



Självständigt arbete, 15 hp

Sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relation

En allmän litteraturöversikt

Julia Nilsson

Handledare: Anna Axén
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1542
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona december 2022

Sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relation

Julia Nilsson

Sammanfattning

Bakgrund: Våld i nära relation är ett omfattande samhällsproblem och drabbar kvinnor i alla delar av samhället. Våldsutsatta kvinnor får ett minskat välbefinnande och påverkas negativt fysiskt och psykiskt. Sjuksköterskans roll i mötet med våldsutsatta kvinnor är central och möjligheten är stor att sjuksköterskor möter våldsutsatta kvinnor i sin yrkesverksamhet. I sjuksköterskans möte med kvinnorna spelar givandet av stöd och råd en stor roll och förmågan att identifiera våldsutsatthet är viktig för att rätt stöd och vård ska ges.

Syfte: Syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relation

Metod: En allmän litteraturöversikt där artiklar med en kvalitativ metod analyserats. En induktiv ansats har använts och artiklar analyserades med hjälp av Fribergs (2022) analysmetod.

Resultat: Fyra huvudkategorier identifierades: *kunskapen brister, hinder i arbetsmiljön försvårar mötet, behov av samverkan och stöd samt känslomässig påverkan*. Huvudkategorin *Kunskapen brister* presenterades med underkategorierna *identifiera våldsutsatthet, ställa frågan om våld och att kunna ingripa och stödja*. *Vara i behov av samverkan och stöd* presenterades med underkategorierna *samverka i team och använda verktyg och resurser*.

Slutsats: Upplevelsen av kunskapsbrist kan leda till svårigheter att identifiera våldsutsatta kvinnor samt skapande av osäkerhet i ställandet av frågan om våld. Tidsbrist och hög arbetsbelastning kunde leda till försämrat vårdrelationsbyggande och svårigheter i att identifiera våldsutsatta kvinnor. Närvaron av en bra samverkan mellan olika yrkesgrupper samt stödjande verktyg och resurser var viktigt för att skapa förutsättningar att ge en god omvårdnad. En känslomässig påverkan kunde upplevas av sjuksköterskor i mötet med våldsdrabbade kvinnor.

Nyckelord: möta, sjuksköterskor, upplevelse, våld i nära relation

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
<i>Våld i nära relationer</i>	5
<i>Hälso- och sjukvårdens ansvar</i>	6
<i>Sjuksköterskans bemötande</i>	8
<i>Upplevelse</i>	9
<i>Personcentrerad vård</i>	9
<i>Teoretisk referensram</i>	10
<i>Problemformulering</i>	11
Syfte	12
Metod	12
<i>Design</i>	12
<i>Urval</i>	12
<i>Datainsamling</i>	13
Sökningar i Cinahl.....	13
Sökningar i PubMed	14
<i>Kvalitetsgranskning</i>	14
<i>Dataanalys</i>	15
<i>Forskningsetiska ställningstaganden</i>	15
Resultat	16
<i>Kunskapen brister</i>	17
Identifiera våldsutsatthet.....	17
Ställa frågan om våld.....	18
Kunna ingripa och stödja.....	19
<i>Hinder i arbetsmiljön försvårar mötet</i>	20
<i>Vara i behov av samverkan och stöd</i>	20
Samverka i team.....	21
Använda verktyg och resurser.....	21
<i>Känslomässig påverkan</i>	22
Diskussion	23
<i>Metoddiskussion</i>	23
Design.....	23
Urval	24
Datainsamling.....	25
Kvalitetsgranskning	26
Dataanalys.....	26
<i>Resultatdiskussion</i>	27

Slutsats	32
Kliniska implikationer	32
<i>Förslag på fortsatt forskning.....</i>	<i>33</i>
Självständighet.....	33
Referenser	34
Bilaga 1 Databassökning i Cinahl	40
Bilaga 2 Databassökning i PubMed	43
Bilaga 3 Granskningsprotokoll	46
Bilaga 4 Artikelöversikt.....	48
Bilaga 5 Resultatets fördelning i artiklarna	51

Inledning

Våld i nära relationer är ett stort folkhälsoproblem och en kränkning av mänskliga rättigheter. Globalt sett har omkring en tredjedel av kvinnor i åldrarna 15–49 år någon gång blivit utsatta för våld i en nära relation (World Health Organization [WHO], 2021). I Sverige dog 15 kvinnor år 2021 efter att ha varit utsatta för dödligt våld i nära relation. Merparten som blivit utsatta för brott i nära relation polisanmäler inte brottet (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2022). Våld i nära relationer utgör ett allvarligt hot mot den utsattes hälsa och kan ge upphov till både fysisk och psykisk ohälsa. Kvinnor utsätts i högre grad för grovt, upprepat och kontrollerande våld än män (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2022).

Enligt Hooker et al. (2020) spelar hälso- och sjukvården en stor roll i att tillhandahålla en god omvårdnad till våldsutsatta kvinnor. Enligt NCK (2022) spelar det bemötande vårdpersonal ger till våldsutsatta kvinnor en avgörande roll för om hon väljer att berätta om sina erfarenheter. Enligt Pratt-Eriksson et al. (2014) uppger våldsutsatta kvinnor att de upplever brister i det bemötande som ges av vårdpersonal. Våldsutsatta kvinnor belyser att vikten av att vårdpersonal i vårdmötet har ett kommunikativt förhållningssätt och bemöter med empati, öppenhet och lyhördhet (Wester & Largo-Janssen, 2007; Wong et. al 2008).

Enligt Travelbee (1971) så uppnås en god omvårdnad genom relationen mellan sjuksköterska och patient. Denna relation i sig är avgörande för en framgångsrik omvårdnad. I utvecklandet av en vårdrelation ligger vidare vikt i att tillit skapas i relationen och att sjuksköterskan besitter nödvändiga kunskaper för att tillgodose patientens behov. Kommunikationen är central i vårdrelationen menar Travelbee (1971) och vikt ligger i att vägleda, planera och medvetet styra interaktionen för att uppfylla omvårdnadens syfte och för att kunna fastställa och möta omvårdnadsbehov.

Bakgrund

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer är ett stort folkhälsoproblem (WHO, 2021). Flink et al. (2005) beskriver att våld i nära relationer kan kännetecknas som en rad handlingar som en våldsutövare begår

vilket utsätter en person för skada. Detta innefattar all form av våld och övergrepp från en närstående. Närstående definieras som någon en person har en nära relation med. Våld i nära relationer kan innefatta alla former av våld, bland annat fysiskt, sexuellt, psykiskt, materiellt, ekonomiskt och separationsvåld. I vanliga fall består våldet av en sammansättning av fysiskt, sexuellt och psykiskt våld där det oftast sker i hemmet (Flink et al., 2005). Sinisalo och Hällen (2018) beskriver att våld i en nära relation kan ge flera allvarliga konsekvenser för kvinnan när hon utsätts. Exempel kan vara fysiska skador såsom blåmärken och frakturer. Utöver det kan den våldsutsatta kvinnan även uppleva somatiska problem som inte kan kopplas direkt till det fysiska våldet, exempelvis muskelvärk, yrsel och domningar. Sinisalo och Hällen (2018) beskriver vidare att det sexuella våldet kan innebära att våldsutövaren tvingar kvinnan till olika sexuella handlingar mot hennes vilja. Det kan även vara våldsamma sexuella handlingar. Psykiskt våld kan handla om nedvärderade respektive kontrollerande beteende och kan leda till stor stress för kvinnan och en stor känslomässig påverkan. De psykologiska konsekvenserna av våld i nära relation kan vara påtagliga och pågå under längre tid (Hällen & Sinisalo, 2018). Våld i nära relationer kan förekomma i alla delar av samhället och kan inträffa i nära familje- och släktrationer (NCK, 2022). Normaliseringsprocessen är ett begrepp som syftar till att beskriva den stegvisa uppfattningen av att våldet är ett normalt inslag i vardagen. Gränserna för vad som kan accepteras förskjuts och värdet av positiva handlingar förstoras upp av båda parterna. Denna process kan vara en del i förklaringen varför kvinnan inte vill eller har svårt för att bryta upp ur en relation där hon utsätts för våld (Nordborg, 2019). Socialstyrelsen (2016) skriver att kvinnor är särskilt utsatta när det kommer till våld i nära relationer och att våldsutövare mestadels är män.

Våld i nära relationer är ett allvarligt socialt problem. Regeringen har beslutat om en nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor och den ska pågå från 2017 till 2026 (Socialstyrelsen, 2022). Den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor är en del av regeringens jämställdhetspolitik och är kopplad till jämställdhetsmålet att få ett slut på mäns våld mot kvinnor (Socialstyrelsen, 2022).

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) är målet med hälso- och sjukvården att främja hälsa och förebygga ohälsa. Vidare beskrivs att patientens behov av trygghet och säkerhet ska tillgodoses och en god kontakt mellan patient och sjukvårdspersonal ska främjas och vara

tillgänglig. Vården ska ske på lika villkor för hela befolkningen (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], 2017).

Enligt Socialstyrelsen (2016) ska vården som ges vara sakkunnig och omsorgsfull och överensstämmande med vetenskap och beprövad erfarenhet. En helhetssyn kring patienten ska finnas och det är ofta av avgörande betydelse att personal får en uppfattning om bakomliggande orsak till sjukdom eller skada. Omständigheterna vid samtal med patienten om våld i nära relation är viktiga och frågan ska ställas i en trygg miljö samt enskilt (Socialstyrelsen, 2016). Sjuksköterskan ska arbeta personcentrerat och anpassa vården till patientens unika behov, resurser och erfarenheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Hälso- och sjukvårdspersonal ska vid tecken på våldsutsatthet fråga om det förekommer våld i nära relation (SOSFS 2014:4). När vårdpersonal har kunskap om hur våld i nära relationer tar sig uttryck och hur det påverkar våldsutsattas hälsa så finns en ökad möjlighet för personal att undersöka möjligheten till våld i nära relation som orsak till ohälsa. Detta ökar möjligheten till rätt vård och behandling (Hällen & Sinisalo, 2018). Alla delar av vården kan stöta på våldsutsatta kvinnor (NCK, 2022).

Det finns en möjlighet att sjuksköterskor kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor (Evans et al., 2016). Möjligheten för hälso- och sjukvården att upptäcka våldsutsatta kvinnor är stor. Det är först när våldet kan identifieras som kvinnan kan hänvisas till rätt instans för korrekt stöd och skydd. Vid identifiering kan även feldiagnostisering, felbehandling och missriktade insatser undvikas. Vid identifiering av våld i nära relation av hälso- och sjukvården så kan hänvisning ske till fler kvinnor för att de ska få det stöd och skydd de har rätt till (Hällen & Sinisalo, 2018).

Att ställa frågor om våld är viktigt för att kunna vidta korrekta åtgärder. Genom att ha kunskap om våld i nära relation så ökar förutsättningarna för vårdpersonal att ge adekvat stöd och behandling. Det kan handla om att känna till vanliga symtom där våld kan vara orsak till symtomet (NCK, 2022). Enligt Briones-Vozmediano et al. (2022) så är närvaro av kunskap om våld i nära relationer hos sjuksköterskor en förutsättning för att ge våldsutsatta kvinnor en god vård. Det leder enligt Hällen och Sinisalo (2018) till att sjukdomstillstånd, symtom och ohälsa kan härledas till våldsutsatthet och rätt vård och instanser kan då erbjudas. Det finns risk att kvinnor inte berättar för hälso- och sjukvården om våldet bland annat på grund av rädsla för ytterligare övergrepp samt rädsla för att kvinnornas konfidentialitet skulle brista (Evans et al.,

2016). Enligt Braudbury-Jones et al. (2014) kan våldsutsatta kvinnor uppleva svårigheter i att identifiera att de själva utsätts för våld i en nära relation. Kvinnor upplever ett behov av att få hjälp med att erkänna sina upplevelser som övergrepp samt behovet av att vårdpersonal hjälper dem att bekräfta våldet. De upplever att vårdpersonal har ett ansvar i att ställa frågor om våldet (Bradbury-Jones et al., 2014).

Sjuksköterskans bemötande

I mötet mellan patient och sjuksköterska spelar sjuksköterskans bemötande enligt Fossum (2020) en stor roll och bemötandet är en viktig del i vården. Bemötande handlar bland annat om hur samtal genomförs. Kroppsspråket är en grund i bemötandet samt vänlighet, en empatisk attityd och hjälpsamhet. Ett felaktigt bemötande kan få stora konsekvenser för patienten och brister i bemötandet kan bero på okunnighet, osäkerhet och omdömeslöshet av vårdpersonal (Fossum, 2020). Dialogen är även grundläggande för att kunna kommunicera och för att bäst förstå den situation patienten befinner sig i. När sjuksköterskan ställer frågor leder till att det skapas förståelse för situationen. Kommunikation är vidare viktig mellan sjuksköterska och patient då den tillåter skapandet av en trygg miljö för patienten (Greene, 2021; Lepp & Leksell, 2017).

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) utgår vårdmötet ifrån patientberättelsen och bedömning, planering och genomförande av vården ska ske i partnerskap med patienten. Bemötandet gentemot en våldsutsatt är enligt Hällen och Sinisalo (2018) avgörande för att våldsutsatta ska kunna berätta om sina erfarenheter av våld. Det är av vikt att ha en tillåtande attityd och att respektera patientens beslut och val. Patientens känsla av trygghet är en viktig faktor och det är av vikt att en tillitsfull relation byggs mellan vårdgivare och våldsutsatt. Att personal ger tid till samtalet med den våldsutsatta, att en öppen och tillåtande dialog tillåts ske samt inväntande av kvinnans egen berättelse är även centralt (Hällen & Sinisalo, 2018). Sjuksköterskans omhändertagande påverkar även kvinnans möjligheter till bearbetning av våld och övergrepp. Ett gott bemötande kan vidare leda till bättre fysisk och psykisk hälsa. En central del i omhändertagandet är bemötandet (NCK, 2022). Enligt Arboit et al. (2020) och Alshammari et al. (2017) behöver vårdpersonal lyssna aktivt på den våldsutsatta kvinnan, visa intresse och respekt för henne och visa att hon blir hörd och förstådd. När detta sker skapas förutsättningar för att kvinnan ska kunna berätta om våldet.

Pratt-Eriksson et al. (2014) beskriver att en del våldsdrabbade kvinnor upplever att vårdpersonal är oförstående, saknar empati, tålmod och har en ovänlig attityd. De upplever även att vården sker på ett hastigt sätt och att de inte blir tagna på allvar. Dessa negativa känslor upplever kvinnorna påverkar vården de får på ett negativt sätt. De lyfter även vikten av att sjuksköterskor ställer frågan om våld i nära relationer. Enligt Rodrigues et al. (2019) upplever en del kvinnor att sjuksköterskor är stressade när de ger vård till kvinnorna vilket kan minska känslan av säkerhet hos kvinnorna.

Upplevelse

Svenska Akademiens ordlista (SAOL, 2022) beskriver en upplevelse som något en individ varit med om som direkt berörd part och som uppfattats som av ett särskilt givande slag. Friberg och Öhlen (2017) menar att det är viktigt för sjuksköterskor att inte utgå från sig själv när förståelse eftersträvas att fås av en patients upplevelse. Ju större förståelse som fås av sjuksköterskan för en patients upplevelse desto större möjlighet att rätt hjälp och stöd fås av vården (Friberg och Öhlen, 2017).

Personcentrerad vård

Grundläggande värden i den personcentrerade vården är patientens rätt till självbestämmande samt att respekt och förståelse visas för patienten. Vården ska anpassas efter den individuella personen som möts. Att möta patienten som person innebär att möta patientperspektivet med personens livssituation. Ramverket för personcentrerad vård består av fyra delar; *förutsättningar*, vilket bland annat innebär att vara professionellt kompetent samt känna trygghet i värderingar och övertygelser: *vårdmiljö*, vilket bland annat syftar till kompetensnivå och den miljö som patienten befinner sig i: *vårdprocesser*, vilket bland annat syftar till medkännande närvaro, delat beslutfattande och partnerskap samt engagemang, samt *resultat*, vilket bland annat syftar till att vara tillfredsställd med vården, delaktighet i den och känslan av välbefinnande (McCance & McCormack, 2019).

Centrala delar i den personcentrerade vården är enligt Lepp och Leksell (2017) att värna om patientens sårbarhet, integritet och värdighet. Behandling inom den personcentrerade vården innebär ett partnerskap mellan patient och sjuksköterska där utgångspunkten är patientens berättelse om sin sjukdom. Tillsammans kan sjuksköterska och patient upprätta en gemensam behandlingsplan, där patienten är involverad i processen med mål, strategier och genomförande.

Delaktighet är en viktig del av den personcentrerade vården och en viktig del är att sjuksköterskan är lyhörd inför varje patients preferenser i kommunikationsprocessen. Som patient är det viktigt att vara delaktig i alla behandlingsbeslut och processer och det har visat sig leda till en bättre vård (Lepp & Leksell, 2017).

Våld i nära relationer är ett stort folkhälsoproblem och många kvinnor drabbas (WHO, 2021). Hällen och Sinisalo (2018) menar att det är viktigt att som sjuksköterska arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt i mötet med våldsutsatta kvinnor. När den personcentrerade omvårdnaden brister i mötet med våldsutsatta kvinnor kan det leda till att kvinnan inte får den vård hon har rätt till, vilket kan leda till ett psykiskt och fysiskt lidande för kvinnan (Hällen & Sinisalo, 2018)

Teoretisk referensram

Enligt Travelbee (1971) är en central del i omvårdnaden det mänskliga mötet med patienten. I det mellanmänskliga mötet med patienten ses den unika individen vilket möjliggör skapandet av en genuin vårdrelation mellan sjuksköterska och patient. Empati är centralt i vårdmötet och varje människa ska ses som en unik individ. Sjuksköterskan bör se att mänskligt lidande kan ske även i tystnad och alla patientmöten bör främja en terapeutisk relation med målet att minska lidande. Travelbee (1971) menar att omvårdnad är en process som syftar till att hjälpa individer att förebygga eller hantera sjukdom- och lidandeprocesser. Omvårdnad handlar enligt teorin om en process präglad av interaktion där sjuksköterskan genom utvecklandet av en vårdrelation kan möjliggöra en god omvårdnad för patienten. Patientens deltagande är avgörande i vårdmötet och tid ska ges till mötet. Att patienten upplever tillit för sjuksköterskan är även en viktig faktor i vårdrelationen. Kommunikation är enligt Travelbee (1971) en grundläggande del för god omvårdnad och sjuksköterskan bör ha en strävan att förstå omvårdnadsbehovet och se vilket grundmotiv som omvårdnaden har. Genom en fungerande kommunikation kan en god vårdrelation skapas och omvårdnadsbehov mötas. Hon beskriver att olika sätt att identifiera patientens omvårdnadsbehov är att observera olika beteenden hos patienten, utforskning av meningen av dessa beteenden samt fastställandet av orsak till lidande och sjukdom. Genom att sjuksköterskan förstår och kan tolka olika kommunikativa signaler och verbala uttryck så läggs en grund för vidare åtgärder sjuksköterskan gör (Travelbee, 1971).

I mötet med den våldsdrabbade kvinnan spelar skapandet av en god vårdrelation en stor roll (NCK, 2022). Wester et al. (2007) beskriver att våldsdrabbade kvinnor la stor vikt i ett lyhört och kommunikativt möte med vårdpersonal. Hällen och Sinisalo (2018) menar att brister i skapandet av en god vårdrelation kan leda till att relevant kunskap om kvinnan inte ses, förstås och bemöts, vilket kan resultera i fysiskt och psykiskt lidande. Genom att skapa en god kommunikation med en kvinna som drabbats av våld i nära relationer samt genom givandet av empati och tid till mötet så skapas förutsättningar för att kvinnan ska få en god och personcentrerad vård (Hällen & Sinisalo, 2018).

Problemformulering

Våld i nära relationer är ett omfattande folkhälsoproblem i Sverige. Mörkertalet avseende våld mot kvinnor är stort och uppskattningsvis 80 % av våldet i nära relation anmäls aldrig (Hällen & Sinisalo, 2018). Ofta berättar våldsutsatta som söker hälso- och sjukvården för symtom orsakade av våldet inte om våldet (Socialstyrelsen, 2016).

Sjuksköterskor har en central roll i att identifiera och vårda våldsutsatta kvinnor (Briones-Vozmediano et al., 2022). När sjuksköterskor brister i bemötandet av våldsutsatta kvinnor kan det härledas till brist på kunskap om våld i nära relationer. Brist på kunskap leder även till att kvinnor inte screenas, vilket kan leda till att kvinnor som drabbas av våld i nära relationer inte uppmärksammas av vården (Briones-Vozmediano et al., 2022; Robinson, 2010). Det omhändertagande en kvinna som är utsatt för våld i nära relation får av hälso-sjukvården spelar en avgörande roll för om hon väljer att berätta om sina upplevelser (NCK, 2022). Ett gott bemötande kan ses som en av de mest centrala delarna i givandet av en god vård (Fossum, 2020).

Det finns möjlighet att sjuksköterskor möter kvinnor som blir utsatta för våld i nära relation. Bemötandet som sjuksköterskor ger spelar stor roll för att en god vård ska ges och för att våldsutsatta kvinnor ska få förutsättningar att öppna upp sig om våldet och känna sig trygga med den vård och det stöd som ges. Det i sin tur leder till större chans för sjuksköterskor att identifiera våldsutsatta och ge en god och korrekt vård.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relation.

Metod

Design

En allmän litteraturöversikt med granskning av artiklar med kvalitativ metod har genomförts. Studien har genomförts med en induktiv ansats. Granskning av artiklar med kvalitativ metod gjordes då det var sjuksköterskors upplevelser som avsågs att undersökas. Kristensson (2014, kapitel 8) skriver att en kvalitativ metod är relevant att använda när upplevelser avses beskrivas och menar vidare att en induktiv ansats ofta används i kvalitativa studier. Vidare beskrivs att när en induktiv ansats används så möjliggörs skapandet av en ny hypotes eller teori utifrån existerande fakta. Enligt Forsberg (2017, Kapitel 3) så strävar en kvalitativ metod efter att beskriva, förstå och tolka på ett förutsättningslöst sätt. Det strävas efter en helhetsförståelse. Enligt Friberg (2017) så görs i en allmän litteraturöversikt en sammanställning av forskning, vilken sedan bildar en ny kunskapsöversikt inom ett område. I början av en litteraturöversikt formuleras ett syfte eller en frågeställning vilken ligger till grund för studien (Friberg, 2017). Fribergs (2022) analysmodell för en allmän översikt har använts för att analysera och sammanställa forskningens resultat.

Urval

Friberg (2017) skriver att avgränsningar görs i litteratursökningen för att få fram studier som bedöms vara av rätt kvalitet. Avgränsningar som gjordes var att endast artiklar publicerade mellan 2012 – 2022 skulle inkluderas, att artiklarna skulle vara skrivna på engelska samt att artiklarna skulle vara Peer Reviewed. Karlsson (2017) menar att genom att artiklarna är Peer Reviewed så säkerställs kvaliteten på forskningen samt att strävan bör finnas efter att använda sig av så aktuella studier som möjligt.

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle baseras på sjuksköterskors upplevelser av att möta våldsutsatta kvinnor samt att de våldsutsatta kvinnorna skulle vara över 18 år. Enligt Kristensson (2014, Kapitel 7) är det populationsvalet som avgör vilka inklusionskriterier en

studie ska ha och vilka avgränsningar som ska göras. Friberg (2017) skriver att de exklusions- och inklusionskriterier som väljs beror på vilken problemformulering och vilket syfte studien har. Endast artiklar som svarade på inklusionskriterierna ingick i studien.

Datainsamling

I sökningen efter vetenskapliga artiklar användes databaserna Cinahl Complete och PubMed. Dessa användes då de enligt Östlundh (2022) är relevanta vid sökning efter publikationer om omvårdnad. De ansågs därför relevanta sett utifrån syftet med studien. Enligt Kristensson (2014, Kapitel 11) är det viktigt att innan påbörjad sökning identifiera de nyckelbegrepp som syftet innehåller samt att identifiera inklusionskriterierna för att få fram rätt söktermer. Ett gemensamt dokument skapades för att kunna följa varandras sökningar. De booleska termerna AND och OR användes i sökningen. Användandet av dessa menar Karlsson (2017) breddar respektive avgränsar sökningar. För att bredda sökningar användes termen OR och för att avgränsa sökningen användes termen AND. Dessa sökoperander menar Kristensson (2014, kapitel 11) ökar sökningens sensitivitet, medan sökoperanden NOT ökar sökningens specificitet. NOT användes inte då det fanns risk att relevanta artiklar skulle missas. Till en början gjordes en bred sökning för att få en överblick kring forskningsläget. Då användes endast fritextord. När syftet skulle besvaras blev sökningen mer avgränsad för att få fram relevanta artiklar sett till syftet.

Sökningar i Cinahl

I Cinahl Complete användes Subject Headings samt fritextord för att finna relevanta artiklar sett till syftet. MeSH-termer och fritextord som var synonymer till varandra sattes ihop med OR. Mesh-termer som användes var *Domestic Violence (MH)*, *Battered women*, *Intimate Partner Violence (MH)*, *Nurses (MH)*, *Life Experience (MH)*, *Job Experience (MH)* och *Women (MH)*. En sammansättning av de olika blocksökningarna gjordes sedan med AND. När sökningarna genomförts gjordes en gallring av sökresultaten. Sökningen gav 568 resultat och läsning skedde av samtliga titlar. Av dessa lästes 24 abstrakt. Vidare sågs 15 artiklar relevanta nog sett till syfte och inklusionskriterier att läsas i fulltext. Fem ansågs svara på syftet och valdes att gå vidare till kvalitetsgranskning (se bilaga 1).

Sökningar i PubMed

I PubMed användes MeSh-termer samt fritextord för att finna relevanta artiklar. MeSh-termer som användes var *Domestic violence (MeSH)*, *Intimate partner violence (MeSH)*, *Life change events (MeSH)*, *Nursing care (MeSH)*, *Nurse-Patient relations (MeSH)*, *Nurse (MeSH)* och *Woman (MeSH)*. I sökningen i PubMed dök även dubletter upp vilka gallrades bort. Totalt 442 artiklar framkom. Antalet titlar som framkom vad var 442. Av dessa var 33 lämpliga nog att läsas på abstraktsnivå. De artiklar som ansågs lämpliga att granska vidare sett till syftet och inklusionskriterier gick vidare till läsning i fulltext, vilket var 13 stycken. Fyra artiklar gick ifrån PubMed vidare till kvalitetsgranskning då de svarade på studiens syfte (se bilaga 2).

Kvalitetsgranskning

Sammanlagt nio artiklar gick vidare till kvalitetsgranskning. För att gradera kvaliteten på vald artikel görs en kvalitetsgranskning. Orsaker till att genomföra en kvalitetsgranskning är för att se hur relevant artikeln är sett till det som ska studeras samt för att se hur forskarna kommit fram till resultatet (Kristensson, 2014, Kapitel 11). Enligt Forsberg (2017, Kapitel 2) är kvalitetsbedömning av artiklar viktigt i en allmän litteraturstudie för att inte felaktiga slutsatser ska dras när artikeln analyseras. Kvalitetsgranskningen utfördes i studien först enskilt för att sedan jämföras tillsammans med en annan student. Detta gjordes för att få en mer objektiv granskning. De artiklar som klarade kvalitetsgranskningen ansågs vara trovärdiga och av relevans sett till syftet. Granskningsprotokollet för kvalitativa studier som användes var Willman et al. (2011) (se bilaga 3). Genom att besvara de upplagda frågorna så kunde artikelns kvalitet granskas. Protokollet innefattar ett antal frågor med Ja/Nej/Vet ej. Ja ger 1 poäng medan nej/vet ej ger 0 poäng. Efter att granskningen är klar tas den totala poängen för att få en procentuell värdering, där ett värde mellan 80–100% anses vara av en hög kvalitet, ett värde mellan 70 – 79 % anses som av medelhög kvalitet och ett värde mellan 60 – 69 % anses vara av låg kvalitet. Av de nio artiklar som kvalitetsgranskades godkändes åtta vilka fortsatte till vidare analys. Den artikel som inte valdes att använda i studien fick en poäng under 69 % vilket innebar att den bedömdes ha en låg kvalitet. Fem av artiklarna klassades som av medelkvalitet och tre ansågs ha hög kvalitet sett ifrån den sammanlagda poängen de fick.

Dataanalys

För analys av artiklar användes Fribergs (2022) analysmodell vilken innehåller fyra steg. Val av analysmodell är enligt Friberg (2022) kopplat till syftet med en studie och typ av texter som valts. 4-steps modellen beskrivs vidare vara relevant att använda när analys av kvalitativa studier ska ske. Därför valde valdes denna analysmodell. Enligt analysens första steg ska de valda studierna läsas igenom flera gånger så att förståelse ska fås kring artikelns innehåll och sammanhang. I samband med det ska all relevant text samlas i ett dokument. I nästa steg skapas en översiktstabell över artiklarna vilken ligger till grund för den fortsatta analysen. Denna tabell ger en översikt av valda artiklar och struktur på det material som ska analyseras. I nästa steg söks enligt modellen efter likheter och skillnader i syfte, metod, analys och resultat de olika studierna. Fokus ska ligga på att analysera artiklarnas resultat. I nästa steg ska en sammanställning göras av det som analyserats fram. Utifrån sammanställningen sorteras materialet och lämpliga underkategorier och huvudkategorier skapas.

Första steget av dataanalysen var i enlighet med Fribergs (2022) analysmetod att läsa igenom valda artiklar ett antal gånger för att få djupare kunskap om deras innehåll. All information som ansågs relevant skrevs ner i ett dokument. Detta steg gav en sammanfattning av artiklarna och överblick av all text relevant för syftet. I nästa steg skapades en tabell över valda artiklar (se bilaga 4). Detta gav en god struktur och överskådlighet över artiklarna. I enlighet med analysmetodens nästa steg söktes efter likheter och skillnader i de olika artiklarnas resultat. Informationen samlades i ett nytt dokument vilket skapade klarhet och struktur över de olika artiklarnas resultat, vilket underlättade det sista steget i analysmodellen. I enlighet med analysens sista steg gjordes en sammanställning av det inhämtade materialet. Underkategorier identifierades och huvudkategorier skapades utifrån dessa. I samband med identifikationen av vilka studier som förekommer under vilken kategori skapades vidare en tabell för att få översikt av vilken information som framkommer i de olika artiklarna (se bilaga 5).

Forskningsetiska ställningstaganden

Det ligger stor vikt i att all typ av forskning ska kännetecknas av ett etiskt förhållningssätt. Forskningsetiken har som syfte att skydda de personer som ingår i forskningen genom att värna om deras välbefinnande, behandla dem med respekt och att hantera insamlad information på ett korrekt sätt. Det är viktigt att hela tiden skydda deltagarna från spridning av känsliga uppgifter. Det handlar även om att skydda människans autonomi och integritet vilket

nämns i de fyra etiska forskningsetiska principerna; nyttoprincipen, autonomiprincipen, inte skada-principen och rättvisepincipen (Kristensson, 2014).

Syftet ska vara etiskt försvarbart att undersöka och ett frivilligt informerat samtycke ska fås av deltagare innan deltagande i studien. Information ska även ges om att samtycket när som helst kan återtas. Deltagare i forskning har rätt till att veta vad informationen kommer användas för samt har rätt till att vara anonym (Kjellström, 2017). Alla forskningsprojekt genomsyras av etiska överväganden, lagar samt riktlinjer för att undvika skador och lidande för deltagande (Kristensson, 2014). Enligt Kjellström (2017) är Helsingforsdeklarationen en central forskningsetisk riktlinje och handlar om att behovet av ny kunskap ska balanseras i förhållande till deltagares hälsa och intresse. Etiska koder har etablerats av de flesta discipliner och många av dem ger rekommendationer om forskningsetiska överväganden (Kjellström, 2017).

Etisk reflektion har skett genomgående under studiens gång. Enligt Kjellström (2017) krävs etiska överväganden under hela arbetets gång, från val av ämne och syfte till genomförande och rapportering. Forsberg och Wengström (2017) menar att forskaren ska vara noggrann i sina slutsatser och göra en välgrundad redovisning av resultaten. I valda artiklar har ett etiskt resonemang förts och alla deltagare givit ett skriftligt samtycke till att medverka i genomförda studier. Alla artiklar utom en hade fått godkännande av en etisk kommitté. Av den artikel som inte fått ett etiskt godkännande genomfördes vidare granskning för att säkerställa att forskningen gått etiskt korrekt tillväga. Publikationen där artikeln var publicerad ställer krav på att alla artiklar som publiceras ska ha gått etiskt korrekt tillväga. Den är vidare medlem i Committee on Publication Ethics (COPE) vilka säkerställer att all forskning som publiceras av medlemmarna har genomgått en etisk forskning. All forskning där oklarheter finns kring huruvida forskningen gått etiskt korrekt tillväga ska enligt COPE:s dokument *Retractions: Guidance from the Committee on Publication Ethics (2010)* dras tillbaka från publikationen. Efter överväganden togs beslutet att använda artikelns i studien då uppfattningen var att tillräckliga belägg fås för att säkerställa att forskningen gått etiskt korrekt tillväga.

Resultat

Syftet med föreliggande litteraturöversikt var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relation. Analysen presenteras i fyra huvudkategorier vilka är *kunskapen brister, hinder i arbetsmiljön försvårar mötet, vara i behov av samverkan*

och stöd samt känslomässig påverkan. Vidare presenteras tre respektive två underkategorier (se tabell 1).

Tabell 1: Huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Kunskapen brister	Att identifiera våldsutsatthet Att ställa frågan om våld Att kunna ingripa och stödja
Hinder i arbetsmiljön försvårar mötet	
Vara i behov av samverkan och stöd	Att samverka i team Att använda verktyg och resurser
Känslomässig påverkan	

Kunskapen brister

Utifrån analysen presenteras huvudkategorin *kunskapen brister* tillsammans med underkategorierna *identifiera våldsutsatthet*, *ställa frågan om våld* och *kunna ingripa och stödja*.

Identifiera våldsutsatthet

Sjuksköterskor upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap för att identifiera våldsutsatta kvinnor i de fall där kvinnorna själva inte berättade om det (Beynon et al., 2012; Dawson et al., 2019; Efe et al., 2012; Grunge, 2012). En del sjuksköterskor upplevde att de hade tillräckligt med kunskap för att känna igen symtom som kan tyda på att kvinnan utsätts för våld i nära relation, men att det trots det kunde vara svårt att identifiera våldsutsatta kvinnor (DeBoer, 2012). Upplevelsen var även att kvinnor ofta var motvilliga att avslöja sin våldsutsatthet vilket gjorde det svårare att identifiera våldsutsatthet. Även efter att frågan ställts om våldsutsatthet så upplevdes det att kvinnorna ofta inte berättade. Den relation som sjuksköterskan utvecklar med kvinnan spelar stor roll i hur villig kvinnan är att avslöja, en relation där kommunikation spelar en viktig roll. Om våld misstänktes lades extra vikt vid relationsbyggandet med kvinnan (Al Natour et al., 2016; Grunge 2012). När kunskap om våld

i nära relationer, så som vilka symtom som är vanliga att våldsutsatta kvinnor uppvisar och vilka faktorer sjuksköterskan ska vara observant på, så upplevdes det lättare att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor i mötet, samt underlättade det givandet av en god omvårdnad. Även erfarenhet av att tidigare ha mött våldsutsatta kvinnor gjorde det lättare att identifiera problemet. Upplevelsen var även att kvinnor var mer benägna att berätta om sin våldsutsatthet för en kvinnlig sjuksköterska snarare än en manlig (Dawson et al., 2019; Grunge, 2012).

Ställa frågan om våld

En majoritet av sjuksköterskor upplevde brist på kunskap och osäkerhet kring att ställa frågan om våld i nära relationer (Al-Natour et al., 2016; Deboer et al., 2012; Efe, 2012; Grunge, 2012). En del sjuksköterskor uppgav att de vanligtvis inte screenar för våld i nära relation. En del av sjuksköterskor screenade inte heller när kvinnor uppvisar symptom som kan tyda på våldsutsatthet och trots vetskapen om att ett mörkertal kring hur många kvinnor som drabbas finns (Al-Natour et al., 2017; Efe et al., 2012; Grunge, 2012). Osäkerhet fanns kring när var och hur frågan skulle ställas i mötet samt hur en lämplig kommunikation skulle ske. Trots det uppgav flera sjuksköterskor att de ansåg att alla patienter borde screenas oavsett vilka symptom de uppvisar samt att det är en del i sjuksköterskans roll att ställa frågan om våldsutsatthet. En del sjuksköterskor uppgav även att de alltid ställde frågan om våld till alla kvinnliga patienter. Det upplevdes viktigt att ställa frågan om våld för att ge kvinnan rätt omvårdnad och för att ge korrekt hänvisning till vidare instanser.

Genom att ställa rätt typ av fråga upplevdes det att kvinnorna kunde uppmuntras till att berätta. En vårdrelation upplevdes skapas med kvinnan när tillit byggs upp, vilket underlättade kvinnans villighet att samtal om våldet. Det fanns osäkerhet kring vilken typ av fråga som skulle ställas, om frågan skulle upplevas känslig samt hur djupgående frågorna skulle vara, i vilken frågeställningen uppkom vilka frågor som ska ställas av sjuksköterskor och vilka av övriga yrkesgrupper. Dessa frågeställningar kunde vidare kopplas till en brist på kunskap i ämnet. Rädsla att kränka kvinnor beskrevs även samt osäkerhet kring vad som skulle göras om kvinnorna svarade att de var våldsutsatta, något som kunde kopplas till vilket vidare stöd som kvinnan kunde få (Beynon et al., 2012; Dawson et al., 2019; Grunge, 2012). Samtal kring kvinnans livshistoria och medicinska historia samt tolkning av icke-verbalt kroppsspråk upplevdes som viktiga delar i samtalet för att få kvinnan svara öppet på ställda frågor (Sprauge et al., 2017). Flera sjuksköterskor upplevde att det var viktigt att vara ödmjuk och medkännande

när frågor om våldsutsatthet ställdes samt att mer djupgående frågor borde undvikas att ställas av sjuksköterskor utan istället av socialarbetare. Betydelse upplevdes ligga i de medicinska frågorna snarare än i samtal kring rådgivning. Direkta frågor om misshandel undveks vilket kunde kopplas till rädsla att skrämman kvinnan. Respekt för kvinnans integritet upplevdes viktig vid insamling av information, samt att samtalet skedde på ett empatiskt sätt (Al-Natour et al., 2016; Dawson et al., 2019; Efe et al., 2012; Grunge, 2012). Ansvar upplevdes ligga i sjuksköterskans arbetsuppgifter kring att ställa frågan samt att följa upp om kvinnan avslöjade våld. Om misstanke om att våld i nära relation förekom i relationen ansåg sjuksköterskor att det var deras ansvar att fullfölja och eventuellt bekräfta sina misstankar (Dawson et al., 2019; Deboer et al., 2013, Efe et al., 2012).

Kunna ingripa och stödja

Brist på kunskap om ämnet upplevdes leda till att de i mötet inte kunde ingripa och stödja kvinnor som utsätts för våld i nära relation på bästa sätt. När sjuksköterskor upplevde att de inte hade tillräckligt med information om ämnet så upplevde de sig ha sämre förutsättningar för att ingripa. De nämnde även att brist på erfarenhet ledde till en känsla av att inte vara redo att möta kvinnor som drabbas (Dawson et al., 2019; Efe et al., 2012; Grunge, 2012). Enligt flera sjuksköterskor var osäkerheten kring hur de ska gå tillväga kring bemötandet och uppföljningen en begränsande faktor. Sjuksköterskor identifierade flera hinder för att kunna stödja och bemöta våldsutsatta kvinnor på ett lämpligt sätt, så som osäkerhet kring lämplig kommunikation med kvinnorna, vilket kunde kopplas till brist på kunskap och färdigheter. Rollen sjuksköterskor har i att tillhandahålla psykologiskt och emotionellt stöd upplevdes som viktig, samt nämndes vikten av korrekt rådgivning vilket sjuksköterskor upplevde sig ha brist på kunskap i. Brist på kunskap om rådgivning kunde handla om vilka tjänster sjukhuset tillhandahöll samt vilka protokoll som fanns att tillgå och hur kunde användas (Al-Natour et al., 2017; Dawson et al., 2019; Efe et al., 2012; Grunge, 2012). En del sjuksköterskor upplevde även svårigheter med att ge våldsutsatta kvinnor psykologiskt stöd. Detta förtydligade de med att psykiatri inte är en stor del av deras utbildning vilket kunde ha lett till att de kände sig säkrare vid omhändertagandet av somatiskt sjuka patienter. Vidare upplevde ett mindre antal sjuksköterskor att deras roll endast vara till att tillhandahålla medicinsk vård och att övrigt emotionellt stöd och rådgivning skulle ske av andra yrkesgrupper, något som kunde kopplas till brist på kunskap om de delarna. Trots det tyckte majoriteten av sjuksköterskor i studien att en viktig del i mötet var att ge kvinnorna råd, konsultation och emotionellt stöd (Al-Natour et al.,

2017; Efe et al., 2012). När sjuksköterskor hade personlig erfarenhet av att bli utsatt för våld i nära relation så upplevdes det kunna underlätta skapandet av en god omvårdnad till kvinnorna. Det kunde handla om en ökad kunskap om våld i nära relationer och lämpligt stöd till våldsutsatta kvinnor samt att en förbättrad interaktion kunde ske mellan sjuksköterska och kvinna (Beynon et al., 2012; Dawson et al., 2019; van der Wath et al., 2013).

Hinder i arbetsmiljön försvårar mötet

Sjuksköterskor beskriver att ett stort hinder i arbetsmiljön var tidsbristen som begränsade mötet med kvinnorna. Tidsbrist kunde leda till att arbetsuppgiften inte kunde hanteras på ett tillfredställande sätt, att screening inte kunde ske, att tiden för patientvård inte fanns samt att brister uppkom i det känslomässiga stödet. Flera sjuksköterskor upplevde att om frågan ska ställas så måste tiden finnas att lyssna på svaret och ta itu med frågan. De konsekvenser tidsbristen kunde skapa kunde leda till att sjuksköterskor kunde gå av ett arbetspass med känslan av att inte ha gjort det bästa jobbet för kvinnorna. Tidsbristen kunde vara förknippad med en hög arbetsbelastning (Beynon et al., 2012; Dawson et al., 2019; Efe et al., 2012; Sprauge et al., 2013). Tidsbrist och hög arbetsbelastning kunde även leda till att sjuksköterskor inte fick tiden de behövde med kvinnan för att bygga upp en tillitsfull relation. Sjuksköterskor fann att det var svårt att skapa en trygg vårdmiljö i mötet med kvinnan, något som skapar förutsättningar för kvinnan att samtala öppet om våldet och öka känslan av trygghet hos kvinnan. Detta var faktorer som upplevdes viktiga i mötet med våldsutsatta kvinnor. Tidsbrist och hög arbetsbelastning kunde även leda till ökade svårigheter att identifiera våldsutsatta kvinnor vilket kunde leda till att våldsutsatta kvinnor missades av vården. En vidare konsekvens kunde vara att brister skapades i uppföljningen av kvinnorna och att nödvändig rådgivning inte skedde (Grunge, 2012). Bristen på lämplig plats att ställa frågan om våldsutsatthet upplevdes som en barriär. Bristen kunde leda till svårigheter för sjuksköterskor att på egen hand intervjuar kvinnan utan anhöriga närvarande. Detta ledde till att utvecklandet av olika strategier hos sjuksköterskor för att möjliggöra ett privat samtal med kvinnan (Beynon et al., 2012; Dawson et al., 2019; Efe et al., 2013; Sprauge et al., 2017).

Vara i behov av samverkan och stöd

Huvudkategorin *vara i behov av samverkan och stöd* presenteras tillsammans med underkategorierna *samverka i team* och *använda verktyg och resurser*.

Samverka i team

Vikten av ett bra teamarbete upplevdes som en viktig del när det kom mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relation. Att det finns en god kommunikation mellan teamets olika delar, innefattande läkare, sjuksköterskor och socialarbetare beskrevs som viktigt. Speciellt belystes samarbetet med socialarbetare som av stor vikt, något som enligt vissa sjuksköterskor kunde brista. När teamarbetet mellan olika yrkesgrupper fungerade bra bidrog det till att nödvändig medicinsk vård och stöd kunde ges. Samarbetet med myndigheter och organisationer upplevdes även som viktigt då de gav sjuksköterskor lämpliga råd för att främja kvinnornas säkerhet (Beynon et al., 2012, Dawson et al., 2019; Grunge, 2012; Sprauge et al., 2017). Enligt Grunge (2012) så kunde samarbetet mellan de olika professionerna brista vilket kunde leda till brister i en jämlik delning av information mellan olika yrkesgrupper. Det kunde härledas till bristande kommunikation mellan grupperna. De upplevde även brist på ledningsstöd för att underlätta kommunikationen mellan yrkesgrupperna.

Använda verktyg och resurser

Att ha tillgång till stödjande verktyg för att kunna ge en god omvårdnad och ett rätt bemötande i mötet med kvinnorna upplevdes som viktigt för sjuksköterskor. Stödjande verktyg kunde vara professionella protokoll för screening och arbetsplatspolicyer. Bristen på dessa och osäkerhet kring hur de skulle användas upplevdes skapa brister i den omvårdnad och det bemötande som gavs till kvinnorna bland annat på grund av osäkerhet i hur omvårdnaden skulle ske. Detta kunde i sin tur ha en negativ inverkan i mötet med kvinnorna. Många sjuksköterskor uppgav även att de i mötet inte i stor utsträckning använde sig av de standardiserade frågeprotokoll som fanns att tillgå på arbetsplatsen (Beynon et al., 2012; Dawson et al., 2019). Även tillgången till stödjande resurser sågs som en viktig del i mötet med kvinnorna. Det kunde handla om tillgång till personal med specialistkompetens samt konsultationen mellan kollegor. Ledningsstöd ansågs vara en viktig resurs för att skapa förutsättningar att ge våldsutsatta kvinnor en god och korrekt omvårdnad. Detta beskrev en del sjuksköterskor saknades vilket kunde påverka mötet på ett negativt sätt. När ledningsstödet saknades kunde det leda till avsaknad och brister i användandet av verktyg (Beynon et al., 2012; Grunge, 2012). Det kunde även handla om upplevelsen hos sjuksköterskor att ledning och myndigheter inte förstod hur omfattade problemet var i samhället samt hur tidskrävande arbete som vårdandet av kvinnor är, vilket

ledde till att tid inte avsattes för mötet av kvinnor som drabbats av våld i nära relation. Avsaknad fanns även av psykologer och organiserat samhällsstöd samt uppföljningssystem vilket kunde påverka givandet av omvårdnad på ett negativt sätt (Beynon et al., 2012; Grunge, 2012). Bristen på tolkar beskrevs även när språkbarriärer fanns mellan parterna, vilket kunde ha en negativ inverkan i mötet med våldsutsatta kvinnor (Grunge, 2012).

Känslomässig påverkan

En känslomässig påverkan kunde upplevas av många sjuksköterskor i mötet med våldsutsatta kvinnor. Olika orsaker till känslorna beskrevs och kunde vara av varierande karaktär. Att lyssna till kvinnans berättelse samt se de symptom som kvinnan hade kunde ha en känslomässig påverkan på sjuksköterskor och kunde vara jobbiga att bevittna. Även ilska gentemot den våldsutsatta kvinnans partner beskrevs, samt känslor av hopplöshet, förvirring och frustration när kvinnor väljer att stanna kvar hos en våldsam partner samt återkom till sjukvården på grund av misshandel (Al-Natour et al., 2016; Beynon et al., 2012; Dawson et al., 2019; van der Wath., 2013). Enligt Beynon (2012) så var den känslomässiga påverkan större när en nära vårdrelation byggs upp med kvinnan. Van der Wath (2012) beskriver att sjuksköterskor även kunde uppleva känslor av hjälplöshet vilket kunde kopplas till en känslomässig avskildhet och känslan av att vara en åskådare till de händelser kvinnan genomlevde. Även känslor av otillräcklighet kunde upplevas när sjuksköterskan upplevde att den vård och det stöd som de gav inte var tillräckligt. Den känslomässiga avskildheten kunde bero på den emotionella påverkan och sympatiska attityden hos sjuksköterskor. Vidare beskriver sjuksköterskor enligt Dawson et al. (2019) att det upplevdes svårt i att inte bli emotionellt påverkad i mötet med kvinnorna.

Mötet med kvinnorna och bevittnandet av deras lidande kunde även framkalla känslor av depression, sorg, chock och sympati och kunde triggas igång när patienter med liknande symptom och patientberättelse möttes. Även oro för kvinnan fanns efter att mötet skett. Känslorna kunde uppkomma under mötet eller upplevas efteråt och kunde vara mer eller mindre påtagliga och långvariga. De kunde upplevas som störande och påverka sjuksköterskor i privatlivet. När kvinnornas sårbarhet och maktlöshet var mer påtaglig upplevdes en ökad känslomässig reaktion hos sjuksköterskor. När kvinnan remitterats till rådgivning, fått prata om sin situation och fått korrekt hjälp och stöd upplevde sjuksköterskan en mer positiv känsla efter mötet. Detta i sig kunde underlätta hanterandet av den känslomässiga påverkan (van der Wath et al., 2012). Även i studien av Al-Natour et al. (2016) beskrev sjuksköterskor att en känsla av

glädje och tillfredsställelse upplevdes när de kunde ge kvinnorna korrekt vård och stöd. När anhörig var närvarande i samtalet fanns det rädsla att anhöriga skulle uppträda fysiskt aggressivt gentemot och eventuellt skada kvinnan eller sjuksköterskan. Närvaro av anhöriga och även andra patienter upplevde många sjuksköterskor även hota kvinnans konfidentialitet. Anhörignärvaro upplevdes således riskera både sjuksköterskans och kvinnans säkerhet (Beynon et al., 2012; Dawson et al., 2019; Spunge et al., 2017).

Diskussion

Metoddiskussion

Design

Syftet med föreliggande studie var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relation. Studien genomfördes som en allmän litteraturöversikt och de vetenskapliga artiklar som analyserades använde en kvalitativ metod för att besvara sitt syfte. Studien hade en kvalitativ design vilket Kristensson (2014) menar är relevant att använda när upplevelser är vad som avses studera. För att kunna undersöka och beskriva sjuksköterskors upplevelser så var det relevant att genomföra granskning av artiklar som använt sig av kvalitativ metod. En intervjustudie menar Henricsson (2017) är relevant att använda när erfarenheter avses att undersökas samt förståelse för en upplevelse vill fås, vilket innebär att en mer övergripande förståelse av sjuksköterskors upplevelser hade skapats med det valet av datainsamlingsmetod. Tidsmässigt och inom ramen för självständigt arbete fanns inte tiden eller förutsättningar att genomföra en intervjustudie och valet av att genomföra en litteraturstudie av kvalitativ forskning ansågs vidare som relevant för att få en översikt av kunskapsläget sett till syftet. Kristensson (2014, kapitel 3) menar att en induktiv ansats är vad som oftast används i kvalitativa studier och att den induktiva ansatsen innebär att utifrån delar skapa en helhet. En deduktiv ansats innebär istället att någon form av teori eller antagande utgås ifrån och sedan testas på olika sätt genom att samla in fakta (Kristensson, 2014, kapitel 3). Det deduktiva förhållningssättet exkluderades då studien inte hade förutfattade meningar eller fastställda teorier att undersöka. Genom att använda en induktiv ansats kunde studiens syfte besvaras vilket vara att undersöka sjuksköterskors upplevelser.

Urval

Avgränsningar gjordes för att specificera de träffar som framkom i artikelsökningen. Avgränsningen att endast inkludera studier publicerade 2012 - 2022 gjorde att forskningens aktualitet kunde säkerställas. Kristenson (2014, Kapitel 11) menar att när äldre artiklar inkluderats finns det en större risk att artiklarnas forskning inte är aktuell vilket kan påverka ett resultats trovärdighet. Överväganden gjordes huruvida avgränsningen skulle ändras till att inkludera artiklar publicerade tidigare än 2012 för att utöka antalet artiklar som framkom i sökningen, men valet gjordes att artiklarnas aktualitet övervägde antalet sökträffar som gavs. Avgränsningar gjordes vidare att artiklarna skulle vara skrivna på engelska för att minska risk för feltolkning av lästa artiklarna. Inga avgränsningar gjordes kring vilka länder som forskningen utförts i då en så bred sökning som möjligt ville uppnås.

De artiklar som användes i resultatet hade genomfört sin forskning i Australien, Jordanien, Kanada, Sri Lanka, Sydafrika, Turkiet och USA. De geografiska och socioekonomiska skillnaderna gör att länderna har olika sjukvårdssystem samt att sjuksköterskor har olika förutsättningar att ge våldsdrabbade kvinnor vidare stöd och vård, vilket kan vara en orsak till att artiklarnas resultat varierade i den mån de gjorde. Artiklarna som genomfört sin forskning i de västerländska länderna är mer applicerbara i en svensk kontext då de har liknande sjukvårdssystem jämfört med fattigare länder. Det faktum att forskning från olika länder inkluderas i resultatet kan dock öka studiens trovärdighet då Henricson (2017) menar att en ökad variation i urvalet ger en ökad överförbarhet. Dock så hade överförbarheten till svenska sjuksköterskors yrkesverksamhet ökat om endast studier inkluderats som genomfört sin forskning i västerländska länder. Tre av de valda artiklarna beskrev sjuksköterskors upplevelser som arbetade på akutmottagning. Överväganden gjordes huruvida de var aktuella sett till det valda syftet. Det framgick inte i artiklarna att sjuksköterskorna var specialistutbildade. Det var inte heller ett krav att sjuksköterskor som arbetar på akutmottagning ska ha en specialistutbildning i länderna där forskningen skedde. Vidare gjordes bedömningen att artiklarna ansågs vara relevanta. Genom att tillämpa inklusionskriteriet att endast grundutbildade sjuksköterskor upplevelse skulle beskrivas i artiklarna så säkerställdes att syftet besvarades i studien och vidare även överförbarheten till grundutbildade sjuksköterskor. Vidare kan även studiens överförbarhet ha stärkts då fler kontexter inkluderats. Även artiklar där fler yrkesgrupper inkluderats gick vidare till utökad läsning och två av dessa användes sedan i resultatet, dock var ett genomgående krav att sjuksköterskans perspektiv tydligt skulle framkomma i resultatet då syftet var att undersöka

sjuksköterskors upplevelser. Artiklar som inte tydligt beskrev vilken yrkesgrupps upplevelser som beskrevs uteslöts. Enligt Kristensson (2014, Kapitel 11) är tydliga inklusionskriterier en viktig del i säkerställandet av att litteraturstudien svarar på det bestämda syftet. Vidare beskrivs att de bärande delar syftet har ska styra vilka inklusionskriterier som ska användas. Genom att ha tydliga inklusionskriterier kopplat till syftet säkerställdes att studien svarade på det bestämda syftet vilket var att undersöka grundutbildade sjuksköterskors upplevelser. Detta säkerställde även överförbarheten till den grundutbildade sjuksköterskan utan specialistkompetens, då det var den grupp som avsetts undersökas. Vidare skulle alla deltagare i studien vara över 18 år då det var vuxnas upplevelser som avsetts undersökas.

Datainsamling

Enligt Kristensson (2014, Kapitel 8) är en studies kvalitet beroende av hur data väljs att samlas in. En systematisk datainsamling gjordes i databaserna PubMed och Cinahl. Tillämpandet av endast två databaser kan ha lett till ett mindre antal funna artiklar jämför med om fler databaser använts. Enligt Henricson (2017) så stärks en studies trovärdighet när fler databaser använts vid sökningen. Studiens trovärdighet stärktes dock genom att valda databaser inriktar sig på ämnet omvårdnad. Enligt Kristensson (2014 kapitel 11) innebär användandet av ämnesord att sökningen blir mer specifik. Ämnesorden är enligt Karlsson (2017) till stor del olika i de olika databaserna vilket innebär att varje databas behöver en egen sökstrategi, så identifiering skedde kring vilka ämnesord som skulle användas i PubMed respektive Cinahl, bland annat genom användandet av svensk MeSH. Även fritextord användes i sökningen då Kristensson (2014, Kapitel 11) beskriver att det förekommer att vissa begrepp inte är indexerade vilket innebär att även fritextord kan användas då de ökar antalet relevanta artiklar i sökningen. Dock riskerar användandet att fler irrelevanta artiklar söks fram då specificiteten minskar. Sökningen i Pubmed avgränsades mer sett till använda söktermer än sökningen i Cinahl. Det berodde på att antalet sökträffar blev fler i Pubmed och inkluderade fler relevanta artiklar än vid sökningen i Cinahl. Vid både sökningen i PubMed och Cinahl framkom en del artiklar som sågs som icke-relevanta sett till syftet, vilka då gallrades bort vid titelläsning, titel- abstrakt- och fulltextläsning. Bland annat hade forskning skett över andra yrkesgrupps upplevelser samt kvinnans upplevelse av vård.

Kvalitetsgranskning

Enligt Kristensson (2014, Kapitel 11) sker en kritisk kvalitetsgranskning för att säkerställa artiklarnas kvalitet sett ifrån ett antal specifika kriterier. Detta gör att studiens trovärdighet stärks (Kristensson, 2014, Kapitel 11). Valt granskningsprotokoll ansågs relevant att välja sett utifrån syftet och val av metod. Utifrån valt granskningsprotokoll granskades artiklarna först enskilt av varje författare för att sedan diskuteras gemensamt om tveksamheter framkom kring olika delar av granskningen. Eventuella vidare tveksamheter diskuterades med handledaren. Enligt Willman et al. (2011) så kan trovärdigheten stärkas genom att läsa artiklarna enskilt och därefter göra en gemensam granskning, därför följdes denna procedur.

Dataanalys

Fribergs (2022) analysmodell användes vid analys av valda artiklar. Då författarna inte genomförde en integrativ översikt gjordes valet att inte använda det femte steget i analysmodellen. I denna modell används enligt Friberg (2022) även stegen slutsats och verifiera till i analysstegen. Genom att använda vald analysmodell så skapades struktur i analysen och överskådlighet över artiklarna sett till val av syfte. Genom att skapa en strukturerad sammanställning ökade chansen att datainformation i artiklarna framkom och minskade risken för att relevant data missades. Artiklarna analyserades först enskilt och sedan tillsammans med en annan student. Genom att sedan diskutera de olika sammanställningarna blev det enklare att få en överblick kring skillnader respektive likheter i de olika artiklarnas resultat. Lämpliga kategorier valdes sedan ut sett utifrån sammanställningen. Friberg (2022) beskriver en kategori som en samling av liknande data, vilken tillåter författaren att identifiera och beskriva det som karaktäriserar varje kategori. Detta ledde till valet att dela upp resultatet i kategorier. Enligt Kristensson (2014, Kapitel 8) så kan en studies trovärdighet stärkas om flera personer analyserar och tolkar resultat. Genom att resultatet diskuterats på handledningstillfällen och grupphandlingar med handledare så har materialet vid upprepade gånger kritiskt granskats av en utomstående part. Henricsson (2017) skriver att en studies trovärdighet kan öka genom utomståendes granskning av analysprocess och resultat. Genom att resultatet diskuterats på handledningstillfällen och grupphandlingar med handledare så har materialet vid upprepade gånger kritiskt granskats av en utomstående part.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relation. Fyra huvudkategorier samt fem underkategorier framkom i resultatet. Huvudfynd ifrån följande huvudkategorier kommer att diskuteras; *Kunskapen brister*, *Hinder i arbetsmiljön försvårar mötet* och *Vara i behov av samverkan och stöd*.

I huvudkategorin *Kunskapen brister* framkommer det att kunskapsbrist hos sjuksköterskor påverkade mötet med våldsutsatta kvinnor. Det framkom även att när kunskap fanns kring identifiering av våldsutsatta kvinnor så underlättade det givandet av vården som gavs till kvinnorna i mötet, men att sjuksköterskor ofta upplevde kunskapsbrist när det kommer till att identifiera våldsutsatthet. Även enligt Briones-Vozmediano et al. (2022) upplever sjuksköterskor brist på kunskap för att kunna identifiera våldsutsatthet. I likhet med resultatet menar Poreddi et al. (2018) att det fanns ett samband mellan nivån av utbildning sjuksköterskor fått och hur vårdandet sker i mötet med våldsutsatta kvinnor, ett vårdande där identifikation av våldsutsatta kvinnor spelade stor roll. Enligt Travelbee (1971) är identifikationen av patientens behov en viktig del i att kunna ge en god omvårdnad. Genom observation och tolkning av patientens tillstånd kan patientens omvårdnadsbehov identifieras och ses till. Även studien av Sundborg et al. (2012) visar att en ökad kunskap om våld i nära relationer hos sjuksköterskor, bland annat när det kom till kommunikation och symptom som kan tyda på våldsutsatthet gav en känsla av att ha bättre förutsättningar att identifiera kvinnorna. I enlighet med resultatet visade även Ali et al. (2022) att sjuksköterskor upplevde brist på kunskap i ämnet bland annat sett till vilka symtom och faktorer som kan tyda på våldsutsatthet och att dessa kunskapsbrister kunde påverka omvårdnaden kvinnan fick i mötet på ett negativt sätt. Enligt Travelbee (1971) krävs kunskap hos sjuksköterskan för att kunna identifiera patientens omvårdnadsbehov. Hon nämner vidare att varje interaktion med patienten är en möjlighet för sjuksköterskan att bedöma patienten och behovet av omvårdnad.

När det kom till att ställa frågan om våldsutsatthet till kvinnan så visade föreliggande studie att det fanns en osäkerhet hos sjuksköterskor gällande att ställa frågan om våld. Detta kunde kopplas till brist på kunskap i ämnet. Även studien av Colombini et al. (2013) visade att många sjuksköterskor upplevde brist på utbildning i hur vårdandet av kvinnorna bäst skedde. Detta kunde kopplas till kunskapsbrist kring hur sjuksköterskan skulle agera i mötet med kvinnan, vilka råd som skulle ges och hur frågorna skulle ställas på ett korrekt och känsligt

sätt utan att kränka kvinnan. I likhet med resultatet visade även studien av Sundborg et al. (2012) att sjuksköterskor upplevde osäkerhet i hur frågan skulle ställas samt vad som skulle göras om kvinnan bekräftade våldsutsatthet. Detta sett till vilken kontakt med vidare instanser som skulle skapas samt hur vårdandet skulle ske. Vikt upplevdes även i likhet med resultatet ligga i att kvinnans integritet upprätthålles. Vidare beskrevs att när sjuksköterskor upplevde sig ha tillräckligt med kunskap och upplevde sig var väl förberedda i mötet så var chansen sex gånger så stor att frågan om våld ställdes. I föreliggande resultat framkom att upplevelsen varierade kring hur ofta sjuksköterskor ställde frågan om våld. Resultatet understryks i studien av Sundborg et al. (2012) där 52 % uppgav att de alltid ställde frågan om våld och 48 % att de aldrig ställde frågan.

I enlighet med resultatet visade även studien av Sutherland et al. (2020) att majoriteten av sjuksköterskor upplevde att brist på kunskap var en barriär i genomförande av screening. Vidare beskrevs att ett ökat antal upplevda barriärer kunde kopplas till en länge andel sjuksköterskor som screenar och att när upplevelsen av att kunskap fanns så ledde det till ett ökat antal sjuksköterskor som screenar. Studien av Alshammari et al. (2017) visar att kunskapsbrist upplevdes av sjuksköterskor i mötet med våldsutsatta kvinnor när det kom till ställandet av frågan om våld samt att rutinmässig screening av kvinnliga patienter borde ske, vilket ställde ökade krav på en ökad kunskap hos sjuksköterskor. Det gällde både kunskap kring när och hur frågan skulle ställas samt vilket vidare stöd som kunde erbjudas kvinnan. Upplevelsen för sjuksköterskor var vidare att samtalet borde ske på ett empatiskt och icke-dömande sätt och att avgörande i mötet var hur kommunikationen med kvinnorna skedde. Även föreliggande studie beskrev att sjuksköterskor upplevde att sättet kommunikationen med kvinnorna skedde på var viktig samt att mötet skedde på ett empatiskt och känslomässigt sätt. Kunskapsbrist i bland annat hur en lämplig kommunikation skulle ske fanns samt kring hur och var frågan om våld skulle ställas. Travelbee (1971) beskriver även att kommunikationen är en central del i vårdrelationen och menar att den är avgörande för att skapa en god vårdrelation samt för att fastställa och möta omvårdnadsbehov av sjuksköterskan i mötet med patienten. Olika verbala och icke-verbala signaler, beteenden och uppträdanden tolkas i kommunikationen mellan sjuksköterska och patient vilka sedan ligger till grund för de vidare åtgärder sjuksköterskan gör. För att kunna göra korrekt tolkning krävs kunskap och färdigheter (Travelbee, 1971). Även i studien av Briones-Vozmediano et al. (2022) beskriver sjuksköterskor vikten av att de i mötet har en empatisk och respektfull attityd, skapar en trygg miljö för kvinnan och ser till de verbala- och ickeverbala signalerna

som sker i mötet. Vidare beskrevs i studien vikten av en tillitsfull vårdrelation i mötet med kvinnan samt vikten av att sjuksköterskor använder mötet för att bygga upp denna relation. Travelbee (1971) nämner att sjuksköterskor har möjlighet att etablera en god vårdrelation då hen besitter kunskap och färdigheter som är nödvändiga för att tillgodose patientens behov och för att omvårdnaden ska ske på ett effektivt och kompetent sätt. Givandet av empati och sympati av sjuksköterskor är viktigt i mötet och skapar förutsättningar för att patientens behov tillgodoses. Vidare beskrivs tilliten vara en viktig del i vårdrelationen (Travelbee, 1971).

Föreliggande studie beskrev även att en god vårdrelation där kvinnan känner tillit till sjuksköterskor var viktigt i mötet för att ge en god omvårdnad där trygghet finns för att kunna samtala öppet om våldet. Resultatet understryks i studien av Jack et al. (2017) som beskriver att sjuksköterskor tyckte det var viktigt att en god vårdrelation skapas där kvinnan känner förtroende för sjuksköterskan, en relation där sättet samtalet sker på spelar en stor roll för att skapa en öppen kommunikation.

Sjuksköterskor i föreliggande studie upplevde även brist på kunskap för att kunna ingripa och ge våldsutsatta kvinnor ett korrekt stöd i mötet. Det kunde handla om osäkerhet kring lämplig kommunikation, psykologiskt stöd, vilket vidare professionellt stöd som kunde ges kvinnan och bemötande. Liknande resultat sågs även i studien av Spangaro et al. (2022) där majoriteten av sjuksköterskor upplevde att de behövde mer träning i att ge korrekt stöd till våldsutsatta kvinnor. Även studien av Sundborg et al. (2012) visar att en majoritet av sjuksköterskor eftersökte kontinuerliga utbildningstillfällen för att öka sin kompetens i ämnet. Vidare visar Jack et al. (2017) att mer kunskap behövs hos sjuksköterskor kring vad som ska göras när kvinnan öppnat upp sig om våldsutsatthet. Colombini et al. (2013) visar vidare att sjuksköterskor upplevde stress över kunskapsbrist när det kom till hur mötet med en våldsutsatt kvinnan skulle ske på rätt sätt samt brist på grundläggande färdigheter i korrekt rådgivning.

Emot vad föreliggande resultat visar så upplevde en majoritet av sjuksköterskor i studien av Poreddi et al. (2018) att de hade tillräckligt med kunskap för att stödja våldsutsatta kvinnor samt att de kände sig självsäkra i vilket vidare stöd som kunde ges kvinnan. Även studien av Ambikile et al. (2020) visade att sjuksköterskor kände sig trygga med att ge vård och upplevde sig ha tillräckligt med kunskap för att kunna ge kvinnor korrekt stöd. Föreliggande resultat visade att sjuksköterskor upplevde rollen de har i mötet att tillhandahålla psykologiskt och emotionellt stöd som viktig. Resultatet understryks i studien av Poreddi et al. (2018) där

sjuksköterskor upplevde att det var viktigt att ge kvinnor psykologiskt och emotionellt stöd. Travelbee (1971) menar att omvårdnad är en process som syftar till att hjälpa individer att förebygga eller hantera sjukdom- och lidandeprocesser. En viktig del i detta är skapandet av en terapeutisk relation mellan sjuksköterska och patient. Att sjuksköterskan har och visar att hen besitter kunskap om hur omvårdnaden ska ske och hur den ska implementeras är en viktig del i vårdrelationen (Travelbee, 1971).

Utifrån resultatet i huvudkategorin *Hinder i arbetsmiljön försvårar mötet* framkom det att många sjuksköterskor upplevde tidsbrist och en hög arbetsbelastning som ett hinder i mötet med kvinnorna vilket kunde leda till att brister uppkom i omvårdnaden kvinnan fick i mötet med sjuksköterskan. Konsekvenser av detta kunde vara att våldsutsatta kvinnor missades att identifieras, att byggandet av en tillitsfull relation försvårades samt att svårigheter att skapa en trygg vårdmiljö i mötet med kvinnan skapades. Travelbee (1971) beskriver att när sjuksköterskan brister i omvårdnaden för patienten i mötet så kan det skapa lidande. I enlighet med resultatet upplevde sjuksköterskor i Briones-Vozmediano et al. (2022) studie att brist på tid i mötet med kvinnan kunde leda till att en nödvändig vårdrelation inte kunde byggas upp i mötet vilket kunde ha en negativ inverkan på den omvårdnad kvinnan fick. Även en hög arbetsbelastning menar de kunde påverka detta och kunde leda till att våldsutsatta kvinnor missades att identifieras och att våldsutsatta kvinnor inte fick den uppmärksamhet de behövde. Även Colombini et al. (2013) studie visar att sjuksköterskor upplevde att en hög arbetsbelastning skapade svårigheter att ge våldsutsatta kvinnor en god omvårdnad, dock framkom i studien att tidsbrist inte upplevdes av sjuksköterskor i mötet med kvinnorna.

I föreliggande resultat framkom även att sjuksköterskor upplevde brist på lämplig plats att ställa frågan om våldsutsatthet. Bristen kunde leda till svårigheter för sjuksköterskor att på egen hand intervjua kvinnan utan anhöriga närvarande, vilket upplevdes viktigt i samtalet och relationsbyggandet med kvinnan. Kvinnans säkerhet upplevdes även kunna kompromissas vid närvaro av anhörig. I enlighet med resultatet skriver Briones-Vozmediano et al. (2022) att sjuksköterskor upplevde vikt i att ha en privat miljö i mötet med kvinnan, något som ofta saknades vilket kunde påverka effektiviteten i givandet av en god omvårdnad och leda till att uppbyggandet av en god vårdrelation förhindrades. Resultatet understryks även i Alsahammari et al. (2017) studie där sjuksköterskor upplevde att brist på en privat miljö med kvinnan, en miljö som kunde säkerställa kvinnans konfidentialitet och säkerhet.

I föreliggande studien framkom det under huvudrubriken *Behov av samverkan och stöd* att det fanns ett behov av samverkan och stöd när det kom till att möta våldsutsatta kvinnor. Vikt upplevdes av sjuksköterskor i studien ligga i att en fungerande teamsamverkan fanns mellan professioners olika delar. Resultatet understryks i studien av Briones-Vozmediano et al. (2022) vilken beskriver att sjuksköterskor såg det som viktigt att ett bra samarbete skedde mellan olika professioner för att ge våldsutsatta kvinnor en omfattande och personcentrerad vård.

I studien framkom att tillgången till stödjande verktyg så som protokoll för screening var viktigt i mötet med våldsutsatta kvinnor för att ge ett rätt bemötande och en god omvårdnad. Resultatet visas även i Spangaro et al. (2021) vilken beskriver att stödjande verktyg så som frågeprotokoll upplevdes som en viktig möjliggörare för screening och fastställning av vidare behov hos kvinnan. Samma studie visade även att sjuksköterskor i stor utsträckning använde de frågeprotokoll som fanns att tillgå, något som går emot resultatet i föreliggande studie där sjuksköterskor i stor utsträckning inte använde tillgängliga frågeprotokoll. Även i studien av Williams et al. (2017) beskriver sjuksköterskor att användandet av standardiserade frågeformulär underlättade när frågor om våld ställdes till kvinnor. Även i denna studie använde sjuksköterskor i stor utsträckning de frågeprotokoll som fanns att tillgå, även om de utöver användandet ställde frågor som inte var del av protokollet i mötet med kvinnan. I föreliggande studie beskrivs att en brist på verktyg kunde upplevas av en del sjuksköterskor samt osäkerhet i hur de skulle användas. Resultatet understryks i Sundborg et al. (2012) studie där en del sjuksköterskor upplevde brist på resurser vilket kunde påverka beredskapen att vårda våldsutsatta kvinnor. Liknande resultat ses även i studien av Jack et al. (2017) där sjuksköterskor beskrev att verktyg såsom screeningprotokoll var viktiga för att se vilka behov kvinnan var i behov av sett utifrån kvinnans personliga erfarenhet och situation. De betonade även vikten av att verktygen användes på rätt sätt och beskrev att brister i användandet av dem upplevdes. Travelbee (1971) beskriver olika kommunikationsverktyg för att underlätta kommunikationen och som kan göra det möjligt för sjuksköterskan att utforska och förstå innebörden av det patienten kommunicerar.

Även tillgången till stödjande resurser sågs i föreliggande studie som en viktig del i mötet med kvinnorna. Stödet från vårdledningen samt samhällsstöd upplevdes som viktiga delar för att skapa förutsättningar att ge våldsutsatta kvinnor en god och korrekt omvårdnad, ett stöd som sjuksköterskor beskrev saknades vilket kunde påverka mötet på ett negativt sätt. Förståelsen från ledningen för den vård som kvinnorna var i behov av upplevdes även som viktig för att

nödvändiga resurser skulle avsättas, vilket upplevdes saknades. Resultatet understryks i Sundberg (2012) studie där sjuksköterskor såg det organisatoriska stödet som viktigt, men att det i vissa avseenden kunde brista. Vidare understryks resultatet i studien av Ali et al. (2021) där sjuksköterskor upplevde vikt i och avsaknad av organisatoriska resurser: Även oförståelse från ledningen upplevdes kring komplexiteten i ämnet och mängden arbete som krävdes i det vårdande mötet med kvinnan.

Slutsats

Nyckelfyndet som framgick i studien visar att sjuksköterskor upplever många hinder som försvårar mötet med våldsutsatta kvinnor. Det är viktigt att dessa hinder hanteras och uppmärksammas för att uppnå god omvårdnad för kvinnor som är utsatta. Nyckelfyndet kan härledas till brist på kunskap, hinder i arbetsmiljön som exempelvis tidsbrist och hög arbetsbelastning, behovet av en god teamsamverkan och tillgång till stödjande resurser samt en känslomässig påverkan under mötet. När de faktorer som upplevs viktiga inte fungerar eller nyttjas på ett korrekt sätt kan det påverka mötet med kvinnan på ett negativt sätt och leda till att en korrekt omvårdnad inte uppnås. Brist på kunskap kan leda till att kvinnor inte screenas för våld i nära relation och att osäkerhet uppstår i ställandet av frågan om våld.

Kliniska implikationer

När vården som ges av sjuksköterskor till våldsdrabbade kvinnor brister kan det leda till att kvinnorna inte får den personcentrerade och korrekta vården de behöver. Resultatet i studien kan bidra med att ge en ökad förståelse kring den problematik som sjuksköterskor upplever i mötet med våldsdrabbade kvinnor. Genom att förstå de faktorer som för sjuksköterskan kan påverka givandet av en god omvårdnad så kan det ske en förbättring i hur vården organiseras samt vilken vidare kunskap sjuksköterskor behöver i det kliniska arbetet när det kommer till att möta våldsdrabbade kvinnor. Genom att lyfta sjuksköterskors perspektiv och upplevelser när det kommer till att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relation så ges förutsättningar för att identifiera de förändringar som behöver ske vilket kan förbättra den vård som ges. Det kan leda till att fler kvinnor identifieras och att korrekta åtgärder sätts in med målet att ge varje kvinna en individualiserad och korrekt vård. Det kan även leda till att tryggheten sjuksköterskor upplever i det kliniska arbetet ökar när det kommer till att ge en god omvårdnad till kvinnorna. Genom att ge ökade utbildningstillfällen samt genom att tydliga

riktlinjer, rutiner och strategier skapas, bland annat för screening och kring vilket vidare stöd som bör erbjudas så kan en förbättring ske i sjuksköterskans kliniska arbete när det kommer till vårdandet av våldsdrabbade kvinnor.

Förslag på fortsatt forskning

Det behövs fortsatt forskning över hur sjuksköterskor upplever mötet med våldsdrabbade kvinnor. Andelen studier som finns är idag begränsad och det saknas uppdaterad forskningen i ämnet. Då forskningen även är begränsad när det kommer till kvinnors upplevelse av vården så är även det ett förslag på ytterligare forskning. Vidare förslag är att jämföra kvinnors upplevelser av vården med sjuksköterskors upplevelser för att få en ökad förståelse kring hur vården kan förbättras. Ett vidare förslag på fortsatt forskning är kring användandet av olika strategier och hur de ska implementeras för att få ökad kunskap om vilka strategier som är lämpligast att använda. Då det är centralt att omvårdnaden som sker är individuellt anpassad kan forskning även behöva ske kring hur strategierna implementeras på ett individuellt anpassat sätt utifrån den individuella kvinnans situation och behov. Även forskning kring lämpliga screeningverktyg och hur de bör användas kan behöva ske för att få vetenskaplig evidens kring hur väl de fungerar. När allt fler vårdmöten sker digitalt kan ett vidare förslag på fortsatt forskning vara hur våld i nära relation kan identifieras i ett digitalt vårdmöte.

Självständighet

Viss uppdelning har skett tillsammans med en annan student i skapandet av bakgrund, metodavsnitt, metoddiskussion samt referenshantering. Inledning, resultat, resultatdiskussion, kliniska implikationer samt slutsats har skrivits av Julia. Julia har även skrivit den sammanhängande texten och haft ansvaret för den språkliga helheten samt format de slutgiltiga texterna.

Referenser

Artiklar som ingår i resultatet är märkta med *

Ambikile, J. S., Leshabari, S., & Ohnishi, M. (2020). Knowledge, attitude, and preparedness toward IPV care provision among nurses and midwives in Tanzania. *Human Resources for Health*. 18(1): 1-7. DOI:10.1186/s12960-020-00499-3

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(3): 237-253. DOI:10.1002/nop2.133

Ali, P., McGarry, J., Younas, A., Inayat, S., Watson, R. (2021). Nurses', midwives' and students' knowledge, attitudes and practices related to domestic violence: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing*. DOI: 10.1111/jonm.13503

Arboit, J., Stela, P., & Viera, Becker Lericia (2020). Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification. *Atencion Primaria*. 52(1), 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.008>

*Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G.L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International Nursing Review*, 63(3), 422-428. Doi: 10.1111/inr.12302.

*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(1), 1-12. Doi: 10.1186/1471-2458-12-473

Briones-Vozmediano, E., Otero-Garcia, L., Gea-Sanchez, M., De Fuertes, S., Garcia-Quinto, M., Vives-Cases, C., & Maquibar, A. (2022) qualitative content analysis of nurses' perceptions about readiness to manage intimate partner violence. *Journal of advanced nursing*. 78(5), 1448–1460. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/jan.15119>

Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Thilo, K., & 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. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/jocn.12534>

Brottsförebyggande rådet. (10 augusti, 2022) Våld i nära relationer. <https://bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Colombini, M., Mayhew, S., Ali, S. H., Shuib, R., & Watts, C. (2013). “I feel it is not enough...” Health providers' perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia. *BMC Health Services Research*. 13(1): 65-65. DOI: 10.1186/1472-6963-13-65

*DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rohs, T. Jr. What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? (2013). *J Trauma Nurs.* 20(3)155–162. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3182a171b1>

*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:*

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (upplaga 1). Liber. *Etikprövningsmyndigheten*. (25 augusti 2021). Om myndigheten. <https://etikprovningmyndigheten.se/om-myndigheten>

Evans, M., & Gene, F. (2016). Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: a qualitative study of pathwaystowards formal and informal support. *Health expectations*, 19(1), 62-73. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/hex.12330>

*Efe, S.Y., & Taskin, L. (2012). Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in Turkey: a qualitative study. *Sexuality & Disability*, 30(4), 441–451. Doi: 10.1007/s11195-012-9269-1.

Fossum, B. (2020). *Kommunikation och bemötande*. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. (3 uppl., s. 27–73). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 141–152). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (4 uppl., s. 185–200). Studentlitteratur

Flinck, A., Pavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 383-393. DOI:10.1111/j.1365-2702.2005.01179.x

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2017). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F., & Öhlen, J. (2017). *Fenomenologi och hermeneutik*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination* (s. 301 - 318). Studentlitteratur.

*Guruge, S. (2012). Nurses' Role in Caring for Women Experiencing Intimate Partner Violence in the Sri Lankan Context. *International Scholarly Research Network*, 32(9), 779-794. Doi: 10.5402/2012/486273.

Hooker, L., Versteegh, L., Lindgren, H., & Taft, A. (2020). Differences in help-seeking behaviours and perceived helpfulness of services between abused and non-abused women: A cross-sectional survey of Australian postpartum women. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 958–968. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/hsc.12927>

Hällén, L., M., & Sinisalo, E. (2018). *Hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Sinisalo, E. & Hällén, L., M. (Red.), *Våld i nära relationer: socialt arbete i forskning, teori och praktik*. (1 uppl., s. 271–279).

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). *Kvalitativ metod*. I A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s.111–117). Lund: Studentlitteratur AB.

Henricsson, M. (2017). *Diskussion*. I M. Henricsson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.75–420). Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jack, S.M., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., & MacMillan, H. L. (2017). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing*; 26(15-16):2215-2228. Doi: 10.1111/jocn.13392.

Karlsson, E K. (2013). *Informationssökning*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl.) Studentlitteratur.

Karlsson, E K. (2017). *Informationssökning*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 81–97). Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2., [omarb. och utvidgade] uppl.). Studentlitteratur

Kjellström, S. (2017). *Forskningsetik*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Leksell, J. & Lepp, M. (red.) (2017). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (2 uppl., s. 76–150). Stockholm: Liber.

McCance, T., & McCormack, B. (2019). *Personcentrerad omvårdnad*. I J. Leksell. & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2 uppl., s. 76–89). Liber.

Nationellt centrum för kvinnofrid (8 april 2022). Bemötande och behandling av personer som utsatts för våld. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/bemotande-och-behandling/>

Nationellt centrum för kvinnofrid (7 april 2022). Hälsa- och sjukvårdens ansvar. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/halso-och-sjukvardens-ansvar/>

Nationellt centrum för kvinnofrid (31 maj 2022). Våld i nära relationer. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>

Nationellt centrum för kvinnofrid (8 april 2022). Bemötande och behandling av personer som utsatts för våld. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/bemotande-och-behandling/>

Nordborg, G. (2019). *Mäns våld mot kvinnor*. I G M. Heimer (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Pratt-Eriksson D., Bergbom I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask, don't tell - battered women living in Sweden encounter healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 1-7. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

Poreddi, S. G., Poreddi, V., Reddy, N. S., Palaniappan, M., & Math, S. B. (2018). Indian novice nurses' perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence. *British Journal of Nursing*. 53(3), 522–528. Doi: 10.1111/inr.12307.

Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence. *Emergency Nursing Advocacy*, 36(6), 572–576. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.008>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2014-5-7.pdf>

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

Socialstyrelsen (20 juni 2022). Allmänna råd om våld i nära relationer- meddelandeblad. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

*Sprague, C., Hatcher, A.M., Woollett, N., & Black, V. (2017). How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems. *Journal of Interpersonal Violence*: 32(11):1591-1619. Doi:10.1177/0886260515589929.

Sutherland, M, A., Hutchinson, M, K., Fantasia, H, C., Si, B., & Jiang, L. (2020). Are We Asking? Nurse Practitioners' Interpersonal Violence Screening Practices. *The Journal for Nurse Practitioners*. 683–688, 2020. DOI:10.1016/j.nurpra.2020.07.023

Sundborg, E, M., Nouha S., Per W., & Lena, T. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. 11(1): 1-11. DOI:10.1186/1472-6955-11-11.

Spangaro, J., Vajda, J., Klineberg, E., Lin, S., Griffiths, C., McNamara, L., Saberi, E., Field, E., & Miller, A. (2022). Emergency Department staff experiences of screening and response for intimate partner violence in a multi-site feasibility study: Acceptability, enablers and barriers. *Australasian Emergency Care*. 25(3): 179–184. DOI:10.1016/j.auec.2021.12.004

Svensk sjuksköterskeförening (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svenska akademins ordböcker (SAOL). (2022) *Svenska akademins ordlista*. <https://svenska.se/saol/?id=3381844&pz=7>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Davis Company.

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

Wager, E. (Jan 2010). Retractions: guidance from the Committee on Publication Ethics (COPE). <https://publicationethics.org/about/our-organisationhttps://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20653849/>
<https://www.springer.com/journal/11195/ethics-and-disclosures>

Williams, J, R., Halstead, V., Salani, D., & Koermer, N. (2017). An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 26(15-16): 2192-2201. DOI:10.1111/jocn.13353

Wester, W., & Largo-Janssen, A. (2007). What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women & Health*. 45(1): 105–119. https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1300/J013v45n01_07

Wong, S., Moi, S., Römken, R., Neremans, D., & Largo-Jensen, T. (2008). Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. 70(3): 386–394. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.013>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3 uppl.). Studentlitteratur.

World Health Organization. (9 mars 2021). Violence against women.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Östlundh, L. (2022). *Informationssökning*. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4 uppl. s 80–97). Studentlitteratur.

Bilaga 1 Databassökning i Cinahl

CINAHL sökdatum	Sökordskombinationer	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext- titlar	Antal valda artiklar
22-10-19						
S1	Domestic violence	12,648				
S2	Intimate partner violence	14,306				
S3	Domestic abuse	1,542				
S4	Battered woman	4,432				
S5	MS Intimate partner abuse	12,029				
S6	MS Battered woman	4,204				
S7	MS Domestic violence	46,750				
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	50,309				
S9	Experienece	532,210				
S10	Perception	185,759				
S11	Attitude	390,152				

S12	Feeling	45,769				
S13	MS Job experience	11,661				
S14	MS Life experience	53,487				
S15	9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14	950,370				
S16	MS Nurse	589,094				
S17	Nurse*	248,999				
S18	16 OR 17	614,057				
S19	*Nurse* role*	33,650				
S20	* Nursing care*	68,665				
S21	19 OR 20	99,547				
S22	Women*	511,899				
S23	MS Women	37,731				
S24	22 OR 23	514,344				

S25	8 AND 15 AND 18 Avgränsningar: Peer Reviewed, 10 år och engelska	463	463	14	11	3
S26	8 AND 15 AND 21 Avgränsningar: Peer Reviewed, 10 år och engelska	73	73	10	4	1
S27	S8 AND S15 AND S21 AND S24 Avgränsningar: Peer Reviewed, 10 år och engelska	32	32	0	0	0

Bilaga 2 Databassökning i PubMed

PubMed sökdatum	Sökordskombinationer	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
2022-10-18						
S1	Domestic abuse	8,139				
S1	MS Domestic violence	48,914				
S3	MS Intimate partner violence	12,483				
S4	1 or 2 or 3	21,034				
S5	Experience*	1,287,124				
S6	Job experience	15,082				
S7	MS Life change events	23,477				
S8	5 OR 6 OR 7	637,269				
S9	Nurse* role	85,944140,514				
S10	MS Nursing care	140,514				
S11	9 OR 10	51,698				

S12	MS Nurse-Patient relations	35,989				
S13	Patient care	1,793,997				
S14	12 OR 13	403,395				
S15	Women	1,590,820				
S16	MS Women	42,714				
S17	15 OR 16	1,590,820				
S18	Nurse*	454,838				
S19	MS Nurses	96,341				
S20	18 OR 19	454,838				
S21	4 AND 8 AND 17 AND 18 Avgränsningar: Peer Reviewed, 10 år och engelska	162	162	16	10	3
S22	4 AND 8 AND 11 Avgränsningar: Peer Reviewed, 10 år och engelska	118	118	9	3	2

S23	4 AND 8 AND 14 Avgränsningar: Peer Reviewed, 10 år och engelska	52	52	2	0	0
S24	4 AND 8 AND 11 AND 20 Avgränsningar: Peer Reviewed, 10 år och engelska	110	110	6	0	0

Bilaga 3 Granskningsprotokoll

Protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier (Willman et. al. 2011).

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod			
Beskrivning av studien, t.ex. metodval			
Finns ett tydligt syfte?	Ja	Nej	Vet ej
Patientkaraktäristika	Antal	Ålder	Kön
Är kontexten presenterad?	Ja	Nej	Vet ej
Etiskt resonemang?	Ja	Nej	Vet ej
Urval			
- Relevant?	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, begripligt?	Ja	Nej	Vet ej
- Råder datamättnad? (om tillämpligt)	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:

Hög (80–100%) Medel (70–79%) Låg (60–69%)

Kommentar

Granskare (Sign)

Bilaga 4 Artikelöversikt

Författare/ år/land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Urval	Kvalitetsgranskning
1. Al-Natour, A., Qandil, A. & Gillespie, G.L. 2016, Jordanien	Nurses' role in screening for intimate partner violence: a phenomenological study	Syftet var att beskriva jordanska sjuksköterskors roller och praxis vid screening för våld i nära relationer.	Deskriptiv fenomenologisk studie. Semi-strukturerade intervjuer. Inspelade och transkriberade.	Resultat: Fyra teman härleddes från data: (1) screeningpraxis och roller för misstänkta IPV-fall, (2) fördelar för screening och nackdelar för att inte screena för våld i nära relationer, (3) faktorer som hindrar screeningpraxis och (4) känslor mot screening och inte screening för våld i nära relationer.	Urval: ändamåls enligt Totalt: n= 12, Ålder: 22+, Kön: Kvinna och man	Hög
2. Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M., Wathen, N & MacMillan, H.L. 2012, Kanada	Why Physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis	Målet var att identifiera hinder och underlättande när frågan om våldsutsatthet ställs av läkare och sjuksköterskor.	Kvalitativ studie. Två öppna frågor skicka via mejl. Transkriberade. Induktiv innehållsanalys.	Resultat: Största hindret för sjuksköterskor i att bemöta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer var brist på tid, bristande kunskaper samt partnernärvaro	Urval: randomiserat Totalt: n=527, Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna och Man	Medel
3. Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero,	Emergency Department Response to Women Experiencing	Denna studie syftade till att undersöka kunskap, åsikter och	Kvalitativ studie. Individuella semi-strukturerade intervjuer	Resultatet: Sjuksköterskor upplevde brist på kunskap samt utmaningar i att identifiera kvinnor som	Urval: randomiserat Totalt: n= 35 Ålder: Ej angivet	Medel

B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. 2019, Australia	ng Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia	motivationerna som formar beslut och praxis som görs av kliniker på akutmottagning när de vårdar våldsdrabbade kvinnor		utsatts för våld i nära relation. Bristerna upplevdes i hur kvinnor efter identifieringar av våld i nära relationer blir omhändertagna.	Kön: Kvinna och Man	
4. DeBoer, M., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A., Rhoads Jr, T 2013 USA	What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence	Målet med studien var att identifiera sjuksköterskors attityder och upplevelser av screening för våld i nära relationer inom slutenvården.	Kvalitativ studie. Två öppna frågor. Inspelade och transkriberade.	Resultatet: Sjuksköterskor upplevde utmaningar i vården av våldsdrabbade kvinnor när det kom till miljö, kunskap, risker, sjuksköterskans relation till patienten samt kausalitet.	Urval: randomiserat Totalt: n=156 Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna och Man	Medel
5. Efe, S. & Taskin, E. 2012, Turkiet	Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in Turkey: A qualitative Study	Syftet var att undersöka de faktorer som förhindrar sjuksköterskors ingripanden när det gäller våld i hemmet.	Kvalitativ studie. Två öppna frågor. Inspelade och transkriberade.	Resultat: Sjuksköterskor upplevde svårigheter med att ge våldsutsatta kvinnor ett korrekt stöd samt svårigheter i att identifiera våldsutsatta kvinnor.	Urval: randomiserat Totalt: n=30, Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna och Man	Medel
6. Guruge, S. 2012, Sri Lanka.	Nurses' Role in Caring for Women Experiencing Intimate Partner Violence in the Sri	Syftet var att undersöka hur lankesiska sjuksköterskor uppfattar sin roll i att ta hand om kvinnor	Kvalitativ studie. Intervju med öppna frågor. Intervjuerna på singalesiska översatta.	Resultat: Sjuksköterskor upplevde brist på kunskap och en stressig arbetsmiljö. De upplevde även brist på kommunikation	Urval: ändamåls enligt Totalt: n=30, Ålder: 22–50 år, Kön: Man och kvinna	Medel

	Lankan Context	som har upplevt partnervåld.	Alla intervjuer transkriberade.	på grund av språksvårigheter.		
7. Sprague, C., Hatcher, AM., Woollett, N. & Black, V. 2017. Sydafrika	How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low and Middle-Income Country Health Systems	Studien syftade till att förstå hur sjuksköterskor och vårdar våldsutsatta, bland annat när det kom till screening upptäckt av fall och rådgivning	Deskriptiv studie, Intervju med beskrivande frågor. Teman kodades och Analyserades	Resultat: Sjuksköterskor upplevde tidsbrist som hinder i mötet med kvinnor. Sjuksköterskor upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap.	Ändamål senligt urval Totalt: n=11 (9 kvinnor & 2 män), Ålder: 25–50 år, Kön: Kvinna och man	Hög
8. van der Wath, A., van Wyk, N. & Janse van Rensburg, E. 2013, Sydafrika	Emergency nurses' experience of caring for survivors of intimate partner violence	Målet var att redovisa en studie av akutsjuksköterskors erfarenheter av att ta hand om kvinnor som upplever våld i nära relationer.	Deskriptiv fenomenologisk studie. Ostrukturerade intervjuer, öppen fråga. Inspelade och transkriberade	Resultat: Känslor av otillräcklighet kunde upplevas när sjuksköterskor upplevde att den vård och stöd som de gav inte var tillräckligt. Mötet med våldsutsatta kvinnor kunde framkalla olika negativa känslor.	Ändamål senligt urval Totalt: n=11 (9 kvinnor & 2 män), Ålder: 25–50 år, Kön: Kvinna och man	Hög

Bilaga 5 Resultatets fördelning i artiklarna

Artikel:	Kunskapen brister	Hinder i arbetsmiljön försvårar mötet	Vara i behov av samverkan och stöd	Känslomässig påverkan
Al-Natour et al., (2016)	X			X
Beynon et al., (2012)	X	X	X	X
Dawson et al., 2019	X	X	X	X
deBoer et al., (2013)	X			
Efe et al., (2012)	X	X		X
Gurunge et al., (2012)	X	X	X	
Sprauge et al., (2017)	X	X	X	X
van det Wath et al., 2013	X			X