

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Godkänt och examinerat: 2019-05-23

Att vårda kvinnor utsatta för våld

En litteraturstudie

To care for battered women

A literature study

Författare: Sarah El Abdouni

Handledare: Erika Sigvardsdotter, Höskolelektor
Katarina Falk, Höskoleadjunkt

Examinator: Joacim Larsen, Höskolelektor

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Våld mot kvinnor är ett globalt hälsoproblem, 35% av samtliga kvinnor i världen har någon gång blivit utsatta för våld. Sjuksköterskans ansvar syftar till att identifiera behov och erbjuda god omvårdnad till kvinnan utsatt för våld utifrån rådande situation. En bristande sjukvård leder till sjuksköterskor som tvivlar på sin förmåga och patienter som känner sig otrygga till att avslöja våldet. Identifieras inte kvinnans utsatthet föreligger det en risk att hon kvarblir i en osund relation och i värsta fall dör till följd av våldet. **Syfte:** Att beskriva hindrande och möjliggörande faktorer för att identifiera kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. **Metod:** En allmän litteraturstudie utifrån tio artiklar med både kvantitativ och kvalitativ ansats. **Huvudresultat:** Identifierade utmaningar var vårdpersonalens bristande kunskap, känslor och attityder samt organisatoriska brister. Vikten av identifiering och den betydelsefulla vårdrelationen identifierades som möjligheter till upptäckten av kvinnor utsatta för våld. Både utmaningar och möjligheter hade anknytningar till sjuksköterskans kunskap, attityd, identifiering, bemötande och ansvar. **Slutsats:** Slutsatsen tyder på att bristfällig kunskap, organisatoriska brister såväl som känslor och attityder hos vårdpersonal står till grund för en del svårigheter såsom att inte veta hur de ska förhålla sig, inte veta var de ska vända sig och obehagskänslor. Bättre identifieringsstrategier och en betydelsefull vårdrelation visade påverka sjuksköterskans förhållningssätt till det bättre vilket kunde leda till fler avslöjanden från kvinnor.

Nyckelord: *Våldsutsatta kvinnor, möjligheter, utmaningar, sjuksköterskans roll, kompetens, attityder hos sjukvårdspersonal*

ABSTRACT

Background: Violence against women is a global health problem, of which 35% of all women in the world sometime during their lifetime has experienced. The nurse has a significant part in the encounter with women exposed to violence due to the nurses responsibility of identification and providing of a tailor-made nursing. An inadequate healthcare leads to nurses who discredit themselves and patients who feel unsafe to disclose the violence. If the nurse doesn't identify battered women there is a risk that she stays in the abusing relationship and in worst case, dies. **Aim:** Was to describe obstructive and enabling factors for identifying women who were exposed to domestic violence. **Method:** A literature study was applied based on ten articles that were of both quantitative and qualitative approach. **Results:** Identified challenges were the lack of knowledge, feelings and attitudes of healthcare professionals and organizational deficiencies. The importance of identification and the important care relationship were identified as opportunities for the discovery of women subjected to violence. Both challenges and opportunities had links to the nurse's knowledge, attitude, identification, treatment and responsibility. **Conclusion:** The conclusion suggests that insufficient knowledge is the basis for both organizational deficiencies but also feelings and attitudes among healthcare personnel, this was also the area that was most in need of development. Better identification strategies and a meaningful relationship to the patients turned out having positive effects on nurses approach, which could lead to more disclosures from women.

Keywords: *Battered women, challenges, opportunities, nurse's role, competence, attitude of health personnel*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	i
ABSTRACT.....	ii
INTRODUKTION	1
BAKGRUND.....	2
<i>Definitionen av våld mot kvinnor</i>	2
<i>Statistik och mörkertal gällandes våldsutsatthet</i>	2
<i>Våldets olika typer och faktorer</i>	3
<i>Konsekvenser av våldet</i>	4
<i>Vad tycker kvinnorna?.....</i>	4
<i>Att våga fråga som sjukvårdspersonal</i>	5
<i>Hälso- och sjukvårdens ansvar</i>	5
Centrala begrepp.....	7
<i>Personcentrerad omvårdnad</i>	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE.....	8
METOD.....	8
<i>Design.....</i>	8
<i>Urval.....</i>	8
<i>Datainsamling.....</i>	9
<i>Kvalitetsgranskning.....</i>	11
<i>Dataanalys</i>	12
<i>Etiska aspekter</i>	13
RESULTATREDOVISNING.....	15
Utmaningar.....	15
<i>Upplevd brist på kunskap bland vårdpersonal.....</i>	15
<i>Organisatoriska brister</i>	17
<i>Känslor och attityder.....</i>	19
Möjligheter	22
<i>Vikten av identifiering</i>	22
<i>Den betydelsefulla vårdrelationen</i>	24
DISKUSSION.....	26
Metoddiskussion	26
Resultatdiskussion.....	28
<i>Utvecklingsområden</i>	28
<i>Det gemensamma ansvaret.....</i>	29
SLUTSATS	30
REFERENSER.....	32
BILAGOR.....	i
Bilaga 1. Artikelmatris	i
Bilaga 2. Kvalitetsgranskning av inkluderade artiklar.....	v

INTRODUKTION

Våldsutsatthet är ett globalt samhällsproblem och en realitet för många kvinnor, vilket hotar deras välmående och säkerhet. Kvinnors våldsutsatthet drabbar inte enbart den utsatta kvinnan utan även samhället som helhet, våldet leder till konsekvenser i form av både fysiskt och psykiskt lidande men även omfattande hälsoekonomiska påföljder för samhället. FN och ett flertal andra organisationer har klassat våld mot kvinnor som ett stort folkhälsoproblem (Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK, 2010). För att vidta de svårigheter gällande våld mot kvinnor inom hälso- och sjukvården hävdar NCK (2010) att vårdpersonal bör erhålla grundläggande utbildning om våld i nära relationer. Detta i syfte för att utveckla vårdpersonalens kunskap gällandes identifiering av de fall och tecken som antyder våldsutsatthet och därmed kunna ingripa i tid.

International Council of Nursing (ICN) beskriver sjuksköterskans etiska kod som bland annat handlar om att lindra patienters lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskans ansvar syftar till att visa på medkänsla, lyhördhet, respektfullhet, trovärdighet och integritet, dessa värden är av stor vikt i ett möte med den våldsutsatta kvinnan och kan vara avgörande för vad hon väljer att berätta.

Valet av ämne baseras på personliga erfarenheter av kvinnor utsatta för våld vilket lett till en ökad förståelse och uppmärksamhet för hur hjälplösa och utsatta dessa kvinnor kan känna sig. Detta leder till en ytterligare och större insikt för vikten av att reducera kvinnors våldsutsatthet, vilket studiens författare anser att sjuksköterskor kan erbjuda genom fokus på omvårdnad samt en vård som uppmärksammar detta.

BAKGRUND

I följande avsnitt presenteras tidigare forskning i form av fyra underrubriker: *statistik och mörkertal gällandes våldets olika typer och faktorer, konsekvenser av våldet, att våga fråga* samt *hälso- och sjukvårdens ansvar*. Följande innehåll avser att ge en ökad förståelse gällandes kvinnors utsatthet och ger en grund till studiens syfte. Avslutningsvis framkommer en förklaring på de centrala begrepp som är av betydelse i föreliggande studie.

Definitionen av våld mot kvinnor

1993 antog FN en deklARATION angående avskaffandet av våld mot kvinnor, enligt FN är innebörden av våld mot kvinnor följande:

”Any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, wheter occurring in public or in private life” (The General Assembly, 1993).

I denna uppsats inkluderas mäns våld mot kvinnor.

Statistik och mörkertal gällandes våldsutsatthet

WHO har presenterat statistik på att det är 35% av samtliga kvinnor i världen som blivit utsatta för antingen fysiskt och/eller sexuellt våld av sin partner (World Health Organization, WHO, 2013). Det är dock endast 20-25% av alla våldsbrott mot kvinnor som polisanmäls (Samverkan mot våld, 2015). En stor andel av mörkertalet kan bero på att våldet inträffar inom familjen eller i nära relationer, kvinnan finner då inte modet till att utföra en anmälan. Det finns dessutom en rädsla kring att inte bli betrod (Amnesty International, 2013). Andra eventuella hinder till att en kvinna inte anmäler kan bero på att det finns gemensamma barn ihop (NCK, 2010). Enligt Brottsförebygganderådet, BRÅ (2018) var män och kvinnors utsatthet för våld i Sverige under år 2012 på samma nivå, dock utsätts kvinnor oftare för grövre våld vilket i sin tur leder till att de behöver hjälp i form av stödinsatser men framförallt sjukvård. BRÅ (2018) beskriver att våld mot kvinnor till mestadels uppstår i den egna bostaden (36%) medan våld mot män oftare sker på offentliga platser (50%). Under år 2012

var det 29,1% kvinnor som blivit utsatta för grovt våld och som hade behövt uppsöka vård hos en läkare, sjuksköterska eller tandläkare relaterat till våld (BRÅ, 2018). Enligt statistik framgår även att det år 2015 var 13 873 kvinnor som anmälde misshandel i nära relation, samma år anmälde 3119 män för våld i nära relation (ibid). År 2017 blev 5870 personer misstänka för att ha slagit en kvinna som de har eller haft en relation till, av dessa misstänkta personer var 97% män. Likaså har NCK (2014) utfört en undersökning där 10 000 kvinnor fick frågan om de blivit utsatta för våld och/eller hot av en nuvarande eller tidigare partner, 14% av de kvinnor som var delaktig i undersökningen svarade ja. BRÅ (2018) förklarar att det i Sverige avlider 13 kvinnor varje år till följd av mäns våld mot kvinnor. Våldet utförs av en man en kvinna har eller haft en relation till och oftast sker mordet i förhållande till att kvinnan försöker lämna en destruktiv relation (ibid).

Våldets olika typer och faktorer

Män som utövar våld mot kvinnor där det finns eller har funnits en relation, är den mest förekommande våldsstrukturen i nära relation (NCK, 2017b). Eliasson och Ellgrim (2006) nämner att det föreligger diverse teoretiska inriktningar som förklarar faktorer till männens våld mot kvinnor. Anledningarna till våldet består av tre nivåer: i) individnivå, ii) strukturell nivå och iii) kulturell nivå. På individnivå kan våldet bero på personliga faktorer såsom drog- och alkoholmissbruk, kriminalitet samt män som själva varit utsatta för våld tidigare i livet. Utifrån en strukturell nivå grundas våldet beroende på det samhället mannen vuxit upp i, exempel på detta är löner för kvinnor, vad som är acceptabelt för tonårstjejer att göra, föräldraskap etc. Värderingar och normer är något som ligger till grund för en kulturell nivå och det är ofta kulturens värderingar och normer som ursäktar våldet (Eliasson & Ellgrim, 2006).

Medan Eliasson och Ellgrim (2006) nämner våldets underliggande faktorer förklarar Kastling (2010) olika våldstyper. Våld kan röra sig om fysiskt, psykiskt, och sexuellt våld. Fysiskt våld i form av slag med eller utan hjälpmedel, sparkar, stryptag, hårdragning. Enligt NCK (2014) kan det fysiska våldet resultera till synliga sår, blåmärken och/eller frakturer. Psykiskt våld kan innebära verbala kränkningar, hot, isolering, skambeläggning, trakasserier eller hot mot kvinnans anhöriga. Psykiskt våld är en form av misshandel som ofta bryter ner kvinnans självförtroende och självkänsla vilket är en bidragande faktor till varför det blir svårt för kvinnan att lämna relationen (ibid). Det psykiska våldet är svårare att upptäcka då det inte

syns på utsidan lika tydligt (Al-Modallal, 2012). Enligt McOrmond- Plummer, Easteal och Levy- Peck (2014) är påtvingade sexuella handlingar, verbal- och fysisk sexuell förnedring samt våldtäkt det som anses tillhöra sexuellt våld. En studie i USA visade på att 51% kvinnor blivit våldtagna av antingen nuvarande eller tidigare partner (ibid).

Konsekvenser av våldet

Enligt Wendt och Enander (2013) medför våldet både många och stora konsekvenser. Våldets konsekvenser leder till framstående psykiska belastningar för en kvinna då hon behöver leva med en ständig rädsla över att bli utsatt för mannens våld. Denna rädsla tär på en kvinnas självförtroende då hon oavbrutet måste vara på sin vakt (ibid). Konsekvenser av våldet ses med en mängd efterföljande symtom som är av både somatisk och psykisk karaktär.

Konsekvenser såsom: depression, ångest, muskel och ledvärk, magont, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och gynekologiska besvär (Nerøien & Schei, 2008). Samband har funnits mellan våldsutsatta kvinnor och självmordstankar, självmordsförsök och självmord (Devries et al., 2011). NCK (2014a) nämner att det föreligger starka vetenskapliga bevis för att människor som lever under ständigt förtryck, hot och våld leder till en negativ påverkan på hälsan. Därför är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger våldsutsatta kvinnor det rätta medicinska och psykosociala omhändertagandet som krävs (ibid).

Vad tycker kvinnorna?

Många kvinnor har en önskan om att bli tillfrågade om våldet då de själva upplever svårigheter i att berätta på grund av stigmatisering (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014). Blir kvinnor inte tillfrågade om våld är det inte vanligt att de självmant öppnar upp sig om detta (Grände, Lundberg & Eriksson, 2009). Många kvinnor känner en stor rädsla över att avslöja våldets sanna uppkomst och kan komma med akuta skador utan ange dess orsak i rädsla om att mannen ska få reda på det och att våldet skulle intensifieras (Wallin Lundell et al., 2018). Problemet ligger inte många gånger i att kvinnan inte vill prata om våldet utan snarare svårigheter i att ta upp ämnet och skulle hellre vilja att det är sjukvårdspersonalen som tar initiativ till att lyfta frågan. Detta visade sig understödja till diskussion och underlättade för kvinnan att våga avslöja våldet. Däremot nämns det att kvinnor allt för sällan tillfrågas om våld och vårdpersonalen beskrivs som undvikande (Wallin Lundell et al., 2018). En svensk studie visade på att majoriteten av kvinnor som sökt vård kände sig ledsna och besvikna över att de inte hade fått tillräckligt med hjälp och stöd (Pratt-Eriksson et al., 2014). En annan studie (Damras et al., 2015) nämner hur en av kvinnorna beskrev att hon kände sig trygg med

sjuksköterskan och gärna hade velat öppna upp sig om sin situation, men hon blev aldrig tillfrågad.

Att våga fråga som sjukvårdspersonal

Stenson, Saarinen, Heimer och Sidenvall (2001) nämner att det är vanligt förekommande att kvinnor har en positiv inställning till vårdpersonalens screeningrutiner för våld, många kvinnor tycker det är positivt eftersom detta bidrar till att våld mot kvinnor uppmärksammas och motarbetas. Däremot nämner de att det är av stor vikt hur frågan ställs (Reisenhofer & Seibold, 2007). Även de patienter som upplever frågan som något obekvämt menade fortfarande på att det var acceptabelt att ställa den (NCK, 2010). Enligt Bacchus et al. (2002) är de flesta kvinnor även positivt inställda till att frågan framförs uppreparade gånger av sjukvården. Då vårdpersonal har tystnadsplikt beskrivs hälso- och sjukvården som en trygg plats för kvinnor att berätta om våldsutsatthet (Usta, Antoun, Ambuel & Khawaja, 2012). Carlson Gielen et al. (2005) förklarar att majoriteten av kvinnliga patienter uppfattar det som värdefullt att bli frågade om våldsutsatthet oavsett om de själva är ett offer eller inte. Kvinnor beskriver bland annat vikten av att lyfta fram ämnet för att eliminera stigmatiseringen samt att frågan kan underlätta för kvinnor som utsätts för våld då det kan upplevas som svårt att lyfta ämnet (ibid). Att fråga som en del av anamnesen får därmed ingen att känna sig extra utvald (Chang et al., 2005). Många menade även på att frågan kunde underlätta för våldsutsatta kvinnor att inse, fatta beslut, ta hjälp och få stöd, samt handräckning till en förståelse om att de inte är ensamma (Bacchus et al., 2002).

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Socialstyrelsen (2009) har dokumenterat att 12 000 – 14 000 kvinnor varje år i Sverige måste söka vård för skador som uppstått i samband med våld i nära relation. Enligt Skoger, Edlund och Leander (2008) vilar ett betydande ansvar på hälso- och sjukvården gällandes identifiering av våld, behandling och dokumentering. Gutmanis et al. (2007) förklarar i sin studie att kompetens är den mest framstående faktorn till att kunna identifiera kvinnor utsatta för våld. Eftersom våldsutsatta kvinnor löper en betydligt högre risk att bli mördade än vad icke våldsutsatta kvinnor gör är det av stor vikt att aktivt ingripa genom att identifiera dessa kvinnor (Hägglom, Hallberg & Möller, 2005). För att minska risken att vårdpersonal förbiser våldet har NCK (2018) utvecklat ett handlingsprogram som syftar till att förbättra vårdpersonalens omhändertagande av kvinnor utsatta för våld. Handlingsprogrammet verkar genom att frambringa rutiner som går ut på att ställa konkreta frågor och utifrån kvinnans svar

fortsätta med skraddarsyddna åtgärder (ibid). Även Socialstyrelsen (2016) har bearbetat och sammanställt en handbok som syftar till att ge vägledning om våld i nära relationer, denna ska tillämpas inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Handboken förklarar bland annat hur vårdpersonal ska agera vid misstanke om våld. Socialstyrelsen (2016) förklarar att ett möte med en kvinna som uppvisar symptom för våldsutsatthet ska tas i enrum, detta eftersom att frågor om våld är känsliga samt för att sjukvården ska bidra till en trygg miljö för kvinnan. Det är även hälso- och sjukvårdens ansvar att ta reda på ifall kvinnan har barn, då är det sjukvårdens skyldighet att anmäla detta till socialtjänsten (ibid). Björck och Heimer (2008) påpekar vikten av att genomföra en riskbedömning innan kvinnan får gå hem. Frågor som om kvinnan blivit hotad till livet, tankar om att begå självmord, avsikt att lämna partnern och var partnern befinner sig är relevanta vid riskbedömning. Det är viktigt att erbjuda våldsutsatta kvinnor information och hänvisa de vidare till de myndigheter som erhåller rätt kompetens och resurser för vidare hjälp, sjuksköterskan kan även assistera med en anmälan till polis och/eller sociala myndigheter (ibid).

Sjukvården ska erbjuda vård för våldets konsekvenser vilket innefattar både fysiska och psykiska skador (Socialstyrelsen, 2016). Sjuksköterskor utgör en viktig grupp vad gäller identifiering, stöd och vård av kvinnor utsatta för våld. Deras roll lyfts i en studie av Hewitt (2015) som nämner sjuksköterskans möjlighet till att förebygga våld relaterat till den nära vårdkontakt sjuksköterskor erhåller med patienter. Många gånger är kontakten med hälso- och sjukvården den enda utomstående kontakten som existerar kvinnans liv vilket leder till vårdens stora ansvar för identifiering (Sveriges kommuner och Landsting, 2006). Kvinnor utsatta för våld söker sig till vården oftare än andra, vilket tyder på att de flesta sjuksköterskor troligen kommer att komma i kontakt med våldsutsatta kvinnor under deras aktiva tid i yrket (Gibbons, 2011). Socialstyrelsen (u.å.a) nämner att det däremot inte alltid är lätt att upptäcka dessa fall vilket kan ha att göra med att kvinnan inte vill berätta. Det är vanligt att kvinnor utsatta för våld tappar självförtroendet till följd av våldet (Wendt & Enander, 2013), det är därför av stor vikt att bemötandet och de stödinsatser som ges från hälso- och sjukvårdens sida ger våldsutsatta kvinnor en god upplevelse (ibid). Detta kan enligt Montero et al (2012) bidra till att kvinnor känner sig betrodda samt att integriteten får behållas.

Centrala begrepp

Personcentrerad omvårdnad

En personcentrerad vård ämnar till att sätta patienten i fokus och på så sätt se människan bakom sjukdomen. En personcentrerad vård kräver en humanistisk människosyn där patientens behov kommer i första hand. Den personcentrerade omvårdnaden är även en viktig del för reflektion och identifiering av områden som kan behöva utvecklas, för att lyckas med detta krävs det att den personcentrerade omvårdnaden alltid är i fokus (McCormack et. al., 2010). Både patient och vårdgivare sägs gynnas av den personcentrerade omvårdnaden och vårdkvalitén ökar. Goudarzi (2017) nämner att en personcentrerad omvårdnad bidragit till att patienter fått känna sig mer involverade och nöjda med vården vilket även förkortade både vårdtid och återinläggningar. En personcentrerad vård innebär även delaktighet, patienten ska i den mån som går få vara involverad i planering vad gäller hens hälsa (Hörnsten & Udo, 2018b). Som vårdpersonal innebär ovanstående en kommunikation som baseras på respekt, som möjliggör patientens delaktighet samt självbestämmande och även tar patientens integritet i beaktande (Hörnsten & Udo, 2018a). Ett gott bemötande är en essentiell del till utveckling av en jämlik vård och hälsa. Bemötandet är avgörande för att patienten ska känna tillit för vården vilket bidrar till ett bättre vårdresultat (Socialstyrelsen, 2017). Goudarzi (2017) förklarar att en personcentrerad omvårdnad handlar om att se patienten som den människa hen är som sitter på både resurser och kompetens.

PROBLEMFORMULERING

Våld mot kvinnor är ett omfattande problem både på en nationell och internationell nivå. Inom sjukvården är det många gånger sjuksköterskor som är de första att komma i kontakt med en kvinna utsatt för våld, flera gånger utan vetskapen om det då kvinnan kan sakna mod till att berätta om våldsutsattheten eller sjuksköterskor brister i sina identifieringsstrategier. Våld mot kvinnor är inte alltid uppenbart och syns inte alltid på utsidan som exempelvis i de fall av psykisk misshandel vilket medför vikten av att ställa frågan om våld. Sjuksköterskor kommer med hög sannolikhet träffa en kvinna utsatt för våld då de oftare söker sig till hälso- och sjukvården än andra kvinnor. Hälso- och sjukvården beskrivs vara en trygg plats för kvinnor att avslöja våldsutsatthet på grund av den rådande tystnadsplikten. De flesta vill bli tillfrågade om våld och kvinnor lyfter även detta som något viktigt för att eliminera

stigmatiseringen. Dessa kvinnor löper en större risk för att bli mördade och därför är det av viktigt att vården identifierar dessa kvinnor. En personcentrerad omvårdnad fokuserar på att se människan bakom och alltid sätta henne i fokus, ge tid till att lyssna på henne, hur de blir bemötta kan vara avgörande för vad de väljer att berätta. Bristande kunskap, organisatoriska brister, tidspress och känslor hos vårdpersonalen kan skapa svårigheter när det gäller identifiering. Det är minst sagt viktigt ha den kompetensen som krävs för att kunna använda sig av goda identifieringsstrategier och på så sätt skapa en betydelsefull vårdrelation som kan leda till att fler kvinnor känner sig trygga.

SYFTE

Syftet var att beskriva hindrande och möjliggörande faktorer för identifiering av kvinnor som utsatts för våld i nära relation.

METOD

I detta avsnitt presenteras studiens tillvägagångssätt med utgångspunkt i design, urval, datainsamling, kvalitetsgranskning, dataanalys samt en beskrivning av etiska överväganden.

Design

För att besvara studiens syfte utformades en litteraturstudie vilket innebär att författaren granskar befintlig forskning som redan undersökts (Kristensson, 2014) Den befintliga forskningen sammanställs sedan på nytt och utvärderas i relation till föreliggande syfte (ibid). Enligt Forsberg och Wengström (2013) kan en litteraturstudie bidra till en bredare bild och underlätta till behärskning av kunskap inom ett område.

Urval

Förberedelser inför databassökningarna inleddes med att konstatera val av databas, sökord samt både inklusions- och exklusionskriterier för att med hjälp av dessa finna artiklar av relevans till studies syfte (Friberg, 2012). Inklusions- och exklusionskriterier är ett produktivt redskap för relevant avgränsning inför sök av artiklar. Inklusionskriterierna innefattade vårdpersonalens interaktion med våldsutsatta kvinnor. Även artiklar med ett patientperspektiv inkluderades. Begränsningar som konstaterades var att artiklarna skulle finnas tillgängliga på engelska, ha abstrakt tillgänglig, vara peer reviewed samt att tidsperioden för publicering skulle omfatta de tio senaste åren. Tio år valdes för att sträva efter aktuella studier som på så

sätt kan resultera till studier av hög kvalitet (Kristensson 2014). Artiklar som var av låg kvalitet samt de artiklar som inte svarade till studiens syfte exkluderades. Artiklar som inte svarade till studiens syfte kunde vara de artiklar använde ett smalt område som till exempel studier som enbart handlade om våld mot gravida eller äldre kvinnor.

Denna litteraturstudie tar del av både kvalitativa och kvantitativa studier vilket enligt Henricson och Billhult (2012) anses positivt eftersom dessa studier kompletterar varandra då de har studerats ur olika perspektiv. De kvalitativa studierna syftar till att studera erfarenheter och utförs ofta genom intervjuer. Metoder som används vid kvantitativa studier kan vara strukturerande eller systematiska mätningar ofta på större populationer som många gånger resulterar i numerisk data för att besvara forskningsfrågan (Billhult & Gunnarsson, 2012).

Datainsamling

CINAHL (Cumulative Index to Nursing och Allied Health Literature) var den databas som brukades som sökväg till vetenskapliga artiklar. CINAHL innehåller artiklar som omfattar det vårdvetenskapliga området med omvårdnad som inriktning (Forsberg & Wengström, 2013). Majoriteten av sökorden utformades med hjälp av ”*Suggest subject term*” via CINAHL. Denna funktion, även kallad för indexord, underlättar sökvägen genom att formulera nyckelord som tilldelas alla publicerade artiklar i CINAHL för att lättare påträffa artiklar av relevans (Kristensson, 2014). Indexorden underlättar sökningen i databasen genom att göra sökorden specifika då databasen på så sätt underlättar till att sortera bort de studier som anses vara irrelevanta utifrån målet (ibid). Fritextsökningar nyttjades för att nå artiklar som eventuellt inte har kodats med indexord. Trunkering användes i fritextsökningar på sökordet *nurs** för att utvidga sökresultatet vilket ger möjlighet till att påträffa alla böjningsformer av ett valt sökord (Friberg, 2012). De sökord som tillämpades i studien var: *domestic violence, nurse-patient relations, intimate partner violence (IPV), nursing role, battered women, primary health care, health screening, nursing practice och attitude of health personnel*. I CINAHL utnyttjades även möjligheten att kunna kombinera söktermer genom de booleska sökoperatorerna. Booleska sökoperatorer beskrivs enligt Polit och Beck (2016) vara effektiva då de utvidgar eller avgränsar sökningar genom inställning av operatorerna AND, OR och NOT. I denna studie tillämpades ”AND” då den ökar sökningens sensitivitet eftersom söktermer kombineras med varandra (Kristensson, 2014). Boolesk sökteknik beskrivs enligt Friberg (2012) vara ett bra val av metod vid sökning efter litteratur.

Tabell 1. Databassökningar i CINAHL.

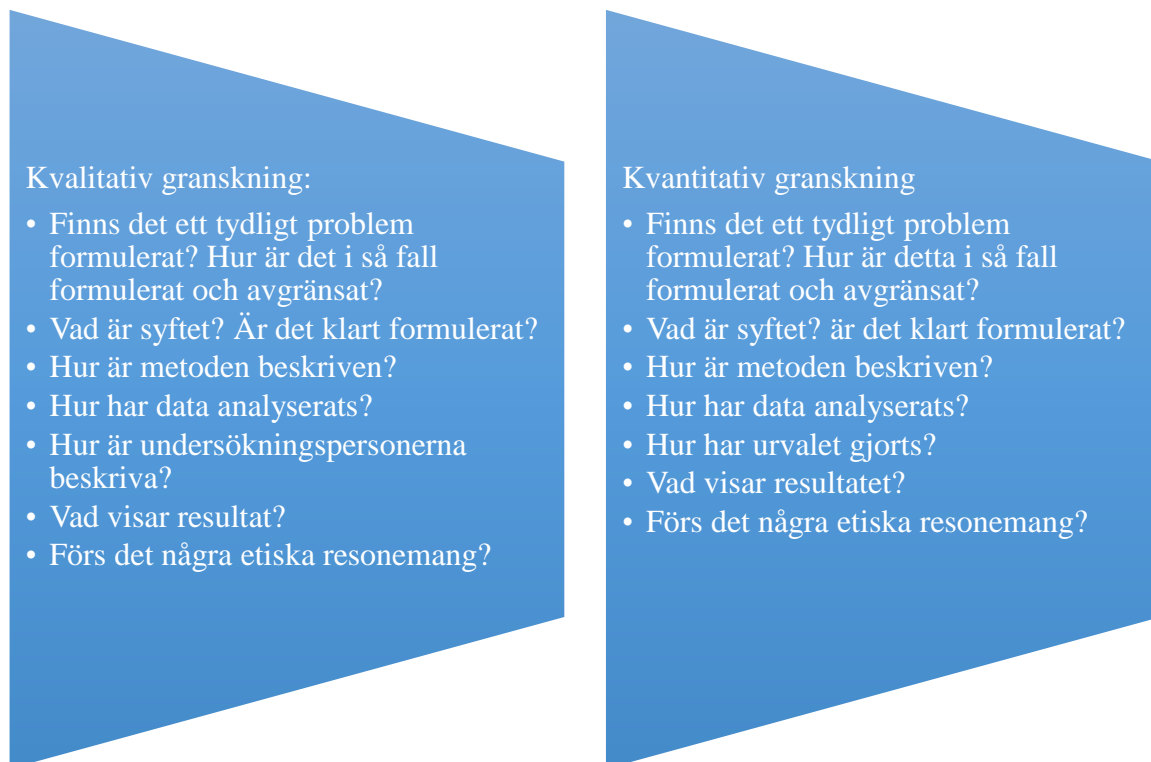
Databas	Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa i fulltext	Antal inkluderade till resultat
CINAHL	English 2008-2018 Peer reviewed Abstract available	(MH "Primary health care") AND (MH "battered women") AND (MH "intimate partner violence")	12	2	1	1 <i>Artikel 3</i>
CINAHL	English 2008-2018 Peer reviewed Abstract available	(MH "Attitude of health personnel") AND (MH "intimate partner violence") AND (MH "nursing practice")	1	1	1	1 <i>Artikel 1</i>
CINAHL	English 2008-2018 Peer reviewed Abstract available	Domestic violence (fritext) AND nurse (fritext) AND attitudes (fritext)	18	4	4	3 <i>Artikel 6,8 & 9</i> <i>Dubblott: artikel 7</i>
CINAHL	English 2008-2018 Peer reviewed Abstract available	Intimate partner violence (fritext) AND nurs* (fritext) AND screening (fritext)	26	8	7	1 <i>Artikel 4 & 7.</i>
CINAHL	English 2008-2018 Peer reviewed Abstract available	Intimate partner violence (fritext) AND caring (fritext) AND nurse (fritext)	7	2	1	1 <i>Artikel 10</i> <i>Dubblott: artikel 4</i>
CINAHL	English 2008-2018 Peer reviewed Abstract available	Competence (fritext) AND Domestic abuse (fritext) AND (MH "nurse attitudes") (fritext)	1	1	1	1 <i>Artikel 2</i>
CINAHL	English 2008-2018 Peer reviewed Abstract available	Domestic violence AND Women's health AND Nursing	9	9	5	Artikel 5

När eventuella artiklar påträffas ska gallring av både titlar och abstrakt utföras (Friberg, 2012). För att anträffa passande och relevanta artiklar till resultatet bearbetades primärt titlarna som skulle leda till en första uppfattning av artikeln och ifall den skulle kunna besvara syftet. Ansågs titeln vara relevant lästes även abstrakten. Kvarstod intresse och relevans ansågs de vara väsentliga för vidare sortering och därmed lästes artiklarna i fulltext.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen utfördes med inspiration av Friberg (2012) granskningsmall för kvalitativa respektive kvantitativa studier. Granskningsmallen är modifierad i form av bortfall av vissa punkter då de inte ansågs nödvändiga inom ramen för ett examensarbete. Författaren valde ut lämpliga punkter av kvalitetsgranskningen för bedömning av kvalitet. För att få en uppfattning av artiklarnas kvalitet granskades bland annat studiernas *syfte*, *problemformulering*, *metod*, *data*, *resultat* och *etiska överväganden*. Endast studier som av författaren bedömde ha tydlig formulering och struktur för en vetenskaplig artikel som samtidigt besvarade studiens syfte fick inkluderas i resultatredovisning.

Anledningar till bortsortering av artiklar var dels på grund av irrelevans men även på grund av bristande kvalitet. Att sälla bort irrelevanta artiklar är enligt Kristensson (2014) avgörande för studiens kvalitet. Innan inkluderade artiklar fick gå vidare för att utgöra resultatet kvalitetsgranskas dessa med hjälp av Fribergs (2012) granskningsmallar för både kvalitativa och kvantitativa studier. De studier som bedömdes vara av låg kvalitet exkluderades. Av 24 studier som lästes i fulltext ansågs 14 artiklar intressanta för ett blivande resultat, alltså föll 10 artiklar bort på grund av irrelevans och vid kvalitetsgranskningen föll ytterligare 4 artiklar bort på grund av bristande kvalitet. Slutligen var 10 artiklar passande för att vidare utgöra ett resultat. Se *bilaga 2*. för kvalitetsgranskning av inkluderade artiklar.



Figur 1. Modifierad granskningsmall för fastställande av kvalitet enligt Friberg (2012).

Dataanalys

Analysarbetet bestod av att samtliga 10 artiklar självständigt lästs av författaren. Artiklar skrevs ut och lästes igenom upprepande gånger och text av relevans markerades med markeringspennor av olika färger för att lättare få ihop en sammanfattning som var av betydelse och hade potentialen att svara till studiens syfte. När sammanfattning av alla artiklar var redo strukturerades huvud- och subteman vilka är centrala delar i resultatredovisningen. En artikelmatris utformades för att erhålla en större överblick av innehåll. Inkluderade artiklar sammanställdes i en artikelmatris (se bilaga 2). Sammanställningen innefattade artiklarnas syfte, metod och resultat, vilket bidrar till bättre uppfattning av lik- och olikheter.

Analysens tillvägagångssätt bestod av Friberg (2012) 3 steg till identifiering av övergripande områden för de valda studierna:

1. I steg ett lästes valda studier upprepande gånger för att införskaffa ett helhetsperspektiv över befintligt innehåll. Sedan sammanfattades studierna skriftligt och objektivt med avsikt att inte tillföra egna tolkningar för ytterligare stöd till

analysarbetet, detta bidrog till att det mest väsentliga uppfattades (Whittmore och Khafl 2005, se Friberg 2012, s. 40).

2. I detta steg granskades artiklarnas likheter och olikheter. Det söktes efter likheter respektive skillnader i studiernas genomförande som innefattar, teoretiska utgångspunkt, analys, metod och syfte för att därefter sammanfatta likheter och/eller skillnader i det slutgiltiga resultatet (Friberg, 2012). Här skapades en tematabell för bättre förståelse för vad varje studie bidragit med.
3. I det tredje steget utfördes en beskrivande sammanställning utifrån den insamlade materialet som därefter presenterades i resultatredovisningen. Här identifierades även huvudteman samt subteman. (Friberg, 2012). Se (bilaga, 3) för huvudteman och subteman.

Tabell 2. Analysexempel

Fynd	Kontext	Subteman
1.” ...nurses described the behaviors attributed to women living with abuse as a barrier. Some respondents expressed a sense of frustration if a woman had disclosed abuse and then stayed or returned to the abusive partner”	Sjuksköterskor beskriver deras egna inställningar som en barriär. Vissa beskrev en känsla av frustration. Egna känslor	Individuella hindrande faktorer
2. “Nurses do not investigate the matter even when they know/suspect that a woman is the victim of domestic violence because they do not know what to do once they find out”.	Sjuksköterskor känner sig osäkra på hur de ska gå vidare om de misstänker eller vet att en kvinna blivit utsatt för våld. Ovisshet relaterat till otillräcklig kunskap	Den bristande kunskapen
3. “The quality of this relationship may either encourage or impede abused women’s use of health services...”	Relationen mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan kan antingen försämra eller förstärka den våldsutsattas kvinnans användning av sjukvården. Vikten av en god relation	Det betydelsefulla mötet

Etiska aspekter

Enligt Forsberg och Wengström (2013) ska etiska överväganden genomföras innan litteraturstudien sätts igång med anledning till att utreda om artiklarna erhållit etiskt

godkännande eller redovisat etiska diskussioner, vilket författare ska ha i åtanke vid kvalitetsgranskningen.

Genom studiens gång har författaren haft som mål att hålla ett objektivt förhållningssätt genom hela arbetsprocessen för att inte medföra subjektiva åsikter eller tolkningar som eventuellt kan leda till ett missvisande resultat. Studien använder sig av allt material som var relevant för studiens syfte oavsett om detta stämde överens med författarens initiala hypotes eller inte, detta för att inte påverka resultatet samt för att följa riktlinjer för ett etiskt förhållningssätt (Forsberg & Wengström, 2013). Som det är beskrivet i Helsinforsdeklarationen som antogs 1964 så ska omsorgen för en individ alltid gå före vetenskapen och samhällets intressen (<http://kliniskastudier.se>). Det vill säga att det läggs en stor vikt kring att insamling av data ska genomföras på ett sätt så att de berörda parterna varken skadas eller kränks (Kjellström, 2012). Även Polit och Beck (2012) förklarar vikten av att följa etiska principer vid forskning som använder människor som deltagare. Polit och Beck (2012) förklarar att hänsyn bör tas till studiedeltagarna genom att i första hand undvika både fysisk och psykisk skada för deltagarna som respekt för den mänskliga värdigheten. Initialt ska forskare inför en studie väga fördelar mot nackdelar när forskning utförs på människor. Det ska alltid föreligga en respekt och rättvisa för deltagarna genom att de alltid får behålla sitt självbestämmande under studiens gång, vilket innebär att de när som helst ska kunna backa från att delta om så önskas. I föreliggande studie har studieförfattaren nio av tio artiklar presenterat ett etiskt godkännande. Artikeln det gäller är: ” *Emergency nurses’ barriers to intervention of domestic violence in Turkey: A qualitative study*” skriven av Efe och Taskin (2012). Dock anser författaren att den artikeln som inte presenterat ett etiskt godkännande haft ett vetenskapligt upplägg och vikt har lagts vid att studien presenterat samtycke från deltagare samt att artikeln inte syftar till något ont.

RESULTATREDOVISNING

Resultatredovisningen grundar sig på tio vetenskapliga artiklar med både kvantitativ och kvalitativ ansats. Sex artiklar var av kvalitativ design och fyra artiklar var kvantitativa. De kvalitativa artiklarna var från Canada, Turkiet, Skottland, Israel, England och Sydafrika. De kvantitativa artiklarna härstammade från Israel, USA, Island och Nya Zeeland.

Syftet med studien var att beskriva hindrande och möjliggörande faktorer för identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relationer. För att besvara syftet identifierades huvudteman som kunde struktureras utifrån analysen och dessa var *möjligheter* och *utmaningar* i relation till hindrande och möjliggörande faktorer för identifiering. Nedan redovisas tematabell av underrubrikerna för en bättre förståelse till vad respektive artiklar bidragit med.

Tabell 3. Tematabell

Subteman \ Artiklar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Upplevd brist på kunskap bland vårdpersonal	x	x		x	x		x	x	x	
Organisatoriska brister	x	x		x	x		x		x	
Känslor och attityder	x	x		x			x	x		x
Vikten av identifiering		x		x	x	x	x			
Den betydelsefulla vårdrelationen	x		x	x	x	x	x			

Utmaningar

Upplevd brist på kunskap bland vårdpersonal

Det framhävs i flera studier att kunskap är den mest bidragande faktorn till en sjuksköterskas möjlighet för identifiering av en kvinna utsatt för våld (Efe & Taskin., 2012; Natan & Rais., 2010; Deboer et al., 2013; Ramsay, Gregory, Dunne & Sharp, 2012). Bristande kunskap gällandes ämnet var den största faktorn till att sjuksköterskor varken frågar eller ingriper vid misstanke om våldsutsatthet då de inte känner sig kvalificerade nog (Ramsay et al., 2012; Visentin, Becker Vieira, Trevisan, Lorenzini och Da Silva, 2015; Beynon et al., 2012). Hur

sjuksköterskan hanterar frågan om våld var ytterligare en brist då sjuksköterskor var osäkra med hur de skulle gå vidare med ärendet om kvinnan skulle avslöja våldsutsatthet, detta tyder enligt Ramsay et al. (2012) på den rådande kunskapsbristen. Sjuksköterskor beskriver det vara svårt att gå vidare när de fått det bekräftat att en kvinna blivit utsatt för våld. De berättar om att de inte vet hur de ska gå vidare, vart de ska vända sig och vilka resurser som ska användas (Ramsay et al., 2012; Natan & Rais, 2010).

Många sjuksköterskor uttryckte sig inte ha nog med kunskap om ämnet vilket ledde till att de inte kände sig behöriga att ingripa i situationer som berör kvinnor utsatta för våld (Ramsay et al., 2012 ; Efe & Taskin, 2012). I en studie av Natan och Rais (2010) talade 40% av de sjuksköterskor som deltog i studien att de inte erhållit specifik utbildning gällandes kvinnors våldsutsatthet. Sjuksköterskor och barnmorskor nämnde att de bland annat skulle vilja ha en ytterligare utbildning enbart om våld i nära relationen samt hur frågan ska ställas på ett korrekt sätt (ibid). Visentin et al (2015) angav att brist på utbildning i kombination med känslan av att inte vara förberedd skapar en bristande vårdrelation. Det bristande mötet leder till att sjuksköterskor inte förser de kvinnliga patienterna med en personcentrerad vård, enligt Visentin et al (2015) pekar detta på att sjuksköterskor är i behov av utbildning vad gäller kvinnors utsatthet för våld. Visentin et al. (2015) fortsätter och nämner vikten av sjuksköterskors behov av kunskap för identifiering då de våldsutsatta själva kan sakna insikt i sin situation, vilket sjuksköterskor måste uppenbara för dem.

82% av deltagarna i Deboers et al. (2013) studie angav att de endast hade vårdat två eller färre kvinnor utsatta för våld det senaste året medan 45,8% redogjorde för att de under det senaste året aldrig hade vårdat våldsutsatta kvinnor. Kvinnor som var socioekonomiskt utsatta tillfrågades dessutom på felaktiga grunder oftare än andra (Natan & Rais, 2010; Efe & Taskin, 2012). Trots detta, talade en majoritet (56%) av sjuksköterskorna i Deboers et al. (2013) studie om att de hade erhållit adekvat utbildning för identifiering av våldsutsatta kvinnor medan 44% inte höll med om det påståendet. Majoriteten av deltagarna (92%) höll med påståendet om att kvinnor utan synliga våldstecken också behöver screenas för våld. De flesta sjuksköterskorna i studien (90%) höll även med om att det var deras roll att screena för våld och ansåg det även som en viktig del av deras yrke. Flertalet sjuksköterskor (57%) i samma studie nämnde även att de inte tyckte det var en svår uppgift att fråga och identifiera efter våld. Trots att majoriteten av sjuksköterskor kände sig relativt självsäkra och utbildade var det

inte många av dem som hade redogjort för att ha vårdat våldsutsatta kvinnor (Deboer et al., 2013).

Vissa deltagare (40%) i Natan och Rais (2010) studie talade för att de inte erhållit specifik utbildning inom området våldsutsatthet. Sjuksköterskorna tyckte att avsaknaden på utbildning, kunskap och träning var en förekommande barriär. Studien ställde sjuksköterskedeltagarna två frågor vilka prövade deras befintliga lärdomar om kvinnor utsatta för våld. En majoritet på 65% svarade rätt på enbart en av frågorna och 18% sjuksköterskor svarade rätt på båda. Artikelförfattarna indikerar på att sjuksköterskor sitter på kunskap och är medvetna om vikten av ämnet för att kunna identifiera kvinnor som fallit offer för våld. Dock, svarar sjuksköterskor olika i frågor som vill översätta teoretiska kunskaper till praktiken vilket visar på att tillfrågan om våldsutsatthet inte implementeras i den utsträckning som önskas. Sjuksköterskor i Visentin et al (2015) studie angav att de önskade mer kunskap i ämnet för att på bättre sätt bemöta våldsutsatta kvinnor.

Organisatoriska brister

Tidsbrist i relation till arbetsmiljön framställes vara en påverkande faktor till att frågan om våld inte ställs kvinnliga patienter. Beynon et al. (2012) nämner att det generellt kan handla om att det fattas tid men även att tiden inte räcker till för att ta hand om svaret. Ställs frågan måste sjuksköterskan även kunna ta hand om svaret och erbjuda rätt tid till kvinnan.

En sjuksköterska delade med sig följande angående tidsbristen:

“ Time issues. If you are going to ask, you have to have the time to listen to the response and deal with the issue ”. (Beynon et al., 2012).

Andra sjuksköterskor i den turkiska studien förklarar att de knappt hade någon tid till att ta hand om patienters akuta problem och därmed ännu mindre tid till att prata med de våldsutsatta kvinnorna (Efe & Taskin, 2012). Beynon et al. (2012) förklarar att vissa sjuksköterskor upplevde att brist på tid hade att göra med överbelastning på arbetet. En sjuksköterska delade med sig detta:

"we have very little time for patient care. Emotional support is not always there, heavy workload and fast paced environment. I walk away from a shift feeling i really have not done the best job for some of the women. (Beynon et al., 2012)

Visentin et al (2015) nämner också tidsbristen och en överbelastad arbetsplats som en barriär för en god vård och identifiering av kvinnor utsatta för våld på så sätt att de inte hinner lyssna och ge tid för alla patienter.

Att den våldsutsatta kvinnans partner närvarar upplevs vara en ytterligare utmaning vilket bidrar till svårigheter vad gäller känsliga frågor (Beynon et al., 2012). Detta går även i linje med det som andra studier redogjort för då arbetsmiljön i vissa fall blir en utmaning eftersom sjuksköterskor inte kan förse patienter med ett privat samtalsrum (Efe & Taskin, 2012; Deboer et al., 2013). Avskildhet är viktigt när angelägna och sensitiva frågor ska ställas, är det brist på avskildhet i form av miljön eller omgivning upplevs det vara en utmaning att ställa frågan. Både sjuksköterskor och barnmorskor tycker det är svårt att be kvinnans partner att gå ifrån (Beynon et al., 2012). Enligt Efe och Taskin upplever vissa sjuksköterskor en rädsla inför att screena kvinnor då de är rädda för att själva bli utsatta för våld av kvinnans anhöriga eller att våldet mot kvinnan ska eskalera, vilket leder till en ytterligare barriär för screening. Trots att patienten kan vara i behov av anhörigas närvaro familjens närvaro försvårar detta frågeställningen om ett så känsligt ämne som våldsutsatthet eftersom att miljön inte tillåter detta (ibid). Deboer et al (2013) nämner att sjuksköterskor måste göra det till en vana att be om att få ensamtid med patienten vid närvarande av anhöriga. I Deboers et al. (2013) studie rapporterade däremot majoriteten av sjuksköterskor för att de inte upplevde varken tidsbrist (81%) eller en bristande arbetsmiljö (60%), dock talade sjuksköterskor om bristen på samtalsrum vilket i princip gjorde det omöjligt att erhålla ett samtal i avskildhet. Sjuksköterskorna talade även för att de mer handlade om att de inte hade möjligheten till att screena kvinnor (40%) än en rådande tidsbrist (20%). Att inte kunna kommunicera med sina patienter i avskildhet upplevdes som problematiskt, ofta var patienterna på akuten endast åtskilda med skynken mellan båsen. Sjuksköterskor i denna studie lyfte också problematiken kring patientens anhöriga vilket kunde försvårade tillfällena för känsliga samtal, då frågan om våld inte kunde ställas på ett personligt och naturligt sätt (ibid).

I en studie av Ramsay et al. (2012) kopplade sjuksköterskor sin osäkerhet till brist på rutiner och riktlinjer då de kände sig osäkra och oförberedda på hur de skulle gå vidare med om kvinnan skulle avslöja att hon blivit utsatt för våld. Flera ansåg att det saknas material i form av handlingsplaner och riktlinjer på arbetsplatsen gällandes hur de ska hantera dessa situationer, i många fall finns det däremot handlingsplaner kring hur dessa fall ska hanteras men som sjuksköterskor inte är medvetna om att de finns eller var de finns (Ramsay et al., 2012; Natan & Rais, 2010). Natan och Rais (2010) kom fram till att 47% av sjuksköterskorna som deltog i studien talade för avsaknad av både rutiner och riktlinjer medan 53% förklarade att det visst fanns rutiner att följa på arbetsplatsen.

Finns det inte tillgång till tolk, eller vid befinnandet på en akut avdelning upplevs det vara en stor utmaning att fråga om våldsutsatthet Språkbarriärer leder till sämre förutsättningar för sjuksköterskor och patienter vilket bland annat kan handla om att sjuksköterska och patient inte talar samma språk, detta kan leda till en bristande kommunikation som orsakar svårigheter när det gäller att ställa känsliga frågor som denna. (Beynon et al., 2012).

Känslor och attityder

Det fanns en bestående rädsla för sjuksköterskor men även annan sjukvårdspersonal att kvinnan skulle uppfatta frågan om våld som kränkande och att de skulle känna sig utvalda (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & Macmillan, 2012). Majoriteten av sjuksköterskor i Natan och Rais (2010) studie nämner däremot tvärtom att de inte upplevde frågan om våldsutsatthet som kränkande utan ansåg det som deras plikt eftersom att de ville hjälpa kvinnorna (ibid). Enligt Goldblatt (2009) upplever många sjuksköterskor ambivalenta känslor gällandes omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor vilket beskrivs som en oenighet mellan den professionella och personliga karaktären. Van Der Wath et al (2013) nämner att sjukvårdspersonal kände känslor av både sorg och smärta vid vårdandet av en kvinna utsatt för våld. För att kunna vårda våldsutsatta kvinnor krävs empati och känsla av empati bidrar till att sjuksköterskor blir emotionellt involverade (Goldblatt, 2009). För att ge utsatta kvinnor adekvat vård är det viktigt att vara professionell och därmed kunna sätta sina egna känslor åt sidan för ett bättre närvarande i sin yrkesprofession (ibid). Sjuksköterskor i Van der Wath et al. (2013) studie nämner att den emotionella sidan i vissa fall tar över efter att ha bevittnat skador till följd av våldet kvinnan blivit utsatt för. Sjukvårdspersonalen beskrev känslor av

maktlöshet vilket ledde emotionella utbrott ibland även framför patienterna (ibid). Den tuffa emotionella involveringen vissa sjuksköterskor upplever till följd av att ha vårdat en våldsutsatt kvinna kan i sin tur leda till att sjuksköterskor undviker att screena för att skydda sig själv från dessa känslor (Goldblatt, 2009; Van Der Wath et al., 2013). Van der wath et al (2013) förklarar att sjuksköterskor upplever bland annat oro för kvinnorna vilket kantades med många känslor för vad som skulle hända med dem, om de skulle ta sig ur relationen eller hur och om de skulle överleva våldet. Vidare uttrycktes även oro för kvinnans barn och vårdpersonal beskrev kvinnan som mer sårbar om barn fanns med i bilden (ibid).

Goldblatt (2009) nämner att sjuksköterskor uttrycker känslor som: frustration, missförstånd, medlidande och undvikande. Frustration över att de inte kan hjälpa de kvinnor som väljer att stanna kvar i relationen, förvirring över hur kvinnor frivilligt väljer att stanna kvar i en destruktiv relation och medlidande för det kvinnorna går igenom. Dessa känslor leder till att vissa sjuksköterskor undviker att screena kvinnor för att komma undan den emotionella bördan som tillkommer. Ibland väcktes även egna mödosamma minnen hos sjukvårdspersonalen till följd av mötet med en våldsutsatt kvinna vilket bidrog till ett undvikande av den anledningen (Van der wath et al., 2013). Sjuksköterskorna beskriver det besvärligt att veta var de ska dra gränsen mellan de själva och patienter utan att vårdandet ska tappa sin kvalitet. Hur ska de distansera sig emotionellt från patienterna samtidigt som de måste visa på empati för en god omvårdnad? Goldblatt (2009) förklarar att situationer som dessa kräver känslor involverat för att kunna utföra arbetet på ett ordentligt sätt. Våldsutsatta kvinnor behöver mer än att sjuksköterskorna enbart tar hänsyn till de medicinska och ytliga åtgärderna vilket kan vara en utmaning för sjuksköterskor. Fall som dessa går inte att enbart behandla med medicinska åtgärder (ibid).

I den turkiska studien av Efe och Taskin (2012) uttryckte 40% av sjuksköterskorna att omhändertagandet av dessa kvinnor inte var deras uppgift utan snarare psykologer eller ett arbete för socialen. I deras studie hade vissa sjuksköterskor inställningen om att ”det som händer i familjen stannar i familjen”. Dessa attityder och personliga åsikter skapas beroende på vilket samhälle en person lever i. Efe och Taskin beskriver hur det ser ut i det turkiska samhället och att familjen ses som en privat ensak som andra inte bör lägga sig i. Sjuksköterskor som lever i dessa samhällen blir automatiskt påverkade av det problematiska synsättet vilket leder till ett sorts accepterande och ett förminskande av våldet. Vissa

sjuksköterskor hade även synen på att de inte fanns något de kunde göra trots att kvinnan berättade om våldet (Efe & Taskin, 2012). Några sjuksköterskor i Natan och Rais (2010) studie redogjorde även dem för att de inte tyckte det tillhörde deras sjuksköterskeroll att behandla psykisk ohälsa.

Vissa sjuksköterskor uttryckte en frustration över att kvinnorna avslöjar våldet men sedan trots detta återgår till samma relation och utsätter sig själva för våld återigen. Medan andra var förvirrade, dömande och kritiska. Vissa respondenter i denna studie trodde på att anledningen till att den våldsutsatta kvinnan inte lämnar relationen har att göra med skam, rädsla och stigma, vissa kvinnor har till och med en syn på att misshandeln är förtjänad. Vissa kvinnor förnekar våldsutsatthet om det förekommer barn i bilden då rädslan över att barnen ska tas ifrån henne finns (Efe & Taskin, 2012).

En sjuksköterska berättade följande gällande vårdande av våldsutsatta kvinnor med barn:

” I feel obligated to tell women that if they now disclose violence we must call CAS. I think this is a huge barrier to what we are trying to achieve – safety of the woman and in this way safety of the child. I believe many health workers have changed practice due to this legal requirement... i believe this law has set this issue back in 10 years. ”. (Beynon et al., 2012).

Sjuksköterskans syn på detta fångar upp det existerande problemet och komplexiteten kring att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården. Våldsutsatta kvinnor berör inte endast hälso- och sjukvården utan har även kopplingar till andra sektorer. Detta beskriver väl den ständiga kampen för sjuksköterskan att hålla balansen mellan professionella förväntningar och personliga värderingar där sjuksköterskan vill undvika att göra situationen svårare för den våldsutsatta kvinnan. Att ta steget till att gå vidare sätter igång en hel process som inte går att ta tillbaka när det väl är igång (Beynon et al., 2012).

Trots starka känslor inför möten med våldsutsatta kvinnor förblir det sjuksköterskans roll att se efter både kvinnans fysiska som psykiska hälsoproblem (Goldblatt, 2009). Goldblatt (2009) nämner att sjuksköterskan inte kan försumma den emotionella sidan av omhändertagandet för våldsutsatta kvinnor. Däremot är det tufft för sjuksköterskor att kombinera både det fysiska och psykiska omhändertagandet av dessa kvinnor utan att falla i risk för överbelastning av tunga känslor (Goldblatt, 2009). Det har visat sig att sjuksköterskor som starkt identifierar sig

med offren känner sig inkompetenta och känner ofta känslor som empati, hjälplöshet och sorg medan de sjuksköterskor som separerar sig själva från dessa känslor känner en större behörighet och kompetens samtidigt som de är medvetna om och erkänner bristen att de inte är genuint omtänksamma i vårdandet (ibid).

En majoritet av sjuksköterskor beskrev att de kände sig frustrerade och hjälplösa i mötet med våldsutsatta kvinnor (Goldblatt, 2009; Natan & Rais, 2010). De upplevde att de inte lyckades få en bra kontakt med kvinnan samt att de kände frustration över att de inte kunde stoppa våldet. Sjuksköterskor (22,9 %) ansåg sig vara frustrerade på grund av att de inte kunde bidra till våldets upphörande (Natan & Rais, 2010). En del andra sjuksköterskor upplevde det däremot som obekvämt att ställa frågan om våld (ibid). En majoritet av sjuksköterskor (77%) i Deboers et al (2013) studie ansåg inte det som jobbigt att tillfråga kvinnor om våldsutsatt och 93% sjuksköterskor höll inte med påståendet om att de skulle tappa sina patienters förtroende om frågan om våld ställdes. Flertalet sjuksköterskor i denna studie hade även konsensus om att kvinnor inte ska få skulden för männens våld (ibid).

Efe och Taskin (2012) lyfter allvaret i att inte bistå med hjälp till dessa kvinnor vilket kan resultera i stora konsekvenser genom att våldet mot kvinnan tilltar vilket kan leda till kvinnans död antingen genom våldet eller att kvinnan begår självmord. Kvinnor utsatta för våld är i behov av ett multidisciplinärt team och sjuksköterskan är en av de som ingår i ett sådant team (Efe & Taskin, 2012).

Möjligheter

Vikten av identifiering

Efe och Taskin (2012) nämner sjuksköterskans betydelsefulla roll i att identifiera våldsutsatta kvinnor i relation till den närheten sjuksköterskor har till patienter. Majoriteten av sjuksköterskor är kvinnor vilket även kan underlätta i scenarion där mannen är förövaren. Det är av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonal är medvetna om innebörden av våld och att de erkänner att det är en del av deras ansvar. Våld i nära relation är något som måste identifieras för att kunna tas hand om.

De resurser som gjorde det enklare att fråga om våldsutsatthet var: utbildning, resurser i form av professionellt stöd samt professionella protokoll eller policys. Träning i form av litteratur, rollspel, utveckling av praxis via äkta scenarion och rollspel, få den givna möjligheten att träna inlärd nya färdighet med kollegor som har bättre erfarenheter. Samtala med kvinnor som tidigare blivit utsatta för våld men kommit ur det och även vända sig till kvinnoboenden. Några sjuksköterskor upplevde även deras egna erfarenheter av våld som en möjlighet till att screena då de känner sig bekväma i det och vet som väntar/hur det känns (Beynon et al., 2012)

Våldet som kvinnor blir utsatta för leder ofta till att kvinnan söker hjälp hos hälso- och sjukvården för sina skador, det är dock inte alltid de söker vård och beskriver det som våldsskador (Natan & Rais, 2010). Svavarsdottir och Orlygsdottir (2008) förklarar vidare att kvinnor sällan inkommer till sjukvården och berättar sanningen om våldsskador, kvinnorna kan söka både för akuta och kroniska skador som våldet har medfört utan att berätta vad som egentligen har hänt. För en bättre identifiering är det av stor vikt att sjuksköterskor uppmärksammas åkommor till följd av våldet som är av både kronisk och akut karaktär. Skador som är av akut karaktär kan vara exempelvis; frakturer, brännskador, blåmärken/blåttiror, skador i ansiktet, strypmärken och förlust av hår som blivit bortslitet. Kroniska skador som kvinnor söker för kan vara; ångest, depression, sömnsvårigheter, Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) eller kronisk smärta. Våldet kan i vissa fall medföra till att kvinnor börjar/eller ökar användning av tobak, alkohol eller droger vilket bör uppmärksammas och av sjuksköterskan. Andra varningstecken som bör observeras är ifall kvinnans närstående vägrar lämna kvinnans sida och dessutom är överbeskyddande. Som sjuksköterska är det viktigt att avgöra hur pass bra skadan stämmer överens med symtombilden och berättelsen om hur skadan uppstod (Ibid). I Visentin et al. (2015) studie nämner sjuksköterskor betydelsen av att skapa andra kommunikationsvägar än de verbala. Eftersom att kvinnan inte alltid väljer att verbalt berätta om sin utsatthet menar sjuksköterskor på att även kunna tyda kroppsspråk och andra uttryck som antyder en utsatthet är viktigt. De menar även på att sjuksköterskor bör ha en magkänsla för hur kvinnorna vill kommunicera samt ge kvinnan den tid hon behöver för ett avslöjande av våldet (ibid).

I en studie av DeBoer et al (2013) upplevde 80% av sjuksköterskor att dem mycket väl hade tid över för att screena våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskorna (92%) tyckte att patienter ska

screenas för våld oavsett om kvinnor påvisar tydliga skador eller inte (Deboer et al., 2013). För bättre identifiering tar Natan och Rais (2010) upp Orlando- modellen som ett hjälpmedel till sjuksköterskor vilket syftar till att se patientens direkta behov genom utvärdering av beteende. Sjuksköterskorna som deltog i Natan och Rais (2010) studie ansåg det som deras plikt att fråga kvinnliga patienter om både nuvarande och eventuell tidigare våldsutsatthet. Kunskap, utbildning och rätt verktyg nämns som viktiga faktorer för att tillfråga kvinnor om våld samt att kunna ingripa i redan konstaterade fall (Natan & Rais, 2010; Efe & Taskin, 2012). Van der wath et al. (2013) nämner i sin studie att vårdpersonal kände sig lättade och tillfredsställda när kvinnan utsatt för våld visade tecken på förbättring till följd av deras hjälp.

Den betydelsefulla vårdrelationen

Svavarsdottir och Orlygsdottir (2009) påtalar betydelsen av att erbjuda de våldsutsatta kvinnorna möjligheten till att öppna upp sig om våldet de upplever, vare sig de blir villiga att öppna om det direkt eller nästföljande gång. Att ge kvinnorna potentialen till att våga prata om deras erfarenheter om våld till hälso- och sjukvården ger dem en förståelse för att våld varken ska döljas eller accepteras. Det ger även bilden av att sjuksköterskor alltid finns där för dem och verkligen bryr sig om dem. Trots att vissa sjuksköterskor hade många års erfarenhet erkänner de svårigheter att tala om våld med sina patienter. Efter deltagande i studien där de fått träna på riktlinjer och följa protokoll som främjar screening för våld berättade dem att de kände sig mer säkra och hemma med ämnet (ibid). Även Visentin et al (2015) framför relationen mellan sjuksköterska och patient som viktig. Sjuksköterskorna i studien ansåg det av stor vikt att ge tid för ett bra välkomnande och bemötande till kvinnan samt erbjuda henne den tiden som behövs för att hon ska känna sig lyssnad till. Det är angeläget att sjuksköterskan skapar en miljö för förtroende som leder till att stigman kring ämnet bryts (ibid).

Svavarsdottir och Orlygsdottir (2009) trycker på att hälso- och sjukvården behöver uppdatera kompetensen om våld i nära relationer och hur de kan erbjuda offren ett första bra gensvar till deras uppenbarelse om våld. Patienter upplevde att det kändes tryggare när frågan ställdes av en sjuksköterska som var icke-dömande, gav stöd samt att de var vänliga. De kvinnliga patienterna beskrev det vara lättare att öppna upp sig om deras våldsutsatthet när en sjuksköterska var empatisk, visade på respekt och intresse för hennes liv (Bradbury-Jones et al., 2011). DeBoer et al (2013) nämner stöd och trygghet som det mest väsentliga för den

våldsutsatta kvinnan och att det är sjuksköterskans ansvar att ta sig tid till att lyssna och erbjuda kvinnan den tryggheten. En viktig infallsvinkel att ta hänsyn till när sjuksköterskan möter den våldsutsatta kvinnan är att förklara hur våld påverkar hälsan negativt på både fysiska och psykiska plan. Ett bra bemötande av kunnig och empatisk personal kan bidra till att den drabbade kvinnan kan ta sig mod till att våga berätta om våldet hon upplever (Deboer et al., 2013). Enligt Bradbury-Jones et al., (2011) är det av stor vikt att den som ställer frågan känner sig bekväm i att ställa frågan om våldsutsatthet för att på så sätt kunna hantera svaret på ett adekvat sätt. Genom att en sjuksköterska ställer frågan om våld som en del av anamnesen visar detta på att det är ett oacceptabelt handlingsätt (ibid).

Deboer et al. (2013) förklarar att sjuksköterskor erkänner våldsutsatthet som ett viktigt ämne som tillhör deras ansvar, trots detta screenar sjuksköterskor mer utefter misstankar om våld än rutinmässigt. Misstankar kan baseras på personliga åsikter och erfarenheter vilket är subjektivt och anledningen till den rutinmässiga tillfrågningen är för att ingen kvinna ska känna sig utvald. Bemötande utan fördomar kan vara livsviktigt i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Kvinnor som överlevt våld har i DeBoers et al (2013) studie beskrivit att uppmuntran från hälso- och sjukvårdspersonal och en bekräftelse på våldet de upplevt kunde förändra deras liv. Kvinnorna har även i intervjuer berättat att det bästa sättet att bemöta dem är genom att ställa direkta frågor, visa på respekt och omsorg, vara genuint oroliga för dem samt ha kunskap kring ämnet och kunna hänvisa dem vidare till hjälp. De upplever det som både viktigt och passande att sjuksköterskor ställer frågan om våld, mer än 90% av kvinnor som tidigare blivit utsatta för våld önskade att sjukvårdspersonal hade frågat dem. Sprids medvetenhet i hälso- och sjukvården om det existerande problem kring våldsutsatthet kan det leda till en reducering av underrapportering (ibid).

Många kvinnor uttrycker svårigheter att våga bilda en relation med vårdpersonal (Bradbury-Jones et al., 2011). Att inte vara dömande som sjuksköterska nämns som en positiv faktor då detta kan ha en signifikant påverkan på kvinnor utsatta för våld. Att ta bort skulden från deras axlar, få deras tillit, och skapa en värdefull relation. Kvalitén på sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnans möte är viktig då den avgör ifall kvinnan väljer att öppna upp sig mer eller dölja mer. Vissa kvinnor gör vad som än krävs för att dölja deras våldsskador. Varför kvinnor väljer att inte tala om våldet de upplever är på grund av stigma, rädsla över att förlora sina barn eller för att ingen faktiskt har frågat (Bradbury-Jones et al., 2011).

En kvinna som blivit utsatt för våld berättade följande:

*” It’s really nice to hear somebody say” it’s not you, you haven’t done anything.
It’s him(the abusive partner) - his behaviour is unacceptable”.*

Sjuksköterskor redogjorde för att varje möte med en våldsutsatt kvinna bidrog till en lärdom då de självmant började läsa på om kvinnors utsatthet för våld för att lättare kunna sätta sig in i hennes situation (Natan & Rais, 2010).

DISKUSSION

Följande två avsnitt presenterar metod- och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva hindrande och möjliggörande faktorer för att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation, en litteraturstudie tillämpades då den ansågs vara mest adekvat för att beskriva det breda kunskapsläget inom ett visst ämne vilket Forsberg och Wengström (2013) anser vara en bra metod. Att vara reflekterande och självkritisk till sitt innehåll är något Patton (2005) understryker vikten av. I följande delar diskuterar och kritiserar författaren studiens styrkor och svagheter.

Litteraturstudien använder sig av både kvalitativa och kvantitativa artiklar vilket kan betraktas som en styrka då det bidrar till en större inblick eftersom fenomenet studerats utifrån olika perspektiv, vilket kan ge en större förståelse för innehållet (Forsberg & wengström, 2013; Polit & Beck, 2012). Majoriteten av artiklarna sex av tio var av kvalitativ design vilket är en fördel att använda sig av då detta syftar till att belysa upplevelser och anses vara passande i denna studie då upplevda möjligheter och utmaningar beskrivs (Polit & Beck, 2017).

CINAHL brukades som sökväg till artiklar, denna databas ansågs vara relevant då den täcker områden som både omvårdnad och medicin. Däremot skulle arbetets validitet kunna främjas ifall fler databaser med omvårdnadsinriktning hade används då detta hade kunnat resultera i fler relevanta artiklar (Henricson & Billhult, 2012). Däremot utfördes detta inte då tiden inte räckte till som ensam författare. De flesta databassökningarna utfördes med hjälp av CINAHLs ”suggest heading list” vilket kan ha orsakat att andra artiklar av relevans missats,

däremot utfördes det även fritextsökningar för att undvika detta. Författarens många och snäva sökningar kan dock också ha påverkat resultatet då andra relevanta artiklar kan ha gått om miste. En fullständig sökning med sökord som hade inkluderat alla artiklar i en eller möjligtvis två sökningar hade varit till en fördel.

Tio vetenskapliga artiklar står till grund för resultatet, varav nio hade presenterat granskning av en etisk kommitté. Då våldsutsatthet är ett känsligt ämne bör studien innehålla en etisk diskussion eller presentera ett godkännande från en etisk kommitté. Den artikeln som inte hade redogjort för etisk diskussion inkluderades trots detta ändå eftersom författaren ansåg att det framgick ett rätt upplägg för vetenskaplig artikel samt ett etiskt förhållningssätt eftersom att samtycke erhöles av deltagarna i studien. Dessutom ansåg författaren att artikelförfattarna inte använde sig av metoder som skulle komma att leda till skada av deltagarna i studien.

Att inte exkludera länder ger en variation i kontext och därför valdes inga restriktioner gällandes land. I studiens resultat ingår artiklar från: USA, Israel x2, Skottland, Canada, Turkiet, England, Nya Zeeland, Island och Sydafrika vilket kan bidra till en mer vidsträckt bild av sjuksköterskans förhållningssätt i relation till olika kulturer och länder samtidigt måste det tas hänsyn till att sjukvårdssystemen och kultur i olika länder kan skilja sig åt och därav kan även överförbarheten ur vissa aspekter ifrågasättas. Polit och Beck (2016) nämner att en geografisk spridning kan vara positivt vad gäller överförbarhet. Trots att artiklarna härstammade från olika delar av världen visade det sig att sjuksköterskornas upplevelser mestadels hade konsensus. Samtliga artiklar var skrivna på engelska vilket kan medföra en risk för feltolkning och en påverkan på studiens trovärdighet då författarens modersmål är svenska, däremot upplevde inte författaren att det förekom några större svårigheter. Vid osäkerhet vad gäller översättning har översättningsverktyg (svenskt-engelskt lexikon) används för att undvika missförstånd och bibehålla reliabiliteten.

Att författaren till detta arbete var ensam i skrivandet kan ses som en svaghet. Svaghet eftersom författaren inte kan försäkra en rättvis eller opartisk bild till detta arbete vilket går i linje med Henricson och Billhult (2012) som säger att det stärker studiens validitet och reliabilitet om det är fler än en som skriver.

Resultatdiskussion

Utvecklingsområden

Enligt socialstyrelsen (u.å.b) bör sjuksköterskor ha den kunskap som krävs för att kunna identifiera kvinnor utsatta för våld. Eftersom att många kvinnor som fallit offer för våld ofta förnekar situationen de befinner sig i spelar sjuksköterskan en stor roll genom att ställa relevanta och tydliga frågor (ibid). Resultatet i föreliggande studie nämner vikten av att arbetsplatsen förespråkar och har en öppen inställning till att fråga patienter om våld och enligt Plichta (2007) kan reducering av osäkerhet minskas med hjälp av lättillgängliga och distinkta protokoll och rutiner på arbetsplatserna. Varför det är viktigt att sjukvårdspersonal frågar och har kunskap kring detta ämne är då våldsutsatta kvinnor inte gärna är dem som tar upp det ämnet om inte vårdpersonalen nämner det först. Det är även nämnt i resultatredovisningen att vissa sjuksköterskor tenderar att endast screena för våld vid misstanke om våld där det yttras i form av synliga skador. Enligt Al-Modallal (2012) är detta problematiskt då våld inte endast behöver vara synligt som till exempel de fall med psykiskt våld, därav vikten av rutinmässig frågeställning. Många kvinnor är ofta duktiga på att undanhålla våldet vilket ses som en ytterligare förklaring till varför en sjuksköterska alltid ska fråga om våld (Grände et al., 2009).

Det läggs återkommande en stor vikt vid sjuksköterskans ansvar gällandes identifiering av kvinnor utsatta för våld. Samtidigt nämns det i flertalet studier att ordentlig utbildning för våld i nära relationer lyser med sin frånvaro på sjuksköterskeprogrammen och att den bristande utbildningen är den största barriären för sjuksköterskor till korrekt identifiering (Yonaka et al., 2007). På grund av den bristfälliga utbildningen på högskolenivå skulle det behövas ytterligare utbildning på arbetsplatsen, alternativt införa våld i nära relation som en obligatorisk kurs under programmets gång (ibid).

Vikten av ett bemötande som grundar sig på respekt och trygghet är av stor vikt, detta visar sig vara bristfällig enligt Pratt-Eriksson et al. (2014) som nämner att våldsutsatta kvinnor många gånger inte känner något förtroende för sjukvården. I resultatet har det enligt kvinnor framkommit att det bästa sättet att bemöta dem på är genom att ställa konkreta frågor och ha kunskap inom ämnen. Resultatet berättar att över 90% av kvinnor som tidigare varit offer för våld hade önskat att vårdpersonal hade frågat dem om våld, enligt Lawoko et al. (2011) kan

det bristande bemötandet bero på otillräcklig kunskap som därmed leder till avsaknad av självförtroende i möte med dessa kvinnor. För lite självförtroende leder till att vårdpersonal tvekar vid kontakt med kvinnorna (ibid). Detta leder till att sjukvårdspersonal undermedvetet bidragit till lidande för sina patienter då dessa kvinnor inte fått de stöd de behöver (Pratt-Eriksson et al., 2014). En personcentrerad vård är av stor vikt då det syftar till att sätta kvinnans behov i fokus, när sjuksköterskor brister i stödet till dessa kvinnor brister även den personcentrerade vården. Det har framkommit att våldsutsatta kvinnor många gånger vill få frågan om våld och att de flesta kvinnor är positivt inställda till det, vilket enligt Salazar, Högberg, Valladares och Öhman (2012) kan ha en inverkan på uppbrottsprocessen samt öppna upp för reflektion hos kvinnan då stigmatiseringen bryts (ibid).

Efe och Taskin nämner att endast 10% av våldsutsatta kvinnor som besöker akuten blir identifierade. Detta är en låg siffra med tanke på att akuten är en plats som många våldsutsatta kvinnor söker sig till (ibid). Många sjuksköterskor tycker sig sällan möta kvinnor utsatta för våld, detta ses som ett hinder då det kopplas till missuppfattningar relaterat till okunskap vad gäller våldets yttrande vilket drabbar våldsutsatta kvinnor som kvarstår oidentifierade (DeBoer et al., 2013; Natan & Rais, 2010). Den rådande kunskapsbristen tros stå till grund för detta, vilket motverkar de kvinnliga offrens rätt att bli omhändertagna enligt praxis (Natan & Rais, 2010). I en studie av Brykczynski et al. (2009) beskrivs det vara en uppskattning på att det är 1/6 av alla kvinnor som söker vård för våld i nära relation. Enligt Prosman et al. (2014) är det bristande förtroendet för vården och det professionella stödet ett av motiven till att våldsutsatta kvinnor inte vågar söka vård. Sundborg et al. (2012) nämner att kunskapsnivån för sjuksköterskor är väsentlig för identifiering av våld i nära relation. Resultatet förklarar att våld i nära relation är något som måste identifieras för att kunna tas hand om. Identifiering bör ske på rätt sätt och inte baserat på fördomar, enligt Humphreys, Parker och Campell (2001) sker våld mot kvinnor i alla socioekonomiska klassar och är inte beroende av någon etnicitet. Det har även framkommit att de som är socioekonomiskt utsatta oftare får frågan om våld vilket tyder på brist på kunskap enligt Brykczynski et al. (2009).

Det gemensamma ansvaret

Sjuksköterskor i artikeln av DeBoer et al. (2013) berättar att en ökad medvetenhet behövs i samhällen för att påverka kvinnor att våga prata om våldet. De trycker på att det behövs kampanjer och reklam som kommer spela en stor roll. Media kan vara ett hjälpmedel till att

normalisera screening av sjuksköterskor då de utsatta inte blir förvånade eller förolämpade av frågan om våld. Utbildning i skolan om våld i nära relationer borde vara obligatorisk och nämnades som ännu en rekommendation för att nå bättre förståelse och ett hjälpmedel för det preventiva arbetet. Trots att utbildning gällandes våld i nära relationer kan komma att göra en markant skillnad behövs det ständiga påminnelser och andra strukturella stöd för att det ska vara produktivt och långvarigt (ibid).

SLUTSATS

Våld mot kvinnor är ett väsentligt hälsoproblem som sträcker sig till världens alla hörn. Sjuksköterskor leder en betydelsefull roll i mötet med kvinnor utsatta för våld då sjuksköterskor många gånger är den första personal kvinnan möter men även eftersom att sjukvården kan vara den enda utomstående kontakt kvinnan har. Resultatet identifierade både möjligheter och utmaningar. Vad gäller utmaningar ansåg majoriteten av sjuksköterskor deras roll som utmanande vilket i många fall berodde på kunskapsbrist men även egna känslor och organisatoriska brister som försvårade situationen. Trots upplevda utmaningar gällandes vårdandet av våldsutsatta kvinnor medgav majoriteten av sjuksköterskor fortfarande det tillhöra deras yrkesprofession. Möjligheter som bidrar till ett bättre möte visade sig vara utbildning i relation till identifieringsstrategier och större förståelse för patienten samt en arbetsplats som motiverar och främjar en öppenhet om våldsutsatthet. Dessa möjliggör i sin tur en ökad förståelse och kunskap inom området.

Studiens slutsats visar därmed en omfattande upplevd kunskapsbrist, vårdpersonalens egna känslor och attityder men även upplevelser av att arbetsmiljön brister i form av rutiner och resurser. När hälso- och sjukvården är bristfällig i sina rutiner och resurser får inte kvinnan den vård hon behöver vilket i värsta fall kan leda till hennes död. Många utmaningar hade kunnat undvikas och motarbetas genom fokus på en ökad kompetens som således bidrar till minskad osäkerhet och bättre självkänsla.

Utbildning har varit ett omdiskuterat ämne under litteraturstudiens gång. Den bristande utbildningen står till grund för de flesta utmaningarna sjuksköterskan upplevde. Till följd av kunskapsbrist får inte kvinnor utsatta för våld adekvat vård. Mer kunskap kring ämnet och även tydligare riktlinjer på arbetsplatsen hade kunnat leda till större förståelse vilket kan bidra till att de är mindre fördomsfulla och mer stöttande. En grundutbildning som lägger stort

fokus vid detta hade utrotat många av sjuksköterskans osäkerheter när hon möter en kvinna utsatt för våld.

Resultatet visar tydligt på att arbetsmiljön behöver förbättras, bättre ytor för att tillåta sjuksköterskor tala ostört med kvinnor utsatta för våld men även en arbetsplats som motiverar och främjar öppenhet. Sjuksköterskor behöver även få bättre tillgång till riktlinjer och protokoll på arbetsplatsen som kan leda till att rutinmässig screening för våld sker mer. Implementering av detta skulle kunna leda till identifiering av kvinnor utsatta för våld i god tid samt i större utsträckning vilket i sin tur leder till den omvårdnad, hjälp och stöd kvinnorna behöver.

Vidare anser författaren att kommande forskning bör lägga fokus på ett patientperspektiv med kvinnor som tidigare varit utsatta för våld som även vårdats för just våldsskador. Intervjua dessa kvinnor om vilka omvårdnadsåtgärder de tycker är effektiva och hur de tycker att ett samtal ska se ut. Vilka erfarenheter har dem av vården och vad kan förbättras? Detta i syfte för att erhålla ett underlag till professioner inom vården som senare kan stå till grund för interna utbildningar eller implementering i sjuksköterskeprogrammet.

REFERENSER

*= inkluderade artiklar i resultat

Al-Modallal, H. (2012). Psychological partner violence and women's vulnerability to depression, stress, and anxiety. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(6), 560–566. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00826.x

Amnesty International. (2013). *Stoppa våld mot kvinnor*. Stockholm: Amnesty International. Hämtad 18 september, 2018, från Amnesty International, <http://www.amnesty.se/vad-gor-vi/kvinnors-rattigheter/valdmot-kvinnor/>

Bacchus L, Mezey G, och Bewley S. (2002). Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(1), 9–16. doi: 10.1111/j.1471-0528.2002.00514.x

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

*Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J. (2011). Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing Standard*, 25(43), 35–40. doi: 10.7748/ns2011.06.25.43.35.c8594

Brottsförebyggande rådet (2018). *Våld i nära relationer*. Hämtad 10 mars 2019, från Brottsförebyggande rådet, <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Bryczynski, KA., Crane, P., Medina, CK., & Pedraza, D. (2009). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(3), 143-152. doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x

Cancerfonden. (u.å.). *Screening – vad är det?* Hämtad 27 februari 2019, från Cancerfonden, <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/screening-vad-ar-det>

Carlson Gielen, A., O'Campo, P.J., Campbell, J.C., Schollenberger, J., Woods, A.B., Jones, A.S., Dienemann, J.A., Kub, J. & Wynne, C. (2005). Women's opinions about domestic

violence screening and mandatory reporting. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 279-285. doi: 10.1016/S0749-3797(00)00234-8

Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, & Frasier PY. (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education & Counseling*, 59(2), 141–147. doi: 10.1016/j.pec.2004.10.008

Damra, J. K., Abujilban, S. K., Rock, M. P., Issra'a, A. T., Ghbari, T. A. & Ghaith, S. M. (2015). Pregnant women's experiences of intimate partner violence and seeking help from health care professionals: a Jordanian qualitative study. *Journal of family violence*, 30(6), ss. 807-816. doi:10.1007/s10896-015-9720-z

D'Avolio DA. (2011). System issues: challenges to intimate partner violence screening and intervention. *Clinical Nursing Research*, 20(1), 64–80.

*DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rhos Jr, T. (2013). What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence? *Journal of Trauma Nursing*, 20(3), 155–160. doi: 10.1097/JTN.0b013e3182a171b1.

Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., & Garcia-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 79–86. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.006.

Dienemann, J., Glass, N., & Hyman, R. (2005). Survivor Preferences for Response to IPV Disclosure: *Clinical Nursing Research*. doi: 10.1177/1054773805275287

*Efe, Ş., & Taşkın, L. (2012). Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study. *Sexuality & Disability*, 30(4), 441–451. doi: 10.1007/s11195-012-9269-1

Eliasson, M. & Ellgrim, B. (2006). *En kunskapsöversikt: Mäns våld mot kvinnor i nära relationer*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur. s. 141-151.
- Garcia-Moreno, C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet*, 359(9316), 1509-1514. doi:10.1016/S0140-6736(02)08417-9
- Gibbons, L. (2011). Dealing with the effects of domestic violence. *Emergency Nurse* 19(4) s.12-17. doi: 10.7748/en2011.07.19.4.12.c8607
- Goudarzi, M. (2017). *Från traditionell till personcentrerad vård: en sjuksköterskas förändringsarbete*. I L. Grafström (Red.), *Personcentrerad hälso- och sjukvård: Rapport från verkligheten* (s. 147–166). (Första upplagan). Stockholm: Liber.
- Grände, J., Lundberg, L. & Eriksson, M. (2009). *I arbete med våldsutsatta kvinnor: handbok för yrkesverksamma*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Guruge, S. (2012). Nurses role in caring for women experiencing intimate partner violence in the Sri Lankan context. *International Scholarly Research Notices Nursing, 2012* (2012), doi: 10.5402/2012/486273
- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC public health*, 7(12). doi:10.1186/1471-2458-7-12
- *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.
- Heimer, G.M. & Sandberg, D. (red.) (2008). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Henricson M. & Billhult A. (2012). Kvalitativ design. Henricson, M (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., s.130). Lund: Studentlitteratur.

Hewitt, L.N. (2015). Intimate partner violence: the role of nurses in protection of patients, *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 27(2):271-5. doi: 10.1016/j.cnc.2015.02.004

*Higgins, D., Manhire, K., & Marshall, B. (2015). Prevalence of intimate partner violence disclosed during routine screening in a large general practice. *Journal of Primary Health Care*, 7(2), 102–108. doi:

Humphreys J., Parker B. & Campbell J. (2001). Intimate partner violence against women. I D. Taylor & N.F. Woods (Eds.), *Annual review of nursing research* (pp. 275-306). New York: Springer.

Hägglom, A. M., Hallberg, L. R., & Möller, A. R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden*, 7, 235-242. doi 10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x

Hörnsten, Å. & Udo, C. (2018)a. *Bemötande i vård och omsorg, värdegrund- Översikt*. Hämtad 20 februari, 2019 från Vårdhandboken, <https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/oversikt/>

Hörnsten, Å. & Udo, C. (2018)b. *Personcentrerad vård*. Hämtad 1 Maj, 2019 från Vårdhandboken, <https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d/>

Kastling, L. (2010). *Män som slår kvinnor: om mäns våld och skam i nära relationer*. Stockholm: Themis.

Kjellström, S., & Sandman, L. (2013). *Etikboken, Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

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

Kvinnofridslinjen, Nationellt Centrum För Kvinnofrid. (2018). *Om mäns våld mot kvinnor*. Hämtad 31 Januari 2019, från NCK, <https://kvinnofridslinjen.se/sv/om-vald-mot-kvinnor/>

Landstinget i Uppsala län, Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014)a. *Omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i nära relation*. Hämtad 7 februari, 2019, från NCK, [https://www.regionuppsala.se/Global/Extran%C3%A4t/V%C3%A5rdgivare/V%C3%A5rdprogram/V%C3%A5rdprogram%20Omh%C3%A4ndertagande%20av%20kvinnor%20utsatta%20f%C3%B6r%20v%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4ra%20relation%20\(pdf\)2012-2014.pdf](https://www.regionuppsala.se/Global/Extran%C3%A4t/V%C3%A5rdgivare/V%C3%A5rdprogram/V%C3%A5rdprogram%20Omh%C3%A4ndertagande%20av%20kvinnor%20utsatta%20f%C3%B6r%20v%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4ra%20relation%20(pdf)2012-2014.pdf)

Lawoko, S., Sanz, S., Helström, L., & Castren, M. (2011). Screening for intimate partner violence against women in healthcare Sweden: prevalence and determinants. *ISRN Nursing*, 1–7. doi: 10.5402/2011/510692.

McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: A qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 620–634. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x

McOrmond-Plummer, L., Levy-Peck, J.Y. & Easteal, P.W. (red.) (2017). *Perpetrators of intimate partner sexual violence: a multidisciplinary approach to prevention, recognition, and intervention*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Montero, I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J., Talavera, M. & Peiró, R. (2012). Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in primary care. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(4), 352–358. doi: 10.1136/jech.2009.105759.

*Natan MB, & Rais I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing*, 17(2), 112–117. doi: 10.1097/JTN.0b013e3181e736db.

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. NCK-rapport 2010:4. Uppsala Universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2014). *Våld och hälsa - en befolkningsundersökning om kvinnor och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2017). *Våld i nära relationer. Riktlinjen gäller för hälso- och sjukvårdsförvaltningen*. Uppsala: Uppsala universitet. Hämtad 2 April, 2019 från Nationellt Centrum för Kvinnofrid, https://www.nck.uu.se/digitalAssets/681/c_681142-1_3-k_vald-i-nara-relationer-vuxna-gotland.pdf

Nationellt Råd för Kvinnofrid (2003). Råd för kvinnofrid till regeringen. Slutrapport. [2009-10-12] [Elektronisk] Hämtad 25 februari 2019, från Kunskapsbanken, http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/188/Rad_for_kvinnofrid_till%20regeringen.pdf

Nerøien AI, & Schei B. (2008). Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2), 161–168. doi: 10.1177/1403494807085188.

Plichta SB. (2007). Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(2), 226–239. doi: 10.1177/1524838007301220

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

Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scand J Caring Sci* 2014;28:3-11. (2014). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 421. doi:10.1111/scs.12127

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

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

Salazar, M., Högberg, U., Valladares, E. & Öhman, A. (2012). The supportive process for ending intimate partner violence after pregnancy: the experience of Nicaraguan women. *Violence Against Women*, 18(11), 1257-1278. doi:10.1177/1077801212470549

SFS 2010:244. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Hämtad 16 mars 2019, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1998531-om-yrkesverksamhet-pa-halso--och_sfs-1998-531

Skoger, U., Edlund, K. & Leander, K. (2008). *Omhändertagande av våldsutsatta kvinnor: handlingsprogram*. (3. uppl.) Stockholm: Stockholms läns landsting.

Socialstyrelsen (u.å.a.). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*. Hämtad 17 mars 2019, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/valdsochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/upptackavald>

Socialstyrelsen (u.å.b). *Definition av våld i nära relation*. Hämtad 17 mars 2019, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/valdsochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009 (2009-126-71)*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 3 mars 2019, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Våld -Handbok om socialtjänstens och hälso-och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 3 mars 2019, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Om bemötande i hälso- och sjukvården*. Hämtad 10 mars 2019, från Kunskapsguriden, <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/Sidor/Om-bemotande-i-halso-och-sjukvarden.aspx>

Statens Beredning För Medicinsk och Social Utvärdering. (2016). *Screening i hälso- och sjukvård för partnervåld mot kvinnor*. Hämtad 14 mars 2019, från, <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/osakert-om-screening-for-vald-hjalper-utsatta-kvinnor/>

Stenson K, Saarinen H, Heimer G, & Sidenvall B. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, *17*(1), 2–10. doi: 10.1054/midw.2000.0241

Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P. & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, *11*(1), s.1-11. doi:10.1186/1472-6955-11-1

*Svavarsdottir EK, & Orlygsdottir B. (2009). Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(4), 779–788. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04872.x.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 15 januari 2019, från svensk sjuksköterskeförening,

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Sveriges kommuner och landsting. (2006). *Mäns våld mot kvinnor i nära relationer - En kunskapsöversikt*. Stockholm: Katarina Tryck.

The General Assembly. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. Hämtad 31 januari 2019, från UN, <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

Usta J, Antoun J, Ambuel B, & Khawaja M. (2012). Involving the health care system in domestic violence: what women want. *Annals of Family Medicine*, 10(3), 213–220. doi: 10.1370/afm.1336.

*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. doi: 10.1111/jan.12099.

* Visentin, F., Becker Vieira, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., & Franco da Silva, E. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigacion & Educacion en Enfermeria* 33(3), 556-564. doi:10.17533/udea.iee.v33n3a20

Wallin Lundell, I., Eulau, L., Bjarneby, F. & Westerbotn, M. (2018). Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), ss. 949-957. doi:10.1111/jocn.14046

Wendt, E. & Enander, V. (2013). *Övergiven eller stöttad?: våldsutsatta kvinnors erfarenhet av bemötande inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Hämtad 1 Mars 2019, från World Health Organization, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=B8E9226372660807C0E3F563DA5EB095?sequence=1#_utma=1.1656954219.1545038586.1552480052.1552825558.6&__utmb=1.2.10.1552825558&__utmc=1&__utmz=1.1552825558.6.6.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&__utmv=-&__utmk=103667584](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=B8E9226372660807C0E3F563DA5EB095?sequence=1#_utma=1.1656954219.1545038586.1552480052.1552825558.6&__utmb=1.2.10.1552825558&__utmc=1&__utmz=1.1552825558.6.6.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utmk=103667584)

Yonaka, L., Yoder, M., Darrow, J. & Sherck, J. (2007) Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *Journal Of Continuing Education In Nursing*, 38(1), s.37-45

BILAGOR

Bilaga 1. Artikelmatris

Författare, Årtal & Land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
<p>Artikel 1</p> <p>Författare: Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & Macmillan, H. L.</p> <p>Årtal: 2012 Land: Canada</p>	<p>Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis</p>	<p>1) explore physicians' and nurses' experiences, both professional and personal, when asking about IPV; 2) determine the variations by discipline; and 3) identify implications for practice, workplace policy and curriculum development.</p>	<p>Kvalitativ studie i form av frågeformulär med öppna frågor. Urval: 527 sjuksköterskor och 258 läkare som fick svara på ett frågeformulär om partnerrelaterat våld. Bortfall: 162 redovisades.</p>	<p>De främsta barriärerna som förhindrade sjuksköterskorna att fråga om våld var: tidsbrist, personliga attityder, brist på kunskap, språk- och kulturbarriärer och partners närvaro. Tips på att förbättra detta var: mer utbildning, bättre protokoll och resurser.</p>
<p>Artikel 2</p> <p>Författare: Efe, Ş., & Taşkın, L.</p> <p>Årtal: 2012 Land: Turkiet</p>	<p>Emergency Nurses' Barriers to intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva de faktorer som förhindrar adekvat vård av sjuksköterskor till kvinnor utsatta för våld.</p>	<p>Kvalitativ studie i form av djupgående intervjuer med sjuksköterskor. Urval: 30 sjuksköterskor som hade arbetat minst 1 år på akutvårdsavdelningar på sjukhus. Inga bortfall redovisades.</p>	<p>Faktorer som förhindrar adekvat vård av sjuksköterskor var: brist på kunskap, sjuksköterskor som kände att det inte tillhörde deras roll, dåliga miljöer, brist på tid, rädsla för anhöriga, lägger sig i familjesituationer och att våld mot kvinnor är ett problem utan lösning.</p>
<p>Artikel 3</p> <p>Författare: Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M. & Taylor, J.</p> <p>Årtal: 2011 Land: Skottland</p>	<p>Improving the health care of women living with domestic abuse</p>	<p>Att utforska vårdupplevelsen hos kvinnor utsatta för våld, speciellt i förhållande till primärvården.</p>	<p>Kvalitativ studie i form av semistrukturerade intervjuer med 17 kvinnor som levt med våld i nära relation. Inga bortfall redovisades.</p>	<p>Kvinnor utsatta för våld upplevde brist i kommunikationen från vårdens sida, låg självkänsla och rädsla för stigmatisering gällande våldsbrott som gjorde det svårt att tala om våldet.</p>

Författare, Årtal & Land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
<p>Artikel 4</p> <p>Författare: DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rohs, T. J.</p> <p>Årtal: 2013</p> <p>Land: USA</p>	<p>What are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence?</p>	<p>Identifiera sjuksköterskors attityder och utlevda barriärer att screena för våld i nära relation.</p>	<p>Deskriptiv kvantitativ tvärsnittsstudie i form av enkäter som ska besvaras som anonym. Urval: 494 sjuksköterskor arbetandes inom slutenvården och akutvårdsavdelninga. Av 494 var det 156 som avslutade undersökningen fullständigt. Bortfall: sjuksköterskor som var anställda inom öppenvården och inom processområden så som exempelvis: operation.</p>	<p>Sjuksköterskor beskriver det som viktigt att screena för våld men samtidigt svårt. Utbildning, väcka medvetenhet och få hälso- och sjukvården identifiera och förstå storleken på detta problem.</p>
<p>Artikel 5</p> <p>Författare: Visentin, F., Becker Vieira, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., & da Silva, E. F.</p> <p>Årtal: 2015</p> <p>Land: Brasilien</p>	<p>Women's primary care nursing in situations of gender violence</p>	<p>Identifiering av de åtgärder som används inom primärvården för kvinnor utsatta för våld i hemmet.</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Urval: Slumpmässigt urval av 17 yrkesverksamma sjuksköterskor som arbetat minst tre månader inom primärvården. Inga redovisade bortfall.</p>	<p>Sjuksköterskorna redovisade för att de inte var tillräckligt förberedda att vårda kvinnor utsatta för våld. Deltagarna betonade vikten av kunskap gällande detta i grundutbildningen för sjuksköterskor.</p>
<p>Artikel 6</p> <p>Författare: Svavarsdóttir, E. K & Orlygsdóttir, B.</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: Island</p>	<p>Identifying abuse among women: use of a clinical guidelines by nurses and midwives</p>	<p>Identifiera incidensen av våldsutsatta kvinnor som söker vård och användandet av riktlinjer för att identifiera våldet.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie via frågeformulär. Urval: bekvämlighetsurval. 14 sjuksköterskor, 10 barnmorskor. Sammanlagt 208 kvinnor där 101 kvinnor sökte vård på akutmottagning och 107 sökte sig till specialistmödravården.</p>	<p>20 kvinnor som sökt vård på akutmottagning och 21 kvinnor som sökt vård på specialistmödravården hade under livets gång blivit sexuellt utnyttjade av en närstående. Under 12 månader hade 18 kvinnor på akutmottagningen och 8 kvinnor inom specialistmödravården redogjort för fysiskt våld. Majoriteten av sjuksköterskorna menade på att riktlinjer för screening av könsrelaterat våld var effektiv.</p>

Författare, Årtal & Land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
<p>Artikel 7 Natan, MB., & Rais, I.</p> <p>Årtal: 2010 Land: Israel</p>	<p>Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women.</p>	<p>Studien syftade till att undersöka effekten av sjuksköterskors kunskap, rutiner och attityder till att identifiera kvinnor utsatta för våld.</p>	<p>Deskriptiv & kvantitativ metod via frågeformulär. Urval: 120 sjuksköterskor arbetandes både via sjukhus och kommun. 20/120 sjuksköterskor svarade inte eller hade fyllt i frågeformuläret felaktigt. Inga redovisade bortfall/svårt att tyda bortfall.</p>	<p>Positiva korrelationer hittades mellan sjuksköterskors attityder och kunskaper och screening för våld. Även fast sjuksköterskorna var medvetna om våld och kunde identifiera kvinnor utsatta för våld hände detta sällan i praktiken.</p>
<p>Artikel 8 Författare: Goldblatt, H Årtal: 2009 Land: Israel</p>	<p>Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life</p>	<p>Studien syftar till att undersöka vilken inverkan våldsutsatta kvinnor har på sjuksköterskors professionella och personliga livserfarenheter.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk studie med djupgående intervjuer. urval: 22 sjuksköterskor arbetandes på både sjukhus och via kommun valdes ut för större variation. Inga bortfall redovisade.</p>	<p>Att vårda kvinnor utsatta för våld var en utmaning för sjuksköterskor på både professionella och personliga plan vilket påverkar bemötandet. Sjuksköterskorna hade ambivalenta känslor inför mötandet av våldsutsatta kvinnor.</p>
<p>Artikel 9</p> <p>Författare: Ramsay, J Gregory, A Eldridge, S Feder, G Rutterford, C Dunne, D Sharp, D</p> <p>Årtal: 2012 Land: England</p>	<p>Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians</p>	<p>Syftet var att mäta utvalda läkare och sjuksköterskor nuvarande nivåer av kunskap, attityder och kliniska färdigheter gällandes våld.</p>	<p>En kvantitativ tvärsnittsstudie som omfattade ett frågeformulär som de medverkande skulle ge svar på. 463 st sjuksköterskor och läkare som var aktiva inom primärvården skickades frågeformuläret till. Redovisade bortfall: 191</p>	<p>Vårdpersonalen visade sig ha minimal utbildning gällandes våld i hemmet. De hade endast grundläggande kunskap men uttryckte en positiv inställning till att vårda våldsutsatta kvinnor. Många av deltagarna kände sig dåligt förberedda till att fråga relevanta frågor eller att göra lämpliga hänvisningar om våldet vart avslöjat. 40% av deltagarna i studien hade aldrig eller sällan frågat sina kvinnliga patienter om våld när de kom in med skador. 80% uttryckte att de inte hade tillräckligt med adekvat kunskap. Läkare var bättre förberedda och hade mer kunskap än sjuksköterskor, de identifierade även fler våldsoffer än sjuksköterskor.</p>

Författare, Årtal & Land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
<p>Artikel 10</p> <p>Författare: Van der Wath, A., van Wyk, N. & Janse van Rensburg, E.</p> <p>Årtal: 2013</p> <p>Land: Sydafrika</p>	<p>Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence.</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att vårda kvinnor som överlevt våld i nära relationer.</p>	<p>Kvalitativ med beskrivande fenomenologisk ansats. Ostrukturerade intervjuer. Urval: ett strategiskt urval tillämpades. 11st sjuksköterskor som hade arbete akutvårdsavdelningar. Inga redovisade bortfall.</p>	<p>Det visade att sjuksköterskor ofta bevittnade de psykiska och fysiska effekterna efter våld i nära relationer. Sjuksköterskorna beskrev det som svårt var de ska sätta gränsen mellan dem själva och patienten då sjuksköterskor upplevde sig känna samma känslor som den misshandlade kvinnan.</p>

Bilaga 2. Kvalitetsgranskning av inkluderade artiklar.

Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives	<i>Hög kvalitet</i>
Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence	<i>Hög kvalitet</i>
Women's primary care nursing in situations of gender violence	<i>Hög kvalitet</i>
What are barriers to nurses screening for intimate partner violence	<i>Hög kvalitet</i>
Improving the health care of women living with domestic abuse	<i>Hög kvalitet</i>
Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative study	<i>Hög kvalitet</i>
Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences	<i>Hög kvalitet</i>
Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians	<i>Hög kvalitet</i>
Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care	<i>Hög kvalitet</i>
Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women	<i>Medelhög kvalitet</i>
Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in turkey: a qualitative study	<i>Medelhög kvalitet</i>