjuksköterskan och patienten påverkades. Eriksson (2018) beskriver att samspelet är en viktig del i vårdandet för att kunna uppnå en god hälsa. Fungerade inte samspelet kunde hela vårdprocessen bli lidande. Enligt SSF (2017b) ingår det i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att samverka i team. Sjuksköterskan är aldrig ensam, genom att föra en dialog med andra yrkesverksamma eller andra inom sjukvården kan deras olika kompetenser kompletteras och en god och säker vård kan då upprätthållas. Författarna anser att detta var en viktig variabel att ha i åtanke, genom att våga fråga kollegor och andra i professionen om hjälp ökas möjligheterna till att de utsatta kvinnornas hälsa blir bättre.

Sjuksköterskor upplevde frustration över att kvinnan trots hjälp ändå återvände till förövaren. Detta kunde anses vara brist på kunskap och förståelse för kvinnans situation. Kunskap och utbildning om normaliseringsprocessen och ämnet våld i nära relation skulle kunna leda till att frustrationen minskades. För att sjuksköterskan skulle kunna främja kvinnans hälsa och få

henne att uppleva en god livskvalitet kunde omvårdnaden tänkas riktas in på att få kvinnan att förstå sin situation. När hon förstod vad hon utsattes för kunde det tänkas bryta normaliseringsprocessen och vägen för en god hälsa kunde skapas. Trots att vetenskapen om att våld är ett brottsligt fenomen och något som är oacceptabelt att utöva, utsätts ändå så många som en av tre kvinnor globalt för våld i nära relation (WHO, 2021). Författarna ställde sig frågande till hur denna kunskapsnivå kunde vara så bristfällig. Ytterligare en fundering som uppkom från resultatet var att vissa sjuksköterskor kunde känna av vilka som var eller hade varit utsatta för våld trots att de upplevde en bristande kunskap om ämnet. Hur kan detta vara möjligt med brist på kunskap om ämnet. Författarna diskuterade att det inte alltid är bra att utgå från sin intuition för den kan ha fel, att det vore bättre att fråga alla kvinnor oavsett vilken intuition sjuksköterskan har. Travelbee (1971) menar att den mellanmännsliga relationen måste etableras för att de unika i varje människa skall vara i fokus gällande omvårdnaden. Det kan finnas en risk med att utgå från tidigare erfarenheter och sin intuition då det unika i varje enskild individ då lätt kan förbises.

Bemötandet upplevdes som svårt då sjuksköterskorna beskrev att de inte hade fått tillräckligt med utbildning när det gällde att kommunicera på ett adekvat sätt med den våldsutsatta. De upplevde också att kunskapen kring, vilka åtgärder som skulle implementeras var av bristande kvalitet. Detta bekräftades av en annan studie som beskrev att sjuksköterskan var i behov av kunskap för att gynna och underlätta bemötandet (Di Giacomo m.fl., 2017). Genom att öka sjuksköterskans självinsikt har SSF (2020b) skapat en pedagogisk modell som innebär att genom handledning kring omvårdnad skapa förutsättningar för att sjuksköterskor ska utvecklas och stärkas i sin yrkesroll. För att kunna ge en patientsäker omvårdnad är omvårdnadshandledning ett bra sätt. Detta diskuterades huruvida sjuksköterskor träffas i grupp och diskuterar kring utmanande uppgifter som sjuksköterskan ställs inför i mötet med våldsutsatta kvinnor. Detta skulle kunna leda till att sjuksköterskor får det enklare att hantera svåra dilemman, att de skulle kunna känna sig mindre ensamma i situationen och kunna få vägledning i hur de ska tolka sin intuition.

Sjuksköterskor ansåg om de hade kunskap skulle det förenkla deras arbete kring våld i nära relation. Nyutbildade sjuksköterskor upplevde att kunskapen de fått med sig från sin teoretiska grundutbildning inte överensstämde med praktiken i verkligheten. Kunskapen upplevdes också som otillräcklig. Detta liknade resultatet av en annan studie där det undersöktes hur god kunskap sjuksköterskor hade om ämnet våld i nära relation. Det framkom att endast 8,8% hade fått någon typ av undervisning om ämnet från sin grundutbildning (Alhalal m.fl., 2020). Nyligen infördes våld i nära relation och mäns våld mot kvinnor som ett nytt ämne i sjuksköterskeutbildningen i Sverige (SFS 2017:857). Detta anser författarna kan vara intressant att undersöka om det blivit någon förändring sedan detta infördes i svensk sjuksköterskeutbildning. Sjuksköterskornas erfarenheter och egna upplevda livserfarenheter om våld i nära relation sågs vara viktig för att identifiera våldet. Detta bekräftades utifrån tidigare forskning som beskrev genom att känna igen tecken tydliggjordes när frågan skulle ställas. Relationen mellan sjuksköterskan och kvinnan var betydelsefull. De sjuksköterskor som tidigare upptäckt våld hade en större benägenhet att göra det igen (Ben Natan m.fl., 2011; Eustace m.fl., 2016). Travelbee (1971) beskriver kommunikationen som sjuksköterskans viktigaste verktyg när det gäller att skapa bra mellanmännsliga relationer och beskriver att det är viktigt att sjuksköterskan har en förmåga att sätta sig in i patientens unika situation. Genom empati växer en sympati fram och kan detta åskådliggöras för patienten kan relationen mellan sjuksköterskan och patienten tänkas bli djupare. Förstår sjuksköterskan vilka problem, behov och upplevelser patienten har utvecklas en empati och en känsla av att vilja vara behjälplig kan då skapas hos sjuksköterskan. Att bygga en mellanmännslig relation beskrivs som tidskrävande

och det krävs att sjuksköterskan har ett personligt engagemang för att kunna se det unika i varje patient. Detta diskuterades kring huruvida tidsaspekten redan var begränsad, hur sjukvården idag är uppbyggd och vilka olika förutsättningar sjuksköterskor har i de olika organisationerna. Det diskuterades om en kontinuitet i vården skulle kunna vara en bidragande faktor till att få tid att hinna etablera denna relation och visa kvinnan sin empati och sympati. Frågan gällande våld i nära relation ställs mer frekvent inom mödravården och skulle detta kunna tänkas bero på att de har en kontinuitet och då hinner bygga denna relation med kvinnan så hon vågar berätta.

Författarna anser att samhällets medvetenhet kring våld i nära relation skulle kunna bidra till en hållbar utveckling. I resultatet beskrev sjuksköterskor att de kände oro för den okunskap som fanns i samhället, de menade att om ytterligare kunskap spreds skulle det kunna bidra till att fler kvinnor vågade berätta. Detta ansågs kunna gynna sjuksköterskan i sitt arbete med den våldsutsatta. Detta diskuterades om huruvida media har ett stort inflytande på hela samhället då det är den största informationskällan, vilket gör att människor hade kunnat ändra uppfattning och förhållningssätt. Det som publiceras i media skapar rubriker som gör människor engagerade, vilket i sin tur skulle kunna leda till att ämnet får ett större utrymme i samhället, medvetenheten ökar och tabun om ämnet kan då reduceras. Detta sågs tydligt under Metoo-rörelsen som spred sig brett över samhället med hjälp av media. Det sprids nu ett internationellt budskap kring ett tecken som kvinnan kan göra med sin hand om hon är utsatt för våld i nära relation som ett rop på hjälp. Logopedresurs (2021) hade delat en video på Facebook där det demonstrerades hur tecknet såg ut, handen rakt upp, invikt tumme och sedan med fingrarna över som slutligen bildade en knuten hand. Detta ansåg författarna till detta examensarbete kunde vara en bra vetskap för sjuksköterskor att känna till vid de tillfällen en kvinna inte kommer ensam till vårdmötet. Folkhälsomyndigheten (2018) beskrev deras arbete kring social hållbarhet som handlar om att arbeta för att skapa jämlik och god hälsa för hela samhället. Detta genom att förbättra livsvillkoren och livsmiljön för alla människor. Främjandet för hälsan är viktig då en god hälsa kan skapa förutsättning för samhällets utveckling framåt. Ett globalt mål ur Agenda 2030 för hållbar utveckling är att få alla typer av våld mot kvinnor och flickor att upphöra då det påverkar inte bara den enskilda individen utan även samhället i stort (FN, 2021). Lidandet påverkar kvinnans hälsa och kan utvecklas till sjukdom om det pågår under lång tid (Eriksson, 2015). Tidig upptäckt av våldet kunde bidra till att ett eventuellt lidande kan brytas och sjukdom förbyggas.

Den mänskliga faktorns påverkan på sjuksköterskan

I resultatet kom det fram att mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relation väckte många känslor hos sjuksköterskan. De kände en rädsla, oro, ångest, ilska och frustration. Det fanns olika orsaker till varför känslorna uppstod. Vetskapen av att kvinnor var utsatta för våld i nära relation gjorde att sjuksköterskorna kände oro. Den vanligaste känslan var rädsla relaterad till ett positivt svar från kvinnorna. Sjuksköterskorna kände även rädslor för både kvinnan och för sin egen skull om våldet skulle eskalera. Dessa känslor kunde resultera i att sjuksköterskorna undvek att ställa frågan om våld för att försöka hålla sig borta från de obehagliga känslorna. Enligt Socialstyrelsen (2019) är sjuksköterskans funktion viktig för att kunna identifiera våldet där kommunikationen beskrevs som en viktig aspekt och en grundläggande del i vårdandet. Om inte våldet synliggjordes kan heller inte hälsan främjas (NCK, 2010). Det framkom att sjuksköterskorna var obekväma vid bemötandet och kände en rädsla för att eventuellt kränka och förstöra relationen till kvinnan vid frågan om våld i nära relation. Forsberg (2017) beskrev att sjuksköterskan måste ha mod för att kunna räknas som en akademisk yrkesutövare och att det ingår i sjuksköterskans profession att arbeta för patienterna. Den mänskliga faktorns påverkan på sjuksköterskan synliggjordes när sjuksköterskorna påverkades av sina egna känslor och en konflikt uppstod mellan känslorna och professionens koder. Sjuksköterskor bör ställa

frågan om våld oavsett vilka känslor det framkallar. I resultatet uppkom att sjuksköterskan påverkades känslomässigt vid mötet och att professionellt stöd i form av exempelvis psykolog var en fördel för att främja sjuksköterskans egen hälsa. Ur ett hållbarhetsperspektiv var denna upptäckt intressant då eventuellt stöd skulle kunna medföra bättre arbetsmiljö och minska framtida sjukskrivningar.

Sjuksköterskor beskrev olika positiva känslor som kunde uppkomma efter att de fick möjligheten att hjälpa kvinnor utsatta för våld i nära relation. Känslor som att de var nöjda och glada efter att de hade screenat. Det gav även positiva känslor när de visste att deras hjälp gav en god effekt som även resulterade i att deras stressnivå reducerades. När sjuksköterskor var engagerade i ämnet gav det en känsla av självsäkerhet som gjorde att det var lättare att ställa frågan om våld. När positiva känslor uppstod bidrog det till att frågan ställdes oftare, vilket kunde resultera i att flera fall av våld i nära relation upptäcktes. Socialstyrelsen (2019) beskrev att hälsan bara kan främjas om våldet upptäcks och om kvinnan kunde få den hjälp hon behöver. Enligt SSF (2020b) skall sjuksköterskan kunna se olika förbättringspotentialer i sitt arbete, utveckla omvårdnaden för patienterna och kunna hantera information och dokumentationsverktyg för att kunna ge en säker vård. Författarna anser att denna kärnkompetens är viktig, att utifrån förbättringskunskap kunna urskilja tidigare forskning vad som faktiskt fungerar och sen implementera detta i verksamheterna för att kunna öka screeningen i detta fall.

Sjuksköterskan upplevde ämnet våld i nära relation som känsligt och tabubelagt. På grund av känsligheten av ämnet undveks frågan relaterat till förutfattade meningar som sjuksköterskor besatte. Författarna diskuterade kring det intressanta som framkom i resultatet att sjuksköterskor ansåg våldet som mer acceptabelt i andra kulturer. Skulle detta med hjälp av handledning kunna förstås och brytas. Det framkom dessutom att sjuksköterskor ansåg att kvinnor med annan kulturell bakgrund inte skulle erkänna att de utsatts för våld oavsett hur många gånger sjuksköterskan frågade, samt att äldre kvinnor ansågs ha en högre acceptansnivå av våld. Sjuksköterskor beskrev att de ansåg att hemmen var det privata och det som skedde innanför hemmets väggar skulle sjuksköterskan inte lägga sig i. En diskussion kan föras kring huruvida sjuksköterskor levde kvar i gamla normer med förutfattade meningar. Enligt ICN:s etiska kod ska sjuksköterskan lindra lidande och främja hälsa (SSF, 2017a). Med förutfattade meningar hindras sjuksköterskorna att fråga om våld, vilket gjorde det omöjligt för sjuksköterskorna att arbeta utifrån denna kod. Sjuksköterskan avstod från att fråga då hon hade en rädsla av att kränka kvinnan och bidrog till ökad skam och skuld. Detta diskuterades om det var en förutfattad mening som sjuksköterskan hade då barnmorskor från en annan studie upplevde att kvinnorna inte hade något emot av att bli tillfrågade om våld (Henriksen m.fl., 2017). För att kunna skapa en mellanmänsklig relation förklarar Travelbee (1971) som en första fas att förutfattade meningar kan leda till att relationen mellan sjuksköterskan och kvinnan inte kan etableras. Det diskuterades därför att det kunde vara relevant att innan ett redan nytt möte reflektera över vilka normer och dilemman som kunde påverka det specifika mötet. På så vis kan det tänkas bli det lättare för sjuksköterskan att se varje individ bakom och skapa en bra relation till kvinnan. Det diskuteras också om handledning med andra sjuksköterskor skulle kunna påverka hur sjuksköterskan hanterade sina förutfattade meningar och om de kunde bli påverkade av andra sjuksköterskors normer.

Metoddiskussion

Litteratursökningen startade med en inledande sökning där syftet var att ta reda på hur forskningen såg ut kring det valda fenomenet som skulle studeras. Databaserna Cinahl, PubMed och PsycInfo användes till de systematiska litteratursökningarna inklusive en manuell sökning.

Willman m.fl. (2016) beskrev att en kombination av databassökningar, samt att manuella sökningar var fördelaktigt. De belyste även att chanserna till ett större urval av relevanta artiklar ökade om en kombination av olika databaser förekom. I den systematiska sökningen i de olika databaserna användes samma sökord i samtliga databaser, vilket resulterade i liknande sökresultat samt några dubletter av artiklar. Trunkering, booleska söktekniker samt citattecken användes. En senare upptäckt under litteraturstudien för författarna var att det inte alltid var fördelaktigt att använda samma sökord i samtliga databaser. Östlundh (2017) beskrev att de olika databasproducenterna valde sina egna ämnesord, vilket innebar att vid ett byte av databas borde även nya ämnesord användas för respektive databas. Resultatet av de systematiska litteratursökningarna samt manuella sökningen gav till slut åtta artiklar till analysen. Litteraturstudiens avgränsningar var Peer Reviewed, de skulle vara på engelska, inte äldre än tio år och handla om vuxna kvinnor. Östlundh (2017) förmedlade att vetenskaplig forskning är en färskvara, en avgränsning inom en rimlig tidsram var av relevans. Peer Reviewed innebar att artiklarna hade granskats och godkänts av personer med expertis inom det valda området (Willman m.fl., 2016). I databasen PubMed fanns inte avgränsningen Peer review som ett alternativ och detta söktes därför fram manuellt från ansvarig utgivares publiceringssida för att öka denna studies trovärdighet. Författarna till denna studie kom senare till insikt att avgränsningen "kvinnor" inte var relevant utifrån sjuksköterskans perspektiv, samt att begreppet inkluderas i sökblocket om våld i nära relationer. Detta skulle kunna vara en svaghet i studien. Anledningen till avgränsningen var att få fram artiklar om kvinnor som utsattes för våld i nära relationer, vilket hade kunnat uppta fokus från sjuksköterskans upplevelser. För att svara på studiens syfte användes ytterligare inklusionskriterier under urvalet. Artiklar skulle vara av kvalitativ metod med fokus på sjuksköterskans upplevelser relaterad till vuxna kvinnor som utsattes för våld i nära relation. Under urvalet fick författarna vetskap om att flertalet av studierna berörde specialistsjuksköterskor såsom barnsjuksköterskor, akutsjuksköterskor och barnmorskor, där rutiner och riktlinjer för våld i nära relationer implementerats främst hittills. Artiklarna som berörde barnmorskors upplevelser exkluderas från resultatet i ett senare skede. Detta på grund av att de inte räknades som sjuksköterskor eftersom de hade två legitimationer. I en av artiklarna som inkluderades framkom även läkares upplevelser. Den inkluderades då det var lätt att urskilja sjuksköterskorna respektive läkares upplevelser då Beynon m.fl. (2012) tydligt presenterade sjuksköterskornas upplevelser. Trovärdigheten för denna litteraturstudie förstärks, enligt Lundman och Hällgren Granheim (2017) då samtliga artiklar som valdes till analysen svarade på studiens syfte, samt att urvalet var relevant för vad som ska studerats stärker studiens giltighet. Lundman och Hällgren Granheim (2017) beskrev att det var artikelns mottagare som avgjorde om resultatet var överförbart till liknande kontexter. Flertalet av artiklarna som valdes till analys hade sitt ursprung i flera olika länder utanför Europa, en från Jordanien, Kanada, USA och två stycken från Sydafrika. Tre stycken artiklar till analys var från Sverige. Likheter och olikheter med vården i Sverige gick att jämföra eftersom flera studier var från Sverige, samt att andra länder kunde ha liknande vård som Sverige, i och med detta bedömdes överförbarheten övertygande. Artiklarna till analysen berörde till största del kvinnliga sjuksköterskors upplevelser, vilket kan innebära att överförbarheten inte är lika hög för manliga sjuksköterskor. En kritisk granskning av artiklarna har genomförts enligt granskningsmall för kvalitativ metod från Högskolan Väst (Brink & Larsson, 2019) se bilaga II, samtliga artiklar i urvalet hade en hög kvalitet.

Lundman och Hällgren Granheim (2017) förklarade att forskare kan ha satt avtryck på analysen genom sin förförståelse, vilket påverkade trovärdigheten. Förförståelsen kan innebära att forskarna hade erfarenheter sedan tidigare, fördomar eller teoretiska kunskaper om ämnet. Författarna till examensarbetet hade inga tidigare upplevelser av att möta kvinnor som var utsatta för våld i nära relation inom vården. Dock finns det förförståelse genom en kurs på

sjuksköterskeutbildningen som berörde ämnet våld i nära relationer där förståelsen för problemet uppkom. Hur det fanns brister i vården på olika sätt kring hur kvinnor som utsattes för våld hanterades. Författarna har i möjligaste mån försökt vara neutrala under hela analysarbetet, vilket ökar litteraturstudiens trovärdighet.

Det var av vikt att artiklarna som användes till resultatet hade varit granskade av etiska kommittéer. Samtliga artiklar ansågs uppfylla kraven på etiska överväganden och ställningstaganden där deltagarna var informerade om sina rättigheter, somliga artiklar mer tydliga än andra. Antingen redogjordes de etiska ställningstagandena som en egen rubrik eller i löpande text. För att skydda deltagarna i studien krävs som regel ett godkännande från en etisk kommitté (Polit & Beck, 2017).

Egna etiska ställningstaganden hade genomförts genom att författarna varit noggranna i sitt arbetssätt under analysen av artiklarna. Författarna har inte förvrängt något innehåll i artiklarna utan tog ut nyckelfynd ur resultaten som svarade på syftet. Enligt Polit och Beck (2017) är det av vikt att forskare inte manipulerar eller förvränger studieresultat då det kan leda till att forskningen inte representeras korrekt. Författarna vill belysa att alla artiklar var på engelska och därmed användes översättningsprogram där det fanns en risk för feltolkning och om det var något som var otydligt lästes texten både på engelska och svenska för att förstå helheten. Under genomförandet av analysarbetet var syftet i fokus som Friberg (2017) återger som viktigt för att undvika andra intressanta ämnen som befinner sig utanför studiens ändamål.

Slutsatser

Litteraturstudiens syfte var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att bemöta kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Det fanns flera faktorer sjuksköterskor upplevde som problematiska i mötet med den drabbade kvinnan. De upplevde att tiden var begränsad och att stödet från organisationen inte alltid var tillräckligt. De berättade även att det fanns brist på kunskap och erfarenhet kring ämnet. Detta gjorde att sjuksköterskor kände sig ensamma i situationen, osäkra, otillräckliga och rädda för att ställa frågan om våld då de inte hade fått de rätta verktygen för att hantera våldsutsatta kvinnor. Relationen mellan sjuksköterskan och kvinnan ansågs vara viktig. Erfarenheten av att se tecken och att vara bekväm i sin roll gjorde att våldet lättare upptäcktes. Samverkan mellan olika yrkesverksamma gjorde att sjuksköterskan inte kände sig utestängda från processen, vilket gynnade vårdrelationen. Ämnet upplevdes som tabu och okunskapen gjorde att det fanns många förutfattade meningar kring ämnet våld i nära relation. Slutsatser som kan dras utifrån resultatet är att sjuksköterskor blir påverkade i sitt arbete, att våld i nära relation är ett komplext ämne som är svårt att hantera. För att bryta de normer som sjuksköterskan kan tänkas ha krävs mer kunskap och att samhällets medvetenhet kring ämnet ökar. För att minska sjuksköterskan egna förutfattade meningar kan screeningverktyg vara ett bra arbetssätt. För att orka vara en professionell sjuksköterska kan teamsamverkan och regelbunden handledning tänkas främja arbetsmiljön samt ge en säkrare vård. Detta kan även leda till att sjuksköterskan utvecklas i sin yrkesroll och känna en meningsfullhet i sitt arbete.

Praktiska implikationer

Litteraturstudiens resultat kan bidra med att öka förståelsen kring ämnet våld i nära relation, som belyser ett etiskt dilemma som kan vara problematiskt för både patienten och sjuksköterskan. Det visade sig att sjuksköterskor hade likvärdiga beskrivningar av sina upplevelser kring ämnet, vilket kan leda till att sjuksköterskor inte behöver känna sig ensamma i denna utmaning och problematik det faktiskt innebär. Det är av stor vikt att sjuksköterskor får utbildning och har rätt kompetens samt stöd från organisationen ur praktisk synvinkel vid ett

positivt svar, exempelvis vart de kan hänvisa kvinnan för vidare hjälp. Resultatet kan även bidra med insikt i hur sjuksköterskor upplever ämnet som tidskrävande och att det kan finnas brister i verksamhetens upprättade riktlinjer för att arbeta med våld i nära relation. Kvinnorna som utsätts för våld kan bli lidande på många sätt och därmed krävs en bra omvårdnad från sjuksköterskan för att undvika ytterligare fysiska och psykiska skador. Ur ett samhällsperspektiv kan lidandet för den som utsätts för våld i nära relation mynna ut i kostnader för samhället. Författarna upplever att införandet av riktlinjer och rutiner i verksamheterna inte till fullo är färdig arbetade med tanke på de upplevelser sjuksköterskorna har beskrivit.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Resultatet uppmärksammar att sjuksköterskan har ett behov av ytterligare kunskap i bemötandet med den våldsutsatta kvinnan. Som blivande sjuksköterskor är det av vikt att vara uppdaterad till den forskning som finns, fylla på med erfarenhet och arbeta evidensbaserat. För att sjuksköterskan ska ha en möjlighet att bemöta kvinnorna på ett hälsofrämjande sätt behöver sjuksköterskans arbetssituation förändras. Arbetsmiljön som den ser ut idag med mycket stress och tidsbrist är inte hållbart i längden och kan göra det problematiskt att arbeta personcentrerat. Vidare forskning bör göras med anknytning till allmänsjuksköterskan då det bedöms viktigt för att kunna upptäcka våldet i större utsträckning i samhället. Eftersom ämnet våld i nära relation och mäns våld mot kvinnor nyligen införts i grundutbildningen i Sverige, anser författarna att vidare forskning om hur kunskapsnivån ökat hade varit intressant.

Referenser

*= artiklar som används i resultatet

*Anderzén-Carlsson A, Bäckman C, Almqvist K. (2021). The professional relationship forms the base: Swedish child health care nurses' experiences of encountering mothers exposed to intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*. 16(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1988043>

*Anderzén-Carlsson, A, Gillå, C, Lind, M, Almqvist, K, Lindgren Fändriks, A, Källström, Å. (2018). Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*. 27, 2752– 2762. <https://doi.org/10.1111/jocn.14242>

Alhalal, E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International Nursing Review*, 67(2), 265–274. <https://doi.org/10.1111/inr.12584>

*Al-Natour, A., Qandil, A. & Gillespie, G.L. (2016) Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International Nursing Review*, 63, 422– 428. <https://doi.org/10.1111/inr.12302>

Arman, M (2017). Lidande. I L, Wiklund Gustin., & I, Bergbom. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (2 uppl. S., 213-223). Studentlitteratur AB.

Ben Natan M., Ben Ari G., Bader T. & Halla M. (2011) Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective. *International Nursing Review*, 59, 108–114. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00931.x>

Berglund, A., & Witkowski, Å. (2019). Vårdens ansvar. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért och Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (4. uppl., 165-192). Studentlitteratur AB.

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

Brottsförebyggande rådet. (2020). *Kriminalstatistik 2020*. https://bra.se/download/18.1f8c9903175f8b2aa707e2d/1617086483071/Sammanfattning_anm_ald_2020.pdf

Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(15–16), 2307–2316. <https://doi.org/10.1111/jocn.13625>

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1. uppl.). Liber AB.

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. (2. uppl.). Liber AB.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet- det tidlösa i tiden*. (1 uppl.). Liber AB.

Eustace, J., Baird, K., Saito, A, S & Creedy, D, K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and birth*, 29(6), 503-510.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Vad är social hållbarhet för oss?*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/>

Forsberg, A. (2016) *Omvårdnad på akademisk grund: Att utvecklas och ta ansvar*. (1. Uppl.) Natur och kultur AB.

Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examenarbetet. I F, Friberg. (red.). Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. (3. uppl., s. 37–48). Studentlitteratur AB.

Föreanta nationerna. (2021). *Globalamålen*. <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-5-jamstalldhet/>

Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L., Thorsteinsen, K & Lukasse, M. (2017). 'It is a difficult topic' – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy Childbirth* 17(165).
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>

Häger Glenngård, A., Steen Carlsson, K., & Berglund, A. (2010). *Ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor*. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/sokresultat-kunskapsbanken/?id=761&librisId=&swepubId=>

Johansson-Latham, G. (2019). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért och Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (4. uppl., 21-53). Studentlitteratur AB.

Jämställhetsmyndigheten. (2021). *Våldsutsatthet i samband med Covid-19*.
<https://www.jamstalldhetsmyndigheten.se/mans-vald-mot-kvinnor/covid-19>

Karolinska institutet. (2021). *Sökord för upplevelsebegrepp*.
<https://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/amnesord-och-fritext/sokord-upplevelsebegrepp>

Logopedresurs. (16 April, 2021). Internationellt tecken för rop på hjälp. [Statusuppdatering]. Facebook. <https://www.facebook.com/watch/?v=285057703113717>

Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen, & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3. uppl., s 219-233). Studentlitteratur AB.

Lundgren, Eva. (u.å). Normaliseringsprocessen. ROKS.

<https://www.roks.se/har-finns-kunskap/normaliseringsprocessen>

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. (u.åa). *Hälso- och sjukvårdens ansvar*.
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/halso--och-sjukvardens-ansvar/>

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. (u.åb). *Våldets uttryck och mekanismer*.
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. (1654-7195) <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/sokresultat-kunskapsbanken/?id=753&librisId=&swepubId=>

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. (2014). *Våld och hälsa- En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*.
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/sokresultat-kunskapsbanken/?id=1088&librisId=&swepubId=>

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. (2021a). *FN:s arbete mot våld*.
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/fn-s-arbete-mot-vald/>

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. (2021b). *Utbildningsinsatser om våld*.
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/utbildningsinsatser/>

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. (2021c). *Våld i nära relationer*.
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>

Nordborg, G (2019). Mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért och Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (4. uppl., 57–90). Studentlitteratur AB.

Polit, D.F., & Beck, C T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (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.
<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

SFS 1962:700. *Brottsbalken*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

SFS 1993:100. *Högskoleförordning*.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100

Socialstyrelsen. (2019). *Så kan utsatthet för våld upptäckas*.

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/vald-och-fortryck/vald-i-nara-relationer/sa-kan-utsatthet-for-vald-upptackas/>

Socialstyrelsen. (2016). *Våld - Handbok om socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer* (2016-6-37).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld- ett utbildningsmaterial*. (2021-11-7619)

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7619.pdf>

*Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P. and Hylander, I. (2017), 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, 2256-2265. <https://doi.org/10.1111/jocn.12992>

Svensk sjuksköterskeförening. (SSF). (2020b) *Handledning i omvårdnad*.

<https://beta.swenurse.se/4.2064505d1721dddde1093927.html>

Svensk sjuksköterskeförening. (SSF). (2017a). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*.

<https://www.swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor>

Svensk sjuksköterskeförening. (SSF). (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

<https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>

Svensk sjuksköterskeförening. (SSF). (2020a) *Personcentrerad vård*.

<https://www.swenurse.se/publikationer/personcentrerad-varld>

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

*Van Der Wath, A., Van Wyk, N. & Janse Van Rensburg, E. (2013) Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing* 69(10), 2242– 2252. <https://doi.org/10.1111/jan.12099>

*Van Der Wath A. (2019). Women exposed to intimate partner violence: a Foucauldian discourse analysis of South African emergency nurses' perceptions. *African Health Sciences*, 19(2), 1849-1857. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i2.7>

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

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (red.) (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4. uppl). Studentlitteratur AB.

World health organization. (2021). *Violence Against Women Prevalence Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

*Wyatt, T., McClelland, M.L., & Spangaro, J. (2019). Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurse Education in practice*. 35, 75-82. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.12.010>

Wärnå-Furu, C. (2017). Hälsa. I L, Wiklund Gustin., & I, Bergbom. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (2. uppl., s. 157–171). Studentlitteratur AB.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F, Friberg. (red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., s. 59–82). Studentlitteratur AB.

Öhman, A., Burman, M., Carbin, M., & Edin, K. (2020). “The public health turn on violence against women”: analysing Swedish healthcare law, public health and gender-equality policies. *BMC Public Health*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08766-7>

Tabell 1. Sökstrategi av systematisk artikelsökning

Cinahl 2021-11-10	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa Titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
S1	"intimate partner violence"	13,000				
S2	"violence against women"	2,185				
S3	"battered women"	4,180				
S4	"spouse abuse"	110				
S5	"partner abuse"	475				
S6	"nurs* attitude*"	34,859				
S7	"nurs* experience*"	5,769				
S8	"nurs* perception*"	4,686				
S9	"nurs* job experience*"	17,671				
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	15,671				
S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9	40,725				
S12	S10 AND S11	93				
Avgränsningar	S10 AND S11 Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20110101- 20211231; Sex: Female; Age Groups: All Adult	16	16	10	6	4

PubMed 2021- 11-12	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa Titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
S1	intimate partner violence	15,260				
S2	violence against women	6,186				
S3	battered women	3,234				
S4	spouse abuse	7,962				
S5	partner abuse	12,768				
S6	nurse attitude	70,527				
S7	nurse experience	48,714				
S8	nurse perception	22,905				
S9	nurs job experience	3,229				
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	21,663				
S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9	112,114				
S12	S10 AND S11	477				
S12	S10 AND S11 Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20110101- 20211231; Sex: Female; Age Groups: All Adult	148	148	42	13 (6)	3

PsycInfo 2021-11- 12	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa Titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
S1	"intimate partner violence"	15,955				
S2	"violence against women"	5,553				
S3	"battered women"	3,352				
S4	"spouse abuse"	4,727				
S5	"partner abuse"	1,527				
S6	"nurs* attitude*"	1,228				
S7	"nurs* experience*"	2,021				
S8	"nurs* perception*"	1,711				
S9	"nurs* job experience*"	20				
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	22,397				
S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9	4,702				
S12	S10 AND S11	15				
S12	S10 AND S11 Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20110101- 20211231; Sex: Female; Age Groups: Adulthood (18 yrs & older); English	6	6	6	1	1

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod används.

Mallen utformad av Eva Brink och Inga Larsson (2019). Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kvalitetsbedömning			
2019-07	Ja	Nej	Vet ej
Speglar artikelns titel innehållet?			
Finns det ett teoretiskt perspektiv?			
Är tidigare forskning beskriven?			
Är problemområdet tydligt presenterat och motiverat?			
Är syftet tydligt formulerat?			
Är metoden beskriven?			
Är metoden motiverad?			
Är kontexten presenterad?			
Är förståelsen redovisad?			
Är urvalet relevant (inklusions- och exklusionskriterier)?			
Är datainsamlingen tydligt beskriven?			
Är analysen tydligt redovisad?			
Är forskningsetiska aspekter redovisade?			
Svarar resultatet mot syftet?			
Är resultatet klart och tydligt?			
Diskuteras resultatet gentemot bakgrund?			
Finns det en "röd tråd" i artikeln?			
Diskuteras studiens svagheter?			
Diskuteras studiens trovärdighet?			
Diskuteras överförbarhet?			
Är slutsatserna relevanta utifrån studiens resultat?			
Granskningens sammanvägda bedömning av artikelns kvalitet	Låg	Medel	Hög

Tabell 2. Översikt av analyserad litteratur

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Författare: Anderzén Carlsson, A. Bäckman, C. Almqvist, K.</p> <p>Årtal: 2021</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Problem: Det finns för lite forskning om hur barnsjuksköterskornas erfarenheter av att fråga/upptäcka våld.</p> <p>Syfte: Utforska barnhälsovårdssköterskors kliniska erfarenheter i mötet med mödrar som är utsatta för våld i nära relation.</p>	<p>Kvalitativ studie. Individuella semistrukturerade intervjuer och analyserades med hjälp av tematisk analys</p>	<p>9 barnvårdcentrals sjuksköterskor.</p>	<p>Förmågan att upprätthålla den professionella relationen hotades av bristande stöd och interprofessionella samarbeten.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: Anderzen-Carlsson, A., Gillå, C., Lind, M., Almqvist, K., Lindgren, A., och Källström, Å.</p> <p>Årtal: 2017</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Problem: Våld i nära relation drabbar inte bara kvinnorna utan även deras barn. BVC är en bra miljö att upptäcka våldet tidigt.</p> <p>Syfte: undersöka bvc sköterskors erfarenheter av att fråga om våld i nära relation till mammor med 8 månaders bebisar.</p>	<p>Tvåstegsmetod. Semistrukturerade intervjuer. Tematisk analys.</p>	<p>13 BVC sköterskor.</p>	<p>Frågan om IPV var viktig. Sjuksköterskan behövde känna sig trygg för att våga fråga. För att kunna fråga beskrevs vikten om tid och plats som en viktig aspekt. med mer kunskap hos barnsjuksköterskan spreds informationen lättare i organisationen</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: Al-Natour, A., Qandil, A. och</p>	<p>Problem: Screeningen i Jordanien är väldigt låg (10,8%). Det finns personliga</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer ansikte mot ansikte.</p>	<p>12 sjuksköterskor 6 kvinnliga och 6 manliga, 10</p>	<p>Deltagarna beskrev att det inte var deras jobb som sjuksköterskor att screena.</p>	<p>Hög</p>

<p>Gillespie, GL.</p> <p>Årtal: 2016</p> <p>Land: Jordanien</p>	<p>och institutionella hinder som i det praktiska arbetet med screening.</p> <p>Syfte: Beskriva jordanska sjuksköterskors roller och det praktiska arbetet vid screening för våld i nära relationer.</p>	<p>Fenomenologisk metod.</p>	<p>stycken av deltagarna hade kandidatexamen och 2 var vidare utbildade.</p>	<p>Fördelarna och nackdelar med att screena uppkom. Vad som hindrade de och vilka känslor de kände när de hade screenat.</p>	
<p>Författare: Beynon E, C., Gutmanis A, I., Tutty M, L., Wathen, N, C., och MacMillan L, H.</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Land: Kanada</p>	<p>Problem: Sjuksköterskor och läkare frågar inte kvinnor om de är eller har varit utsatta för våld i nära relation. Vad beror det på?</p> <p>Syfte: Hitta faktorer som underlättade för sjuksköterskorna att fråga och identifiera vilka hinder som sjuksköterskorna upplevde vid frågor om vård i nära relation.</p>	<p>Kvalitativ studie, intervjuer som analyserades med induktiv innehållsanalys</p>	<p>527 sjuksköterskor</p>	<p>De främsta anledningarna till att inte fråga om våld i nära relation var, tiden, beteenden från kvinnorna, brist på utbildning, språk/kulturell praxis, partnernärvaro, och professionella verktyg/policies.</p>	Hög
<p>Författare: Sundborg, E. Tornkvist, L., Stattin, N-S., Wandell, P och Hylander, I.</p> <p>Årtal: 2015</p>	<p>Problem: Hinder för sjuksköterskan för att kunna identifiera våld i nära relation.</p> <p>Syfte: Förståelse av distriktsjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor utsatta</p>	<p>Kvantitativ studie med grundad teorimetod. Intervjuer</p>	<p>11 Distriktsjuksköterskor</p>	<p>Hinder för att fråga och upptäcka våld i nära relation och faktorer som underlättar att identifiera våldet uppkom från studien</p>	Hög

Land: Sverige	för våld i nära relation.				
Författare: Van Der Wath, A., Van Wyk, N. & Jans e Van Rensburg, E. Årtal: 2013 Land: Sydafrika	Problem: Akutsjuksköterskornas emotionella upplevelser påverkar mötet med kvinnor som drabbats. Syfte: Akutsjuksköterskors erfarenheter av att ta hand om överlevande av våld i nära relation.	Beskrivande fenomenologisk metod med intervjuer.	Akutsjuksköterskor på akutmottagning, 11 stycken.	Akutsjuksköterskor som möter kvinnor som drabbas av våld i nära relation lämnas med känslomässig påverkan efter mötet med kvinnorna.	Hög
Författare: Van der Wath, A. Årtal: 2019 Land: Sydafrika	Problem: Akutsjuksköterskors brist på kunskap påverkar vilken vård de ger kvinnor som är utsatta för våld. Syfte: Förstå akutsjuksköterskors erfarenheter av att vårda kvinnor som utsatts.	Kvalitativ design. Foucauldian diskursanalys användes för att analysera transkriberade data.	15 akutsjuksköterskor i tre fokusdiskussionsgrupper.	Starka kvinnor utsätter sig för samhällets förväntningar och uthärdar våld. Kvinnor är sårbara och maktlösa. Våld i nära relation är ett privat och hemligt	Hög
Författare: Wyatt, T. McGlelland, L, M. Spangaro, J. Årtal: 2019 Land: USA	Problem: Bristen på utbildning och träning ses som ett problem vid frågor om våld i nära relation. Syfte: Har nyutbildade sjuksköterskor fått tillräcklig utbildning för att fråga om våld i nära relation.	Kvalitativ explorativ studie. Grounded theory användes. Intervjuer.	16 stycken nyutbildade sjuksköterskor.	Ett huvudtema framkom av studien: utvecklande insikter och flera under teman: Beredskap, obehag, tabu, övermodighet och besvikelse	Hög

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00
www.hv.se