



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Hinder för ett professionellt bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer ur sjuksköterskans perspektiv

-En allmän litteraturstudie

Meja Hemberg
Nathalie Sköld

Handledare: Anna Axén
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1512
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona Januari 2021

Hinder för ett professionellt bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer ur sjuksköterskans perspektiv

Meja Hemberg
Nathalie Sköld

Sammanfattning

Bakgrund: Våld i nära relationer är ett stort problem i samhället. Det är vanligt att kvinnor som utsätts för våld söker vård för diffusa symtom såsom depression, sömnproblem samt ångest vilket försvårar upptäckten av deras utsatthet. Sjukvårdens bemötande är avgörande för om kvinnor väljer att berätta om deras situation.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva vilka hinder sjuksköterskor upplever i bemötandet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Metod: En allmän litteraturstudie gjordes med databassökningar i CINAHL Complete och PubMed. Data granskades med hjälp av Willman et al. (2011) granskningsprotokoll. Analysen gjordes med hjälp av Whittemore och Knafls (2005) analysmetod för integrerad analys som består av fyra steg.

Resultat: Studien visar att det finns kunskaps- och erfarenhetsbrist hur bemötandet av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer ska utformas. Tidsbrist, attityd, arbetsmiljö samt rädsla är hinder som sjuksköterskor upplever i bemötandet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Resultatet visar att sjuksköterskor önskar mer utbildning inom området.

Slutsats: Många av sjuksköterskorna upplever att det finns hinder med att bemöta våldsutsatta kvinnor. Dessa hinder kan kopplas till bristande kunskap, brist på tid samt organisatoriska hinder. Sjuksköterskor upplever känslor som otillräcklighet samt frustration över att kvinnor som utsätts för våld inte får den vård som de är i behov av.

Nyckelord: bemötande, hinder, kvinnor, mäns våld mot kvinnor, sjuksköterskor, upplevelser, våld i nära relationer

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	4
Bakgrund	4
Olika former av våld.....	4
<i>Mäns våld mot kvinnor</i>	5
Kvinnors perspektiv	6
<i>Hälso- och sjukvårdens ansvar</i>	6
ICN:s etiska kod	7
Lagar	7
<i>Sjuksköterskors bemötande av våldsutsatta kvinnor</i>	7
Kommunikationens betydelse	8
Joyce Travelbees omvårdnadsteori	9
<i>Personcentrerad omvårdnad</i>	9
<i>Problemformulering</i>	10
Syfte	10
Metod	11
<i>Design</i>	11
<i>Datainsamling</i>	11
<i>Urval</i>	11
Inklusionskriterier och exklusionskriterier	12
Kvalitetsgranskning.....	12
<i>Analys</i>	13
<i>Etiska överväganden</i>	14
Resultat	14
<i>Kunskap- och erfarenhetsbrist</i>	15
<i>Organisatoriska hinder</i>	16
Arbetsmiljö	16
Tidsbrist	17
<i>Känslomässiga hinder</i>	17
Rädsla	17
Attityd och fördomar	18
Diskussion	18
<i>Metoddiskussion</i>	18
<i>Resultatdiskussion</i>	20
Slutsats	24
Kliniska implikationer	25
<i>Förslag på fortsatt forskning</i>	26
Självständighet	26
Referenser	27
Bilaga 1 Databassökningar	33
Bilaga 2 Artikelöversikt	35

Bilaga 3 Granskningsprotokoll	38
Bilaga 4 Granskningsprotokoll	39
Bilaga 5. Exempel på meningsenheter	40

Inledning

Idag är våld mot kvinnor i nära relationer ett av de största samhällsproblemen (Socialstyrelsen, 2019). Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK] (u.å.a) menar att våldet främst sker i hemmet vilket gör det svårare för kvinnor att lämna en destruktiv relation. Våld kan bland annat uttryckas genom slag, knuffar och verbala kränkningar. Nagham et al. (2011) menar att sjuksköterskor ofta är de som först träffar kvinnorna och det är av stor betydelse att kvinnorna blir bemötta med förståelse, empati och respekt. Socialstyrelsen (2016) påtalar betydelsen av ett gott bemötande av sjukvården för att kvinnorna ska våga öppna upp och berätta om våldet. Enligt Baloushah et al. (2019) söker ofta kvinnor vård för diffusa symtom vilket försvårar för sjuksköterskor att identifiera våldet samtidigt som rädslan av att inte bli tagen på allvar är påtaglig för kvinnorna. Denna rädsla är en anledning till att kvinnor inte söker kontakt med sjukvården för att få hjälp ur sitt förhållande (Baloushah et al., 2019). Berglund och Witkowski (2014) förklarar att sjuksköterskor som ställer rutinfrågor om våld visar att de har kompetens till att bemöta svaret. Att våga fråga kan ha en stor betydelse för att kvinnor och sjuksköterskor ska få ett gott samspel i framtiden.

Bakgrund

Mäns våld mot kvinnor i nära relationer är ett stort problem i samhället (Socialstyrelsen, 2019). Det är vanligt att en kvinna som utsätts för upprepat och allvarligt våld har ett starkt band till mannen. Våldet sker främst i hemmet vilket bidrar till att kvinnor har svårare att bryta banden och lämna den destruktiva relationen. Våldsamheten ökar och blir allvarligare ju längre relationen pågår (NCK, u.å.a; Socialstyrelsen, 2019; Vårdgivarguiden, 2020).

Olika former av våld

Enligt Socialstyrelsen (2019) kan våld uttryckas i ett spektrum från knappt märkbara handlingar till grova brott. NCK (u.å.a) förklarar att fysiskt våld kan visas genom knuffar, slag, sparkar, stryptag eller användning av olika typer av vapen. Männens väljer medvetet ut kroppsdelar att slå på för att blåmärken eller andra skador inte ska kunna uppmärksammas av utomstående. Även skador som frakturer, rivmärken, ögonskador, blåmärken och sår som inte går att dölja förekommer. NCK (u.å.a) menar vidare att psykiskt våld kan innebära att mannen verbalt kränker eller utpressar kvinnor känslomässigt. Att män utövar våld mot kvinnor i kombination med att vara kärleksfull gör det svårt att upptäcka denna typ av våld. Eftersom

ömhet och våld växlar blir det känslomässiga bandet mellan männen och kvinnorna starkare samtidigt som kvinnornas självförtroende och självkänsla påverkas negativt. Sexuellt våld kan enligt NCK (u.å.a) utövas genom olika typer av handlingar, allt från oönskad beröring till att kvinnor tvingas utföra olika typer av sexuella handlingar. Det kan även innebära att kvinnor blir filmade eller fotograferade mot deras vilja. Materiellt våld innebär att männen slår sönder saker som exempelvis möbler, inredning eller porslin (NCK, u.å.a). Socialstyrelsen (2019) beskriver att ekonomiskt våld kan innebära att männen övertalar kvinnorna att skriva på papper som leder till negativa konsekvenser. NCK (u.å a) beskriver att om männen tar kontroll över ekonomin och materiella ting leder det att kvinnorna kan bli isolerade och utsatta.

Mäns våld mot kvinnor

Enligt Nagham et al. (2011) är mäns våld mot kvinnor ett stort och vanligt problem och benämns som ett allvarligt folkhälsoproblem. Waldenström (2020) menar att cirka en fjärdedel av alla kvinnor utsätts någon gång i livet för någon form av våld av en man. I Sverige är det mellan 16 och 22 kvinnor som varje år dödas av sin manliga partner eller före detta partner. Att utöva våld innebär en kränkning och hotar kvinnors hälsa och trygghet. Våld är en form att utöva makt och kontroll som skadar och skrämmer den som blir utsatt. Enligt NCK (2012) sker våldet mot kvinnor med en gradvis upptrappning. Det börjar ofta med kontroll som leder till kränkningar för att sedan bli till fysiskt våld. Våldet förekommer ofta i perioder vilket bidrar till att kvinnor bibehåller en förhoppning om att relationen kan förbättras och att våldet ska upphöra. NCK (2012) menar vidare att när våldet trappas upp och blir grövre blir normalisering en överlevnadsstrategi och en psykologisk nedbrytningsprocess skapas där självkänsla och självförtroende försämras gradvis. Det är vanligt förekommande att kvinnor internaliserar de anledningarna som mannen uttrycker att våldet bero på. Baloushah et al. (2019) menar att våldet förekommer i olika kulturer och samhällen och är ett allvarligt brott mot mänskliga rättigheter. Det är vanligt att kvinnor får fysiska och psykiska problem som följd av långvarigt våld och detta påverkar även kvinnornas hälsa, säkerhet samt livskvalitet. Enligt Baloushah et al. (2019) kan en vanlig orsak till att inte vilja prata om våldet vara att det är en privat familjär angelägenhet som utomstående inte har med att göra. Samtidigt avstår kvinnor att söka kontakt med sjukvården eftersom det finns en rädsla för att inte bli tagen på allvar.

Kvinnors perspektiv

Sinisalo och Moser-Hällén (2018) menar att en förutsättning för att minska lidande och de negativa konsekvenserna som kvinnor upplever är att upptäcka våldet. Desto tidigare våldet uppmärksammas och kan upphöra ju mindre lidande och negativa konsekvenser upplever kvinnorna. Om kvinnorna avstår från att berätta om utsattheten och våldet kan känslor som skam och skuld uppstå. Detta kan uttryckas i känslor som rädsla för att bli dömd, bli betraktad som misshandlad, inte bli betrodd, inte bli tagen på allvar samt rädsla och oro för hur sjuksköterskorna ska reagera på informationen. En annan rädsla är oron för vad som kommer hända med dem och deras eventuella barn. Sinisalo och Moser-Hällén (2018) menar vidare att om rutinfrågor ställs till alla kvinnor skulle det minska risken att missa någon våldsutsatt. En förutsättning för att kvinnor ska våga berätta om våldsutsattheten kan vara att i samband som sjuksköterskor ställer frågor om våld ska kvinnorna få information om rättigheter samt olika handlingsalternativ. Genom att aktivt fråga om våld kan detta hjälpa kvinnor att våga berätta och att avnormalisera att våldet skulle vara befogat och att kvinnorna inte bär ansvar för våldssituationen. Sjuksköterskor visar på detta sätt att problemet tas på allvar och att våld är något allvarligt som ingen ska behöva utstå (Sinisalo & Moser-Hällén, 2018).

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Ansvar är tydligt för hälso- och sjukvårdspersonalen när det handlar om att lägga märke till och identifiera våld mot kvinnor (Berglund & Witkowski, 2014). Detta ansvar tydliggörs även i hälso- och sjukvårdslagen, vad en god vård innebär. För att kunna erbjuda individer god och adekvat vård är det av stor vikt att sjukvården så gott det går identifierar orsaken till de symtom kvinnor söker för. Berglund och Witkowski (2014) förklarar vidare att det är bristfällig vård att ge behandling av exempelvis depression, smärta eller missbruk utan att uppmärksamma våldsutsattheten. Det är sjukvårdens ansvar att hitta orsaken till varför dessa symtom uppstår. Många våldsutsatta kvinnor söker sig till primärvården för depression, ångest, magont samt andra kroppsliga symtom. Sjuksköterskor som ställer rutinfrågor om våldsutsatthet visar att de har kompetens till att ta hand om svaret. Att våga fråga kan ha en stor betydelse för att kvinnor och sjuksköterskor ska få ett gott framtida samspel (Berglund & Witkowski, 2014).

ICN:s etiska kod

Enligt svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2017) har sjuksköterskor fyra etiska koder att förhållas till, ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Sjuksköterskors fyra grundläggande ansvarsområden innefattar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Enligt sjuksköterskors etiska koder förväntas det att sjuksköterskor är lyhörda, visar respekt och medkänsla samt är närvarande och tillgängliga i mötet (SSF, 2017).

Lagar

Enligt Socialstyrelsen (2020a) är hälso- och sjukvårdslagen en generell lag om de mål som hälso- och sjukvården ska sträva efter. Att visa respekt och självbestämmande till individen är något som är viktigt. Socialstyrelsen (2020b) förklarar att det finns vissa lagar som sjuksköterskor ska arbeta efter och syftet med patientlagen är att stärka samt tydliggöra individens tillstånd. Lagen ska se till att främja individens självbestämmande, integritet samt delaktighet. Patientjournalagen (1985) inriktas på den information som skrivs i journalhandlingar om individens hälsotillstånd eller annan personlig information. En journal ska innehålla information om det som krävs för en god samt säker vård vilket även innefattar dokumentering på eventuella skador om misstanke om brott finns. Offentlighets- och sekretesslagen (2009) är ytterligare en lag som sjuksköterskor ska arbeta efter. I den finns bland annat bestämmelser kring hantering av registrering, utlämnande samt hantering av allmänna uppgifter. Även beslutfattande kring tystnadsplikt och förbud att lämna ut information är något som lagen tar upp.

Sjuksköterskors bemötande av våldsutsatta kvinnor

Bemötande har en stor betydelse inom vården (Socialstyrelsen, 2016). Ett avvikande beteende och agerande från kvinnor som utsätts för våld kan påverka mötet med sjuksköterskor. Att sjuksköterskor besitter kunskap om diskriminering och kommunikation ger en stadig grund för att kunna utföra en god och jämlik vård där varje individs behov kan tillgodoses.

Patientsäkerhet, patientinflytande samt delaktighet främjar gott bemötande. NCK (u.å c) menar att bemötandet som sjuksköterskor ger är avgörande för om kvinnorna väljer att berätta om sina upplevelser av våld, lämna relationen och anmäla begångna brott. Bemötandet är också av stor vikt för att påverka kvinnors möjligheter att bearbeta utförda övergrepp. Det är därför avgörande att sjuksköterskor agerar empatiskt och professionellt. Egenskaper som sjuksköterskor bör besitta är respekt, lyhördhet, empati och öppenhet samt ha förmåga att

bekräfta kvinnors berättelser. Sjuksköterskor ska också vara medvetna om att kvinnor som söker vård ofta upplever en känsla av underläge. Enligt RiksKvinnocentrum [RCK] (2006) kan ett dåligt bemötande göra att kvinnor som utsätts för våld i hemmet drar sig tillbaka. Det är viktigt att sjuksköterskor vet att kvinnor i våldssituationer är sårbara och att det är av vikt att sjuksköterskor lyssnar, frågar och litar på det som kvinnorna berättar. Berättelserna kan vara osammanhängande och det kan vara svårt för sjuksköterskor att förstå, men det är ändå viktigt att visa intresse, ta berättelserna på allvar, dokumentera, inte skuldbelägga samt att uppmana till att anmäla brottet (RCK, 2006).

Kommunikationens betydelse

Fossum (2019, kapitel 1) lyfter kommunikationens betydelse i mötet mellan olika individer. Fossum definierar kommunikation som utbyte av information och känslor mellan två eller flera individer. Kommunikation sker både verbalt och icke verbalt. Det är viktigt att använda ett gott kroppsspråk, röst och tonfall. Wiklund-Gustin (2015, kapitel 19) förklarar att en god kommunikation mellan sjuksköterskor och individer är en viktig byggsten som bidrar till ett bra samspel. Även Fredriksson (2017, kapitel 22) lägger vikt i att kommunikation är en grundförutsättning för att sjuksköterskor ska förstå individens verklighetsuppfattning och för att kunna förstå upplevd hälsa och lidande. För att sjuksköterskor ska ha en fallenhet för att bedriva god kommunikation med individer betonar Norouzinia et al. (2015) vikten av att sjuksköterskorna ständigt tränar sin kommunikationsförmåga. Norouzinia et al. (2015) menar vidare att en god kommunikation har en bra effekt på vårdens kvalitet och individernas nöjdhet och hälsa.

Fossum (2019, kapitel 1) menar att om sjuksköterskor upplever stress leder det till att individerna har svårt att känna förtroende och engagemang för sjuksköterskorna. Detta kan i sin tur leda till att individerna finner det svårare att berätta om de problem som upplevs. Andersson (2019) påtalar att grunden för en god kommunikation är att vara en god lyssnare. Även McCabe och Timmins (2015, kapitel 4) menar att förmågan att kunna lyssna är en viktig del i den icke verbala kommunikationen. När sjuksköterskor upplever svårigheter i att leda kommunikationen framåt i en vårdssituation kan det leda till att kommunikationsbrist uppstår. I dessa situationer kan individerna känna ensamhet och isolering (McCabe & Timmins, 2015, kapitel 4).

Joyce Travelbees omvårdnadsteori

Kirkevold (2012, kapitel 6) beskriver att Joyce Travelbees omvårdnadsteori inriktas på de mellanmännsliga aspekter som fokuserar på upplevelser och erfarenheter som idag kan kopplas till personcentrerad vård. Ett av de viktigaste begreppen i denna omvårdnadsteori är kommunikation. Kommunikationen måste fungera för att det ska finnas en förståelse mellan sjuksköterskorna och individer som är i behov av vård, det är först då en mellanmännslig relation etableras. Travelbee påstår att kommunikation är en komplicerad process. Kirkevold (2012, kapitel 6) menar att det ska finnas en förståelse mellan sjuksköterskorna och individerna för att kunna utföra en god omvårdnad. Om det i mötet med sjuksköterskorna uppstår hinder eller om sjuksköterskorna inte besitter förmågan att förstå eller se individerna som unika, kommer de att gå miste om adekvat information som de försöker förmedla via tal eller kroppsspråk. Om sjuksköterskor är dömande och inte kan förstå individens situation och upplevelser blir det svårt att skapa ett förtroende. Därför är det viktigt att sjuksköterskor inte bildar en uppfattning på förhand, utan ser individerna som enskilda och unika människor (Kirkevold, 2012, kapitel 6).

Omvårdnadsteorin kopplas till att kommunikationen har en stor betydelse för hur bemötandet mellan sjuksköterskor och kvinnor etableras. Att sjuksköterskor besitter en god kommunikationsförmåga är en förutsättning för att skapa ett gott samarbete vilket även Wiklund-Gustin (2015, kapitel 19) tar upp. Om kommunikationen inte fungerar mellan sjuksköterskorna och kvinnorna leder det till onödigt lidande för kvinnorna och stress för sjuksköterskorna. Om hinder i kommunikationen uppstår bidrar det till att sjuksköterskorna inte kan utföra god omvårdnad.

Personcentrerad omvårdnad

Öhlén och Friberg (2019, kapitel 11) beskriver personcentrerad omvårdnad som en strävan efter att se till hela individen. En personcentrerad omvårdnad går ut på att respektera och bekräfta den enskilda individens upplevelser samt tolkning av sjukdom och ohälsa. Utifrån detta ska vården anpassas efter vad individen anser att hälsa är. Det är viktigt att kunna erbjuda och möjliggöra koordinerad vård, stöd samt behandling som är personligt utformad. Enligt Bergbom (2013, kapitel 5) ska det andliga, existentiella, sociala och psykiska behovet såväl som det fysiska behovet tillgodoses. Roos och Edvardsson (2019) beskriver att personcentrerad omvårdnad är en kärnkompetens inom vården som är behövd samt att det är

en förutsättning för ett lyckat resultat i mötet med vården. Vårdförbundet (2015) menar att den personcentrerade omvårdnaden kan hjälpa individen att identifiera sina förmågor, utveckla kunskap och kompetens samt att få det självförtroende som behövs för att kunna fatta de bästa besluten för den egna hälsan och vården. Eftersom vården ska utformas utifrån varje enskild individs förmågor, vilja och behov är det viktigt att behandla varje individ med medkänsla, värdighet samt respekt. Bergbom (2013, kapitel 15) menar att målet med personcentrerad omvårdnad är att skapa ett samarbete mellan individen som söker vård och sjuksköterskan för att kunna lösa problemen som finns på bästa möjliga sätt.

Problemformulering

Enligt NCK (u.å d) är mäns våld mot kvinnor i nära relationer ett globalt problem. Att utsättas för våld är en kränkning av de mänskliga rättigheterna och påverkar alla delar av en utsatt kvinnas liv. Baloushah et al. (2019) menar att våld ofta leder till ohälsotillstånd, såväl psykiska som fysiska. Att bli utsatt för våld kan bland annat leda till depression, ångest och i värsta fall döden. Kvinnor söker ofta vård för diffusa symtom, detta kan göra det svårt för sjuksköterskor att identifiera våldet. Nagham et al. (2011) menar att sjuksköterskor ofta är de som först träffar kvinnorna och då är det av betydelse att de blir bemötta med förståelse, empati och respekt. Det är också viktigt att ge stöd och bekräfta de som utsätts. Baloushah et al. (2019) beskriver att våld i relationer är något som ses som privat och det kan vara en anledning till att kvinnor inte berättar om det. Även rädslan att inte bli tagen på allvar av sjukvården kan bidra till att inte våga berätta om våldet.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva vilka hinder sjuksköterskor upplever i bemötandet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Metod

Design

Den metod som användes i denna litteraturöversikt är en integrerad metod. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har inkluderats för att få en helhetsbild över aktuellt forskningsläge. Henricson och Billhult (2017) skriver att en kvalitativ metod utgår från ett helhetsperspektiv och har som avsikt att undersöka individers upplevda erfarenheter djupare. I en erfarenhet finns det inga fel men heller ingen absolut sanning. Informationen som framkommit i en kvalitativ studie kan analyseras med innehållsanalys. Billhult (2017) skriver att en kvantitativ metod utgår från att forskaren är objektiv och att de bakomliggande variabelers inverkan har kontrollerats. En kvantitativ metod görs ofta om det saknas kunskap eller om forskaren är nyfiken på något och vill undersöka detta närmare. Variablerna ska ha en hög grad av validitet och reliabilitet (Billhult, 2017).

För att få fram resultatet har en litteraturstudie genomförts på ett systematiskt arbetssätt där vetenskapliga artiklar har sökts, valts ut, granskats, översatts och bearbetats med inspiration av Friberg (2017).

Datansamling

Datansamlingen har gjorts i databaserna CINAHL Complete samt PubMed. Ämnesordlista som Svenska MeSh har använts till sökning i PubMed och CINAHL Complete. Sökord som använts i båda databaserna är *intimate partner violence, domestic violence, battered women, gender violence, violence against women, nurse, nurses, nursing, nursing care, knowledge and experience*. Först sökes alla termer enskilt för att sedan sättas ihop till olika sökblock tillsammans med booleska termer som AND och OR. Att hitta en bra balans mellan en hög sensitivitet och hög specificitet i sökningen är något som Karlsson (2017) understryker, detta innebär en balans mellan antal träffar som går att läsa igenom och antalet artiklar som är intressanta men som missas.

Sökschema från PubMed och CINAHL Complete redovisas i bilaga 1.

Urval

Henricson och Billhult (2017) menar att ett systematiskt urval används för att endast välja ut de studier utifrån syftet som ger innehållsrika beskrivningar för att få ett bra underlag till att

kunna svara på forskningsfrågan. Artikelsök utfördes med inspiration av Friberg (2017) direktiv över hur en litteratursökning kan gå till. Det första steget ska ses utifrån ett helikopterperspektiv, vilket innebär att artikeltitlar lästes igenom för att sedan granska abstrakten på artiklarna som är relevanta för syftet. I nästa steg ska avgränsningar göras för att undersöka om artiklarna är relevanta för syftet, efter granskning av abstrakt ska hela artikeln läsas för bedömning om relevans och vetenskaplig kvalitet (Friberg, 2017).

I databasen PubMed valdes 30 stycken abstrakt ut för att läsas. Vidare valdes 18 stycken ut för att läsas och granskades i fulltext. I databasen CINAHL Complete valdes 42 stycken abstrakt ut för att läsas. Vidare valdes 21 stycken ut för att läsas och granskas i fulltext. Av dessa 39 stycken artiklar valdes elva stycken ut för vidare kvalitetsgranskning (se bilaga 2). Av dessa elva valda artiklar är sex stycken kvalitativa samt fem stycken kvantitativa.

Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Föreliggande studie avgränsas till vetenskapliga artiklar som är skrivna på engelska och som har genomgått peer reviewed. Artiklarna begränsades till en tidsperiod på tio år, 2010–2020. Östlundh (2017) påtalar att vid vetenskaplig forskning är begränsningar av stor vikt. Att begränsa tiden på artiklarna visar på att forskningen är aktuell. Östlundh (2017); Willman et al. (2011) beskriver vidare att begränsa materialet till peer reviewed som innebär att materialet har genomgått en granskning innan publicering görs för att säkerställa värdet av materialet. Att artiklarna är skrivna på engelska är avgörande för mängden material som uppkommer eftersom engelska är det språk som genererar i flest artiklar (Östlundh, 2017). Friberg (2017) menar att inkludera kvalitativa och kvantitativa artiklar ger en bredare kunskap inom forskningsområdet.

Artiklarna utgår från ett sjuksköterskeperspektiv. Valda exklusionskriterier är samkönade relationer, relationer där män utsätts för våld samt barn och ungdomar som bevittnar eller utstår våld.

Kvalitetsgranskning

Kristensson (2014, kapitel 11) tar upp olika steg för att kritiskt granska litteraturen som använts i arbetet. Första steget innebär att läsa artiklarnas abstrakt för att kunna sortera bort onödiga artiklar och få fram mindre antal artiklar att arbeta med. Andra steget är att läsa igenom artiklarna som sorteras ut i fulltext. Kristensson (2014, kapitel 11) förklarar vidare att efter det görs ytterligare en bortplockning av artiklar som inte är relevanta utifrån syftet. Den stegvisa granskningen görs för att kunna bedöma de olika artiklarnas kvalitet. Validiteten i de

kvantitativa artiklarna bedöms samt trovärdigheten i de kvalitativa artiklarna. Att ha en systematisk struktur samt att dokumentera är viktigt vid bedömningen av artiklarna.

I enlighet med Willman et al. (2011) har samtliga elva artiklar kvalitetsgranskats innan analys av artiklarna påbörjades. Kvalitetsgranskningen skedde utifrån två granskningsmallar där en mall användes för de kvalitativa artiklarna (se bilaga 3) och den andra användes för de kvantitativa artiklarna (se bilaga 4). Frågorna i formulären innehåller ja, nej och vet ej frågor. Där ja gav 1 poäng samt nej och vet ej gav 0 poäng. Poängen räknades sedan om i procent och om artikeln fick mellan 80–100 % är den av hög kvalitet. Om artikeln fick mellan 70–79 procent är artikeln av medel kvalitet samt om artikeln fick under 60% är den av låg kvalitet (Willman et al., 2011). Våra elva utvalda artiklar hade hög kvalitet och dessa valdes ut till vår studie. Artiklar har samlats ihop och lästs flera gånger, både enskilt och tillsammans. Sedan översattes dem från engelska till svenska.

Analys

En allmän litteraturstudie analyseras med inspiration av en metod som Whitemore och Knafl (2005) framställt i fyra steg. Stegen är datareduktion, dataöversikt, datajämförelse och slutsatser/verifiering av data.

Det första steget i Whitemore och Knafl (2005) analyssteg innebär att artiklarna skrivs ut och läses flertal gånger för att vara säkra på att artikeln stämmer överens med syftet. Varje textenhet i artiklarna som svarade på syftet kodades med specifika färger och specifika nummer. Detta underlättade arbetet av att analysera texten i artiklarna. Textenheterna översattes till svenska och kondenserades så att kärnan i meningen bibehölls. Översättningen och kondenseringen fick samma specifika nummer som originalets textenhet (se bilaga 5) (Whitemore & Knafl, 2005).

Det andra steget i Whitemore och Knafl (2005) analyssteg sorterades textenheterna i underkategorier som sammanställdes i en matris, dataöversikt, för att få en bra överblick över analyserat material. Enligt Whitemore och Knafl (2005) ska en dataöversikt visualisera data från primära källor med hjälp av matriser som sedan ligger till grund för att jämföra de primära källor som ska vara en utgångspunkt för tolkningen av data.

Det tredje steget i processen utifrån Whitemore och Knafl (2005) analyssteg jämfördes de olika teman för att hitta likheter och skillnader tills tre huvudkategorier och fyra underkategorier återstod.

Whitemore och Knafl (2005) menar att i det fjärde och sista steget av analysen ska data sammanfattas och verifieras.

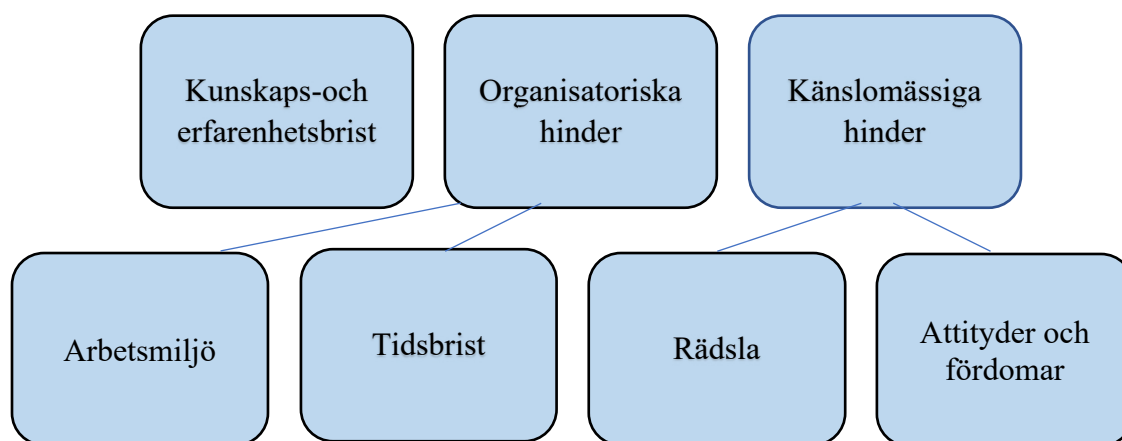
Etiska överväganden

Etikprövningslagen (SFS, 2003:460) har som syfte att skydda individen samt respekten för människovärdet vid forskning. Sandman och Kjellström (2013, kapitel 22) skriver att etiska metodöverväganden i insamling av data ska ske på ett sätt så alla individer som är med i forskningen inte ska utsättas för kränkningar eller skador. Kjellström (2017) menar att ett etiskt övervägande är viktigt vid forskning för att kunna bevara värdet och rättigheter hos deltagare som är med i forskningen. Willman et al. (2011) beskriver att när granskning av forskning sker ska det kontrolleras att artikeln har etiska överväganden för att kunna säkerställa att artikeln är av hög kvalitet. Artikeln ska även innehålla en etisk diskussion. Enligt Polit och Beck (2016) ska risken och nyttan övervägas vid forskning.

De elva utvalda artiklarna har alla genomgått etiska överväganden och innehåller en etisk diskussion. I studien går det inte att urskilja enstaka kvinnor eller män.

Resultat

Syftet med studien är att beskriva vilka hinder sjuksköterskor upplever i bemötandet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Resultat bygger på tre olika huvudkategorier, kunskap- och erfarenhetsbrist, organisatoriska hinder samt känslomässiga hinder. Samt fyra underrubriker arbetsmiljö, tidsbrist, rädsla och attityd och fördomar (se figur 1). De kvinnor som utsätts för våld och söker vård benämns som kvinnor för att underlätta läsbarheten i arbetet.



Figur 1

Kunskap- och erfarenhetsbrist

Sjuksköterskor upplever hinder i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Dessa hinder är brist på erfarenhet, kunskap samt möjlighet till utbildning när det kommer till frågor om våld i nära relationer. Sjuksköterskor söker på eget initiativ kunskap på grund av personligt engagemang. Sjuksköterskor känner att de inte är tillräckligt förberedda för att kunna ge omvårdnad till kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (Natan & Rais, 2010; Sundborg et al., 2012). Sjuksköterskor spelar en stor roll för att upptäcka och ingripa för kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Det framkommer även att sjuksköterskor inte uppmärksammar om kvinnor utsätts för våld i hemmet på grund av att de inte vet hur informationen ska hanteras, trots att sjuksköterskors rutinfrågor är en viktig faktor för att upptäcka mäns våld mot kvinnor. Bristen i kunskap medför hinder att upptäcka, dokumentera och vägleda kvinnor som utsätts för våld i nära relationer på rätt sätt. Kunskapsbristen hos sjuksköterskor resulterar i att sjuksköterskor fokusera mer på de fysiska besvären vid besök inom sjukvården (Efe & Taskin, 2012; Guruge, 2012; Sundborg et al., 2012; Taskiran, 2019).

Ett bra samspel mellan sjuksköterskor och kvinnor är enligt Guruge (2012); Natan och Rais (2010) en förutsättning för att kvinnor ska svara på frågor som våld. Sjuksköterskor tvekar att ställa frågor om våld eftersom den bristande kunskapen hindrar sjuksköterskor att gå vidare med informationen angående mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Brister i kommunikationen hindrar sjuksköterskor från att ställa frågor till kvinnor om våld. Det är viktigt att veta vilka kvinnor som ska frågas, när sjuksköterskor ska fråga och hur sjuksköterskor ska fråga, detta hjälper sjuksköterskor att veta hur frågor om våld ska

formuleras. Att besitta kommunikationsstrategier underlättar på vilket sätt sjuksköterskor ställer frågor om våld (Guruge, 2012; Natan & Rais, 2010). Cirka hälften av sjuksköterskorna ställer inte frågan om våld. Detta trots att det finns tydliga tecken på våld. Vidare är det ett hinder för sjuksköterskor att kunna hantera svaret från den våldsutsatta kvinnan.

Sjuksköterskor har svårt för att uppmärksamma bakomliggande våld när kvinnor söker vård för kronisk smärta utan uppenbar orsak (Ramsey et al., 2012; Sundborg et al., 2012).

Kunskap- och erfarenhetsbrist utgör ett hinder för att kunna ge adekvat omvårdnad till kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Om sjuksköterskor erbjuds utbildning inom området skulle lämplig omvårdnad kunna utföras. Sjuksköterskor känner en rädsla av att kränka kvinnorna och påtalar att de behöver utbildning om våld i nära relationer för att kunna hantera situationen om kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (Beynon et al., 2012; Efe & Taskin, 2012; Sundborg et al., 2015).

Organisatoriska hinder

Brister i arbetsmiljön är ett hinder för att sjuksköterskor ska kunna uppmärksamma våldet. Samtal med kvinnor som utsätts för våld bör hållas i en säker och privat miljö, vilket sjuksköterskor påpekar inte finns tillgängligt. Om lämplig miljö inte finns tillgängligt för att samtala med kvinnorna är sjuksköterskorna rädda att kvinnornas släktingar ska skada dem eller kvinnorna (Efe & Taskin, 2012; Gandhi, 2018).

Arbetsmiljö

Sjuksköterskor upplever hinder när kännedom om riktlinjer på arbetsplatsen saknas för att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor är rädda att ställa frågor om våld på fel sätt. Att ha klara formella riktlinjer om hur frågor bör ställas underlättar och gör det mer bekvämt för sjuksköterskor att ställa frågor om kvinnorna utsätts för våld och därmed upptäcka våldet (Robinson, 2010; Sundborg et al., 2015). Brist på sjuksköterskor är ett hinder för att ta hand om problem som tar längre tid än ett standardbesök. Sjuksköterskor uttrycker att ett besök med en kvinna som utsätts för våld kan ta uppemot en timme. Sjuksköterskor påtalar även att det finns få kurser att medverka på och att kurserna som finns erbjuds på arbetstid utan möjlighet till ersättare, vilket hindrar sjuksköterskor att delta (Otero-Garcia et al., 2018).

Tidsbrist

Sjuksköterskor beskriver att hög arbetsbelastning leder till att frågor om kvinnor utsätts för våld bortprioriteras. Personalbrist på arbetsplatsen innebär att sjuksköterskor endast kan ta hand om akuta och nödvändiga problem och att det inte inkluderar våld (Efe & Taskin, 2012; Otero-Garcia, 2018; Sundborg et al., 2015). På grund av tidsbrist förhindras möjligheten att bygga upp ett förtroende vilket krävs för att upptäcka och sedan följa upp situationen. Tidsbristen är den vanligaste faktorn till att våld i nära relationer inte upptäcks. Om sjuksköterskor frågar om våld måste tiden finnas till att lyssna på svaren och kunna hantera problemet (Beynon et al., 2012; Guruge, 2012).

Känslomässiga hinder

Många sjuksköterskor upplever frustration när det är tidskrävande att hjälpa kvinnor i våldssituationer och att kvinnorna ändå stannar eller återvänder till mannen. Denna frustration kan leda till att sjuksköterskor avstår från att fråga om våld. Flera av sjuksköterskorna upplever hinder när det finns kulturella skillnader och när de talar olika språk. Några av sjuksköterskorna uppger även känslan av personligt obehag över att ställa frågor till kvinnor om våld. Hjälpplöshet är en känsla som ofta uppstår hos sjuksköterskor eftersom de inte har kunskap om hur processen ska gå vidare om kvinnor uttrycker att våld förekommer (Beynon, 2012; Robinson, 2010).

Rädsla

Sjuksköterskor är rädda för att ingripa vid våld, de uttrycker oro för den egna säkerheten. Sjuksköterskor känner en rädsla av att själva utsättas för våld om det kommer fram att de påverkar eller samtalar med kvinnorna angående våld. Skulle mannen bli våldsam mot personalen finns inte säkerhetspersonal tillgänglig vilket också är en anledning till att sjuksköterskor upplever rädsla (Efe & Taskin, 2012; Guruge, 2012; Taskiran et al., 2019). Sjuksköterskor upplever rädsla men även nyfikenhet när frågor om våld ställs. Det finns en rädsla bland sjuksköterskor att bli för emotionellt involverad, rädslan tar över och sjuksköterskor väljer därför att inte ställa frågor om kvinnor utsätts för våld (Efe & Taskin, 2012; Robinson, 2010; Sundborg et al., 2015). Sjuksköterskor upplever hinder i form av osäkerhet och rädsla i mötet med våldsutsatta kvinnor. Dessa känslor leder till att frågan om våld inte vågar ställas. Sjuksköterskorna kopplar ihop kunskapsbristen med rädslan över att förolämpa kvinnorna (Beynon et al., 2012; Gandhi et al., 2018; Sundborg et al., 2015).

Attityd och fördomar

Det finns negativa fördomar att vårda kvinnor som utsätts för våld. En vanlig anledning till att sjuksköterskor inte ingriper vid våld i nära relationer är på grund av personlig attityd.

Personlig attityd utvecklas inom ramen för samhällets attityd och fördomar. Vissa sjuksköterskor säger att våld i hemmet ses som en familjär angelägenhet och att utomstående inte ska ingripa. Sjuksköterskor känner inte ansvar över att förebygga och tillhandahålla hjälp för kvinnor som utsätts för våld i hemmet eftersom de anser att ett avslöjande inte kommer hjälpa kvinnorna ändå (Efe & Taskin, 2012). Myter, stereotyper och rädsla hänvisar till övertygelser som sjuksköterskor har om kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Dessa övertygelser kan hindra sjuksköterskor från att upptäcka våldet. Sjuksköterskor uttrycker även att de kan se på en kvinna om våldsutsatthet förekommer, exempelvis om kvinnan är blyg och tyst kan det vara ett tecken (Robinson, 2010). Sjuksköterskor har en generell åsikt om att det psykiska välbefinnandet inte är av samma vikt som det fysiska. Sjuksköterskor uttrycker även att skadorna inte alltid stämmer överens med berättelsen som kvinnorna uppger, sjuksköterskorna antar därför att kvinnorna inte pratar sanning. Ett dömande förhållningssätt kan göra att kvinnor inte berättar om våldet (Gandhi: 2018; Taskiran et al., 2019).

Diskussion

Metoddiskussion

Föreliggande litteraturstudie inriktades inledningsvis mot primärvården. På grund av brist på forskning inom området inriktad mot bemötandet i primärvården utfördes inga avgränsningar om var bemötandet av den våldutsatta kvinnan ägde rum.

Syftet med studien är att beskriva vilka hinder sjuksköterskor upplever i bemötandet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Studien utgår från både kvalitativa samt kvantitativa studier för att skapa en helhetsbild över aktuellt forskningsläge och därför anses en integrerad metod vara ett lämpligt val. Metoden inspirerades av Friberg (2017). När ingen begränsning av kvalitativa eller kvantitativa studie görs menar Friberg (2017) att det skapas en överblick och en helhetsbild av forskningsläget, vilket är positivt. Val av kvalitativa

alternativt kvantitativa artiklar hade begränsat underlaget för studien eftersom lika många artiklar inte hade kunnat granskas.

Enligt Henricson och Billhult (2017) är fördelarna med en litteraturstudie att en överskådlig bild om det aktuella forskningsläget framkommer och därmed vetenskapen om ny forskning inom området behövs. Nackdelar som finns vid en litteraturstudie är att ingen ny forskning framkommer.

Litteratursökningen gjordes med hjälp i PubMed och CINAHL Complete där relevanta sökord används. Henricson (2017) menar att söka artiklar i två databaser, ökar trovärdigheten av studien. Valet av databaser baseras på att dessa databaser är inriktade på omvårdnad vilket öka studiens pålitlighet.

Friberg (2017) menar att fritextsökningar bör utföras för att inte gå miste om adekvat litteratur. Friberg (2017) menar vidare att de booleska sökoperatorerna AND och OR ökar tillförlitligheten. Artiklarna granskas med hjälp av Willman et al. (2011) granskningsmall för kvalitativa samt kvantitativa studier. I alla artiklar som användes framkommer det att en etisk kommitté har granskat studien och ett etiskt resonemang finns kring studien.

Inklusionskriterier som användes är att artiklarna ska vara peer reviewed, vilket innebär att studien har granskats av ämnesexperter innan publicering enligt (Willman et al., 2011; Östlundh, 2017), sökningen begränsas till en tioårsperiod, 2010–2020 vilket enligt Henricsson (2017) ökar trovärdigheten. Eftersom begränsning görs till tio år gör det studien aktuell, hade äldre artiklar inkluderats hade resultatet påverkats. En annan inklusionskriterier är att artiklarna ska vara skrivna på engelska samt att de skulle utgå från sjuksköterskans perspektiv. Eftersom studien riktas till sjuksköterskans perspektiv har andra aktörer inom hälso- och sjukvården valts bort. Arbetet har lästs av båda skribenterna, handledare samt utomstående flertal gånger för att öka trovärdigheten samt för att minska risken för överförbarhet. Artiklarna som valts ut till studien lästes först på engelska och sedan översattes till svenska. Eftersom artiklarna är skrivna på engelska kan det leda till feltolkningar av texten. Studien görs ur ett globalt perspektiv och därför görs inga begränsningar om vilka länder som ingår i studien. Detta kan påverka resultatet eftersom det kan finnas kulturella skillnader när det gäller mäns våld mot kvinnor samt att länderna inte faller inom samma lagstiftning. Länder som inkluderades i studien är Sverige, England, Turkiet, Indien, Sri

Lanka, Israel, Canada, Spanien samt USA. Studien gör heller inga begränsningar när det gäller sjuksköterskans kön, ålder eller yrkesverksamma år. Studien fokuserar inte på barn eller ungdomar, artiklar som innehåller barns perspektiv eller barn som bevittnat våld har valts bort. Enligt Henricsson (2017) är tid en avgörande del som kan påverka studien. Eftersom studien utförs på en begränsad tid kan detta påverka resultatet.

Resultatdiskussion

Syftet med studien är att beskriva vilka hinder sjuksköterskor upplever i bemötandet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Tre centrala fynd ligger till grund för diskussionen: *Kunskap- och erfarenhetsbrist*, *Organisatoriska hinder* samt *Känslomässiga hinder*.

Ett centralt fynd i denna studie är *Kunskap- och erfarenhetsbrist*. Resultatet visar att bristande kunskap och erfarenhet skapar hinder för att upptäcka kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. För att kunna ge adekvat omvårdnad till dessa kvinnor är det viktigt med utbildning inom området. Enligt Bellia et al. (2020) är sjuksköterskor i behov av utbildning om mäns våld mot kvinnor detta uttrycker även Alhalal (2020); Celik och Aydin (2018); Visentin (2015). Sjuksköterskor upplever att de bara har allmän kunskap inom området och att de känner sig oförberedda att bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer eftersom de inte besitter tillräckligt med kunskap och erfarenhet (Alhalal, 2020; Bellia et al., 2020; Celik & Aydin, 2018; Visentin, 2015).

Om sjuksköterskor skulle ställa frågor om våld till alla kvinnor som besöker sjukvården skulle det minska risken att missa en kvinna som blir utsatt för våld i nära relationer. Resultatet visar dock att sjuksköterskor har bristfällig kunskap om vad de ska göra med svaret om kvinnan uttrycker att våld förekommer och därför undviker sjuksköterskor att fråga. Sjuksköterskor är rädda för att kränka kvinnor genom att fråga om våldsutsatthet. Detta motsäger dock Alshammari et al. (2015) som menar att kvinnor som får frågor om våldsutsatthet inte upplever att de blir kränkta utan snarare upplevde frågorna som betydelsefulla. Kvinnor som får frågor angående våld ser det som ett bra tillfälle att få information och stöd i frågan (Alshammari et al., 2015). Sjuksköterskorna saknar handledning, rutiner och instruktioner om hur bemötandet av våldsutsatta kvinnor ska utformas (Cortes et al., 2015; Wyatt et al., 2019). Som Jack et al. (2016) belyser kan träning i sådana här situationer ge erfarenhet som gör det

lättare för sjuksköterskor att möta en kvinna som utsätts för våld. Även om kvinnan väljer att inte öppna upp sig för en sjuksköterska, kan känslan av att ha blivit tillfrågad leda till att söka stöd för sin situation i framtiden. Att våga fråga är en nyckelfaktor för att nå utsatta kvinnor, men bristen på utbildning och rutinfrågor kan vara ett hinder för sjuksköterskor att utföra denna viktiga, men svåra uppgift (Jack et al., 2016).

På grund av kunskapsbrist väljer sjuksköterskor att fokusera på fysiska besvär istället för de psykiska. Sjuksköterskor upplever brister i att upptäcka, dokumentera och gå vidare med informationen kring kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Detta stärker Alhalal (2020) som påtalar att sjuksköterskor saknar kunskap i hur dokumentation av de våldsutsatta kvinnorna ska utföras. Enligt Dawson et al. (2015) upplever sjuksköterskor osäkerhet att bemöta kvinnor som utsätts för våld eftersom det finns olika tecken som inte alltid är uppenbara. Trots detta menar Dawson et al. (2015) att sjuksköterskorna blivit bättre på att upptäcka våldet nu än vad de varit tidigare. Även Cortes et al. (2015) samt Wyatt et al. (2019) bekräftar att sjuksköterskor undviker att ställa frågor om våld. Sjuksköterskorna saknar handledning, rutiner och instruktioner om hur bemötandet av våldsutsatta kvinnor ska utformas (Cortes et al., 2015; Wyatt et al., 2019).

Det andra centrala fyndet är *organisatoriska hinder*. Denna del av studien belyser bland annat vikten av att känna till riktlinjer på arbetsplatsen. Sjuksköterskor upplever att de inte är medvetna om att det finns riktlinjer på arbetsplatsen för att upptäcka våldsutsatta kvinnor. Detta motsäger Yamada och Kato (2015) som menar att sjuksköterskor är medvetna om de riktlinjer som finns, men att det inte är tillräckligt för att upptäckta kvinnor som utsätts för våld. Sjuksköterskor upplever att det inte finns en bra lösning för att hantera problemet. Samarbetet mellan olika professioner är bristfälligt och det finns inte någon som vill bära ansvaret för vad som händer med kvinnor efter mötet med sjukvården. Därför menar Yamada och Kato (2015) att sjuksköterskor hoppas på tydliga riktlinjer som all personal ska följa.

Resultatet visar att tidsbrist är en av de vanligaste anledningarna till varför våldet mot kvinnor inte uppmärksammas. Eftersom det inte finns tid till att samtala och hjälpa kvinnor som utsätts för våld byggs heller inget förtroende upp mellan sjuksköterskor och kvinnor. Detta är betydande för att kvinnor ska våga berätta om våldet. Detta stärker Dinc och Gastmans (2013) som tar upp vikten av att bygga ett förtroende mellan sjuksköterskor och kvinnor. Det tar tid att bygga upp ett förtroende och om tiden inte finns resulterar det i att ett förtroende inte

etableras. Enligt Fossum (2019, Kapitel 1) kan individer uppleva att det blir svårt att känna förtroende och engagemang från sjuksköterskor om de upplevs stressade. Det i sin tur leder till att individer upplever det svårare att fråga eller berätta om de problem som normalt kräver längre tid (Fossum, 2019, kapitel 1). Celik och Aydin (2018) belyser vikten av att ha tillräckligt med tid för att kunna bemöta kvinnor som utsätts för våld utan att känna stress över att kvinnorna inte hinner prata klart. Stress uppstår hos sjuksköterskor när tiden inte finns till att låta kvinnor prata färdigt om våldet och sedan ha möjlighet att ta till åtgärder. Williston och Lafreniere (2013) förklarar att sjuksköterskor upplever att de är för upptagna för att lyssna på problemet. De undviker att fråga kvinnan även fast tecken på våld finns (Williston & Lafreniere, 2013).

En god relation mellan sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnor är betydande, Travelbees teori är viktig i sjuksköterskans arbete. Men på grund av att sjuksköterskor upplever brist på tid påverkar det bemötandet av våldsutsatta kvinnor till det negativa. Därför kan tidsbrist vara ett hinder för att etablera mellanmänskliga relationer. I Joyce Travelbee teori beskriver Kirkevold (2012, kapitel 6) att sjuksköterskors uppgift är upprätta en mellanmänsklig relation i mötet med en individ. Denna relationen uppstår genom upprepat samspel mellan sjuksköterskan och den andra individen. Relationen byggs upp fortare om sjuksköterskor hela tiden strävar efter att lära känna individen och förstå dennes behov (Kirkevold, 2012, kapitel 6).

Denna studies resultat visar att personalbrist och tung arbetsbelastning på arbetsplatsen leder till att sjuksköterskor väljer att inte fråga om våld då de besöken tar längre tid än normala standard besök. Även Visentin et al. (2015) stärker detta och förklarar att samtal mellan sjuksköterskor och kvinnor som utsätts för våld tar längre tid än vid vanliga standard besök. Detta på grund av att kvinnor inte avslöjar våldet direkt. Sjuksköterskor behöver ställa fler frågor för att kvinnor tillslut ska prata om våldsutsattheten (Visentin et al., 2015).

Sjuksköterskor är överbelastade och fokuserar därmed endast på nödvändiga problem vilket inte innefattar våld. Även Alhalal (2020) påtalar att överbelastning på arbetsplatsen bidrar till att tiden inte räcker till att fråga om våld eftersom även tid till att hantera svaret inte finns, detta är något som även Celik och Aydin (2018); Visentin et al. (2015); Williston och Lafreniere (2013) uttrycker.

Det är av vikt att ett möte mellan sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnor ska hållas i en privat samt säker miljö. Detta är något som sjuksköterskor upplever inte finns tillgängligt, detta är även något som Visentin et al. (2015) stärker. Detta motsäger dock DeBoer et al. (2013) som menar att sjuksköterskor upplever att deras arbetsmiljö inte är något hinder för att bemöta de våldsutsatta kvinnorna. Sjuksköterskorna menar på att de har tid samt utrymme för att bemöta kvinnorna på rätt sätt. Även Brykczynski et al. (2011) förklarar att kvinnor befinner sig i en utsatt situation och det är viktigt att ta upp frågan om våld. Detta ska göras i en lämplig miljö som finns på arbetsplatsen.

Det sista centrala fyndet som hittades i denna studie är att *känslomässiga hinder* som exempelvis attityder och fördomar hindrar upptäckten av mäns våld mot kvinnor i nära relationer. På grund av personliga attityder undviker sjuksköterskor att fråga om våldet. Pratt-Eriksson et al. (2014) anser att personlig attityd, brist på empati och dåligt bemötande är förekommande hos sjuksköterskor inom sjukvården. Bemötande av detta slag leder till att kvinnor inte känner förtroende för sjuksköterskor och Pratt-Eriksson et al. (2014) betonar vikten av att inte döma kvinnor utan istället vara en god lyssnare och föra kommunikationen på ett förtroendeingivande sätt. Detta stärker De Albuquerque Netto et al. (2015) som menar att sjuksköterskors attityder i mötet borde grundas på ett lyssnande och bekräftande sätt. Pratt-Eriksson et al. (2014) menar att betydelsen av en god kommunikation mellan sjuksköterskor och kvinnor som utsätts för våld i hemmet är av stor vikt. Hinder i kommunikationen kan leda till att kvinnor upplever ökat lidande. Kommunikationens betydelse är något som Joyce Travelbee styrker i sin omvårdnadsteori (Kirkevold, 2012, kapitel 6). En god kommunikation ökar förståelsen mellan sjuksköterskor och kvinnor. Förmåga och kunskap om vikten av god kommunikation är något som sjuksköterskor ska besitta för att uppnå ett gott bemötande (Kirkevold, 2012, kapitel 6).

I resultatet framgick att sjuksköterskor misstror kvinnors berättelser om hur skador har uppstått eftersom berättelsen inte alltid stämmer överens med skadorna. Dömande sätt från sjuksköterskor resulterar i att kvinnor väljer att inte berätta om våldet. Detta bekräftar Cortes et al. (2015) som menar att sjuksköterskor fokuserar på fysiska besvär istället för att samtala, lyssna och vägleda kvinnor som är våldsutsatta. Enligt NCK (u.å c) är det sjuksköterskors ansvar att bemöta kvinnor på ett sätt att de vågar prata om våldsutsattheten. Det är därför av stor betydelse att sjuksköterskor är respektfulla visar empati, lyhördhet samt litar på det kvinnor berättar (NCK, u.å c). Enligt Kirkevold (2012, kapitel 6) beskriver Travelbee att

individer påverkar varandra i ett möte. Om sjuksköterskor upplevs obekväma i ett möte med kvinnor kan det i sin tur påverka kvinnor negativt. Pratt-Eriksson et al. (2014) förklarar att sjuksköterskor upplever obehag i mötet med kvinnor som utsätts för våld, det bidrar till att kvinnor upplever sjuksköterskors sätt som kränkande och förminsande. Wiklund-Gustin (2014) förklarar att sjuksköterskor har ett ansvar i att förebygga att vårdlidande inte uppkommer hos individen. Vårdlidande kan innebära att individen känner sig kränkt i mötet med sjuksköterskor. I de flesta fall är detta ett tyst lidande eftersom att de individer som upplever att de inte blivit tagna på allvar känner sig otrygga (Wiklund- Gustin, 2014).

Rädsla är ett känslomässigt hinder som gör att sjuksköterskor inte ingriper vid våld. Dels rädsla över att bli emotionellt involverad samt rädsla över att kvinnornas förtroende för sjuksköterskor ska påverkas. Detta stärker Mauno (2016) som förklarar att ett starkt känslomässigt engagemang från sjuksköterskor kan leda till att agerandet mot våldsutsatta kvinnor inte blir professionellt och sjuksköterskor väljer då att inte involveras (Mauno, 2016). Att känna frustration är enligt Yamada och Kato (2015) en känsla som sjuksköterskor upplever när kvinnor är ovilliga att ta emot vård. I mötet med våldsutsatta kvinnor upplever sjuksköterskor hinder kring att kontrollera sina känslor. Van der Wath et al. (2013) påtalar att emotionellt smärtsamma känslor uppstår hos sjuksköterskor när våldsutsatta kvinnor inte vill lyssna på sjuksköterskors råd. De fysiska skador som kvinnor har på grund av våldet leder till känslor som ilska och skräck hos sjuksköterskor (Van der Wath et al., 2013).

Slutsats

Slutsatsen av studiens resultat visar därmed att sjuksköterskorna upplever att det finns hinder för att kunna bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. De hinder sjuksköterskorna upplever för att bemöta kvinnor som utsätts för våld var bland annat kunskapsbrist, erfarenhetsbrist och tidsbrist. Många sjuksköterskor var inte medvetna om att det finns riktlinjer på arbetsplatsen för att upptäcka kvinnor som utsätts för våld. På grund av kunskapsbrist och huruvida sjuksköterskorna skulle gå vidare med informationen angående våld i nära relation tvekade sjuksköterskorna att fråga om våldet. Några av sjuksköterskorna uppgav även ett personligt obehag över att fråga kvinnan om våld. Sjuksköterskor är rädda för att ingripa vid våld, de uttrycker oro för sin egen säkerhet. På grund av bristande kunskap finns en känsla av osäkerhet hos sjuksköterskorna. Även rädsla av att förlora kvinnans

förtroende samt att kränka kvinnan finns, detta är några av anledningarna till att sjuksköterskor inte frågar om våldet. Brister i arbetsmiljön kan även det vara ett hinder för att sjuksköterskor inte ingriper vid våld i hemmet. Att upptäcka våld tar mer tid eftersom det krävs längre samtal med kvinnor som utsätts för våld vilket resulterar i att sjuksköterskorna valde bort att fråga om våldet. Tidsbristen är den vanligaste faktorn till att våld i nära relationer inte upptäcks. Frågar sjuksköterskor om våld måste tiden finnas till att lyssna på svaren och kunna hantera problemet. Myter, stereotyper och rädslor hänvisar till övertygelser som sjuksköterskor har om kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Dessa övertygelser kan hindra sjuksköterskor från att försöka upptäcka våldet. Det kan ses som anmärkningsvärt att sjuksköterskor ska behöva gå kurser på sin fritid för att lära sig bemöta kvinnor som utsätts av våld, då det är ett stort samhällsproblem som yrkesgruppen har ansvar över att uppmärksamma och hantera. Varför ses inte psykisk ohälsa som lika viktig att åtgärda som fysisk hälsa? Vad säger chefer på regional nivå om alla kvinnor som faller mellan stolarna på grund av att sjuksköterskor har tidsbrist? Vilka rutiner skulle kunna införas på arbetsplatser för att sjuksköterskor ska kunna motverka mäns våld mot kvinnor? Hur arbetar regioner för att minska klyftor i kulturella och språkliga skillnader?

Kliniska implikationer

I studien framkom hur sjuksköterskor upplever hinder i att bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Resultatet anses kunna implementeras inom sjukvården eftersom sjuksköterskor ska bemöta kvinnor som utsätts för våld. Vidare belyser studien de hinder som sjuksköterskor upplever för att inte kunna bemöta på ett korrekt sätt. Det behövs ökad kunskap inom området för att kvinnorna ska kunna få korrekt hjälp och för att sjuksköterskorna ska kunna ställa adekvata frågor om våld. Om all personal skulle informeras om de riktlinjer som finns på arbetsplatsen och följa dessa skulle osäkerheten som sjuksköterskorna känner minska. Dessutom behöver sjuksköterskor få rätt förutsättningar för att minska stressnivån på sin arbetsplats samt få kompetensutveckling på arbetstid, så att tid och kompetens som krävs för samspel med kvinnor som söker vård ges. Det skulle vara intressant för vidare forskning inom området våld i nära relationer eftersom det är ett av de största samhällsproblemen idag.

Förslag på fortsatt forskning

Vi anser att det finns ett stort behov av fortsatt forskning inom detta område. I resultatet framkommer det att sjuksköterskorna saknar så pass mycket kunskap inom området att de undviker att fråga och identifiera våldet. Även om det finns tydliga tecken på att kvinnorna är utsatta blundar sjuksköterskorna för problemet på grund av olika anledningar. Exempelvis på grund av att de är rädda för att bli involverade eller kränka kvinnorna. Men även för att de inte vet vad de ska göra med svaret. Sjuksköterskorna har så pass lite kunskap om upptäckten av vålds betydelse att de anser att sjukdomar bör prioriteras före att hjälpa den utsatta kvinnan. Mer forskning behövs kring hur sjuksköterskorna på bästa sätt kan hjälpa den utsatta kvinnan och få mer kunskap inom området.

Självständighet

Arbetet kring studien har till största del gjort tillsammans av Nathalie Sköld och Meja Hemberg. Alla steg och processer i arbetet har inletts av träffar där tolkning av steget görs tillsammans för att minska missförstånd och få en gemensam förståelse för studien. Nathalie och Meja kompletterar varandra för att få fram bästa resultat. Stora delar av studien gjordes gemensamt, däremot har artiklarna sökts var för sig för att först läsa igenom den enskilt för att därefter läsa, granska, översätta och sammanställa dem tillsammans. Nathalie har haft ansvar över grammatik, referenshantering, referenslista samt metoddiskussion. Meja har haft ansvar över inledning, slutsats samt resultatdiskussionen. Dock har ändringarna i resultatdiskussionen gjorts tillsammans. Bakgrund och resultat har skrivits gemensamt. Vi har haft ett tätt samarbete där vi träffats flertal gånger i veckan för att diskutera och föra en dialog för att få bästa möjliga resultat. Båda författarna upplever att samarbetet har fungerat väl.

Referenser

*= artiklar till föreliggande studies resultat

Alhalal, E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International council of nurses*, 67, 265–274. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/inr.12584>

Alshammari, K.F., McGarry, J., & Higginbottom, G.M.A. (2017). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing Open*, 5(1), 237–253. <https://doi.org/10.1002/nop2.133>

Andersson, S-O. (2019). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (3:e uppl., s. 124). Studentlitteratur.

Baloushah, S., Maasoumi, R., Khalajabadi Farahani, F., Jamal Khadoura, K., & Elsous, A. (2019). Intime partner violence against Palestinian women in Gaza strip: Prevalence and correlates. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(11), 3621–3626. DOI: 10.4103/jfmpe.jfmpe_498_19

Bellia, S., Jackson, D., Hutchinson, M., & East, L. (2020). Registered Nurses' understanding, knowledge and perceptions of the association between sexually transmitted infections and domestic violence. *Australian College of Nursing LTD*, 27(5), 561-566. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.01.003>

Bergbom, I. (2013). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 111–132). Liber AB.

Berglund, A., & Witkowski, Å. (2014). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer, A. Björck & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (3: e uppl., s. 127–150). Studentlitteratur.

*Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M., Wathen, C.N., & MacMillan, H.L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(473), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-473>

Billhult, J. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 99–109). Studentlitteratur.

Bryczynski, KA, Crane, P., Medina, CK. & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenges. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*, 23(3), 143-152. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x>

Celik, A.S., & Aydin, A. (2018). The effect of a course on violence against women on the attitudes of student midwives and nurses toward domestic violence against women, their occupational roles in addressing violence, and their abilities to recognize the signs of violence. *Perspectives in Psychiatric care*, (55)2, 210-217. <https://doi.org/10.1111/ppc.12333>

Cortes, L.F., Maris de Mello Padoin, S., Vieira, L.B., Landerdahl, M.C., & Arboit, J. (2015). Care for women victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity. *Rev Gaucha Enferm*, (36), 77-84. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>

Dawson, A.J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. (2019). The emergency department response to women experiencing intimate partner violence: Insights from interviews with clinicians in Australia. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for academic emergency medicine*, 26(9), 1052-1062. <https://doi.org/10.1111/acem.13721>

De Albuquerque Netto, L., Moura, M.A.V., Costa Leite, F.M., Fernandes e Silvia, G. (2017). Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. *Esc Anna Nery*, 21(1). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170007>

DeBoer, M.I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A.L., & Rohs-Jr, T. (2013). What are the barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of trauma nurses*, 20(3), 155-160. <https://doi.org/10.1097/jtn.0b013e3182a171b1>

Dinc, L., & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: a literature review. *Nursing ethics*, 20(5), 501-516. <https://doi.org/10.1177/0969733012468463>

*Efe, S.Y., & Taskin, L. (2012). Emergency nurses`barriers to intervention of domestic violence in turkey: a qualitative study. *Six Disabil*, 2012(30), 441–451. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1007/s11195-012-9269-1>

Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (3:e uppl., s. 27–48). Studentlitteratur.

Fredriksson, L. (2017). Vårdande Kommunikation. I L. Wiklund- Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2: a uppl., s. 322–330). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examensarbetet. I A. F. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för littraturbaserade examensarbeten* (s. 37–48). Studentlitteratur.

*Gandhi, S., Poreddi, V., Reddy SS., Palaniappan, M., & Bada Math, S. (2018). Indian novis nurses`perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence. *British journal of nursing*, 27(10), 559-565. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.10.559>

*Guruge, S. (2012). Nurses' Role in Caring for Women Experiencing Intimate Partner Violence in the Sri Lankan Context. *International Scholarly Research Network Nursing*, 2012, 1–8. <https://doi.org/10.5402/2012/486273>

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 111–117). Studentlitteratur.

- Jack, S.M., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., & MacMillan, H.L. (2016). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2215-2228. <https://doi.org/10.1111/jocn.13392>
- Karlsson, E. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 92). Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2012). *Omvårdnadsteorier - Analys och utvärdering* (2: a uppl.). Studentlitteratur
- Kjellström. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 57–64). Studentlitteratur.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.
- Lag (SFS 2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor. Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Mauno, S., Ruokolainen, M., Kinnunen, U., & De-Bloom, J. (2016). Emotional labour and work engagement among nurses: examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers, *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1169–1181. <https://doi.org/10.1111/jan.12906>
- McCabe, C., & Timmins, F. (2015). *Grundläggande kommunikation- inom omvårdnad*. Studentlitteratur.
- Nagham, N. A., Entisar, S. A., Shurooq, H. A., Medhat, K. El-S., & Mohmmmed, I. K. (2011) Knowledge of primary care nurses regarding domestic violence. *Alexandria Journal of Medicine*, 47(2), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2011.02.002>
- *Natan, M. B., & Rais, I. (2010). Knowledge and Attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and Their Effect on the Identification of Battered Women. *Journal of Trauma Nursing*, 17(2), 112–117. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181e736db>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.a). *Våld i nära relationer*. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2012). *Våldets uttryck och mekanismer*. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.c). *Bemötande och behandling av personer som utsatts för våld*. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/bemotande-och-behandling/>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.d). *Global folkhälsa och våld*. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/global-folkhalsa/>

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2015). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 28(6), 65–74. doi:10.5539/gjhs.v8n6p65

Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400). *Justitiedepartementet L6*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

*Otero-García, L., Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Garcia-Quinto, M., Sanz-Barbero, B., & Goicolea, I. (2018). A qualitative study on primary health care responses to intimate partner violence during the economic crisis in Spain. *The european journal of public health*, 28(6), 1000–1005. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1093/eurpub/cky095>

Patientjournalag (SFS 1985:562). *Socialdepartementet*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientjournalag-1985562_sfs-1985-562

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 1248-2631. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

*Ramsay, J., Rutterford., C., Gregory, A., Dunne., D., Eldridge., S., Sharp D., & Feder G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62(602), 647–655. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X654623>

RiksKvinnoCentrum. (2006). *Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt*.
<http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/406/NCK%20Utbildningsmaterial>

*Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of emergency nursing*, 36(6), 572–576. doi:10.1016/j.jen.2009.09.008

Roos, P., & Edvardsson, D. (2019). *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*. https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/personcentrerad-varld-2019_digital.pdf

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken*. Studentlitteratur.

Sinsalo, E., & Moser Hällen, S. (2018). Att fråga om våldsutsatthet. I E. Sinsalo & L. Moser Hällen (Red.), *Våld i nära relationer* (2:a upp., s. 65–99). Liber

Socialstyrelsen. (juni 2016). *Våld – En handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

- Socialstyrelsen. (18 oktober 2019). *Våld i nära relationer*.
https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/?fbclid=IwAR1V_H1RU39qaCYtAHweJXr5YQCBuxqwYV_tRBI9gL-b61qBX61oTy7jz8E
- Socialstyrelsen. (30 mars 2020a). *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30).
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/centrala-lagar/halso--och-sjukvardslagen/>
- Socialstyrelsen. (10 mars 2020b). *Patientlagen* (SFS 2014:821).
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/centrala-lagar/patientlagen/>
- *Sundborg, E., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BioMed Central Nursing*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-1>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN: S etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening.
- Taskiran, A. C., Ozsahin, A., & Edirne, T. (2019). Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e96), 1–6. doi: 10.1017/S1463423619000288
- Van der Wath, A., Van Wyk., & Janse van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of advanced nurses*, 69(10), 2242-2252. <https://doi.org/10.1111/jan.12099>
- Visentin, F., Becker- Vieira, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., & Franco da Silva, E. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigación y Edición en Enfermería*, 33(3). <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a20>
- Vårdförbundet. (2015). *Vad alla behöver veta om personcentrerad vård – En skrift från Vårdförbundet om hur vården kan bli bättre, smartare och säkrare* [Broschyr]. Ineko. <https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-battare/vad-alla-behoover-veta-om-personcentrerad-varld.pdf>
- Vårdgivarguiden. (23 oktober 2020). *Våld i nära relationer*.
<https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/vardriktlinjer/vald-i-nara-relationer/vad-ar-vald-i-nara-relationer/>
- Waldenström, A. (23 oktober, 2020). *Våld i nära relationer – ett ansvar för hälso- och sjukvården*. <https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/vardriktlinjer/vald-i-nara-relationer/vad-ar-vald-i-nara-relationer/>
- Whittemore, R & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 25(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Wiklund-Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt*. (2: a uppl., s. 273). Studentlitteratur

Wiklund-Gustin, L. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. Studentlitteratur.

Williston, C., & Lafreniere, K.D. (2013). “Holy cow, does that ever open up a can of worms”: health care providers’ experiences of inquiring about intimate partner violence. *Health care for women international*, 34(9), 814-831. <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.794460>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). Tolka, värdera och sammanväga bevis. I A. Willman, P. Stolz & C. Bahtsevani (Red.), *Evidensbaserad omvårdnad* (3: a uppl., s.93–118). Studentlitteratur.

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

Yamada, N., & Kato, M. (2015). An introspective approach to nursing intimate partner violence victims in Japan. *Journal of forensic nursing*, 11(4), 232-249. <https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000093>

Öhlén, J., & Friberg, F. (2019). Person. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (3: e uppl., s. 313–334). Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3:e uppl., s. 59–82). Studentlitteratur

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar gjorda i PubMed

Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltextartiklar	Antal valda artiklar
#1 (nurse) AND (knowledge) AND (domestic violence) [Peer reviewed, language english, 2010–2020]	2020-11-26	45	4	1	1
#2 (nurse) AND (knowledge) AND (intimate partner violence) [peer reviewed, language english, 2010–2020]	2020-11-26	28	6	3	1
#3 (nurse) AND (knowledge) AND (battered women) [peer reviewed, language english, 2010–2020]	2020-11-26	2	0	0	0
#4 (nurse) AND (knowledge) AND (gender violence) [peer reviewed, language english, 2010–2020]	2020-11-26	17	0	0	0
#1 (nurse) OR (nursing care) OR (nursing)	2020-11-28	291,144	0	0	0
#2 (domestic violence) OR (intimate partner violence) OR (battered women)	2020-11-28	20,051	0	0	0
#3 (knowledge) OR (experience)	2020-11-28	780,577	0	0	0
#4 (nurse) OR (nursing care) OR (nursing) AND (domestic violence) OR (intimate partner violence) OR (battered women) AND (knowledge) OR (experience)	2020-11-28	890	11	7	2
#5 (nurse) AND (knowledge) AND (intimate partner violence)	2020-11-28	72	9	7	2

Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltextartiklar	Antal valda artiklar
S1 nursing care OR nursing OR nurse	2020-11-26	934,671	0	0	0
S2 knowledge	2020-11-26	245,445	0	0	0
S3 domestic violence OR intimate partner violence OR violence OR battered women	2020-11-26	54,638	0	0	0
S4 S1-S3 [Full text, language english, 2010–2020, Peer reviewed]	2020-11-26	135	10	4	2
S1 nurses OR nursing care OR nursing	2020-11-29	935,772	0	0	0
S2 knowledge OR experience	2020-11-29	571,353	0	0	0
S3 domestic violence OR intimate partner violence OR battered women	2020-11-29	21,285	0	0	0
S4 S1-S3 Peer reviewed, language english, 2010–2020]	2020-11-29	190	17	7	2
S1 Nurses OR nursing care OR nursing	2020-12-02	935,283	0	0	0
S2 Knowledge OR experience	2020-12-02	570,396	0	0	0
S3 Domestic violence OR intimate partner violence OR violence against women	2020-12-02	21,344	0	0	0
S4 S1-S3 [peer reviewed, language english, 2010–2020]	2020-12-02	330	15	8	2

Bilaga 2 Artikelöversikt

Artikelförfattare/År/Land	Artikelnamn	Metod	Urval	Kvalitet
1. Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M., Wathen, N & MacMillan, H.L. 2012, Kanada	Why Physician and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis	Kvalitativ studie. Två öppna frågor skicka via mejl. Transkriberade. Induktiv innehållsanalys.	Randomiserat urval Totalt: n=527. Ålder: Ej angivet. Kön: Kvinna och man	Hög
2. Catak Taskiran, A., Ozsahin, A. & Edirne. 2019, Turkiet.	Intimate partner violence management and referral practice of primary health care workers in a selected population in Turkey.	Kvantitativ tvärsnittsstudie. Frågeformulär där alla svar var anonyma	Slumpmässigt urval. Totalt: n=260. Ålder: 29–56. Kön: Kvinnor och män.	Hög
3. Efe, S. & Taskin, E. 2012, Turkiet	Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in Turkey: A qualitative study	Kvalitativ studie. Två öppna frågor. Inspelade och transkriberade.	Randomiserat urval Totalt: n=527. Ålder: Ej angivet. Kön: Kvinna och man	Hög
4. Gandhi, S., Poreddi, V., Reddy, N., Palaniappan, M. & Bada Math, S. 2018, Indien	Indian novice nurses perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	Slumpmässigt urval. Totalt n=83. Ålder: Ej angivet. Kön: Kvinnor	Hög

5. Guruge, S. 2012, Sri Lanka	Nurses' Role in Caring for Women Experiencing Intimate Partner Violence in the Sri Lankan Context	Kvalitativ studie med deskriptiv design. Intervju med öppna frågor. Intervjuerna på singalesiska översatta. Alla intervjuer transkriberade.	Ändamålsenligt urval Totalt: n=30. Ålder: 22–50. Kön: Man och kvinna	Hög
6. Natan, M B. & Rais, I. 2010, Israel.	Knowledge and attitudes of nurses Regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women	Kvantitativ tvärsnittsstudie. Frågeformulär med 19 frågor	Slumpmässigt urval. Totalt: n= 100. Ålder: 22-64. Kön: Kvinnor och män	Hög
7. Otero-Garcia, L., Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Garcia-Quinto, M., Sanz-Barbero, B. & Goicolea, I. 2018, Spanien	A qualitative study on primary health care responses to intimate partner violence during the economic crisis in Spain	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer, transkriberade. Transkripterna analyserades med hjälp av en induktiv tematisk analysmetod.	Ändamålsenligt urval Totalt: n=145 (109 kvinnor & 36 män). Ålder: Ej angivet. Kön: Kvinna och man	Hög
8. Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D. & Feder, G. 2011, England.	Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	Slumpmässigt urval. Totalt n=272. Ålder: Ej angivet. Kön: Kvinnor och män.	Hög
9. Robinson, R. 2010, USA	Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence.	Kvalitativ studie med fenomenologisk design. Strukturerad intervjuteknik bestående av 10 frågor. Data kodades och kategoriseras sedan i teman.	Ändamålsenligt urval. Totalt n= 13. Ålder: Ej angivet. Kön: Kvinnor och män	Hög

<p>10. Sundborg, E M., Saleh- Stattin, N., Wändell, P. & Törnkvist, L. 2012, Sverige</p>	<p>Nurses preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: a quantitative study in primary health care</p>	<p>Kvantitativ studie med frågeformulär baserat på en systematisk litteraturöversikt. Beskrivande statistik i form av data i antal och procentuell fördelning.</p>	<p>Randomiserat urval. Totalt: n=190 Ålder: 20–60. Kön: Kvinna och man</p>	<p>Hög</p>
<p>11. Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh- Stattin, N., Wändell, P. & Hylander, I. 2015, Sverige</p>	<p>To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence</p>	<p>Enskilda ostrukturerade intervjuer. Inspelade och transkriberade</p>	<p>Slumpmässigt urval Totalt: n=11. Ålder: Ej angivet. Kön: Kvinna</p>	<p>Hög</p>

Bilaga 3 Granskningsprotokoll

Granskningsprotokoll för studie med kvalitativ ansats Bilaga H (Willman, Stoltz, &

Bahtsevani, 2011)

Beskrivning av studien:

Tydlig avgränsning/problemformulering?	Ja	Nej	Vet ej
Patientkaraktäristika	Antal..... Ålder..... Man/kvinna.....		
Är kontexten presenterad?	Ja	Nej	Vet ej
Etiskt resonemang?	Ja	Nej	Vet ej
Urval:	Ja	Nej	Vet ej
-Strategiskt?	Ja	Nej	Vet ej
Metod för:			
-urvalsförfarande tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
-datainsamling tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
-analys tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
Giltighet:			
-Är resultatet logiskt, begriplig	Ja	Nej	Vet ej
-Råder datamättnad?	Ja	Nej	Vet ej
-Råder analysmättnad?	Ja	Nej	Vet ej
Kommunicerbarhet:			
- Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja	Nej	Vet ej
- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	Ja	Nej	Vet ej
Genereras teori?	Ja	Nej	Vet ej
Huvudfynd			
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?			
Sammanfattande bedömning av kvalitet:	Bra	Medel	Dålig
Kommentar:			
Granskare (sign):			

Bilaga 4 Granskningsprotokoll

Granskningsprotokoll för studie med kvantitativ ansats Bilaga G (Willman, Stoltz, &

Bahtsevani, 2011)

Beskrivning av studien:

Forskningsmetod.....

Patientkaraktäristika

Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner?

Ja

Nej

Vad avsåg studien att studera?.....

Dess primära resp. sekundära effektmått

Urvalsförfarandet beskrivet?

Ja

Nej

Vet ej

Representativt urval?

Ja

Nej

Vet ej

Randomiseringsförfarande beskrivet?

Ja

Nej

Vet ej

Likvärdiga grupper vid start?

Ja

Nej

Vet ej

Analyserande i den grupp som de randomiserades till?

Ja

Nej

Vet ej

Bortfall:

Bortfallsanalysen beskriven?

Ja

Nej

Bortfallsstorleken beskriven?

Ja

Nej

Adekvat statistisk metod?

Ja

Nej

Etiskt resonemang?

Ja

Nej

Hur tillförlitligt är resultatet:

Är instrumenten valida?

Ja

Nej

Är instrumenten reliabla?

Ja

Nej

Är resultatet generaliserbart?

Ja

Nej

Huvudfynd (Hur stor var effekten? Hur beräknades effekten? NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra

Medel

Dålig

Kommentar

Granskare sign:

Bilaga 5. Exempel på meningsenheter

Meningsenhet Engelska	Meningsenhet Svenska	Kondensering	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Two nurses commented on the responsibility of the employer to offer training at the worksite, while another acknowledged the challenges of shift work and being able to participate in educational sessions.	Två sjuksköterskor kommenterade arbetsgivarens ansvar att erbjuda utbildning på arbetsplatsen, medan en annan erkände utmaningarna med skiftarbete och att kunna delta i utbildningssessionerna.	Utbildning är arbetsgivarens ansvar och det finns svårigheter att delta i utbildning vid skiftarbete.	Brist på utbildning	Brist på kunskap	Kunskaps- och erfarenhetsbrist
Studies have shown that health-care staff do not intervene regarding women who are the victims of violence as they are worried about their own safety.	Studier har visat att vårdpersonal inte ingriper när det gäller kvinnor som är offer för våld eftersom de är oroliga för sin egen säkerhet.	Ingripandet kan försummas på grund av oro för sin egna säkerhet.	Rädsla över att fråga	Rädsla	Känslomässiga hinder
Nurses can sometimes not intervene in domestic violence cases due to the personal attitudes they have developed regarding domestic violence previously.	Sjuksköterskor kan ibland inte ingripa i våld i hemmet på grund av de personliga attityder som de tidigare har utvecklat angående våld i hemmet.	Personliga attityder gör att sjuksköterskorna inte ingriper vid våld i nära relationer.	Sjuksköterskors attityder och fördomar	Attityd och fördomar	Känslomässiga hinder
If you are going to ask, you have to have the time to listen to the response and deal with the issue.	Om du frågar, måste du ha tid att lyssna på svaren och hantera problemet.	Fråga du bör tiden för att lyssna och hantera finnas.	Brist på tid	Tidsbrist	Organisatoriska hinder
Having strategies about which women to ask, when to ask and how to ask facilitated asking.	Att ha strategier om vilka kvinnor som ska frågas, när man ska fråga och hur man ska fråga underlättar att fråga.	Det underlättar att veta hur, när och var man ska fråga.	Brist på kunskap		Kunskaps- och erfarenhetsbrist
Professionals reported that fewer courses were being offered and, that it was harder for them to participate, i.e. courses were offered during working hours with no substitutions	Professionella rapporterade att färre kurser erbjöds och att det var svårare för dem att delta, dvs. kurser erbjöds under arbetstid utan ersättningar, vilket innebär att de var	Färre kurser erbjuds samt svårare att delta på grund av att kurser erbjuds under arbetstid utan ersättning, vilket innebär att de måste hitta	Dåliga arbetsförhållanden	Arbetsmiljö	Organisatoriska hinder

among their colleagues, appealing to their willingness to volunteer, which was not easy.	tvungna att hitta sina egna ersättare bland sina kollegor, vädjar till sin vilja att volontärarbete, vilket inte var lätt.	egna ersättare som fick jobba gratis.			
--	--	---------------------------------------	--	--	--