



**VÅRDPERSONALS ATTITYDER GENTEMOT
MISSHANDLADE KVINNOR
- en litteraturstudie**

**Författare: Anna Andersson och Eva-Lena Källvik
Handledare: Maj-Lott Carlsson**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 03:VD
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
September 2005**

Arbetets titel: Vårdpersonals attityder gentemot misshandlade kvinnor
- en litteraturstudie

The attitudes of nursing staff towards abused women
- a literature study

Författare: Anna Andersson och Eva- Lena Källvik

Handledare: Maj-Lott Carlsson

Institution: Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1

Antal sidor: 23

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 03v distans

Datum: September 2005

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the attitudes against abused women. A literature review was used in this study. Information was collected from the literature and articles written about the subject and brought together and then critical analysed. To help with the organisation structure we used Ida Jean Orlando's theory as a theoretical framework. Our findings indicate that the nurses had a lack of acknowledgment about the women's situations and needed education about their situations. Other findings indicate that the nurses also were afraid to humiliate the women, by asking them questions about the abuse. But the results showed that the women wanted to be asked about domestic violence, even if it should raised unpleasant memories or feelings.

Key words: abused women, attitudes, domestic violence, education, nurses

Nyckelord: bemötande, familjevåld, misshandlade kvinnor, sjuksköterskor, utbildning,

INNEHÅLL	
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik	1
Statistik över kvinnomisshandel	2
Olika typer av kvinnomisshandel	3
Lagar och föreskrifter	5
Teoretisk referensram	6
SYFTE	7
METOD	7
Litteratursökning	7
Urval och begränsningar	8
Analys	8
RESULTAT	10
Misshandlade kvinnors beteende	10
Sjuksköterskors och övrig vårdpersonals reaktioner	11
Åtgärder för att hjälpa den misshandlade kvinnan	12
Att ställa frågor	13
Brister i bemötandet	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
KONKLUSION	20
REFERENSER	21
BILAGOR	
Bilaga 1	
Bilaga 2	

INLEDNING

Ett aktuellt tema i massmedia idag såväl i dagstidningar som i TV, är kvinnomisshandel. Vid en undersökning av Lundgren, Heimer, Westerstrand och Kalliokoski (2001) visade det sig att nära hälften av Sveriges kvinnor sedan sin 15-årsdag någon gång blivit utsatta för våld av en man. Med kvinnomisshandel menas det fysiska, psykiska eller sexuella våld som en man utövar mot en kvinna som han lever med eller har en nära relation till. Det är vanligt att misshandeln tenderar att upprepas och öka i styrka. Misshandel kan ske i olika former som verbala trakasserier, ekonomiska restriktioner, knuffar och slag samt påtvingade sexuella handlingar. Det kan även vara i form av överfall, under hot med dödliga vapen och förnedring av kvinnan (Widding-Hedin, 1997). Det finns flera antaganden om varför män slår kvinnor t ex att kvinnan provocerar mannen, njuter av att bli slagna eller att männen slår när de har druckit alkohol utan att egentligen mena någonting med slaget. Hur våra attityder till misshandlade kvinnor är ligger till grund för hur de bemöts. Attityderna påverkar också hur kvinnorna uppfattar sig själva, sin situation och sin möjlighet till att förändra denna situation. Myter och attityder som idag skyddar våldsmännen behöver ändras för att bryta de onda cirkelarna (Eliasson, 1997).

Hälso- och sjukvårdens personal är en viktig grupp som ofta har den första kontakten med dessa misshandlade kvinnor, såväl i akutsjukvården som på vårdcentralerna. Därför är det viktigt att de är uppmärksamma på eventuella skador eller andra tecken då det är vanligt att kvinnorna inte själva berättar om att de blir slagna (Björck & Heimer, 2003). Vilket bemötande dessa misshandlade får och hur de bör bli bemötta i vården, kommer att granskas i denna litteraturstudie för att få kunskaper inom detta forskningsområde.

BAKGRUND

Historik

Det var först år 1256 som det i lag blev straffbart med kvinnorov och våldtäkt av kvinnor som inte tillhörde familjen, med straffpåföljd av fredlöshet om brott kunde styrkas (Eliasson, 1997). Kvinnofridslagarna från den här tidsepoken var inte till för att

skydda enskilda kvinnor för det var männens sak att göra utan kom till för att värna om familjernas och släkternas ära och rykte. Det var männen i familjen som skulle skydda sina kvinnor och dess kyskhet, vilken värderades högt. Det var männen som tappade "ansiktet" om de inte hade kontroll över sina kvinnor. På 1600-talet så skulle kvinnan vara undergiven mannen och han hade rätt att utdela straff om han inte ansåg att kvinnan var det (Eliasson, 1997). Det kom ett beslut år 1784 att den skäligen agan skulle tas bort från lagtexten, för att inte uppmuntra till äga av hustrun (Widding-Hedin, 1997). Det var först i slutet av 1800-talet som kvinnan fick rätt att själv välja sin make och gifta sig med honom även om hennes far eller något annan manligt familjeöverhuvud inte ville det (Eliasson, 1997).

År 1864 skrevs det in i lag att det är en synnerligen försvårande omständighet om misshandel avser hustrun och att straffet borde bli fängelse men bara om kvinnan själv anmäler brottet, här upphör rätten till husagan (Widding-Hedin, 1997).

Ogifta kvinnor blev myndiga år 1884, men om de var gifta fick de vänta på sin myndighet till år 1920. Utan sin myndighet var de utlämnade till sina män och hade ingen rätt att bestämma över sina barn i viktiga frågor, eller rätten att själv använda och bestämma över sina tillgångar

Först på 1900-talet blev det straffbart att utöva våld mot någon inom familjen. Lagen om rätten att skilja sig kom år 1915, innan dess var kvinnor som levde i ett destruktivt förhållande tvingade att förlita sig på sin familj för eventuellt skydd.

På 1970-talet grundades kvinnojourerna i Sverige för att värna om rätten för kvinnor att kunna leva ett liv utan våld och förtyck (Eliasson, 1997).

Från och med år 1982 faller kvinnomisshandel under allmänt åtal (Widding-Hedin, 1997).

Statistik över kvinnomisshandel

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) redovisar det våld, som anmäls till polisen men det finns ett stort mörkertal eftersom allt inte polisanmäls. Det är svårt att få fram en exakt siffra över hur många kvinnor som egentligen misshandlas varje år. BRÅ räknar med att ca en fjärdedel av alla misshandelsbrott anmäls till polisen och att grövre brott

anmäls oftare än lindriga brott. De misshandelsbrott mot kvinnor, som anmäldes till polisen ökade med nästan 40 % under 1990-talet (Nilsson, 2002).

Under år 2001 anmäldes 15 651 fall av misshandel som utförts av en bekant till kvinnan. Denna siffra kan jämföras med 2003 års siffror då 22 481 fall av kvinnomisshandel anmäldes varav endast en femtedel av dem ledde till åtal (Canow, 2004).

Statistiska Centralbyrån (SCB) genomför varje år sedan 1974 levnadsförhållandena i Sverige i en undersökning som kallas ULF (undersökningar av levnadsförhållandena). I denna undersökning kartläggs bl.a. hur många som årligen drabbas av våld och hot i Sverige och vilka grupper som är särskilt utsatta (Häll, 2004). Undersökningen som är riksomfattande utförs på uppdrag av Sveriges riksdag och innefattar ett urval på ca 7 500 män och kvinnor årligen. Deltagarna måste vara folkbokförda i Sverige samt vara i åldersgruppen 16-84 år. Vid intervjuerna tillfrågas deltagarna om de blivit utsatta för någon form av våld de senaste 12 månaderna. Till den frågan hör fem alternativ som deltagarna kan svara: våld som krävde sjukhusvård, utsatt för våld som gav synliga kroppsskador men inte krävde sjukhusvård, utsatt för våld som inte gav synliga skador, hotelser om våld och var våldet ägde rum. Av dessa 7 500 personer uppgav 7,5 % att de blivit utsatta för någon form av våld eller hot mellan åren 2002-2003. Detta procenttal omvandlas till ett skattat tal, som motsvarar en andel av Sveriges kvinnliga befolkning. Enligt ULF-undersökningens skattning blev 263 000 kvinnor av Sveriges befolkning utsatta för någon form av våld eller hot mellan åren 2002-2003. Av dessa hade 67 000 kvinnor synliga märken eller kroppsskada varav 18 000 behövde läkarbehandling. De flesta fallen av misshandel (74 000) ägde rum i kvinnans bostad och de ensamstående kvinnorna stod för den största andelen av dem som rapporterade om lägenhetsvåld (Häll, 2004).

Olika typer av kvinnomisshandel

Kvinnomisshandel består oftast inte bara av en enstaka företeelse utan brukar bestå av ett mönster av övergrepp mot en kvinna, och kan vara av fysisk, psykisk eller sexuell art. Om kvinnan inte får hjälp så är det vanligt att misshandeln ökar i både frekvens och svårighetsgrad. Ett fysiskt övergrepp kan det vara om mannen t ex river, biter, bränner, skakar eller knuffar kvinnan, men det kan även ske i form av örfilar, knytnävslag,

sparkar eller stryptag. Användning av olika vapen klassas också som ett fysiskt övergrepp. Misshandeln kan även riktas mot vissa speciella delar av kroppen till exempel buken på kvinnan om hon är gravid (Widding-Hedin, 1997).

Den psykiska misshandeln kännetecknas av systematiska verbala kränkningar som till exempel förnedrande och kränkande ord. Detta kan vara att mannen kommenterar hennes sätt att vara som förälder, hennes utseende eller säger nedsättande kommentarer om hennes släkt (Bergmark & Hamne- Lundberg, 1995). I denna typ av misshandel kan även en ekonomisk dominans förekomma där mannen har kontroll över hushållets ekonomi som är ett sätt att göra kvinnan beroende av honom. Det är också vanligt att använda barnen som ett hot mot kvinnan exempelvis att han ska ta barnen ifrån henne ifall hon lämnar honom (Widding-Hedin, 1997).

Eliasson (1997) beskriver den psykiska och fysiska misshandeln i tre olika faser. Den första fasen kallas "nedvärderingsfasen" och kan utspela sig i alla relationer någon gång utan att behöva utvecklas till våld. I denna fas använder sig mannen av nedvärderande kommentarer om hur kvinnan är som mamma, partner och yrkesmänniska. Även hennes intressen, förmågor, tal och uppträdande förlöjligas. Det är också vanligt att mannen beskriver kvinnan som dum och obegåvad i situationer där hon inte kan försvara sig. Allt detta upprepas ständigt. Nästa fas kallas för att sätta sig i "respektfasen". Denna fas kännetecknas av att mannen blir mer aggressiv och vårdslös mot kvinnan och hennes tillhörigheter. Ofta ger mannen kvinnan lätta knuffar samt får ofta utbrott över småsaker där hot om att värre saker kan hända sägs till kvinnan. Hoten kan vara riktade mot barnen, anhöriga eller husdjuren. Detta gör kvinnan ledsen och kränkt och försöker då att ändra på sig. I den sista är "våld" utmärkande, fysiskt våld kombineras med psykiskt våld i form av kränkande verbala uttryck. I denna fas är det vanligt att mannen använder sig av vapen eller andra tillhyggen mot kvinnan. Våld som kan förekomma är stryptag, sparkar, slag samt att mannen kastar kvinnan i golvet, mot väggar eller möbler (Eliasson, 1997).

Det sexuella våldet kan innefattas av våldtäkt inom äktenskapet där mannen med ett aggressivt beteende förödmjukar kvinnan så att han kan dominera henne. Det innefattar

även andra former av påtvingande sexuella handlingar samt attacker mot genitalia eller bröst (Widding-Hedin, 1997).

Lagar och föreskrifter

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) framgår att omvårdnad kräver specifik kompetens och att det är viktigt att all personal ser människan i ett helhetsperspektiv och inte bara inriktar sig på sina insatser gällande sjukdomstillståndet. Det är också sjuksköterskans ansvarsområde då sjuksköterskan har en kvalificerad utbildning inom specifik omvårdnad.

Under åren har brottslagarna ändrats angående misshandel för att rättsväsendet lättare ska kunna förebygga våldet mot kvinnor. År 1982 skedde en lagändring som gjorde att misshandel i alla former kom att falla under allmänt åtal. Denna ändring gjorde att antalet anmälda misshandelsbrott mot kvinnor fick en viss ökning. Lagen om besöksförbud kom år 1988 och var tänkt att skydda kvinnor mot hot och våld från en närstående man (Rying, 2001).

På regeringens uppdrag tillsatte Socialdepartementet år 1993 en kommission, som antog namnet Kvinnovåldskommissionen. Deras uppdrag var att göra en översyn på åtgärder som kunde motverka våldet mot kvinnor. I juni år 1995 utgavs betänkandet Kvinnofrid (SOU, 1995:60) där kommissionen föreslog lagändringar och förslag till hur olika myndigheter skulle handlägga ärenden rörande kvinnovåld. Betänkandet innefattar även hur allmänheten bör informeras för att stärka medvetenheten om kvinnovåldet. Våren 1998 antogs betänkandet Kvinnofrid av riksdagen (Larsson & Brottsofferjourenas Riksförbund, 2003). Kommissionen utformade ett förslag om ett nytt brott i brottsbalken – ett kvinnofridsbrott. Förslaget resulterade i en ny lag som innebär att sedan 1 juli 1998 kan en man dömas för grov kvinnofridskränkning om han utsätter en kvinna, som han har eller har haft en nära relation med, för upprepade kränkningar. Lagen syftar till att tydliggöra och skärpa straffet för upprepade kränkningar. Med kränkningar menas exempelvis misshandel, ofredande, hemfridsbrott, olaga hot eller sexuellt tvång. Under den första tiden när lagen trädde i kraft sjönk antalet anmälda brott, vilket berodde på svårigheter med att tolka lagtexten i

Högsta domstolen. En omarbetning av lagtexten gjordes och ändringen trädde i kraft 1 januari, 2000 och resulterade i att antalet anmälda brott ökade igen (Rying, 2001).

Grov kvinnofridskränkning enligt Brottsbalken kap. 4 lyder:

4a § Den som begår brottsliga gärningar enligt 3, 4 eller 6 kapitlet mot en närstående eller tidigare närstående person, döms, om var och en av gärningarna utgjort led i en upprepad kränkning av personens integritet och gärningarna varit ägnade att allvarligt skada personens självkänsla, för grov fridskränkning till fängelse, lägst sex månader och högst sex år.

Har gärningar som anges i första stycket begåtts av en man mot en kvinna som han är eller har varit gift med eller som han bor eller har bott tillsammans med under äktenskapsliknande förhållanden, skall i stället dömas för grov kvinnofridskränkning till samma straff (SRL, 1999:845).

Den 1 juli 2001 antogs en ändring i kapitel 11, § 5 i Socialtjänstlagen för att klargöra socialtjänstens ansvar gentemot brottsoffer och anhöriga som behöver stöd och hjälp (SFS 2001:453).

Teoretisk referensram

I den amerikanska omvårdnadsteoretikern Ida Jean Orlandos modell framgår att interaktionsprocessen sker mellan sjuksköterskan och patienten i tre olika faser. I den första fasen uppmärksammas patientens beteende, i den andra fasen sjuksköterskans reaktion på patientens beteende och i den tredje slutligen sjuksköterskans agerande för att åtgärda patientens behov. Detta behov av hjälp sker i en här- och nu situation enligt Orlando (1990) och inleds genom att sjuksköterskan observerar patientens beteende både det verbala och det icke-verbala. Det verbala kan uttryckas genom frågor eller funderingar och det icke-verbala kan uttryckas via ljud som t ex. att patienten hostar, skriker eller stönar.

Observationen av patienten skapar en reaktion hos sjuksköterskan. Denna reaktion leder till nästa steg i interaktionsprocessen där hon med sin erfarenhet och kunskap kan identifiera patientens behov med sin uppfattningsförmåga. Detta innebär att hon varseblir dessa med sina fem sinnen (hörsel, syn, lukt, smak, känsel). Det som

sjuksköterskan varseblir utlöser automatiskt tankar, som leder till reflektion och tolkning över innebörden av det hon observerat. Orlando betonar självreflektionens betydelse för att förbättra sjuksköterskans praktiska yrkesutövning. Självreflektionen innebär att sjuksköterskan ställer sig frågor som: Vad ser jag? Vad tänker jag? Vad känner jag? Vad gör jag? Sjuksköterskans egna känslor och reaktioner kan leda till att tolkningen inte alltid blir rätt. För att kunna tolka rätt krävs kommunikation dem emellan för att kunna fastställa hjälpbehoven. Detta är det sista steget i interaktionsprocessen som innebär sjuksköterskans agerande för att hjälpa patienten. Sjuksköterskan och patienten försöker tillsammans få fram hjälpbehoven samt hur dessa skall åtgärdas. Sjuksköterskans roll blir att assistera med den omvårdnad, som patienten själv inte klarar av för att uppnå fysiskt och psykiskt välbefinnande (Orlando,1990).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var:

- att beskriva hur misshandlade kvinnor bör bli bemötta inom sjukvården samt vilka åtgärder som kan vidtagas för att hjälpa dem.
- att använda Orlandos interaktions modell som referensram.

METOD

Denna litteraturstudie har utförts genom att kritiskt granska och sammanställa vetenskaplig litteratur, som finns inom det valda området. Genom att granska olika studier kan motsägelser och brister upptäckas i tidigare forskningsarbeten (Backman, 1998). Litteraturstudier ger översikt av kunskapsläget inom ett specifikt område under en viss tidsperiod, litteraturen kartläggs och granskas kritiskt för att sedan analyseras och kategoriseras (Backman, 1998; Polit & Tatano, 2004).

Litteratursökning

Sökningen av litteratur och vetenskapliga artiklar till denna litteraturstudie skedde på högskolan Trollhättan/Uddevallas bibliotek (HTU) i Vänersborg samt på Åmåls stadsbibliotek. I syfte att finna relevant litteratur kan systematisk och osystematisk sökning ske enligt Nyberg (2004). Med systematisk sökning menas den sökning, som

görs i speciella databaser för att få fram artiklar, rapporter och litteratur som överensstämmer med det man vill undersöka. Den osystematiska sökningen innebär att författarna söker bland bibliotekets litteratur (Nyberg, 2004).

Litteraturstudiens systematiska sökning av artiklarna skedde i databaserna CHINAL, Academic search elite, PubMed och Science direct samt via högskolans biblioteks katalog SOFIA. Polit och Tatano-Beck (2004) anger att CHINAL och Medline är de databaser som är mest relevanta inom omvårdnadsforskning. Sökorden som användes i databaserna var på engelska: abused women, battered women, domestic violence, women, nurse, healthcare, nursing care, intimate partner violence, experiences och attitudes. Sökorden kombinerades ihop på olika sätt och gav många träffar (Bilaga 1). Författarna tog kontakt med den gemensamma Kvinnojouren Frida i Åmål/Säffle och med ROKS (Riksorganisationen för kvinnor och tjejjourer i Sverige) via e-post för att få information. Kvinnojouren Frida lånade ut en del böcker till författarna.

Urval och begränsningar

Abstrakten, som togs fram vid de olika datasökningarna studerades och ur dessa valdes de artiklar ut som innehöll fakta om misshandlade kvinnor. Artiklarna begränsades till att handla om sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv samt mötena mellan sjuksköterskan och den misshandlade kvinnan. Kravet som ställdes av författarna vid sökningen var att artiklarna skulle vara granskade och godkända dvs. ”peer-reviewed”.

Författarna har använt sig av etiskt granskade artiklar. Det innebär att varje individ som ingått i studierna har deltagit frivilligt och haft möjlighet att vara anonym (Nyberg, 2004). På grund av det stora antalet artiklar som framkom vid sökningarna, årtalen på artiklarna begränsades till att ligga inom tidsramen 1995 – 2004 för att kunna utgå från det senaste inom forskningen. Från början erhöles totalt 73 artiklar från sökningen, 53 av dessa valdes bort då innehållet inte stämde överens med syftet. De artiklar som valdes bort handlade om barn, våldtäkt och barnmorskor (Bilaga 1,2).

Analys

Analysen skedde i olika steg, först lästes abstrakten och översattes för att se om de passade in med författarnas syfte i litteraturstudien. Tjugo artiklar, som författarna

ansåg var lämpliga valdes för att analyseras mer ingående utifrån Orlandos steg i interaktionsprocessen. Målsättningen med analysen var att hitta begrepp och mönster i artiklar och textmaterial, som kunde kategoriseras utifrån syftet och Orlandos tre olika steg i interaktionsmodellen. Artiklarna lästes upprepade gånger av båda författarna för att finna de beteenden och olika tillstånd hos kvinnorna, som kunde kopplas till det första steget i interaktionsprocessen. Nästa granskning av artiklarna genomfördes på liknande sätt men här innebar det att finna olika begrepp som passade under det andra steget i processen nämligen sjuksköterskans och övrig vårdpersonals reaktioner på patientens beteende. När detta gjorts inleddes slutligen den sista fasen i granskningen för att finna åtgärder, som utfördes för att hjälpa de misshandlade kvinnorna. De begrepp och mönster som framträdde under arbetes gång markerades och översattes till svenska. Därefter kategoriserades dessa begrepp och strukturerades utifrån Orlandos tre interaktionssteg under följande rubriker:

- misshandlade kvinnors beteende
- sjuksköterskans och övrig vårdpersonals reaktioner
- åtgärder för att hjälpa den misshandlade kvinnan

I resultatredovisningen fick även Orlandos interaktionsmodell utgöra referensram med utgångspunkt från ovannämnda kategorier.

RESULTAT

Misshandlade kvinnors beteende

I en studie av Yam och Oradell (2000) framkom det att de kvinnor som sökte hjälp på en akutmottagning eller vårdcentral kunde uppvisa olika förhållningssätt både verbalt och icke-verbalt, som visade tecken på att en eventuell misshandel ägt rum. Genom kroppsspråket visade de att allt inte stod rätt till. Tecken som skam, ilska, rädsla och frustration över något kunde synas tydligt. Andra icke-verbala sätt som detta visade sig på var att de uppträdde nervöst eller visade oro över något. Verbalt kunde kvinnor avslöja tecken på misshandel genom sättet de talade på eller språket som användes. När de pratade med sjuksköterskan kunde det komma fram att mannen kontrollerade hushållets ekonomi eller att han kontrollerade kvinnan på något annat sätt (Yam & Oradell, 2000; Cox, Cash, Hanna, D'Areya-Tehan & Adams, 2001). Rädsla för att säga sanningen om misshandeln kunde göra att en del kvinnor ljög på grund av att de inte kände att det var säkert att söka hjälp. Denna osäkerhetskänsla berodde på att de hade bristande kunskaper om, vilken hjälp och skydd det fanns att få (Peckover, 2003). Denna rädsla kunde också enligt Caralis och Musialowski (1997) göra att de, som hade varit utsatta för någon form av misshandel istället sökte vård för åkommor såsom; bröstsmärtor, ätsvårigheter, sömnsvårigheter, magsmärtor, tarmproblem, missfall, ångest och kronisk huvudvärk dvs. psykosomatiska besvär.

I en studie av McCauley, Yurk, Jenckes och Fords (1998) berättade de kvinnor, som deltog att det fanns flera orsaker till varför de inte ville söka hjälp eller diskutera sin situation med någon. Det kunde bero på att de var för stolta för att gå till en mottagning och erkänna att de blivit misshandlade eller att de kände sig dumma för att de inte hade lämnat mannen tidigare (McCauley m.fl., 1998). De hade även förutfattade meningar om hur de trodde att vårdpersonalen skulle reagera när de sökte hjälp, vilket gjorde att de tvekade med att söka hjälp tidigare. De trodde att personalen inte riktigt skulle förstå vad som hade hänt med dem och därmed inte ta dem på allvar. Andra faktorer, som gjorde att de tvekade, var oro för hur deras familj och vänner skulle reagera. De var också rädda för vad som skulle hända med barnen om de anmälde mannen (Yam & Oradell, 2000). Att inte ha fått någon information om samhällsresurser eller om kvinnomisshandel från sin läkare eller en sjuksköterska gjorde dem osäkra om de skulle berätta eller inte. De kände sig osäkra, eftersom de inte visste om det var ett problem

vårt att ta upp eller om läkaren eller sjuksköterskan brydde sig om detta. De kvinnor, som beslöt sig för att berätta om sin situation ansåg att det gjorde det lättare om de hade tillfrågats av läkaren angående misshandeln och inte behövde ta upp detta själva. De som inte hade vågat säga något, uppgav att de hade vågat säga något om läkaren eller sjuksköterskan hade tagit upp diskussionen (Bacchus, Mezey & Bewley, 2002). En kvinna sa att hon berättade pga. att sjuksköterskan började samtalet med att berätta att det var vanligt att kvinnor kom dit när de hade misshandlats av sina män. Detta gjorde att hon kände sig mer bekväm i sin situation och kände att hon kunde prata med sjuksköterskan (Yam & Oradells, 2000).

Sjuksköterskors och övrig vårdpersonals reaktioner

En studie av Cox m.fl. (2001) visade att sjuksköterskor, som misstänkte att kvinnor hade blivit misshandlade, ansåg det viktigt att de försökte få fram ledtrådar, om de inte själva sade något. På en del avdelningar var det lättare att se tecken på misshandel t ex på barnavårdscentraler. Dit kom ofta kvinnorna ensamma med barnen och därmed hade de lättare att prata fritt än på en akutmottagning där männen ofta var med.

När sjuksköterskorna använde sig av den icke-verbala kommunikationen dvs. av gester och kroppsspråk kunde de visa att de brydde sig om kvinnorna. Det upplevdes betydelsefullt med ett leende, en klapp på axeln och ögonkontakt. Det var viktigt att sjuksköterskorna tänkte sig för och inte såg ned på kvinnorna pga. att de levde i ett destruktivt förhållande. Av de kvinnor som svarade i flera olika studier att de inte var nöjda med den vård de fått, berodde detta på att de hade upplevt att vårdpersonalen såg ner på dem för att de levde i ett förhållande med män som misshandlade dem (Yam & Oradell, 2000; Battaglia, Finley & Leibschutz, 2003; Belknap & Sayeed, 2003).

I en studie av Ellis (1999) framkom att sjuksköterskorna inte ansåg att deras egna reaktioner beträffande patientens beteende var korrekta förrän de själva hade kontrollerat med patienten om deras antagande var rätt. Om det inte fanns tillräckligt med tecken på misshandel var det viktigt att sjukvårdspersonalen visste vad som skulle göras för att skapa en möjlighet för kvinnan att prata om det. Andra studier har visat att en vanlig farhåga, som sjuksköterskorna och den övriga vårdpersonalen hade om att fråga kvinnor, som de trodde hade blivit misshandlade, var att de skulle ta illa upp om

de tillfrågades. Även andra orsaker som t.ex. rädsla för att problemen skulle öka i omfång en känsla av maktlöshet eller oförmåga att handskas med dessa problem framkom också (Morrison, Allan & Grunfeldt, 2000; Sethi, Watts, Zwi, Watson & McCartys, 2004). Personalen kände sig inte heller tillräckligt förberedda och tyckte att det inte var deras sak eftersom de inte hade den kunskap som behövdes. (Webster, Stratigos & Grimes, 2001) Detta menar en rad författare till andra studier kunde resultera i att tecknen och symtomen på misshandel missades och kvinnan blev kvar i sitt lidande (Cann, Withnell, Shakespeare, Doll & Thomas, 2001; Frost, 1999; Woodtli, 2000).

En vanlig reaktion från personalen som vårdade kvinnor som blivit misshandlade, menar Belknap (1999) i en studie var att de borde ha lämnat sin man. Vårdpersonalen likaväl som socialarbetarna blev ofta frustrerade då kvinnorna inte följde de anvisningar och råd som de fick (Belknap, 1999).

Åtgärder för att hjälpa den misshandlade kvinnan

Professionell vårdpersonal i primärvården eller inom någon annan vårdsektor har skyldighet att ta reda på om kvinnor utsatts för någon form av misshandel. Det är därför viktigt menar författarna till några studier att personalen känner till sjukvårdens strategier angående undersökning, remittering, lagar och rapportering för att hjälpa en misshandlad kvinna samt att de hade god kunskap om våld mot kvinnor (Bauer, Rodríguez & Péres-Stable, 2000; Woodtli, 2000).

När de kom till akutmottagningen var det viktigt att personalen var medvetna om den höga förekomsten av misshandel mot just kvinnor och vilka risker det medförde. I den akuta fasen var risk för självmord bland kvinnorna stor och det var också vanligt att de gick in i en depression. Om kvinnorna hade barn var det dessutom viktigt att de togs med in i den eventuella riskbilden. Det var också av stor betydelse att det fanns en väl utarbetad plan, om hur kontakt skulle tas med socialtjänsten, kvinnojourer, polisen och om vilka rättigheter kvinnorna har ansåg författarna (Sethi m.fl., 2004).

Cann, Withnell, Shakespeare, Doll och Thomas, 2001 samt Frost, 1999 och Woodtli, 2000 ansåg att utbildning kunde leda till att fler kvinnor upptäcktes och att attityderna gentemot de misshandlade kvinnorna kunde förändras. Sethi m.fl., 2004 påpekar även att det behövs en noggrannare förberedelse, träning och utveckling i hur vården skall fördela sina resurser, samt öka både kunskapen och förståelsen hos personalen för vilka möjligheter, som finns för de misshandlade kvinnorna.

För att de misshandlade kvinnorna i de omnämnda studierna skulle komma över de barriärer som hindrade dem från att berätta för sin läkare eller sjuksköterska, var det viktigt att de kände att de kunde lita på personalen för att orka berätta (Howe, Crilly & Fairhurst, 2002). Det är därför av stor betydelse med kontinuitet bland personalen på större mottagningar och vårdcentraler. Detta för att kunna bygga upp en bra relation och för att kvinnorna inte skall behöva upprepa sin berättelse varje gång hon söker hjälp (Morrison m.fl. 2000; Peckover, 2003; Shepard, Elliot, Falk & Regal, 1999).

Från Caralis och Musialowskis (1997) studie kunde slutsatsen dras att kvinnorna förväntade sig att läkare och annan professionell sjukvårdspersonal skulle agera som deras advokater och föra deras talan, kvinnorna förväntade sig att vårdpersonalen arbetade aktivt för att förbättra för både offret och förövaren. De hade förståelse för att läkare behövde anlita andra professionella för att kunna samordna olika kommunala verksamheter för att få ett stopp för misshandeln.

Att ställa frågor

I Belknap och Sayeed's (2003) studie framkom att som sjuksköterska gällde det att ställa frågor om misshandel på ett bra sätt, de menade att detta krävde kunskap och erfarenhet. Hur det lyckades och berodde på hur väl hon kände kvinnan och vad hon observerade för tecken på misshandel. Flera studier visade att när sjuksköterskorna ställde direkta frågor till kvinnorna kunde eventuella tecken på misshandel lättare framkomma och på så sätt kunde kvinnornas hjälpbehov identifieras (Ellis, 1999; Shepard m.fl.1999).

Även Webster m.fl. (2001) har påtalat i sin studie att frågorna skulle ställas på ett sådant sätt att den uppmuntrade kvinnan att svara. Om de inte ställdes på detta sätt kunde tillfället att förhindra och upptäcka eventuella hotbilder mot kvinnan missas ansåg de. De flesta, som kände obehag över att bli frågade om de blivit misshandlade ansåg ändå att det var bra att bli tillfrågade. Frågorna kan hända vara obehagliga och framkallade hemska minnen och känslor men de ville ändå att de ställdes till dem (Webster m.fl., 2001). Även om kvinnorna inte svarade sanningsenligt första gången, så öppnade det dörrar, som kunde göra det lättare för kvinnorna att berätta nästa gång de söker vård (Caralis & Musialowskis, 1997; Webster, m.fl. 2001).

Ett förtroende för sjuksköterskan eller läkaren kunde skapas om de visade sig vara intresserade av deras liv. Även de kvinnor, som tyckte att det var svårt att tala om misshandeln och våldshandlingarna kände att det var lättare att tala om det först efter personalen visat sitt intresse. För att visa sig engagerad bör sjuksköterskan se intresserad ut och vara lyhörd inför vad kvinnorna avslöjar. Förtroendet för läkaren eller sjuksköterskan var något som byggdes upp genom ett samspel mellan kvinnorna och läkare/sjuksköterska varje gång de träffades (Belknap & Sayeed, 2003).

För att kvinnorna inte skulle känna sig så utsatta kunde breda frågor, som hur hon hade det hemma samt om allt var bra mellan henne och hennes partner ställas i samband med ett vanligt anamnessamtal, som en vanligt återkommande rutin. Detta skulle betyda att misshandlade kvinnor inte skulle behöva känna sig utpekade, eftersom det skulle vara något som alla kvinnor tillfrågades om (Webster, m.fl., 2001).

När sjuksköterskorna i Shepards m.fl. (1999) studie sökte efter tecken på att kvinnor varit utsatta för någon form av misshandel använde sig av ett protokoll. Protokollen innehöll direkta frågor som användes av sjuksköterskorna under intervjuerna med kvinnorna. De var speciellt utformade så att förekomsten av kvinnovåldet kunde tydliggöras. Det resulterade i en ökning av antalet misshandelsfall som därmed upptäcktes. Användningen av protokollet gjorde även att sjuksköterskorna blev mer aktiva i sin information om vilka resurser som fanns att tillgå som hjälp för dessa kvinnor. Enbart användning av protokollen räckte inte utan personalen behövde även

dokumentera ordentligt i journalerna. Det fanns här en risk att detta missades och blev därför en riskfaktor, som inte får glömmas bort menar Shepard m.fl. (1999).

I en studie av Sethi m.fl. (2004) framkom det att när sjuksköterskorna tillsammans med kvinnorna hade identifierat deras hjälpbehov, var det viktigt att de tillsammans planerade vad som skulle göras angående misshandeln. Detta krävde en god kommunikation emellan dem för att deras behov skulle kunna tillgodoses.

Brister i bemötandet

I flera studier uppgav kvinnor att det var kränkande att bli tillfrågade om misshandeln på en plats som inte var avskild och där andra eventuellt kunde höra vad de pratade om. Det kändes bra att ha så lite folk som möjligt runt omkring, att bara läkaren eller sjuksköterskan deltog, eller någon som kvinnan kände att hon kunde lita på. Brist på respekt för integriteten upplevdes när de blev tillfrågade inför mannen eller den person som följt med dem till akuten. Om deras män varit med i undersöknings- eller samtalsrum gjorde detta att de inte vågade säga något om misshandeln. Det hände också att mannen då förde hennes talan (Belknap, 2002; Belknap & Sayeed, 2003). Att istället prata om misshandeln vid ett annat besök hos läkare eller sjuksköterska t ex vid undersökningar av barnen tyckte kvinnorna var bättre. Sjuksköterskan eller läkaren kunde fråga dem om eventuella övergrepp eftersom de oftast var där ensamma utan sina män och kunde då prata ostört (Webster m.fl., 2001). Några kvinnor med språksvårigheter uppgav att de aldrig blivit tillfrågade. Detta trodde de berodde på att deras män var med som tolk (Belknap & Sayeed, 2003).

Vid några andra studier framkom det uppfattningar som kvinnor hade om sjuksköterskorna, var att de hade en bristande förmåga att bry sig om dem. Sjuksköterskorna betedde sig, som att de enbart gjorde sitt jobb utan att bry sig om eller fråga något bara för att få dem därifrån så fort som möjligt (Yam & Oradell, 2000). När sjuksköterskorna skulle prata med kvinnorna hade de ett hastigt och brådskande sätt. De upplevde det som om de var allt för upptagna för att engagera sig och trodde att de inte hade tid med dem. Det hade varit till hjälp om sjuksköterskan tagit sig mer tid med att lyssna och prata med dem ansåg kvinnorna. De menade att det var sjuksköterskornas arbete, så de tyckte att de borde ha varit mer förstående och villiga

att hjälpa dem. Men kvinnorna ansåg att sjuksköterskorna och läkarna enbart såg till de synliga och behandlingsbara skadorna som att sy ihop kvinnan och plåstra om henne efter misshandeln och ge henne papper att anmäla mannen (Yam & Oradell, 2000; Bacchus m.fl., 2002).

Kvinnorna tyckte också att de skulle bry sig mer om de psykiska problem som misshandeln för med sig och menade att problemet inte bryts på detta sätt. En kvinna sa att hennes man hade skickats på terapi medan hon själv inte fick någon hjälp alls att gå vidare och en annan kvinna fick rådet att åka på semester (Yam & Oradell, 2000; Bacchus, m.fl., 2002). En annan studie där en kvinna berättade vad som hänt med henne, så skrev sjuksköterskan bara ner var skadorna fanns och frågade sedan inget mer. Kvinnan tyckte att sjuksköterskan eller läkaren kunde ha sagt: Det här som hänt är inte rätt. Om du vill prata så finns jag här. De kunde ha berättat mer om vad som skulle ha kunnat göras för henne menade författarna (Yam & Oradell, 2000).

Luthenbacher, Cohen och Mitzels (2003) tar upp en liknande händelse där en kvinna berättade att när den sjuksköterska, som undersökte henne upptäckte alla hennes blåmärken, frågade om hon hade varit med om en bilolycka. När kvinnan svarade att hon blivit misshandlad av mannen, så sade sjuksköterskan inget och gjorde heller inget åt detta problem. Detta upplevdes som om sjuksköterskan inte brydde sig och inte ville hjälpa henne och inte riktigt var deltagande när hon vårdade henne.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Till denna studie användes artiklar som vi anser svara upp till vårt syfte med studien. Litteratur sökningen genomfördes till huvudsak i de olika databaserna med ett varierande antal träffar. Många artiklar granskades men de flesta var inte användbara då de helt enkelt inte passade in i arbetet. Artiklar publicerade år 1995 – 2004 valdes för att de skulle vara så aktuella som möjligt. Det var svårt att hitta aktuella studier som var gjorda i Norden varför de flesta kommer från länder utanför Norden. De artiklar som författarna fann som var skrivna av svenskar var riktade till barnmorskor, vilket var en av de begränsningar som författarna hade satt upp. Vi tyckte att det var

anmärkningsvärt samt förvånande att Sverige som är ett betydande land inom medicinsk omvårdnadsforskning inte hade skrivit fler artiklar om hur situationen är i Sverige. Förhoppningsvis kommer fler att forska inom området nu när problemet har lyfts fram i ljuset både i dagspressen och i undersökning av Lundgren, Heimer, Westerstrand, & Kalliokoski (2001). Vi fann andra artiklar skrivna av svenskar men dessa berörde inte den del av området, som vi valt att skriva om.

Vi har granskat alla artiklarna med kritiska ögon för att se om de var etiskt riktiga, vi läste igenom artiklarnas metodbeskrivning där det stod att kvinnorna i studierna. De tillfrågades och valde frivilligt att de ville vara med, lovades anonymitet och hade även möjlighet att hoppa av om de inte skulle vilja vara med längre. För att strukturera upp artiklarna ville vi använda oss av en teoretisk referensram. Vid valet av omvårdnadsteoretiker, föll först blickarna på Jean Watsons 14 punkter men det var svårt att få ihop innehållet under dessa. Efter en diskussion vi haft angående flera omvårdnadsteoretiker enades vi om att Ida Jean Orlandos teori passade bra. Orlandos interaktionsteori (1990) bygger på samspelet mellan sjuksköterskan och patienten. För att analysera artiklarna markerades olika begrepp som passade in under de tre stegen i interaktionsprocessen vilket gjorde att en struktur växte fram.

Det har varit en fördel att vara två författare då analyser, reflektioner och diskussioner om artiklarnas innehåll kunnat göras tillsammans av författarna.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur misshandlade kvinnor bör bli bemötta inom sjukvården samt vilka åtgärder som kan göras för att hjälpa dem med Orlandos interaktionsmodell som referensram. Författarna hade inte förväntat sig denna stora utbredning av kvinnovåldet. Men vad som förvånade författarna var att de inte fann flertalet artiklar som var skrivna på svenska som var användbara i litteraturstudien. Vidare genom resultatdiskussionen kommer författarna att använda sig av Ida Jean Orlando som en diskussionsgrund mot vad som framkommit i resultatet samt författarnas egna reflektioner. Då förtroende och tillit är något som skapas under det första mötet mellan kvinnan och sjuksköterskan, är det extra viktigt att det blir ett bra

möte då hon behöver känna att hon kan lita på sjuksköterskan för att kunna gå vidare i omvårdnadsprocessen enligt Orlando (1990).

De misshandlade kvinnornas sätt att söka kontakt och hjälp varierar och därför är det till stor hjälp för dem om sjuksköterskan och all annan vårdpersonal är uppmärksamma på de signaler och tecken som de sänder ut (Björck & Heimer, 2003). I kommunikationen dem emellan är det viktigt att sjuksköterskan är observant på hur kvinnan konverserar med henne. Det kan vara så att hon inte avslöjar något verbalt men kanske via det sätt hon uppträder, genom att hon kanske är rädd och frustrerad.

Orlando (1990) påpekar att om patienten inte själv kan tillfredställa det behov som hon har så kan detta ses i hur hon uppträder. Dessa kvinnor är i en situation där de behöver hjälp här och nu för att kunna leva ett bra och hälsosamt liv, detta avspeglar sig i hur de beter när de tar kontakt med vårdsektorn. Orlando (1990) beskriver omvårdnad som en interaktionsprocess, där tyngdpunkten ligger på det som sker här och nu. Sjuksköterskans erfarenhet och kunskap hjälper henne att identifiera patientens hjälpbehov och se vad som skall göras för att patienten skall uppnå bästa möjliga välbefinnande både psykiskt som fysiskt. Eftersom all sjukvårdspersonal har ett ansvar att upptäcka och identifiera ohälsa samt att ge den medicinska och psykosociala omvårdnaden som de behöver (SFS 1982:763, § 2a och 2b) så åligger det personalen att aktivt leta efter tecken på misshandel.

Då det är viktigt att förstå att kvinnorna är utsatta för multitrauman och att detta ställer större krav på sjuksköterskan, eftersom kvinnan är skadad både fysiskt och psykiskt men även rättsligt och socialt, blir hennes tillit till andra människor dålig. Sjuksköterskan kan om hon är stressad och visar det, sända ut signaler att hon inte har tid, vilket kan göra att kvinnorna inte känner att någon vill ta sig tid och lyssna på dem. Men det är just det som dessa kvinnor behöver, någon som tar sig tid lyssna utan att döma eller lägga in några egna värderingar, någon som kan lyssna empatiskt. Med empatiskt lyssnande menas att kunna sätta sig in i andras tankar och känslor (Larsson & Brottsofferjourernas Riksförbund, 2003).

Tyvär är det så att många inom vårdsektorn enligt Widding-Hedin (1997), som inte vågar ställa den obehagliga frågan till kvinnorna då de är rädda för att förolämpa kvinnan eller för vad de kommer att finna för svar. Även många av de använda studierna i resultatet, visar på att flertalet av sjuksköterskorna och övrig personal tror att kvinnorna skulle ta illa upp om de fick frågan om eventuell misshandel. Detta stämmer inte överens med vad kvinnorna själva påpekar, nämligen att frågan skall ställas även om den kan återkalla hemska minnen. De föredrar att frågan ställs så att allt kan uppdagas och de kan få hjälp. Att ha en god kommunikation och ställa direkta frågor är viktigt, även att ha en väl utarbetad plan över hur tillvägagångssätten med kontakter med socialtjänst, kvinnojourer och polisen kommer att ske för att behandlingen av kvinnorna skall bli lyckosam. Det är viktigt att sjuksköterskorna med sin kunskap och erfarenhet aktivt letar efter tecken på misshandel för att kunna urskilja patientens behov av hjälp.

Studier av Shepard m.fl. (1999) och Sethi, m.fl. (2004) har påvisat att användning av ett protokoll leder till att flera fall kan upptäckas om detta använts kontinuerligt. Men enbart användning av protokoll räcker inte utan det är även viktigt att det dokumenteras ordentligt för att säkerheten skall kunna upprätthållas. En väl utförd dokumentation kan vara till fördel för kvinnan även i rättsfrågor då denna kan stärka hennes vittnesmål angående hennes skador som uppstått av misshandeln (Widding-Hedin, 1997).

Miljön var kvinnorna befinner sig då frågan om misshandel ställs har en stor betydelse, det är viktigt att kvinnorna inte frågas i en störande miljö där någon kan ha möjlighet att höra vad kvinnorna berättar. Rädslan kan utgöra ett stort hinder för kvinnorna, de kan vara rädda för mannen, att han skall skada barnen eller ta dem ifrån kvinnan. Ett annat hinder för kvinnorna kan vara att de inte kan tala språket i det land som de befinner sig i utan mannen är med som tolk för kvinnorna. Därför är det viktigt att mannen inte tolkar åt kvinnorna i eventuella misshandelsfall (Larsson & Brottsofferjourernas Riksförbund, 2003).

I flera av studiernas resultat framkommer det att personalen inte har tillräckligt med kunskaper för att kunna ta sig an problemet på ett bra sätt och därför missar att upptäcka misshandeln. Det framkommer även att vårdpersonalen behöver extra träning

och stöd i hur de bemöter och tar hand om misshandlade kvinnor. Författarna anser att vårdpersonalen inte ger en bra omvårdnad. Vi anser att även, om personalen tycker att de har för dålig kunskap, borde skaffa sig den information som de behöver för att bedriva en bra och säker vård.

KONKLUSION

Det analyserade materialet påvisar sjuksköterskans och övrig vårdpersonals brist på kunskap om kvinnomisshandel. De misshandlade kvinnorna är en grupp som är mycket utsatt och behöver stöd och omsorg. Kvinnorna vill bli tillfrågade om de blivit utsatta för misshandel men vårdpersonalen vågar inte ställa frågorna i rädsla för att kränka kvinnorna. Därför är det viktigt att sjuksköterskan lär sig att se de olika tecken som kvinnorna visar eller uttrycker verbalt eller icke-verbalt. För att sjuksköterskor och annan vårdpersonal ska kunna känna trygghet behöver de utbildning inom området. När de fått det kommer de att ställa de obekväma frågorna och lyssna på svaren, eftersom de då känner sig säkrare i sin yrkesroll. Om frågorna ställs kontinuerligt kommer allt fler misshandlade kvinnor att upptäckas och få den hjälp de behöver. Frågorna skulle kunna ställas till kvinnan som en rutinfråga vid den rutinmässiga anamnesupptagningen. Vår studie har påvisat att kvinnans lidande kan lindras av sjuksköterskans omsorg. Genom att sjuksköterskan är observant och aktivt letar efter tecken så kan fler upptäckas och hjälpas ur sina destruktiva förhållanden. Om kvinnan kan få känna sig respekterad och betrodd, kan det göra att hon inte behöver känna skam för vad hon blivit utsatt för och finna sin styrka att ta sig ur sitt våldsamma förhållande.

REFERENSER

- Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2002). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and social care in the community*. Vol 11,10-18.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Battaglia, T., Finley, E. & Liebschitz, J. (2003). Survivors of intimate partner violence speak out- Trust in the patient-provider relationship. *Journal of general intern medicine*. Vol 18, 617-623.
- Bauer, H., Rodríguez, M. & Péres-Stable, E. (2000). Prevalence and determinants of intimate partner abuse among public hospital primary care patients. *Journal of general internal medicine*. Vol 15, 811-817.
- Belknap, R. (1999). Why did she do that? Issues of moral conflict in battered women's decision making. *Mental health nursing*. Vol 20, 387-404.
- Belknap, R. & Sayeed, P. (2003). Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask. *Health care for women international*. Vol 24, 723-737.
- Bergmark, B. & Hamne- Lundberg, G. (1995). *Stryptag, famntag, klapp eller död- en reportagebok om kvinnomisshandel*. Eslöv: ESC Grafisk Produktions Ab.
- Björk, A. & Heimer, G. (2003). I G. Heimer & B. Posse (Red). *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H. & Thomas, J. (2001). Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge and attitudes in healthcare workers. *Public Health*. Vol 115, 89-95.
- Canow, I. (2004). *Kriminalstatistik 2003- Criminal statistics- official statistics of Sweden*. BRÅ-rapport 2004:2. Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri.
- Caralis, P., & Musialowski, R. (1997). Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern medical journal*. Vol 90 (11), 1075-1080.
- Cox, H., Cash, P., Hanna, B., D'Arej-Tehan, F., & Adams, C. (2001). Risky business: Stories from the field of rural community nurses' work in domestic violence. *Australian Journal Rural Health*. Vol 9, 280-285.
- Eliasson, M. (1997). *Mäns våld mot kvinnor*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ellis, J-M. (1999). Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Critical Care Nursing Quarterly*. Vol 22(1), 27-41.

- Frost, M. (1999). Health visitors' perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. *Journal of advanced nursing*. Vol 30 (3), 589-596.
- Howe, A., Crilly, M. & Fairhurst, R. (2002). Acceptability of asking patients about violence in accident and emergency. *The Emergency medicine journal*. Vol 19,138-140.
- Häll, L. (2004). *Offer för våld och hotelser bland män och kvinnor 1980-2003*. Levnadsförhållanden. Statistiska Centralbyrån.
- Larsson, E. & Brottsofferjourernas Riksförbund. (2003). *Närhet som gör ont - om våld mot närstående*. Göteborg.
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J. & Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen dammäns våld mot kvinnor en omfångsundersökning*. Stockholm: Fritez offentliga publikationer.
- Luthenbacher, M., Cohen, A. & Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public health nursing*. Vol 20(1), 56-64.
- Magne-Holme, I. & Krohn-Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- McCauley, J., Yurk, R., Jenckes, M. & Ford, D. (1998). Inside Pandora's box: Abused women's experiences with clinicians and health services. *Journal of general internal medicine*. Vol 13, 549-555.
- Morrison, L., Allan, R. & Grunfeld, A. (2000). Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. *The Journal of emergency medicine*. Vol 19(2), 117-124.
- Nilsson, L. (2002). *Våld mot kvinnor i nära relationer - en kartläggning*. BRÅ-rapport 2002:14. Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Orlando, I.J. (1990). *The Dynamic nurse -patient relationship*. New York: National League for Nursing.
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Peckover, S. (2003). I could have just done with a little more help: an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence. *Health and social care in the community*. Vol 11, 275-282.
- Polit, D. & Tatano-Beck, C. (2004). *Nursing Research- Principles and Methods*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Rying, M. (2001). *Dödligt våld mot kvinnor i nära relationer*. BRÅ-rapport 2001:11. Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri.
- Sethi, D., Watts, S., Zwi, A., Watson, J & McCarty, C.(2004). Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*. Vol 21,180-184.
- Shepard, M., Elliott, B., Falk, D & Regal, R.(1999). Public Health Nurses' Responses to Domestic Violence: A Report from the Enhanced Domestic Abused Intervention Project. *Public health nursing*. Vol 16(5), 359-366.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1995:60. *Kvinnofrid*. Huvudbetänkande av kvinnovåldskommissionen. Stockholm: Fritzes.
- Sveriges Rikes Lag (2004). *Grov kvinnofridskränkning 1999:845*. Stockholm: Thomson Fakta AB.
- Webster, J., Stratigos, S., & Grimes, K. (2001). Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. *Midwifery*. Vol 17, 289-294.
- Widding-Hedin, L. (1997). *Det kan hända vilken kvinna som helst- en handbok om bemötande av kvinnor som blivit utsatta för misshandel och sexuella övergrepp*. Smedjebacken: Anamma Böcker.
- Woodtli, A. (2000). Domestic violence and the nursing curriculum: tuning in and tuning up. *The Journal of nursing education*. Vol 39, 173-182.
- Yam, M. & Oradell, N.J. (2000). Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experiences. *Journal of emergency nursing*. Vol 26, 464-470.

Bilaga 1. Översikt över artikelsökning

Databas	Sökord	Träffar	Granskade	Använda
CINAHL	Battered women AND healthcare	97	8	2
	Domestic violence AND experience	474	10	3
Academic Search elite	Domestic violence AND nursing attitudes	5	1	0
	Domestic violence AND nursing care	31	5	3
	Nurses AND domestic AND violence	28	3	1
	Battered women AND nursing care	3	0	0
	Battered women	150	2	1
	Abused women AND experiences	60	2	2
Pub Med	Battered women	148	9	3
	Battered women AND nursing care	4	1	0
	Battered women AND experiences of health care	26	5	1
	Intimate partner violence	289	5	1
Science direct	Battered women	82	2	1
	Abused women	65	2	0
	Domestic violence	547	5	2
Summa antal artiklar i sökning totalt		2877	73	20

Bilaga 2. Sammanställning av artiklarnas innehåll

Författare/År	Metod	Översiktligt innehåll
Bacchus, m.fl., 2002	Kvalitativ intervjustudie med 16 kvinnor	Undersöker hur misshandlade kvinnor upplever att söka hjälp
Battaglia, m.fl., 2003	Kvalitativ intervjustudie med 27 st deltagare	Undersöker viktiga förhållningssätt av sjukvårdspersonalen.
Bauer, m.fl., 2000	Kvalitativ intervjustudie med 734 deltagare	Undersöker hur utbrett och vanligt förekommande det är med övergrepp av patienter inom primärvården.
Belknap, 1999	Kvalitativ studie. Med 18 st deltagare	Försöker att beskriva och skapa en förståelse. Över de moraliska dilemman som kvinnorna upplever i ett misshandelsförhållande.
Belknap & Sayeed 2003	Kvalitativ intervjustudie med 7 st deltagare	Redogör för kvinnornas tankar och upplevelser om att bli tillfrågade om ev. misshandel.
Cann, m.fl., 2001	Kvalitativ intervjustudie med 685 st deltagare	Studien jämför skillnader mellan vilken kunskap, attityd och respons som finns hos vårdpersonalen
Caralis & Musialowski 1997	Kvalitativ intervjustudie med 406 kvinnor.	Beskriver kvinnornas upplevelser av familjevåld och deras attityder och förväntningar på sjukvården.
Cox, m.fl. 2001	Kvalitativ intervjustudie med 24 kommunalt anställda sjuksköterskor	Beskriver hur sjuksköterskorna söker efter ledtrådar. Hur de hjälper olika kvinnor och att det kan vara riskabelt att hjälpa dessa kvinnor.
Ellis, 1999	Kvalitativ intervjustudie med 101 legitimerade sjuksköterskor	Identifierar barriärer som hindrar sjuksköterskorna från att effektivt undersöka ifall en kvinna blivit utsatt för våld.
Frost, 1999	Kvalitativ intervjustudie med 12 st vårdpersonal.	Handlar om personalens upplevelser om våld mot kvinnor och om deras behov av utbildning.

Howe, m.fl., 2002	Kvalitativ intervjustudie med 281 kvinnor	Undersöker vad patienter som kommer till en akutmottagning tycker om att tillfrågas om kvinnomisshandel
Luthenbacher, m.fl., 2003	Kvalitativ studie 24st deltagare	Beskriver faktorer som påverkar att en kvinna stannar kvar/lämnar en man som misshandlar henne.
McCauley, m.fl., 1998	Kvalitativ studie med 21 kvinnor	Undersöker attityder och upplevelser hos misshandlade kvinnor för att upptäcka vad som hjälper eller hindrar dem från att berätta om misshandeln
Morrison, m.fl., 2000	Kvalitativ studie med 343 kvinnor	Undersöker hur direkta frågor till kvinnor som söker hjälp på en akutmottagning kan förbättra mötet.
Peckover, 2003	Kvalitativ intervjustudie med 16 kvinnor.	Beskriver hur misshandlade kvinnor upplever det är att söka hjälp hos sjukvården.
Sethi, D, m.fl., 2003	Kvalitativ intervjustudie med besökande under 22 olika skift.	Undersöker förekomsten av familjevåld och hur utbrett det är.
Shepard, m.fl., 1999	En kvalitativ studie med kvinnor som ingick i ett mamma-barn program.	En studie som belyser effekten av att använda ett protokoll som hjälpmedel för att söka efter familjevåld.
Webster, m.fl., 2001	Kvalitativ intervjustudie i form av skriftliga frågor 1313 deltog.	Beskriver hur kvinnor upplever att bli frågade om ev. misshandel vid ett rutinmässigt besök på någon vårdhet.
Woodtli, 2000	Kvalitativ intervjustudie med 13 st personal i USA	Undersöker brister som personalen upplever i möten med våldsutsatta kvinnor.
Yam, & Oradell, 2000	Kvalitativ studie med ett fenomenologiskt perspektiv. En intervjustudie .	Beskriver de misshandlade kvinnornas upplevelser under deras vistelse på akutmottagningen

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Box 1236

462 28 Vänersborg

Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99

www.htu.se