Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskans erfarenhet av att möta kvinnor som upplevde våld i nära relationer

En litteraturstudie

Maria Stråth

Handledare: Magnus Stentagg
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona Januari 2016

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa,
Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
Januari, 2016

Sjuksköterskans erfarenhet av att möta kvinnor som upplevde våld i nära relationer

Maria Stråth

Sammanfattning

Bakgrund: Våld i nära relationer är i dagens samhälle ett folkhälsoproblem och kan utöver den fysiska aspekten även leda till psykisk ohälsa. Både kvinnor och män är representerade i statistiken över vuxna personer som blir utsatta för våld i nära relationer men det är kvinnor som är överrepresenterade. Att bli utsatt för våld i nära relationer kan få allvarliga konsekvenser för individen med allt från en smärtsam vardag till genomförda suicidförsök. Sjuksköterskan fyller en viktig funktion i att uppmärksamma kvinnor som utsätts för våld för att kunna ge dem en adekvat vård.
Syfte: Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att möta kvinnor som upplevde våld i nära relationer.
Metod: Litteraturstudie med kvalitativ ansats där sju vetenskapliga artiklar analyserades med inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys.
Resultat: Sjuksköterskans erfarenheter av att möta kvinnor som upplevde våld i nära relationer resulterade i tre huvudkategorier samt sju underkategorier. Huvudkategorierna var identifiering av våldsoffer, vara oförberedd och behov av utbildning.
Slutsats: Sjuksköterskorna hade en vilja att hjälpa kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer. Dock fanns flera faktorer såsom en bristande kunskap och kompetens i utförandet av professionen vid mötet med våldsutsatta kvinnor. För att sjuksköterskor ska kunna bemöta våldsutsatta kvinnor på ett professionellt sätt är det av betydelse att utbildningar anordnas. Detta skulle även ge sjuksköterskorna en större möjlighet att synliggöra fler våldsutsatta kvinnor samt ge kvinnorna adekvat vård.

Nyckelord: *Sjuksköterskors erfarenhet, våld i nära relationer, våldsutsatta kvinnor*

Innehållsförteckning

Inledning 4

Bakgrund 5

Kvinnor som upplever våld i nära relationer - ett globalt folkhälsoproblem 5

Kvinnors upplevelser av våld i nära relationer 5

Sjuksköterskans ansvar i mötet med våldsutsatta kvinnor 6

Teoretisk referensram- Joyce Travelbee 7

Syfte 8

Metod 9

Datainsamling och urval 9

Kvalitetsgranskning 10

Dataanalys 11

Resultat 11

Identifiering av våldsoffer 12
Synliga tecken 12
Dolda tecken 13
Tidsbrist förhindrar upptäckt 13

Vara oförberedd 14
Rädsla inför mötet 14
Känsla av frustration och hjälplöshet 14

Behov av utbildning 15
Viljan att hjälpa 15
Kunskapsbrist 16

Diskussion 16

Metoddiskussion 16

Resultatdiskussion 18

Slutsats 21

Referenser 23

Bilaga 1 Databassökningar 26

Bilaga 2 Granskningsprotokoll 28

Bilaga 3 Artikelöversikt 29

Bilaga 4 31
Exempel på analysförfarande 31

Inledning

Världen över är våld i nära relationer ett stort folkhälsoproblem (Världshälsoorganisationen [WHO], 2013). Både män och kvinnor är representerade i statistiken, det är dock vanligare att kvinnor utsätts för grovt eller upprepat våld av en partner eller en före detta partner (Socialstyrelsen, 2015). Våld i nära relationer omfattar en rad beteenden som kan omfatta fysiska, känslomässiga eller sexuella övergrepp. Den smärtsamma vardagen kan sätta djupa spår hos kvinnorna, vilket i värsta fall kan leda till dödsfall (ibid.). Enligt Lazenbatt, Devaney och Gildea (2013) kan våld i nära relationer minska kvinnornas välbefinnande. Kvinnor som utsätts för våld har förutom fysiska skador en hög risk att drabbas av psykiska problem såsom, ångest, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), sömnsvårigheter, panikattacker, depressioner och suicidtankar (ibid.). Socialstyrelsen (2015) poängterar att våld är en kränkning av de mänskliga rättigheterna och ett allvarligt hot mot kvinnans hälsa. Vidare påpekas att de flesta våldsutsatta kvinnor söker kontakt med sjukvården men utan att berätta om sin våldsutsatthet. Det är endast en fjärdedel av kvinnorna som söker sig till akutmottagningen efter senaste misshandeln, merparten av de som söker vänder sig istället till primärvården för diffusa fysiska och psykiska symtom (ibid.). Reisenhofer och Seibolf (2007) framhäver att det behövs ett tidigt ingripande på grund av hälsokonsekvenserna som kan uppkomma till följd av våld i nära relationer. Sjuksköterskor arbetar inom alla vårdinrättningar och dessutom dygnet runt (Andersson, 2015). Detta gör att de befinner sig i en unik position där de kan bidra till att identifiera våldsutsatta kvinnor och ge adekvat omvårdnad (Reisenhofer & Seibolf, 2007).

Forskning visar att konsekvenserna av att utsättas för våld kan leda till fysisk och psykisk ohälsa (Humphreys & Lee, 2009; Lazenbatt et al., 2013). Däremot saknas det kunskap om bemötandet och omvårdnaden för våldsutsatta kvinnor (Natan & Rais, 2010; Reisenhofer och Seibolf, 2007). Socialstyrelsen (2014) samt Reisenhofer och Seibolf (2007) lyfter problemet att kvinnor som utsätts för våld ofta lider i tysthet och att kvinnorna sällan talar om våldsutsattheten när de söker vård. För att sjuksköterskor ska kunna erbjuda våldsutsatta kvinnor adekvat vård är det viktigt att våldsutsattheten upptäcks (ibid.). Vidare framhäver Socialstyrelsen (2014) att det finns ett visst motstånd inom hälso- och sjukvården att ställa frågan om våld, vilket kan förhindra hjälp till våldsutsatta kvinnor som behöver ett ingripande. Det är därför av intresse att göra en sammanställning genom vetenskapliga

artiklar för att få ökad kunskap om sjuksköterskornas erfarenheter av att möta kvinnor som upplever våld i nära relationer. Detta skulle även kunna bidra till en ökad förståelse för de svårigheter som sjuksköterskor kan erfara i mötet med våldsutsatta kvinnor.

Bakgrund

Kvinnor som upplever våld i nära relationer - ett globalt folkhälsoproblem

Både internationellt och nationellt är våld mot kvinnor i nära relationer ett folkhälsoproblem (WHO, 2010). Av världens kvinnor har 13-61% någon gång under sin livstid utsatts för fysiskt våld i nära relationer. Våld är vanligare i vissa delar av världen och mindre vanligt i andra delar av världen, vilket gör att varierande siffror uppkommer i statistiken över hur många kvinnor som blivit våldsutsatta i nära relationer (ibid.). År 2014 anmäldes i Sverige enligt Brottsförebyggande rådet (2015) 28500 fall av kvinnomisshandel, i ca 18000 av fallen hade kvinnorna en nära relation till förövarna. Vidare har 14 procent av kvinnorna i Sverige någon gång blivit utsatta för våld i en nära relation (Frenzel, 2014). Däremot finns troligtvis ett stort mörkertal av våldsutsatta kvinnor, vilket gör att dessa siffror anses vara miniminivåer (ibid.).

Kvinnors upplevelser av våld i nära relationer

Enligt Reisenhofer och Seibold (2013) upplevde våldsutsatta kvinnor att förövaren kontrollerade all kontakt med omvärlden. Flinck, Paavilainen och Astedt-Kurki (2005) betonade att många våldsutsatta kvinnor ansåg att de var i livsfara av att leva i en våldsam relation. Loke, Wan och Hayter (2012) skriver att kvinnor som levde i en våldsam relation ofta upplevde rädsla, hjälplöshet, osäkerhet och ångest inför förövaren som bodde under samma tak, detta då de inte hade någon som kunde skydda dem. De flesta kvinnorna skämdes för att avslöja sin situation för utomstående eftersom de ansåg att familjevåld var en privat angelägenhet. Likväl var en del generade över att gå ut eftersom våldet ofta resulterade i synliga blåmärken och svullnader till exempel i ansikten såväl som på halsen (ibid.). Enligt Madzimbalale och Khoza (2010) upplevde kvinnorna frustration när de behövde förklara för okända människor om vad som orsakat de synliga skadorna. För att minska risken för frågor vid folksamlingar, dolde kvinnorna de synliga skadorna under kläder (ibid.). Enligt Loke et al. (2012) ansågs våld av kvinnorna som en avvikande händelse bortom kontroll av förövarna exempelvis när stressen försvann trodde kvinnorna att våldet skulle avta. Kvinnorna var mer

benägna att hålla tyst och genomlida smärtan av våld för att undvika konfrontation. De lade ofta skulden på sig själva för situationen och ville därför göra vad som krävdes för en bättre relation. Vidare framhävdes att kvinnorna ändå vid någon tidpunkt försökt att lämna relationen när situationen blivit för påfrestande. Dock kände många av de våldsutsatta kvinnorna ett behov av att hålla ihop familjen eftersom de ansåg att en separation både skulle vara ett misslyckande samt påfrestande för familjen (ibid.). Likaså valde kvinnorna att inte lämna relationen eftersom de befarade att våldet skulle öka av en separation (Flinck et al., 2005).

Utöver de fysiska skador som kvinnor kan få i en våldsam relation finns enligt Loke et al. (2012) en tydlig psykisk aspekt där kvinnornas välbefinnande påverkas i negativ bemärkelse. Det psykiska lidandet för kvinnorna kunde yttra sig som känslor av otillräcklighet, att de inte var värda respekt eller förtjänade kärlek i relationen. Vidare framhävs att våldsutsatta kvinnor upplevde att de förlorat tillfredsställelsen i livet, inte längre kunde se skönheten i tillvaron och ansåg att livet var meningslöst (ibid.). Enligt Wong och Mellor (2014) kunde den psykiska ohälsan som kunde uppkomma av att leva i en våldsam relation bidra till en ökad förekomst av suicidförsök bland kvinnorna. Eftersom våld i nära relationer har effekter på den fysiska och psykiska hälsan hos offren, krävs särskild uppmärksamhet från sjukvården (Loke et al., 2012).

Sjuksköterskans ansvar i mötet med våldsutsatta kvinnor

Mötet mellan människor är grunden till all mänsklig kontakt, tillväxt och utveckling och innebär ett samspel mellan människor, det krävs dessutom flexibilitet och god kommunikationsförmåga då varje möte är unikt (Andersson, 2013). Reaktionerna kan se olika ut och styrs av vårt inre, våra erfarenheter, förväntningar och tolkningar av just den situation vi befinner oss i (ibid.). Kvinnor som upplever våld i nära relationer har rätt till adekvat omhändertagande när de söker vård inom hälso- och sjukvården (Björck & Heimer, 2008). Sjuksköterskor har ett tydligt ansvar att upptäcka och identifiera våldsoffer samt ge lämpligt medicinskt och psykosocialt omhändertagande (ibid.). Detta tydliggörs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) samt i Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763). Syftet med HSL är att skapa en god vård och förebygga ohälsa för befolkningen (ibid.). Björck och Heimer (2008) poängterar betydelsen av att ha kunskap om typiska skador och andra konsekvenser av våld i nära relationer för att kunna göra en lämplig bedömning av vård och behandling. Att ha kännedom

om vanliga symtom där våld kan vara en bakomliggande faktor är avgörande för att kunna identifiera och behandla våldsutsatta kvinnor. Ett sätt att ta reda på vad som orsakar ohälsa hos kvinnorna är att fråga om våld vid anamnesupptagning. Att ställa frågan skapar möjlighet till en dialog och kvinnorna får tillfälle att berätta om sin utsatthet, vilket kan vara avgörande för förändring. Det påpekas att sjuksköterskan kan avdramatisera frågan genom att framhålla att våld är ett vanligt problem och att dessa frågor ofta ställs till patienter. Vidare kan sjuksköterskan börja med att ställa allmänna frågor om kvinnans familjeförhållande innan sjuksköterskan ställer mer direkta frågor om våld (ibid.). Samtalet ska vara fyllt av en icke-dömande attityd och respektera patientens värdighet, integritet och sekretess (Loke et al., 2012; Reisenhofer & Seibolf, 2013). Sjuksköterskor måste visa förståelse, ödmjukhet och medkänsla för att uppmuntra kvinnorna att diskutera sin situation. Detta underlättas när sjuksköterskorna har skapat en öppen, informerande och stödjande emotionell miljö, samt när mötet med kvinnorna genomförs i en trygg och avskild omgivning utan förövarnas närvaro (ibid.).

Att fråga om våld innebär att sjuksköterskor även måste ha beredskap att ta emot kvinnors berättelse och ha en handlingsplan för det fortsatta omhändertagandet (Sundborg, Saleh-Stattin,Wändell & Törnkvist 2012). Förutom omsorg av de fysiska skadorna ska sjuksköterskan vägleda vart den våldsutsatta kvinnan kan vända sig för att få ytterligare hjälp, exempelvis ska det erbjudas stöd i form av samtal (Björck & Heimer, 2008). Utifrån Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) har sjuksköterskan skyldighet att anmäla till socialtjänsten om det finns barn inblandade. Vid brott som kan ge minst ett års fängelse, har personal inom hälso- och sjukvården enligt offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) en möjlighet att bryta mot sekretessen och polisanmäla den brottsliga handlingen.

Teoretisk referensram- Joyce Travelbee

Travelbees (1971) omvårdnadsteori handlar om att skapa en relation till patienten för att kunna stödja och tillgodose patientens omvårdnadsbehov. Travelbee beskriver fem olika faser som sjuksköterskan och patienten går igenom tillsammans för att bygga upp en mänsklig relation: *det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati* samt *ömsesidig förståelse och kontakt. Det första mötet,* sker mellan två individer som är okända för varandra, de får båda ett första generaliserande intryck av den andre. *Framväxt av identiteter* utvecklas av att interaktionen mellan sjuksköterskan och patientens personligheter successivt blir synliga, de förutfattade meningarna försvinner och ett band börjar växa fram mellan dem. Därefter inleds

empatifasen, i denna fas börjar sjuksköterskans förståelse för patientens psykologiska tillstånd att formas. *Sympati* följer på empati och är en stark attityd av medkänsla som vill lindra lidande och bära patientens börda. Slutligen inleds *ömsesidig förståelse och kontakt* ,vilket är resultatet av interaktionen som sjuksköterskan och patienten byggt upp genom tidigare faser. Relationen är ett resultat av att sjuksköterskan under hela tiden har lindrat patientens lidande och tagit del av patientens upplevelser. Lika viktigt som det är med fysisk omvårdnad är det att lära känna patienten (ibid.).

Travelbee (1971) betonar vikten av en mellanmänsklig relation i lindrandet av patientens lidande. Vidare beskrivs att det finns olika faser av lidandets utveckling, från fysiskt övergående, emotionellt eller själsligt obehag till extremt lidande**.** I de fall där patienten inte får hjälp i tid att lindra lidandet kan det extrema lidandet övergå till en förtvivlad uppgivenhetsfas där det krävs omedelbara insatser av sjuksköterskan för att patienten inte ska hamna i apati och likgiltighetsfaserna. Apati och likgiltighetsfaserna beskrivs som särskilt alarmerande då det är nästintill omöjligt att vända patienter som nått detta stadium. Vidare beskriver Travelbee (1971) att lidande är ett grundläggande mänskligt fenomen och att det är viktigt att sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet bryr sig om och förstår patientens lidande.

Travelbee (1971) betonar även vikten av kommunikation mellan sjuksköterska och patient, vilket är ett av sjuksköterskans starkaste verktyg. Kommunikation är en ömsesidig målmedveten process där tankar och känslor förmedlas samt delas. Både verbal och icke verbal kommunikation sker alltid i mötet, här är syftet att lära känna patienten, att utforska och tillgodose patientens behov. Genom kommunikationen kan även patientens lidande komma till talan. Kommunikationen inkluderar olika färdigheter som kunskap, känsla, timing samt olika kommunikationstekniker och förmågan att kunna använda dem. Sjuksköterskan kan använda sig av kommunikationen på ett effektivt sätt genom att använda sin personlighet och kunskap för att nå en förändring hos individen. Kommunikationen är en förutsättning för att uppnå målet för omvårdnaden, vilket innebär att hjälpa patienten att styra över sitt lidande och finna mening i sin upplevelse (ibid.).

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att möta kvinnor som upplevde våld i nära relationer.

Metod

För att besvara studiens syfte gjordes en litteraturstudie med kvalitativ ansats.
Olsson och Sörensen (2011) beskriver att datainsamlingen till en litteraturstudie bygger på tidigare publicerad litteratur i vetenskapliga artiklar. Henricson och Billhult (2012) skriver att i studier med kvalitativ ansats är avseendet att studera levda erfarenheter. Enligt Olsson och Sörensen (2011) innebär kvalitativ ansats också att fånga människans upplevelser och handlingar i särskilda situationer, fenomenets verkliga kärna kan då framträda. En helhetsförståelse måste eftersträvas av specifikt fenomen för få en övergripande bild av området (ibid.).

Datainsamling och urval

De elektroniska referensdatabaserna Cinahl och Pubmed användes för sökningen av de vetenskapliga artiklarna. Cinahl är en engelskspråkig databas som enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) främst är inriktad på omvårdnadsvetenskap. Denna databas har referenser till över 3000 tidskrifter. Pubmed innehåller engelskspråkiga skrifter med referenser från 5400 tidskrifter, inriktade på både medicin och omvårdnad och är den mest kända databasen inom hälso- och sjukvården (ibid.).

Inklusionskriterierna som valdes för studien innefattade artiklar som var skrivna på engelska, publicerade mellan åren 2000-2015 och granskade av sakkunniga, det vill säga peer-reviewed. Artiklarna skulle bygga på vuxna kvinnors upplevelse, det vill säga kvinnor som är 18 år eller äldre.

Tre sökblock skapades utifrån begrepp som ingick i studiens syfte. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2014) kan blocksökning användas vid formulering av sökstrategi. Orden som användes var sjuksköterskor, erfarenhet och våld i nära relationer. Varje block söktes var för sig för att sedan kombineras med de andra sökblocken. Ämnesord och fritextord användes i sökningarna av vetenskapliga artiklar. För att få fram sökord på engelska nyttjades sökverktygen Cinhal Headings och Medical Subject Headings (MeSH). I Cinahl användes Cinahl Headings och i Pubmed användes MeSH-termer, vilket Willman et al. (2011) beskriver som ämnesord i respektive databas. Till sist genomfördes manuell sökning då flera artiklar hänvisade till samma referens, vilket Henricson och Billhult (2012) beskriver är sökningar som hämtas från referenslistor i redan utvalda artiklar och litteratur.

I ämnesordsökningen i Cinahl användes sökorden: *Nurse, registered nurse, experience, work experience, job experience, perception, intimate partner violence, domestic violence, battered women* och *spouse abuse.* Orden som användes i fritextsökningen var: *Nurs** och *Conception.* I ämnesordsökningen i Pubmed användes följande sökord: *Perception, physical abuse, domestic violence, spouse abuse* och *intimate partner violence.* Orden som användes i fritextsökningen var: *Nurse, registered nurse, nurs*, experience, work experience, job experience, conception* och *battered women.*

De enskilda sökorden söktes först, innan den booleska operatorn OR användes mellan sökorden i respektive block. Därefter kombinerades sökblocken med den booleska operatorn AND. Willman et al. (2011) beskriver att för att utöka en sökning kan sökoperatören OR vara aktuell medan sökoperatören AND avgränsar sökningen och därmed kan resultatet bli mer specifikt till sökområdet.

Efter genomförd sökning i referensdatabaserna Cinahl och Pubmed framkom totalt 940 vetenskapliga artiklar (Bilaga 1). Av det totala antalet artiklar som framkom vid sökningen var 269 från Cinahl och 671 från Pubmed. Först lästes 160 artiklar på titelnivå, 90 titlar var från Cinahl och 70 titlar från Pubmed, varav de som svarade mot studiens syfte lästes vidare på abstraktnivå. Av de 79 artiklar som lästes på abstraktnivå var 45 från Cinahl och 34 från Pubmed. Efter genomläsning på abstraktnivå exkluderades ytterligare 64 artiklar eftersom de var kvantitativa studier, inte stämde in på inklusionskriterierna eller svarade mot studiens syfte. Resterande femton artiklar lästes i sin helhet och valdes sedan ut för kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning

Willman et al. (2011) granskningsprotokoll användes för att bedöma kvalitén på de vetenskapliga artiklarna. Granskningsprotokollet inriktar sig på att granska och kvalitetsbedöma studier med kvalitativ metod (bilaga 2). Granskningsprotokollet innehöll 16 stycken frågor och hade svaren ”ja”, ”nej” och ”vet ej.” För varje ifyllt ”ja” räknades ett poäng och varje ifyllt ”vet ej” och ”nej” gav noll poäng. Därefter räknades poängsumman om i procent. Artiklar under 69 procent motsvarade låg kvalité, 70-79 procent motsvarade medel och 80-100 procent ansågs som hög kvalité. Efter genomförd kvalitetsgranskning bedömdes sju av artiklarna ha medel eller hög kvalité.

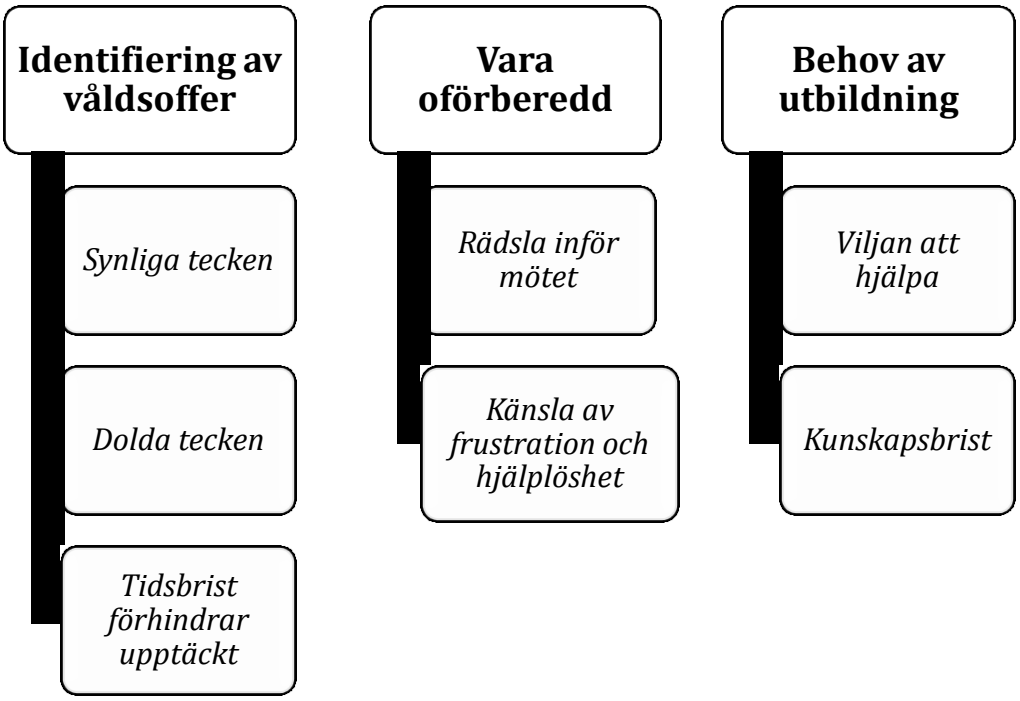
Dataanalys

Analysmetoden som användes var manifest innehållsanalys med en kvalitativ ansats. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en manifest innehållsanalys innebär en granskning av det synliga och uppenbara i texten. Vid manifest innehållsanalys kan även en viss tolkning av textmaterialet förekomma. Vidare framhävdes att det behövs en viss tolkning av materialet annars finns risk att helheten går förlorad. Analysen utfördes med inspiration från Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys som baseras på meningsenheter, koder och kategorier. I analysförfarandet skrevs de utvalda artiklarna ut för att sedan läsas igenom upprepade gånger, detta för att skapa en ökad förståelse och helhetsbild av innehållet.
I takt med att artiklarna genomlästes, markerades med hjälp av märkpenna relevanta meningsenheter som ansågs svara mot studiens syfte. Graneheim och Lundman (2004) beskriver meningsenheter som meningar eller flera ord som tillsammans har ett budskap. Meningsenheterna som markerats översattes med noggrannhet med hjälp av ett engelskt-svenskt lexikon för att bevara innehållet och undvika feltolkningar. Därefter utfördes en kondensering vilket Graneheim och Lundman (2004) beskriver är en förkortning av meningsenheter där det viktigaste och centrala är i behåll. Av kondenseringen skapades koder där meningsenheterna sammanfattades med ett eller några ord. Meningsenheterna, kondenseringen och koderna infogades i ett Word-dokument för att sedan skrivas ut. Genom att klippa ut meningsenheterna tillsammans med dess kondensering och kod, skapades en överblick för att underlätta i arbetet med att finna koder med likvärdigt innehåll. I nästkommande steg sorterades dessa in i kategorier och underkategorier.
Exempel på analysförfarande se Bilaga 4.

Resultat

Studiens resultat var baserad på sju vetenskapliga artiklar vilket resulterade i tre kategorier samt sju underkategorier, se figur 1.

.



Figur 1. Kategorier och underkategorier som beskriver sjuksköterskans erfarenheter i mötet med kvinnor som upplevde våld i nära relationer.

Identifiering av våldsoffer

Synliga tecken

Utifrån sjuksköterskornas erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor fanns det flera synliga tecken som bekräftade misstanken att en kvinna utsatts för våld, såsom blåmärken, skador i ansiktet, brännskador, strypmärken och käkfrakturer (Leppäkoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2010). Sjuksköterskorna beskrev att kvinnorna kunde ha oförklarliga blåmärken här och var på kroppen, men istället sökte de hjälp för exempelvis huvudvärk, oro, sömnsvårigheter eller bröstsmärtor. Likaså framhävdes att kvinnorna ofta undvek att svara på hur en skada uppkom, alternativt kom med en förklaring som var oförenlig med den typ och mönster av den synliga skadan. Sjuksköterskorna beskrev att kvinnor kunde vara fruktansvärt upprörda och det var uppenbart att något hade hänt, vilket kunde vara tecken på nyligen inträffad misshandel (Häggblom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010).

> *"*[...] *the woman's history may not match to how her body look* [...] *or what she says or what she request help for* [...] *They are highly health consumers* [...] *they return again and again maybe for a foot problem*

> *which should have being healed by now* [...] *heart problems* [...] *sleeping problems"* (Häggblom & Möller, 2006, s. 1080).

Dolda tecken

Det upplevdes problematiskt av sjuksköterskorna att identifiera kvinnor som utsattes för våld om tecknen var oklara eller tvetydiga (Leppäkoski et al., 2010; Pereira Gomes, Lorenzini Erdmann, LuÃs Guedes dos Santos, Santos Mota, Olinda de Souza Carvalho e Lira & HÃ¶rner Schlindwein Meirelles, 2013). Vidare upplevde sjuksköterskorna det nästintill omöjligt att upptäcka kvinnorna om de inte berättade något om misshandeln, inte visade några tecken på trauma eller dolde de synliga skadorna under kläder. Sjuksköterskorna menade att om inga synliga tecken fanns försvårades identifiering, vilket kunde medföra att våldsutsatta kvinnor inte uppmärksammades (ibid.).

> *"*[...] *it is very hard for us to see signs of violence if the women doesn't say a thing about it. Probably many things can go without us even noticing. They don't come and talk about it openly"* (Pereira Gomes et al., 2013, s. 786).

Tidsbrist förhindrar upptäckt

Sjuksköterskorna erfor att tidsbrist var en faktor som påverkade deras arbete med att upptäcka våldsutsatta kvinnor (Häggblom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010; Pereira Gomes et al., 2013). De upplevde att den ständiga stressen störde koncentrationen och deras fokus i att uppmärksamma kvinnorna. Sjuksköterskorna uttryckte att det redan fanns en struktur med otillräcklig tidsram med för många patienter på en dag, vilket resulterade i att tiden inte räckte till för att ta sig tid och lyssna på kvinnorna. För att få kvinnorna att känna sig bekväma i mötet med sjuksköterskan och på detta sätt få dem att öppna upp sig, ansåg sjuksköterskorna att det behövdes tid för att skapa en rofylld och trygg miljö där samtal kring misshandeln kunde ske. Vidare menade de på att längre möten troligen skulle synliggöra fler våldsutsatta kvinnor (ibid.).

> "[...] *we have too many consultations every day* [...] *and we don't have time. Maybe if the consultation was longer, with more time, it would be possible to see what was going on"* (Pereira Gomes et al., 2013, s. 786).

Vara oförberedd

Rädsla inför mötet

Sjuksköterskorna uttryckte att de kände sig osäkra och oförberedda inför mötet med våldsutsatta kvinnor (Sundborg, Saleh-Stattin,Wändell & Hylander 2015). Det framkom att sjuksköterskor inte hade vetskap om hur situationen skulle hanteras, hur de skulle förhålla sig under mötet eller vilka omvårdnadsåtgärder som fanns att tillgå (Häggblom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010; Pereira Gomes et al., 2013; Sundborg et al., 2015). Vid mötet med våldsutsatta kvinnor beskrev sjuksköterskor att det infann sig en känsla av obehag för ta upp frågan om våld, även om det fanns misstanke att en kvinna blev utsatt för våld i en nära relation. Sjuksköterskorna kunde vid denna misstanke även känna en osäkerhet för hur frågorna till kvinnorna skulle formuleras. Vidare beskrevs att sjuksköterskorna upplevde svårigheter med hur de skulle agera och hantera svaret om kvinnans berättelse visade att hon var ett våldsoffer. De upplevde att de då inkräktade på kvinnans integritet och kände maktlöshet inför situationen (ibid.).

> *"*[...] *We don't get any support to deal with it: which attitude to have in these situations. We are not prepared* [...] *we don't have much to do in these cases"* (Pereira Gomes et al., 2013, s. 768).

Känsla av frustration och hjälplöshet

Sjuksköterskor som upplevde brist på erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor uttryckte starka känslor av frustation och hjälplöshet eftersom att de inte kunde erbjuda professionell hjälp (Häggblom & Möller, 2006). De upplevde en djup besvikelse och hjälplöshet när de återigen mötte samma kvinnor men kände att de inte kunde ingripa för att erbjuda stöd (Häggblom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010). Att ta steget för att ingripa i kvinnornas våldssituation upplevde sjuksköterskorna som känslomässigt påfrestande och kunde utlösa en överväldigande frustration, ångest och psykisk stress. Vidare framhävs att sjuksköterskorna upplevde att det var upprörande när de var tvungna att improvisera i mötet med de våldsutsatta kvinnorna när akuta situationer begärde snabba lösningar, då det fanns brist på instruktioner hur de skulle agera (ibid.).

Sjuksköterskor upplevde även besvikelse, sorg och ilska i mötet med våldsutsatta kvinnor eftersom sjuksköterskorna fann det svårt att förstå varför kvinnorna stannade kvar i

våldsrelationen (Goldblatt, 2009; Woodtli, 2001). De upplevde också frustation och ilska mot förövarna och det faktum att det oftast inte blev något straff. Sjuksköterskorna beskrev en stark känslomässig påverkan i mötet med våldsutsatta kvinnor. Att bevittna vad kvinnorna blivit utsatta för bidrog till att sjuksköterskorna hade svårt att skilja på kvinnans och sina egna känslor. I denna situation upplevde sjuksköterskorna att det var omöjligt att finna en lösning och känslor av frustration och hjälplöshet infann sig. Eftersom frustrationen och ilskan tog över blev det svårare att agera på ett professionellt sätt (Goldblatt, 2009; Häggblom & Möller, 2006; Woodtli, 2001).

> *"When I met an abuse women, I felt awful that day. I wept with her and did nothing but think about how to help her. I tried putting myself in her position, thinking what I would do, but couldn't find a solution. I felt trapped in a vicious circle and, couldn't find my way out* [...] *even today, when I recalling the incident, I feel the same and hardly verbalize my feelings. This frustration is incurable* (Goldblatt 2009, s. 1648).

Behov av utbildning

Viljan att hjälpa

Sjuksköterskorna beskrev vikten av att vidta åtgärder när kvinnorna bad om hjälp då de upplevde ett stort ansvar gentemot de kvinnor som var våldsutsatta (Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, 2009; Woodtli, 2001). I mötet med de våldsutsatta kvinnorna beskrev sjuksköterskorna innebörden av ett patientcentrerat möte med varje kvinna på ett sätt som förmedlade respekt och omtanke samt vikten av att vara en stödjande lyssnare till kvinnornas berättelse. Vidare framhävdes betydelsen och viljan att våga ta upp frågan om våld. Sjuksköterskorna menade att det fanns flera tillfällen att ta upp frågan och även möjligheter att ingripa men okunskapen hindrade dem då de inte visste hur de skulle gå till väga (Brykczynski et al., 2009; Sundborg et al., 2015; Woodtli, 2001).

> *"Yes I think it is good if you ask. I have a goal that I myself would like to ask everyone who I think is exposed to violence that I should come up with the right question* [...] *it´s actually that which is my problem. Sometimes you don´t come up with that question how you should ask and then the opportunity has passed* (Sundborg et al., 2015, s. 6).

Kunskapsbrist

Sjuksköterskorna upplevde sig ha bristande kunskap i de fall där de kom i kontakt med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer (Häggblom & Möller 2006; Pereira Gomes et al., 2013). För att öka sin kunskap och kompetens yttrade de ett behov om utbildning. De önskade mer kunskaper inför mötet med våldsoffer, för att kunna kommunicera med våldsutsatta kvinnor på ett adekvat sätt samt kunskap om tecken på våld vid identifiering av våldsoffer. Sjuksköterskorna beskrev att oklara tecken kan bli mer synliga med ett tränat öga och förekomsten av att upptäcka fler utsatta kvinnor skulle vara högre. Vidare beskrev sjuksköterskorna att om de hade mer erfarenhet och var mer förberedda, skulle det vara betydligt enklare att närma sig på ett respektfullt sätt för att ta upp frågan om våld utan att bryta integriteten (ibid.). Sjuksköterskorna uttryckte även att det inte enbart räckte med kunskap i mötet med kvinnorna, utan att det var viktigt att kunna bemästra de negativa känslorna såsom förtvivlan och frustration som kunde uppstå i mötet (Häggblom & Möller, 2006). Genom att åsidosätta de uppkomna känslorna menade sjuksköterskorna att de skulle kunna hjälpa och stödja kvinnor som upplevde våld i nära relationer (ibid.).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att möta kvinnor som upplevde våld i nära relationer. Genom att göra en litteraturstudie med kvalitativ ansats som baserats på vetenskapliga artiklar besvarades syftet med att beskriva sjuksköterskors erfarenheter, detta då levda erfarenheter kan undersökas med hjälp av en kvalitativ metod (Henricson & Billhult, 2012). Genom att studera individers erfarenheter och upplevelser kan deras livsvärld fångas och fenomenets verkliga kärna framträda (Olsson & Sörensen, 2011). En empirisk intervjustudie hade kunnat genomföras istället för en litteraturstudie. Intervjuerna hade då lämpligtvis riktat sig mot yrkesverksamma sjuksköterskor med erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor. Dock hade studien riktats mot sjuksköterskor inom ett begränsat geografiskt område inom södra Sverige vilket hade medfört att resultatet inte blivit så omfångsrikt som vid en studie som beskriver sjuksköterskors erfarenheter världen över. Detta styrks av Willman et al. (2011) som beskriver att tillförlitligheten ökar vid studier från olika länder där resultaten överensstämmer med varandra. En kvantitativ metod hade delvis kunnat ge svar på sjuksköterskors erfarenheter men då denna metod inte

har samma fokus på individers livsvärld som en kvalitativ metod har ansågs denna inte vara relevant i studien.

De elektroniska referensdatabaserna Cinahl och Pubmed användes vid litteratursökningen, då dessa databaser innefattar forskning inom omvårdnadsvetenskap. Då studien riktade sig mot omvårdnadsvetenskap ansågs Cinahl och Pubmed vara relevanta referensdatabaser vid sökningen av vetenskapliga artiklar som svarade mot studiens syfte. Enligt Willman et al. (2011) är det av stor vikt att söka i flera databaser för att få en utökad sökning. Då artiklar enbart söktes i två databaser skulle detta kunna ses som en svaghet men Willman et al. (2011) menar att databaserna Cinahl och Pubmed är de största inom inriktning omvårdnadsvetenskap. Sökningen underlättades med hjälp av sökblock i både ämnessökningen och fritextsökningen. Sökblocken användes för att få en strukturerad sökning av vetenskapliga artiklar. Till en början upplevdes svårigheter att finna relevanta sökord. De elektroniska referensdatabaserna Cinahl och Pupmeds uppslagsverk nyttjades därför i respektive databas för att få en utökad sökning av vetenskapliga artiklar.

Sökorden kombinerades med hjälp av de booleska operatorerna OR och AND som enligt Willman et. al (2011) utökar och avgränsar antalet vetenskapliga artiklar. Sannolikheten att finna artiklar som var relevanta för studien var till hjälp med de booleska operatorerna OR och AND, samtidigt som irrelevanta artiklar filtrerades bort. För att få en begränsad sökning som svarade mot syftet valdes ett antal inklusionskriterier ut. Då sjuksköterskor världen över kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor i sitt arbete, ger en sökning med alla länder ett större omfång av artiklar som svarar mot syftet. De artiklar som användes i studiens resultat var baserade på studier utförda i Finland, Israel, Brasilien, USA och Sverige. Samtliga artiklar beskrev sjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor som upplevde våld i nära relationer, varav en artikel även beskrev erfarenheter från läkare, psykiatriker, socialarbetare och hälsosamordnare. I den här studien inkluderades text utifrån sjuksköterskans perspektiv eftersom syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att möta kvinnor som upplevde våld i nära relationer. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vilket Friberg (2012) påpekar är det språk som används mest i vetenskapligt material. Vidare skriver Friberg (2012) att begränsningar till språk kan vara en nackdel eftersom relevanta artiklar kan sorteras bort. Däremot ansågs denna språkavgränsning nödvändig för att inkludera artiklar som författaren behärskade. Årtalen 2000-2015 valdes ut för att få fram tillräckligt med forskningsmaterial inom det valda området, detta gjorde även att ett större antal artiklar

framkom vid sökningen. Enligt Friberg (2012) är vetenskapligt material en färskvara, därför kan en avgränsning inom en viss tidsperiod vara till en fördel för att sortera bort äldre vetenskapliga artiklar. Vidare inkluderades enbart artiklar som var peer reviewed för att få fram texter som var kvalitetssäkrade. Peer reviewed beskrivs av Willman et al. (2011) som artiklar som genomgått en kritisk granskning. Detta ökade sannolikheten att få fram artiklar av bra kvalité i sökningarna som svarade mot syftet. De femton artiklar som svarade på studiens syfte genomgick kvalitetsgranskning genom Willman et al. (2011) granskningsprotokoll (se Bilaga 2). Efter granskning uppfyllde sju av artiklarna kriterierna för medel eller bra kvalité. Det kan ha varit till en nackdel att kvalitetsgranskningen enbart gjordes av en person eftersom fler personer kan få olika resultat. Willman et al. (2011) styrker detta då de menar att trovärdigheten ökar om artiklarnas kvalitet granskas av mer än en person.

Analysen genomfördes utifrån en manifest innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Processen vid en analys beskrivs i denna artikel på ett utförligt sätt, vilket gjorde att den ansågs vara en lämplig inspirationskälla. Genom att läsa igenom artiklarna upprepade gånger minskade sannolikheten att något väsentligt föll bort samtidigt som en helhetsuppfattning skapades. Detta underlättade i arbetet med att finna det synliga och uppenbara i texten. För att få en korrekt översättning användes ett engelskt-svenskt lexikon till meningsenheterna där avsikten var att få en så felfri tolkning som möjligt, samtidigt som kärnan i respektive mening bevarades intakt. Utifrån meningsenheterna som plockades ut påbörjades arbetet med att kondensera. För att hålla kondenseringen så textnära som möjligt samtidigt som det centrala innehållet bevarades plockades ord som inte ansågs vara väsentliga bort. Då koderna enligt Graneheim och Lundman (2004) kunde jämföras med en etikett för den ursprungliga meningsenheten skapade detta en förutsättning för att sammanfatta texterna på ett koncist sätt. I skapandet av underkategorier och kategorier ansågs det vara nödvändigt att klippa ut meningsenheter med dess kondensering och kod för att på detta sätt få en samlad bild över textmaterialet. Detta underlättade likaså sorteringen för att skapa underkategorier och kategorier.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att det fanns flera tecken som gav sjuksköterskorna misstankar om att en kvinna hade blivit våldsutsatt, såsom blåmärken, strypmärken och käkfrakturer. Det ansågs av

sjuksköterskorna som ett problem att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor om tecknen var oklara, osynliga eller om inte kvinnan nämnde något om det. Om dolda tecken inte uppmärksammas i tid skulle detta kunna leda till att sjuksköterskans möjlighet att ingripa i kvinnors situation uteblir. Detta stöds av Gibbons (2011) som betonade betydelsen av ett tidigt ingripande av sjuksköterskan för att tillfället inte skulle gå förlorat. Vidare visade resultatet att ett hektiskt arbetsschema med för många patienter på en dag var ett problem som försvårade för sjuksköterskorna att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor. Resultatet styrks av Tower, Rowe och Wallis (2012) som menade att konsekvenserna av tidsbristen i kombination med stressen som sjuksköterskorna upplevde, bidrog till svårigheter att ta sig tid och lyssna på kvinnorna. Likväl som resultatet visade att tidsbristen var en faktor som påverkade identifieringen av de våldsutsatta kvinnorna i negativ bemärkelse, så kunde diffusa och dolda tecken på våld resultera i att våldsutsatta kvinnor går genom hela sjukvårdssystemet utan att identifieras**.** Detta stöds av Sundborg et. al (2012) som menar att kvinnor som inte uppvisar några synliga tecken på att de hade blivit utsatta för våld, kan bidra till att de inte identifieras av sjuksköterskor när de uppsöker sjukvården. Gibbons (2011) poängterar att sjuksköterskor behöver uppmärksamma och ha kunskap om typiska skador som kan uppkomma av våld i nära relationer. Detta styrks även av hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) som poängterar att hälso- och sjukvården bör ha kunskap om våld och andra övergrepp som kan uppkomma av våld i en nära relation för att kunna ge en god vård. Enligt Gibbons (2011) kan kunskapen om typiska skador underlätta för sjuksköterskorna att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor.

I resultatet framkom det att sjuksköterskorna kände sig oförberedda och osäkra inför mötet med våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskorna beskrev obehagskänslor och ett visst motstånd att ta upp frågan om våld, även om det fanns en misstanke att en kvinna blev utsatt för våld i en nära relation. Sjuksköterskor upplevde det känslomässigt påfrestande för att vidta åtgärder och upplevde en stark oro för att de då inkräktade på kvinnans integritet. Resultatet styrks av Natan och Rais (2010) som betonar att sjuksköterskorna istället för att göra ett ingripande och stödja kvinnan som blir utsatt för våld kan känna maktlöshet att inte ha kunskap om hur frågan om våld ska ställas. Vidare framkom i resultatet att sjuksköterskor inte hade vetskap om hur svaret skulle hanteras om kvinnans berättelse visade att kvinnan var ett våldsoffer. Detta bekräftas även av Tower et al. (2012), Natan och Rais (2010) och Sunborg et al. (2012) som menar att sjuksköterskorna inte är medvetna om hur omhändertagandet skulle gå till eller vilka omvårdnadsåtgärder som finns. Gibbons (2011) underströk att sjuksköterskor bör på ett

professionellt sätt kunna ta hand om dessa kvinnor. Utifrån Travelbees (1971) omvårdnadsteori existerar olika grader av lidande såsom fysiskt övergående, emotionellt eller själsligt obehag. Det extrema lidandet som personer i nästgående fas kan uppleva, kan efter en tid övergå i ett tillstånd av förtvivlad uppgivenhet. När den slutgiltiga apati- och likgiltighetsfas inträder går det sällan att vända en individ som hamnat i dessa stadier (ibid). Det är därför av yttersta vikt att sjuksköterskorna agerar innan våldsutsatta kvinnor når dessa stadier. Enligt Travelbee (1971) behöver sjuksköterskorna skapa en relation till patienterna för att kunna bemöta patienter på ett professionellt sätt och således kunna ge dem en adekvat omvårdnad. Sjuksköterskorna kan genom att skapa en relation stödja patienterna till en bättre hälsa. I skapandet av en relation kan sjuksköterskan använda sig av kommunikationen, vilket anses som ett av sjuksköterskans viktigaste verktyg. Genom kommunikationen får patienten möjlighet att förmedla sina känslor och tankar och även lidandet kan komma på tal. Kommunikationen är en förutsättning för att uppnå god omvårdnad, att hjälpa patienten bemästra sitt lidande och finna mening i sin upplevelse (ibid.).

Resultatet påvisade att sjuksköterskor upplevde känslor av frustration, hjälplöshet, sorg och förtvivlan vid mötet med våldsutsatta kvinnor. Dessa känslor uppkom vid de tillfällen när sjuksköterskan inte kunde erbjuda professionell hjälp eller vid plötsligt uppkomna situationer med våldsutsatta kvinnor som sjuksköterskorna kände att de inte kunde behärska. Detta bidrog till att sjuksköterskorna tvingades improvisera i mötet för att försöka rädda situationen. Resultatet styrks av Robinson (2010) som menar att kunskapsbristen är en bidragande orsak till att besvärande känslor uppstår eftersom sjuksköterskorna upplever att de inte kan utöva omvårdnaden på det sätt som de önskade. Vidare visade resultatet att känslorna kunde uppstå när sjuksköterskan hade svårt att förstå kvinnans situation. Sjuksköterskorna kunde även känna frustation och ilska i de fall där kvinnan valde att stanna kvar i våldsrelationen. Hjälplösheten och ilskan av att förövaren oftast kom undan utan någon rättslig påföljd kunde likaså vara en faktor som påverkade sjuksköterskan i det professionella mötet med kvinnorna. De känslor som sjuksköterskorna kunde uppleva i kontakten med kvinnorna är något som kunde påverka deras utövande av professionen. Detta styrks av Robinsson (2010) som menar att de negativa känslorna som uppkommer i mötet med kvinnorna kan leda till att sjuksköterskorna undviker att fråga kvinnorna om de blivit utsatta för våld.

Det framkom i resultatet att sjuksköterskor kände ett ansvar inför de våldsutsatta kvinnorna och beskrev betydelsen av att göra ett ingripande. Detta bekräftas av Natan och Rais (2010) som menar att sjuksköterskor har en önskan att hjälpa dessa kvinnor. Vidare skriver Natan och Rais (2010) att sjuksköterskorna anser att det är viktigt att våga ta upp frågan om våld och vara en stödjande lyssnare för kvinnorna. Viljan att hjälpa de våldsutsatta kvinnorna är något som sjuksköterskorna kände var viktigt för dem. Fast även om viljan fanns så var förutsättningarna långt ifrån optimala då de upplevde att faktorer som tidsbrist, rädsla, känslomässiga påfrestningar och okunskap hindrade dem i deras arbete. Resultatet styrks av Natan och Rais (2010) som menar att sjuksköterskors vilja att hjälpa våldsutsatta kvinnor inte omsätts i praktiken.

Resultatets huvudfynd var att det fanns brister i kompetens, kunskap och färdigheter hos sjuksköterskor när det gällde identifiering och beredskap vid omhändertagandet av kvinnor som upplevde våld i nära relationer. I linje med hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har hälso- och sjukvårdspersonal ett ansvar att ge alla individer en god vård. HSL är även utformad för att personal inom hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande vid ohälsa (ibid.). Vidare visade resultatet att sjuksköterskor hade varit i behov av utbildning för att kunna identifiera, bemöta samt tillgodose våldsutsatta kvinnors omvårdnadsbehov. Detta styrks av Gibbons (2011) och Allard (2012) som poängterar vikten av utbildning, vilket de anser är nödvändigt för att sjuksköterskor ska få en ökad förståelse om problemet, kunna identifiera våldsoffer, våga ställa frågan om våld samt kunna hantera svaret. I resultatet framkom det också att skriftliga rutiner ofta var bristfälliga eller oklara inom organisationen hur sjuksköterskorna skulle agera vid möten med våldsutsatta kvinnor. Detta kunde leda till att adekvat vård gick om intet då sjuksköterskor inte hade en mall att falla tillbaka på när osäkerhet infann sig. Vikten av att skriftliga rutiner fungerar i det kliniska arbetet framhävs av Sundborg et al. (2012) och Allard (2012) som menar att skriftliga riktlinjer är till stor hjälp för att kunna upptäcka och stödja dessa kvinnor. Kvinnor som upplever våld i nära relationer skulle på detta sätt kunna få ett adekvat och professionellt bemötande i kontakten med sjuksköterskan.

Slutsats

I den här studien har sjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor som upplevde våld i nära relationer sammanställts. Sjuksköterskor befinner sig i en unik position där de kan bidra

till att identifiera och ge vård till våldsutsatta kvinnor. Arbetet är inte problemfritt då det finns olika faktorer som hindrar sjuksköterskorna att vidta åtgärder i mötet med våldsutsatta kvinnor. Resultaten i studien visar på brister i kompetens och kunskap hos sjuksköterskor när det kommer till att synliggöra, bemöta samt att ge omvårdnad till kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Utöver detta så leder osäkra och bristfälliga rutiner till att möjligheten att ingripa i kvinnors situation uteblir. Vid de fall som kvinnor har identifieras blir inte vården vid alla tillfällen optimal då sjuksköterskorna inte känner sig bekväma i sin roll, då rädsla och osäkerhet hämmar utförandet av professionen. Ur ett kliniskt perspektiv hade studien kunnat användas för att belysa de brister som finns i mötet med dessa kvinnor för att på detta sätt öka förståelsen om problemet. En ökad insikt skulle kunna leda till att utbildningar anordnas, vilket kan ge sjuksköterskor kunskap i hur de ska bemöta kvinnorna på ett professionellt sätt. Vidare skulle den ökade kunskapen kunna göra att sjuksköterskorna vågar ställa frågan om kvinnor blivit utsatta för våld, vilket skulle kunna resultera i att fler kvinnor upptäcks och på så sätt kan få adekvat vård.

Referenser

Allard, C. (2013). Caring for people who experience domestic abuse. *Emergency Nurse*, *21*(2), 12-16.

Andersson, E.K. (2015). *The experience of younger adults and their next of kin following a myocardial infarction and registered nurses' conceptions of caring in a coronary care context* (Doctoral dissertation, Lund University, Department of Health Sciences).

Andersson, S-O. (2013). Mötet och samtalet. I B. Fossum. (Red.), *Kommunikation - samtal och bemötande i vården* (s. 113-146). Lund: Studentlitteratur.

Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, *23*(3), 143-152.

Björck, A & Heimer, G. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I: Heimer G. & Sandberg D. (Red.) *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (2uppl.). (s. 111-156). Lund: Studentlitteratur.

Brottsförebyggande rådet, Brå. (2015). *Våld och misshandel.* Hämtad 2016-01-12, från https://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/vald-och-misshandel.html.

Flinck, A., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing, 14*(3), 383-393.

Frenzel, A. (2014). *Brott i nära relationer - en nationell kartläggning* (Brå-rapport, 2014:8). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.

Gibbons, L. (2011). Dealing with the effects of domestic violence. *Emergency Nurse*, *19*(4), 12-17.

Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal Of Advanced Nursing*, *65*(8), 1645-1654.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105-112.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad.* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

Humphreys, J., & Lee, K. (2009). Interpersonal violence is associated with depression and chronic physical health problems in midlife women. *Issues In Mental Health Nursing*, 30(4), 206-213.

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

Lazenbatt, A., Devaney, J., & Gildea, A. (2013). Older women living and coping with domestic violence. *Community Practitioner*, *86*(2), 28-32.

Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2010). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *24*(4), 638-647.

Loke, A.Y., Wan, M.E., & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal Of Clinical Nursing*, *21*(15/16), 2336-2346.

Madzimbalale, F., & Khoza, L. (2010). Experiences of physical violence by women living with intimate partners. *Curationis, 33*(2), 25-32.

Natan, M., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing*, *17*(2), 112-117.

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

Pereira Gomes, N., Lorenzini Erdmann, A., LuÃs Guedes dos Santos, J., Santos Mota, R., Olinda de Souza Carvalho e Lira, M., & HÃrner Schlindwein Meirelles, B. (2013). Caring for women facing domestic violence: Grounded Theory. *Online Brazilian Journal of Nursing*, *12*(4), 782-793.

Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2007). Emergency department care of women experiencing intimate partner violence: are we doing all we can? *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, *24*(1), 3-14.

Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2013). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(15/16), 2253-2263.

Robinson. (2010). Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing, 36*(6), 572-576.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag.* Stockholm: Riksdag.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Riksdag.

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslagen.* Stockholm. Riksdag.

Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och våga fråga – vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet.* Stockholm. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015). *Handbok om socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer.* Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok.* 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2015). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing, 1-9.*

Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, *11*(1), 1-11.

Travelbee, J. (1971). Interpersonal Aspects of Nursing. (2.ed.) Philadelphia: Davis.

Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, *42*(2), 216-225.

Världshälsoorganisationen. (2010). *Preventing intimate partner violence and sexual violence against women taking action and generating evidence*. Genève: Världshälsoorganisationen. Från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/1/9789241564007_eng.pdf?ua=1

Världshälsoorganisationen. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.* Genève: Världshälsoorganisationen. Från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

Wong, J., & Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession, 46*(2), 170-179.

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

Woodtli, M. (2001). Nurses' attitudes toward survivors and perpetrators of domestic violence. *Journal of Holistic Nursing*, 19(4), 340-359.

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i Cinahl

	Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
	Sjuksköterska					
1.	"Nurse" OR "Registered nurse"	256 488	*2016-01-14*			
2.	" Nurs*"	498 476	*2016-01-14*			
3.	1 OR 2	498 476	*2015-01-14*			
	Erfarenhet					
4.	"Experience" OR "Job experience" OR "Work experience" OR "Perception"	258 460	*2016-01-14*			
5.	" Conception"	4844	*2016-01-14*			
6.	4 OR 5	262 330	*2016-01-14*			
	Våld i nära relationer					
7.	"Intimate partner violence" OR "Domestic violence" OR Battered women" OR "Spouse abuse"	14 204	*2016-01-14*			
8.	**3 AND 6 AND 7**	269	*2016-01-14*	90	45	13

Sökningar i PubMed

	Sökordskombinationer	Antal Träffar	Sökdatum	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
	Sjuksköterska					
1.	" Nurse" OR "Registered nurse" OR "Nurs*"	769 865	*2016-01-15*			
	Erfarenheter					
2.	"Perception" [Mesh]	426 384	*2016-01-15*			
3.	" Experience" OR "Work experience" OR " Job experience" OR "Conception"	580 035	*2016-01-15*			
4.	2 OR 3	983 850	*2016-01-15*			
	Våld i nära relationer					
5.	"Physical abuse" [Mesh] OR "Domestic violence" [Mesh] OR " Spouse abuse" [Mesh] OR "Intimate partner violence" [Mesh]	47 469	*2016-01-15*			
6.	" Battered women"	2791	*2016-01-15*			
7.	5 OR 6	47844	*2016-01-15*			
8.	**1 AND 4 AND 7**	671	*2016-01-15*	70	34	2

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Beskrivning av studie, t.ex. metodval……..

Finns det ett tydligt syfte?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Patientkarakteristiska	Antal …… Ålder……. Man/Kvinna……..
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	
Urvalförfarande tydligt beskrivet?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Datainsamling tydligt beskrivet	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Analys tydligt beskriven?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Giltighet	
Är resultatet logiskt, begripligt?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Råder datamättnad?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Råder analysmättnad?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Kommunicerbarhet	
Redovisas resultatet klart och tydligt?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Genereras teori?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Huvudfynd
Vilket/ -n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?
……
……

Sammanfattande bedömning av kvalitet

☐ Bra ☐ Medel ☐ Dåligt

Kommentar
……
……

Granskare sign: ……..

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2010). Finland.	Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland.	Datainsamling: Kvalitativ studie med telefonintervjuer Dataanalys: Innehållsanalys.	16 sjuksköterskor	Hög 13/16 = 81.25%
Häggblom, A., & Möller, A. (2006). Finland.	On a Life-Saving Mission: Nurses 'Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse	Datainsamling: Kvalitativ studie med intervjuer Dataanalys: Grounded theory	10 sjuksköterskor	Hög 14/16 =87.5%
Goldblatt, H. (2009). Israel.	Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences	Datainsamling: Kvalitativ studie med djupintervjuer Dataanalys: Fenomenologisk analys	22 sjuksköterskor	Hög 13/16 = 81.25%
Pereira Gomes, N., Lorenzini Erdmann, A., LuÃ-s Guedes dos Santos, J., Santos Mota, R., Olinda de Souza Carvalho e Lira, M., & HÃrner Schlindwein	Caring for women facing domestic violence: Grounded Theory	Datainsamling: Kvalitativ studie med tre intervjugrupper Dataanalys: Grounded theory	30 sjuksköterskor, 12 läkare, 2 psykiatriker, 1 socialarbetare och 5 hälsosamordnare.	Hög 13/16 = 81.25%

Meirelles, B. (2013). Brasilien.				
Woodtli, M. (2001). USA.	Nurses' attitudes toward survivors and perpetrators of domestic violence. *Journal of Holistic Nursing*	Datainsamling: Kvalitativ studie med individuella djupintervjuer Dataanalys: Innehållsanalys	11 sjuksköterskor	Hög 14/16 = 87.5%
Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., & Pedraza, D. (2011). USA.	Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*	Datainsamling: Kvalitativ studie med individuella intervjuer Dataanalys: Fenomenologisk analysmetod	10 sjuksköterskor	Medel 12/16 = 75%
Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., Hylander, I. (2015). Sverige.	To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence.	Datainsamling: Kvalitativ studie med intervjuer Dataanalys: Grounded theory	11 sjuksköterskor	Hög 13/16 = 81.25%

Bilaga 4

Exempel på analysförfarande

Meningsenhet	**Översättning**	**Kondensering**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**
Identification of IPV may be difficult because of ambiguous or unclear physical sign	Identifiering av IPV kan vara svårt på grund av tvetydiga eller oklara fysiska tecken	Identifiering kan vara svårt vid oklara tecken.	Oklara tecken	Dolda tecken	Identifiering av våldsoffer
It's impossible to identify IPV when the women arrive without any acute trauma	Det är omöjligt att identifiera IPV när kvinnorna anländer utan någon akut trauma	Omöjligt att identifiera IPV utan trauma	Omöjlig identifiering		
Certainly a lot of cases remain undetected	Säkerligen blir en hel del fall oupptäckta.	Fall förblir oupptäckta	Oupptäckt		
If we knew how to deal with, it would be much easier to take care of a case like that.	Om vi visste hur vi skulle ta itu med det, skulle det vara mycket enklare att ta hand om ett fall som det.	Om vi visste hur vi skulle ta itu med det	Ovetande	Rädsla inför mötet	Vara oförberedd
We don't get any support to deal with it: which attitude to have in these situations. We are not prepared. We	Vi får inte något stöd att ta itu med det: hur förhållningsättet ska vara i dessa situationer. Vi är inte	Har inget stöd, vet inte hur förhållningssättet ska vara, inte förberedda i dessa fall	Oförberedda		

don’t have much to do in these cases	förberedda. Vi har inte mycket att göra i dessa fall.				
If we are more prepared we could investigate more, we would have a more proactive approach to ask, to approach, to see evidence, maybe the incidence of interventions would be higher too.	Om vi var mer förberedda kunde vi utreda fler, vi skulle ha en mer produktiv strategi att fråga, att närma, för att se bevis, kanske skulle förekomsten av ingripanden vara högre också	Om vi var mer förberedda kunde vi utreda fler. Kanske skulle förekomsten av ingripanden vara högre.	Viktigt att vara förberedd.	Kunskapsbrist	Behov av utbildning
We have to be informed about what we can do with that person who is a victim of violence, how we can say something, how we should conduct the whole process, so she doesn’t go back to the situation of aggression again.	Vi måste bli informerade om vad vi kan göra med personen som är ett våldsoffer, hur vi kan säga, hur vi ska genomföra hela processen, så att hon inte går tillbaka till den våldsamma situationen	Måste bli informerade om vad vi kan göra med personen som är ett våldsoffer.	Vikten av information		