



Att möta kvinnor som utsätts för våld

– sjuksköterskans perspektiv

Lotte Hultgren och Johanna Rytterstig

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå

Sjuksköterskeprogrammet

Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst

Höstterminen 2015

Att möta kvinnor som utsätts för våld – sjuksköterskans perspektiv

To meet women who are victims of violence – the nurse perspective

Författare	Lotte Hultgren och Johanna Rytterstig
Handledare	Kristina Svantesson
Examinator	Ingela Berggren
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2015
Antal sidor	18

Background: It may be difficult for nurses to identify women who are victims of domestic violence, because the violence is hidden. When violence isn't addressed, it can lead to physical and mental illness and societal costs. It is the health care responsibility to pay attention to health needs and create a safe environment for patients. It requires knowledge and training to facilitate the identification of women who are subjected to violence.

Aim: The purpose is to describe nurses' experiences when meeting women victims of domestic violence.

Method: A literature based study with qualitative approach. Articles were read, reviewed and analyzed according to Friberg's analysis method.

Results: This study presents two main themes and seven sub themes. The first theme is presented as Inability to help – related to lack of time, ignorance and how the woman handles the situation. The second theme is presented as Emotional impact – related to anger and frustration, sadness, fear and concern and joy, sympathy and meaningfulness.

Conclusion: Nurses need increased training about domestic violence when screening, as well as the causes and consequences of violence. Education on violence can give more understanding of how the nurse should act in the meeting and what questions should be asked. Knowledge can also help the nurses to deal with the lack of time, as it enables the nurse to prioritize. Emotional support is needed so the nurse should not be negatively affected personally or professionally.

Keywords: *domestic violence, nurses' experiences, women, emotional impact, screening*

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Våld	1
Fysiskt våld	1
Sexuellt våld.....	1
Psyiskt våld	1
Våld mot kvinnor.....	2
Orsaker till våld mot kvinnor	2
Konsekvenser av våld mot kvinnor.....	3
Sjuksköterskans ansvar.....	3
Sigridur Halldorsdottirs omvårdnadsteori	4
Hälsa – ett konsensusbegrepp.....	5
Problemformulering	5
Syfte.....	5
Metod.....	6
Litteratursökning.....	6
Urval.....	6
Analys.....	7
Resultat	8
Oförmåga att hjälpa.....	8
Tidsbrist.....	8
Sjuksköterskans brist på kunskap och erfarenhet.....	8
Hur kvinnan väljer att hantera situationen	9
Känslomässig påverkan	10
Ilska och frustration.....	10
Sorg	10
Rädsla och oro	10
Glädje, sympati och meningsfullhet.....	11
Metoddiskussion	12
Etiskt resonemang	14
Resultatdiskussion.....	14

Oförmåga att hjälpa.....	14
Känslomässig påverkan	16
Slutsatser	17
Praktiska implikationer.....	18
Förslag till fortsatt utveckling inom sjuksköterskans kompetensområde.....	18
Referenser.....	19

Bilagor

- I Redovisning av systematisk litteratursökning
- II Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod
- III Översikt av analyserad litteratur
- IV Den enskilda författarens bidrag till examensarbetet



Inledning

Mäns våld mot kvinnor anses vara ett folkhälsoproblem världen över då det leder till konsekvenser på både individ- och samhällsnivå. Kvinnan kan drabbas av psykisk ohälsa, till exempel depression, posttraumatiskt stressyndrom eller ångest, men även fysiska besvär som huvudvärk, mag- tarmbesvär eller smärta i nacke och axlar. Dessutom kan våldet leda till att kvinnan blir isolerad, oförmögen att arbeta eller får nedsatt förmåga att ta hand om sig själv, vilket leder till stora ekonomiska kostnaderna på samhället. Enligt World Health Organisation, WHO (2014) har närmare en tredjedel av alla kvinnor i världen någon gång blivit utsatta för våld av sin partner. Kvinnor utsätts för grövre våld än män och behöver i större utsträckning söka vård för skador som uppkommit genom våld. En stor andel av de kvinnor som utsätts för våld anmäler aldrig övergreppen, vilket innebär att mörkertalet är stort. Majoriteten av de skador som uppstår i samband med våld i nära relationer självbehandlas eller behandlas via öppenvården. I många av dessa situationer får inte vårdpersonalen vetskap om de bakomliggande orsakerna till skadorna. Sjuksköterskans roll är av betydelse när misstanke om våld ska identifieras, då det krävs att etablera en god kontakt med patienten. God kontakt innebär att patienten ska uppleva miljön som trygghet samt känna tillit för sjuksköterskan. Enligt WHO (2010) är det hälso- och sjukvårdens ansvar att identifiera de personer som är i behov av stöd.

Bakgrund

Våld

Med våld avses i detta sammanhang systematisk misshandel eller andra övergrepp som uttrycks genom fysiskt, sexuellt eller psykiskt våld. Våld mot kvinnor i en nära relation innebär att förövaren, som är en partner eller före detta partner, orsakar fysisk, sexuell eller psykisk skada (WHO, 2014).

Fysiskt våld

Fysiskt våld kan innebära knuffar, att bli fasthållen, dragen i håret, slagen eller sparkad (Socialstyrelsen, u.å a). Det kan även innebära att förövaren biter, river eller utövar knytnävsslag, slag med tillhyggen eller tar stryptag på offret (Socialstyrelsen, 2015).

Sexuellt våld

Sexuellt våld innebär att en sexuell handling eller ett försök till sexuell handling utförs med tvång (WHO, 2014). Sexuella handlingar eller påtvingade sexuella handlingar, som den utsatta inte vågar säga nej till, räknas också till sexuellt våld (Socialstyrelsens, u.å a) samt sexuella trakasserier och användning av ett sexuellt kränkande språk (Socialstyrelsen, 2015).

Psykiskt våld

Med psykiskt våld menas direkta eller indirekta hot samt förlöjligande av offret. Även våld eller hot om våld mot offrets husdjur är en del av psykiskt våld. Isolering eller att bli hindrad från att träffa familj, släkt eller vänner samt att inte tillåtas delta i sociala aktiviteter, benämns som social utsatthet. Ekonomisk eller materiell utsatthet innebär att personliga tillhörigheter avsiktligt förstörs (Socialstyrelsen, u.å a). Psykiskt våld kan även innebära tvång eller att utsättas för glåpord (Socialstyrelsen, 2015).



Våld mot kvinnor

Närmare en tredjedel av alla kvinnor i världen har någon gång blivit utsatta för våld av sin partner (WHO, 2014). Enligt Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige, ROKS (u.å), anmäldes cirka 27 000 fall av misshandel mot kvinnor över 18 år till polisen under år 2013. I 45 % av fallen skedde misshandeln inomhus av en person kvinnan hade en nära relation med och det uppskattas att enbart 20 % av de misshandlade kvinnorna gör en anmälan (ROKS, u.å). I en studie om våld mot kvinnor beskriver Hradilova Selin (2009) att de flesta händelser av relationsvåld aldrig anmäls till polisen, vilket innebär att det finns ett stort mörkertal. De vanligaste skälen till att kvinnan avstår från att anmäla är att hon känner gärningspersonen, att hon upplever rädsla eller känner att polisen inget kan göra (Hradilova Selin, 2009). Socialstyrelsen (2015) beskriver att andra upplevelser som leder till utebliven anmälan kan vara att kvinnan känner maktlöshet, rädsla för att utsättas för mer våld eller inte har kraft nog att ta sig igenom en rättsprocess.

Enligt Socialstyrelsen (2015) är det viktigt att inom vården vara uppmärksam på signaler och tecken som tyder på våldsutsatthet. Symptom som kan uppmärksammas är fysiska skador som till exempel blåmärken, rivsår, avslitet hår eller gynekologiska besvär. Även psykiska besvär som till exempel ätstörningar, depressioner, isolering, självskadebeteende eller att kvinnan undviker fysisk kontakt kan uppmärksammas. Gibbons (2011) beskriver att andra tecken på våldsutsatthet kan vara kvävningsskador, att patienten tar lätt på sina skador eller att patienten uppvisar extrem panik, rädsla eller oro. Även patienter som ger felaktiga eller ofullständiga förklaringar till sina skador samt situationer där partnern ständigt är närvarande och alltför uppmärksam kan vara ett tecken på våldsutsatthet. Uppmärksamhet bör även ges till kvinnor som ofta återkommer med skador till akutmottagningen eller vårdcentralen (Gibbons, 2011). Brottsförebyggande rådet, BRÅ (2014) beskriver att män och kvinnor utsätts för våld i ungefär lika stor utsträckning, men att kvinnor utsätts för upprepande och grövre våld som leder till behov av sjukvård. Det är dessutom vanligare att kvinnor utsätts för våld i nära relationer.

Förenta Nationerna, FN har skapat en konvention som tar upp avskaffandet av all slags diskriminering av kvinnor. Detta för att stärka kvinnors rättigheter. Diskriminering definieras som varje inskränkning på grund av kön som begränsar kvinnors mänskliga rättigheter (FN-förbundet, 2015). Regeringen lämnade år 2007 i sin proposition förslag till nya mål för jämställdhetspolitiken, där ett av målen var att mäns våld mot kvinnor skall upphöra och att alla människor skall ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet (Prop. 2005/06:155).

Orsaker till våld mot kvinnor

Våld i nära relationer orsakas av både strukturella och individuella omständigheter som samverkar med varandra. Könsmaktsordningen mellan kvinnor och män är en av dessa orsaker (Hradilova Selin, 2009). För att förstå orsaken till våld i nära relationer framhäver WHO (2010) begreppen jämställdhet, patriarkat och maktrelation. Dessa begrepp belyser den ojämlikhet som råder mellan män och kvinnor, vilket är en genomgripande orsak till våldet. Det är samhällsnormer samt ekonomiska och sociala skillnader som skapar klyftor mellan grupper av människor, vilket i sin tur är bidragande faktorer till att våld förekommer i nära relationer. Mäns våld mot kvinnor beror dels på strukturella ojämlikheter mellan könen, sociala konstruktioner och könsnormer, men det kan också finnas ett samband till att förövaren själv blivit utsatt eller bevittnat våld mellan sina föräldrar (WHO, 2010).



Konsekvenser av våld mot kvinnor

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK (2014) beskriver att personer som utsätts för våld har en ökad risk att på sikt utveckla psykisk ohälsa, till exempel depression, post-traumatiskt stressyndrom, självska debeteende och riskbruk av alkohol. Personer som utsätts för våld har dessutom ökad risk för fysiska besvär kopplat till psykisk oro, ångest och stress. Detta kallas för psykosomatiska symptom, vilket kan leda till huvudvärk, nack- och axelsmärta, yrsel eller kroniska tarmbesvär.

Våld i nära relationer har en social påverkan som leder till att utsatta kvinnor kan drabbas av isolering, oförmåga att arbeta, nedsatt deltagande i sociala aktiviteter och begränsad förmåga att ta hand om sig själva (WHO, 2014). Den fysiska och psykiska hälsan kan dessutom skadas, vilket innebär ett känslomässigt lidande som på sikt kan leda till självmordsförsök (WHO, 2010).

Det är inte bara på individnivå som mäns våld mot kvinnor utgör ett hot. Enligt BRÅ (2010) är våld mot kvinnor i nära relationer även ett allvarligt samhällsproblem. NCK (u.å) beskriver att våldet orsakar stora ekonomiska kostnader som påverkar både individen och samhället. De direkta kostnaderna för sjukhusvård är däremot svåra att uppskatta, eftersom det inte alltid finns vetskap om den egentliga orsaken till skadorna. Detta grundar sig i att kvinnorna normaliserar våldet, är rädda eller har skuld känslor och därmed döljer orsaken till skadorna (NCK, u.å). Enligt tidigare forskning från Socialstyrelsen (2006) uppskattas de samhälleliga kostnaderna för våld mot kvinnor i nära relationer till cirka tre miljarder kronor per år. Beräkningarna är gjorda på direkta och indirekta kostnader. Till direkta kostnader räknas till exempel sjukhusvård, insatser från socialtjänsten och involvering av rättsväsendet. Till indirekta kostnader räknas till exempel sjukskrivning och sjukförsäkring.

Sjuksköterskans ansvar

Hälso- och sjukvården ska sprida kunskap och öka medvetenheten om hälsoskador orsakade av våld i nära relationer, ha kunskap om tecken på våld, vilka faktorer som kan orsaka våld och vilka skyddsfaktorer som finns att tillgå. Hälso- och sjukvården ska dessutom ha ett fungerande teamarbete och kunna samverka med andra verksamheter (WHO, 2010). Enligt International Council of Nursing, ICN (2012) har sjuksköterskan ett ansvar att ingripa för att skydda enskilda personer, familjer och allmänhet när deras hälsa är hotad av medarbetare eller andra personers handlande.

Socialstyrelsen (u.å b) menar att många som utsätts för våld inte ser sig själva som våldsutsatta och inte förknippar våldet med misshandel, övergrepp eller våldtäkt. Därför är det betydelsefullt att sjuksköterskan fokuserar på den våldsutsattas egen upplevelse. När frågor om våld ska ställas är det av betydelse hur frågorna ställs och under vilka omständigheter de ställs. Några viktiga förutsättningar vid frågor om våld är att sjuksköterskan avsätter tid till samtalet, följer upp händelsen och ger information om olika handlingsalternativ. Det kan till exempel vara att ta kontakt med en kurator eller olika insatser inom socialtjänsten samt informera om hur en polisanmälan görs. Det faktum att många kvinnor väljer att inte berätta eller förnekar det som hänt, bidrar till svårigheter att upptäcka våld i nära relationer. Det är därför avgörande att sjuksköterskan har kunskap och förmåga att se tecken på och konsekvenser av utsatthet för våld



(Socialstyrelsen, u.å b). Sjuksköterskan delar ansvar med samhället för att påbörja samt främja åtgärder som tillgodoser sårbara befolkningsgruppers hälsa och sociala behov (ICN, 2012).

Enligt WHO (2010) självbehandlar kvinnorna många av de skador som uppstår i samband med våld. Många skador behandlas även via öppenvården, utan att vårdpersonalen är medvetna om den bakomliggande orsaken. När en person söker vård är det hälso- och sjukvårdens ansvar att se till att patienten får den vård som efterfrågas, men också att uppmärksamma om patienten är i behov av annat stöd (WHO, 2010).

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden att följa och dessa är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (ICN, 2012). När det uppstår misstanke om att en patient blivit utsatt för våld, ska patienten tillfrågas om detta i enrum (SOSFS 2014:4). Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bland annat innebär att den ska tillgodose patientens behov av trygghet (SFS 1982:763; SFS 2014:821). Det är också viktigt att respektera patientens autonomi och integritet samt att vården utformas och genomförs i samråd med patienten (SFS 2014:821). Sjuksköterskan ska uppvisa professionella värden, såsom respektfullhet, lyhördhet och medkänsla samt ansvar för att patienten får korrekt, tillräcklig och lämplig information, på ett kulturellt anpassat sätt, så att patienten har den information som krävs för att ge informerat samtycke till omvårdnad (ICN, 2012).

Enligt WHO (2010) är kunskapen om våld i nära relationer bristfällig i många delar av världen. Kunskapen som finns är dessutom grundade på för lite information och på föreställningar om vilka som är offer och förövare, vilket leder till felaktiga bedömningar. Fokus läggs på symptom istället för den bakomliggande orsaken till skadorna. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) är det hälso- och sjukvårdens ansvar att utveckla rutiner som säkerställer kvaliteten i arbetet med personer som utsätts för våld. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull vård av god kvalitet, det vill säga vård som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskan har dessutom ett personligt ansvar att genom kontinuerligt lärande upprätthålla sin yrkeskompetens (ICN, 2012).

Sigrídur Halldorsdóttirs omvårdnadsteori

Halldorsdóttir (2008) utgår från två metaforer i sin omvårdnadsteori, bron och muren. Bron symboliserar öppenhet och samhörighet i kommunikationen. Effekten av denna kontakt kan sammanfattas som att patienten känner sig stärkt och som att sjuksköterskan bryr sig. Muren symboliserar däremot den uteblivna eller negativa kommunikationen. Patienten upplever bristande omvårdnad och tillit samt att sjuksköterskan är ovillig till att etablera kontakt. Den negativa konsekvensen av denna relation kan sammanfattas som en känsla av maktlöshet från patientens perspektiv (Halldorsdóttir, 2008).

Enligt Halldorsdóttir (2008) krävs det att sjuksköterskan utövar professionell omvårdnad utifrån kunskap och erfarenhet för att kunna bygga en bro. Det innebär att patienten uppfattar sjuksköterskan som omtänksam, vårdande och kompetent. Detta leder i sin tur till en känsla av förtroende och samhörighet, vilket krävs för att upprätthålla relationen. För att bygga bron är



det viktigt att påbörja en kontakt genom att sjuksköterskan lyssnar på patienten och bekräftar relationen genom ett personligt kroppsspråk, i form av ögonkontakt och värme. När patienten känner sig trygg nog att berätta om sitt tillstånd och sina upplevelser är det viktigt att sjuksköterskan vågar lyssna på det patienten berättar. I detta tillstånd upplever patienten solidaritet och relationen som jämlik, vilket innebär att sjuksköterskan är på patientens sida. I det slutliga steget som är den hjälpande vården, arbetar sjuksköterskan gemensamt med patienten mot samma mål för att öka patientens välbefinnande (Halldorsdottir, 2008).

Enligt Halldorsdottir (2008) symboliserar bron inte bara förbindelsen mellan sjuksköterska och patient, utan också ett bekvämt avstånd baserat på respekt och medkänsla. Detta avstånd är vad som skiljer kontakten mellan sjuksköterska och patient och relationen med vänner och familj. Rätt mängd avstånd symboliserar sjuksköterskans professionella roll. Patienter upplever att sjuksköterska- och patientrelationen är en viktig del av professionell omvårdnad och den grundläggande skillnaden mellan känslan av omsorg eller icke-omsorg (Halldorsdottir, 2008).

Hälsa - ett konsensusbegrepp

WHO (2015) definierar begreppet hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande och inte enbart som avsaknad av sjukdom eller funktionsnedsättning. Att uppleva hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet. Hälsa är en resurs för det dagliga livet, vilket är ett positivt begrepp som belyser sociala- och personliga resurser samt fysisk förmåga. Halldorsdottir (2008) definierar hälsa som en mångfacetterad verklighet som innebär fysisk, mental och känslomässiga, andliga och sociala dimensioner. En personlig uppfattning som kan ökas eller minskas genom egna eller andras handlingar.

Problemformulering

Det är ett stort mörkertal gällande kvinnor som utsätts för våld i nära relationer och det beräknas att 80 % av alla utsatta kvinnor aldrig anmäler våldet. Dessutom är skadorna av våldet inte alltid synliga och orsaken till skadorna döljs ofta av den utsatta. Att våldet döljs leder till att det kan vara svårt för sjuksköterskan att identifiera kvinnorna. När våldet inte uppmärksammas kan det leda till fysisk och psykisk ohälsa, men även till höga samhällskostnader. Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att främja hälsa, uppmärksamma vårdbehov och skapa en trygg miljö för patienten. Det krävs kunskap och utbildning inom hälso- och sjukvården samt rutiner som är baserade på vetenskaplig kunskap, för att underlätta identifiering av kvinnor som utsätts för våld. Det är av betydelse att sjuksköterskan skapar tillit och trygghet så kvinnorna känner sig omhändertagna och därmed får mod att berätta om sin situation. Det finns tidigare forskning som belyser upplevelser hos kvinnor som blir utsatta för våld, men mindre kring sjuksköterskans upplevelse i mötet med kvinnorna. Därmed studeras sjuksköterskans upplevelser i mötet med kvinnor för att bidra till ökad förståelse för de eventuella möjligheter och hinder sjuksköterskan upplever i mötet med kvinnor som utsätts för våld.

Syfte

Att belysa sjuksköterskans upplevelser i mötet med kvinnor som utsätts för våld.



Metod

En kvalitativ systematisk litteraturstudie gjordes utifrån Fribergs (2012a) metod. Studien baserades på tio kvalitativa artiklar som inriktade sig på sjuksköterskans upplevelser av mötet med kvinnor som utsatts för våld. Genom att sammanställa resultaten från flera kvalitativa studier skapas ett större kunskapsvärde, vilket leder till ökad förståelse för fenomenet. Den identifierade kunskapen kan sedan omsättas till praktiskt användbar kunskap (Friberg, 2012a).

Litteratursökning

Litteraturstudien påbörjades med en inledande litteratursökning för att få en överblick över tidigare forskning inom området (Östlundh, 2012). Utifrån sökningen gjordes bedömningen att det fanns forskning att tillgå utifrån sjuksköterskans perspektiv. Därefter gjordes en ostrukturerad litteratursökning utifrån formulerat syfte, för att få inspiration till lämpliga sökord. Slutligen gjordes en systematisk litteratursökning, som innebär målanpassade sökningar, enligt Östlundhs (2012) metod. Fem systematiska litteratursökningar gjordes i databasen Cinahl (se bilaga I). Cinahl är en lämplig databas att använda sig av för att söka tidigare forskning inom omvårdnad (Friberg, 2012a). Även sökningar i PubMed och Google scholar gjordes, utan framgång då samtliga artiklar redan sökts fram via Cinahl.

Framförallt användes vanligt förekommande ord från tidigare forskning som påträffades vid den inledande litteratursökningen. Exempel på sökord som användes var: *“health care”*, *“domestic violence”*, *experience*, *nurs** och *qualitative* (se bilaga I). Sökorden kombinerades genom boolesk söklogik som enligt Östlundh (2012) innefattar funktionerna AND och OR. Funktionen AND innebär att koppla ihop flera sökord i sökningen. Funktionen OR användes för att möjliggöra träffar på det ena eller det andra sökordet. Genom att använda sig av boolesk söklogik kunde sökningen avgränsas eller vidgas, för att finna artiklar som svarade mot studiens syfte. Vissa sökord trunckerades med hjälp av en asterisk, till exempel *nurs**. Trunkering användes för att få med alla böjningsformer av ordstammen, vilket enligt Östlundh (2012) möjliggör en bredare sökning. Citationstecken (“”) användes för att söka på exakta fraser där sökorden står i exakt följd, till exempel *“partner violence”*. Östlundh (2012) beskriver att publiceringsår, språk och peer review är vanliga begränsningar. Begränsningarna som gjordes var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2005-2015, för att få tillgång till aktuell forskning. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska samt vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter, det vill säga genomgått peer review. Sekundärsökningar gjordes enligt Friberg (2012b), vilket innebär att referenslistor studerades för att undersöka om det fanns relevanta artiklar att använda. Vid sekundärsökningen hittades en lämplig artikel som inkluderades i studien.

Urval

Artiklarna som inkluderades i studien belyste legitimerade sjuksköterskors upplevelser av kvinnor som utsatts eller misstänks ha utsatts för våld. Barn, äldre eller gravida som utsatts för våld exkluderades.

I de artiklar där upplevelser inte beskrevs eller där det inte gick att utläsa sjuksköterskans uttalanden bland andra yrkesgrupper, till exempel läkare, socialarbetare och psykologer, exkluderades. Ett antal artiklar har inkluderats, trots deltagande av både sjuksköterskor och



andra yrkesgrupper, eftersom det i dessa artiklar varit möjligt att utläsa vilka uttalanden som tillhörde sjuksköterskorna. Artiklar med sjuksköterskestudenters eller barnmorskors upplevelser exkluderades.

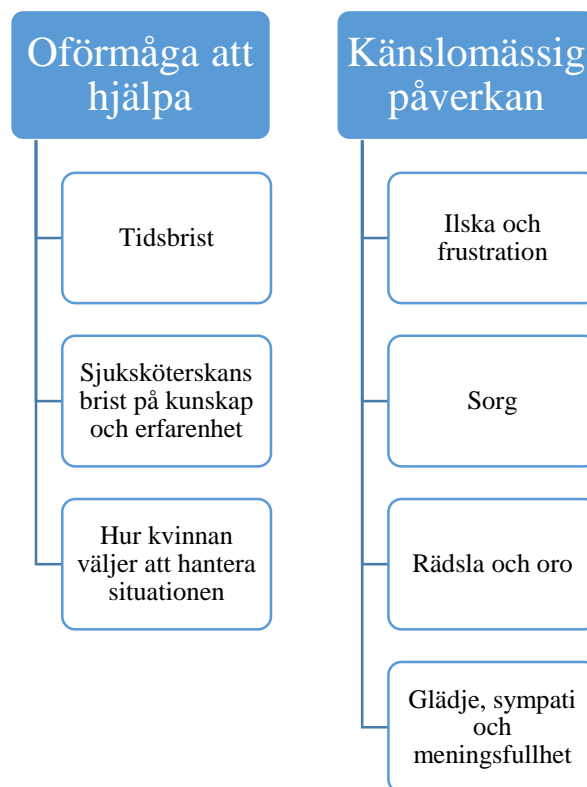
De artiklar som svarade mot studiens syfte granskades enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod (se bilaga II). Totalt granskades tio artiklar. Samtliga artiklar, med ett undantag, nådde upp till medel eller hög kvalitet. Totalt inkluderades tio artiklar som svarade mot studiens syfte och som ansågs hålla godkänd vetenskaplig kvalitet (se bilaga III).

Analys

Fribergs (2012a) analysmetod användes, där analysarbetet innebär att helheter delas upp i delar och därifrån sätts ihop till en ny helhet. Helheten utgörs av de valda artiklarnas resultat som monterar ned med avsikt att finna nya aspekter i förhållande till syftet (Friberg, 2012a).

Artiklarna lästes gemensamt igenom för att få djupare förståelse för dess innehåll och innebörd. Var och en av artiklarna sammanställdes för att få en schematisk översikt (se Bilaga III). Därefter lades fokus på artiklarnas resultat för att identifiera de mest framträdande delarna som svarade mot studiens syfte, enligt Fribergs (2012a) beskrivning. Inledande lästes artiklarnas resultat i sin helhet och därefter med fokus på beskrivande texter, kategorier, teman och citat. De delar av resultaten som ansågs vara relevanta i förhållande till studiens syfte markerades och sammanställdes på enskilda pappersark. Dessa pappersark, med en betydande text på varje, lästes gemensamt igenom ett i taget och delades upp i högar där texter med liknande innehåll fördes samman. Detta för att enligt Friberg (2012a) kunna skapa nya teman och subteman. Till en början delades texterna upp med en enskild upplevelse i varje hög. När samtliga pappersark placerats i grupper lästes varje grupp igenom gemensamt, för att bekräfta att texterna hörde ihop med varandra. På pappersark där flera upplevelser kunde utläsas i samma mening, delades upplevelserna upp och placerades ut i den grupp där de passade bäst in. Under analysens gång diskuterades gemensamt huruvida texterna på pappersarken kunde beskrivas på andra sätt eller passa in i andra grupper. Efter detta första steg formulerades gemensamt sju teman och 22 subteman. Samtliga teman och subteman skrevs in i ett datordokument för att få en tydligare översikt, samt för att inte riskera att blanda ihop grupperna med varandra samt för att underlätta arbetet att flytta texterna mellan olika teman. Därefter sammanfördes teman och subteman som liknade varandra, för att komprimera och förtydliga resultatet. Till exempel fördes upplevelser som tydde på okunskap samman med varandra för att skapa ett gemensamt tema. Det slutgiltiga resultatet av analysen blev totalt två teman och sju subteman (se Figur 1).

Resultat



(Figur 1: Att möta kvinnor som utsatts för våld – sjuksköterskans perspektiv)

Oförmåga att hjälpa

Tidsbrist

Begränsad behandlingstid upplevdes som ett hinder för sjuksköterskor för att kunna skapa en kontakt med kvinnan som utsatts för våld (McGarry & Nairn, 2015). Frustration upplevdes när de inte hade tid att lyssna på kvinnornas berättelser (Robinson, 2010) och de var bekymrade över hur de skulle prioritera arbetsuppgifterna och tiden (Minsky-Kelley, Hamberger, Pape & Wolff, 2005). Samtidigt upplevdes en stor press att behandla färdigt kvinnorna (McGarry & Nairn, 2015). De upplevde det oroande när det inte fanns tid att ta hand om kvinnornas behov och utföra de arbetsuppgifter som krävdes när frågor om våld ställdes (Minsky-Kelly et al., 2005).

Sjuksköterskans brist på kunskap och erfarenhet

Sjuksköterskor upplevde att de inte hade tillräckligt mycket kunskap inom området och de beskrev hur det var lättare att hjälpa kvinnorna med deras fysiska besvär än deras psykiska besvär. (Tower, Rowe & Wallis, 2012). När frågor om våld skulle ställas kände de sig inte tillräckligt förberedda. De visste inte vilka specifika frågor de skulle ställa eller vart de kunde hänvisa kvinnorna. De upplevde rädsla över att inte kunna hantera situationen (Husso et al., 2012; Minsky-Kelly et al., 2005; Robinson, 2010; Webster, Bouck, Wright & Dietrich, 2006) och de upplevde även osäkerhet över vilka frågor som skulle undvikas för att inte förvärra situationen (Hägglom & Möller, 2006; Tower, Rowe & Wallis, 2012).



Bristande kunskap och erfarenhet av att identifiera kvinnor som utsatts för våld, resulterade i rädsla, oro och obehag (Minsky-Kelly et al., 2005; Webster et al., 2006). De kände oro över att hantera situationen felaktigt och de var osäkra på hur djupt de skulle föra samtalet, eftersom de var rädda att väcka gamla minnen till liv hos kvinnan. De ansåg det viktigt för kvinnorna att bearbeta händelserna, men var rädda för att orsaka ytterligare trauma och därmed göra mer skada än nytta (Husso et al., 2012; Tower et al., 2012). De var även osäkra över tecken på våld och vad våldet kunde leda till. I första hand nämndes fysiska skador som en följd av våldet, psykiska besvär samt känslor av oro och rädsla hos kvinnor som blivit utsatta för våld (Tower et al., 2012). När sjuksköterskan upplevde det obekvämt att ställa frågor om våld undveks ibland dessa situationer (Minsky-Kelly et al., 2005).

Det var svårt att möta behoven hos de kvinnor som befann sig i en våldsamt relation, då sjuksköterskor upplevde att de inte kunde göra något för kvinnan (Hägglom & Möller, 2006). De upplevde maktlöshet och frustration om problemet inte gick att hantera på plats. De upplevde att deras stödjande funktion inte hade en betydande roll eftersom de kände att de inte kunde hjälpa kvinnan, och inte visste vart de skulle hänvisa henne (McGarry & Nairn, 2015; Robinson, 2010; van der Wath, van Wyk & van Rensburg, 2013). Även när de tänkte tillbaka på tidigare händelser där de inte kunnat hjälpa kvinnan, kände de frustration (Goldblatt, 2009).

Sjuksköterskor utan personliga erfarenheter av våld hade svårigheter att tänka sig in i kvinnans situation. De tänkte mycket kring hur kvinnan kände, men upplevde det svårt att helt och hållet förstå känslorna. Till följd av detta upplevdes det svårt att veta hur de skulle agera och bete sig (Inoue & Armitage, 2006). Frustration upplevdes när de saknade kunskap om hur de skulle agera för att underlätta kvinnans lidande (Minsky-Kelly et al., 2005). De kände rädsla över att inte upptäcka de kvinnor som blivit utsatta för våld (Hägglom & Möller, 2006).

Hur kvinnan väljer att hantera situationen

Det fanns en önskan hos sjuksköterskor att få omedelbar respons från kvinnorna när de försökte hjälpa dem. De kände på sig att det skulle hända något med kvinnan om hon inte tog tag i sina problem där och då (Robinson, 2010). Dessutom var de oroliga över att våldet inte skulle identifieras, om kvinnan besvärades av andra problem som hon själv tyckte var viktigare (Webster et al., 2006). Ibland talade de inte heller om vad som hade hänt, vilket resulterade i att sjuksköterskor enbart kunde ta hand om de fysiska skadorna och ge kvinnan råd. I dessa fall kände de sig hjälplösa (Robinson, 2010). Sjuksköterskor beskrev hur de försökt prata med den våldsutsatta kvinnan, gett råd och erbjudit hjälp. När kvinnan senare valde att gå tillbaka till den våldsamma relationen upplevdes frustration och maktlöshet över vad som skulle kunna hända (Goldblatt, 2009; Hägglom & Möller, 2006; Inoue & Armitage, 2006; Minsky-Kelly et al., 2005; Robinson, 2010; van der Wath et al., 2013). Dessa känslor berodde på att sjuksköterskor ansåg att målet med vården är att hjälpa kvinnan genom att få henne att lämna den våldsamma relationen (Webster et al., 2006). De hade svårt att förstå hur kvinnorna kunde välja att leva ett sådant liv (Goldblatt, 2009).

Det upplevdes frustrerande om samma kvinna ständigt återkom till sjukhuset. De ansåg att kvinnorna i dessa fall själva var ansvariga över sin situation. De kände att de inte kunde göra något för kvinnan, och ville dessutom inte ta hand om problemet. De undrade varför kvinnor sökte vård när de inte ville ta emot den hjälp och de råd som erbjöds (Husso et al., 2012).



Sjuksköterskor upplevde även frustration över de kvinnor som inte sökte vård över huvud taget (Minsky-Kelly et al., 2005).

Känslomässig påverkan

Ilska och frustration

Kvinnornas berättelser om våldet de blivit utsatta för var ibland svåra för sjuksköterskorna att hantera, vilket gjorde att de kände ilska (Hägglom & Möller, 2006; Webster et al., 2006). Sjuksköterskor upplevde även ilska och hopplöshet på grund av den rädsla och smärta som de misshandlade kvinnorna hade när de sökte hjälp (Hägglom & Möller, 2006).

Då kvinnorna befann sig i situationer där våldet förvärrades upplevde sjuksköterskor frustration, hjälplöshet samt svårigheter med att distansera sig själv från situationen (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskorna upplevde även ilska gentemot förövaren när kvinnorna uppvisade tecken på sårbarhet och maktlöshet. De kunde inte förstå hur någon kunde göra så mot sin partner. Sjuksköterskan kände även hat och vrede i de fall dem träffade gärningspersonen (van der Wath et al., 2013).

Sorg

Sjuksköterskorna beskrev hur de kunde uppleva plågsamma känslor i likhet med det kvinnan upplevde. De förstod att en del av omvårdnaden var att ta del av kvinnornas lidande till följd av våldet, men att denna omvårdnad påverkade dem negativt. Detta upplevdes som en känslomässig börda och de beskrev hur de kände sorg och kunde börja gråta när de fick ta del av patientens smärtsamma känslor (van der Wath et al., 2013). De sjuksköterskor som träffat kvinnor som varit nära döden till följd av våldet, kände dessutom stark besvikelse gentemot mänskligheten som upplevdes som förstörd (Hägglom & Möller, 2006).

Ibland kunde gamla minnen väckas till liv när sjuksköterskorna var med om situationer som påminde om tidigare patienter eller händelser (van der Wath et al., 2013). Sjuksköterskor som själva upplevt våld kunde återuppleva minnen från sin egen situation, som utlöstes av kvinnornas berättelser. Detta gjorde det svårt för dem att skilja kvinnans liv från sitt eget och de var tvungna att intala sig själva att det inte var dem själva det handlade om (Webster et al., 2006). Minnen från specifika händelser dröjde sig ibland kvar och sjuksköterskorna kunde ta med sig känslorna hem från arbetet. Eftersom de tänkte på det kvinnorna hade varit med om påverkades de känslomässigt. Känslorna beskrevs som påträngande och som att de bröts ned inifrån, vilket upplevdes som stressande och deprimerande (van der Wath et al., 2013). Ibland kunde de inte vara sig själva på flera dagar och det kunde hända att de grät i sin ensamhet till följd av de kvardröjande minnena (van der Wath et al., 2013; Webster et al., 2006). Känslorna uppfattades som intensiva och kunde dyka upp från ingenstans (van der Wath et al., 2013). Ibland började de gråta, enbart genom att titta på kvinnorna som blivit utsatta för våld (Webster et al., 2006).

Rädsla och oro

Sjuksköterskor beskrev hur de tidigare kände sig trygga och hur de varit skyddade, eftersom våldet varit sällsynt och ovanligt för dem. Det beskrevs som att en dörr till en okänd sida av samhället hade öppnats (Webster et al., 2006). Sjuksköterskorna insåg att ingen är immun mot misshandel och den insikten gav dem en djup känsla av rädsla, både för sin egen och sina barns säkerhet. När de upplevde rädsla över att själva utsättas för misshandel behövde dem



känslomässigt stöd och uppmärksamhet från sin familj för att kunna känna sig trygga (Goldblatt, 2009).

Sjuksköterskorna var oroad över kvinnornas situation och de upplevde rädsla och stress, framför allt om kvinnans liv var hotat (Hägglom & Möller, 2006). Oron kunde upplevas som ett tryck över bröstet. Om kvinnan till exempel hastigt lämnade avdelningen, lämnades sjuksköterskorna kvar med oro på grund av obesvarade frågor. De kände oro över kvinnans livssituation och hemsituation samt rädsla över att kvinnan skulle ta sitt liv (van der Wath et al., 2013).

Det var även smärtsamt att lyssna på berättelser om den misshandel som kvinnorna blivit utsatta för och det framkallade en intensiv känsla av rädsla för både sin egen, men också kvinnornas säkerhet (Goldblatt, 2009; van der Wath et al., 2013). Sjuksköterskorna var inte alltid beredda på detaljer om våldet, vilket var en anledning till att de påverkades på ett personligt plan (van der Wath et al., 2013). Det beskrevs som skräckfyllt och chockerande att möta kvinnor med fysiska skador, så som ansiktsskador, frakturer, skallskador och brännskador eller kvinnor som varit inlåsta eller nästan blivit dränkta (Goldblatt, 2009; Hägglom & Möller, 2006). Att bevittna de skador och men kvinnorna fick till följd av våldet, resulterade i oro och smärta (van der Wath et al., 2013). Bevittnandet av livshotande skador eller skador som resulterade i att kvinnor avled berörde dem på ett negativt sätt och dessa situationer upplevdes som fruktansvärda (van der Wath et al., 2013). Att bevittna våldets konsekvenser skapade psykiska känslor som upplevdes påfrestande att hantera (Goldblatt, 2009).

Det fanns även en oro över att närstående skulle avslöja kvinnan genom att komma in på rummet under samtalet och få syn på broschyrer och information (Minsky-Kelly et al., 2005). Ibland samverkade sjuksköterskors oro med egna erfarenheter av våld. De var rädda för att kvinnans upplevelser och situation kunde vara i likhet med det dem själva hade varit med om, till exempel oro över att kvinnan lade skulden på sig själv eller inte hade tillräckligt med stöd från sin familj (van der Wath et al., 2013). Sjuksköterskorna uttryckte att de aldrig skulle kunna glömma bort och att minnena av fysiska skador kunde dröja sig kvar under flera dagar. Ibland kunde den skadade kvinnans kropp ses genom sin egen, när de tittade sig själv i spegeln (Goldblatt, 2009). Om sjuksköterskorna kunde välja skulle de avstå dessa känslomässiga aspekter och enbart fokusera på att ta hand om yttre skador, eftersom de känslomässiga upplevelserna både var utmattande och skrämmande (Goldblatt, 2009).

Glädje, sympati och meningsfullhet

Sjuksköterskorna hade en vilja att hjälpa de kvinnor som visade tecken på att de blev utsatta för våld och de uttryckte sin sympati gentemot dessa kvinnor. De förstod att det inte var kvinnornas fel att de hamnat i en sådan sorglig situation (Tower et al., 2012) och de kände sympati trots att kvinnan ibland valde att stanna kvar i den våldsamma relationen (Goldblatt, 2009). Sympati framkallades även när kvinnorna visade tecken på sårbarhet och maktlöshet, till exempel om de hade små barn eller när kvinnan kom från ett annat land och därmed var ensam och utsatt (van der Wath et al., 2013). De kände sympati och medlidande för kvinnans hälsa och säkerhet (Goldblatt, 2009).

Det ansågs viktigt av sjuksköterskorna att etablera kontakt med kvinnor då misstanke om våldsutsatthet fanns, trots att det inte alltid gav omedelbara resultat. De trodde att det kunde



vara till nytta för kvinnorna i framtiden. Även om det inte alltid blev så som sjuksköterskorna önskat, kunde de ändå känna sig nöjda och hoppades på att kvinnorna skulle få hjälp av råden de fått. Sjuksköterskorna tyckte att det kändes bra att kunna hjälpa åtminstone någon (Robinson, 2010). Trots att sjuksköterskorna kände sig besvikna på mänskligheten på grund av våldet, upplevde de ändå att stödet de kunde ge till de misshandlade kvinnorna var meningsfull (Hägglom & Möller, 2006) och vetskapen om att ha hjälpt någon gjorde det lättare för dem att hantera sina negativa känslor (van der Wath et al., 2013). I de fall där sjuksköterskorna fått ta del av situationer med positiv utgång kände de sig lättade och glädjefyllda. Stress och sorg som de tidigare upplevde försvann (van der Wath et al., 2013).

Metoddiskussion

Fribergs (2012a) metod, att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i kvalitativ forskning, används. Detta då studiens syfte är att belysa vad sjuksköterskan upplever i mötet med kvinnor som utsätts för våld. Metoden innebär att tidigare forskning inom området samlas in för att skapa ett större kunskapsvärde och öka förståelsen för valt fenomen (Friberg, 2012a).

Databasen Cinahl används, vilket är en referens- och fulltextdatabas. Enligt Östlundh (2012) innehåller en referensdatabas referenser till artiklar i de fall då fulltext inte är tillgängligt. En fulltextdatabas däremot innehåller artikeln i sin helhet (Östlundh, 2012). Även artiklar som inte finns i fulltext söks fram för att inte riskera att missa relevanta och användbara artiklar. Efter att nio artiklar hittas i Cinahl görs även osystematiska sökningar i PubMed samt Google scholar. Även sekundärsökning görs, vilket enligt Friberg (2012b) innebär att artiklar söks fram genom att använda sig av referenser från tidigare forskning. Detta resulterar i en ny artikel som inkluderas i studien. Samtliga andra artiklar som hittas vid osystematisk sökning har redan hittats via Cinahl. Eftersom området är smalt utökas sökningarna med flera ord som liknar varandra, så som abuse, battered och domestic violence för att öka antalet relevanta träffar. Inspiration fås från tidigare forskning och de ord som andra författare använder sig av i sina studier. Sammanlagt hittas tio artiklar som inkluderas i studien, både genom strukturerad sökning och ostrukturerad sökning. När inga nya artiklar framträder trots varierade sökningar i PubMed, Cinahl och Google scholar, anses tio artiklar som ett fullgott antal.

Samtliga artiklar är skrivna på engelska och översättning av artiklarna görs genom att läsa innehållet upprepade gånger samt med hjälp av elektroniskt lexikon. Viss språkbarriär kan leda till tolkningsfel vid översättningen av artiklarna. För att undvika tolkningsfel översätts ord via elektroniskt lexikon och diskuteras gemensamt under artikelgranskningen. Artiklarnas ålder begränsas till 2005-2015, för att få aktuell forskning. Det förekommer äldre forskning inom området, men dessa exkluderas då det finns aktuell forskning att tillgå. Östlundh (2012) menar att vetenskapligt material är färskvara. Bedömningen görs att nutida forskning bidrar till ett mer trovärdigt resultat, och att ny forskning svarar mot studiens syfte eftersom synen på jämställdhet utvecklas.

Artiklarna som inkluderas i studien är utförda i stora delar av världen. Valet att inkludera artiklar från olika länder är medvetet, eftersom sjuksköterskors upplevelser av mötet med kvinnor som utsätts för våld inte nödvändigtvis skiljer sig baserat på vilket land de kommer ifrån. Om studiens syfte däremot fokuserar på upplevelser av sjukvårdens resurser kan



resultaten skilja sig åt, eftersom sjukhusvård och resurser kan se olika ut i olika delar av världen. Olika kulturer kan ha olika syn på våld i nära relationer, men genom att läsa artiklarna och granska resultaten ses det att känsloupplevelser hos sjuksköterskorna inte skiljer sig nämnvärt från varandra. Det kan tänkas att överförbarheten till svenska sjuksköterskor försämras när artiklar från länder utanför nordnorden inkluderas. Enligt Polit och Beck (2008) har överförbarhet att göra med i vilken utsträckning ett resultat kan överföras till andra grupper. Dock anses överförbarheten inte påverkas, eftersom artiklarnas resultat i stor utsträckning liknar varandra. Artiklar där urvalet består av olika yrkesgrupper och det inte går att utläsa vilken yrkesgrupp upplevelsen tillhör exkluderas, trots relevanta resultat i förhållande till studiens syfte. Däremot inkluderas artiklar där sjuksköterskans upplevelser går att urskilja, trots deltagande av ytterligare yrkesgrupper. Studier med fokus på sjuksköterskans upplevelser i mötet med gravida kvinnor som utsätts för våld, exkluderas. Det anses att sjuksköterskans upplevelser kan se annorlunda ut när barn involveras i situationen. Av den anledningen exkluderas även barnmorskor. Även sjuksköterskestudenters upplevelser av mötet med kvinnor som utsätts för våld exkluderas, eftersom de inte hunnit utveckla kompetens och erfarenhet i vårdverksamheten.

Artiklarna granskas med hjälp av granskningsmall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod, enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011). Nio av tio artiklar når upp till medel eller hög kvalitet. Den artikel som har låg kvalitet saknar etiskt godkännande, vilket främst ligger till grund för de låga poängen. Däremot kan etiska handlingar utläsas i artikeln, till exempel påvisad hänsyn till deltagare som inte vill bli inspelade under intervjuerna och löfte om att deras namn och personuppgifter inte ska göras offentliga. Det uteblivna etiska godkännandet anses inte påverka studiens resultat, trots låg kvalitetspoäng, då resultatet är tydligt och svarar på studiens syfte.

Under granskningen förs diskussion kring artiklarnas trovärdighet, då våld mot kvinnor kan ses som ett känsligt ämne som är komplicerat att tala om. Resonemang ställs kring huruvida sjuksköterskorna i artiklarna svarar sanningsenligt utifrån deras upplevelser. I en av artiklarna resonerar författarna på samma sätt och menar att sjuksköterskor kan känna behov av att svara på frågor utifrån ett lämpligt och professionellt sätt, så att de inte framställs negativt (Robinson, 2010).

Från en artikel används bara en liten del av resultatet, eftersom de flesta berättelser inte beskriver upplevelser. Artikeln används eftersom resultatet anses relevant och givande för studiens resultat. För att uppnå hög trovärdighet inkluderas enbart resultat som genom citat och beskrivande texter visar på upplevelser.

Totalt används tio artiklar i analysen. Friberg (2012a) beskriver att det är viktigt att läsa artiklarna i sin helhet för att få en känsla för vad de handlar om. Artiklarna läses gemensamt, en i taget och flera gånger för att förstå artikelns innebörd. Resultaten läses igenom, artikel för artikel och därefter utses relevanta resultat som svarar mot studiens syfte. Enligt Friberg (2012a) ska diskussion föras kring huruvida materialet kan beskrivas på olika sätt och att det är viktigt att hela tiden upprepa studiens syfte. Resultat från de artiklarna som analyserats, läses högt för att förtydliga innehållet. Vid osäkerhet om resultatet svarar på studiens syfte ställs frågan ”vad upplever sjuksköterskan i mötet? Därefter kontrolleras om resultatet svarar på frågan, det vill säga syftet: ”sjuksköterskan upplever frustration när tiden inte räcker till”. Det anses positivt



att två personer, gemensamt under analysens gång kan diskutera och föra en dialog kring resultatet. Upplevelser från resultatet markeras och skrivs ut. Dessa kontrolleras än en gång, så de stämmer överens med studiens syfte. Enligt Friberg (2012a) är detta en viktig del av analysen. Resultaten klipps ut och placeras i grupper med upplevelser som liknar varandra. En grupp i taget läses igenom gemensamt för att undersöka att upplevelserna passar ihop med varandra. I denna fas skapas sju teman och 22 subteman. Upplevelser som ytterligare liknar varandra förs samman, vilket slutligen resulterar i två teman och tre subteman. Upplevelser som liknar varandra skapar teman, till exempel oförmåga att hjälpa, som syftar till situationer där sjuksköterskan upplever oförmåga att hjälpa kvinnorna. Teman sammanställs på detta vis för att komprimera resultatet samt göra det tydligt och överskådligt.

Etiskt resonemang

Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) får forskning där människor deltar enbart utföras om den är godkänd vid en etisk prövning. Samtliga artiklar, med ett undantag, är godkända av etisk nämnd. Den artikel som saknar etiskt godkännande har dock etiskt resonemang. Deltagarna får löfte om anonymitet och att namnen inte ska avslöjas. Artikelns resultat är tydligt och relevant i förhållande till studiens syfte och inkluderas därför i studien.

När människor involveras i en studie måste vissa etiska riktlinjer följas, till exempel deltagarnas rätt till fullständig information, deltagarnas givna samtycke till att delta i studien samt konfidentiell hantering av deltagarnas uppgifter (Polit & Beck, 2008). Samtliga deltagares uppgifter i artiklarna behandlas konfidentiellt och benämns med siffror eller pseudonymer. Polit och Beck (2008) beskriver även hur samtliga deltagare ska ha rätt till självbestämmande genom att få ta del av studiens syfte och genomförandesätt samt rätt till att avbryta sitt deltagande.

För att det egna tankesättet och tolkningarna inte ska påverka resultatet, diskuteras tankarna under arbetets gång för att säkerställa att resultatet blir så textnära som möjligt. Det anses också positivt att inte ha egna erfarenheter av våld i nära relationer, då resultatet inte riskerar att påverkas av egna känslor.

Resultatdiskussion

Oförmåga att hjälpa

Begränsad behandlingstid leder till att sjuksköterskor upplever hinder i att etablera kontakt med kvinnan. De upplever oro och frustration över hur de ska ha tid till att lyssna på kvinnornas berättelser. De känner dessutom press till att skynda på behandlingstiden. Tidsbristen anses problematisk, eftersom tid är en förutsättning för att kunna identifiera våld. Detta kan antas leda till att sjuksköterskan väljer bort situationer som kräver mycket tid. Enligt Socialstyrelsen (u.å b) ska sjuksköterskor ta sig tid att följa upp händelser samt informera kvinnan om olika handlingsalternativ. Det är en förutsättning att sjuksköterskan etablerar kontakt med kvinnan för att hon ska känna sig trygg och våga berätta om våldet (Halldorsdottir, 2008). Det är även av betydelse hur frågor om våld ställs, under vilka omständigheter de ställs samt att sjuksköterskan fokuserar på kvinnans personliga upplevelser (Socialstyrelsen u.å b).

Sjuksköterskor upplever att deras stödjande funktion inte alltid har en betydande roll. De upplever sig ha otillräckligt mycket kunskap inom ämnet. De kan inte hantera psykiska besvär



i samma utsträckning som fysiska skador. Det framgår av artiklarna att många sjuksköterskor upplever okunskap och brist på erfarenhet. Med tanke på att våld är vanligt förekommande och mörkertalet är stort, bör sjuksköterskor i större utsträckning utbildas inom området för att kunna tillgodose kvinnornas vårdbehov samt förebygga deras fysiska och psykiska ohälsa. WHO (2010) menar att kunskapen om våld i nära relationer är bristfällig i många delar av världen och dessutom grundad på för lite information, vilket kan leda till felaktiga bedömningar. I en studie av Bradbury-Jones, Taylor, Kroll och Duncan (2014) beskrivs att förståelse kring våldets olika skepnader är viktig, då detta skapar möjlighet för öppna diskussioner och för att kunna identifiera misshandel. Som sjuksköterska är det viktigt att se till att kvinnan får den vård som efterfrågas, men också att uppmärksamma om hon är i behov av annat stöd (WHO, 2010). Utbildning om våld kan tänkas bidra till ökad medvetenhet kring hur våldet kan påverka kvinnan och därmed i större utsträckning uppmärksamma hennes behov av stöd. Halldorsdóttir (2008) definierar hälsa som en flerdimensionell verklighet som bland annat innebär fysiska, mentala och känslomässiga dimensioner som kan ökas eller minskas genom egna eller andras handlingar. Hälso- och sjukvården ska bedrivas på ett sådant sätt så att sjuksköterskan kan uppfylla kraven på en god vård, vilket bland annat innebär att tillgodose patientens behov av trygghet (SFS 1982:763; SFS 2014:821).

Upplevelsen av obehag i mötet gjorde att sjuksköterskor ibland undvek att ställa frågor om våld. De är rädda för att inte kunna hantera situationen och känner sig otillräckligt förberedda på vilka frågor som bör ställas eller undvikas. De är dessutom osäkra på hur de ska bete sig i mötet och är rädda för att göra mer skada än nytta. Det kan tänkas att sjuksköterskans osäkerhet och okunskap kan bidra till att våldet inte uppmärksammas, vilket i sin tur kan leda till att kvinnornas fysiska och psykiska hälsa hotas. Enligt ICN (2012) är det sjuksköterskans ansvar att ingripa när hälsan hos enskilda personer, familjer eller allmänhet är hotad av andra personers handlande. När patienten berättar om sitt tillstånd och sina upplevelser är det dessutom viktigt att sjuksköterskan vågar lyssna på det patienten berättar (Halldorsdóttir, 2008). Oupptäckt våld kan innebära en ökad risk för att kvinnan på sikt utvecklar fysisk och psykisk ohälsa (NCK, 2014). Våldet leder dessutom till höga samhällskostnader (Socialstyrelsen, 2006).

Sjuksköterskor är osäkra på vilka tecken som ska uppmärksammas och vilka konsekvenser våldet kan leda till. Enligt WHO (2010) ska personal inom hälso- och sjukvården ha kunskap om tecken på våld, vilka faktorer som kan orsaka våld samt vilka skyddsfaktorer som finns att tillgå. Dessutom är det vårdgivarens ansvar att personal inom hälso- och sjukvården har kunskap om våld för att kunna omsätta kunskapen i det praktiska arbetet (SOSFS 2014:4). Det uppskattas att enbart 20 % av de misshandlade kvinnorna gör en anmälan (ROKS, u.å), vilket Hradilova Selin (2009) beskriver som ett stort mörkertal. Tecken på våldsutsatthet är dels fysiska skador så som blåmärken och gynekologiska besvär, men också psykiska besvär som ätstörningar och depression (Socialstyrelsen, 2015). Våld mot kvinnor i en nära relation kan utöver fysisk våld även innebära psykiskt våld (WHO, 2014). Psykiskt våld kan innebära tvång eller att utsättas för glåpor och förlöjliganden (Socialstyrelsen, 2015). Woodtli (2001) beskriver att det finns förhoppningar kring att utbildning om våld i nära relationer ska förändra attityder hos sjuksköterskor och leda till att fler kvinnors behov kan identifieras. På så vis kan tidigare ingripande möjliggöras samt öka samarbetet mellan personal och annan hälsovårdspersonal (Woodtli, 2001). När sjuksköterskor inte har kännedom kring sitt ansvar att upptäcka våld mot kvinnor, kan det tänkas leda till att de inte aktivt är uppmärksamma på tecken



som kan tyda på våld. Trots misstankar om våld kan bristande kunskap leda till att sjuksköterskan inte tar tag i situationen och att våldet mot kvinnan förblir dolt.

När kvinnorna inte lämnar relationen, trots att de blir erbjudna råd, hjälp och samtal, upplever sjuksköterskor frustration och maktlöshet. De anser att målet med vården är att få kvinnan att lämna relationen och har därmed svårt att förstå hur kvinnor kan välja att leva ett sådant liv. Om sjuksköterskan låter egna känslor påverka mötet kan det tänkas leda till att kvinnan känner sig ifrågasatt och oförstådd och därmed undviker att söka hjälp. Om sjuksköterskan däremot visar förståelse, kan det bidra till en god relation som stärker kvinnan. Enligt Socialstyrelsen (u.å. b) ser kvinnan inte alltid sig själv som våldsutsatt eller förstår att hon blir misshandlad. Kvinnor som utsätts för våld har ofta låg självkänsla, vilket kan resultera i att dem upplever det svårt att lämna relationen (Woodtli, 2001). De är heller inte alltid medvetna om att det finns olika typer av misshandel och kan ha svårt att sätta ord på det som förekommer. I sådana situationer har sjuksköterskan en betydande roll till att skapa en miljö där våldet kan diskuteras (Bradbury-Jones et al., 2013). Det är dessutom viktigt att respektera kvinnans självbestämmanderätt samt att i samråd genomföra vården (SFS 2014:821). Sjuksköterskan ska uppvisa professionella värden, så som respekt, lyhördhet och medkänsla samt ha ansvar för att kvinnan får lämplig information och därmed får den information som krävs för att kunna ge informerat samtycke till omvårdnad (ICN, 2012). Sjuksköterskor måste även acceptera det faktum att trots att de erbjuder hjälp, är det kvinnans beslut att ta emot hjälpen eller avstå den (Woodtli, 2001).

Upplevelser av att de inte kan eller vill hjälpa uppstår när kvinnor upprepade gånger söker vård till följd av våldsrelaterade skador. Uppmärksamhet bör ges till kvinnor som ofta återkommer till akutmottagningar eller vårdcentraler, då det kan vara ett tecken på att de är utsatta för våld (Gibbons, 2011). Dessutom har sjuksköterskor ett ansvar att ingripa för att skydda enskilda personer när deras hälsa är hotad av andra personers handlande (ICN, 2012). Många skador som uppkommer genom våld behandlas via öppenvården, utan att vårdpersonalen är medveten om den bakomliggande orsaken. När kvinnan inte talar om vad som har hänt känner sig sjuksköterskor hjälplösa, då de enbart kan behandla de fysiska skadorna. När en person söker vård är det hälso- och sjukvårdens ansvar att se till att patienten får den vård som efterfrågas, men också att uppmärksamma om patienten är i behov av annat stöd (WHO, 2010).

Känslomässig påverkan

Rädsla för sin egen och kvinnans säkerhet upplevs när de får ta del av kvinnans upplevelser. Det är chockerande och skräckfyllt att bevittna fysiska skador. Våldets konsekvenser resulterar i att sjuksköterskor upplever det påfrestande att arbeta med sina egna psykiska känslor. Sjuksköterskors insikt om att ingen är immun mot misshandel skapar rädsla. Det är en känslomässig börda att stödja kvinnor i deras lidande och de kan uppleva känslor som liknar det kvinnan känner. Då sjuksköterskor påverkas på ett personligt plan kan det finnas en risk att psykisk ohälsa utvecklas. Det anses därför viktigt att stödsamtal erbjuds till dem som berörs, för att hjälpa dem hantera sina känslor samt förebygga psykisk ohälsa.

Det förekommer att sjuksköterskor på grund av okunskap undviker situationer där misstanke om våld uppstår. Okunskapen leder till att situationen upplevs som obehaglig. Det kan därför antas att sjuksköterskan även undviker situationer enbart på grund av obehagskänslor. Enligt



ICN (2012) ska nationella sjuksköterskeorganisationer aktivt arbeta för en säker, hälsosam och god arbetsmiljö. Dessutom beskriver Svensk Sjuksköterskeförening (2012) att det krävs att sjuksköterskor är trygga och medvetna inom sitt kunskapsområde omvårdnad, för att kunna agera för en personcentrerad vård. Sjuksköterskors professionella utveckling ska stödjas, där en grundpelare är att ha mod att stå upp för mänskliga värden och utföra självständiga handlingar.

Många sjuksköterskor förstår att det inte är kvinnans fel att hon blir utsatt för våld och de känner sympati, oavsett om hon stannar kvar i den våldsamma relationen eller inte. De anser även att det är viktigt att etablera kontakt med kvinnan, då det kan ge långsiktigt resultat. Att hjälpa någon gör det lättare för dem att hantera sina negativa känslor av stress och sorg. Att uppvisa professionella värden, såsom respektfullhet, lyhördhet och medkänsla ingår i sjuksköterskeprofessionen (ICN, 2012). När sjuksköterskan lyssnar på kvinnan kan relationen upplevas jämlik, vilket ökar patientens välbefinnande. Sjuksköterska- och patientrelationen är en viktig del av professionell omvårdnad och avgör skillnaden mellan känslan av omsorg eller icke-omsorg (Halldorsdottir, 2008).

Vissa händelser skapar minnen som de tar med sig hem. Sjuksköterskor som själva utsatts för våld får återkommande minnen av kvinnornas berättelser och de måste intala sig själva att det inte är deras situation. Ibland kan de inte vara sig själva på flera dagar, då de tänker på det kvinnan går igenom. Detta påverkar dem känslomässigt och det beskrivs som påträngande, stressande och deprimerande. De upplever att vissa minnen aldrig kan glömmas bort. Sjuksköterskor vill välja bort de känslomässiga aspekterna och enbart fokusera på yttre skador, då de känslomässiga upplevelserna är utmattande och skrämmande. Sjuksköterskor som inte får känslomässigt stöd kan tänkas riskera att uppleva psykisk ohälsa, därför kan det finnas ett behov av stödsamtal. Även omvårdnadshandledning kan vara av betydelse. Enligt Severinsson (refererad i Berggren, 2009) är omvårdnadshandledning en stödjande metod för att öka sjuksköterskans professionella utveckling genom reflektion. Omvårdnadshandledning kan bidra till ett ökat välbefinnande hos vårdpersonalen, ökat självförtroende, förebygga utbrändhet samt känsla av att ha kontroll över sin stress (Severinsson & Borgenhammar, 1997).

Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande och beskrivs som en grundläggande mänsklig rättighet. Hälsa är dessutom en resurs för det dagliga livet, sociala- och personliga resurser samt fysisk förmåga (WHO, 2015). Enligt ICN (2012) ska nationella sjuksköterskeorganisationer aktivt arbeta för en säker, hälsosam och god arbetsmiljö.

Ilska, hat och vrede upplevs gentemot förövaren och sjuksköterskor kan inte förstå hur någon kan göra så mot sin partner. Woodtli (2001) beskriver att medvetenhet behövs kring att förövaren själv kan ha blivit utsatt för våld och därför också är i behov av hjälp. Sjuksköterskor behöver lägga sin ilska åt sidan och inte låta sig påverkas av negativa känslor eller låta känslorna stå i vägen i mötet med kvinnor som utsätts för våld (Woodtli, 2001).

Slutsatser

Det framgår av resultatet att sjuksköterskor upplever tidsbrist som ett hinder till att etablera kontakt med kvinnor som utsätts för våld. Att arbeta mot ett tidsmål upplevs påfrestande och frustration uppstår när de inte hinner prata med kvinnorna. De upplever även okunskap kring tecken på våld, hur frågor bör ställas och hur de bör agera i mötet. De saknar insikt om hur



våldsutsatta kvinnor kan agera i sin situation. Att ta del av kvinnors fysiska och känslomässiga lidande påverkar sjuksköterskor på ett personligt plan. Minnen och känslor som påverkar dem under lång tid leder till lidande hos sjuksköterskan.

Sjuksköterskor behöver utökad utbildning kring våld i nära relationer gällande tecken på, samt orsaker till och konsekvenser av våld. Även utbildning kring den utsatta kvinnans situation och behov behövs. Utbildning om våld kan ge mer förståelse för hur sjuksköterskan ska agera i mötet och hur frågor ska ställas. Kunskapen kan även vara en hjälp att hantera tidsbristen, då det möjliggör att sjuksköterskan kan prioritera de arbetssätt som är mest effektiva. Ökad kunskap kan bidra till förståelse för kvinnans livssituation och hennes handlande, så att föreställningar och negativa känslor som sjuksköterskan har avtar. Detta kan leda till att en bättre relation mellan sjuksköterska och patient skapas, vilket möjliggör identifiering av våldet. Känslomässigt stöd behövs för att sjuksköterskan inte ska påverkas negativt på ett personligt- eller professionellt plan. Stödet kan bidra till att sjuksköterskan inte undviker situationer som upplevs obehagliga eller psykiskt påfrestande i arbetet. Känslomässigt stöd kan även bidra till att sjuksköterskan inte upplever ohälsa i sitt privatliv.

Praktiska implikationer

Studien kan bidra till sjuksköterskans kompetensutveckling genom ökad kunskap om hur sjuksköterskor upplever mötet med kvinnor som utsätts för våld. Legitimerade sjuksköterskor samt sjuksköterskestudenter kan med hjälp av denna studie sätta sig in i hur dessa möten kan upplevas. Ur ett större perspektiv kan studien bidra med argument till att sjuksköterskor bör erbjudas utbildning gällande våld i nära relationer samt erbjudas stödsamtal eller omvårdnadshandledning vid behov. Utbildning och kunskap inom området kan bidra till att fler kvinnor som utsätts för våld identifieras. Upptäckt våld kan innebära att fysisk och psykisk ohälsa förebyggs och att samhällskostnader minskar.

Förslag till fortsatt utveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Denna studie har belyst hur sjuksköterskor upplever mötet med kvinnor som utsätts för våld. Ytterligare forskning krävs inom området. Förslag till fortsatt forskning är att belysa förväntningar på hälso- och sjukvården hos kvinnor som utsätts för våld. Även forskning kring hur sjuksköterskan kan stötta och tillgodose kvinnornas behov samt vilka behov av känslomässigt stöd sjuksköterskor har efter mötet med kvinnor som utsätts för våld.



Referenser

- Berggren, I. (2009). Omvårdnadshandledning i teori och praktik. I A. Barbosa da Silva., I. Berggren., & H. Nunstedt (Red.), *Omvårdnadshandledning: ur etiskt och tvärdisciplinärt perspektiv* (ss. 23-44). Lund: Studentlitteratur.
- Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(21/22), 3057-3068 12p. doi:10.1111/jocn.12534
- Brottsförebyggande rådet. (2010). *Upprepad utsatthet för våld: polisens och socialtjänstens arbete i nio län*. Hämtad 2015-11-02, från https://www.bra.se/download/18.ba82f7130f475a2f18000202/1371914719282/2010_19_upprepad_utsatthet.pdf
- Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott I nära relationer: en nationell kartläggning*. Hämtad 2015-11-02, från https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf
- FN-förbundet (2015). *Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW)*. Hämtad 2015-11-06, från: <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/karnkonventionerna/konventionen-om-avskaffande-av-all-slags-diskriminering-av-kvinnor-cedaw/>
- Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats*. (ss.121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats*. (ss.81-94). Lund: Studentlitteratur.
- Gibbons, L. (2011). Dealing with the effects of domestic violence. *Emergency Nurse*, 19(4), 12-17 6p.
- Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645-1654 10p. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x
- Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 22(4), 643-652 10p.



Hradilova Selin, K. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer*: rapport 2009:12.

Från:

https://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf

Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health & Social Care in The Community*, 20(4), 347-355 9p. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x

Hägglom, A., & Möller, A. (2006). On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090 16p

Inoue, K., & Armitage, S. (2006). Nurses' understanding of domestic violence. *Contemporary Nurse: A Journal for The Australian Nursing Profession*, 21(2), 311-323 13p. doi:10.5172/conu.2006.21.2.311

International Council of Nursing. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.), Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

McGarry, J., & Nairn, S. (2015). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 65-70 6p. doi:10.1016/j.ienj.2014.06.003

Minsky-Kelly, D., Hamberger, L., Pape, D., & Wolff, M. (2005). We've had training, now what? Qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting. *Journal Of Interpersonal Violence*, 20(10), 1288-1309 22p

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa: en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK.

Nationellt centrum för kvinnofrid (u.å). Våldets kostnader. Hämtad 2015-11-06, från:

http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Vald_i_nara_relationer/Valdets_kostnader_arnesguide/

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Prop. 2005/06:155. Makt att forma samhället och sitt eget liv - nya mål i jämställdhetspolitiken.



Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (u.å). Våldsbrott. Hämtad 2015-11-19 från:

<http://www.roks.se/M%C3%A4ns%20v%C3%A5ld%20mot%20kvinnor/Fakta/statistik/valdsbrott>

Robinson, R. (2010). Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572-576 5p.
doi:10.1016/j.jen.2009.09.008

Severinsson, E. I., & Borgenhammar, E. V. (1997). Expert views on clinical supervision: a study based on interviews. *Journal of Nursing Management*, 5, 175-183 9p.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (u.å a). *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. Hämtad 2015-11-05, från <https://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>

Socialstyrelsen. (u.å b). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*. Hämtad 2015-11-05, från <https://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/upptackavald>

Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor: en samhällsekonomisk analys*. Hämtad 2015-11-06, från: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9744/2006-131-34_200613134_rev.pdf

Socialstyrelsen. (2015). *Våld -handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld nära relationer*. Hämtad 2015-10-29, från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19795/2015-4-4.pdf>

SOSFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. Hämtad 2015-11-05, från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19441/2014-5-7.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Verksamhetsplan 2013/2014*
<http://www.swenurse.se/Om-oss/Var-verksamhet/Verksamhetsplan/>



- Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurse: A Journal for The Australian Nursing Profession*, 42(2), 216-225 10p.
doi:10.5172/conu.2012.42.2.216
- van der Wath, A., van Wyk, N., & van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2242-2252 11p. doi:10.1111/jan.12099
- Webster, F., Bouck, M., Wright, B., & Dietrich, P. (2006). Nursing the social wound: public health nurses' experiences of screening for woman abuse. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38(4), 137-153 17p.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Woodtli, M. (2001). Nurses' attitudes toward survivors and perpetrators of domestic violence. *Journal of Holistic Nursing*, 19(4), 340-359 20p.
- World Health Organization. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Violence against women*. Hämtad 2015-11-05, från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- World Health Organization. (2015). *Health*. Hämtad 2015-11-02 från <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats*. (ss. 57-79). Lund: Studentlitteratur.



HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för hälsovetenskap

Redovisning av systematisk litteratursökning

Litteratursökning 1

Databas Cinahl, 2015-10-29	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	"domestic violence"	6500				
#2	"health care"	262,549				
#3	qualitative	75,858				
#4	S1 and S2 and S3	81				
Begränsningar: English, peer Review, 2005-2015		44	44	20	5	4

Litteratursökning 2

Databas Cinahl, 2015-10-29	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	nurses perception	12,411				
#2	"domestic violence"	6500				
#3	qualitative	75,858				
#4	S1 and S2 and S3	14				
Begränsningar: English, Peer Review, 2005-2015		5	5	4	1	1



HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för hälsovetenskap

Litteratursökning 3

Databas Cinahl 2015-10-31	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	"nurses experience"	676				
#2	"domestic violence"	6507				
#3	S1 and S2	2				
Begränsningar: English, Peer Review, 2005-2015		2	2	1	1	1

Litteratursökning 4

Databas Cinahl 2015-10-31	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	"nurses experience*"	1758				
#2	partner violence or domestic abuse	8594				
#3	S1 and S2	9				
Begränsningar: English, Peer Review, 2005-2015		7	7	6	2	2

Litteratursökning 5

Databas Cinahl, 2015-11-12	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	nurs*	616,235				
#2	understand*	108,043				
#3	"domestic violence"	6,521				
#4	S1 and S2 and S3	86				
Begränsningar: English, peer Review, 2005-2015		41	41	15	3	1



HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för hälsovetenskap

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

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

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Informantkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

- Datasamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Beskrivs vilket/-n fenomen, upplevelse/mening? Ja Nej Vet ej

Är beskrivning/analys adekvat? Ja Nej Vet ej

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem
Peer review

Double
blinded

Single
blinded

Ej
angivet



Översikt av analyserad litteratur

Författare: Årtal: Land:	Titel:	Problem och Syfte:	Ansats och Metod:	Urval och Studiegrupp:	Huvudsakligt resultat:	Kvalitetsgranskning:
Goldblatt, H. 2009. Israel.	Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences.	Att undersöka sjuksköterskors påverkan av att ta hand om våldsutsatta kvinnor, utifrån professionella och personliga upplevelser.	Kvalitativ ansats. Fenomenologisk metod. Intervjuer.	22 kvinnliga sjuksköterskor, varav 14 akut-sjuksköterskor, fem sjuksköterskor från övriga sjukhus-avdelningar samt tre sjuksköterskor på hälsovårds-klinik. 1-25 års erfarenhet.	Ett huvudtema: Kämpar på arbetet och hemmavid, vilket baserades på två underteman: "Möte med partnerrelaterat våld: en utmaning för sjuksköterskornas yrkesrolls-uppfattning" samt "Mellan arbete och hem".	Hög
Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A. & Mäntysaari, M. 2012. Finland.	Making sense of domestic violence intervention in professional health care.	Att undersöka hur processer och åtgärder i samband med våld, inom specialistsjukvård en, ser ut för att förstå hur dessa åtgärder går till.	Kvalitativ ansats. Fokusgrupper. Intervjuer.	Sjuksköterskor, läkare, socialarbetare och psykologer som arbetade på specialist-avdelning. 22 kvinnor, åtta män.	Problemet med våld i nära relationer delades upp i fyra delar: praktiskt, medicinskt, individuellt och psykologiskt.	Medel
Häggblom, A. & Möller, A. 2006. Finland.	On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse.	Att undersöka specialistsjuksköterskors upplevelser av våld mot kvinnor och sjuksköterskors roll som vårdgivare till dessa kvinnor.	Kvalitativ ansats. Grounded theory. Intervjuer.	Tio kvinnliga sjuksköterskor, som arbetade på akutmottagning, poliklinisk mottagning, mödra- och barnvårdscentrum samt psykiatri. Ålder 36-56 år.	Ett övergripande tema: "Sjuksköterskornas engagemang gällande kvinnor som utsatts för våld i nära relationer". Två kategorier: "Sjuksköterskors egna uppfattningar om våld i nära relationer" samt "Sjuksköterskornas känsla av att vilja ingripa".	Hög
Inoue, K. & Armitage, S. 2006. Australien & Japan.	Nurses' understanding of domestic violence.	Att undersöka sjuksköterskors förståelse för konsekvenserna av våld mot kvinnor i nära relationer.	Grounded theory. Intervjuer.	20 australienska sjuksköterskor och 21 japanska sjuksköterskor.	Sex grupper identifierades: de naiva, de oerfarna, de medkännande, de förebyggande och de motvilliga.	Hög



McGarry, J. & Stuart, N. 2015. England.	An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study.	Att utforska akutsjuksköterskors uppfattning om värdet och nyttjandet av en sjuksköterska som är specialiserad inom våld i nära relationer.	Kvalitativ ansats. Semi-strukturerade intervjuer	16 deltagare, varav 11 sjuksköterskor. Totalt 15 kvinnor, en man.	Tre huvudteman. 1. Tidsbrist: prioritering av problem, 2. Utbildning och övning: en tydlig service, 3. Professionellt och personligt stöd: någonstans att gå	Medel
Minsky-Kelly, D. Hamberger, K., Pape, D. & Wolff, M. 2005. USA.	We've had training, now what? Qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting	Att identifiera problem och hinder inom hälso- och sjukvårdens system och rutiner som avser att identifiera och hjälpa personer som fallit offer för våld i nära relationer.	Kvalitativ analys. Explorativ studie. Fokusgrupper. Intervjuer.	39 deltagare. 85 % kvinnor, 15 % män, 80 % sjuksköterskor. I snitt 16 års erfarenhet. Medelålder 42 år.	Fem teman: 1. Funderingar kring screeningens lämplighet och giltighet, 2. Otillräcklig kunskap, 3. Oro relaterat till prioritering av tid och arbetsbelastning, 4. Oro över screeningsprocessen, 5. Oro över resultatet och screeningens effektivitet.	Låg
Robinson, R. 2010. USA.	Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence.	Att kartlägga hur legitimerade sjuksköterskor på akutmottagningar identifierade våld i nära relationer samt hur sjuksköterskan uppfattar sin hjälpande roll.	Kvalitativ ansats. Fenomenologisk metod.	13 sjuksköterskor, både män och kvinnor	Fyra huvudteman: 1. Myter, stereotyper och farhågor, 2. Uppträdande, 3. Frustration, 4. Fördelar gällande säkerheten.	Hög



<p>Tower, M., Rowe, J. & Wallis, M. 2012. Australien.</p>	<p>Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence.</p>	<p>Att undersöka upplevelser från sjuksköterskor som vårdar kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.</p>	<p>Tolkande interaktionism, det vill säga studier som har offentliga och politiska konsekvenser, med fokus på upplevelser. Feministisk synvinkel.</p>	<p>12 akut- eller allmän-sjuksköterskor från två sjukhus och ett hälsocenter. Män och kvinnor med minst fem års erfarenhet.</p>	<p>Fem skildringar identifierades: 1. Placerar kvinnornas hälsofrågor i fack, 2. Kvinnornas trovärdighet, 3. Det ingår inte i mitt jobb, 4. Bry sig om kvinnorna, 5. Jag vet inte hur vi ska ta hand om kvinnorna.</p>	<p>Medel</p>
<p>Van der Wath, A., Van Wyk, N. & Van Rensburg, E-J. 2013. Sydafrika.</p>	<p>Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence.</p>	<p>Att beskriva akut-sjuksköterskornas upplevelser av att vårda personer som fallit offer för våld i nära relationer.</p>	<p>Kvalitativ ansats. Fenomenologisk metod. Intervjuer.</p>	<p>11 sjuksköterskor från två akutmottagningar. Ålder: 25-50 år. Två män och nio kvinnor.</p>	<p>Akutsjuksköterskor bevitnar ofta känslomässiga- och fysiska effekter av partnervåld. Att utsättas för den sårbarhet och det lidande offret påvisar framkallar sympati och känslomässigt lidande.</p>	<p>Hög</p>
<p>Webster, F., Sangster Bouck, M., Lynn Wright, B. & Dietrich, P. 2006. Kanada.</p>	<p>Nursing the Social Wound: Public Health Nurses' Experiences of Screening for Woman Abuse</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av screening av och hantering av kvinnor som utsatts för våld före och efter sin förlossning.</p>	<p>Kvalitativ ansats. Intervjuer.</p>	<p>11 kvinnliga sjuksköterskor</p>	<p>Fyra teman: Finna sig i misshandeln, att ställa frågan, bära med sig historier om misshandel samt att följa kvinnan som blivit misshandlad.</p>	<p>Hög</p>



HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för hälsovetenskap

Den enskilda författarens bidrag till examensarbetet

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Arbetets titel: Gör jag mer skada än nytta? En litteraturbaserad studie om sjuksköterskans upplevelser i mötet med kvinnor som utsätts för våld.

Författare: Lotte Hultgren och Johanna Rytterstig

Studentens namn: Lotte Hultgren

Inledning: Inledningen skrevs och bearbetades gemensamt.

Bakgrund: Allt arbete avseende informationssök, val av innehåll, skrivande och bearbetning av texter har genomförts och diskuterats gemensamt.

Metod

Litteratursökning: Allt arbete avseende informationssök och val av artiklar har genomförts gemensamt.

Urval: Urvalskriterier diskuterades gemensamt fram under arbetets gång.

Analys: Analysen genomfördes, bearbetades och diskuterades gemensamt under hela analysens gång.

Diskussion

Metoddiskussion: Underlag till metoddiskussionen söktes gemensamt fram och innehållet skrevs och diskuterades tillsammans under arbetets gång.

Resultatdiskussion: Underlag till resultatdiskussionen valdes gemensamt ut och innehållet skrevs och diskuterades tillsammans under arbetets gång.

Slutsatser: Slutsatser diskuterades gemensamt fram och texten bearbetades gemensamt.

Praktiska implikationer: Texten diskuterades gemensamt fram och bearbetades gemensamt.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans

kompetensområde: Texten diskuterades gemensamt fram och bearbetades gemensamt.



HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för hälsovetenskap

Den enskilda författarens bidrag till examensarbetet

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Arbetets titel: Gör jag mer skada än nytta? En litteraturbaserad studie om sjuksköterskans upplevelser i mötet med kvinnor som utsätts för våld.

Författare: Lotte Hultgren och Johanna Rytterstig

Studentens namn: Johanna Rytterstig

Inledning: Källor söktes fram och inledningen formulerades och bearbetades tillsammans utifrån bakgrunden.

Bakgrund: Källor söktes fram gemensamt samt skrivande och bearbetning av innehåller har genomförts och diskuterats tillsammans.

Metod

Litteratursökning: Hela arbetet med avseende på sökning i databaser och val av artiklar har diskuterats och genomförts gemensamt.

Urval: Urvalskriterier diskuterades gemensamt.

Analys: Analysen bearbetades och diskuterades gemensamt under hela analysens gång.

Diskussion

Metoddiskussion: Metoddiskussionen genomfördes gemensamt där underlaget i diskussion diskuterades och skrevs tillsammans.

Resultatdiskussion: Innehållet i resultatdiskussionen diskuterades och valdes gemensamt ut. Processen skrevs gemensamt.

Slutsatser: Slutsatser diskuterades fram gemensamt och texten bearbetades och formulerades tillsammans.

Praktiska implikationer: Texten diskuterades gemensamt och bearbetades och formulerades tillsammans.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans

kompetensområde: Texten diskuterades gemensamt fram och bearbetades gemensamt.



HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för hälsovetenskap

Högskolan Väst

Institutionen för hälsovetenskap

461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 33 00 Fax 0520-22 30 99

www.hv.se