



Vårdpersonalens möte med våldsutsatta kvinnor

Författare: Marita Drottz & Ann-Catrin Olsson

Handledare: Marita Eriksson

Enskilt arbete i omvårdnad, 10 poäng, fördjupningsnivå I

Sjuksköterskeprogrammet 120p SSK 01:V

Institutionen för omvårdnad

December 2003

Arbetets titel: Vårdpersonalens möte med våldsutsatta kvinnor
Health care staffs' encounter with battered women

Författare: Marita Drottz och Ann-Catrin Olsson

Handledare: Marita Eriksson

Institution: Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I

Antal sidor: 29

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01:V
December 2003

ABSTRACT

Violence against women is a serious problem in society and an expression for lack of equality between the sexes. Domestic violence could cause the symptoms for which women consult health care. When health care possessed the necessary knowledge about violence against women they were more able to manage to give the care that these women needed. The purpose of this study was to elucidate the specific support a nurse could give the battered women. The method used was studies of the literature. Data consisted of scientific articles that were published in the years 1990-2003. When data were analysed, a pattern was seen and different categories were created. The results showed that several women experienced that nurses did not have the knowledge needed for meeting and communicating with them. The nurses were afraid of asking and uninterested in finding out the underlying reasons for the physical injuries. The study also showed that ignorance often was the reason for the defective encounter and treatment of battered women in health care. Furthermore, research showed that education and knowledge about what abuse could cause and lead to for the women benefited both the health care and the patient.

Keywords: battered women, domestic violence, nursing attitude, partner abuse, violence against women

Nyckelord: familjevåld, misshandlade kvinnor, partners smädande, våld emot kvinnor, vårdens attityder

INNEHÅLL

BAKGRUND	1
Historik	1
Vad är kvinnomisshandel	1
Olika former av misshandel	2
Psykologiska och sociala faktorer	3
Misshandelns tre faser	4
Statistik över kvinnomisshandel	5
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	6
METOD	6
Litteratursökning	6
Urval	7
Analys	10
RESULTAT	11
Misshandlade kvinnors upplevelser av vårdpersonalens bemötande	11
Att inte bli hjälpt	11
Att inte bli tagen på allvar	11
Att kommunikationen brister	12
Att bli förstådd	12
Brister i vårdpersonalens bemötande gentemot de misshandlade kvinnorna	13
Fördömande attityd	13
Brister i utbildning och träning att identifiera misshandlade kvinnor	14
Svårigheter i kommunikationen	16
Förbättrat stöd	17
Ökad kunskap	17
Interventioner	18
Förtroendefullt bemötande	18
RESULTATSAMMANFATTNING	20
DISKUSSION	22
Resultatdiskussion	22
KONKLUSION	25
REFERENSER	26

Vi är två kvinnliga studenter som läser till sjuksköterska och när vi var på praktik mötte vi en kvinna som blivit misshandlad. Detta gjorde att vi blev uppmärksamma på att misshandlade kvinnor inte blev bemötta på ett bra sätt vilket ledde till att vi ville se om man kunde förbättra bemötandet gentemot misshandlade kvinnor. När vi under vår praktik gick runt och hälsade på patienterna, och kom in på rummet där den misshandlade kvinnan befann sig, blev det en märkbar förändring i vår dialog till kvinnan. Kvinnan bad att få prata med någon ur personalen vid senare tillfälle. Flera frågor dök upp om vad vi skulle säga och hur vi skulle bemöta henne. Detta gjorde oss både osäkra och en aning rädda att möta just henne. Erfarenheten tydliggjorde bristen på kunskap om att möta och bemöta kvinnor som misshandlats.

BAKGRUND

Historik

Historien visar att kvinnor inte har räknats lika mycket som män. Kvinnor har varit underordnade män sexuellt, ekonomiskt och politiskt och betraktats som mannens ägodel. Fram till år 1965 var det fritt fram för en äkta man att våldta sin hustru. I Sverige dröjde det länge innan kvinnor fick laglig rätt att bestämma över sig själva.

På 1970-talet startade de första kvinnojourerna i Göteborg och Stockholm och 10 år senare fanns ett hundratal kvinnojourer. Vi kan prata om en folkrörelse, nya folkrörelser startar överallt (Bolin, 1987). På 1970-talet betraktades inte kvinnomisshandel så som det ses idag, utan det var accepterat att slå kvinnan. Det som hänt från 1970-talet fram tills slutet på 1980-talet är en mindre revolution. Kvinnomisshandel, våldtäkt och prostitution förklarades utav kvinnans beteende. De handlingar mannen gjorde mot offret kunde han inte göras ansvarig för på grund av de känslor hon väckt hos mannen. Hustrumisshandeln sågs som en privat angelägenhet och det grova våldet angick oss inte och en örfil fick man väl tåla. Synen på detta har förändrats och i dag har det fått ett namn och är på väg att göras synligt (Bolin, 1987; Lövkrona, 2001).

Vad är kvinnomisshandel

I Sverige finns det ingen lag som bara behandlar kvinnomisshandel. Lagen om misshandel är könsneutral och därför finns det ingen specifik rubrik om

kvinnomisshandel. I lagtexten om misshandel så vänder sig texten klart och tydligt till misshandel mellan män som inte är bekanta med varandra. Kvinnomisshandel behandlas som vilket misshandelsbrott som helst. Det finns ett förslag till lagändringar i huvudbetänkandet av kvinnovåldskommissionen (SOU 1995:60). I lagtexten definieras misshandel som normal fysisk misshandel. För att anse att misshandelsbrott föreligger så förutsätts att gärningsmannens uppsåt varit att skada. Med misshandel menas att någon orsakar en annan person kroppsskada, sjukdom eller smärta eller försätter honom i vanmakt eller annat sådant tillstånd. Det finns brottsrubriceringar i lagtexten på de handlingar och övergrepp kvinnor oftast utsätts för.

Kvinnomisshandel innebär att en kvinna utsätts för upprepad misshandel av sin nuvarande eller före detta man, fästman, sammanboende eller pojkvän. Misshandeln kan till karaktären vara fysisk, sexuell och psykisk. Den upprepas vanligen och tenderar att öka inom relationen. För det mesta handlar det om en maktutövning och styrkedemonstration, mer sällan att en svagare ger sig på en starkare. Det är den vanligaste definitionen enligt Bolin (1987) och Lövkrona (2001).

Olika former av misshandel

Aktiv fysisk misshandel är lättast att känna igen och kännetecknas av örfilar, knuffar i väggen eller mot dörren, knytnävsslag, huvud som dunkas i golvet, knä mot underlivet, hopp på magen, stryptag, hår som slits av, misshandel med kniv, sax eller flaska. Kriminalkommissarie Jonny Jonsson beskriver att slagen ofta riktar sig mot ansiktet ”mot munnen som pratar och ögat som anklagar” (Bolin, 1987 sid. 33).

Passiv aktiv misshandel innebär att mannen på olika sätt hindrar kvinnan att få sina grundläggande fysiska behov tillgodosedda, nekar till föda, värme, tandvård och medicin med mera.

Aktiv psykisk misshandel kan vara nedsättande ord, kvinnoförakt, ironiserande, trakasserande, kränkande och sårande. När mannen sätter det i system och kombinerar det med fysiskt våld eller hot om våld, då har det ett tydligt syfte nämligen att krossa och tillintetgöra. Den psykiska misshandeln är osynlig och svår att komma åt.

Passiv psykisk misshandel är när ingen ser kvinnan, ingen lyssnar eller hör på henne. Detta kan minska hennes jagmedvetande, vilket innebär att hon får svårt att tolka och förstå vad hon ser och hör, svårt att lita på sina sinnesintryck och svårt att hålla isär vad som händer utanför och inom sig själv. För att detta ska ske behövs känslomässig isolering. Det räcker att betrakta en annan människa som luft för att få hennes självkänsla och tillit att krympa (Bolin, 1987).

Det materiella våldet innebär att mannen använder våld som riktar sig till kvinnan och barnen. Han kan sparka in dörren, välla möbler och blomkrukor. Han kan slå sönder den ärvda vassen eller älsklingskoppen, riva sönder barnens skolböcker och förstöra deras kassetband med musik. Detta skapar en hotfull och oförutsägbar atmosfär (Weinehall, 1997).

Psykologiska och sociala faktorer

Yttre förhållanden som arbetslöshet och social isolering kan utlösa våldet, även alkohol har betydelse. Kvinnovåldet är framträdande i miljöer av social misär och utslagning, men också män i välordnade förhållanden misshandlar. Den första händelsen är viktig och blir ofta början till ett misshandelsförhållande där våldet trappas upp. Spåren är uppenbara hos den vuxne. Det kan vara glömda besvikelser, förnekad barndom och väl instängd ångest. Alla bär på sådana minnen från barndomen som med hjälp av försvarsmekanismerna förpassat till det omedvetna. Det kan vara förnekande och förvanskade känslor från en sårbar barndom som kommer fram under misshandelssituationen. Ofta är det bagateller som utlöst misshandeln, kvinnan kan ha sagt eller gjort något som väckt gamla känslor till liv hos mannen eller missat något till exempel att maten skall stå på bordet när mannen kommer hem (Bolin, 1987; Lövkrona, 2001). Den vanligaste utlösande faktorn är dock svartsjuka, ofta är mannen extremt svartsjuk och har ett sjukligt behov av att kontrollera. Svartsjukan härstammar från rädslan av att inte duga. Den nya kvinnorollen är ett hot mot den traditionella mansrollen.

Kvinnorollen verkar hotfull och skrämmande för män som sitter fast i ett patriarkaliskt mönster (Bolin, 1987). Det finns fortfarande män med trista fasoner, som kräver att maten ska stå på bordet, grymtar när kvinnan går på kvällskurser och om hon arbetar

heltid. En del gör det för att de är bortskämda, för andra är det manlig tradition. Dessa män tappar självkänslan om de inte är överordnade kvinnan. Att kvinnan underordnar sig sin partner leder sällan till någon bra relation menar Eklund–Moroney och Reuterskiöld (1998) och Widding Hedin (1997, 2002). Gräl och kriser blir det i nästan alla förhållanden. Båda brukar veta var gränsen går och inser om det är värt att fortsätta tillsammans. Män har i allmänhet spärrar att ta till mot våld. När dessa spärrar fattas mannen kan det vara en varningssignal för kvinnan. Misshandlaren vill ha makt och kontroll, han är redan från början ute efter en annan relation. Misshandlare är ofta populära i sällskap med andra människor, utseende, stil och charmiga män som strör mycket komplimanger omkring sig kan vara ett observandum för kvinnan (Eklund–Moroney & Reuterskiöld, 1998).

Kvinnomisshandlaren avslöjar sig inte med en gång, han tar tid på sig så att kvinnan hinner anpassa sig. Han vet hur han ska få grepp om kvinnan - genom både charm, hot, våld och kontroll. Han hjärntvättar kvinnan så att kvinnan till slut blir helt beroende av honom (Eklund-Moroney & Reuterskiöld, 1998). Mannen döljer sin rätta karaktär, och de okända sidorna hos mannen som skulle ha gjort kvinnan betänksam kommer smygande in i förhållandet. Kvinnan upptäcker dem inte förrän relation och samliv etablerats. Vanligt att det börjar med aggressivitet mot kvinnan och barnen när mannen inte får sin vilja fram. Han kan också vara stökig och bråkig, och undan för undan börja bygga upp en auktoritär regim till kvinnans föräldrar och vänner. Han försöker isolera kvinnan, så hon endast har tillgång till en auktoritet, honom själv och med tiden ingen annan enligt Bergmark (1995) och Lövkrona (2001). Alldeles för många fortsätter att leva ihop med en misshandlare hur fruktansvärt de än blir slagna. Faktorer som påverkar kvinnan att stanna kvar hos mannen är barnen, ekonomiska skäl, rädsla för ensamhet eller för att bli socialt utstötta. Var tredje kvinna stannar kvar av rädsla att bli dödad om hon lämnar misshandlaren enligt Eklund-Moroney & Reuterskiöld (1998).

Misshandelns tre faser

Uppladdningen är den första fasen där spänningen långsamt ökar. Det kan förekomma en del gräl och konflikter. Kvinnan pressar ner sin vrede för att inte väcka mannens. Till slut har spänningen nått en gräns och då kan kvinnan göra något för att utlösa våldet. Nu kommer uttömningsfasen, där våldet bryter fram och får utlopp. Därefter en

avspänningsfas där mannen är ömsint och ångerfull. Efter misshandeln är kvinnan chockad och drabbas av psykologiska reaktioner som till exempel nervositet, nedstämdhet, sömnlöshet och depression (Lundgren, 2001). Det finns ofta ett ömsesidigt beroende av varandra. Kvinnan har vanligtvis låg självkänsla och behöver känna att hon behövs. De riskerar att gå under utan den andra, utan att få näring och värme. Kvinnan är ofta beredd att betala priset - rädsla, hugg och slag - för att få mannens kärlek i tredje fasen (Bolin, 1987).

Statistik över kvinnomisshandel

Undersökningar som Statistiska centralbyrån (SCB) har gjort om levnadsförhållanden är de så kallade ULF - undersökningarna (undersökningar om levnadsförhållanden). SCB studerar sedan år 1974 levnadsförhållanden hos slumpmässigt utvalda personer i åldern 16-84 år. Undersökningarna visar på en stabil utveckling av våld och hot sedan år 1978. Enligt ULF - undersökningarna har under år 1989 165 000 personer utsatts för våld. För cirka 110 000 var våldet så allvarligt att kroppsskada blev till följd. Av dessa blev 45 000 tvungna att uppsöka läkare, tandläkare eller sjuksköterska (SCB, 1995). En studie av Socialstyrelsen (1990) på Sabbatsbergs sjukhus år 1988/89 tyder på att antalet som utsatts för våld ökat. Av ensamstående kvinnor med barn har 44 % varit med om en våldshändelse, som inte rapporterats till polisen. Orsaken till detta var att gärningsmannen var känd för kvinnan eller rädsla för repressalier (SCB 1995 i Renck, 1997). Renck (1997) hävdar att all statistik inte är tillförlitlig.

Det görs 20 000 polisanmälningar per år om misshandel av kvinnor men mörkertalen är stora. Statistiskt sett kommer en eller två flickor i varje skolklass att bli misshandlade. En eller två pojkar per klass kommer att slå sina flickvänner. Cirka 80 % av anmälningarna är riktade mot en man hon känner. I åtta fall av tio har misshandeln skett inomhus. Misshandlaren kan vara lärare, lantbrukare, läkare, polis, idrottsledare eller åklagare. Han kan gömma sig bakom ett gott anseende utåt och en fin villafasad. Misshandeln är klasslös (Eklund – Moroney & Reuterskiöld, 1998). Det kan hända vilken kvinna som helst oavsett ras, etnisk tillhörighet, ålder, socioekonomisk status eller utbildningsnivå enligt Widding Hedin (1997).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Kvinnan som har utsatts för våld har ofta fysiska besvär så som huvudvärk, återkommande värk i kroppen, magbesvär, domningar i ben/arm, hjärtklappning, illamående och kräkningar, yrsel, darrhänthet och svettningar utan ansträngning.

Det finns också ett samband mellan erfarenheter av våld och psykiska besvär. De besvär som kvinnan upplever av psykisk karaktär är överansträngning, försämrat minne eller koncentrationsförmåga, kraftlöshet och trötthet, svårigheter att sova, nervositet, lättirriterad, nedstämdhet och depression. Känslor av rädsla, skuld och skam är framträdande hos kvinnan som utsatts för våld enligt Lundgren m.fl. (2001). Beskrivningen visar i vilket tillstånd kvinnan kan befinna sig när hon uppsöker sjukvården.

Syftet med arbetet var att belysa vilket stöd vårdpersonal kan erbjuda den misshandlade kvinnan som söker sjukvård.

Följande frågeställningar har använts:

- Vilka brister kan förekomma i mötet mellan misshandlade kvinnor och vårdpersonal sett ur de misshandlade kvinnornas perspektiv?
- Vilka brister kan förekomma i vårdpersonalens bemötande av de misshandlade kvinnorna sett ur vårdpersonalens perspektiv.
- Hur kan stödet till de misshandlade kvinnorna förbättras?

METOD

Litteratursökning

En litteraturstudie genomfördes. Syftet med en litteraturstudie är att sammanställa litteratur som finns inom ett givet ämne (Backman, 1998). Det finns olika sätt att söka litteratur, dels osystematisk sökning som innebär att gå runt i biblioteket och leta efter relevant litteratur. Systematisk sökning innebär att via specialdatabaser använda sökord för att få fram artiklar, rapporter och litteratur som överensstämmer med det man söker

(Nyberg, 2000). Den övervägande delen av artikelsökningen för detta arbete har skett via manuell osystematisk sökning genom referenslistor i artiklar. Systematisk sökning har gjorts via databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO. Sökorden som användes var: battered women, partner abuse, violence against women, domestic violence, nursing attitude. Litteraturen har begränsats till engelska och svenska. Sökorden har används i olika kombinationer och gav 40 träffar.

Urval

Enligt Backman (1998) bör materialet samlas in och läsas och därefter värderas av författarna, som i sin tur bestämmer vad som skall inkluderas i arbetet och vilket som bör exkluderas. Underlaget till föreliggande arbete har bestått av fyra olika typer av källor, böcker, artiklar, rapporter och en avhandling som handlade om misshandlade kvinnor och sjuksköterskans attityd gentemot dessa kvinnor. I de tre sista lästes abstrakten för att göra ett första urval och de abstrakt som inte motsvarade problemställningen valdes bort.

Urvalet av artiklar som söktes i databaserna baserades på att de skulle vara publicerade från 1990 och fram till år 2003. Referenser äldre än 1990 har uteslutits beroende på att kvinnomisshandel varit mera uppmärksammat det sista decenniet. Totalt från den systematiska och osystematiska sökningen har 24 artiklar legat till grund för resultatet. Av dessa var 11 empiriska och 13 var litteraturöversikter, se Tabell 1. Artiklar som inte stämde med syftet togs bort, likaså artiklar om misshandel mot barn, misshandel mot gravida och misshandel mellan män. De artiklar som analyserats var publicerade i vetenskapliga tidskrifter och ”referee” - bedömda. Efter att författarna läst ett antal artiklar har en viss mättnad uppnåtts genom att återkommande resultat påvisats.

Tabell 1. Sammanställning av de använda artiklarna.

Förf/publ.år	Syfte	Metod
Byrne & Heyman, 1997.	Att undersöka sjuksköterskans uppfattning om sitt arbete gentemot patienten, på två akutvårdsavdelningar och förklara hur detta påverkar deras arbete. Att förklara sjuksköterskans syn på sin roll i förhållandet till patientens bekymmer/oro.	Studien är kvalitativ med djupintervjuer där 21 akutvårdssjuksköterskor ingick.
Campbell, 2002	Att undersöka mentala och psykiska hälsoeffekter av partnerns våld.	Studien har en kvalitativ ansats och kvantitativa metoder har använts.
Campbell, Pliska, Taylor & Sheridan, 1994	Att undersöka hur misshandlade kvinnor och föreståndare för kvinnohus upplever det bemötande misshandlade kvinnor får på en akutmottagning.	Studien har en kvalitativ ansats, delvis har kvantitativa metoder brukats. Två frågeformulär har använts innehållande sammanlagt 29 respektive 30 flervalsfrågor och öppna frågor. I studien ingick 74 misshandlade kvinnor och 49 föreståndare för kvinnohus.
Carlson, O'Campo, Campbell, Schollenberger, Woods, Jones, Dienemann, Kub & Wynne, 2000.	Att beskriva kvinnans åsikter och vilket handlings sätt som föredras i förhållande till upptäckt och rapportering av familjevåld.	Kvantitativ intervjustudie, där 202 misshandlade kvinnor telefonintervjuades.
Coleman & Stith, 1997	Att se om sjuksköterskestudenters förutfattade meningar påverkar attityden gentemot offren inom familjevåld.	Kvantitativ studie. Data för denna förklarande studien kom från 221 sjuksköterskestudenter som studerade på tre universitet.
Corbally, 2001.	Att förklara historien bakom fenomenet våld emot kvinnor och dess omfattning på Irland.	Litteraturstudie
Fishwick, 1995.	Att se hur skymfande förhållanden påverkar kvinnans mentala hälsa. Strategier och förslag som psykiatrisjuksköterskan kan använda i bedömningen av kvinnan.	Litteraturstudie.
Harwell, Robin, Casten, Armstrong, Dempsey, Coons & Davis, 1998.	Att öka kunskapen inom det medicinska området, medvetenheten och kunskapen för hälsovårdspersonal angående familjevåld och öka den kliniska kompetensen till att utföra rutinscreening. Dokumentation och säkerhetsbedömning.	Kvantitativ, två delar, fas ett följdes upp efter tre månader. Fas två följdes upp efter sex månader. Undersökningen bestod i träningsprogram och bedömning där 372 personal ingick..

forts.

Henderson, 1992	Att sjuksköterskan ska kunna se vad den misshandlade kvinnan behöver för vård.	Litteraturstudie.
Henderson, 2001	Att se vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans gensvar gentemot misshandlade kvinnor.	Litteraturstudie. En studie som baserats på fynd från en studie på sjuksköterskor från två olika länder.
Hoff, 1992.	Att fokusera på sociala, kulturella, ekonomiska och orsaker till kvinnomisshandel.	Litteraturstudie.
Hoff & Ross, 1995.	Att tydliggöra sjuksköterskans viktiga roll i upptäckten av våld emot kvinnor.	Kvantitativ intervjustudie där sjuksköterskestudenter besvarade 23 bestämda frågor med möjlighet till kommentar och tre öppna frågor.
Ingram, 1994.	Att översiktligt ta reda på vilka faktorer som föreligger mellan akutenheter och övriga enheter och beskriva hur dessa närmar sig kvinnan som utsatts för våld och skymfning.	Studien är kvalitativ.
Jarrett & Payne, 1994.	Att undersöka hur sjuksköterskans och patienten interagerar.	Litteraturstudie.
Jeziarski, 1994.	Att visa på att akutsjuksköterskor är i behov av grundläggande kunskap angående kvinnomisshandel.	Kvalitativ studie med kvantitativ ansats där sjuksköterskor fick göra en test som bestod av 23 frågor med tillhörande alternativ.
Morrison, Allan & Grunfeld, 2000.	Att jämföra hur enkla direkta frågor kan identifiera familjevåld på akutavdelningen.	Studien är kvantitativ, blandad population bestående av 1000 kvinnor som var inlagda på akutavdelningen under en två-månaders period. Varje patient fick fem specifika familjevålds frågor.
Pakieser, Lenaghan, & Muelleman, 1998.	Att fastställa allmän förekomst av partnerrelaterad fysisk misshandel. Att beskriva den utväg som den misshandlade kvinnan använt, att besöket på akutmottagningen var relaterat till misshandel och karakterisera våldshändelsen.	De tio första kvinnorna som kom i en följd och var mellan 19-65 år, blev intervjuade på tio akutmottagningar. Vissa kriterier skulle vara uppfyllda; språksvårigheter, allvarlig sjukdom eller oförmåga att urskilja partnerns destruktiva beteende.
Ramsay, Richardson, Charter, Davidson & Feder, 2002.	Att bedöma stödet för accepterande och effektivitet av screening för kvinnor i familjevåld inom hälsovårdens områden.	Systematisk granskning av publicerade kvantitativa studier.

forts.

Roberts, Lawrence, O´Toole & Raphael, 1997.	Att jämföra diagnoser och kännetecken från offer inom familjevåld som berättat själva.	Kvantitativ studie, fall kontroll studier som analyserats med McNemar´s, Fisher´s exakt test och t-tests.
Roberts, Lawrence, O´Toole & Raphael, 1997	Att fastställa upptäckten av familjevåldsoffer som läkare, sjuksköterskor och övrig personal gör på akutavdelningen och huruvida det var en ökning i upptäckten som ett resultat av ett utbildningsprogram.	Kvantitativ studie, två screening studier på ett år.
Socialstyrelsen, 2003	Att erbjuda personal inom hälso- sjukvården möjligheter att förvärva och fördjupa sina kunskaper om våld mot kvinnor.	Litteraturstudie.
Sutherland, Bybee & Sullivan, 2002	Att undersöka förhållandet mellan kvinnors erfarenheter från partnerns våld, skador, stress inkomst, depression och psykisk hälsa.	Kvantitativ studie 397 kvinnor som blivit utsatta för våld från partnern i en period av sex månader tidigare intervjuades om erfarenheter av våld från partnern, skador, inkomst, depression och fysisk hälsa.
Tyson & Fleming, 1999.	Att kunna identifiera den misshandlade kvinnan.	Fallstudie rapport av en misshandlad kvinnas erfarenhet
Widding Hedin, 2002.	Att visa på screeningens betydelse.	Litteraturstudie.

Analys

Efter att materialet lästs igenom och väsentliga data letats fram utifrån syftet sattes aktuell data in i ett nytt sammanhang och delades in i olika kategorier. Syftet med analysen var att beskriva, förstå data och jämföra likheter och skillnader som underlag för kategorisering, för att sedan sammanställa resultatet så att det blev hanterbart och presenterbart (Dahlberg, 1997 & Polit, Beck, Hungler, 2001). I resultatet hade 24 artiklar bearbetats och analyserats. Väsentliga delar i texten hade nummerats utifrån de tre frågeställningarna. Med frågeställningarna som utgångspunkt hade innehållet i artiklarna grupperats ämnesvis. På detta sätt blev det en tydlig översikt över de delar som skulle ingå i resultatet.

RESULTAT

Misshandlade kvinnors upplevelser av vårdpersonalens bemötande

Att inte bli hjälpt

En undersökning, av Bower (i Morrison, Allan & Grunfeld, 2000), i vilken det ingick 1000 kvinnor, visade att de misshandlade kvinnorna rangordnade vårdpersonal lägst i att effektivt upptäcka kvinnomisshandel. Läkarna upptäckte enbart ett av 25 familjevåldsfall. Kvinnornas erfarenheter av vårdpersonal var att de var okänsliga och inte särskilt hjälpsamma (Coleman & Stith, 1997). Henderson (2001) menade att den misshandlade kvinnan inte kände något stöd eller medlidande från sjuksköterskan och på grund av detta kunde kvinnan känna sig skyldig till att ha orsakat misshandeln. Detta gjorde att kvinnan upplevde skam över sin situation istället. I en av studierna framkom att hälften av de 74 kvinnorna hade negativa erfarenheter från vården. De upplevde att personalen bara koncentrerade sig på den fysiska skadan och gjorde inget försök i att upptäcka bakomliggande orsaker till den fysiska skadan. En kvinna beskrev det som att när hon behövde hjälp och någon att tala med så fanns det ingen i närheten som hade tid (Campbell m.fl.1994). Kvinnorna märkte att personalen hade en nedvärderande syn på misshandlade kvinnor och detta i sin tur påverkade kvinnans vård (Byrne & Heyman, 1997).

Att inte bli tagen på allvar

När kvinnans misshandel hade blivit identifierad, upplevde några kvinnor olämpligt bemötande av personalen såsom opersonligt behandlad och nedvärdering av misshandeln (Campbell m.fl., 1994). Enligt Hoff (1992) hade många kvinnor en känsla av att deras problem inte var något man talade om. När kvinnan avslöjade misshandelshistorian upplevde hon att vårdpersonalen inte trodde henne och hon kände sig förödmjukad och skyldig till misshandeln. Personalen ingav kvinnan en känsla av att misshandeln inte var så svår och därför fick hon inte den hjälp hon var i behov av, vilket kunde resultera i att kvinnan förnekade våldet (Corbally, 2001; Campbell, Pliska, Taylor & Sheridan, 1994). Keller m.fl. (i Corbally, 2001) bekräftar att ingen anmälning av våld till myndigheterna sker och att det kan bero på det faktum att ett flertal kvinnor

ofta skäms och känner sig ansvariga för våldsincidensen. Faktorer som kunde förhindra avslöjandet av våld kunde vara rädsla för straff från partnern, social isolering, skuld för att förhållandet inte var perfekt, svårigheter i barnuppfostran och ekonomisk begränsning. Enligt Socialstyrelsen (2003) är det kvinnan som har rätt till sina egna upplevelser – det som en person tyckte var mindre allvarligt kunde någon annan uppfatta som allvarligt.

Att kommunikationen brister

Misshandlade kvinnor upplevde att kommunikationen var bristfällig och kände missnöje med läkarvården oftare än icke misshandlade kvinnor (Morrison, Allan & Grunfeld, 2000). De flesta kvinnorna föredrog att bli tillfrågade hellre än att själva berätta, bidragande faktorer var psykologiska, fysiska och emotionella barriärer (Corbally, 2001). De misshandlade kvinnorna föreslog att direkta frågor om misshandeln var mer effektiva och skulle kunna öka upptäckten av familjevåld (Morrison m.fl., 2000; Henderson, 2001; Roberts, Lawrence, O'Toole & Raphael, 1997). Många kvinnor upplevde att det fanns brister i kommunikationen och var missnöjda med den psykiatriska vården (Morrison, m.fl., 2000). I en studie av Carlsson, O'Campo, Campbell, Schollenberger, Woods, Jones, Dienemann, Kub & Wynne (2000) framkom att 86 % av de tillfrågade kvinnorna ansåg att rutinfrågor skulle underlätta för kvinnan att söka hjälp.

Att bli förstörd

De kvinnor som diskuterat sin misshandel med vårdpersonal fann att diskussionen var en positiv erfarenhet (Carlsson m.fl., 2000). Campbell m.fl. (1994) skriver att två kvinnor av 74, 1,5 %, upplevde att de var tillfreds med omvårdnaden och det beskrevs som att "personalen skickade inte hem mig direkt; de hade mig under observation, och jag tyckte att det var ett bra beslut av dem" (s. 283). Det var inga signifikanta skillnader på hur den utsatta kvinnan uppfattade kvalitén på vården, oberoende av om de var bedömda eller behandlade av en sjuksköterska, psykiatriker, man eller kvinna. I en undersökning gjord på en akutavdelning där 22 % kvinnor ingick, framkom att det inte var någon idé att söka hjälp hos vänner, familj och polis, för de trodde inte på den

misshandlade kvinnan. Kvinnorna vände sig hellre till vårdpersonalen på en avdelning, som var tillgänglig 24 timmar om dygnet, och där deras anonymitet garanterades. En möjlig förklaring till att kvinnorna vände sig till avdelningen enligt James-Hanman (i Corbally, 2001) var att vårdpersonal vanligtvis består av kvinnor.

Brister i vårdpersonalens bemötande gentemot de misshandlade kvinnorna

Fördömande attityd

Det är till sjukvården de misshandlade kvinnorna vänder sig först, trots att sjukvården kritiseras för att bemötandet är dåligt (Henderson, 2001). Vårdpersonalens attityder eller fördomar gentemot misshandlade kvinnor var särskilt problematiska, nya studier visade att läkare och sjuksköterskor var påverkade av samhällets missuppfattningar om misshandlade kvinnor (Coleman & Stith, 1997). Byrne och Heyman (1997) skriver att sjuksköterskan utvecklade normer och värderingar, som påverkade beteendemönstret, tron och attityderna på avdelningen (a.a). Sjuksköterskan både skapade och blev påverkad av kulturen vilket definierade deras arbete och attityd gentemot patienterna (Byrne & Heyman, 1997; Henderson, 1992). Sjuksköterskans förutfattade meningar påverkade vården av kvinnorna, vilket ledde till orättvis bestraffning och att kvinnan inte fick den vård hon var i behov av (Henderson, 2001). Sjuksköterskan hade för avsikt att handla professionellt, stödja, ge förslag och ge en god omvårdnad, men ibland kände sjuksköterskan att det var svårt att hålla egna personliga känslor utanför gentemot kvinnan (Henderson, 2001). En del sjuksköterskor kunde ha omedvetna känslor gentemot misshandlade kvinnor, de antog att kvinnan hade bett om det eller förtjänade stryk. Sjuksköterskorna kände frustration inför att ha startat upp en relation med stöd åt kvinnan, eftersom kvinnan ofta återvände till partnern enligt Corbally (2000). Om kvinnan återvänt till mannen var det lätt att vårdpersonal utsatte kvinnan avsiktligt eller oavsiktligt för kritik och fördömande (Socialstyrelsen, 2003). Grief och Elliott, 1994 (i Corbally, 2001) upptäckte att 66 % av sjuksköterskorna kände motvilja inför vårdtagare som regelbundet återkom till avdelningen, vilket sker med den misshandlade kvinnan. Sjuksköterskans känslor tog sig uttryck som vrede, frustration och detta placerade inte

misshandlade kvinnor i någon gynnsam position för fortsatt stöd på avdelningen (Corbally, 2001).

Något som var svårt för sjuksköterskan var att inte få kvinnorna att känna uppdelningen i vi och dom. Svårigheterna bestod också i att få kvinnan att känna trygghet och våga fråga sjuksköterskan om hjälp, att ge kvinnan självförtroende samt att få henne att våga erkänna misshandeln skriver Henderson (2001). Shipley och Sylvester, 1982, och Tilden, 1989 (i Henderson, 2001) hävdar att sjuksköterskor ofta var ineffektiva och misslyckades med att få kvinnan att känna sig välbemött, våga avslöja information och känna stöd. Henderson (2001) skriver att det fanns en klar brist i bemötandet av misshandlade kvinnor beträffande hälsoeffekter och vilket ansvar sjuksköterskan har gentemot den misshandlade kvinnan. Sjuksköterskan angav att det var viktigt att ge psykologiskt stöd, men att få patienten utskrivna från avdelningen var ett mer överhängande mål, därför att de kostar för mycket pengar (Byrne & Heyman, 1997; Henderson, 1992).

Enligt Corner och Wilson-Barnet (i Jarret & Payne 1995) satte nyutbildade sjuksköterskor ett högre värde på att prata med patienterna men däremot inte lika högt värde på den fysiska omvårdnaden.

Brister i utbildning och träning att identifiera misshandlade kvinnor

Vårdpersonalen angav flera orsaker till att inte ha rutiner att fråga kvinnan om familjevåld; saknad av utbildning i eller erfarenhet av effektiva interventioner, att patienterna inte avslöjar något samt tidsbrist skriver Ramsay, Richardson, Charter, Davidson och Feder (2002).

Brist på kunskap inom området kvinnomisshandel, tidsbrist för bedömningen av offret och dåliga möjligheter till avskildhet då avdelningen inte var en lugn plats för att avslöja viktig information och skymfande beteende av partner, hindrade sjuksköterskan att ge den misshandlade kvinnan vård (Corbally, 2001).

Sjuksköterskan uppgav att det var svårt att vara till hands jämt för att möta kvinnans behov på akutavdelningen. Detta kunde bero på att hon inte visste vad den misshandlade kvinnan hade för behov (Jeziarski, 1994). Att inte känna igen berodde på

ett flertal faktorer inklusive bristfällig träning av vårdpersonalen inom området, brist på medvetenhet och tid. Vårdpersonalens erfarenhet av misshandel var att de hade ett samband med sociala frågor och det påverkade deras möjligheter och bidrog till låg identifikation av offren skriver Harwell, Casten, Armstrong, Dempsey, Coons, och Davis (1998). Majoriteten av kvinnorna blev inte hänvisade till andra instanser för vidare hjälp menar Corbally (2001).

Flera studier visade att utan specifik träning för personalen så uppstod en brist i att diagnostisera och uppmärksamma de utsatta kvinnorna som led av konsekvenserna från våldet (Campbell m.fl., 1994; Ingram, 1994; Socialstyrelsen, 2003; Roberts m.fl., 1997). Misshandlade kvinnor kom till akutavdelningen med skador som var både synliga och osynliga. Kvinnorna blev behandlade för de yttre skadorna och passerar igenom vårdsystemet obemärkta (Corbally, 2001). Chung m.fl. 1996 (i Corbally, 2001) fann i sin undersökning av 400 akutvårdssjuksköterskor att 94 % av sjuksköterskorna var uppgivna för att de saknade formell utbildning om familjevåld. Sjuksköterskan kände obehag inför att ställa frågan om kvinnan varit utsatt för våld. Vanligaste argumenten från personalen var: att de inte visste vilka frågor de skulle ställa, och hur de skulle bemöta kvinnan som talade om att hon har blivit misshandlad. Mer kunskap behövdes om vilka åtgärder som kvinnan var i behov av (Corbally, 2001; Widding Hedin, 2002). Övervägande personal tyckte att det var olustigt med frågor inom området familjevåld. Personalen var till övervägande del kvinnlig och förståeligt nog oroad för begreppet våld emot kvinnor, detta berör alla kvinnor (Corbally, 2001). Personalens egna föreställningar om att överskrida den privata sfären och våga fråga om kvinnan varit utsatt för våld kunde vara en anledning till att det inte upptäcktes (Socialstyrelsen, 2003). Bowen (i Corbally, 2001) menade att för utomstående så sågs familjevåldet som en familjeaffär och inte ett allvarligt brott.

Personalen saknade en medvetenhet om hur vanligt våld var från män i kvinnans bekantskapskrets och att inte bara socialt lägre kvinnor blev utsatta. Rädslan för att lägga sig i familjens privatliv samt avsaknad av kunskap och förståelse för kvinnan innebar att personalen inte kände igen tecken på att kvinnan varit utsatt för våld. Från vårdpersonalens perspektiv fanns ett flertal barriärer som hindrade identifieringen av kvinnor i skymfede relationer. Kunskap om misshandelns utbredning, sort av smädande

förhållande och avsaknad av förberedelser angående bedömning och hjälp till kvinnan var vanliga barriärer som förhindrar vårdpersonalen att identifiera misshandeln. Det var inte ovanligt att kvinnan gav ledtrådar eller ofullständig information om våldet, hellre än fullt avslöjande när de började avslöjningsprocessen. Detta är en normal process av testning på lyssnarens reaktion före det hela avslöjandet (Fishwick, 1995).

Svårigheter i kommunikationen

Kommunikationen med patienten har blivit beskriven som en svår och stressad situation i omvårdnaden (Jarret & Payne, 1995). Pakieser, Lenaghan, och Muelleman (1998) anser att det alltför ofta, inte ställs några frågor till kvinnorna om misshandel.

Kommunikationen är känslig och inte lätt att inleda hävdar Corbally (2001). Faktum är att sjuksköterskan på akutavdelningen ofta var den som först talar med den misshandlade kvinnan efter våldsincidenten och som kunde få kvinnan att berätta (Pakieser, Lenaghan & Muelleman, 1998). Wood, 1979 (i Byrne & Heyman, 1997) beskriver att sjuksköterskans interaktion med patienten var kort, till övervägande delen uppgiftscentrerad och med intresse för fysisk vård. Sjuksköterskan verkade begränsa kontakten med patienten trots att det var betydelsefullt för patienten under vårdtiden på avdelningen.

Faktorer som kunde påverka att personalen var tyst och inte vågade fråga var tidsbrist, bristande resurser för att stödja kvinnan och frustration över att kvinnan gick tillbaka till mannen (Ingram, 1994).

Brist i kommunikation och brister i bemötande menade sjuksköterskor beodde på tidsbrist och att de hade ansvar för ett stort antal patienter vilket gjorde att de får prioritera vilka frågor de ställde till patienten (Corbally, 2001). En undersökning av Corner och Wilson-Barnet (i Jarret & Payne, 1995) visade att om sjuksköterskan hade tid så talade hon inte med patienten trots allt. Sjuksköterskan kände att om hon stannade för länge hos en patient så var hon mindre tillgänglig för andra (Byrne & Heyman, 1997).

En betydande andel, 86,2 %, kände att deras kunskap var bristfällig för att säkert handskas med frågan (Corbally, 2001). Sjuksköterskan kände ingen säkerhet i sitt arbete

och drog sig då undan för att rädda sin egen psykiska säkerhet. Endast om kvinnan talade öppet om misshandeln kände sig sjuksköterskan säker och vågade prata om problemet (Henderson, 2001).

Förbättrat stöd

Ökad kunskap

McFee, Weiss, och Gadomski (i Widding Hedin, 2002) hävdade att kvinnomisshandel var ett stort problem som ställde höga krav på personalens kompetens i bemötande och stöd till kvinnorna. Roberts m.fl. (1997) ansåg att det krävdes en seriös satsning på grund och specialistutbildningar och även på forskning. Sjuksköterskan behövde kunskap och bli mer uppmärksam omkring familjevåld, vilket skulle kunna leda till att misshandeln uppmärksammades tidigare. Träning i att känna igen tecken och symtom av familjevåld för all hälsovårdspersonal kunde minska antalet offer, hjälpa preventivt, öka stödet och förbättra vården enligt Harwell m.fl. (1998). Enligt Tyson och Fleming (1999) borde sjuksköterskan känna till vilka effekter på hälsan det kunde bli för en misshandlad kvinna. Hoff och Ross (1995) hävdade att det fanns behov av tidig utbildning beträffande kvinnors självkänsla för att förhindra våld. Kunskaper om vilka konsekvenser våldet hade för kvinnan var till gagn för både vårdpersonal och kvinnan (Socialstyrelsen, 2003).). Tyson och Fleming (1999) skriver att sjuksköterskan kunde möta den misshandlade kvinnan överallt och därför skulle det ingå i utbildningen att lära sig bedöma om en kvinna var misshandlad. Corbally (2001) anser att utbildning för sjuksköterskor kan bidra till mer positiva attityder gentemot upptäckt och hantering av misshandlade kvinnor. Hoff och Ross (1995) ansåg att mer utbildning om bemötande av våld skulle förbättra sjuksköterskans bemötande gentemot misshandlade kvinnor och detta kunde leda till att upptäcka dessa kvinnor tidigare. För att stödja kvinnan behövde personalen få kontinuerlig handledning då det kunde öka möjligheterna att hantera och reflektera över egna reaktioner. Personal som arbetar och möter misshandlade kvinnor bör förstå deras livssituation och veta deras rättigheter (Socialstyrelsen, 2003). Enligt Henderson (1992) var det viktigt att som sjuksköterska ha kunskap om historiska, sociala, kulturella och miljöaspekter runt om kvinnan. Enligt Groeman m.fl. 1998 (i Harwell, Robin, Casten, Armstrong, Dempsey, Coons & Davis, 1998) hade socialiseringsprocessen (där normer och värderingar ingår) betydelse för hur

sjuksköterskan förhöll sig och tog hand om den misshandlade kvinnan. Det var viktigt som hälso- och sjukvårdspersonal att vara lyhörd och medveten om sina egna attityder gentemot misshandlade kvinnor.

Routine screening; Ask direct questions; Document your findings; Assess patient safety; and Review patient options and referrals (RADAR) var ett träningsprojekt för rutinscreening, vilket innebar att fråga direkta frågor, dokumentera korrekt, bedöma patientens säkerhet, granska patientens val och hänvisa. Resultaten tydde på att RADAR var effektivt i att screena och hänvisa/remittera offer av familjevåld enligt Harwell m.fl. (1998).

Interventioner

Effektiva interventioner innebar att utveckla ett samarbete med kvinnan istället för rådgivning eller andra typer av interventioner. Viktiga principer att ha som grund i kliniska interventioner har på förslag från Nationella Koalitionen mot Familjevåld beskrivits som att tro på kvinnans berättelse, förklara olika val, möjligheter och förespråka hennes säkerhet samt informera om rätt till självbestämmande (Fishwick, 1995). Vid bedömning och intervention skriver Campbell (2002) om betydelsen av att respektera kvinnans autonomi, erbjuda advokat och samarbete såväl som intresse för kvinnans hälsa och säkerhet. Fishwick (1995) menade att om interventionen byggde på kvinnans styrka hellre än att fokusera på bristen så kom man längre i återuppbyggnaden av självkänslan. I vårdpersonalens familjevåldsprogram framfördes att sjuksköterskans mål inte var att rädda kvinnan från misshandeln, utan snarare göra det lättare för kvinnan att avslöja misshandeln och stödja henne. Noggrann dokumentation kunde bli användbar för framtida juridiska processer och för utvecklingen av effektiva interventioner enligt Fishwick (1995).

Förtroendefullt bemötande

Det första mötet med vårdpersonalen var avgörande för hur kvinnan agerade i fortsättningen. Det grundläggande i bemötandet av kvinnan var att visa respekt och förståelse (Socialstyrelsen, 2003). Att som personal etablera och stödja en stark patient

– personal relation och hänvisa misshandlade kvinnor till rätt hjälp var gynnsamt (Henderson, 2001).

Det framkom att ge stöd var att tro på kvinnans erfarenheter och minska kvinnans isolering. Vårdpersonalen hade en unik möjlighet att identifiera och hjälpa de kvinnor som överlevt misshandeln. I flera fall var läkaren och sjuksköterskan de enda personerna kvinnan kunde prata med om sin partners beteende (Sutherland, Bybee & Sullivan, 2002). MacLeod, 1987 (i Henderson, 1992) ansåg att kvinnan behövde lugn, trygghet och att få veta att ingen annan kunde få reda på detta. För sjuksköterskan var det viktigt att veta att statistiskt sett så gick kvinnan tillbaka till mannen åtta gånger innan hon lämnade honom för gott. Campbell m.fl. (1994) belyste vikten av att inte misstro kvinnan, vara empatisk, inte nervärdera situationen och respektera kvinnan även om hon valde att gå tillbaka till mannen

Det framkom i vissa studiers resultat om att våga fråga och vilka frågor som skulle ställas hade betydelse när en kvinna kom in till avdelningen och försökte dölja sina skador efter misshandeln (Campbell m.fl., 1994; Hoff, 1992; Socialstyrelsen, 2003). En kvalitativ studie av Gerbert m.fl., 1999 (i Morrison m.fl., 2000) visade på att det fanns behov av att formulera frågor som ingav patienten förtroende och att enkla frågor var effektiva. Sjuksköterskan bör veta att misshandel var en kriminell handling och kunde leda till känslomässiga och psykiska följder. Socialstyrelsen (2003) skrev om att utsättas för misshandel ofta ledde till medicinska, psykologiska och sociala konsekvenser för kvinnan. Det var därför betydelsefullt att ha rutinfrågor att ställa om misshandeln för att uppmärksamma dessa kvinnor. Om sjuksköterskan uttryckte intresse och ingav förtroende kunde kvinnan eventuellt känna sig säker i att öppet avslöja misshandeln. Ämnet misshandel kunde vara inbäddat i intervjufrågor om kvinnans familj, hushållet eller den sociala historien, vem som tar huvudbesluten i familjen, hur pengar hanteras och hur konflikter löses. Kvinnan var mer benägen att avslöja information om personalen inte gick på kvinnan för hårt (Fishwick, 1995).

Det var hälsoarbetares skyldighet att lyssna till de känslor en misshandlad kvinna hade, lära av erfarenhet, utnyttja informationen från den misshandlade kvinnan och använda den för att kunna ge en bättre omvårdnad enligt Campbell m.fl. (1994).

Resultatet av Campbell m.fl. (1994) tyder på att misshandel var den största orsaken till trauma för kvinnor. Alla kvinnliga fall som kommer till akutsjukvården med något symptom av trauma utan klar orsak skulle identifieras som misshandel ända tills motsatsen var bevisad. Sjuksköterskor som arbetade på akutvårdsavdelning hade en unik möjlighet för bedömning och upptäckt av kvinnor som genomled följderna av skymfande beteende (Corbally, 2001). Det framkom betydelsen av att observera kvinnans gester och ansiktsuttryck, lyssna till vad som sägs och hur det uttrycks. Sjuksköterskans attityd beskrevs som att den bör vara positiv, stödjande, accepterande, empatisk och objektiv. Däremot skulle hennes attityd inte vara fördömande, inte visa på chockat beteende, avsky eller skräck. Vidare framkom att sjuksköterskan bör vara advokat inte rådgivare och vara förberedd med lämpliga frågor, och upprätthålla god ögonkontakt (Jeziarski, 1994).

Offren behövde höra att ingen hade rätt att slå dem, att det var olagligt och att det inte var hennes fel. Sjuksköterskan skulle fördöma skymfningen men inte misshandlaren som person då det hade en negativ inverkan på sjuksköterskan – patient relationen. Sjuksköterskan skulle även vara accepterande och respektera de val kvinnan gjorde. När misshandeln var identifierad hade sjuksköterskan att ta reda på vilken information och vilka resurser kvinnan var i behov av. Om kvinnan gick tillbaka till partnern skulle sjuksköterskan försöka att fastställa graden av säkerhet för kvinnan i hemmet. Kvinnan kunde få hjälp att utveckla säkerhet och en plan att fly (Henderson, 1992; Jeziarski, 1994).

På lång sikt kunde de psykosociala insatserna bestå av stödsamtal, gruppbehandling eller psykoterapi. Insatserna hjälpte kvinnan att bearbeta skuld och skamkänslor och stärkte kvinnans självförtroende (Socialstyrelsen, 2003).

RESULTATSAMMANFATTNING

Resultatet visade att misshandlade kvinnors upplevelse av vilka brister som kan finnas i mötet med vårdpersonal bestod i att de inte blev hjälpta, att de inte blev tagna på allvar och bristande kommunikation.

De misshandlade kvinnorna menade att vårdpersonalen hade svårigheter att upptäcka kvinnomisshandeln. Vårdpersonalen var oftast koncentrerade på den fysiska skadan och inte på orsakerna till skadan. När misshandeln blivit identifierad, upplevde många att vårdpersonalen ändå inte tog dem på allvar, att dom inte fick den hjälp de behövde. Det var också en av orsakerna till att ingen anmälan om våld gjordes till myndigheterna. Psykologiska, fysiska och emotionella barriärer var orsaker till dålig kommunikation mellan personal och misshandlade kvinnor. Misshandlade kvinnor svarade hellre på frågor istället för att själva berätta. Större delen av de tillfrågade (86%) ansåg därför att rutinfrågor underlättar för kvinnor som söker hjälp. Även om det fanns problem likt de ovan beskrivna, så vände sig kvinnorna hellre till vårdpersonalen på en avdelning där anonymitet garanterades än till släkt, vänner och polis som oftast inte trodde på dem.

Utifrån vårdpersonalens perspektiv var fördomar eller fördömande attityder ett hinder i mötet med den utsatta kvinnan. Sjuksköterskan kände i många fall frustration över att ha startat upp en relation, därför att i de flesta fallen återvände kvinnan tillbaka till mannen och det fanns också en rädsla för att lägga sig i familjens privatliv. Att få ut patienten från avdelningen så fort som möjligt var ett mer överhängande mål än att ge psykologiskt stöd. Andra orsaker till brister i vårdpersonalens bemötande var avsaknad av kunskap inom området kvinnomisshandel, tidsbrist för bedömningen av offret och dåliga möjligheter till avskildhet.

Resultatet visade på att stödet till de misshandlade kvinnorna kunde förbättras om sjuksköterskan fick kunskap inom området kvinnomisshandel, samt blev uppmärksam på att den utsatta kvinnan fanns i alla samhällsklasser. Det fanns behov av specifik träning i att bedöma misshandlade kvinnor i sjuksköterskans grundutbildning. Stödet kunde också förbättras genom att i utbildningen påtala vikten av att ha kunskap om historiska, sociala, kulturella och miljöaspekter runt om kvinnan. Sjuksköterskan skulle vara införstådd med vilka effekter på hälsan misshandeln kunde ge för kvinnan, detta kunde även underlätta för sjuksköterskan att tidigare upptäcka kvinnomisshandeln. Effektiva interventioner innebar att utveckla ett samarbete med kvinnan istället för rådgivning. Att noggrant dokumentera samtalet kunde bli användbart för framtida juridiska processer och för utvecklingen av effektiva interventioner.

Det första mötet var viktigt, att tro på kvinnans berättelse, våga fråga kvinnan om hon har blivit utsatt för våld och att ha rutinfrågor i beredskap när man möter kvinnan. Personalens attityd kunde förbättras genom att de inte visade på avsky eller skräck utan istället var positiv, stödjande, empatisk och inte fördömande.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa vilket stöd sjuksköterskan kan erbjuda den misshandlade kvinnan som söker sjukvård.

Det finns mycket material som beskriver misshandlade kvinnor. I resultatet lyftes flera faktorer fram som kan påverka den misshandlade kvinnans utsatthet/tillstånd. Det handlar om brist på kommunikation mellan vårdpersonal och de misshandlade kvinnorna, okänslighet, ohjälpsamhet, att vårdpersonalen inte vågar fråga och att de misshandlade kvinnorna inte blir trodda.

Den första frågeställningen utgick från vilka brister som kan förekomma i mötet mellan sjuksköterskan och kvinnan sett ur den misshandlade kvinnans perspektiv. Enligt Socialstyrelsen allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17) är sjuksköterskorna de som ansvarar för den omvårdnad som ges. Vården skall vara av god kvalitet, uppfylla behov av trygghet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Det är viktigt att all personal ser personen i ett helhetsperspektiv och inte bara inriktar sina insatser på själva sjukdomstillståndet. Sjuksköterskan har en stödjande funktion där rådgivning och vägledning samt tillvaratagande av patientens egna resurser är viktiga åtgärder. I resultatet framkommer tydligt att kvinnan inte känner någon trygghet och att hon inte blir trodd. Det framkommer även att sjuksköterskan ser till den fysiska åkomman oftare än till den bakomliggande orsaken. Resultatet visar alltså att de allmänna råd som sjuksköterskan har att följa inte följs som de borde.

Resultatet visar på att den misshandlade kvinnan hellre vänder sig till vårdpersonal än till vänner, familj och polis för de tror henne inte. Kvinnan vänder sig till vården trots att hon är missnöjd med den (Corbally, 2001). I 80 % av anmälningarna som görs så är

de riktade mot en man hon känner. Mannen kan gömma sig bakom ett gott anseende och vara manipulerande och därför är det inte så konstigt att kvinnan inte blir trodd av familj och vänner (Bohlin, 1987).

Flertalet kvinnor i resultatet känner sig förödmjukade och skyldiga till misshandeln vilket resulterar i att myndigheterna inte får in några anmälningar om misshandeln (Hoff, 1992; Corbally, 2001; Campbell, Pliska, Taylor & Sheridan, 1994; Keller m.fl., 1995). Många kvinnor tycker att det är svårt att berätta om det som hänt och skulle hellre svara på frågor. Rutinfrågor skulle därför ge mer uppgifter och kvinnorna skulle öka sina chanser att bli trodda. Om kvinnorna blir trodda ökar deras trygghet och antalet anmälningar till myndigheterna skulle med största sannolikhet också öka.

Den andra frågeställningen utgick ifrån vilka brister som kan förekomma i vårdpersonalens bemötande av de misshandlade kvinnorna sett ur vårdpersonalens perspektiv. Resultatet visar att de största hindren i bemötandet med misshandlade kvinnor är fördomar, tidsbrist, dåliga kunskaper inom området kvinnomisshandel och att sjuksköterskan känner obehag inför att ställa frågan om kvinnan är utsatt för våld.

Resultatet visar även att vårdpersonal känner ett behov av att ha rutinfrågor för att lättare kunna kommunicera med kvinnan och ge henne den trygghet som krävs, detta för att kunna ge henne den behandling och stöd som behövs. Sjuksköterskan kan uppleva att det är bekvämare/lättare att enbart se till den fysiska skadan än den psykiska, det krävs ytterligare empati för att gå in i den psykiska skadan. I nyare sjuksköterskeutbildningar finns ämnet pedagogik, vilket skulle kunna innebära att sjuksköterskan blir bättre på att kommunicera. Ytterligare utbildning inom området kvinnomisshandel skulle ge kunskaper om vilka hälsoeffekter som en misshandel kan föra med sig och hjälpa sköterskan att känna igen tecknen.

Den tredje frågeställningen utgick från hur stödet till de misshandlade kvinnorna kan förbättras. Enligt Mcfee, Weiss och Gadomski, 2000 (i Widding Hedin, 2002) är personalens kompetens i bemötande och stöd ett stort problem. I dag kommer kvinnomisshandel fram i ljuset vilket innebär att det märks att kunskapen är bristfällig. Både den misshandlade kvinnan och personal märker av det på olika sätt.

Sjuksköterskan kan möta den misshandlade kvinnan på flera platser inom vården menar Tyson och Fleming (1999). Det är betydelsefullt att vårdpersonal blir medveten om sitt förhållningssätt gentemot misshandlade kvinnor. Studier tyder på att när sjuksköterskan inte är medveten om sin attityd mot kvinnan visar sig det genom att kvinnan inte får den vård hon är i behov av. Kvinnan känner att det är hon som är skyldig till misshandeln. Resultaten från Radar tyder på att det är effektivt att screena offer av familjevåld (Harwell, Casten, Armstrong, Dempsey, Coons & Davis, 1998). Detta visar på att det kan finnas behov även i Sverige av rutinscreening inom familjevåld, trots att det eventuellt kan finnas kulturella skillnader.

Att våga fråga och vilka frågor som ska ställas är väsentligt när kvinnan kommer till avdelningen anser Campell m. fl (1994), Hoff (1992) och Socialstyrelsen (2003). Frågan behöver inte vara tillkrånglad utan att för den skull inte bli verkningsfull (Gerbert m.fl, 1999). Sjuksköterskan känner inte till att enkla frågor är effektiva och genom att sjuksköterskan inger förtroende så är mycket vunnit hos kvinnan. Det verkar som om sjuksköterskan är rädd för vad svaret kan bli om hon trots allt frågar och inte vet vilka följer det får.

Sjuksköterskans attityd bör inte vara fördömande menar Jeziarski (1994). Det är inte konstigt om sjuksköterskan visar en fördömande attityd när hon får höra vad kvinnan har varit utsatt för. Likväl som sjuksköterskan läser i kvinnans ansiktsuttryck läser kvinnan i sjuksköterskans ansikte på hur hon reagerar på vad kvinnan avslöjar. Beroende på hur sjuksköterskan reagerar så väljer kvinnan hur mycket hon är beredd att berätta.

Enligt Henderson (1992) och Jeziarski (1994) bör sjuksköterskan fördöma skymfningen men inte misshandlaren för det har negativ inverkan på sjuksköterska-patientrelationen. Det kan vara svårt att låta bli att inte fördöma misshandlaren när sjuksköterskan får höra vad som hänt. Då krävs att sjuksköterskan går varligt fram med kvinnan och inte visar vad hon innerst inne känner. För kvinnan är det en svår situation hon befinner sig i, om hon ska berätta eller förbli tyst. Sjuksköterskan har en nyckelroll och bör även ha kunskapen om de kulturella skillnader som finns beträffande mannens syn på kvinnan.

KONKLUSION

Det analyserade materialet visar att misshandlade kvinnor är en utsatt grupp som idag allt oftare kommer fram i ljuset och vårdpersonalens brist på kunskaper om kvinnomisshandel uppmärksammas.

Kvinnan vill få frågan om hon är utsatt, men personalen är rädd för att ställa frågan och saknar kunskap om att de enkla frågorna är de effektiva. Det är därför angeläget att sjuksköterskan lär sig upptäcka symtom som kan vara tecken på att kvinnan är utsatt för misshandel. En god relation och kommunikation mellan kvinnan och sjuksköterskan är en förutsättning och kan uppnås genom att inge förtroende och visa kvinnan att hon är respekterad och trodd. På så sätt kan sjuksköterskan se och höra vilka kvinnans behov, problem, resurser och önskemål är. Kommunikation och empati är egenskaper som hjälper sjuksköterskan att få igång ett samarbete med kvinnan.

Studien har visat att sjuksköterskans omvårdnad kan mildra kvinnans symtom och genom att kvinnan känner sig respekterad och trodd slipper hon känna skuld och skam inför det hon varit utsatt för. Sjuksköterskan bör hjälpa till att utveckla kvinnan sociala nätverk, ge kunskap om området/misshandel och lindra symtom. Det är viktigt att lyfta fram kvinnans styrka och stödja kvinnan att göra egna val samt förespråka vilka val som finns. Omsorgen om kvinnan kan innebära att egenkraften ökar vilket kan leda till förbättrad självkänsla.

För att kunna gå vidare med att hjälpa de misshandlade kvinnorna bör det utarbetas en handlingsplan för att se om stödet gentemot misshandlade kvinnor kan förbättras.

REFERENSER

- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, A (1995). *Stryptag, famntag, klapp eller död*. Stockholm: Carlsson bokförlag.
- Bolin, E (1987). *Kampen mot kvinnomisshandel*. Stockholm: Brevskolan.
- Byrne, G. Heyman, R. (1997). Understanding nurses' communication with patients in accident & emergency departments using a symbolic interactionist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 93-100.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campbell, J. Pliska, MJ. (1994). Battered women's experiences in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 20 (4), 280-88.
- Carlson, G., O'Campo, P., Campbell, J., Schollenberger, J., Woods, A., Jones, S., Dienemann, J., Clifford Wynne, E. (2000). Women's Opinions About Domestic Violence Screening and Mandatory Reporting. *American Journal of Preventive Medicine*, 19 (4), 279-285.
- Coleman, J., Stith, S. (1997). Nursing Students attitudes Toward Victims of Domestic Violence as Predicted by Selected Individual and Relationship Variables. *Journal of Family Violence*, 12 (2), 113-137.
- Corbally, M.A. (2001). Factors affecting nurses' attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A&E departments: a literature review. *Eccident and Emergency Nursing*, 9, 27-37.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*, Lund: Studentlitteratur.
- Eklund Moroney, M. Reuterskiöld, K (1998), *Sista slaget*. Karlskrona, Psilander Grafiska.

- Fishwick, N. (1995). Getting to the Heart of the Matter: Nursing Assessment and Intervention With Battered Women in Psychiatric Mental Health Settings. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1 (2), 48-53.
- Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M. (1998). Results of a Domestic Violence Training Program Offered to the Staff of urban Community Health Centres. *American Journal of Preventive Medicine*, 15 (3), 235-242.
- Henderson, A. (1992). Critical Care Nurses Need to Know About Abused Women. *Critical Care Nurses*, 12 (2), 27-30.
- Henderson, A. (2001). Factors Influencing Nurses' Responses to Abused Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (12), 1284-1306.
- Hoff, L. (1992). Battered Women: Understanding, Identification, and Assessment. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 4 (4), 148-155.
- Hoff, L., Ross, M. (1995). Violence content in nursing curricula: strategic issues and implementation. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 137-145.
- Ingram, R. (1994) Taking a pro-active approach: communicating with women experiencing violence from a known man in the Emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 2, 143-148.
- Jarrett, N., Payne, S. (1995). A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patients contribution been neglected?, *Journal of Advanced Nursing*, 22, 72-78.
- Jeziarski, M. (1994). Abuse of women by male partners: basic knowledge for emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 20 (5), 361-372.
- Lundgren, E., Heimer, G., Wetterstrand, J., Kalliokoski, A. (2001). *Slagen dam Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige- en omfångsundersökning*. Umeå; Brottsoffermyndigheten; Uppsala: Univ.; Stockholm: Fritze (distributör).

Lövkrona, I (red) (2001). *Mord, misshandel och sexuella övergrepp*. Lund, Nordic Academic Press.

Morrison, L., Allan, R., Grunfeld, A. (2000). Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. *The Journal of Emergency Medicine*, 19 (2), 117-124.

Nyberg, R (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur

Pakieser, R., Leneghan, P., Muelleman, R. (1998). Battered women: Where they go for help. *Journal of Emergency-Nursing*, 24 (1), 16-19.

Polit, D. F., Beck, C.T., Hungler, B. P. (2001) *Nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* (2002) Aug 10:325(7359):314. (Pubmed).

Renck, B. *Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv, några typologier och förklaringsmodeller*. (1997). Göteborg: centrum för folkhälsoforskning, Landstinget i Värmland.

Roberts, G., Lawrence, J., O'Toole, B., Raphael, B. (1997). Domestic Violence in the Emergency Department: 1. Two Case-Control Studies of Victims. *General Hospital Psychiatry*, 19, 5-15.

Roberts, G., Lawrence, J., O'Toole, B., Raphael, B. (1997). Domestic Violence in the Emergency Department: 2. Detection by Doctors and Nurses. *General Hospital Psychiatry*, 19, 12-15.

SOSFS 1993:17. Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003). Våldsatta kvinnor. Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 1995:60 *Kvinnofrid*. Huvudbetänkande av kvinnovåldskommissionen, del A. Stockholm: Fritzes

Sutherland, C., Bybee, D., Sullivan, C. (2002). Beyond Bruises and Broken Bones: The Joint Effects of Stress and Injuries on Battered Women's Health. *American Journal of Community Psychology*, 30 (5), 609-636.

Tyson, S., Fleming, B. (1999). Conceptualizing battered women as a vulnerable population. *Nursing-Clinics-of-North-America*, 34 (2), 301-312.

Weinehall, K (1997). *Att växa upp i våldets närhet*. Umeå: Umeå universitet.

Widding Hedin, L. (2002), "Kvinnomisshandel är ett folkhälsoproblem". *Läkartidningen*, 99 (20), 2268-2274.

Widding Hedin, L (1997). *Det kan hända vilken kvinna som helst*. Göteborg: Anamma.

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521 - 26 40 00 Fax 0521 – 26 40 99
www.htu.se