Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

SJUKSKÖTERSKORS ERFARENHET AV MÖTET MED KVINNOR SOM UTSÄTTS FÖR VÅLD I NÄRA RELATIONER

En Litteraturöversikt

NURSES' EXPERIENCES OF ENCOUNTERS WITH WOMEN WHO ARE EXPOSED TO VIOLENCE IN CLOSE RELATIONSHIPS

Literature review

SAMMANFATTNING

Titel: Sjuksköterskors erfarenhet av mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer – En litteraturöversikt

Författare: Hasselholm, Marie; Jansson, Julia

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Program/kurs: Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp

Handledare: Klaeson, Kicki

Examinator: Sahlsten, Monica

Sidor: 21

Nyckelord: Abused women, Battered women, Domestic violence in the relationships, Experience, Nurse attitude's.

Bakgrund: Våld mot kvinnor är idag ett globalt folkhälsoproblem. Det visar sig att 30 % av kvinnorna världen över har upplevt fysiskt eller sexuellt våld i en nära relation. Kvinnor som utsätts för våld söker sig i högre grad till hälso- och sjukvården än andra kvinnor. Där är risken relativt hög att sjuksköterskor kommer att möta våldsutsatta kvinnor i vården. Sjuksköterskor utgör därför en viktig roll i mötet och att våga ställa frågan om våld till kvinnorna som söker vård. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. **Metod:** En litteraturöversikt där datamaterial bestod av kvalitativa och kvantitativa artiklar. **Resultat:** Ur analysen av datamaterialet identifieras ett huvudområde *Främja kvinnans självtillit* och fem områden: *Sjuksköterskan behöver använda screening på alla kvinnor, Sjuksköterskan reagerar på kvinnans partners aggressivitet, Sjuksköterskan möjliggör berättande, Sjuksköterskan behöver stödja kvinnan till ökad självständighet, Sjuksköterskan visar empatisk, ödmjuk attityd.* Sjuksköterskor upplever mötet med våldsutsatta kvinnor som mycket känslosamt, vilket kan frambringas då kvinnorna berättar om sin livssituation. Avsaknad av utbildning kring problemområdet påverkar sjuksköterskornas beredskap och upplevelser av osäkerhet uppkommer om hur de skall agera i mötet med kvinnor som utsätts för våld. **Slutsats:** Sjuksköterskor upplever svårigheter att ställa frågan till kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer. Sjuksköterskor eftersträvar mer utbildning för att kunna möta dessa kvinnor som blir utsatta av sin partner.

ABSTRACT

Title: Nurses` experiences of encounters with women who are exposed to violence in close relationships – A literature review

Author: Hasselholm, Marie; Jansson, Julia

Department: School of Health and Education, University of Skövde

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

Supervisor: Klaesson, Kicki

Examiner: Sahlsten, Monica

Pages: 23

Keywords: Abused women, Battered Women, Domestic violence in relationships, Experience, Nurse attitudes.

Background: Violence against women is currently a global public health problem. Studies have shown that 30% of women worldwide have experienced physical or sexual violence in intimate relationships. Women who experience violence more likely reach out to health care providers than other women, making encounters with abused women a reasonable possibility for a nurse. Nurses consequently have an important role in meeting these women who seek care and in asking the crucial questions regarding their experiences. **Purpose:** To describe nurses` experiences of encounters with women who are exposed to violence in close relationships. **Method:** A literature review where data material consisted of qualitative and quantitative articles. **Results:** From the analysis of data one main area emerged; to promote women's self-esteem with five areas: The nurse needs to use screening on all women, the nurse responds to woman's partners aggressiveness, the nurse enables storytelling, the nurse need to support woman for increased independence, the nurse shows empathetic, humble attitude. **Conclusion:** The nurse experience difficulties in asking the same question to the women who have been exposed to violence in close relationships. Nurses´ need more education in order to meet these women who are exposed by their partner.

Innehållsförteckning

INLEDNING **1**

BAKGRUND **1**

VÅLD I NÄRA RELATIONER 1

Barn som växer upp med våld i familjen *2*

Normaliseringsprocessen *3*

Utbrottsprocessen *3*

GENUS OCH JÄMSTÄLLDHET 4

LIDANDE 4

MÖTET MELLAN SJUKSKÖTERSKA OCH PATIENT 5

PROBLEMFORMULERING **6**

SYFTE **6**

METOD **7**

URVAL 7

DATAINSAMLING 7

ANALYS 8

ETISKA ÖVERVÄGANDEN 9

RESULTAT **10**

FRÄMJA KVINNANS SJÄLVTILLIT 10

SJUKSKÖTERSKAN BEHÖVER ANVÄNDA SCREENING PÅ ALLA KVINNOR 10

SJUKSKÖTERSKAN REAGERAR PÅ KVINNANS PARTNERS AGGRESSIVITET 11

SJUKSKÖTERSKAN MÖJLIGGÖR BERÄTTANDE 11

SJUKSKÖTERSKAN BEHÖVER STÖDJA KVINNAN TILL ÖKAD SJÄLVSTÄNDIGHET 12

SJUKSKÖTERSKAN VISAR EMPATISK, ÖDMJUK ATTITYD 13

RESULTATSAMMANFATTNING 13

DISKUSSION **14**

METODDISKUSSION 14

RESULTATDISKUSSION 14

KONKLUSION 17

KLINISKA IMPLIKATIONER 19

REFERENSER **20**

BILAGA 1 - KVALITETSGRANSKNINGSMALL .....

BILAGA 2. ÖVERSIKT AV ANALYSERAD LITTERATUR .....

INLEDNING

Mäns våld mot kvinnor är ett brott mot mänskliga rättigheter och ett globalt samhällsproblem samt folkhälsoproblem World Health Organisation (WHO, 2005). Sjuksköterskor har en viktig uppgift att uppmärksamma kvinnor som lever i våld i nära relationer och deras problematik när de tar kontakt med vården. Det är viktigt att dessa kvinnor får ett bra bemötande av sjuksköterskor eftersom detta skapar ett förtroende och möjliggör att kvinnor vågar berätta om våldet som föregår i hemmet (Tönnesen, 2010).

BAKGRUND

Våld i nära relationer

Under år 2007 antog den svenska regeringen en treårig nationell handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer. Inom ramen för handlingsplanen fick Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) i uppdrag att vidareutveckla metoder för hälso- och sjukvården, till dessa hörde att så tidigt som möjligt identifiera våldsutsatthet genom att ställa frågor om personlig erfarenhet av våld vilket senare skulle bli en del av anamnesen. I uppdraget ingick också att samtidigt kunna erbjuda rådgivning och stöd (Berglund, 2010).

Tönneson (2010) beskriver våld mot kvinnor som är en omfattande hälsofråga vilken inte bara drabbar individen utan också deras familjer och samhället i stort. Våldsutsatta kvinnor har ofta sämre hälsa, lägre livskvalitet och utnyttjar hälso-och sjukvård i högre grad än icke våldsutsatta kvinnor. Deras ohälsa manifesteras ofta i många olika sjukdomstillstånd som kvinnorna söker för akut, exempelvis frakturer, skärsår och skallskador med mera. Det är ingen självklarhet att våldsutsatta kvinnor är beredda att avslöja sin våldsutsatthet, inte ens då de blir tillfrågade vilket ofta beror på att de skäms eller är rädda för repressalier från partnern. Det kan också finnas en osäkerhet kring sekretessfrågor när det gäller journalföring och en rädsla för att våldet kommer att anmälas till polis och socialtjänst. Våldsutsatta kvinnors tidigare negativa erfarenhet av vården handlar om att de har upplevt att personal varit ointresserade, saknat kunskap eller att resurser saknats, men det kan också handla om en minskad sannolikhet att frågan skall tas upp igen (Tönneson, 2010).

I sjuksköterskors profession är betydande uppgift att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor och deras problem samt vara lyhörda när kvinnor tar kontakt med vården. Det är viktigt att dessa kvinnor får ett bra bemötande, eftersom detta avgör om de kan skapas ett förtroende som är tillräckligt stort för att våga berätta om det våld som de utsatts för (Tönneson, 2010).

Nationellt centrum för kvinnofrid (2010) beskriver våld mot kvinnor är ett globalt folkhälsoproblem som berör alla delar av samhället. I samband med detta används också begreppet *Våld i nära relationer* som innefattar både psykiskt, fysiskt, sexuellt, materiellt och socialt våld. Hälso- och sjukvårdspersonal har ansvar att identifiera våldsutsatta kvinnor och bör därmed ha kunskap om symtom och tecken som tyder på våld (NCK, 2010). Varje år dödas

15–17 kvinnor av en man som de har eller har haft en nära relation till. I många fall handlar det om misshandel som inledning till dödligt våld där orsaksförklaringar kan vara ett kontrollbehov eller svartsjuka över kvinnan (Brottsförebyggande rådet BRÅ, 2014:8). NCK (2010) anger att fysiskt, sexuellt och psykiskt våld mot kvinnor utgör en av de stora globala hälsofarorna för kvinnor, som i förlängningen kan leda till depression, posttraumatiskt stressyndrom och ökad dödlighet. I en rapport från World Health organisation (WHO, 2013) framgår det att mellan 30–60 procent av alla kvinnor har utsatts för våld någon gång under sitt liv. I en sammanställning av forskning från år 2013 uppskattades att cirka 35 procent av världens kvinnor har varit utsatta för fysiskt eller sexuellt våld av sin partner eller sexuellt våld av en annan person (World Health organisation, 2013). Brå (2014:8) beskriver i Nationella trygghetsundersökningen (NTU, 2017:1) att det anmäldes cirka 12 000 misshandelsbrott i Sverige under år 2015 och av dessa misshandelsbrott var 45 procent av gärningsmännen en närstående till kvinnan. Huss et al. (2006) förklarar att över 1000 kvinnor per år i USA dödar sin partner på grund av att de blir orättvist behandlade enligt rättssystemet. Detta för att de inte längre känner tillit till sjukvården eller rättsväsendet (Huss et al., 2006)

Könsrelaterat våld eller våld mot kvinnor är det största problemet för folkhälsan och detta medför att de mänskliga rättigheterna kränks då våldet fortsätter att vara ett stort problem i hela världen (World health organisation 2005). Di Giacomo, Cavallo, Bagnasco, Sartini och Sasso, (2006) menar att våld mot kvinnor påverkar många olika delar av kvinnans liv; förutom fysiskt, psykiskt, sexuellt våld så drabbas också deras ekonomi vilket orsakar ett lidande och ojämna villkor. Författarna i studien anger att 35 procent av kvinnor i världen har varit utsatta för fysiskt eller sexuellt våld av sin partner eller sexuellt våld av en annan person. Rekommendationen från World Health organisation (2005) är att hälso- och sjukvården tar bättre hand om våldsutsatta kvinnor samt hjälper eller vägleder dem till olika organisationer såsom stödcentrum för våldsutsatta kvinnor. Di Giacomo et al. (2006) anser att det är betydelsefullt att utbilda all vårdpersonal som möter dessa kvinnor och skapa en större medvetenhet om våld mot kvinnor.

I en rapport från Socialstyrelsen (SOSFS 2014:4) anges under år 2006 beräknade kostnaden för mäns våld mot kvinnor i nära relationer till cirka tre miljarder för samhället och för sjukvården 21–38 miljoner per år. Förutom denna stora ekonomiska belastning på gemensamma resurser så är detta ett hälsoproblem med fysiska och psykiska konsekvenser för de kvinnor som blir utsatta och kan leda till sociala problem. Våldet beskrivs som ett jämställdhetsproblem som hindrar våldsutsatta kvinnor från att åtnjuta sina mänskliga rättigheter och frihet. Målen för svensk jämnställdhetspolitik är att mäns våld mot kvinnor ska upphöra (SOSFS 2014:4).

Barn som växer upp med våld i familjen

NCK (2010) beskriver riskerna för barn som bevittnar våld i familjen och där upprepat våld förekommer medför att barnens utveckling påverkas samt ökar risken för ett avvikande socialt beteende. Barn som lever med upprepat våld i sin hemmiljö är ofta lojala mot föräldrar och berättar ingenting för utomstående, utifrån förhoppningen om att våldet kommer upphöra. Det är inte ovanligt att barnen känner skam för sin familj och därmed uppfattas avvikande av sin omgivning (NCK, 2010). Borrego, Gutow, Reicher och Barker (2008) förklarar att barn som växer upp i familjer där våld förekommer påverkar barns utveckling, framförallt vad gäller beteendemässiga och sociala samt känslomässiga funktioner. Borrego et al. (2008) beskriver att våld i hemmet kan beskrivas som en social epidemi och har många negativa konsekvenser hos barnen och de våldsutsatta kvinnorna. Det är viktigt att både barnet och den våldsutsatta kvinnan får hjälp och stöd tidigt. Socialstyrelsen (SOSFS 2014:4) anger att hälso- och sjukvården har ett ansvar och en viktig roll för att uppmärksamma våld, men ska samtidigt verka för att våldsutsatta kvinnor erbjuds vård och omsorg eller hänvisas till stöd och hjälpinsatser

från andra aktörer (SOSFS 2014:4). Enligt 14 kap 1 § i socialtjänstlagen (SFS 2001:453) har hälso- och sjukvårdspersonalen en anmälningsskyldighet rörande barn som uppvisar symtom och tecken som väcker misstanke om att de har blir utsatta för våld, har bevittnat våld eller andra övergrepp av närstående. Anmälan ska göras till socialtjänsten i den aktuella kommunen och kan inte överlåtas till annan aktör (SFS 2001:453).

Normaliseringsprocessen

NCK (2010) beskriver normaliseringsprocessen som att kvinnan accepterar mannens strategier i ett förhållande där det förekommer våld. Kvinnors uppfattning om vad som är normalt i ett förhållande förskjuts när mannen vill uppnå kontroll genom misshandel som växlar mellan våld och känslomässig värme. Våldsutsatta kvinnor isoleras från omvärlden och utelämnas till mannens bedömningar av hennes livssituation, vilket försvårar deras verklighetsprövning (NCK, 2010). Brosi och Rolling (2010) beskriver, utifrån kvinnors perspektiv, hur de upplever våldet och relationen till sin partner. Hushållet och barnen är den primära uppgiften, men även att stödja mannen som försörjer familjen för att äktenskapet ska fungera i kombinationen med barn och bostad. Våldsutsatta kvinnor menar att de har svårt att söka hjälp från sjukvården eftersom personalen kan ha svårt att byta perspektiv (Brosi & Rolling, 2010). Prosman, Lo fo wong och Largo- Janssen (2014) anser att sjukvården kan ha svårt att förstå de lidande som skapas när kvinnorna lämnar den upplevda tryggheten i en vardag med barn, bostad och ekonomisk försörjning. Lutenbacher, Cohen och Mitzel (2003) beskriver kvinnor som lever i ett slutet förhållande till omvärlden där familj, släkt och vänner inte har kunskap om hur de ska hjälpa kvinnan som blir utsatt för våld. Kvinnorna beskriver upplevelsen av hur mannen visar sin uppskattning och sin kärlek genom våldet och därmed orsaken till att de stannar kvar i det våldsamma förhållandet. De som vågar lämna förhållandet känner inte alltid stöd ifrån sjukvården eller polisen som de behöver för att inte återvända. Lutenbacher et al. (2003) förklarar att våldsutsatta kvinnor upplever att sjukvårdspersonal inte ställer frågor om våld och därmed anser de att det inte är någon mening med att återge berättelsen på egen hand. Häggblom, Hallberg och Möller (2005) beskriver att sjuksköterskor inte vill fråga kvinnor hur skadan har uppkommit när de söker vård av respekt för patientens integritet. Sjuksköterskor upplever att de har svårigheter med att ställa frågorna på rätt sätt så att kvinnorna känner trygghet samt vågar berätta om sin livssituation (Häggblom, Hallberg & Möller, 2005).

Utbrottsprocessen

Utbrottsprocessen är ett begrepp som huvudsakligen används inom forskning. Det är en process som våldsutsatta kvinnor går igenom på olika sätt när de försöker bryta känslomässigt med sin partner för att sedan slutligen lämna relationen. Utbrottet är en gradvis process - där den våldutsattes medvetenhet långsamt ökar om våldets negativa konsekvenser för dem själva eller för närstående Nationella trygghetsundersökningen (NTU, 2017) *våld i nära relationer*. Hydén (2008) beskriver att utbrottsprocessen kan ses som en motsats till offerbilden av den våldsutsatta kvinnan men egentligen handlar det om en frigörelseprocess. Utbrottet sker över viss tid och i relation till mannens våldsbeteende. Det är viktigt att anpassa stöd, och hjälpinsatser beroende på var kvinnan befinner sig i utbrottsprocessen. För att kunna ge anpassat stöd krävs också både förståelse och empati.

Genus och jämställdhet

Öhman (2009) beskriver omhändertagande, lyssnade och bemötande som viktiga egenskaper i mötet med patienten. Dessa begrepp ska minska maktförhållanden och konflikter i mötet. En risk för genusbias finns i varje möte där sjuksköterskors föreställningar om vad som är kvinnligt och manligt påverkar mötet med patienten och den personcentrerade vården. Enligt den norm som finns i samhället har kvinnor lättare för att förstå meningen med att leva i ett sammanhang. Det manliga perspektivet strävar i allmänhet efter att behålla den manliga fasaden där känslor, livssammanhang och existentiella frågor är svårt att möta patienten (Öhman, 2009). Socialstyrelsen (2004) beskriver att ett manligt anhörigstöd präglas av praktiska hjälpinsatser medan kvinnligt anhörigstöd ges karaktären av känslor som betydelsefulla. Öhman (2009) menar att genusvetenskap lyfter fram jämställdhet tillsammans med vårdvetenskap i mötet med patienten. Genom att generera kunskap om manligt och kvinnligt bidrar det till ett mer jämställt samhälle där vården kan utvecklas mellan professionerna för att förbättra mötet med patienten (Öhman, 2009). NCK (2010) refererar till FN:s definition om våldets grundläggande orsaker som en förklaring till det ojämlika maktförhållandet mellan män och kvinnor (NCK, 2010). Enligt Statens offentliga utredning (SOU 2015:86) beskrivs utveckling om jämställdhet mellan könen. Av rapporten framgår att kvinnor som har likvärdig utbildning som män, trots detta får kvinnor lägre lön. I utredningen tydliggörs mål för en jämnare könsfördelning vilket får ett genomslag i de ledande positionerna som motverkar obalans mellan könen och på så vis minskas mäns våld mot kvinnor (SOU 2015:86). Öhman (2009) menar att jämställdheten i det svenska samhället är ett politiskt område där regeringen har ett ansvar för att minska obalansen mellan män och kvinnor. Om makten blir mer jämnt fördelad mellan könen bidrar det till att jämställdheten ökar. Detta medför en positiv effekt för kvinnor som lever med våld i nära relationer där obalans i maktfördelningen är en bidragande orsak (Öhman, 2009).

Lidande

Att uppleva fysiska, sexuella och psykiska övergrepp innebär att individen upplever ett trauma som avspeglar sig i ett lidande för personen (NCK, 2010). Eriksson (1994) förklarar att pinas eller att våndas är ord som förknippas med lidande. Detta innebär att individen kämpar eller utstår orsaken till lidandet och där lidandet är en kamp mellan det onda och det goda. För att minska lidandet och slutligen besegra det kan personen använda sig av lusten, som innebär rörelse som symbolisera det goda. Detta påverkar människans livssituation och var individen befinner sig i sitt lidande (Eriksson, 1994). NCK (2010) förklarar att våldsutsatta kvinnor som söker kontakt med professionell vård kan uppleva en känsla av att inte bli sedd och att detta skapar ett lidande hos kvinnan. Därmed är det viktigt att sjuksköterskor bekräftar kvinnorna och är lyhörda för deras värderingar (NCK, 2010).

Eriksson (1994) menar att lidande är en följd av individens livssituation som blir påverkad exempelvis genom att vara patient eller att få en sjukdom som kommer att påverka det normala livet som tas ifrån dem. Om det sker en plötslig förändring i livet som individen inte själv fått välja behöver denne tid till att hitta ny mening och ett livssammanhang. Känslor av att känna sig splittrad utifrån sin egen identitet som människa kan uppstå som ett lidande som kan lindras av sjuksköterskor. Detta kan göras genom att skapa en trygg miljö där patienter känner sig välkomna och respekterade. Patienten skall få möjlighet till att uttrycka sig fritt där sjuksköterskan låter patienten vara patient. Omvårdnad innebär att patientens värdighet och behov står i centrum, den lidande ska omges av kärlek som skapas via lek och lära (Eriksson, 1994).

Mötet mellan sjuksköterska och patient

Travelbee omvårdnadsteori (1971) utgår från den humanistiska människosynen, där individen är unik och dess lidande är något som alla upplever i livet. Individen själv kan bara avgöra hur den förhåller sig till och hanterar lidandet. Travelbee (1971) menar att individen påverkas av subjektiva och objektiva komponenter. Den subjektiva komponenten innebär att individen kan uppleva ohälsa även om det saknas en diagnos som är den objektiva komponenten. Därför behöver sjuksköterskor göra en bedömning utifrån varje enskild individ. Målet är att skapa goda relationer mellan människor och detta bygger på fem faser. Första fasen handlar om att sjuksköterskor inte får styras av *egna värderingar eller förutfattande meningar* som kan påverka mötet med patienten. Andra fasen handlar om att sjuksköterskor och patienter skapar *identiteter* där parterna lär känna varandra, som leder till den tredje fasen där sjuksköterskan skapar en *god relation* med patienten. Fjärde fasen innebär att sjuksköterskor visar *empati* när denne förstår patientens situation som den befinner sig i. Sista fasen ska bygga på sjuksköterskors *sympati* samt medkänsla och viljan att samarbeta med patienten. Dessa fem faser bör skapa en god relation med patienten och där sjuksköterskor genom sitt aktiva handlande visar förståelse för patientens tillstånd. Travelbee (1971) anser att kommunikation är sjuksköterskors primära redskap som används för att lära känna patienten och se var individen befinner sig, som i sin tur leder till ett bättre möte med vården (Travelbee, 1971).

Zotterman, Skär, Olsson och Söderberg (2015) beskriver att första mötet är grunden för ett varaktigt vårdande förhållande, där första intryck har betydelse. Sjuksköterskor vill tydliggöra att patienter som välkomnas i mötet leder till initial positiv attityd. Goda möten synliggörs genom att se och lyssna på patienten. Sjuksköterskan bekräftar patienten som en unik person genom att tro och ta denne på allvar. Det är betydelsefullt att lyssna på varje individs livshistoria eftersom det har en speciell betydelse för patienten. Informationen som patienten återger är betydelsefull kunskap (Zotterman et al., 2015). Feo och Kitson (2016) förklarar att all hälso- och sjukvårdspersonal bör utgå från ett holistiskt synsätt där hela människans sociala- och psykosociala behov tillgodoses. När sjuksköterskor ser och hör patienten bidrar detta till fungerande personcentrerad vård och patienten blir delaktig i sin vård. Pusa, Hägglund, Nilsson och Sundin (2014) anser att mötet ska präglas av ödmjukhet, medvetenhet och att sjuksköterskor ska sträva efter att utveckla och upprätthålla en ömsesidig förståelse och förtroende till patienten. De ska i mötet uppmärksamma patienters behov och önskemål som möjliggör en anpassad och samordnad vård efter varje individ (Pusa et al., 2014). Sjuksköterskor bör eftersträva att bilda en djupare förståelse för patienter när deras behov och önskemål har accepterats i mötet (Feo & Kitson, 2016). Pusa et al. (2014) beskriver vikten av att ta sig tid till att lyssna som är betydelsefullt för att skapa en förståelse. Om sjuksköterskor strävar efter ett ömsesidigt förtroende i mötet förmedlar det en säkerhet och ett tillförlitligt tillvägagångssätt i vårdandet (Pusa et al., 2014).

Att arbeta utifrån den professionella omvårdnaden handlar om att se patienten i helhet och utifrån olika perspektiv samt vara lyhörd för patientens autonomi (Eide & Eide, 2009). En god och fungerande kommunikation innebär att aktivt lyssna på patienten samt visa ett engagemang, intresse och att patienten blir sedd av sjuksköterskan. Att samtidigt observera och tolka verbala och icke verbala signaler från individen som förmedlar sitt budskap är viktigt. Särskilt om individen inte känner sig trygg i den miljö denne befinner sig i. Sjuksköterskor bör kunna visa förmåga att hantera svåra känslor i samband med mötet. På detta vis kan den hjälpande kommunikationen vara en grund för den personcentrerade vården vars syfte är att främja patientens perspektiv i sin vårdsituation (Eide & Eide, 2009).

PROBLEMFORMULERING

Av tidigare studier framkommer att hälso- och sjukvårdspersonal har bristande kunskap när det gäller kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Detta indikerar att även sjuksköterskor har svårigheter att ställa frågor till kvinnor om deras erfarenhet av våld i nära relationer. Sjuksköterskor kommer någon gång i sin profession att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Sjuksköterskor är ofta den första kontakten med våldsutsatta kvinnor vilket ger möjligheten till att identifiera deras problematik. I många fall söker våldsutsatta kvinnor vård när de befinner sig i en sårbar situation och där mötet med sjuksköterskor är betydelsefullt för att kunna skapa tillit samt kunna hjälpa dessa kvinnor. Om sjuksköterskors erfarenheter belyses kan det ge förutsättningar för ett gynnsamt omhändertagande av kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

METOD

För detta arbete valdes en litteraturöversikt där vetenskapliga artiklar används med kvalitativ och kvantitativ ansats beskriven av Friberg (2012). En litteraturöversikt innebär granskad information från rapporter, vetenskapliga artiklar och litteratur. Detta innebär ett arbetssätt som ger möjlighet att få insikt och erhålla fördjupad kunskap om problemområdet. Befintlig forskning identifieras och studeras för att få en uppfattning om vad som ska studeras och vilka metoder eller teoretiska utgångspunkter som har använts. Detta innebär att granska tidigare forskningsresultat som är baserade på kvalitativa och kvantitativa studier (Friberg, 2012).

Urval

Urvalet bestod av kvalitativa och kvantitativa artiklar som var publicerade under perioden 1997–2017. Artiklarna var skrivna på engelska och samtliga hade genomgått vetenskaplig granskning så kallad Peer Review. Inklusionskriterier var kvinnor över 18 år som blivit utsatta för våld i nära relationer och var i behov av vård och där artiklarna belyste sjuksköterskors möte med dessa kvinnor. Därmed exkluderades män som blivit utsatta av kvinnor, samt samkönade relationer och hedersrelaterat våld. De valda artiklarna har ursprung från; Sverige, USA, Kenya, Storbritannien.

Datainsamling

Datainsamling genomfördes med hjälp av databaserna CINAHL och Medline. Aktuella sökord var: Abused, battered women, domestic violence, experience, intimate Partner Violence (IPV), nurse attitudes, violence. För att kombinera sökorden användes Boolesk söklogik med termerna AND och OR. Trunkeringstecknet som är asterisk (*) används för att få med böjningar av sökbegreppen. Det insamlade materialet presenterades i tabeller där sökord samt träffar angavs (Tabell 1). Under litteratursökningsfasen genomfördes en litteraturavgränsning. Texternas kvalitet bedömdes och resulterades i att somliga texter exkluderades. Samtliga insamlade artiklar granskades utifrån Fribergs granskningsmall (2012) (bilaga 1) där författarna poängsatte 0–13 för kvantitativa studier och 14 poäng för kvalitativa studier. Granskningsmallen omfattade ja eller nej frågor där varje frågeställning uppfyllde ett poäng. De valda artiklarna poängsattes till 10 eller högre poäng vilket motsvarade en hög kvalitet. Artiklar som poängsattes under 10 ansågs vara medelhög kvalitet. Artiklarna kontrollerades och var engelskspråkiga originalartiklar, högst 20 år gamla och tillgängliga i fulltext i databaserna CIHNAL och Medline. Ett systematiskt urval baserade sig på huruvida texterna kunde besvara den aktuella studiens syfte och problemformulering. Sammanlagt granskades 19 artiklar varav 11 artiklar exkluderades eftersom de inte besvarade syftet. Totalt kom åtta artiklar att ingå varav 7 var kvalitativa och 1 kvantitativ.

Tabell 1. Översikt av sökord och urval i litteraturöversikt om sjuksköterskor möte med våldsutsatta kvinnor. Sökning i Cinahl, Medline. 2017-09-04 – 2017-09-28.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
Cinahl	Abused women and nurse	Peer rewieded	17	Alla	10	1
Cinahl	Violence women in relationships	Peer rewieded	15	Alla	11	1
Cinahl	Absued women And nurs*	Peer rewieded	27	Alla	16	1
Cinahl	Domestic Violence: and emergency department and nurs*	Peer rewieded	10	Alla	10	1
Cinahl	Domestic violence and nurse`s attitudes	Peer rewieded	8	Alla	8	2
Cinahl	Domestic Violence: and role of health professionalis	Peer rewieded	4	Alla	4	1
Medline	Domestic violence and nurse´s attidues	Peer rewieded	8	Alla	10	1

* = Trunkering. And och OR = Booelisk söklogik

Analys

Datamaterialet analyserades utifrån en modell beskriven av Friberg (2012). Datamaterialet lästes enskilt för att få en förståelse för helheten. Därefter lästes datamaterialet gemensamt för att nå konsensus. En översiktstabell gjordes som strukturerade de områden som besvarade syftet. Därefter identifierades likheter och skillnader. De aspekter som handlade om samma sak sorterades under lämplig rubrik. Här skedde en pendling mellan datamaterialet och abstraktioner i form av framväxande områden. En ny helhet skapades med ett huvudområde och fem områden. Under analysarbetet fanns syftet med för att inte hamna på sidospår. Kvalitativa resultat redovisades med ord och kvantitativa med siffror.

Etiska överväganden

I detta arbete följdes forskningsetiska principer som fastställts av Vetenskapsrådet (2002). Samtliga artiklar har tidigare granskats så kallad Peer Review. I artiklarna framgick att deltagarna givit sitt samtycke och även getts möjlighet till att avböja sin medverkan i studierna. Artiklarna som ingick i arbetet har godkänts av etiska råd eller nämnder i respektive forskningssammanhang. All plagiering, fabricering och falsifiering har undvikits. Forskningsmaterialet var kopplat till en korrekt referenshantering och har inte heller undanhållit några vetenskapliga resultat som motsäger annan forskning.

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framträdde ett huvudområde med fem områden.

Tabell 1. Presentation av huvudområde och område

Huvudområde	Områden
Främja kvinnans självtillit	Sjuksköterskan behöver använda screening på alla kvinnor
	Sjuksköterskan reagerar på kvinnans partners aggressivitet
	Sjuksköterskan möjliggör berättande
	Sjuksköterskan behöver stödja kvinnan till ökad självständighet
	Sjuksköterskan visar empatisk, ödmjuk attityd

Främja kvinnans självtillit

Sjuksköterskan behöver använda screening på alla kvinnor

Hindin (2006) beskriver att det är betydelsefullt att sjuksköterskor kan använda screeningsverktyg på alla kvinnor för att kunna upptäcka de som lever med våld i nära relationer. En enkel fråga kan ställas flera gånger till kvinnorna som söker vård samt befinner sig i olika processer i livet. Sjuksköterskor bör se hela kvinnan under screeningen och vid misstanke om våld i nära relationer kunna ge hjälp i form av information om hur andra aktörer exempelvis socialtjänst och polis kan bistå med. Hindin (2006) anser att universal screening ska användas för kvinnor i ålder från 14 år samt för gravida kvinnor. Kartläggningen består av fem teman som sjuksköterskor ska genomföra men det är också viktigt att ge möjlighet att besvara frågorna ärligt samt att sjuksköterskor tror på sin magkänsla i mötet med kvinnan och dennes partner.

Gallium, Sun och Woods (2009) anser att det är betydelsefullt att screena kvinnor för att kunna upptäcka hur våldet påverkar deras hälsa. Tidiga insatser medför att kvinnorna blir sedda och uppmärksammade av sjuksköterskor. Av 41 kvinnor som deltog i studien identifierades 80 procent av sjuksköterskor genom att använda sig av screening. När sjuksköterskor screenar deltagarna genom att använda sig av frågeformulär kan de kartlägga vilken typ av våld som föregåtts, fysiskt eller icke fysiskt våld. Oavsett våldets omfattning informerar sjuksköterskor kvinnorna om säkerhet och skadliga beteenden för att minska risken för framtida skador samt negativa hälsoeffekter (Gallium et al., 2009). Sjuksköterskor upplever en avsaknad av protokoll

och riktlinjer för att kunna hantera de kvinnor som blivit utsatta av våld i nära relationer, Sjuksköterskor som har tillgång till riktlinjer, gällande omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor upplever sig mer säkra i mötet med kvinnorna (Maina & Majke, 2008).

Sjuksköterskan reagerar på kvinnans partners aggressivitet

Sjuksköterskor reagerar på kvinnans partners aggressivitet som uppvisas på ett manipulativt eller aggressivt beteende. Detta skapar en osäkerhet hos sjuksköterskor då det inte har verktyg för att undvika att mannen som för kvinnans talan (Hindin, 2006). Sjuksköterskor upplever en stark frustration i samband med det kliniska mötet med de våldsutsatta kvinnorna när de försöker dölja att deras partner är förövaren och förnekar dess existens. Detta medför att kvinnorna inte får den hjälp som de behöver från polis och sociala myndigheter (Maina & Majeke, 2008). Sjuksköterskan har en central roll för att upptäcka partnerns beteende som indikerar att våld föregås i hemmet.

Hindin (2006) förklarar att sjuksköterskor får en påtaglig magkänsla när mannen försöker kontrollera kvinnans svar på frågorna eller har aggressiv attityd mot barnen. Sjuksköterskors reaktion på kvinnor som har ett ursprung ifrån en annan kultur som söker vård, där det anses vara normalt att mannen är dominerande och kvinnan är undergiven mot sin partner. Sjuksköterskor som sår ett frö hos kvinnorna kan detta vara en hjälp till att kunna bearbeta sin livssituation och tar sig ur det våldsamma förhållandet. Sjuksköterskor beskriver om de får en intuition av att något som inte stämmer överens i kvinnornas berättelse medför att koncentrationen i mötet förstärks. De upplever mötet utmanande eftersom de bör förhålla sig utan att vara dömande över partnern som har begått övergreppet. Det visar sig att sjuksköterskor upplever empati i mötet och samtidigt vill erbjuda sin tröst. För att få en korrekt berättelse om kvinnornas livssituation ser de till att skapa en lugn och harmonisk miljö för att minska rädslan hos kvinnorna (Maina & Majeke, 2008).

I en studie av Wilson, Cesario, Fredland, Walsh, Farlane, Gist, Malecha och Schultse (2001) framkommer att 24% av 149 kvinnor har varit i kontakt med vården när de varit utsatta för våld i nära relationer. Wilson et al. (2001) framhåller betydelsen av att uppmärksamma dessa kvinnor och det är betydelsefullt att sjuksköterskor ställer raka frågor exempelvis; *Har du någon gång känt dig osäker i ditt hem? Har någon slagit dig eller gjort dig illa psykiskt eller fysiskt? Är du rädd för din nuvarande eller tidigare partner? Hur hanterar ni konflikter i hemmet? Har du blivit eller blir du slagen, sparkad eller misshandlad av din partner?* (Wilson et al., 2001).

Sjuksköterskan möjliggör berättande

Sjuksköterskors möten med våldsutsatta kvinnor som söker vård uppvisar ofta en rädsla för mannen och de anklagar sig själva för skadorna som har uppstått (Cortes, Mello-Padoin, Becker & Landerdahl, 2015). Eftersom kvinnorna ständigt lever i skräck och vill skydda familjen är det svårt för dem att berätta om situationen i hemmet. Kvinnorna har en rädsla och behov av att skydda familjen. Sjuksköterskor upplever att det kan vara svårt för kvinnorna att berätta om att ta sig ur ett våldsamt förhållande. De anger att våldsutsatta kvinnor som kommer i kontakt med vården och vill ta sig ur förhållandet, inte vågar ta steget eftersom de är rädda för att mannen

skall få information som medför att våldet eskalerar i hemmet (Cortes et al., 2015). Sjuksköterskor visar ett stort känslomässigt engagemang i samband med mötet med kvinnor som var utsatta för våld, vilket även gav en stark känslopåverkan eftersom de inte visste hur de skulle agera praktiskt och känslomässigt i förhållande till kvinnornas berättelser (BengtssonTops, Saveman & Tops, 2009). Det är betydelsefullt att sjuksköterskor ser helheten i kvinnors situation och att mötet måste få ta tid så de får möjlighet att berätta om våldet i hemmet (Maina & Mejeke, 2008).

Bradbury-Jones, Duncan och Taylor (2011) beskriver att kvinnor uppfattar mötet med sjuksköterskor monotont eftersom deras livsvärld får återberättas flera gånger till olika professioner innan de får hjälp. Coeling och Harman (1997) menar att sjuksköterskor uttrycker ånger över att de glömt fråga om våld i nära relationer och därmed inte kunnat möjliggöra kvinnans behov till att berätta. Relationer är något som sjuksköterskor anser som ett hinder för att möjliggöra berättandet. De upplever att det inte var lämpligt att ställa frågor om våld när kvinnorna är ledsna eller gråtmilda. För att möjliggöra ett berättande bör sjuksköterskor ställa frågorna med en personlig stil det vill säga med egna ord och inte enligt frågeformuläret (Coeling & Harman, 1997).

Cortes, Padoin och Landerdahl (2015) förklarar att sjuksköterskor handlar kliniskt eller icke kliniskt. De**t** kliniska handlande**t** avser sjukdomar, diagnoser, behandlingar och tekniker, medan de icke-kliniska innefattar dialog, lyssnande och vägledning av sjuksköterskor. Sjuksköterskor beskriver att när kvinnor söker för fysiska skador så tas det om hand och är det stabilt så skrivs kvinnan ut utan att sjuksköterskan har ställt frågan om våld och möjligheten till att berätta har försummats. När sjuksköterskor tar hand om kvinnor som är offer för våld tenderar de att först se de fysiska såren och det trauma som är konsekvenserna av våld. Istället bör sjuksköterskor använda sig av det icke-kliniska handlandet, som att tala**,** lyssna och ge vägledning till kvinnorna och deras familjer. De kliniska- och icke-kliniska handlingarna kompletterar varandra och är viktiga och nödvändiga för att sjuksköterskor ska ta hand om dessa kvinnor (Cortes et al., 2015).

Sjuksköterskan behöver stödja kvinnan till ökad självständighet

Ett respektfullt möte med sjuksköterskor medför att kvinnor kan utveckla sin självständighet (Maina & Mejeke, 2008). Det behövs teamsamverkan mellan all personal för att bidra till ett effektivare sätt att upptäcka kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer. Ett holistiskt synsätt bör all personal utgå ifrån kvinnor som söker eller uppvisar flera skador som de maskerar. Genom att se, lyssna och möta deras berättelser kan sjuksköterskor stödja kvinnan samt informera om andra instanser för att kunna öka deras självständighet (Maina & Mejeke, 2008). Cortes et al. (2015) menar att sjuksköterskor ofta fokuserar på kliniska moment istället för att samtala, lyssna och ge vägledning till kvinnorna hur de kan ta sig ur ett destruktivt förhållande. Sjuksköterskor bör vägleda kvinnorna till andra instanser som exempelvis psykolog där det finns tid för en dialog.

Bradbury-Jones et al. (2011) anser att kvinnor som är offer för våld i nära relationer upplever att det är problematiskt när de söker vård på grund av; dålig kommunikation, återupplevelse av

händelsen, för många olika personer inblandade och en svag relation till sjuksköterskor. Detta medför att kvinnorna drar sig undan eller blir apatiska. Sjuksköterskorna upplever att det är betydelsefullt att lyssna och ge stöd för att kunna skapa goda relationer. De menar att dessa kvinnor har låg självkänsla och svårigheter att lita på andra på grund av att partnern har övertygat dem om exempelvis att; *du klarar inte detta* eller *prata inte med främlingar*. Sjuksköterskor menar att detta är en av orsakerna till att kvinnorna har svårigheter att känna ett förtroende för andra men också att de känner sig misslyckade i samhället. Det är viktigt att sjuksköterskor tar sig tid att lyssna, stödja och har en förståelse för kvinnorna (Bradbury-Jones et al., 2011).

Kvinnor som lever med våld i nära relationer maskerar ofta när de kommer i kontakt med sjukvården. Hindin (2006) anser att sjuksköterskor bör eftersträva en god relation till kvinnorna för att kunna ta del deras levnadsätt. Den information som lämnas till kvinnorna skapar möjligheter för att senare kunna ta sig ur ett destruktivt förhållande. Cortes et al. (2015) anser att sjuksköterskor som möter våldsutsatta kvinnor kan ha svårigheter att skapa goda relationer till dem. Sjuksköterskor kan då ha svårt att föra informationen vidare till andra myndigheter.

Sjuksköterskan visar empatisk, ödmjuk attityd

Sjuksköterskors möte med våldsutsatta kvinnors ska vara en trygg plats där kvinnan behandlas med respekt och inte låter sig stigmatiseras. Sjuksköterskor menar att kvinnor inte alltid uppfattar följden av våldet mot sin hälsa. Sjuksköterskor menar att de har en central roll och ett professionellt ansvar i mötet med kvinnorna för att kunna skapa en vändpunkt för dem. Detta medför att de ska kunna bryta sig loss från ett våldsamt förhållande (Maina & Mejeke, 2008). För att kunna upptäcka våld i nära relationer är det betydelsefullt att sjuksköterskor vågar ställa frågan om kvinnorna har blivit utsatt för våld. Sjuksköterskor menar att det är viktigt att inte negligera kvinnors berättelser utan inta en ödmjuk attityd, visa empati och förståelse. Sjuksköterskor upplever att kvinnorna är rädda att förlora sin identitet och autonomi samt att de inte har någon plats i vården. De betonar att kvinnorna som lever med våld inom familjen uppfattar inte sjukvårdspersonalens som sanningsenliga. Detta kan medföra att sjuksköterskor får en ovillig inställning till dessa kvinnor och kan vara svårt att visa empati. Hindin (2006) framhåller att sjuksköterskor bör uppmärksamma de signaler som uppstår i mötet med kvinnorna. Det kan handla om både fysiska och psykiska som är en följd av våldet som pågår i hemmet. Sjuksköterskor bör vara beredda på att kvinnorna kan bli känslomässiga i mötet. Detta kan skapa osäkerhet hos sjuksköterskor som behöver beakta**s.**

Resultatsammanfattning

Av resultaten framkommer att sjuksköterskor har en osäkerhet i mötet med våldsutsatta kvinnor. Huvudområdet är att främja kvinnans självtillit som innefattar fem områden; *sjuksköterskan behöver använda screening på alla kvinnor, sjuksköterskan reagerar på kvinnans partners aggressivitet, sjuksköterskan möjliggör berättande, sjuksköterskan behöver stödja kvinnan till ökad självständighet och sjuksköterskan visar empatisk, ödmjuk attityd.* Dessa områden belyser att sjuksköterskor har svårt att ställa frågan om våld. Sjuksköterskor menar att screeningsmaterial är ett bra verktyg för att upptäcka kvinnor som utsätts för våld i hemmet. Våldsutsatta kvinnor som söker vård upplever att de blir förbisedda och negligerade,

samt deras skamkänslor förstärks. Sjuksköterskor är betydelsefulla för att kunna möjliggöra berättandet och erbjuda den hjälp ifrån andra instanser.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna valde att använda sig av litteraturöversikt beskriven av Friberg (2012) då metoden var lämplig för att besvara syftet med hjälp av statistik, rapporter, böcker och vetenskapliga artiklar. Författarnas mål var att finna lika många kvalitativa och kvantitativa artiklar. Få studier är gjorda utifrån sjuksköterskors perspektiv vilket medfört ett begränsat antal studier. I sökningarna av artiklar har författarna gått 20 år tillbaka för att finna tillräckligt många artiklar som belyser det aktuella syftet. Detta medför också att den äldsta artikeln är från år 1997. Denna artikel valdes att tas med eftersom den belyser sjuksköterskors centrala roll att ställa känsliga frågor samt arbeta på ett förebyggande sätt. Det saknas en direkt formell översättning av begreppet våld i nära relationer från svenska till engelska. Därför har de engelskspråkiga begreppen Intimate Partner Violence och Domestic Violence inkluderats. Ett mångkulturellt perspektiv har eftersträvats vilket anses stärka tillförlitligheten i resultatet. Benämningen patienten har exkluderats eftersom Travelbee (1971) betraktar detta begrepp som generaliserbart och därmed har begreppen våldsutsatta kvinnor och kvinnor istället använts. Nackdelen med endast 1 kvantitativ artikel var att resultatet grundar sig på ett fåtal utvalda sjuksköterskors erfarenhet av våldsutsatta kvinnor. Efter att ha granskat artiklarna kopplat till syftet är de länder som kan tänkas ha mindre jämlikhet än västvärlden och där liknande studier gjorts i exempelvis Sverige eller Storbritannien. Enligt Polit och Beck (2006) är det upp till läsaren att bedöma om resultatet är överförbart eller inte. Trovärdigheten i studien kan anses ha stärkts genom att använda flera databaser, sökord med inklusionskriterierna, peer-reviewed och att forskningsetisk godkända studier inkluderats.

Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Resultaten indikerar att sjuksköterskor främjar kvinnans självtillit genom att stödja de utsatta kvinnorna. Bandura (1977a; 1977b) anser att genom tydliga mål och positiva föreställningar om det nya beteendets betydelse innebär ett resultat där det skapas motivation för en beteendeförändring. Detta innebär att individen tror på sin förmåga att genomföra sin förändring. Styrkan i självtillit resulterar i hur effektiv individens hantering av besvärliga situationer eller händelser blir, samt hur länge dessa händelser känns avskräckande och upplevs som ett hinder. Individen vill ofta avhålla sig ifrån skrämmande situationer. Det krävs en trygghet för att tro på sin egen förmåga för att våga ta itu med sina tidigare avskräckande situationer. Effektivitet av hantering i besvärliga situationer ger en ökad tillit till sin egen förmåga som i sin tur stärker motivationen till att fortsätta. Genom att höra andras hantering av liknande problem kan detta bidra till individens självtillit och tro till sin egen förmåga att klara av situationen. Att individen hittar det underliggande problemet till obehagskänslor som uppstår

vid en besvärlig situation, hjälper individen att slappna av och hantera det upplevda problemet effektivt (Bandura, 1977a; 1977b).

Resultaten tydliggör att sjuksköterskor behöver använda screening på alla kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer för att säkerställa så att ingen missas. Genom att sjuksköterskan använder sig av ett screeningsmaterial synliggör de våldsutsatta kvinnor som blir utsatta för våld i nära relationer och därmed kan sjuksköterskan identifiera och hjälpa dessa kvinnor till en fortsatt vård. Sjuksköterskors profession är en del av samhället och har en viktig betydelse i mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Genom att använda screeningsmaterial kan sjuksköterskor upptäcka om det finns barn i familjen där sjuksköterskan har en skyldighet att göra en orosanmälan till Socialstyrelsen för att skydda barnets leverne. Screeningsmaterialet är ett verktyg för sjuksköterskor som medför att de har lättare att kunna ställa frågor om våld till kvinnor som blivit utsatta. Detta medför att sjuksköterskor känner ökad trygghet och säkerhet i omhändertagandet av kvinnorna. Sjuksköterskor har en viktig roll att upptäcka våld under förutsättningen att de har tillräcklig kunskap för att se tecken eller konsekvenser av våld (Socialstyrelsen, 2014) Om riktlinjer inom detta område finns i alla kliniska verksamheter är det en kvalitetsgaranti för all vårdpersonal inklusive den pre-hospitala sjukvården exempelvis i ambulanssjukvård. Det medför att kvinnorna i tidigt skede kan få hjälp med att bryta sig loss från det destruktiva förhållandet samt få stöd och knyta an till andra aktörer. Begreppet kompetens handlar om förmågan att klara olika krav som eftersträvas i en organisation och detta syftar till en kvalifikation, kunskap, förmåga, lärande och färdighet. Detta kan leda till en adekvat kompetens hos personalen som eftersträvar riktlinjer inom området. Om det finns riktlinjer i vården som sjuksköterskor kan förhålla sig till är det lättare att möta kvinnor med annan kultur (SOFS 2014:4).

Av resultaten framkommer att sjuksköterskor reagerar på kvinnans partners aggressivitet som uppvisar ett manipulativt och aggressivt beteende vilket skapar en osäkerhet hos sjuksköterskor. Detta medför att de inte har verktyg att undvika mannens talan inför kvinnorna. Det är viktigt att sjuksköterskor tydliggör att männen lämnas utanför när kvinnor undersöks eftersom det beror på deras rädsla. Resultaten tydliggör även att sjuksköterskor inte ser kvinnor och inte respekterar deras integritet och autonomi. Socialstyrelsen (2014:4) konstaterar att sjuksköterskor har ett ansvar och ska arbeta för att förebygga ohälsa hos våldsutsatta kvinnor och stärka deras autonomi och integritet. Det är betydelsefullt att sjuksköterskor inte skuldbelägger kvinnor utan istället lyssnar på deras berättelser för att hjälpa dem och barnen som bevittnar våld. Sjuksköterskor ska kunna ta kontakt med övriga myndigheter som kan hjälpa kvinnorna att lämna det våldsamma förhållandet. Av resultatet framgår att sjuksköterskorna har en kunskapsbrist inom området som medför en osäkerhet och en negativ atmosfär i mötet med kvinnorna. I mötet med dessa kvinnor och den bristande kunskap som finns hos sjuksköterskor medför att individuella tolkningar görs och därmed kan mötet påverkas som indikerar till att mannen för kvinnans talan och den våldsutsatta kvinnans berättelse förbises. Sjuksköterskor kan uppleva svårigheter att fånga upp kvinnors anamnes och deras hemförhållande. Detta medför att sjuksköterskor känner svårigheter att synliggöra barnperspektivet och se till barnens bästa. Barn som bevittnar våld bör inte vara delaktiga i moderns vård på grund av att barnen har upplevt och traumatiserats i samband med våldet som sker i hemmet. Det är viktigt att möta barnen där de befinner sig och se utifrån barnets bästa och behov (FN:s barnkonvention 2017). Socialtjänstlagen 2001:453 5 kap 11§ framhåller att barn som bevittnar våld beaktas som offer och därmed behöver stöd och hjälp. Socialtjänstlagen 2001:453 14 kap 1 § beskriver att vårdgivare i sin verksamhet tar emot ett barn som har bevittnat våld eller misstänker att barn far illa har en anmälningsskyldighet.

Det är betydelsefullt att barnperspektivet tydliggörs samt lyfts fram när det gäller våld i nära relationer och att barn som bevittnar våld bemöts med värme, kärlek och inte skuldbeläggas.

Resultaten tydliggör att sjuksköterskor möjliggör för kvinnorna att berätta om den skräck och skam som de lever i. Det kan medföra att sjuksköterskor har svårigheter att agera på ett betydelsefullt sätt för att kunna se kvinnornas situation som de befinner sig i. Sjuksköterskor bör vara medvetna om att mötet kan vara känslomässigt och svårt att hantera de känslor som uppstår. Informationen som framkommer till sjuksköterskor ska vara en hjälp till kvinnorna. Travelbee (1971) menar att kommunikation är sjuksköterskors primära redskap som används för att lära känna patienten och se var individen befinner sig. Kommunikationen är ett led att skapa en god relation men likväl empati och sympati samt förstå patientens situation är ett sätt att arbeta utifrån en personcentrerad vård. Sjuksköterskor ska inte styras av sina egna värderingar eller förutfattande meningar som kan påverka mötet med patienten (Travelbee, 1971).

Av resultaten framkommer att mer utbildning inom området våld i nära relationer ska ingå redan i sjuksköterskors grundutbildning samt att utbildning bör fortsätta i den kliniska verksamheten. Om utbildning genomförs i de olika verksamheterna kan detta medföra att sjuksköterskor upplever mindre frustration i mötet med kvinnor som inte har klarat av att bryta sig loss ifrån destruktiva förhållanden. Utbildning rörande mäns våld mot kvinnor anses bidra till en god personcentrerad och säker vård samt ett fungerande omhändertagande av dessa kvinnor. Brist på kunskap och utbildning hos sjuksköterskor leder till att frågan om våld inte ställs. Detta trots att sjuksköterskor har en generell förståelse att frågor bör ställas för att kunna förstå kvinnors situation och dess lidande. Detta skulle medföra ett bättre bemötande med empati och medlidande. Eriksson (1994) menar att patienten skall få en möjlighet att känna sig respekterad, välkommen och få möjlighet att utrycka sig fritt där sjuksköterskor låter patienten få vara patient. Omvårdnad innebär att patientens värdighet och behov står i centrum och att den lidande ska omges av kärlek (Eriksson, 1994). Svensk sjuksköterskeförening (2017) anger att personcentrerad vård innefattar att synliggöra hela individen och att tillgodose de andliga, existentiella, sociala och psykosociala behoven i likvärdig utsträckning. Personcentrerad vård innebär att respektera och bekräfta individens upplevelse och tolkningar av ohälsa och sjukdom, samt eftersträva de tolkningar som främjar hälsa och vad hälsa betyder för individen. Personcentrerad vård beskrivs på så sätt att individens unika perspektiv är lika viktigt som det professionella perspektivet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Naldemirci, Wolf, Elam, Lydahl, Moore och Britten (2017) beskriver att personcentrerad vård ska leda till samarbete och förbättrad kommunikation där patienterna blir delaktiga i sin egen vård och uppmärksammar en förändring i vårdarens professionella attityd, miljö och engagemang för teamsamverkan (Naldemirci et al., 2017).

Av resultaten framkommer att sjuksköterskor behöver stödja kvinnan till ökad självständighet. Om sjuksköterskor upplever svårigheter att upptäcka kvinnor som lever i våld i nära relationer behövs det en teamsamverkan mellan all personal för att upptäcka dessa kvinnor så tidigt som möjligt. Sjuksköterskan ska sträva efter att se kvinnorna och vara lyhörd över deras berättelse. Om sjuksköterskor erfar våldsutsatta kvinnorna är detta betydelsefullt för dem och därmed skapas goda relationer som ökar kvinnans självständighet. Stöd, kommunikation och att någon lyssnar är betydelsefullt för att kvinnor inte ska dra sig undan och för att kunna skapa en god relation med dem. Flertalet av våldsutsatta kvinnor drar sig undan som visar på att de har normaliserat situationen samt har en låg självkänsla och svårigheter att lita på andra. Detta kan delvis bero på partnerns manipulerande beteende gentemot kvinnan som kan vara en av orsakerna till att kvinnorna har svårigheter att skapa förtroende med andra och känner sig

mindre värda (Socialstyrelsen, 2016). Kvinnor som lever med våld i nära relationer maskerar ofta sitt tillstånd när de kommer i kontakt med sjuksköterskor och därmed anses det viktigt att låta mötet ta den tid som behövs och att lyssna på kvinnorna. För att kunna upptäcka våld i nära relationer är det betydelsefullt att sjuksköterskor vågar ställa frågan om våld i hemmet. Om inte frågan ställs kan inte sjuksköterskor upptäcka kvinnor som lever med våld i nära relationer som medför svårigheter att vårda dem på bästa sätt. Socialstyrelsen (2016) anser att sjuksköterskor bör eftersträva att vården blir en trygg plats för våldsutsatta kvinnor och blir bemötta med empati och en ödmjuk attityd. NCK (2010) menar på att kvinnor som lever med våld i nära relationer är sårbara och misstänksamma och känner att de är förlorade. Våld i nära relationer handlar inte om någon klassfråga utan att det finns runt omkring oss alla och det krävs en medvetenhet om vad som kan försiggå i det tysta (NCK, 2010).

Av resultaten framgår att det är betydelsefullt att sjuksköterskor visar en ödmjuk, empatisk attityd i mötet med våldsutsatta kvinnor. Kvinnorna ska behandlas med respekt och ödmjukhet. I mötet med dessa kvinnor är det viktigt att sjuksköterskor har en empatisk förståelse för att möjliggöra kvinnans berättande. Sjuksköterskor har ett professionellt ansvar att tala med kvinnorna på ett ödmjukt och förstående sätt som kan medföra en vändning i kvinnans liv och bli den hjälpande handen för kvinnan till att bryta sig loss från ett destruktivt förhållande. För att synliggöra våld i nära relationer ska sjuksköterskor ha en ödmjuk attityd för at våga ställa frågor om våld föregås i hemmet och där är det viktigt att inte negligera kvinnornas berättelse, istället visa en förståelse. Det är viktigt att sjuksköterskor inte är dömande i mötet med våldsutsatta kvinnor utan anammar deras berättelse på ett empatiskt och förstående sätt. Sjuksköterskors möte med kvinnor som lever i våld i nära relationer bör vara uppmärksamma på de signaler som uppstår och även se tidigare vårdtillfällen där kvinnorna söker för liknade skador eller sjukdomar. Det är betydelsefullt att sjuksköterskor möter kvinnor med kärlek och medmänsklighet för att lindra lidandet och sårbarheten hos kvinnor. Eriksson (1994) menar att caritasmotivet är vårdandets grundmotiv där medmänsklig kärlek, medlidande och barmhärtighet är betydelsefullt för vårdandet. Kärlek och omtanke kännetecknas av att medmänniskan vill den lidande väl utifrån den vårdvetenskapliga värdegrunden. (Eriksson, 1994). All personal inom Hälso- och sjukvården strävar efter gemensamma mål - att tjäna patienter och där verksamheten uppfyller tillgänglighet, öppenhet och vänlighet. Caritativ vård präglas av gemensam värdegrund med etiska värden som innebär mänsklig värdighet (Bondas, 2003).

Konklusion

Denna studie har bidragit med kunskaper om sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer. Resultaten påvisar att screening är ett framgångsrikt sätt att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor saknar kunskap och strävar efter utbildning inom området våld i nära relationer. Sjuksköterskor eftersträvar screeningsmaterial och hur frågan om våld ska ställas för att inte bidra till ett vårdlidande hos kvinnorna. Sjuksköterskors osäkerhet kan ha en påverkan som bidrar till svag empati och förståelse för dessa kvinnor. Det är betydelsefullt att våldsutsatta kvinnorna får vara ensamma i mötet med sjuksköterskor på grund av den rädsla som de har för sin partner. Skammen hos dessa kvinnor är stor och det är viktigt att det inte förstärks utan att sjuksköterskor kan möta dem där de befinner sig samt tar hänsyn till dess närstående exempelvis barnen. Ökad kompetens och utbildning leder till att sjuksköterskor i ett tidigt skede kan upptäcka och

förebygga våld mot kvinnor. Våldsutsatta kvinnor kommer att finnas inom all vård och förtjänar att mötas med respekt, empati och förståelse.

Kliniska implikationer

Resultaten kan användas för att öka förståelsen hos sjuksköterskor och för att synliggöra våld i nära relationer samt identifiera, aktivt förebygga hälsorisker och främja hälsa. I den kliniska verksamheten kan detta översättas till att sjuksköterskor inom all vård behöver få en bättre kunskap och insikt om kvinnor som har blivit utsatta för våld i nära relationer. I den forskning och utveckling som finns är det viktigt att förkovra sig inom detta område och eftersöka ny kunskap. Enligt Svensk sjuksköterskeförening kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor, ska sjuksköterskor utöva ledarskap i omvårdnadsarbetet samt ta ett aktivt ansvar för att ta del av ny forskning och vidarebefordra denna kunskap till sina medarbetare inom området. Det behövs mer forskning och utbildning inom området våld i nära relationer. När det gäller barn som bevittnar våld har sjuksköterskor en skyldighet att anmäla enligt Socialtjänstlagen. Om anmälningsskyldigheten uppfylls i den kliniska verksamheten är oklart. Mer kompetens och utbildning leder till att sjuksköterskor i ett tidigt skede kan upptäcka och förebygga våld mot kvinnor. Förslag till fortsatt forskning inom området är mötet mellan sjuksköterska och våldsutsatta kvinnor samt hur sjuksköterskor upplever mötet och vilka verktyg de kan använda för att synliggöra våld i nära relationer och hur dess riktlinjer inom området följs.

REFERENSER

*Artiklar inkluderade i resultatet

Bandura, A. (1977a) Social Learning Theory. New Jersey, Prentice Hall.

Bandura, A. (1977b) Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, Stanford University.

Bondas, T. (2003). Caritative leadership. Minestering to the Patients. *Nursing Administration Quaterly. 27*(3), 249-253.

*Bengtsson- Tops, A., Saveman, B.I. & Tops, D. (2009). Staff experience and understanding of working with abused women suffering from mentall illness. *Health and Social Care in the Community, 17(5),* 459-465.

Brosi, M. & Rolling, E. (2010). A narrative journey for intimate partner violence: from victim to survivor. *The American Journal of Familiy Therapy, 38*, 237–250. Doi: 10,1080/01926180902961761

Berglund, A. (2010). Hur hanteras frågor om våldsutsatthet inom hälso-och sjukvården internationellt- En litteraturöversikt. I A. Berglund (Red), *Nationella Centrum för Kvinnofrid- Att fråga o m våldsutsatthet som en del av anamnesen*. (uppl. 1:4., s.59–61). Uppsala universitet

* Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Moy, M., & Taylor, J. (2011). Improving the health care of women living waith domestic abused, *Nursing Standard, 25(43), 35-40.*

Brottsförebyggande rådet (2017) Nationella *trygghetsundersökning* (ntu rapport 2017:1) Hämtad från. https://www.bra.se/download/18.37179ae158196cb172d6047/1483969937948/2017_1_Nationella_trygghetsundersokningen_2016.pdf

* Coeling, H. V. & Harman, G. (1997). Learning to Ask About Domestic Violence, *Elsevier Science, 7,* 263-268.

* Cortes, L. Mello Padoin, S., Becker Vieira, L., Landerdahl, M., & Arboit, J. (2015). Care for women victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity, *Revista Gaúcha de Enfermagem, 36*, 77-84.

Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A.M., Sartini, M., & Sasso, L. (2016). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 26,1–10. doi:10,1111/jocn.13625

Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (uppl. 2:4, 23, 33, 168-169). Studentlitteratur: Lund.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning.* (2: a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Feo, R. & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies, 57,* 1–11.

Friberg, F. (2012). Tankeprocessen under examensarbete. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (uppl. 2:4, 44). Studentlitteratur: Lund.

* Gillum, T. J. Sun, C., & Woods, A. (2009) Can a Health Clinic- Based Intervention Increase Safety in Abused Women? Results from a Pilot Study. *JOURNAL OF WOMENS HEALTH, 18,* 1259-1264.

Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women; impact on nurses professional and personal Life experiances. *Journal of Advanced Nursing, 65*(8), 1645-1654. doi: 10.1111/scs.12025

Häggblom, A.M.E., Hallberg, L.R.-M, & Möller, A. (2005). Nurses attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences, 7,* 235-242.

Huss,M., Tomkins, A., Garbin, C., Schopp, R., Kilian, A. (2006). Battered women who kill their abusers. *Journal of Interpersonal Violence, 21,* 1063-1080. Doi: 10.1177/0886260506290206

*Hindin, P. (2006). Intermate Partner Violence Screening Practcies of Certified Nurse-Midwives. *Journal of Midwifery & Women`s Health, 51,* 216–221.

Hyden, M. (2008*) Kvinnomisshandel inom äktenskapet: mellan det omöjliga och det möjliga.* (2.uppl.). Linköpings universitet: Liber utbildning.

Höglund,A. (2010). Etiska aspekter på att rutinmässigt fråga om erfarenheter av våld i nära relationer. I A. Berglund (Red), *Nationellt Centrum För Kvinnofrid- Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen.* (uppl.1:4., s.95–102). Uppsala universitet.

*Jonzon,R., DangVung, N., & Ringsberg, K.(2007). Violence against women in intimate relationships:Explanations and suggestions for interventions as percieved by Healthcare Worker local leaders and trusted community member in a nothern district of Vietnamn. *Scandinavian Journal of Public Health, 35,* 640-647.

Joaquin Borrego Jr., Mindy R., Gutow. Shira Reicher & Chikira H. Barker. (2008). Parent–Child Interaction Therapy with Domestic Violence Populations. *Springer Science Business, 23,* 495–505. Doi:10,1007/s10896-008-9177-4

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricsson, M.(Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination i omvårdnad* (s. 87). Lund: Studentlitteratur AB.

Larsson, M. (2010). Att fråga kvinnnor med olika etnisk och kulturell bakgrund om våld i en nära relation. A. Berglund (Red.), *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (s. 31–32). Uppsala Universitet.

Lutenbacher, M., Cohen, A., & Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing, 20*, 56-64. doi: 0737-1209/03/$15.00

*Maina, G., & Mejeke, S. (2008) Intermate partner violence in Kenya: expanding healthcare roles. *Nursing Standard, 22,* 35–39.

NCK Nationellt centrum för kvinnofrid (2010). *Världshälsoorganisationen.* Hämtad från http://www.regeringen.se/4a80d3/contentassets/fd7240295cab45df8130384abdb600fa/mal-och-myndighet---en-effektiv-styrning-av-jamstalldhetspolitiken-sou-2015_86.pdf

NCK *Nationellt centrum för kvinnofrid* (2015). Hämtad från.http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans_vald_mot_kvinnor/V%C3%A5ld+som+privat+eller+politisk+fr%C3%A5ga

NCK: Kunskapsbanken - Nationellt centrum för kvinnofrid (2017). *Utbrottsprocessen.* Hämtad från http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/uppbrottsprocessen/

Nationella Trygghetsundersökning (NTU, 2017). *Våld i nära relationer.* Hämtad från http://www.bra.se/brott-och-statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html

Naldemirci, Ö., Wolf, A., Elam, M., Lydahl,D., Moore,L & Britten,N. (2017).Deliberate and emergent strategies for implementing person-centred care: a qualitative interview study with researchers, professionals and patients. *BMC Health Services Research, 17*, 1-10.

Polit, M.Q. & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Pusa, S., Hägglund, K.,Nilsson,M., & Sundin,K.(2014) District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. *Nordic College of Caring Science 29,* 93–100.

Prosman, G., Lo fo wong,S., & Largo-janssen, A. (2014). Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28,* 3-11. doi: 10.1111/scs.12025

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag.* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från. https://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

Socialstyrelsen (2004). Genus och civilt samhälle (Rapport socialstyrelsen 2004-123-10). Hämtad från. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10393/2004-123-10_200412311.pdf

Socialstyrelsen (2016). Våld- Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer (2016-6-37). Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf

SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 9 okt, 2017, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

SOFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer.* Hämtad från. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-5-7

SOU 2015:86. *Mål och myndighet- en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken. Betänkande av jämställdhetsutredningen.* Hämtad från http://www.regeringen.se/4a80d3/contentassets/fd7240295cab45df8130384abdb600fa/mal-och-myndighet---en-effektiv-styrning-av-jamstalldhetspolitiken-sou-2015_86.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (978-91-85060-10-8). Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing.* (uppl. 2). Philadelphia: Davis, cop.

Tönnesen, E. (2010). Frågor om våldsutsatthet ut primärvårdsperspektiv. I A. Berglund (Red), *Nationella Centrum för Kvinnofrid- Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. (uppl. 1:4). Uppsala universitet

Unicef. (2017). *FN:s Barnkonvention*. Hämtad från https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full

Vetenskapsrådet. (2002). *Etikprövning: forskning på människor*. Hämtad 9 maj 2017 https://www.vr.se/etik/etikprovning/forskningpamanniskor.4.2d2dde24108bef1d4a8800077.html

Wilson, P, Cesario, S., Fredland, N., Walsh, T., Mc Farlane, J., Gist., J Malecha, A., ... Schultz, P. (2001). Primary Healthcare Provider`s Lost Opportunity To Help Abused Women. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF NURSE PRACITITIONERS, 13, 565*-570.

Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences 29,*418–425.

Öhman, A. (2009). Genusperspektiv på vårdvetenskap (978-91-85027-71-2). Stockholm: Högskoleverket.

World Health Organisation. (2005). Summary report: *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women* (Rapport 92 4 159351 2). Hämtad från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43310/1/9241593512_eng.pdf

World Health Organization (2013). *Violence against women: a 'global health problem of epidemic proportions'.* (Media centre News release 2013). Hämtad från http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/

Bilaga 1 - Kvalitetsgranskningsmall
Författare: Friberg (2012) s. 138–139

Frågor för kvalitativa studier:

- ✓ Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är det i så fall formulerat och avgränsat?
- ✓ Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
- ✓ Hur är dessa i så fall formulerade?
- ✓ Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- ✓ Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- ✓ Hur är metoden beskriven?
- ✓ Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- ✓ Hur har data analyserats?
- ✓ Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- ✓ Vad visar resultatet?
- ✓ Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- ✓ Vilka argument förs fram?
- ✓ Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?

Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

Frågor vid granskning av kvantitativa studier:

- ✓ Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- ✓ Finns det teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- ✓ Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- ✓ Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- ✓ Hur är metoden beskriven?
- ✓ Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder inklusions- respektive exklutionskriterier)?
- ✓ Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- ✓ Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
- ✓ Vad visar resultatet?
- ✓ Vilka argument förs fram?
- ✓ Förs det några etiska resonemang?
- ✓ Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
- ✓ Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden.

Bilaga 2. Översikt av analyserad litteratur

Artikelfakta	Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat	Diskussion	Kvalitet
Författare: Bengtsson-Tops, A., Saveman, B-I., Tops, D. **Titel: Staff experience and understandning of working with abused women** **Tidskrift: *Health In Social Care In the Commonity*** **Årtal: 2009**	Sjuksköterskeperspektiv	Beskriva hur personalen upplever och förstår sitt arbete med dessa kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.	Kvalitativ metod med semistrukturerande studie som byggdes på tematiska intervjuer av 13 hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med våldsutsatta kvinnor.	Resultaten visade att arbete med misshandlade kvinnor upplevdes som tvetydigt och smärtsamt	Bristande kunskap hos Hälso- och sjukvårdspersonal kan leda till att kvinnorna inte känner sig delaktiga i sin vård. Att personalen utstrålar en frustration skadas tilliten mellan patient och sjuksköterska.	Hög

Artikelfakta	Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat	Diskussion	Kvalitet
Författare: Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Moy, M., Taylor, J., **Titel: Improving the Health care of woman living with domestic abuse** **Tidskrift:** ***Nursing Standard*** **Årtal: 2011**	Sjuksköterske-perspektiv	Syftet är att belysa våldsutsatta kvinnors vårdupplevelse.	Kvalitativ med semistrukturerande intervjuer	Resultatet belyser tre teman som är kopplade till kvinnornas hälsoproblem. Där kommunikationen mellan sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnor är viktigt. Att god kommunikation stärker deras självkänsla. Brist på kommunikationen ger dålig självkänsla och en stigmatersring som gör det svårt för dem att beskriva sin livssituation.	Framkommer i diskussionen att kvinnor som är offer för Intimate Partner Violence (IPV) att deras hälsa påverkas. Bristande kommunikation mellan sjuksköterskor och kvinnor som skapar frustration, upprördhet hos kvinnorna. Sjuksköterskor upplever de svårigheter att prata om IPV.	Hög
Författare: Coeling, H V., Harman., G. **Titel: Learning to ask about domestic violence** **Tidskrift:** ***Women Healt Issues*** **Årtal: 1997**	Sjuksköterske-perspektiv	Syftet är att belysa vikten av att sjuksköterskor vågar ställa känsliga frågor om våld i hemmet.	Kvalitativ metod med semistrukturerande intervjuer. Där 8 sjuksköterskor var med i en studie. Sjuksköterskor skulle under 12 veckor ställa frågor till kvinnor om de har blivit utsatta för våld i hemmet.	Resultatet på denna studie belyser att sjuksköterskor har svårigheter med att ställa känsliga frågor. Att sjuksköterskor behöver mer utbildning inom området	Framkommer i diskussionen att sjuksköterskor behöver mer tid för att kunna arbeta utifrån ett förbyggande sätt. Genom att ställa känsliga frågor som våld i hemmet, öppnade upp ögonen för problemet.	Hög

Artikelfakta	Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat	Diskussion	Kvalitet
Författare: Cortes, L., Mello Padoin, S., Becker Vieira, L., Landerdahl, M. **Titel: Care for women victim of violence: empowering nurses in the pursuit of gener equity** **Tidskrift: *Revista Gaucha de Enfermagem*** **Årtal: 2015**	Sjuksköterske-perspektiv	Beskriva sjuksköterskors möte med våldsutsatta kvinnor på akutmottagningen. Att anamma våldsutsatta kvinnors vårdupplevelse av sjuksköterskor som arbetar på akutmottagning	Kvalitativ metod med deskriptiv design. Forskarna intervjuade 10 sjuksköterskor.	Resultatet belyser att sjuksköterskor behöver vägledning, stöd och rutiner för att få en bra dialog med våldsutsatta kvinnor	Framkommer att våldsutsatta kvinnorna känner en rädsla att berätta för sjuksköterskorna om deras utsatthet som beror på att sjuksköterskorna har en anmälningsplikt. Kvinnorna belyser vikten av att sjuksköterskorna lyssnar, se och kommunicerar	medelhög

Artikelfakta	Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat	Diskussion	Kvalitet
Författare: **Gillum, T. J. Sun, C., Woods, A.** **Titel: Can a Health Clinic- Based Intervention Increase Safety in Abused Women? Result from a Pilot study** **Tidskrift:** ***Journal of Women"s Health.*** **Årtal: 2009**	Sjuksköterske-perspektiv	Att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor som söker primärvård eller akuten.	Kvalitativ metod - randomiserande kontrollerad studie. Baseras på 41 kvinnor där 20 kontrollgrupper, 21 intervention och där endast 2 förlorade i uppföljning. Forskarna använde sig av intervjuer.	Belyser vikten av att screena kvinnor tidigt som är offer för Intimate Partner Violence (IPV).	I diskussionen anammar det vikten av att screena våldsutsatta kvinnor som söker vård. För att tidigt ge information, minska framtida skador och negativa hälsoeffekter	Hög
Författare: **Hindin, P.** **Titel: Intimate Partner Violence Screening Practice of Cerified Nurse-Midiwiwes** **Tidskrift:** ***Journal of Miwifery &Women`s Health*** **Årtal: 2006**	Sjuksköterske-perspektiv	Att finna ett verktyg för att kunna screena kvinnor som utsätts för Intimate Partner Violence (IPV)	Kvalitativ metod med djupgående intervjuer av fallstudier. Där sjuksköterskor intervjuats.	Resultatet belyser fem teman. 1. Screena alla kvinnor. 2 Ärlighet, magkänsla. 3. Relation till kvinnorna. 4. Att så ett frö. 5. Förlorade labyrinten-brist på yttre faktorer	Framkommer att de kulturella aspekterna är en av svårigheterna för sjuksköterskorna samt screena kvinnor. Att upptäcka våld i nära relationer. Oftast beror det på språkbristningar	Hög

Artikelfakta	Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat	Diskussion	Kvalitet
Författare: **Maina, G., Mejeke, S.** **Titel: Intimate partner violence in Kenya: Expanding healthcare roles** **Tidskrift:** ***Nursing Standard.*** **Årtal: 2008**	Sjuksköterske-perspektiv	Att identifiera hur sjuksköterskor förebygger våld i nära relationer i Kenya.	Kvalitativ forskningsstudie med djupgående intervjuer.	I resultatet beskrivs att stressen har en påverkad och därmed missas uppmärksamheten om våldsutsatta kvinnors skador. Sjuksköterskor beskriver vården mer som ett löpande band principen.	I diskussionen anammas att våldsutsatta kvinnorna behöver mötas med respekt empati. Att informationen lämnas ut med respekt och förtroende för att minska risken till återfall i Intimate Partner Violence (IPV)	Hög

Artikelfakta	Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat	Diskussion	Kvalitet
Författare: Wilson, P,. Cesario, S., Fredland, N., Walsh, T., Mc Farlane, J., Gist., J Malecha, A., Schultz, P. **Titel:** Primary Helathcare Provider`s Lost Opportunity To Help Abused Women. **Tidskrift:** *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF NURSE PRACITITIONERS* **Årtal:** 2001	Sjuksköterskeper spektivet.	Att identifiera hur många kvinnor som utsätts för Intimate Partner Violence. (IPV).	Kvantitativ metod som har använt journalan-teckningar, 149 kvinnor deltog i studien. Därefter placerades kvinnorna in i en tabell efter besöksorsaken.	Att synliggöra hur många kvinnor som är offer för (IPV) och söker för olika symptom. Av 149 kvinnor som deltog i studien var diagnosen depression mest överrepresenterade i procent. Därefter följs stress.	Författarna i artikeln argumenterar för att sjuksköterskorna ska våga ställa frågan om det förekommer våld i hemmet. Av 149 kvinnor som deltog i studien uppmärksammades 24 % som är utsatta för våld i hemmet.	Hög