

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV MÖTEN MED KVINNOR SOM LEVER MED VÅLD I NÄRA RELATIONER

En litteraturbaserad studie

NURSES EXPERIENCES WHEN THEY ENCOUNTER WITH WOMEN THAT LIVES WITH DOMESTIC VIOLENCE

A literature- based study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Höstterminen 2018

Författare: Gabriella Nilsson
Moa Möller

SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskors erfarenheter av möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer
Författare:	Möller, Moa; Nilsson, Gabriella
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Svensson, Ann-Marie
Examinator:	Sahlsten, Monica
Sidor:	23
Nyckelord:	Möten, Psykosociala faktorer, Sjuksköterska, Våld, Våld mot kvinnor

Bakgrund: Ur ett globalt perspektiv har det skapats ett obehag kring ämnet våld i nära relation. Kvinnor som lever med våld i nära relationer söker vård upprepade gånger med våldsrelaterade skador och symtom, men uppger då andra orsaker till symtombilden. Sjuksköterskor är en av de yrkeskategorier som först kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor och utgör därför en nyckelroll i att ställa rätt frågor för att kunna identifiera våldet. **Syftet:** Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer. **Metod:** En litteraturbaserad studie med kvalitativ ansats. **Resultat:** Ur analysen av datamaterialet framträdde tre huvudkategorier: Att vara personlig och inte privat, brister i organisatoriska förutsättningar och svårt att hantera personliga känslor, med sex underkategorier. **Slutsats:** Sjuksköterskor upplever personliga känsloreaktioner i möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer. De önskar att kunna hjälpa kvinnorna, men när det råder brist i framförallt kunskap, utbildning och tid resulterar det i svårigheter för sjuksköterskor att identifiera våldet. Det krävs vidare forskning för att kunna utveckla och förbättra sjuksköterskor omvårdnadsarbete med våldsutsatta kvinnor.

ABSTRACT

Title: Nurses experiences when they encounter with women that lives with domestic violence

Author: Möller, Moa; Nilsson, Gabriella

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Svensson, Ann-Marie

Examiner: Sahlsten, Monica

Pages: 23

Keywords: Abuse, Battered women, Encounter, Nurse, Psychosocial factors

Background: From a global perspective, there has been a discomfort around the subject of intimate partner violence (IPV). Female victims of IPV repeatedly pursue healthcare with IPV related injuries and symptoms but blame their symptom presentation on unrelated causes. Nurses are one of the occupational groups that first come into contact with female victims of IPV and therefore play a key role in asking relevant questions as a means of identifying women who have been impacted by domestic violence. **Purpose:** To describe nurses experiences when they encounter women that lives with domestic violence. **Method:** A literature-based study with qualitative approach. **Results:** The analysis of the data material identified three main categories: To be personal but not private, deficiencies in organizational conditions and difficulties to handle personal feelings, with six subcategories. **Conclusion:** Nurses experience can be overwhelmed emotionally when working with female victims of IPV. They want to be able to help them, but when they have shortage of knowledge, education and time, this results in the inability of nurses to reliably and accurately identify the signs of IPV. Further research is needed to develop and improve nurse's opportunity and capability of providing health care services to female victims of IPV.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Våld i nära relation	1
Våldets karaktär och konsekvenser	2
Upptäcka våldsutsatthet	2
Sjuksköterskors ansvar och funktion	3
Mötet	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	6
Urval	6
Datainsamling	6
Analys	8
Etiska överväganden	8
RESULTAT	9
Att vara personlig och inte privat	9
Vill hjälpa men räcker inte till	9
För en kamp om att uppfylla sin plikt	10
Brister i organisatoriska förutsättningar	11
Hinder för att engageras	11
Hinder att tillämpa adekvat frågeteknik	12
Svårt att hantera personliga känslor	12
Beröras och utformas av återspeglning	12
Traumatiska känslor stannar kvar efter arbetet	13
Resultatsammanfattning	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Konklusion	19
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet	19
REFERENSER	20

BILAGOR

1. Bilaga 1 Artikelöversikt
2. Bilaga 2 Granskningsmall

INLEDNING

Ur ett globalt perspektiv är mäns våld mot kvinnor ett utbredd folkhälsoproblem och innebär ett brott mot mänskliga rättigheter (World Health Organization, 2013). Majoriteten av dessa våldsutsatta kvinnor känner skam och skuld känslor över sin situation vilket medför att de lever i det tysta utan någon varken hör, ser eller agerar. I Sverige år 2017 anmäldes 10 100 fall där kvinnor utsatts för våld i sina relationer (Brå, 2018). Trots höga anmälningssiffror anser Brå att endast 25 procent av de utsatta kvinnorna anmäler våldet. Sjuksköterskor är en av de yrkeskategorier våldsutsatta kvinnor först kommer i kontakt med, därmed har de en viktig roll i att identifiera våldet (World Health Organization, 2013). Enligt sjuksköterskors kompetensbeskrivning framgår det att sjuksköterskor med ett etiskt förhållningssätt och vetenskaplig kunskap ska bemöta kvinnor när misstanke om våld finns (Socialstyrelsen, 2016). För att på ett adekvat sätt kunna möta våldsutsatta kvinnor behöver sjuksköterskor ha kunskaper och erfarenheter kring ämnet våld i nära relationer.

BAKGRUND

Våld i nära relation

En nära relation, även kallat mellanmänskligt förhållande, är ett utbyte som existerar mellan två eller fler personer (Brå, 2018). Relationer kan vara grundade på känslor som medmänsklighet, kärlek, affärsförhållande eller någon typ av sociala engagemang. Normalt ses en nära relation som en koppling mellan två personer som en romantisk eller intim relation (Brå, 2018). En nära relation är inte alltid en hälsosam relation. Även om människor i grunden är sociala varelser kan våld i nära relationer förekomma både hos heterosexuella och samkönade par. Våld i nära relation definieras i engelskan på olika sätt, men har samma innebörd. De vanligaste definitionerna är; family violence, vilket betyder familjevåld eller domestic violence, det vill säga våld i hemmet och som inkluderar våld som inträffar i familjer (Socialstyrelsen, 2009). I denna studie definieras nära relation som en parrelation mellan en man och en kvinna. Enligt Socialstyrelsen (2018) är innebörden av våld och utsatthet i nära relation ett mönster av handlingar som kan innebära allt ifrån subtila handlingar till grova brott. Mer konkret betyder det allt ifrån att bli förlöjligad till att utsättas för våldtäkt eller allvarliga hot. Ofta handlar det om kombinationer av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld.

Vanligaste formen av våld i nära relationer är när en man utövar våld mot en kvinna han har eller tidigare har haft ett förhållande med (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2017). År 2014 genomfördes i Sverige två undersökningar som presenterade kvinnors och mäns utsatthet för våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2016). Undersökningarna genomfördes av Brottsförebyggande rådet och Nationellt Centrum för Kvinnofrid. Våldet de deltagande kvinnorna och männen hade utsatts för innefattar både fysiska och psykiska skador. Undersökningarna visade en jämn fördelning mellan könen utsatthet, men skillnader tyder

på att våldet mot kvinnorna är grövre. År 2012 framkommer det att kvinnor som lever med våld i nära relationer behöver uppsöka vård hos läkare, sjuksköterska eller tandläkare tio gånger så ofta som män (Socialstyrelsen, 2016).

Våldets karaktär och konsekvenser

Det fysiska, psykiska och sexuella våldet mot kvinnor har nått epidemiska proportioner runtom i världen (Goff, Shelton, Byrd & Parcel, 2003). Socialstyrelsen (2009) redogör för vilka handlingar som ingår under fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Fysiskt våld innebär allt från att bli knuffad, dragen i håret, slagen, sparkad och fasthållen. Psykiskt våld kan bestå av direkta eller indirekta hot och förlöjligande. Våldtäkt eller andra påtvingade sexuella handlingar, alternativt handlingar som den utsatte inte kunnat eller vågat säga nej till ingår under de sexuella våldsbrotten (Socialstyrelsen, 2009). Våldet klassas som en högprioriterad folkhälsofråga eftersom det resulterar i; fysiskt och psykiskt lidande, samhällsekonomiska konsekvenser i form av sjukskrivningar, isolering, sämre bostadssituation samt ekonomiska problem för kvinnorna. Våldet är också ett jämställdhetsproblem då det hindrar våldsutsatta kvinnor att ta makten över sitt eget liv (Socialstyrelsen, 2016).

Det finns bevis på att våld mot kvinnor inte endast utgör en allvarlig kränkning av deras mänskliga rättigheter. Det medför även konsekvenser på lång sikt för deras psykiska och fysiska välbefinnande, exempelvis kroniska smärtor och depressioner (Tani, Peterson & Smorti, 2016; Alhabib, Nur & Jones, 2010). Andra negativa hälsoeffekter är; gynekologiska störningar, irriterat tarmsyndrom, negativa graviditetsresultat, gastrointestinala störningar samt kronisk smärta. Sexuellt och fysiskt våld har även förknippats med psykiatriska problem, inklusive ångest, depression, fobier, drogmissbruk och suicidalitet (Tani et al., 2016).

Undersökningar av våldsutsatta kvinnors tillvaro har påvisat att våldet, trakasserier och hoten inte sker vid endast ett tillfälle, utan det är ett upprepat mönster av handlingar (Socialstyrelsen, 2009). Våldet förekommer för det mesta bakom stängda dörrar vilket gör det svårt för utomstående att uppmärksamma (Socialstyrelsen, 2016). Våldsutsatta kvinnor ökar sin gräns av tolerans för våldet med tiden, vilket associeras till en progressiv känslomässig störning och gör det svårare för kvinnorna att lämna sin partner (Goff et al., 2003). Våldsutsatta kvinnor förstår inte konsekvenserna våldet har på deras hälsa och anser sig själva inte vara i behov av professionell hjälp. Det är vanligt att kvinnor inte vågar söka vård förrän det har gått så långt att det är fara för deras liv (Peckover, 2003).

Upptäcka våldsutsatthet

Ett av målen inom svensk jämställdhetspolitik är att mäns våld mot kvinnor ska upphöra (Socialstyrelsen, 2016). För att det ska ske krävs det att sjuksköterskor som arbetar inom olika vårdinstanser i ett tidigt skede kan identifiera våldsutsatta kvinnor och erbjuda hjälp och stöd. Kvinnor som lever med våld i nära relationer är inom vissa sjukvårdsinstanser överrepresenterade, exempelvis inom psykiatri och missbruks- och beroendevården. Våldet finns överallt i samhället och måste uppmärksammas av samtlig hälso- och

sjukvårdspersonal. Grundläggande förutsättningar för att hjälpa och identifiera kvinnor som lever med våld i nära relationer är att våga fråga, vilja se och vilja veta. Genom att sjuksköterskor frågar, signalerar verksamheten att våld i nära relationer inte är acceptabelt (Socialstyrelsen, 2016). Majoritet av våldsutsatta kvinnor som söker hjälp, söker med våldsrelaterade skador och symtom men uppger annan orsak till symtombilden. Sjuksköterskor har i sådana situationer en nyckelposition till att fråga kvinnorna om våld förekommer och på så vis kunna ingripa (Husso, Virkki, Notko, Holma, Laitila & Mäntysaari, 2012).

Chefer inom hälso- och sjukvård ska ansvara för att tid ges till sjuksköterskor att kunna diskutera och reflektera kring möten med våldsutsatta kvinnor. Genom att sjuksköterskor får delge sina känslor och upplevelser, ges möjlighet till att få tips och råd i hur andra sjuksköterskor identifierar och hanterar möten med våldsutsatta kvinnor. Detta leder då till bättre bemötande och hjälp för dessa kvinnor med anledning av att sjuksköterskor har mer kunskap om ämnet (NCK, 2017). Det ställs krav på sjuksköterskor att de i ett tidigt skede ska agera och arbeta förebyggande mot våldet om misstankar om våld finns (Socialstyrelsen, 2016). Regeringen har beslutat i augusti 2017 att ändra examensbeskrivningarna i flertal utbildningar i högskoleförordningen för att kunskap om mäns våld mot kvinnor i nära relationer ska bli obligatoriskt (NCK, 2017). Sjuksköterskeutbildningen är en av de program som berörs av detta beslut. Detta innebär att sjuksköterskestudenter ska ha kunskap om mäns våld mot kvinnor i nära relationer för att få examen (Nationellt centrum för kvinnofrid, u. å).

Sjuksköterskors ansvar och funktion

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är målet för alla människor en god hälsa och vård på lika villkor (Socialstyrelsen, 2016). Lagen anger att förebygga ohälsa och att personer med störst vårdbehov ska prioriteras inom vården. Enligt krav ska sjuksköterskor arbeta så att god vård kan tillgodoses, vilket bland annat innebär ta hänsyn till patienters behov av säkerhet, självbestämmande och trygghet. Omvårdnadsarbete ska bygga på respekt för patientens integritet och autonomi samt bidra till goda kontakter mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter (SFS 2017:30). En del av hälso- och sjukvårdens ansvar innebär att identifiera kvinnor som lever med våld i nära relationer, genomföra en medicinsk bedömning och behandla utefter bedömning, och därefter följa upp kvinnorna under en lång tid (Socialstyrelsen, 2016). Sjuksköterskor ska utrustas med kunskap och färdigheter för att kunna arbeta effektivt vid möten med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. De ska ta hänsyn till kvinnorna och på ett professionellt sätt våga ställa frågor om våld (Bacchus, Mezey & Bewley, 2003). Enligt NCK (2017) är kvinnor som utsätts för våld i nära relationer i behov av stöd av hälso- och sjukvården. För att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna ge stöd och bedriva ett förebyggande arbete för dessa kvinnor, krävs kunskap hos främst sjuksköterskor. Detta på grund av att det är den yrkeskategorin som oftast först kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor (Socialstyrelsen, 2016: Prosman, Lo Fo Wong & Lagro-Janssen, 2014).

För att kvinnor ska våga berätta om våldet ska sjuksköterskor inte skuldbelägga eller förminska våldet. De ska med ett respektfullt, öppet och empatiskt sätt vara lyhörda och bekräfta kvinnorna i möten (NCK, 2017). Sjuksköterskor är inte hjälplösa vid möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer. Det är en del av deras roll som sjuksköterskor att arbeta effektivt och identifiera kvinnor som utsätts för våld (Bradbury-Jones & Taylor, 2013). Sjuksköterskor har ett huvudansvar för att tillämpa riktlinjer i omvårdnaden för att skapa strategier att möta patienter, däribland kvinnor om deras vård är i behov av skydd (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Den etiska diskussionen ska uppmärksammas med avsikt att förbättra etisk kompetens hos alla sjuksköterskor, vilket i sin tur leder till förbättrad omvårdnad samt omhändertagande av patienter. Ett personcentrerat vårdarbete, som avser sjuksköterskors arbete innebär en interaktion mellan professioner inom vården, samt personer med behov av vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskors ansvar och uppgift är att lyssna och ge stöd till kvinnor som lever med våld i nära relationer på ett professionellt sätt. På så vis kan sjuksköterskor hjälpa kvinnorna till en förändrad livssituation och komma vidare i livet (NCK, 2017). Sjuksköterskors etiska kod inom svensk sjuksköterskeförening redogör för att yrkesgruppen har ett rättfärdigt ansvar att ta hänsyn till mänskliga rättigheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). De bör vara engagerade för att identifiera utsatta och sårbara grupper som är i behov av stöd och hjälp, exempelvis kvinnor som lever med våld i nära relationer. Samtliga sjuksköterskor bör åstadkomma ett personligt förhållningssätt till mänskliga rättigheter, till internationell etiska kod och värdegrund för omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Mötet

Enligt Travelbee (1971) är inte benämningarna sjuksköterska och patient optimala då de gör det svårt att se den unika människan i det mellanmänskliga mötet. Istället definieras sjuksköterska och patient som olika människor. Sjuksköterskan är en professionell yrkesutövare som hjälper enskilda individer och familjer att hantera och förebygga sjukdom och lidande. För att göra det möjligt för sjuksköterskan att utveckla en relation till patienten är kommunikation ett hjälpmedel och en nödvändig process för att lära känna och identifiera patienten. Med hjälp av kommunikation i första mötet formas en relation mellan sjuksköterska och patient utifrån deras erfarenheter (Travelbee, 1971). Ett mellanmänskligt möte består av fem faser som inverkar på hur relationen utvecklas. I första fasen skapas första intrycket om hur personerna upplever varandra, vilket påverkar hur relationen förändras utifrån beteende, handling samt uttryckssätt. I andra fasen träder personernas identiteter fram och skapar en relation utifrån de uppfattningar som framträder under det första mötet. Den tredje fasen handlar om empati och om sjuksköterskan visar förståelse för patientens tillstånd underlättas skapandet av en god relation. Den fjärde fasen är sympati, viljan att hjälpa sin medmänniska i en svår situation och den femte och sista fasen ska bygga på medkänsla och viljan till att samarbeta med patienten. En positiv genomgång av dessa fem faser i mötet ger en god relation mellan sjuksköterska och patient (Travelbee, 1971).

En vårdande relation i ett möte mellan sjuksköterska och patient ser annorlunda ut i olika sammanhang, men en gemensam nämnare är att patientens hälsoprocess ska stödjas och stärkas (Dahlberg & Segesten, 2010). En professionell omvårdnad handlar om att arbeta med lyhördhet för patientens autonomi. Det är viktigt att arbeta utifrån en helhetssyn i mötet med

patienten (Eide & Eide, 2009). Även om en vårdande relation kännetecknas av att patienten är i fokus är alltid båda personerna aktiva och bidrar till mötets kvalitet. Det måste finnas en ömsesidig tillit mellan personerna i ett vårdande möte (Dahlberg & Segersten, 2010) Sjuksköterskan behöver kunskap i kommunikation för att kunna stödja patienten vilket är en förutsättning för att patienten ska känna sig trygg och omhändertagen i mötet. En god kommunikation innebär att aktivt lyssna, se och engagera sig i patienten och på så vis kunna observera kliniska och verbala tecken (Dahlberg & Segersten, 2010). Pusa, Hägglund, Nilsson och Sundin (2015) beskriver att sjuksköterskan ska uppmärksamma patientens önskemål och behov i mötet samt hjälpa dem att lindra lidande, och om det behövs finna ny mening med hälsa. Med kommunikation som grund för den personcentrerade vården som syftar till att främja patientens självbestämmande i sin vårdssituation, visar sjuksköterskan sin förmåga att hantera sina egna svåra känslor i mötet (Eide & Eide, 2009). Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att det vårdande mötet kännetecknas av sjuksköterskans ansvar för interaktionen och dess utveckling. Således är det sjuksköterskans skyldighet att, med sin kunskap och kompetens, se till att mötet blir vårdande. Genom att sjuksköterskan strävar efter att uppnå en förståelse för patienten och att skapa ett förtroendefullt förhållande förmedlas en säkerhet för patienten (Pusa et al., 2015).

PROBLEMFORMULERING

Varje dag runtom i världen i samtliga samhällsklasser utsätts kvinnor för psykiskt, fysiskt och sexuellt våld. Bland dessa utsatta kvinnor finns ett mörkertal som upplever skam och skuldskänslor över sin situation och väljer därför att leva i det tysta. Sjuksköterskor är ofta den första kontakten med våldsutsatta kvinnor och har därmed en nyckelroll som ger möjlighet till att identifiera deras problematik. Majoriteten av våldsutsatta kvinnor söker vård upprepade gånger när de befinner sig i en sårbar situation för både kroniska och akuta åkommor. Exempelvis långvariga smärttillstånd och depressioner utan att sjuksköterskor ställer de frågor som krävs för att identifiera våldet. Genom att sjuksköterskors erfarenheter kring problemområdet tillämpas, möjliggörs förutsättningar till ett bättre möte med kvinnor som lever med våld i nära relationer.

SYFTE

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer.

METOD

För studien valdes en litteraturbaserad metod för att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning beskriven av Friberg (2017). Detta innebär att få en översikt och ökad förståelse över kunskap om ett specifikt fenomen genom att granska och analysera tidigare forskning inom området. För att fördjupa och öka förståelsen för sjuksköterskors erfarenheter av det valda fenomenet i studien användes kvalitativ forskning. Utgångspunkten för varje kvalitativ studie är ett kunskapsvärde som utvecklas när fler studiers resultat sammanställs genom att finna likheter och skillnader kring valt område. Detta sammanställs till ett nytt resultat. Genom att sammanställa teoretiska forskningsresultat från artiklar med kvalitativ ansats kan en ökad förståelse uppnås för individens erfarenheter och upplevelser kopplat till hälsosfaktorer och livsprocesser (Friberg, 2017).

Urval

Studien har inklusions- och exklusionskriterier för att datainsamlingen skulle bli begränsad och aktuell till studiens syfte. Inklusionskriterier för studien var artiklar med kvalitativ ansats, vetenskapligt skrivna, det vill säga Peer Review, och var publicerade mellan år 2000 och 2018 för att få en avgränsning samt ett resultat baserat på aktuell forskning. Artiklarna var engelskspråkiga för att undvika missförstånd av dess innehåll. Artiklarna skulle beskriva sjuksköterskors upplevelser av möten med våldsutsatta kvinnor. Båda könen inkluderades. Även artiklar som var riktade åt specialistsjuksköterskor, sjuksköterskestudenter eller andra perspektiv än allmänsjuksköterskor, samt artiklar som inte gick att öppna i fulltext, trots överensstämmande abstrakt med studiens syfte exkluderades.

Datainsamling

Systematisk litteratursökning genomfördes i databaserna CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) och Medline (Manufacturer, Distributor of Healthcare Products and Solutions). Enligt Friberg (2012) innehåller de två databaserna vetenskapliga artiklar, avhandlingar och information med inriktning på hälso- och vårdvetenskap. En bred sökning genomfördes inledningsvis för att få en översikt på valt område för att identifiera relevanta engelskspråkiga sökord till studiens syfte. De sökorden som nyttjades var domestic violence, nurse och experience. Sökorden kombinerades på olika sätt tillsammans med ord som "battered women", "psychosocial factors" och "attitudes" (Tabell 1). Sökorden kombinerades med operatörer "AND" och "OR" för att sökorden skulle få samband till varandra. Enligt Friberg (2012) är operatören "AND" den allra vanligaste operatören för att koppla samman två söktermer som kontrollerar databasen att eftersöka dokument som stämmer överens med vad som söks. Sökorden strukturerades för att få med böjningar på orden, exempelvis "experience". Sökkombinationerna fick olika antal träffar och de kombinationer med rimligt antal träffar lästes samtliga titlar. I de titlar som tycktes stämma överens med studiens syfte lästes även abstrakten, och om artiklarna med intressant abstrakt gick att öppna i full version lästes hela artikeln. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt en granskningsmall beskriven av Friberg (2017) som utgår från ett antal frågor för att ta ställning till hur hög kvalitet artiklarna hade. Tio artiklar kvalitetsgranskades och varje fråga

som uppfylldes i mallen gav ett poäng, totalt kunde artiklarna få tolv poäng (Bilaga 2). Två artiklar valdes bort på grund av att de inte hade tillräckligt hög kvalitet. Således valdes totalt åtta artiklar att ingå i studiens resultat efter genomförd kvalitetsgranskning (Bilaga 1). Sex artiklar hämtades från Cinahl, respektive två artiklar hämtades från Medline.

Tabell 1. Tabellöversikt av sökord och urval. Sökning i CINAHL och Medline. 2018-08-23 – 2018-09- 24.

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
CINAHL 2018- 08- 23	"domestic abuse" AND nurse* AND experience*	30	30	12	2
CINAHL 2018- 08- 23	("domestic abuse" OR "intimate partner violence") AND nurse* AND experience*	170	170	20	1
CINAHL 2018- 09- 09	battered women* domestic violence* Nursing* Nurse attitudes* AND Nurses psychosocial factors*	155 786	149	17	4
MEDLINE 2018-09- 09	("domestic abuse" OR "intimate partner violence") AND nurse* AND experience*	169	169	14	1
MEDLINE 2018-09- 24	battered women* domestic violence* dead women* Nursing* Nurse attitudes* AND Nurses psychosocial factors*	132 296	75	31	2

Analys

Datamaterial analyserades utifrån en modell beskriven av Friberg (2017). Detta innebär att artiklarna läses och gick från en helhet till delar och därefter till en ny helhet. Det insamlade datamaterialet lästes flera gånger enskilt för att öka förståelsen för helheten. Fokus lades sedan på varje artikels enskilda resultat som flera gånger lästes för att få en verklig uppfattning av innehållet. Därefter lästes datamaterialet gemensamt och diskussion och reflektion fördes. Nyckelfynd identifierades från varje artikel som svarade på studiens syfte. Därefter urskildes likheter och skillnader mellan de olika studiernas resultat genom att gruppera med olika färger. Med hjälp av färgkoderna kunde övergripande huvudkategorier och underkategorier identifieras. Här skedde pendling mellan studiernas resultat och abstraktioner i form av framväxande kategorier och underkategorier. Diskussion fördes angående de nya huvudfynd som framkommit, ytterligare analys genomfördes och därefter fastställdes huvudkategorier och underkategorier. En ny helhet skapades och var det sista analyssteget i analysprocessen. Syftet fanns med i tanken under hela analysprocessen.

Etiska överväganden

Studien har följt forskningsetiska principer i enlighet med vetenskapsrådet (2017), som anger att forskning alltid ska vara sann och inte får förvrängas eller förfalskas. Ett etiskt resonemang kring informationsinsamlingen fördes och avstånd tagits från oredligheter som förfälskning, feltolkningar och plagiat. Samtliga artiklar i studiens resultat har angivit att det föregår ett samtycke från deltagarna samt att de fått godkännande av etisk kommitté eller liknande inrättning. Detta i enlighet med Vetenskapsrådet (2017) som har fyra etiska grundkrav på forskaren; informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav. Referera till andra författares material genomfördes på ett korrekt sätt genom att hänsyn tagits till upphovsrättslagen (SFS 1960:729). Målet genom hela arbetet var ärlighet och noggrannhet vid tolkning av studiens valda artiklar. Detta för att inte påverka resultatet med förvrängd information från artiklarna eller egna erfarenheter utefter förförståelsen till studiens valda fenomen. Förförståelse gällande våld i nära relation och sjuksköterskors upplevelser i mötet baserades på uppfattningar och erfarenheter till ämnet och diskuterades innan studiens process startade.

RESULTAT

Ur analysen framträdde tre huvudkategorier och sex underkategorier som presenteras nedan i tabell 2.

Tabell 2. Huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategori	Underkategori
Att vara personlig och inte privat	Vill hjälpa men räcker inte till
	För en kamp om att uppfylla sin plikt
Brister i organisatoriska förutsättningar	Hinder för att engageras
	Hinder att tillämpa adekvat frågeteknik
Svårt att hantera personliga känslor	Beröras och utformas av återspeglning
	Traumatiska känslor stannar kvar efter arbetet

Att vara personlig och inte privat

Denna kategori handlar om att sjuksköterskor upplever svårigheter att vara professionell. Detta innefattar att de vill hjälpa men räcker inte till och kampen om att uppfylla sin plikt.

Vill hjälpa men räcker inte till

Sjuksköterskor upplever att deras arbete med kvinnor som lever med våld i nära relationer inte räcker till, vilket resulterar i olika känslouttryck (Cox, Cash, Hanna, D'Arcy-Tehan & Adams 2001; Goldblatt, 2009). Sjuksköterskor betonar sitt etiska ansvar som är att identifiera och stödja kvinnor som lever med våld i nära relationer. De upplever att det är komplicerat att möta kvinnorna då medicinsk och rutinmässig undersökning och behandling inte räcker till för att identifiera och hjälpa kvinnorna (Goldblatt, 2009). Det har förekommit situationer då våldet har eskalerat till den värsta möjliga utgång och kvinnor har avlidit av

suicidalitet eller misshandel från deras partner. Detta har resulterat i att involverade sjuksköterskor känner skuld då de upplever att de har ett ansvarstagande för kvinnorna (Van der Wath, van Wyk & Janse van Rensburg, 2013). Sjuksköterskor är medvetna om att de våldsutsatta kvinnorna lever i en tillsynes obrytbar cirkel av våld och emotionellt trauma, och i majoriteten av fallen väljer kvinnorna att inte lämna deras partner på grund av förnekelse, känslor av skam och rädsla över att leva ensam. Detta medför att sjuksköterskor upplever att de inte når fram till kvinnorna och kan hjälpa dem på ett professionellt sätt (Goldblatt, 2009; Bradbury-Jones, Taylor, Kroll & Duncan 2014). Våldsutsatta kvinnor kan välja att avstå från att berätta om sin livssituation för sjuksköterskor på grund av rädslor för att deras situation ska exponeras för omvärlden (Bradbury-Jones, Taylor, Kroll & Duncan 2014). Emellanåt väljer sjuksköterskor att gå utanför gränsen och ta risker i deras arbete för att lindra våldsutsatta kvinnors lidande genom att skapa en trygg och säker vårdrelation, exempelvis hjälper de kvinnorna i hemlighet. Detta är inte alltid etiskt och yrkesmässigt korrekt och heller inte uppskattat av andra kollegor, men nödvändigt för att nå fram till kvinnorna (Cox et al., 2001).

Att arbeta som sjuksköterska och vara omvårdnadens ansikte utåt, samtidigt vara i samhället som privatperson har resulterat i en situation där sjuksköterskor upplever ilska och frustration över en minskad god vård för deras patienter (Van Wyk et al., 2015). Sjuksköterskor vill hellre avstå från känslomässiga aspekter i sitt yrke, och istället fokusera på det fysiska aspekterna i omvårdnaden för kvinnorna (Goldblatt, 2009). Möten med våldsutsatta kvinnor skadar sjuksköterskors tro om sig själva i deras yrkesroll i samhället, de har erfarenheter om att ingen är immun mot våld och det bidrar till en osäkerhet och känslor av hjälplöshet (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskors känsla av uselhet då hjälplösheten infinner sig, medför ett evigt förtryck av dess negativa känslor för deras professionalitet. Det innebär att sjuksköterskor i sitt yrke håller hemligheter och upprättar planer i smyg för att få kontakt med kvinnorna utan mannens vetskap (Cox et al., 2001).

För en kamp om att uppfylla sin plikt

Det är tydligt att kvinnors våldsutsatthet har en känslomässig påverkan hos sjuksköterskor, de upplever interpersonella svårigheter som yttrar sig i deras självförtroende och oro över att kränka kvinnorna (Bradbury-Jones, Taylor, Kroll & Duncan 2014; Goldblatt, 2009). En del av yrkesrollen som sjuksköterskor har innebär att hjälpa och stödja kvinnor de konstaterar lever med våld i nära relationer. Det finns tillfällen då ilskan hos sjuksköterskor tar över och de inte längre kan vara professionella, vilket påverkar både sjuksköterskor och de utsatta kvinnorna (Goldblatt, 2009; Inoue & Armitage, 2006). Sjuksköterskor lever i två världar, den ena världen är på arbetsplatsen iklädd rollen som kompetenta sjuksköterskor där plikten är att agera, stötta och hjälpa kvinnor som lever med våld i nära relationer. I den andra världen befinner de sig i samhället som en medmänniska och ständigt ser våld mot kvinnor, men kan i dessa tillfällen inte agera då det är tabubelagt och för nära kvinnors integritet (Van Wyk et al., 2015). Trots att ämnet är tabubelagt har sjuksköterskor svårigheter i att hålla distans från våldsutsatta kvinnor. De stänger av känslor och upprättar gränser för att inte lämna yrkesrollen som professionella sjuksköterskor, de anser sig själva vara oprofessionella om de låter negativa känslor få övertaget (Goldblatt, 2009). När personliga

känslor infinner sig då kvinnor inte vågar berätta om våldet, upplever sjuksköterskor att de måste följa sitt ansvar i sin roll och hjälpa kvinnorna till den mån som går (Cox et al., 2001).

En inledande känsla hos sjuksköterskor vid möten med våldsutsatta kvinnor är sympati, påföljden blir upplevelser av frustration och ilska mot männen som utsätter kvinnorna för ett lidande. Trots blandade känslor är sjuksköterskor förståndiga nog att vara professionella (Inoue et al., 2006). Ständigt arbetar sjuksköterskor i motsättningar när de möter kvinnor som lever med våld i nära relationer, de håller hemligheter, de för konversationer på särskilda sätt för att inte såra samtidigt som de lyssnar, hänvisar och bemyndigar (Cox et al., 2001). Sjuksköterskor ifrågasätter sig själva med deras svårigheter i hur de med sitt etiska ansvar och sin professionella roll ska agera för att lindra kvinnors lidande, de vill kontrollera sina egna känslor för att på ett adekvat sätt uppfylla sin plikt som sjuksköterska (Goldblatt, 2009).

Brister i organisatoriska förutsättningar

Denna kategori handlar om att sjuksköterskor själva har ambitionen men hindras av struktur och bristande resurser i omgivningen. Detta innefattar hinder för att engageras och hinder att tillämpa adekvat frågeteknik i möten med våldsutsatta kvinnor.

Hinder för att engageras

Det finns tydliga riktlinjer i vad som förväntas av sjuksköterskor samt vilka tillgängliga resurser som finns att nyttja vid möten med kvinnor som utsätts för våld (Inoue et al., 2006). Sjuksköterskor ska vara målinriktade, kunna upptäcka förmaningar, arbeta förebyggande och agera utifrån deras kunskaper och erfarenhet om ämnet våld mot kvinnor i nära relationer. De har en nyckelroll i att identifiera och engagera sig i kvinnorna om det råder misstankar om våld, men deras bemötande är ofta olämpligt och ohjälpligt (Inoue et al., 2006). Detta upplever sjuksköterskor är på grund av organisatoriska orsaker i form av tidsbrist (Bradbury-Jones, Taylor, Kroll & Duncan 2014). Även brist i att tillämpa erbjudna verktyg och resurser så som specialistutbildad personal och hänvisningar till andra instanser som har kunskap om kvinnomisshandel, är bidragande hinder till att engagera sig i kvinnorna (McGarry & Nairn, 2015). Det tar tid för kvinnor att berätta och erkänna våldet de utsätts för då de ständiga känslor av skam och skuld infinner sig, vilket resulterar i att sjuksköterskor upplever att den utsatta tid verksamheten erbjuder, inte räcker till för att sitta ner och prata med kvinnorna och möta dem på ett korrekt sätt (Williams, Halstead, Salani & Koerner, 2017; Goldblatt, 2009).

Sjuksköterskor upplever frustration över dagens sjukhusläge med befintliga överläggningar, personalbrist och tidsbegränsningar, vilket resulterar i minskad integritet för patienter däribland kvinnor som utsätts för våld. På så vis försvåras sjuksköterskors arbete med att agera och stödja kvinnorna professionellt (Van Wyk et al., 2015). Behovet våldsutsatta kvinnor har av att diskutera sin utsatthet i lugn och ro, samtidigt som vårdens tidsbegränsningar finns bidrar till att kvinnor som lever med våld i nära relationer väljer att inte avslöja sin utsatthet (McGarry et al., 2015). Detta med anledning av att de inte hinner

skaffa sig förtroende för sjuksköterskor, vilket resulterar i att mötet med kvinnorna försvåras och känslor av bristande omsorg för kvinnorna uppenbarar sig (McGarry et al., 2015). Det är inte enbart brist i tid som är en signifikant orsak till undvikande och osympatiska arbete med de utsatta kvinnorna. Även den synnerliga brist i kunskap och erfarenhet kring ämnet våld i nära relation genererar i svårigheter att förstå kvinnornas känslor, och en osäkerhet i hur sjuksköterskor ska agera i mötet med kvinnorna uppstår (Inoue et al., 2006). För att sjuksköterskor ska kunna agera professionellt i möten med våldsutsatta kvinnor, anser de att med hjälp av resurser i form av tid, utbildning och erfaren personal kunna utveckla ett ökat förtroende för sin kompetens till nästkommande kvinnor, då processen och tillgängligheten i möten blir bättre (McGarry et al., 2015).

Hinder att tillämpa adekvat frågeteknik

Våldsutsatta kvinnor är i flera fall rädda för att samarbeta med sjuksköterskor och vågar därför inte engagera sig i att lösa sin utsatta situation, vilket anses bekvämt för de sjuksköterskor som aldrig vågar ställa frågor om våld i nära relation (Goldblatt, 2009; Williams et al., 2017). De sjuksköterskor som ändå väljer att ställa frågor tillämpar antingen formella eller informella metoder (Williams et al., 2017). Formella metoder innefattar i huvudsak att sjuksköterskor använder standardiserade rutinfrågor vid varje besök med kvinnor de misstänker lever med våld i nära relationer. De informella metoderna inkluderar allmänna frågor samt identifiering av andra indikatorer på våldsutsatthet (Williams et al., 2017). Sjuksköterskor anser att det är viktigt att ställa frågor till kvinnor om våld i nära relation, men på grund av brist på riktlinjer, utbildning och svårigheter med att våga ställa frågor och engagera sig, resulterar det i att utsatta kvinnor inte identifieras och får rätt hjälp och stöd (Williams et al., 2017). Sjuksköterskor väljer sina omvårdnadsuppgifter med våldsutsatta kvinnor selektivt utefter deras personliga engagemang och inställning till våldet. För att kvinnorna i ett tidigt skede ska få rätt hjälp och stöd anser sjuksköterskor att prioritering ska finnas till att identifiera dessa våldsutsatta kvinnor (Goldblatt, 2009). Majoriteten av kvinnor som lever med våld i nära relationer har en positiv inställning till att få frågor om våldet, men beroende på hur sjuksköterskor väljer att ställa frågor kring ämnet har det en avgörande roll för om svaret uteblir eller inte (Williams et al., 2017). Samhällets attityd till våld i nära relation uppfattas oftast som tabubelagt, vilket resulterar i att utsatta kvinnor inte vågar erkänna våldet för sig själva. Sjuksköterskor blir då osäkra på hur de ska ställa frågor för att inte kränka kvinnornas integritet (Inoue et al., 2006; Williams et al., 2017).

Svårt att hantera personliga känslor

Denna kategori handlar om hur sjuksköterskor skyddar sig genom att distansera sig om det blir för känsloladdat. Detta innefattar att beröras och utformas av återspeglning och traumatiska känslor stannar kvar efter arbetet.

Beröras och utformas av återspeglning

Sjuksköterskor har observerat att de har ett huvudansvar i att identifiera och hjälpa kvinnor som lever med våld i nära relationer. Det är därför viktigt att de är medvetna om att deras

arbete innebär att vidta rätt åtgärder för att hjälpa kvinnorna utan att ta hänsyn till egna uppkomna känslor (Williams et al., 2017). Sjuksköterskor tenderar att motvilligt engagera sig i ämnet våld i nära relation, oavsett om kvinnor har skador som de misstänker är orsakat av våld. Detta på grund av att sjuksköterskors personliga skyddsmekanismer yttrar sig (Inoue et al., 2006). De hanterar ångesten genom att avlägsna känslorna och distansera sig om det blir för känsloladdat, vilket resulterar i att det blir svårare att hjälpa och stödja kvinnorna (Goldblatt, 2009). En del sjuksköterskor har aldrig påträffat kvinnor som utsätts för våld i nära relationer, alternativt fått utbildning i det, vilket gör det svårt att föreställa sig och sätta sig in i kvinnornas situation. Detta medför svårigheter och rädslor i sin yrkesroll och på så vis tystar sjuksköterskor ner ämnet genom att förbise våldet (Inoue et al., 2006). Sjuksköterskor upplever att de utsätts för samma känslor som kvinnorna de har kontakt med. De anser att de inte arbetar i tomrum där deras roll som sjuksköterskor innebär att vara professionell trots känslomässig påverkan. De har svårigheter i att hantera emotionella situationer på grund av upplevd skräck vilket resulterar i att kvinnorna inte identifieras (Bradbury-Jones, Taylor, Kroll & Duncan 2014).

Sjuksköterskor hanterar känslor olika i möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer, men gemensamt är återspegligen i kvinnornas utsatta situation för att skapa en trygg och säker vårdrelation (Cox et al., 2001; Goldblatt, 2009). Känslor som uppstår i möten med våldsutsatta kvinnor kan uttryckas i medlidande, systerskap, skam, ilska och ansvarstagande för kvinnornas hälsa (Goldblatt, 2009). Dessa känsloreaktioner kan komma plötsligt och intensivt och kan uttryckas genom chock, ilska, sorg och rädsla, men de kan också komma efter en längre tid och då innebära djupa depressioner hos sjuksköterskor (Van der Wath, van Wyk & Janse van Rensburg, 2013). Sjuksköterskors hantering av uppkomna känslor påverkas av deras personlighet och livserfarenhet, exempelvis om de själva har utsatts för våld i nära relationer eller befunnit sig i situationer där våld har påträffats (Inoue et al., 2006).

Kvinnliga sjuksköterskor upplever att deras empatiska medkänsla för kvinnorna formas utefter hur de känner deras smärta och lidande under möten. Detta medför en kärleksfull attityd mot kvinnorna då de upplever ett systerskap, som innebär ett ingående engagemang i de våldsutsatta kvinnornas berättelser, och en pågående kamp för att upprätthålla kompetensen (Van Wyk et al., 2015; Inoue et al., 2006). Däremot upplever manliga sjuksköterskor mer skam och skuld över att vara män när de möter kvinnor som lever med våld i nära relationer. De ser då hur kvinnornas män har misshandlat och utsatt dem för ett lidande, och upplever då frustration över att kvinnorna inte alltid vill eller vågar ta emot hjälpen från dem på grund av att de är manliga sjuksköterskor (van Wyk & van der Wath, 2015).

Traumatiska känslor stannar kvar efter arbetet

Bakom en personlig gräns och fasad av lugn och tålmod upplever erfarna sjuksköterskor en skräck i möten med kvinnorna när de berättar om våldscykeln de inte kan ta sig ur. Detta på grund av att sjuksköterskor påverkas av personliga uppkomna känslor (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskor anser inte att det endast är organisatoriska orsaker som gör det svårt att identifiera våldsutsatta kvinnor, det handlar även om uppkomna och återkommande

traumarelaterade känslor som inte går att avlägsna efter avslutat arbetspass (van der Wath, van Wyk & Janse van Rensburg, 2013). Känslor som uppstår vid möten med våldsutsatta kvinnor tränger in på sjuksköterskors personliga gränser, de tar med sig sitt arbete hem och fortsätta sin kamp mot de negativa känslorna som uppstått under möten med kvinnorna (Goldblatt, 2009). Mötet ger likaså känslor av rädsla för våld generellt, och rädslan har en roll i att forma sjuksköterskors privatliv och personliga relationer. En sjuksköterska beskriver ett specifikt möte med en kvinna som har blivit misshandlad av sin man så pass mycket att ansiktet var krossat, vilket påverkade sjuksköterskan på ett intimt och personligt sätt. Sjuksköterskan klarade inte av att se sig själv i spegeln på flera dagar efter händelsen på grund av medlidande för kvinnan (Goldblatt, 2009). Då liknande situationer uppstår väljer en del sjuksköterskor att ta avstånd från att identifiera och hjälpa kvinnorna, då de blir påverkade personligt och upplever att de måste prata av sig om känslorna med familj och vänner (Williams et al., 2017).

Sjuksköterskor arbetar ständigt med sig själva trots uppkomna känslor för att separera på arbete och privatliv. De ska hålla masken och avlägsna känslor som kan påverka möten med våldsutsatta kvinnor (Goldblatt, 2009). De försöker lägga det som hänt i arbetet bakom sig för att bevara sin självkontroll som kompetent sjuksköterska samt för att skydda sig själv och sin familj (Goldblatt, 2009). Mötet med våldsutsatta kvinnor påverkar sjuksköterskors anhöriga och familj till följd av negativa konsekvenser. De går igenom ett sorgearbete efter att ha lyssnat på berättelser från kvinnorna som blivit misshandlade av sina män, vilket resulterar i att påträngande minnen skapas hos sjuksköterskor (Van der Wath, van Wyk & Janse van Rensburg, 2013). Dessa minnen om våldsutsatta kvinnor och deras skador är återkommande och påträngande. När det finns tid för att tänka och reflektera blir minnena påträngande och påverkar sjuksköterskor negativt i deras privatliv (Van der Wath et al., 2013).

Resultatsammanfattning

Av resultaten framgår tre huvudkategorier som bidrar orsaker till att sjuksköterskor upplever osäkerhet i att möta kvinnor som lever med våld i nära relationer. Första huvudkategorin, att vara personlig men inte privat, handlar om att sjuksköterskor vill hjälpa samtidigt som de känner sig hjälplösa i möten med våldsutsatta kvinnor och de för en kamp om att kunna bevara deras professionalitet. Andra huvudkategorin, brister i organisatoriska förutsättningar, handlar om hinder för att sjuksköterskor ska kunna engageras och hinder i att nyttja rätt frågeteknik i möten med våldsutsatta kvinnor. Tredje huvudkategorin, svårt att hantera personliga känslor, handlar om att sjuksköterskor utformas av återspeglning i våldsutsatta kvinnor och hur traumatiska känslor stannar kvar efter avslutat arbetspass.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturbaserad metod med kvalitativ ansats valdes för att få en ökad förståelse för sjuksköterskors erfarenheter av möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer. Vald metod ansågs relevant på grund av att den handlar om att skapa en bild över kunskapsläget inom ett omvårdnadsrelaterat område samt om ett problem inom sjuksköterskans kompetensområde (Friberg, 2017). En kvalitativ ansats valdes för att studera människors levda erfarenheter av ett fenomen (Henricson, 2017). En kvantitativ ansats exkluderades på grund av att den inte fokuserar på erfarenheter om ett valt fenomen. Henricson (2017) beskriver att kvalitativ forskning fokuserar på framställning av kvaliteten och därmed förståelsen. Om mer tid funnits för examensarbetet hade en intervjustudie valts för att på ett djupare sätt med hjälp av egna frågor förstå deltagarnas erfarenheter och upplevelser. En intervjustudie kan även ha gett möjlighet till att fånga och följa upp antydningar, kroppsspråk samt ställa följdfrågor (Danielsson, 2017).

Artiklar publicerade före år 2000 exkluderades för att få en begränsning på relevant information. Initialt planerades det att begränsa sökningen till ett tidsspänn på tio år men eftersom en artikel med väsentlig information som svarade på studiens syfte publicerades redan 2001 frångicks detta kriteriet. Henricson och Billhult (2017) beskriver att kvalitativa data samlas in via bloggar, intervjuer, berättelser eller deltagande observationer. Genom att använda databaser som Cinahl och Medline stärks studiens resultat på grund av att utbudet av relevanta artiklar ökar (Henricson, 2017). Begreppet våld i nära relationer översattes till engelskan och gav då upphov till flera sökord och sökkombinationer som *Battered women*, *Domestic violence* och *Intimate partner violence*. Detta gjorde att möjligheten att hitta relevanta artiklar ökade. Sökningen inkluderade olika tecken och termer. Termen "AND" nyttjades för att göra sökningarna mer specifika, och termen "OR" är expanderande och nyttjades för att öka sökningarnas sensitivitet. Tecknet * nyttjades för att möjliggöra sökandet på ord med samma rot samtidigt, exempelvis nurse, nurses och nursing (Karlsson, 2017). Mycket tid ägnades åt att läsa abstrakt för att identifiera relevanta artiklar som svarade mot studiens syfte. Termerna trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet användes i studien vilket syftade till att säkerställa studiens vetenskapliga kvalitet (Henricson, 2017). Trovärdighet kan ses som ett paraplybegrepp över resterande termer och avses tydliggöra för läsaren att resultatet äger giltighet och att skapad kunskap är rimlig (Mårtensson & Fridlund, 2017). För att höja det vetenskapliga värdet i studien kvalitetsgranskades valda artiklar med hjälp av en granskningsmall av Friberg (2017). Mallen användes för att bedöma artiklarnas tillförlitlighet och därmed deras trovärdighet. Efter genomförd granskning ansågs åtta artiklar tillräckligt tillförlitliga och trovärdiga för att kunna nyttjas i studiens resultat.

Trovärdighet, tillförlitlighet och bekräftelsebarhet har stärkts i arbetet genom att resultatet har diskuterats och kritiskt granskats under studiens process av kurskamrater och handledare något som framhållits som betydelsefullt av Mårtensson och Fridlund (2017). Insamlat datamaterial har lästs, diskuterats och noggrant analyserats med ett objektivt synsätt. Således

har bekräftelsebarheten och tillförlitligheten bejakats under arbetets gång genom att ställningstaganden noggrant har kontrollerats under hela forskningsprocessen.

Henricson (2017) beskriver att det finns en medvetenhet hos alla människor till att fånga och presentera absoluta sanningar, och ett begrepp som beskriver och hanterar denna medvetenhet är förförståelsen som är ett resultat på att en studie är pålitlig. Studiens författare har en del förförståelse med uppfattningar och erfarenheter till fenomenet innan studiens process startade vilket har både för- och nackdelar. Fördelen är att det finns en del kunskap sedan tidigare och gör det lättare att sätta sig in i fenomenet och på så vis lättare kan överblicka problemet. Nackdelen menar Henricson (2017) är att erfarenheter har resulterat i att en del forskare tydligt redovisar och reflekterar kring sin bakgrund, och därmed påverkas analysen och resultatet. Därför har förförståelsen till studiens ämne tagits med försiktighet för att minska risken för personliga värderingar och därmed feltolkning av informationen. Henricson (2017) menar att undvika att personliga värderingar påverkar resultatet, måste ett neutralt synsätt behållas till studiens fenomen. Analysen har beaktat etiskt ställningstagande genom att inte lägga egna värderingar i sjuksköterskors erfarenheter av fenomenet.

Om studiens resultat kan överföras till andra grupper, kontexter eller situationer samt att metod och datainsamling är väl beskrivna, anses överförbarhet vara hög och därmed ha trovärdighet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Valda artiklar är utförda i olika länder världen över och kan innebära att vald forskning kan bli svår att jämföra på grund av skillnader i vårdssystem, kultur och religion. Trots skillnader påvisar resultatet att sjuksköterskor kan ha samma erfarenheter av studiens fenomen oavsett var studier är gjorda. Således kan studien resultat vara överförbart genom att sjuksköterskor delger sina erfarenheter, strategier och hantering av fenomenet. Endast läsaren kan dock avgöra i vilken utsträckning resultatet är överförbart.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer. Av resultaten framkommer att sjuksköterskor upplever svårigheter att vara professionella vilket kan innebära att vara personlig och inte privat i mötet med dessa kvinnor. Sjuksköterskor upplever att de far illa psykiskt vid möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer. Detta på grund av att de upplever svårigheter med att sätta gränser gentemot kvinnorna. Sjuksköterskor är medvetna om att våld mot kvinnor kan förekomma överallt vilket resulterar i att sjuksköterskor upplever att de inte kan hjälpa till då kvinnorna inte uppmärksammas. Det är därför viktigt att sjuksköterskor är personliga och lyhörda mot våldsutsatta kvinnor för att de ska våga öppna sig, samtidigt ska de inte vara alltför privata då deras yrkesroll i så fall kan ta skada. I linje med en studie av Sundborg, Törnkvist, Saleh- Stattin, Wändell och Hylander (2017) beskrivs att sjuksköterskor i möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer är rädda för att bli för djupt involverade och därmed alltför känslomässiga. Rädslan är nödvändig för sjuksköterskor att kunna skydda sig själva. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) innebär möten att två individer kommer nära

varandra, samtidigt som det är en gränsdragning. I ett vårdande möte bör båda parter respektera varandras gränser.

Av resultaten framgår att sjuksköterskor är medvetna om att de har en nyckelroll i att möta och identifiera våldsutsatta kvinnor. Enligt Travelbee (1971) ska sjuksköterskor i sin professionella roll möta människor genom ett känslomässigt deltagande för att förebygga sjukdom och lindra lidande (Travelbee, 1971). Sjuksköterskorna upplever känslomässiga kontraster då de ena stunden är iklädda rollen som sjuksköterskor och därmed ska agera professionellt vid möten med våldsutsatta kvinnor. I nästa stund befinner sig sjuksköterskorna ute i samhället och ser våldet men kan inte agera då det är skam- och tabubelagt. Sjuksköterskorna har i sitt arbete en position i att kunna agera i möten med våldsutsatta kvinnor, därför är det viktigt att de bevarar sin professionella roll för att bevara kvinnornas integritet. I linje med en studie av Sundborg et al. (2017) beskrivs att våldsutsatta kvinnor tvekar för att berätta om sin situation för sjuksköterskor på grund av rädslan av att exponeras för samhället. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2016) krävs det en ömsesidig bestämd humanistisk värdegrund, som stärks av ett personcentrerat perspektiv i omvårdnadsprocessens olika steg, för att fler våldsutsatta kvinnor ska identifieras och få rätt hjälp och stöd. Socialstyrelsen (2016) anger att krav ska ställas på samhällets aktörer samt att de ska arbeta förebyggande och reagera i ett tidigt skede när det råder misstankar om våld i nära relationer hos kvinnor.

Av resultaten framkommer att sjuksköterskor upplever att det finns brister i organisatoriska förutsättningar. Sjuksköterskorna väljer sina omvårdnadsuppgifter selektivt utefter deras personliga erfarenheter, engagemang och inställning till våldet. På grund av att sjuksköterskorna i flera fall varken har erfarenhet eller utbildning i att möta våldsutsatta kvinnor resulterar det i att våldet förbises. Därför är utbildning gällande mäns våld mot kvinnor viktigt för att sjuksköterskor ska kunna uppmärksamma när kvinnor söker med våldsrelaterade skador, trots att de uppger att skadorna har en annan orsak. Utbildning tillför även en god personcentrerad och säker vård. Sundborg et al. (2017) menar att sjuksköterskor är medvetna om att de har en nyckelroll i att identifiera våldsutsatta kvinnor. När det råder brist på organisatoriska förutsättningar som tid, riktlinjer, strategier och utbildning, resulterar det i att sjuksköterskor har svårt att uppfylla denna nyckelroll. Enligt NCK (2017) ska samtliga sjuksköterskeutbildningar erbjuda undervisning om våld i nära relationer. Förhoppningen är att sjuksköterskor lättare ska kunna identifiera fler våldsutsatta kvinnor och erbjuda rätt hjälp och stöd. Kontinuerlig vidareutbildning bör även ske för alla berörda yrkesgrupper som kan komma i kontakt med dessa kvinnor. Utbildning resulterar även i ett förebyggande och effektivt arbetssätt, vilket är det som eftersträvas i möten mellan sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnor (NCK, 2017).

Resultaten tydliggör att tid är ett återkommande hinder för att sjuksköterskor ska kunna avsätta tid och engagera sig i kvinnor som lever med våld i nära relationer. Enligt Travelbee (1971) krävs kommunikation mellan sjuksköterska och patient för att en relation ska utvecklas i mötet och på så vis kunna identifiera patienten (Travelbee, 1971). Det krävs engagemang och tid för att kunna skapa en relation och därmed ett ömsesidigt förtroende mellan sjuksköterska och patient. Det är därför viktigt att sjuksköterskor möjliggör att tid finns för att våldsutsatta kvinnor ska våga erkänna för dem att de utsätts för våld, tid som i dagsläget inte finns. Även Manley, Hills och Marriot (2011) beskriver att det är viktigt att

tillämpa rätt resurser, däribland tid och riktlinjer, för att skapa en trygg och säker vårdrelation mellan sjuksköterska och patient. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2017) är sjuksköterskor skyldiga att framställa och använda godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, ledning och forskning för att tillämpa en effektiv och säker patientvård.

Av resultaten framgår att majoriteten av sjuksköterskor har en övergripande förståelse om att frågor om våldsutsatthet bör ställas, men på grund av organisatoriska brister finns ett mörkertal bland våldsutsatta kvinnor som inte identifieras. Detta i kombination med sjuksköterskors rädslor över att kränka kvinnors integritet medför att våldsrelaterade frågeställningar undviks. Det krävs därför att sjuksköterskor kommunicerar och arbetar tillsammans mer med andra vårdinstanser för att delge erfarenheter och på så vis undvika att våldet i flera fall förbises. Därför bör sjuksköterskor ha en övergripande förståelse i att frågor gällande ämnet våld i nära relationer bör ställas för att fler våldsutsatta kvinnor ska kunna identifieras. Maina (2009) menar att otillräcklig kunskap skapar frustration hos sjuksköterskor, vilket resulterar i att våldsrelaterade frågeställningar undviks. Sjuksköterskor behöver någon form av protokoll som kan tillämpas och förvaltas i möten med kvinnor som misstänks lever med våld i nära relationer. Protokollet ska innehålla information som underlättar för sjuksköterskor att ställa frågor om våldsutsatthet och även hur de kan möta svaren från kvinnorna. Enligt Socialstyrelsen (2016) är sjuksköterskor den yrkeskategori som vanligtvis först kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor. Därför bör de ha kunskap i hur frågor kring ämnet ska formuleras och ställas i klinisk praxis för att fler våldsutsatta kvinnor ska identifieras. NCK (u. å) belyser att rutinfrågor endast kan användas om sjuksköterskor har kunskap i hur de ska hantera kvinnors svar på frågor om våldsutsatthet.

Av resultatet framgår att sjuksköterskor skyddar sig genom att distansera sig om det blir för känsloladdat i mötet och det kan då innebära svårigheter i att hantera personliga känslor. Sympati är en inledande känsla hos sjuksköterskorna i möten med våldsutsatta kvinnor. Detta synliggörs genom att de återspeglar sig i kvinnornas utsatta situation för att lättare kunna förstå deras smärta och lidande. Det är därför viktigt att skapa en vårdrelation i möten med våldsutsatta kvinnor som ger möjlighet att förstå deras situation genom ett sympatiskt arbetssätt, utan att låta egna värderingar påverka. Enligt Maina (2009) skapar det påtagliga känsloreaktioner hos sjuksköterskor eftersom de blir påverkade av kvinnornas berättelser, vilket leder till negativa följder i deras professionalitet och familjeförhållanden. Travelbee (1971) menar att mötet mellan sjuksköterska och patient grundar sig i fem efterföljande faser, av dessa faser är sympati den fjärde fasen som inte ska styras av egna värderingar eller förutfattade meningar som kan påverka mötet.

Resultaten tydliggör att sjuksköterskor har svårigheter att avlägsna känslor som framkommit under möten med våldsutsatta kvinnor efter arbetet. Därför bör det finnas reflektionsstunder inom alla typer av vårdkontext för att stärka, öka kunskap och möjliggöra för sjuksköterskor att få berätta om tankar och känslor som uppkommit under möten med våldsutsatta kvinnor. Detta är speciellt angeläget på arbetsplatser där det finns chans att sjuksköterskor möter dessa våldsutsatta kvinnor. Sundborg et al. (2017) menar att det är viktigt att sjuksköterskor som möter dessa kvinnor får stöd från kollegor och ledningen. Enligt NCK (u. å) ska arbetsgivare inom hälso- och sjukvården se till att sjuksköterskor får möjlighet att diskutera och reflektera om känslor och upplevelser som uppkommit efter möten med

våldsutsatta kvinnor. Reflektionsstunder kan ses som en kollegial handledning och är en typ av framgångsrik metod som bidrar till effektivitet och ökade kunskaper.

Konklusion

Denna studie har bidragit med kunskap om sjuksköterskors erfarenheter av möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer. Sjuksköterskor är en av de yrkeskategorier som vanligtvis först kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor och har därmed förutsättningar i att möjliggöra ett bättre personcentrerat möte. Det är ett komplicerat arbete och sjuksköterskor arbetar ständigt med att vara personliga och inte alltför privata i möten med kvinnorna. Sjuksköterskor anser att det råder brist i organisatoriska förutsättningar, exempelvis hinder för att engageras och tillämpa rätt frågeteknik för att identifiera och bemöta våldsutsatta kvinnor. Möten med kvinnorna gör det svårt för sjuksköterskor att hantera personliga känslor. De berörs och utformas av återspeglning i kvinnornas utsatta situation, vilket skapar traumatiska känslor som är svåra att avlägsna efter avslutat arbetspass.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Resultatet av denna studie kan öka förståelsen och kunskapen om sjuksköterskors erfarenheter av möten med kvinnor som lever med våld i nära relationer. Det studerade fenomenet är aktuellt att belysa med anledning av att det är ett globalt folkhälsoproblem i samtliga samhällen. Studiens resultat kan tillämpas för att få en ökad förståelse för kvinnor som lever med våld i nära relationer, samt att utveckla och förbättra sjukvården för kvinnorna. Genom att uppmärksamma sjuksköterskors erfarenheter av brist på organisatoriska orsaker inom ämnet kan slutsatsen dras att tydligare riktlinjer, utbildning och mer tid bör införas inom hälso- och sjukvården.

För drygt ett år sedan blev det obligatoriskt inom samtliga sjuksköterskeutbildningar att undervisa om våld i nära relation. Förslag till fortsatta studier är att undersöka hur nyutexaminerade sjuksköterskor väljer att etablera sin kunskap i klinisk praxis, samt hur de hanterar personliga uppkomna känslor vid möten med våldsutsatta kvinnor. Det finns även intresse i att undersöka våldsutsatta kvinnors erfarenheter i möten med sjuksköterskor för att finna likheter och skillnader mellan parterna som kan nyttjas för ett bättre personcentrerat arbete.

REFERENSER

- Alhabib, S., Nur, U. & Jones, R. (2010). Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. *Journal of Family Violence*, 25(4), 369-382. doi:10.1007/s10896-009-9298-4
- Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care in The Community*, 11(1), 10-18
- Bradbury-Jones, C. & Taylor, J. (2013). Domestic abuse as a transgressive practice: understanding nurses' responses through the lens of abjection. *Nursing Philosophy*, 14(4), 295-304. doi:10.1111/nup.12031
- * Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T. & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(21–22), 3057–3068.
- Brå. (2018, 4 april). *Våld I nära relationer*. Hämtad 27 april, 2018, från <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>
- * Cox, H., Cash, P., Hanna, B., D Archy-Tehan, F. & Adams, C. (2001). Risky business: stories from the field of rural community nurses work in domestic violence. *Australian Journal Of Rural Healt*, 9(6), 280–285.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Danielson, E. (2017). *Kvalitativ forskningsintervju*. I M. Henricson (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:1 uppl.). (s.142–154). Lund: Studentlitteratur AB.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2: a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F (2017). *Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning*. I Friberg, F. *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:1 uppl.). (s.127). Lund: Studentlitteratur AB.
- Goff, H., Shelton, A., Byrd, T. & Parcel, G. (2003). Preparedness of health care practitioners to screen women for domestic violence in a border community. *Health Care for Women International*, 24(2), 135-148.

- * Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645–1654. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). *Kvalitativ metod*. I M. Henricson (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:1 uppl.). (s.111–120). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (2017). *Diskussion*. I M. Henricson (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:1 uppl.). (s.411–419). Lund: Studentlitteratur AB.
- Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A. & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health & Social Care in The Community*, 20(4), 347-355. Doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x
- * Inoue, K. & Armitage, S. (2006). Nurses' understanding of domestic violence. *Contemporary Nurse: A Journal for The Australian Nursing Profession*, 21(2), 311-323. doi:10.5172/conu.2006.21.2.311
- Karlsson, E. K. (2017). *Informationssökning*. I M. Henricson (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:1 uppl.). (s.81–98). Lund: Studentlitteratur AB.
- Maina G. M., (2009). Emergency medical response to intimate partner violence in Kenya. *Nursing Standard*, 23(21), 35–39.
- Manley, K., Hills, V. & Marriot, S. (2011). Person-centred care: Principle of Nursing Practice D. *Nursing Standard*, 25(31), 35–37.
- * McGarry, J. & Nairn, S. (2015). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 65–70. doi: 10.1016/j.ienj.2014.06.003
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). *Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet*. I M. Henricson (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:1 uppl.). (s.421–438). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (NCK, 2017). *Uppsalamodellen Att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 26 september, 2018, från http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/557/NCK_Uppsalamodellen_low.pdf
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (NCK, u. å). *Utbildningsinstanser*. Hämtad 1 oktober, 2018, från <http://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/utbildningsinsatser/>

- Peckover, S. (2003). 'I could have just done with a little more help': an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence. *Health & Social Care in The Community*, 11(3), 275-282.
- Prosman, G., Lo Fo Wong, S. H. & Lagro-Janssen, A. L. (2014). Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 3–11. doi:10.1111/scs.12025
- Pusa, S., Häggglund, K., Nilsson, M. & Sundin, K. (2015). District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 93–100. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12134>
- Socialstyrelsen (2009). *Våldsutsatta kvinnor, ett utbildningsmaterial för socialtjänstens personal*. Hämtad 27 april, 2018, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8442/2009-126-237_rev1.pdf
- Socialstyrelsen (2016). *Våld handbok om socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Hämtad 5 september, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Våld i nära relationer*. Hämtad 24 augusti, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer>
- SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 28 april, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- SFS 1960:729. *Upphovsrättslagen*. Hämtad 2018-11-01 från <https://open.karnovgroup.se/immaterialratt/upphovsrattslagen>
- Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2256–2265. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jocn.12992>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Etik*. Hämtad 2018-09-25, från <https://www.swenurse.se/Vi-arbetar-med/Etik/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2018-04-25, från https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Svensk_sjukskoterskeforening_om/Personcentrerad-varld/
- Tani, F., Peterson, C., & Smorti, M. (2016). The Words of Violence: Autobiographical Narratives of Abused Women. *Journal of Family Violence*, 31(7), 885-896. doi:10.1007/s10896-016-9824-0

Travelbee, J. (1971). Interpersonal aspects of nursing. *American journal of nursing*.

* 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.

* Van Wyk, N., & van der Wath, A. (2015). Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective. *Contemporary Nurse: A Journal for The Australian Nursing Profession*, 50(1), 94-103. doi:10.1080/10376178.2015.1010254

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Hämtad 4 oktober, 2018 från <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>

* 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

World health organization (2013). *Violence against women: a 'global health problem of epidemic proportions*. Hämtad 27 april, 2018, från http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/

Bilaga 1.

Artikelöversikt

Titel: Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation		
Författare: Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T. & Duncan, F.		
Tidskrift: <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Årtal: 2014	Land: Skottland
Syfte: Att undersöka dynamiken hos våldsutsatthet och erkännande bland vårdpersonal och misshandlade kvinnor.		
Metod: Tvåfasig kvalitativ studie med semi-strukturerade individuella intervjuer.		
Urval: Tjugonio primära hälso- och sjukvårdspersonal deltog i första fasen av studien, och 14 våldsutsatta kvinnor deltog i fas två.		
Etiskt godkännande: Etiskt godkännande beviljades via NHS National Patient Safety Agency Research Ethics Service. I den här studien var det fysiska och känslomässiga välbefinnandet hos de misshandlade kvinnorna som deltog vår främsta angelägenhet. För att främja deras säkerhet på båda dessa områden genomförde vi alla intervjuer med dem på kvinnors hjälpcentraler för att de fick en fysiskt säker miljö.		
Resultat: De har en potentiell pedagogisk användning för utbildning av sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal för att kliniskt arbeta med våldsutsatta kvinnor, detta kan i sin tur ge kvinnorna möjlighet att fatta rätt val för sin säkerhet.		

Titel: Risky business: stories from the field of rural community nurses' work in domestic violence.		
Författare: Cox, H., Cash, P., Hanna, B., D Archy-Tehan, F. & Adams, C.		
Tidskrift: <i>Australian Journal of Rural Health</i>	Årtal: 2001	Land: Storbritannien
Syfte: I denna studie rapporteras sjuksköterskors olika upplevelser av att ta hand om och vårda kvinnor som lever med våld i nära relation.		
Metod: En beskrivande kvalitativ studie med intervjuer som transkriberades till teman.		
Urval: Tjugofyra sjuksköterskor som valt att delta i studien.		
Etiskt godkännande: Studien har institutionens etiska godkännande. Det etiska frågorna var mestadels relaterat till sekretessfrågor, särskilt i att upprätthålla anonyma sjuksköterskor.		
Resultat: Sjuksköterskor arbetar med stor risk och mod eftersom de engagerar sig i vård och stöd från kvinnor som upplever våld i nära relation.		

Artikelöversikt

Titel: Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences		
Författare: Goldblatt, H.		
Tidskrift: <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Årtal: 2009	Land: Israel
Syfte: Sjuksköterskors professionella och personliga livserfarenheter vid vård av misshandlade kvinnor.		
Metod: En fenomenologisk studie. Uppgifterna samlades med hjälp av djupgående intervjuer.		
Urval: Tjugotvå kvinnliga israeliska sjuksköterskor på sjukhus.		
Etiskt godkännande: Studien godkändes av University of Haifa Ethics Committee. Godkännande togs också från huvudsjuksköterskor i varje vårdorganisation.		
Resultat: Resultatet kom fram till ett huvudtema: Kämpar på arbete och på hemmaplan. Sjuksköterskor upplever två olika fronter av detta: Arbete och hem, samt efterföljande känslor efter möten med våld i hemmet.		

Titel: Nurses' understanding of domestic violence		
Författare: Inoue, K., & Armitage, S.		
Tidskrift: <i>Contemporary Nurse: A Journal for The Australian Nursing Profession</i>	Årtal: 2006	Land: Japan och Australien
Syfte: Denna studie syftade till att utforska sjuksköterskors förståelse av våld i hemmet och problem med en grundad teoriinriktning.		
Metod: Grundad teori med ostrukturerade intervjuer.		
Urval: Fyrtioen kvinnliga sjuksköterskor intervjuades.		
Etiskt godkännande: Etiskt godkännande erhöles från universitetet i Sydney 2002. Ett förslagsbrev undersöktes av etikkommitté på sjukhuset och godkännande erhöles genom muntlig kommunikation över telefon.		
Resultat: Sex grupper med olika uppfattning ar, attityder och arbetssätt framgick av de 41 intervjuade sjuksköterskorna.		

Artikelöversikt

Titel: An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study		
Författare: McGarry, J. & Nairn, S.		
Tidskrift: <i>International Emergency Nursing</i>	Årtal: 2015	Land: Storbritannien
Syfte: Undersöker hur akutvårdspersonal upplevde värdet av att ha tillgång till en specialiserad sjuksköterska för våld i hemmet.		
Metod: En kvalitativ design med halvstrukturerade intervjuer.		
Urval: Studien inkluderade elva allmänsjuksköterskor, fyra specialiserade sjuksköterskor och en assistent på akutvårdsavdelning. De djupintervjuades.		
Etiskt godkännande: Fullt etiskt godkännande för studien beviljades. Potentiella deltagare rekryterades genom en presentation av forskningen av ledande forskare under en rad avdelningar möten.		
Resultat: Analys av data identifierade 3 huvudteman och dessa diskuteras i tur och ordning. <ul style="list-style-type: none"> • Tidsbegränsningar: ta saker till ett nominellt värde • Utbildning: en mycket synlig tjänst • Professionellt och personligt stöd 		

Titel: Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence		
Författare: van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E.		
Tidskrift: <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Årtal: 2013	Land: Sydafrika
Syfte: Syftet med denna studie var att utforska och beskriva de akuta sjuksköterskornas erfarenheter av att ta hand om överlevande kvinnor som utsatts för våld i nära relation.		
Metod: En beskrivande fenomenologisk studie med Husserlian-filosofin. Intervjuer med sjuksköterskor.		
Urval: Elva sjuksköterskor, två manliga och sju kvinnliga.		
Etiskt godkännande: Forskningen godkändes av etikkommittéerna vid universitetet och respektive sjukhus. Studiemålen introducerades till potentiella deltagare under personalmöte. Deltagare som krävde emotionellt stöd gavs blev hänvisade.		
Resultat: Upplevelsen av denna erfarenhet belyses av emotionella inverkan och de efterföljande med jobbiga minnen. När man observerar de fysiska skadorna och känslomässiga smärtan som orsakats av våld och lyssnade på hur våldet inträffade, var erfarenhet av känslor, som ibland liknar vad offret känner.		

Artikelöversikt

Titel: Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective

Författare: Van Wyk, N., & van der Wath, A.		
Tidskrift: <i>A Journal for The Australian Nursing Profession</i>	Årtal: 2015	Land: Afrika
Syfte: Syftet med studien var att sjuksköterskors upplevelse av patienter som lidit av våld i nära relation.		
Metod: En fallstudie med fenomenologisk forskningsmetodik. Ostrukturerade djupintervjuer.		
Urval: Två afrikanska manliga sjuksköterskor.		
Etiskt godkännande: Informerat samtycke till deltagande erhöles från deltagarna efter det att tillstånd beviljades av sjukhusmyndigheterna att forskningen kunde genomföras på sjukhuset. Forskningens etikkommitté vid fakulteten för hälsovetenskap vid universitetet i Pretoria godkände forskningsförslag.		
Resultat: I själva verket upplevde deltagarna en dikotomi av att vara sjuksköterska och att vara i samhället. Genom professionell socialisering antar sjuksköterskor en stödjande vårdroll som uppmuntrar dem tillvara empatisk mot sina patienter.		

Titel: An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study		
Författare: Williams, J. R., Halstead, V., Salani, D., & Koermer, N.		
Tidskrift: <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Årtal: 2017	Land: USA
Syfte: Utforska olika metoder genom vilka metoder om våld i nära relation som är bäst tillämpad i kliniska och akuta inställningar för att bättre förstå hinder.		
Metod: Kvalitativ beskrivande forskningsdesign. Halvstrukturerade intervjuer.		
Urval: Sexton djupgående intervjuer med sjuksköterskor.		
Etiskt godkännande: Studieprotokollen godkändes av den lokala institutionella granskningskommittén.		
Resultat: Huvudteman och mönster om våld i nära relation identifieras inom följande områden: Processuella egenskaper, hinder, hjälpmedel och ytterligare behov. Sjuksköterskor har ett strategiskt läge för att spela en roll för att identifiera och reagera på våld i nära relation.		

Bilaga 2. Granskningsmall

Granskningsmall	Ja	Nej	Vet ej	Kommentarer
-----------------	----	-----	--------	-------------

Är artikeln publicerad i en vetenskaplig tidskrift				
Finns det ett problem formulerat?				
Finns det teoretiska utgångspunkter beskrivna?				
Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven				
Finns ett syfte som är klart formulerat?				
Är metoden väl beskriven?				
Är deltagandepersonerna väl beskrivna?				
Är metoden beskriven som har använts?				
Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop				
Förs det något etiskt resonemang?				
Finns det en metoddiskussion? Sker återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?				
Har författarna tolkat studiens resultat och beskrivit det i resultatdiskussion?				