



**Linnéuniversitetet**

Kalmar Växjö

Självständigt arbete 15hp

# Sjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer

- *En litteraturstudie*



*Författare:* Ulrika Norgren och  
Olivia Pettersson

*Handledare:* Susanne Syrén

*Examinator:* Gunilla Lindqvist

*Termin:* HT18

*Ämne:* Vårdvetenskap

*Nivå:* Kandidatnivå

*Kurskod:* 2VÅ61E

## Abstrakt

**Bakgrund:** Våld mot kvinnor, i synnerhet våld i nära relationer, är ett allvarligt samhällsproblem som är vanligt förekommande globalt och nationellt. Kvinnor påverkas inte enbart fysiskt utan även mentalt och våldet kan ha kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser. Sjuksköterskor har en viktig roll då de ofta är den första vårdkontakten. Samtidigt visar studier att våldsutsatta kvinnor upplever brister i vården och där sjuksköterskors professionalitet ifrågasätts. **Syfte:** Studien sammanställer forskning av sjuksköterskans erfarenheter kring att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. **Metod:** En litteraturstudie med integrerad analys av nio kvalitativa studier. **Resultat:** Tre kategorier framkom; delade meningar om ansvar och yrkesroll, avsaknad av kunskap och utbildning samt emotionella utmaningar. **Slutsats:** För att kunna bemöta våldsutsatta kvinnor krävs det att sjuksköterskan är medveten om stereotypa föreställningar och erhåller utbildning inom området våld i nära relationer för att kunna vårda enligt professionens värdegrund.

## Nyckelord

Våld i nära relationer, intersektionellt perspektiv, personcentrerad omvårdnad, sjuksköterskor.

## Tack

Stort tack till Susanne Syrén för ett gott stöd och engagerad handledning under arbetets gång. Du har varit guld värd!

Tack till Josefin Rahmqvist för värdefulla synpunkter.

Tack till alla som kämpar för kvinnors rättigheter och som kämpar för att uppmärksamma mäns våld mot kvinnor.

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>1</b>
2.1	<i>Definition av våld i nära relationer</i>	1
2.2	<i>Våld i nära relationer - Ett samhällsproblem</i>	2
2.3	<i>Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av våld i nära relationer</i>	3
2.4	<i>Våldsutsatta kvinnor i hälso- och sjukvården</i>	3
2.5	<i>Sjuksköterskors roll i mötet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer</i>	4
<b>3</b>	<b>Teoretisk referensram</b>	<b>6</b>
3.1	<i>Intersektionalitet som perspektiv</i>	6
3.2	<i>Intersektionellt perspektiv inom vården</i>	6
3.3	<i>Personcentrerad omvårdnad</i>	7
<b>4</b>	<b>Problemformulering</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Syfte</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>Metod</b>	<b>9</b>
6.1	<i>Studiedesign</i>	9
6.2	<i>Urval</i>	9
6.3	<i>Datainsamling</i>	9
6.4	<i>Kvalitetsgranskning</i>	11
6.5	<i>Dataanalys</i>	11
<b>7</b>	<b>Forskningsetiska överväganden</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>Resultat</b>	<b>12</b>
8.1	<i>Delade meningar om ansvar och yrkesroll</i>	12
8.2	<i>Avsaknad av kunskap och utbildning</i>	14
8.3	<i>Emotionella utmaningar</i>	16
<b>9</b>	<b>Metoddiskussion</b>	<b>17</b>
<b>10</b>	<b>Resultatdiskussion</b>	<b>20</b>
10.1	<i>Delade meningar om ansvar och yrkesroll</i>	20
10.2	<i>Avsaknad av kunskap och utbildning</i>	23
10.3	<i>Emotionella utmaningar</i>	25
<b>11</b>	<b>Slutsats</b>	<b>26</b>

**Referenser**

**Bilagor**

# 1 Inledning

Mäns våld mot kvinnor är ett globalt samhällsproblem som påverkar kvinnor i alla åldrar och samhällsklasser (Heise & Garcia Moreno, 2002). Intresset och en begynnande förståelse för problemet väcktes efter en temadag om våld som sjuksköterskeprogrammet på Linnéuniversitetet anordnade under våren 2018.

Vetskapen att det inte skulle finnas en kurs som skulle belysa våld mot kvinnor och våld i nära relationer under utbildningstiden upplevdes anmärkningsvärd med tanke på hur vanligt förekommande våldet visade sig vara. Hur fungerade det inom hälso- och sjukvården att ta emot dessa kvinnor? Hur upplevde sjuksköterskorna det? Kan några slutsatser dras utifrån ett samhällsperspektiv och ur ett genusperspektiv?

Dessa funderingar ledde fram till studiens syfte. Ingen av författarna har personligen utsatts för våld i nära relation men har upplevt det hos närstående och under arbetet som undersköterskor vilket varit en bidragande faktor till studiens uppkomst.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Definition av våld i nära relationer

Fokus för denna studie är våld i nära relationer vilket är det vedertagna begreppet i Sverige (Nationellt centrum för kvinnofrid, u. å.). "Domestic violence" som översatts till "Våld i hemmet" likställs tillsammans med begreppet "Intimate partner violence" översatt till "Intimt partnervåld" med "Våld i nära relationer" i studien. Våld mot kvinnor har i Förenta Nationernas deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor definieras på följande sätt; "Violence against women means 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, whether occurring in public or in private life" (Förenta Nationerna, [FN], Artikel 1, 1993). Intimt partnervåld, det vedertagna begreppet på engelska, vilket likställs med våld i nära relationer, har valts att definieras på följande sätt: "Intimate partner violence refers to any behaviour within

an intimate relationship that causes physical, psychological or sexual harm to those in the relationship” (Heise & Garcia Moreno, 2002, s. 89).

## 2.2 Våld i nära relationer - Ett samhällsproblem

Våld mot kvinnor, i synnerhet våld i nära relationer, är ett allvarligt och omfattande samhällsproblem som finns i alla samhällsklasser och är oberoende av socioekonomisk tillhörighet, religion eller kulturell bakgrund (García-Moreno, Pallitto, Devries, Stöckl, Watts & Abrahams, 2013; Heise & Garcia Moreno, 2002).

Johnsson-Latham (2014) menar att traditionella könsroller och sociala normer i samhället är av betydelse för det våld kvinnor utsätts för. Generellt har det manliga könet mer makt, bättre lön, högre status och större rätt till utbildning än kvinnor. Patriarkala föreställningar om att pojkar och män är mer värda än flickor och kvinnor gör att mannen blir norm och får tolkningsföreträde medan kvinnan hamnar i underläge. Det har länge funnits nedärvda föreställningar om att mannen har rätt att kontrollera sin kvinna med våld och det finns fortfarande traditionella krafter som framhåller detta (Johnsson-Latham, 2014). År 1993 antogs Förenta Nationernas deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor (FN, 1993). I deklarationen framhåller FN att våld mot kvinnor är en manifestation av en ojämlik fördelning av makt mellan män och kvinnor. Vidare menas att våld mot kvinnor är en social mekanism som upprätthåller kvinnors underordnade ställning. Dessa påståenden stärks i Istanbulkonventionen, Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet (Europarådet, 2011). Istanbulkonventionen är det första juridiskt bindande dokumentet som undertecknats gällande våld mot kvinnor i Europa och trädde i kraft i Sverige i november 2014. Istanbulkonventionen uttrycker att; “Våld mot kvinnor är ett uttryck för historiskt ojämlika maktförhållanden mellan kvinnor och män och att det är dessa förhållanden som har lett till att män dominerar och diskriminerar kvinnor och som hindrar kvinnors utveckling” samt “våld mot kvinnor är könsrelaterat på strukturell nivå och att våldet mot kvinnor är en av de viktigaste orsakerna till att kvinnor är underordnade män”.

I en svensk kontext finns det ett fåtal studier som undersöker kvinnor och våldsutsatthet. En studie visade att fyrtiosex procent av kvinnorna hade utsatts för

våld i någon form av en man efter sin femtonårsdag. En fjärdedel av kvinnorna angav att de hade utsatts för våld under det senaste året. I resultatet framkom inga skillnader gällande männens utbildning, kulturella bakgrund och etnicitet i avseendet om de utövade våld eller inte (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001). Ytterligare en undersökning visade att fjorton procent av kvinnorna hade som vuxna utsatts för hot om fysiskt våld eller fysiskt våld och tjugo procent av kvinnorna hade utsatts för systematiskt psykiskt våld av en aktuell eller tidigare partner (Andersson, Heimer, & Lucas, 2014). Resultaten från dessa studier tyder därmed på att det är ett utbredd problem som är både frekvent och aktuellt, vilket avviker från schablonbilden att det är ett fåtal män som brukar våld mot kvinnor.

### 2.3 Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av våld i nära relationer

Trettio procent av alla kvinnor i världen har någon gång utsatts för fysiskt och/eller sexuellt våld av en partner (García-Moreno et al., 2013). Kvinnor utsatta för våld i nära relationer upplevde känslor av skam vilket framkallade låg självkänsla, depression och tankar på suicid. Kvinnorna anklagade sig själva för våldet och försökte anpassa sig till situationen (Flinck, Paavilainen & Åstedt-Kurki, 2005; Loke, Wan & Hayters, 2012; Reisenhofer & Seibold, 2013). En studie visade att ambivalens kring att lämna mannen eller stanna kvar i det våldsamma förhållandet var en mycket vanlig känsla. Kvinnorna upplevde att ingen annan kunde skydda dem och en kvinna beskrev en rädsla att bli mördad av sin make. Majoriteten av kvinnorna hade försökt att lämna sin make tidigare men uppgav att de skulle göra allt för att hålla ihop familjen. Flera av kvinnorna kom från en lägre samhällsklass och upplevde att de inte hade den finansiella möjligheten att lämna maken samt att samhället skulle komma att se ner på kvinnan som ensamstående (Loke et al., 2012).

### 2.4 Våldsutsatta kvinnor i hälso- och sjukvården

Våld i nära relationer riskerar kvinnors hälsa, begränsar kvinnors deltagande i samhället och innebär ett stort lidande (García-Moreno et al., 2013). Att leva med våld i nära relationer kan ha direkta och långtgående konsekvenser och innebär en riskfaktor att utveckla fysiska och psykiska sjukdomar. Fysiska symtom/tillstånd kan variera från frakturer, blåmärken och sår till mag- och tarmbesvär och kroniska

smärttillstånd. Psykiska symtom kan exempelvis vara depression, ångest, alkohol- och drogmissbruk och posttraumatiskt stressyndrom (Andersson et al., 2014; García-Moreno et al., 2013; Heise, & García-Moreno, 2002). Att våld i nära relationer och posttraumatiskt stressyndrom har ett samband stärks i studier där kvinnorna som levde med våldet hade en bred variation av fysiska symtom och måttliga till svåra posttraumatiska stressymtom (Woods, Hall, Campbell & Angott, 2008).

Det framkommer att våldsutsatta kvinnor med stor sannolikhet nekar till att vara utsatta för våld. Dessa kvinnor uttryckte att det var viktigt med kontinuitet i aktuella vårdkontakter och att det var mer troligt att de skulle öppna upp och berätta om våldet för någon inom hälso- och sjukvården som de träffat tidigare (Reisenhofer & Seibold, 2013; Taylor, Bradbury-Jones, Kroll & Duncan, 2013; Yam, 2000). I en studie av Loke et al. (2012) visade det sig att först när våldet eskalerar så att ett hot om död blir överhängande berättar kvinnorna om sin situation för någon inom hälso- och sjukvården.

## 2.5 Sjuksköterskors roll i mötet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer

Våldsutsatta kvinnor förekommer i alla delar av vården och sjuksköterskor kan därför komma att träffa på dessa kvinnor överallt där kvinnor vårdas.

Akutmottagningen tillhör den tredje vanligaste miljön där våldsutsatta kvinnor söker hjälp efter kontakt med vänner/familj och/eller polis. Det är även vanligt att våldsutsatta kvinnor söker sig till primärvården (Berglund & Witkowski, 2014; Reisenhofer & Seibold, 2007).

Det förefaller som att sjuksköterskors professionalitet i mötet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer kan ifrågasättas. Våldsutsatta kvinnor upplevde sig misstrodda, osynliggjorda och som att de upptog värdefull tid av hälso- och sjukvårdspersonalen vilket orsakade känslor av att inte vara hemmahörande någonstans inom vården. Kvinnorna hade erfarenheter av sjuksköterskor som visat sig förstående likväl som av sjuksköterskor som inte givit dem någon respons och

fått dem att känna skam över situationen (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013).

Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30) ska en god och jämlik vård erbjudas till alla. Det är hälso- och sjukvårdens uppgift, således sjuksköterskans uppgift, att identifiera de möjliga orsakerna till de symtom som uppvisas och upptäcka kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer. Hälso- och sjukvårdens ansvar gentemot kvinnor som utsatts för våld återfinns även i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4). Enligt dessa föreskrifter är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att vid misstanke om våld i en nära relation fråga den utsatta om våldet i enrum. Om misstanken kvarstår ska personalen informera om den hjälp som finns att få från hälso- och sjukvård samt från socialtjänst och frivilligorganisationer. Det är vårdgivaren som är ansvarig för att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kunskap om våld och kan omsätta dessa kunskaper i det praktiska arbetet.

I enlighet med sjuksköterskans etiska kod ska sjuksköterskan värna om mänskliga rättigheter och tillgodose att värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar respekteras. Sjuksköterskan ska vara professionell, visa respekt, medkänsla och lyhördhet samt främja insatser som stärker hälsa och sociala behov för utsatta grupper i samhället. Sjuksköterskans uppgift är även att ingripa på lämpligt sätt för att skydda enskilda personer, familjer eller allmänhet när hälsa är hotad av medarbetare eller andra personers handlande (International Councils of Nurses [ICN], 2012). Anamnes och sjukdomshistoria är viktig vid det medicinska omhändertagandet och kan även ha betydelse om händelsen polisanmäls. Skadedokumentation är viktigt och alla skador ska dokumenteras och föras in i journalen. Eventuellt kommer skadan fotograferas och spårsäkring blir aktuellt (Berglund & Witkowski, 2014).



### 3 Teoretisk referensram

Två teoretiska ramverk, intersektionellt perspektiv och personcentrerad omvårdnad, utgör utgångspunkt för denna studie. Ett intersektionellt perspektiv kan användas som ett verktyg för att nå en djupare förståelse hur våld i nära relationer samverkar med olika strukturer i praktiken, exempelvis makt relaterat till kön, klass, hälsa, tid och sammanhang (Åkesson, 2018). Personcentrerad omvårdnad valdes av den anledningen att fokusera på sjuksköterskans möte med den våldsutsatta kvinnan ur ett omvårdnadsperspektiv.

#### 3.1 Intersektionalitet som perspektiv

Intersektionalitet kommer från engelskans intersection och betyder genomskärning eller väggkorsning. Intersektionalitet används inom den genusvetenskapliga teoribildningen och används för att tydliggöra och analysera maktstrukturer baserade på bland annat kön, ras, ålder, klass och sexualitet (Åkesson, 2018). Dahlborg Lyckhage, Lau & Tengelin (2015) beskriver normer som ideal och oskrivna regler av vad som anses vara önskvärt och fördelaktigt och vad som inte är det. Normer skapar hierarkier där människor med egenskaper som stämmer överens med normen hamnar högst upp och tilldelas privilegier och makt. Åkesson (2018) menar att makt ska ses på ett multidimensionellt plan, som något föränderligt och som finns på både individ- och samhällsnivå. En kvinna kan t ex ha mer formell makt än en man på arbetet men kan känna sig rädd när hon går hem ensam efter arbetet. Makt är en konstruktion av sammanhang, tid och struktur och är därför något som skapas och utövas i relationer mellan människor.

#### 3.2 Intersektionellt perspektiv inom vården

Mäns våld mot kvinnor kan inte enbart förklaras som ett genusproblem (Gottzén, 2014). Genom att använda ett intersektionellt perspektiv på mäns våld mot kvinnor tydliggörs att fler strukturer är involverade. Genom det intersektionella perspektivet blir problemet mer komplext och oförutsägbart men kan leda till att stereotypa föreställningar hos sjuksköterskan minskas. Det är inte ovanligt att sjuksköterskor normaliserar sig själva och de patienter som inte motsvarar deras stereotypa föreställningar riskerar att särbehandlas. Normaliseringen beror på hur

sjuusköterskorna ser sig själva, andra och världen, ofta omedvetet. Att ha kunskap innebär att ha makt och inom vården besitter sjuusköterskan en maktposition gentemot patienten. Att som patient inte passa in i den rådande normen, t ex en invandrad kvinna där det råder språkförbistring, kan göra att sjuusköterskans stereotypa föreställningar ger en sämre vård än om patienten skulle vara en svenskfödd, medelålders man. Genom att vara medveten om normer, stereotypa föreställningar och maktstrukturer kan sjuusköterskan sträva efter en jämlik vård som behandlar alla patienter utifrån deras egen, specifika bakgrund (Dahlborg Lyckhage et al., 2015).

### 3.3 Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad har sin utgångspunkt i patientens berättelse, förutsättningar och hinder. Att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt förutsätter att se individen bakom sjukdom eller beteende. Patientberättelsen utgör i sin tur grunden för att uppnå en relation mellan patient och sjuusköterska. Denna relation eftersträvar en ömsesidig respekt där patienten ses som en jämlike till hälso- och sjukvårdspersonalen. I praktiken innebär detta att patientens egna perspektiv och upplevelse av hälsa och ohälsa ges samma utrymme som det professionella perspektivet (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Våldsutsatta kvinnors upplevelse av att vara förbisedda och osynliggjorda i mötet med sjuusköterskor tyder på att varken utrymme för kvinnans perspektiv eller ömsesidig respekt har åstadkommit (Pratt-Eriksson et al., 2014).

I relationen mellan sjuusköterskan och patienten, utvärderas tillsammans olika alternativ gällande hantering och behandling med hänsyn till patienten, dennes värderingar och levnadssätt (Ekman et al., 2011). Personcentrerad omvårdnad förutsätter att sjuusköterskan har en öppenhet och ett intresse att lyssna till individens egna perspektiv och förståelse av situationen. Vidare kan sjuusköterskan, genom sin professionella bedömning, samt identifiering av individens behov, bidra med kunskap och göra det möjligt för patienten att leva det liv den vill (Svensk sjuusköterskeförening, 2016).

## 4 Problemformulering

Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är ett globalt problem som finns i alla samhällsklasser. Detta är ett viktigt problem att studera då det inte enbart innebär ett lidande för utsatta kvinnor utan det är en mänsklig rättighet att få leva utan att bli utsatt för våld. Det är hälso- och sjukvårdens uppgift att tillgodose att alla får en jämlik och god vård. Sjuksköterskor inom hälso- och sjukvård är ofta den första kontakt som våldsutsatta kvinnor möter och det är därför viktigt att sjuksköterskan har adekvat kunskap för att kunna ge god vård och ett gott bemötande. Våldsutsatta kvinnor upplever att de ofta blir ifrågasatta och osynliggjorda inom vården. De upplever även att de inte vet vilken hjälp som finns att få av vården och samhället.

Dagens samhälle är uppbyggt av normer och föreställningar om vad som är önskvärda och icke-önskbare egenskaper hos en människa. Ett intersektionellt perspektiv som en förståelseram för de maktstrukturer, normer och föreställningar som förekommer kan vara till hjälp i sjuksköterskans förhållningssätt i mötet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.

Genom att fästa uppmärksamhet på våld i nära relationer och mötet mellan sjuksköterskan och våldsutsatta kvinnor öppnas möjligheterna till en förändring, då kvinnor upplever brister i vården och i omhändertagandet från sjuksköterskornas håll. Med studien strävar författarna efter att tillföra kunskaper som kan öka medvetenheten av problemet då våldet är något som kan påträffas överallt inom vården och därmed finns i sjuksköterskans närhet.

## 5 Syfte

Syftet med litteraturstudien var att sammanställa forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.

## 6 Metod

### 6.1 Studiedesign

För att ge svar på studiens syfte genomfördes en litteraturstudie, vilket innebär en systematisk sammanställning av tidigare forskningsresultat (Kristensson, 2014). Studiens tillvägagångssätt utgick från att fastställa en specifik undersökningsfråga, det vill säga syftet med studien. Nästa steg var att strukturerat söka relevant litteratur inom det vårdvetenskapliga området som syftet berör, för att i sista fasen kritiskt granska samt sammanställa litteraturen till ett nytt resultat som kan svara an till studiens syfte.

### 6.2 Urval

Urvalet till studien utgick från följande inklusionskriterier. Artiklarna ska vara/ha:

- Peer reviewed.
- Publicerade under åren 2008 - 2018.
- Ur sjuksköterskans perspektiv.
- Fokus på sjuksköterskor som har erfarenheter av kontakt med kvinnor över 18 år som blivit utsatta för våld i nära relationer.
- Kvalitativ forskningsansats.

### 6.3 Datainsamling

Vid uppsatsens uppstart gjordes flera olika databassökningar för att undersöka om det fanns tillräckligt med underlag samt för att undersöka relevanta sökord som kan svara på litteraturstudiens syfte. Sökningar genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Dessa databaser innehåller vetenskaplig litteratur inom medicin, omvårdnad och psykologi. CINAHL och PsycINFO var de databaser som valdes för de slutgiltiga sökningarna. Både ämnesord, dvs respektive databas "nyckelord" samt fritextord användes i databassökningarna. Sökschema för respektive databas, se bilaga A och B.

Databasen CINAHL inriktar sig specifikt på omvårdnadsforskning vilket är relevant inom det vårdvetenskapliga området och för att ge svar på denna studies syfte vilket var sjuksköterskans erfarenheter kring att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. I CINAHL gjordes block av fritextord och ämnesord. Sökord som användes var nurs\*, (MH "Nurses+"), (MH "Nurse-Patient Relations"), (MH "Intimate Partner Violence"), domestic violence, domestic abuse, (MH "Battered Women"), gender based violence, experience, (MH "Interpersonal Relations+"), (MH "Attitude of Health Personnel+") samt (MH "Nurse-Patient Relations"). Genom att använda trunkering (\*) vidgades sökningen då nurs\* med olika ändelser ingick.

Begrepp som var relaterade till varandra grupperades med hjälp av booleska operanden OR. Sedan kopplades de olika grupperingarna ihop med operanden AND. Den slutgiltiga sökningen genomfördes i CINAHL vilket resulterade i 753 artiklar. Efter applicering av inklusionskriterierna gav sökningen 167 artiklar. Antal lästa abstrakts var 67 varav 18 artiklar sedan lästes i fulltext. Dessa 18 innefattade både kvalitativa och kvantitativa studier. Här valdes att enbart gå vidare med kvalitativa studier då de ansågs svara bättre till syftet. Sex artiklar valdes ut för kvalitetsgranskning och kom sedan att användas i resultatet (Bilaga C). Tre utav artiklarna som valdes till resultatet återfanns även i sökningen i PsycINFO.

I PsycINFO genomfördes flera blocksökningar med ämnesord så väl som fritextord vilket gav sökresultat med många icke relevanta artiklar. Av den orsaken genomfördes en enklare sökning med enbart ämnesord ur PsycINFO Thesaurus. Ämnesorden som valdes var "Nurses" samt "Intimate partner violence" med den relaterade termen "Domestic violence". Detta resulterade i 53 artiklar efter en avgränsning av de senaste tio åren samt att artiklarna skulle vara peer-reviewed. Dessa artiklar var mer relevanta till syftet och totalt lästes 26 abstrakts, varav åtta artiklar i fulltext. Tre artiklar valdes ut för kvalitetsgranskning och samtliga ansågs passa till syftet (Bilaga C). Utöver de tre artiklar som valdes till resultatet återfanns tre dubletter som även anträffades i sökningen i CINAHL.

## 6.4 Kvalitetsgranskning

Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall för kvalitativa studier valdes till granskningen av artiklarnas vetenskapliga kvalitet (Se bilaga E). Mallen innehåller tjugo frågor kopplade till syfte, metod, resultat, diskussion samt slutsats där varje fråga poängsätts från noll till tre. En modifiering gjordes då mallen har en fråga om patienter med lungcancerdiagnos. Detta ändrades till sjuksköterskor. Efter granskning summeras poängen och räknas om till procent som sedan ger en gradering. Artiklarna graderades mellan I och III, där grad I avser hög kvalitet och Grad III innebär låg kvalitet. Grad I krävde mellan 80–100 procent, grad II 70-79 procent och grad III 60-69 procent. Innan kvalitetsgranskningen beslutades att artiklar som graderades lägre än grad III skulle uteslutas. De första två artiklarna granskades gemensamt för att diskutera innehållet och komma överens om poängsättningen. Resterande artiklar granskades individuellt och därefter jämfördes resultaten av granskningen gemensamt. Nio artiklar valdes till resultatet varav fyra av artiklarna erhöll grad I och fem artiklar erhöll grad II. Inga bortfall förekom vid kvalitetsgranskningen.

## 6.5 Dataanalys

Efter kvalitetsgranskningen utfördes en integrerad analys i enlighet med Kristensson (2014) i form av kategorisering utifrån skillnader och likheter mellan de ingående artiklarnas resultat. Data som resultatet slutligen kom att byggas på lästes först enskilt. Därefter valdes meningenheter som bedömdes spegla resultatet ut individuellt. Dessa jämfördes och diskuterades därefter. När all data lästes och alla meningenheter valts ut gick dessa igenom och gemensamt kodades utifrån skillnader och likheter. Koderna översattes gemensamt till svenska för att sedan sammanställas och bilda de slutliga kategorierna. Dessa var: delade meningar om ansvar och yrkesroll, avsaknad av kunskap och utbildning samt emotionella utmaningar (Se bilaga D).

## 7 Forskningsetiska överväganden

En litteraturstudie fordrar inget etiskt tillstånd, däremot anser Kristensson (2014) att en forskningsetisk ställning bör tas för att säkerställa att studierna är etiskt försvarbara. I denna litteraturstudie har avseendet varit att följa de allmänna principer som beskrivs av Vetenskapsrådet (2017). Det vill säga att utifrån bästa intention översätta artiklarna från engelska till svenska utan att förvränga ord eller innebörd som gör att resultat kan feltolkas, samt kontrollera att samtliga artiklar som används har granskats av en etisk kommitté eller genomgått etisk prövning. Att granska och redovisa utgångspunkterna för studien samt vara öppen med metoder och resultatet för denna studie har varit av vikt. Detta genom att vara transparent med arbetets metod och alla delar ingående i metoden. I de ingående artiklarna var hänsyn tagen till etiska aspekter där det säkerställdes att informanterna i de vetenskapliga studierna blivit behandlade med respekt efter gällande vetenskapliga principer, till exempel att informerat samtycke skett eller att ingen kommit till skada fysiskt eller psykiskt. Under analysen av denna litteratur har ansatsen varit att vara tydlig med vad som är andra författares verk samt inte förvränga eller vinkla det egna resultatet.

## 8 Resultat

Analysen av samtliga artiklar resulterade i tre huvudkategorier. Dessa var: delade meningar om ansvar och yrkesroll, avsaknad av kunskap och utbildning samt emotionella utmaningar.

### 8.1 Delade meningar om ansvar och yrkesroll

I flera studier framkom att sjuksköterskorna inte ansåg att det ingick i deras uppgift att intervensera vid upptäckt av våld i nära relation eller att det var sjuksköterskans uppgift att vårda våldsutsatta kvinnor (Al-Natour, Qandil & Gillespie 2016; Efe & Taşkın, 2012; Goldblatt, 2009; Sundborg, Törnkvist, Saleh, Wändell & Hylander, 2017). Efe & Taşkın (2012) framhöll att en stor del av sjuksköterskorna ansåg att det inte var deras uppgift att vårda våldsutsatta kvinnor. Två av sjuksköterskorna ansåg det inte var möjligt att lösa våldsproblemet och att de därför inte ingrep när de

upptäckte våld i nära relationer utan ansåg att det skulle hållas inom familjen. Al-Natour et al. (2016) beskrev att de flesta av sjuksköterskorna inte frågade om våld i nära relation även om de misstänkte att kvinnan var utsatt för våld. Vissa sjuksköterskor i studien ansåg att deras roll var att bistå med medicinsk omvårdnad och inte emotionell omvårdnad samt att det var rättssystemets och andra instansers uppgift att fråga och hjälpa de våldsutsatta kvinnorna och inte vårdens uppgift.

I flera studier ansåg sjuksköterskorna att någon annan var bättre lämpad att ta hand om kvinnorna, ofta en psykolog, läkare eller socialarbetare. Detta berodde både på att sjuksköterskorna inte ansåg att det ingick i deras arbetsuppgifter men även på grund av avsaknad av kunskap och tid. De ansåg att någon annan med mer kunskap kunde ge kvinnorna ett bättre omhändertagande än vad de själva kunde göra (Al-Natour et al., 2016; Efe & Taşkın, 2012; Goldblatt, 2009; Sprague, Hatcher, Woollett & Black, 2017; Sundborg et al., 2017). Det framkom även att många av sjuksköterskorna ansåg att de saknade tid och att de därför inte hade möjlighet att engagera sig i våldsutsatta kvinnor. Flera av sjuksköterskorna uttryckte en vilja att hjälpa men att arbetsbelastningen var för hög och att de därmed inte hade möjlighet att hjälpa kvinnorna på det sätt de upplevde var önskvärt (Efe & Taşkın, 2012; Goldblatt, 2009; Sundborg et al., 2017; van der Wath, van Wyk & Janse van Rensburg, 2013).

Sjuksköterskor som ansåg att det var deras ansvar och uppgift att hjälpa kvinnor utsatta för våld i nära relationer återfanns i flera studier. Sjuksköterskorna ansåg att det var deras uppgift att hjälpa och att gå bortom det som krävdes för att hjälpa kvinnorna genom att bland annat fråga om våld i nära relation trots avsaknad av riktlinjer. En del sjuksköterskor kände att de hade en skyldighet att försöka lösa problemen mellan kvinnan och partnern. De ansåg även att det var viktigt att vara medveten om sina förutfattade meningar och vårda kvinnorna utan att döma dem, samt att det var deras ansvar att erbjuda hjälp till kvinnan oavsett om hon tog till sig av råden eller inte (Al-Natour, 2016; Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza 2011; Goldblatt, 2009; Sprague et al., 2017; van Wyk & van der Wath, 2015).

Sjuksköterskorna kämpade med sina egna förutfattade meningar och åsikter för att inte döma kvinnorna (Goldblatt, 2009). I Sundborg et al. (2017) framkom att flera



av sjuksköterskorna hade stereotypa föreställningar såsom att ålder, social klass eller ursprungsland spelade roll i hur kvinnor accepterade våld i nära relationer mer än andra kvinnor och detta påverkade hur och om sjuksköterskorna frågade om våld i nära relation. Några av sjuksköterskorna i studien antog att kvinnor som missbrukade alkohol var mer vana vid våld i nära relationer och trodde därför inte kvinnorna tog lika allvarligt på våldet. Brykczynski et al. (2011) nämner att sjuksköterskorna mer troligt tillfrågade kvinnor från lägre socioekonomiska grupper om våldsutsatthet än kvinnor från andra socioekonomiska grupper.

Omgivningens syn på våld i nära relationer återfanns hos sjuksköterskorna då de ansåg att våld i nära relation var något som skulle hanteras inom familjen och att det därför inte var något som ingick i sjuksköterskans uppgifter (Efe & Taşkın, 2012). I Al-Natour et al. (2016) framkom att den konservativa kulturen påverkade de manliga sjuksköterskorna på så sätt att det inte ansågs lämpligt för dem att fråga eller hjälpa de våldsutsatta kvinnorna. van Wyk och van der Wath (2015) beskriver hur de manliga sjuksköterskorna upplevde att de kunde vara ett stöd för våldsutsatta kvinnor och att de gjorde sig tillgängliga för kvinnorna att ta ut sin ilska mot förövaren på dem istället.

## 8.2 Avsaknad av kunskap och utbildning

Sjuksköterskorna ansåg att den vanligaste orsaken till att de inte agerade när de mötte kvinnor som utsatts för våld i nära relation var att de inte hade tillräckligt med information och kunskap om våld i nära relationer (Al-Natour et al., 2016; Bradbury-Jones, Taylor, Kroll & Duncan., 2014; Efe & Taşkın, 2012; Sundborg et al., 2017). I en studie hade sjuttio procent av sjuksköterskorna inte erbjudits någon undervisning gällande våld i hemmet och våld i nära relationer under sin utbildning (Efe & Taşkın, 2012). Information om interventioner och lämplig kommunikation för att kunna hantera följderna av våld i nära relationer var något Al-Natour et al. (2016) uppmärksammade att flertalet sjuksköterskor saknade. Det framkom även att sjuksköterskorna inte var medvetna om deras rollbeskrivning eller vad som stod beskrivet i sjukhusets riktlinjer relaterat till våld i nära relationer.

Sjuksköterskor ansåg att utan formella riktlinjer var det svårare att ställa frågan till kvinnan om hon utsatts för våld i nära relation. De tyckte sig ha svårt att veta vilken kvinna de skulle fråga, hur frågan skulle formuleras och när frågan kunde ställas och sjuksköterskorna fann det enklare att fråga kvinnor med uppenbara fysiska skador. Somliga sjuksköterskor fann det mer passande att fråga alla kvinnor de mötte inom arbetet om våldsutsatthet, oavsett misstanke, medan vissa sjuksköterskor valde att inte fråga då de var rädda för att skämma ut sig själva om misstanken visade sig vara felaktig (Sundborg et al., 2017).

Sjuksköterskor som kände sig kunniga och förberedda på att fråga om våld och hantera svaret upplevde att det var mer naturligt att ställa frågan och sedan ge kvinnan fortsatt hjälp. Med hjälp av dessa erfarenheter och tryggheten i att våga ställa frågan, såg sjuksköterskorna mötet som ett sätt för att fortsätta utforska och öka sina kunskaper inom området (Al-Natour et al., 2016; Brykczynski et al., 2011; Sundborg et al., 2017). Ett exempel på detta är en nyexaminerad sjuksköterska som beskrev att mer erfarenhet medfört att hon blivit mer direkt i sina frågor till våldsutsatta kvinnor istället för att prata runt ämnet (Brykczynski et al., 2011).

Sjuksköterskorna noterade att om de ingav ett förtroende uppsökte kvinnan själv sjuksköterskan för att dela med sig av sin berättelse och utsatthet. Sjuksköterskorna ansåg att ett förtroende grundades i att sjuksköterskan var närvarande i mötet, ingav ett förtroende, visade omtanke i omvårdnaden samt visade att de hade tid (Sprague et al., 2017; Sundborg et al., 2017). Genom att ha kunskap och förståelse kring våld i nära relationer kan sjuksköterskor förstå våldets skepnader och därigenom få en möjlighet att hjälpa den våldsutsatta kvinnan. Även om kvinnan själv har förståelse för den våldsutsatthet hon är i kan sjuksköterskan missa detta om hon inte har kunskapen att se tecknen kring våldet (Bradbury-Jones et al., 2014). Detta återkommer även i Brykczynski et al., (2011) där sjuksköterskorna ansåg att ju mer kunskap och desto skickligare de var att se tecken på våld i nära relationer, desto lättare blev det att identifiera kvinnor. Exempelvis hade en sjuksköterska lärt sig att det var viktigt att inte använda en anhörig som tolk vid samtal med kvinnor då detta kunde försvåra identifikationen.

### 8.3 Emotionella utmaningar

I flera studier framkom att sjuksköterskorna relaterade omvårdnad av våldsutsatta kvinnor till starka känslor hos dem själva (Al-Natour et al., 2016; Goldblatt, 2009; Sundborg et al., 2017; van der Wath et al., 2013; van Wyk & van der Wath, 2015). I några studier uppgav sjuksköterskorna känslor av uppgivenhet, av att enbart vara en åskådare och inte ha någon möjlighet att hjälpa till eller åstadkomma en förändring. De upplevde att de hade svårt att hitta en mening med våldet och världen de levde i (Goldblatt, 2009; van der Wath et al. 2013; van Wyk & van der Wath, 2015).

Vissa av sjuksköterskorna avstod från att fråga om våld i nära relation då det orsakade känslor av ångest hos dem och att de ansåg det bättre att inte fråga. Sjuksköterskorna var även rädda för att bli för djupt involverade och själva bli för emotionella (Sundborg et al. 2017). Detta återkommer i Goldblatt (2009) där det framkommer att sjuksköterskor hade komplexa känslor mot att vårda våldsutsatta kvinnor. Några sjuksköterskor undvek all emotionell inblandning för att skydda sig själva medan andra sjuksköterskor blev mycket känslomässigt påverkade och upplevde en rädsla att känslorna skulle ta över helt och påverka deras yrkesroll.

Sjuksköterskor som sympatiserade med våldsutsatta kvinnor återfanns i van der Wath et al. (2013) där upplevelsen av att se fysisk och psykisk påverkan hos de våldsutsatta kvinnorna satte spår hos sjuksköterskorna. Minnesbilder kunde följa med dem i dagar eller veckor efter händelsen vilket påverkade sjuksköterskan både på och utanför arbetet. Sjuksköterskorna upplevde att våldsutsatta kvinnor påverkade hela arbetsplatsen och information om vad som hänt med kvinnan efter att hon lämnade akutmottagningen/avdelningen skänkte lättnad och hjälpte sjuksköterskorna att hantera deras känslor då de upplevde det påfrestande att ha obesvarade frågor.

Sjuksköterskor som frågade kvinnor om våld uttryckte att de kände sig lyckliga och tillfredsställda över att deras ansträngning kunde bidra till hjälp för våldsutsatta kvinnor. De sjuksköterskor som inte frågade kvinnor om våld kände sig hjälplösa, arga och skyldiga (Al-Natour et al. 2016).

## 9 Metoddiskussion

Databaserna CINAHL och PsycINFO valdes då de är inriktade på hälso- och vårdvetenskap vilket kan ses som relevant till studiens syfte och stärka resultatet. PsycINFO är inriktad på psykologi och beteendevetenskap och CINAHL är inriktad på omvårdnadsvetenskap, vilka båda svarade an på studiens syfte, att sammanställa forskning om sjuksköterskors erfarenheter.

Linnéuniversitetets bibliotekarie, vilken är knuten till Sjuksköterskeprogrammet, kontaktades och togs till hjälp gällande sökstrategi och detta gav värdefull information och kunskap gällande sökningarna. I CINAHL användes fritextord tillsammans med ämnesord i sökningen då alla ord som var tänkta att användas i datainsamlingen inte finns indexerade som ämnesord. Genom att använda fritextord i sökningen fanns en risk att sökningen genererade fler artiklar vilket kunde minska specificiteten i artiklarna (Kristensson, 2014).

I PsycINFO gjordes först ett antal sökningar med fritextord och databasens ämnesord. Detta gav dock inte ett tillräckligt antal relevanta artiklar och ett beslut togs att enbart använda ämnesord och göra en enklare sökning. Detta gav ett mer adekvat resultat och trots den enklare uppbyggda sökningen ansågs artiklarna svara an bättre på studiens syfte.

Inklusionskriterierna peer reviewed och 2008–2018 användes i båda sökningarna medan age group: all adult valdes att användas i sökningen i CINAHL på grund av den stora mängd artiklar sökningen annars hade resulterat i. Detta gjorde att resultatet halverades men då studien fokuserade på kvinnor över 18 år ansågs detta vara acceptabelt. Då ingen av författarna till studien har engelska som modersmål kan en viss tolkning ha förekommit och påverkat studiens resultat. Användning av översättningsprogram och diskussioner om svårtolkat material har förekommit för att minska risken för feltolkning av materialet. En begränsning på fem år hade valts från början men på grund av att det inte resulterade i tillräckligt underlag till resultatet utökades detta till de senaste tio åren. Det gav ett större underlag av artiklar med ett resultat som ansågs vara relevant. Att ha en tidsram kan ses som en svaghet då relevanta artiklar äldre än tio år kan ha exkluderats. Artiklar som inte

varit möjliga att läsa i fulltext har valts bort relaterat till den ekonomiska aspekten. Att resultatet kan ha påverkats på grund av detta har tagits i åtanke. Båda sökningarna i CINAHL och PsycINFO innehöll likadana nyckelord och relevansen av sökningarna stärks då dubletter förekom i båda sökningar.

Författarna anser att det har funnits svårigheter i att finna tillräckligt många relevanta artiklar och anser att begränsningen ligger i bristande information från Sjuksköterskeprogrammet angående den anvisade sökstrategin. Därtill anses att allt för stor tillit sätts till databasernas tillförlitlighet och att viktig forskning som svarade an till syftet missades på grund av detta.

Carlsson och Eimans (2003) mall för kvalitetsgranskning användes då den uppfattades som enkel att förstå och använda. En modifiering av granskningsmallen genomfördes då mallens fokusgrupp var patienter med lungcancerdiagnos. Detta ändrades till sjuksköterskor. Denna modifiering sågs inte som en anledning till att inte använda mallen i kvalitetsgranskningen. Författarnas tidigare kunskaper i att kvalitetsgranska artiklar ansågs som något bristfällig då ingen hade granskat artiklar på detta sätt tidigare. Därför kan kvalitetsgranskningen påverkats något. Dock kan valet att granska två artiklar gemensamt och sedan granska resterande artiklar individuellt ses som en styrka. Valet att enbart inkludera artiklar med en kvalitativ ansats gjordes av den orsaken att kvalitativ forskning/intervjuer upplevdes ge en större och djupare förståelse av sjuksköterskornas erfarenheter, vilket svarade bättre an till syftet. Till skillnad från forskning med kvantitativ ansats som istället avser att presentera data i statistisk form. Genom att inkludera forskning med kvantitativ ansats hade litteraturstudiens resultat kunnat stärkas med ett större antal deltagare som kunnat öka trovärdigheten.

I enlighet med Kristensson (2014) genomfördes en integrerad analys för att presentera resultatet på ett överskådligt sätt. Meningsenheter som bedömdes spegla resultatet valdes ut individuellt och diskuterades sedan för att därefter slutligen väljas. Att liknande meningsenheter valdes tyder på att resultatet uppfattades på liknande sätt och detta kan stärka studiens trovärdighet. När all data lästs och alla meningsenheter valts ut gicks dessa igenom gemensamt och översattes till svenska. Att gemensamt översätta meningsenheterna innebar att det fanns en mindre risk för

en feltolkning vid översättningen. Genom att placera koderna tillsammans kunde tydliga skillnader och likheter visas och genom detta framträdde tre distinkta kategorier. Att kategorierna blev tydliga kan tyda på att artiklarna i resultatet svarar an till litteraturstudiens syfte och stärker trovärdigheten i resultatet.

Studierna är genomförda i Sverige (1), Sydafrika (3), Israel (1), USA (1), Turkiet (1), Jordanien (1) och Skottland (1). Studierna har en viss spridning, dock hade det varit önskvärt med ytterligare spridning på artiklarna för att få maximal förståelse för sjuksköterskors erfarenheter utifrån så många kontexter som möjligt. Författarna ser det som en svaghet att tre av studierna kommer från Sydafrika. Denna problematik är eventuellt relaterad till den begränsade mängden tillgängliga artiklar. I litteraturstudiens resultat visar sig dock inga framträdande skillnader kopplade till var studierna är genomförda. Tre av artiklarna fokuserar på sjuksköterskor på akutmottagningar, en artikel fokuserar på sjuksköterskor som arbetar inom gynekologi och obstetrik på sjukhus och i fem av artiklarna arbetar sjuksköterskorna både på och utanför sjukhus, exempelvis på hälsocentral. Sjuksköterskorna som intervjuats har haft gemensamt att de inom sitt arbete träffar kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Att sjuksköterskorna arbetat på olika avdelningar och mottagningar kan ses som ett stärkande exempel på att våldsutsatta kvinnor finns överallt inom vården och är något som sjuksköterskorna kan träffa på.

I enlighet med Priebe och Landström (2012) har det funnits en medvetenhet om den egna förförståelsen och tidigare erfarenheters betydelse för forskningsprocessen. Under arbetets gång har det naturligt förekommit samtal kring den egna förförståelse, värderingar och erfarenheter med intentionen att vara neutrala under forskningsprocessen. Författarna har personligen inte utsatts för våld i nära relation men har stött på problemet genom arbetet som undersköterskor och via en familjemedlem. Samhällets bristande syn på kvinnor som utsatts för våld i nära relationer och ett feministiskt ställningstagande har influerat och haft påverkan på förförståelsen. Genom att visa på tidigare erfarenheter och medvetenheten av den egna förförståelsen kan detta stärka studiens trovärdighet. Detta ger också andra möjligheten att analysera om förförståelsen speglats i studiens slutsatser eller om intentionen att vara neutrala lyckades.

## 10 Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att sammanställa forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Resultatet gav tre kategorier: delade meningar om ansvar och yrkesroll, avsaknad av kunskap och utbildning samt emotionella utmaningar.

### 10.1 Delade meningar om ansvar och yrkesroll

I kategorin framkom att det råder delade meningar om vilket ansvar sjuksköterskor hade gällande deras roll som sjuksköterska att vårda våldsutsatta kvinnor och vilken sorts vård som skulle ges. Detta förstärks ytterligare i studier där en del av sjuksköterskorna ansåg att våldsutsatta kvinnor var ett problem för rättsväsendet och inte ett medicinskt problem (Paulin Baraldi, de Almeida, Perdoná, Vieira, & Dos Santos, 2013; Robinson, 2010). Detta resultat motsägs i följande studie där sjuksköterskorna ansåg att det ingick i deras uppgift och de såg sig själva som den viktigaste professionen i vårdkedjan då de mötte kvinnan först och hade mest kontakt under vårdtiden (Hägglom & Möllers, 2006). Annan forskning visar att sjuksköterskorna ansåg att det var deras uppgift men att kvinnorna själva måste berätta om våldet för att de skulle ha möjlighet att hjälpa (Guruge, 2012). De delade meningarna kan förklaras till en viss del med att det ofta saknas riktlinjer och tydlig beskrivning om vad sjuksköterskans uppgift är (Guruge, 2012; Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell, & Törnkvist, 2012). Arbetet inom hälso- och sjukvården kan vara hektiskt och många av sjuksköterskorna upplevde det svårt att hinna med sitt arbete. Att fråga en kvinna om våldsutsatthet var något som ansågs som potentiellt tidsförödande och något som kunde ge konsekvenser som sjuksköterskorna inte skulle hinna hantera på grund av tidsbrist och hög arbetsbelastning (Guruge 2012; McGarry & Nairn 2015; Robinson, 2010).

Det finns en möjlighet att sjuksköterskan syn på våld i nära relation skiljer sig utifrån kulturella aspekter och olika länders samhällsuppbyggnad. Genom att se till artiklarna i resultatets geografiska härkomst och olika länders förutsättningar kan sjuksköterskans delade meningar grundas utifrån kulturella aspekter. Al-Natour et al., (2016) samt Efe och Taşkın (2012) menar att det finns kulturella orsaker till

varför våld i nära relationer ska skötas inom familjen. Det kan därför vara möjligt att ett samband föreligger mellan förutsättningar gällande sociala förhållanden. Jordanien och Turkiet har inte samma förutsättningar som exempelvis Sverige. I Jordanien saknas heltäckande socialförsäkringssystem, istället utgör starka familjeband det sociala skydds nätet (Utrikespolitiska institutet, 2016a). Även i Turkiet är de ekonomiska skillnaderna stora och socialförsäkringssystemet omfattar endast de med formell anställning, vilket medför ett större behov av familjens skydds nät (Utrikespolitiska institutet, 2016b). Sverige däremot har en god välfärd, där alla oavsett ekonomisk ställning täcks av ett utvecklat socialförsäkringssystem (Nationalencyklopedin, 2018), vilket kan ses som att samhällets skydd täcker upp och beroendet av familjens skydds nät inte är detsamma. Detta kan tyda på att det finns en kulturell grund i ställningstagandet om sjuksköterskan väljer att fråga eller agera vid misstanken att en kvinna är utsatt för våld i nära relation. När sjuksköterskan menar att det är en familjeangelägenhet så finns möjligen en tro att om kvinnan bryter sig loss från familjen/partner står hon ensam kvar utan skydds nät och utan hjälp från samhället. Sjuksköterskan kan därmed tänkas göra ett aktivt val i att inte ställa frågan om kvinnan är utsatt för våld i nära relation. Ett liknande ställningstagande återfanns i en studie från Sri Lanka där sjuksköterskor upplevde att det var meningslöst att be våldsutsatta kvinnor lämna sin man med tanke på den begränsade hjälp och möjlighet till stöd som fanns att tillgå. Sjuksköterskornas åsikter låg även grundade i värderingar kring att bevara familjen och en rädsla för samhällets attityd till separerade kvinnor (Guruge, 2012).

Resultatet visade att flera av sjuksköterskorna hade stereotypa föreställningar om våldsutsatta kvinnor och detta överensstämmer med ett flertal andra studier. Stereotypa föreställningar påverkade hur sjuksköterskorna mötte våldsutsatta kvinnor, bland annat hade sjuksköterskorna tendenser att döma kvinnorna efter deras beteende och utseende samt hade uppfattningen att kvinnorna själva var att skylla för våldet (Di Giacomo, Cavallo, Bagnasco, Sartini & Sasso, 2017; Paulin Baraldi et al., 2013; Reisenhofer & Seibold, 2013; Robinson, 2010; Sundborg et al., 2012; Taylor et al., 2013; Yam, 2000). Att sjuksköterskor hade enklare att fråga kvinnor från lägre socioekonomiska grupper om våld i nära relationer överensstämmer med vad Taylor et al. (2013) fann. Sjuksköterskorna uppgav att de



var medvetna om att våld i nära relationer vad något som fanns i alla samhällsklasser men de upplevde att det var lättare att fråga kvinnor från lägre samhällsklasser.

Att uppvisa stereotypa föreställningar och negativa attityder till kvinnor som utsatts för våld i nära relationer går tvärtemot att tillämpa en personcentrerad omvårdnad i praktiken och att ha ett intersektionellt perspektiv på vården. Genom att ha sin utgångspunkt i personcentrerad omvårdnad ska individens berättelse ligga till grund för vården och kvinnans egna perspektiv bör ges samma utrymme som det professionella perspektivet (Ekman et al., 2014). Ett intersektionellt perspektiv innebär att se maktstrukturer baserade på kön, ras, ålder, klass och sexualitet (Åkesson, 2018). Detta innebär således att sjuksköterskan, genom att använda ett intersektionellt perspektiv, kan minska betydelsen av stereotypa föreställningar där effekten av dessa föreställningar blir att kvinnor stigmatiseras och utsattheten inte tas på allvar. Dessa stereotypa föreställningar kan ses som ett hinder till att nå fram och ge adekvat vård. Genom att förstå strukturer och ojämlikheter i samhället kan sjuksköterskan undvika att repetera stereotypa mönster som uppmuntrar till normativa antaganden, vilka i sin tur leder till att våldsutsatta kvinnor förbises. Som resultatet visar innebär stereotypa föreställningar att många kvinnor som blir utsatta för våld i nära relation inte får frågan om våldsutsatthet och därför inte får adekvat vård och omhändertagande och i förlängningen en ojämlik vård. Detta går emot vad som står i *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30) och utifrån ett globalt perspektiv i International Councils of Nurses (2012) etiska kod för sjuksköterskor. Den etiska koden säger att sjuksköterskan ska värna om mänskliga rättigheter, visa respekt, medkänsla och lyhördhet samt främja insatser som stärker hälsa och sociala behov för utsatta grupper i samhället. Stereotypa föreställningar kan därför hindra att sjuksköterskan följer den etiska koden och detta kan bero på okunskap men därigenom inte en ovilja att följa den etiska koden.

## 10.2 Avsaknad av kunskap och utbildning

Resultatet visar tydligt att sjuksköterskor upplevde att de saknade information och kunskap om våld i nära relationer. De upplevde även att de saknade riktlinjer för hur de skulle gå tillväga vid identifiering av kvinnorna. Sjuksköterskors avsaknad av kunskap om våld i nära relationer upplevdes som ett hinder. Detta hindrade att ingripa och åstadkomma adekvat vård till kvinnor som lever med våld i nära relationer och detta överensstämmer med vad Guruge (2012) fann i sin studie. I enlighet med resultatet fann sjuksköterskorna det nödvändigt med ytterligare kunskap för att kunna ge kvinnor som utsatts för våld i nära relationer adekvat vård (Di Giacomo et al., 2016; Rahmqvist, Benzein & Erlingsson, 2018; Sundborg et al., 2012).

Vad blir följderna om vården och således sjuksköterskor brister i att upptäcka och vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relationer? Våldsutsatta kvinnor löper en högre risk att drabbas av olika hälsoproblem och utveckla riskfaktorer för flera sjukdomar, vilket omfattar både fysiska, psykiska skador och missbruk. Våldet ökar risken för en dödlig utgång i form av suicid eller dråp (García-Moreno et al. 2013). I enlighet med García-Moreno et al. (2013) synliggör även Socialstyrelsen (2014) våld och hot som riskfaktorer med utgång i dödligt våld mot kvinnor i nära relationer. Ur ett svenskt perspektiv har bristerna gällande kompetens och rutiner uppmärksammats i flera olika avseenden. Detta har varit bidragande till utformning och tydliggörande i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) och uppdateringar i *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30). Från och med första juli 2018 genomfördes ändringar i Högskoleförordningen (SFS 1993:100) att mäns våld mot kvinnor numera finns med i grundutbildningen för sjuksköterskor. Genomförandet av dessa reformer kan ses som ett tydligt exempel på att problematiken som finns kring ämnet, kvinnor som utsätts för våld i nära relationer, uppmärksammas. Att förändringar genomförs på en strukturell nivå för att förebygga och bekämpa våldet är en viktig del i att tydliggöra strukturer i samhället som medverkar till våld mot kvinnor. Då studier visar att sjuksköterskor som genomfört någon form av utbildning besatt mer kunskap gällande riktlinjer och upplevde en större självsäkerhet är det viktigt att det satsas på

ökad kunskap och utbildning bland sjuksköterskor (Di Giacomo et al., 2016; Häggblom & Möller, 2006).

Sjuksköterskor som på grund av sin kunskapsbrist kände sig begränsad i mötet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer, har svårare att uppnå en personcentrerad omvårdnad. Personcentrerad omvårdnad kräver att sjuksköterskan har en öppenhet och intresse av att lyssna till kvinnan och hennes berättelse (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Att undvika att fråga eller missa att fråga på grund av kunskapsbrist, kan ses som att sjuksköterskan tar ett avstånd från kvinnan och hennes berättelse. Detta resulterar i ett misslyckande att uppnå det partnerskap och ömsesidig respekt personcentrerad omvårdnad kräver. Vilket även faller samman med sjuksköterskornas etiska kod där sjuksköterskan bör besitta professionella värderingar såsom att visa respekt, vara lyhörd, visa medkänsla och vara trovärdig i sin roll (ICN, 2012). På så sätt uppnår inte sjuksköterskorna kriteriet att värna om kvinnornas behov, rättigheter och även möjligheten att skapa förutsättningar för den relation en personcentrerad omvårdnad kräver.

Sjuksköterskors avsaknad av kunskap kan ses ur ett intersektionellt perspektiv där förståelsen av våld som en maktstruktur ligger i fokus. Att besitta kunskap kan ses som att ha makt för sjuksköterskan samtidigt som sjuksköterskan innehar en maktposition gentemot patienten, dvs den våldsutsatta kvinnan (Dahlborg Lyckhage et al., 2015). Genom att öka sjuksköterskans kunskap om våld i nära relationer öppnas även möjligheten till att öka förståelsen kring våld som ett maktutövande och de olika maktstrukturer som finns i samhället. Exempel på detta kan vara att vid en situation där tolk behövs uppmärksamma att kvinnan befinner sig i en beroendeställning och makten finns hos personen som tolkar hennes berättelse. Om det då är våldsutövaren som tolkar innebär detta sannolikt att den våldsutsatta kvinnan inte kommer kunna dela med sig av sin berättelse. Ytterligare ett exempel är att sjuksköterskan bör fråga kvinnan i enrum om hon är utsatt för våld då det aldrig går att veta vem som utövar våldet (Åkesson, 2018). Att besitta kunskap medför att sjuksköterskan kan frångå sina egna föreställningar och därmed ha den öppenhet som krävs för att arbeta utifrån en personcentrerad omvårdnad. Sammanfattningsvis kan det förstås som att utbildning resulterar i bättre vård för

våldsutsatta kvinnor och på så sätt kan även stereotypa föreställningar och normativa antaganden minskas.

### 10.3 Emotionella utmaningar

Många sjuksköterskor ansåg att de blev känslomässigt påverkade i arbetet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Tidigare forskning stärker resultatet. Sjuksköterskor kände en obekvämhets att fråga samt att lyssna till kvinnors berättelser om våld i nära relationer. De upplevde en rädsla av att tappa kontrollen och inte kunna hantera situationen när de inte visste vilken respons de kom att få på frågan om kvinnan utsatts för våld i nära relationer (Di Giacomo et al., 2016; Paulin Baraldi et al., 2013; Taylor et al., 2013). Rahmqvist et al. (2018) beskriver hur sjuksköterskorna kunde känna sig emotionellt dränerade i omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskorna uttryckte även känslor av frustration, ilska och aggression riktat till förövaren. Detta styrker den emotionella påverkan sjuksköterskor utsätts för i omhändertagandet av kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.

Att uppnå en personcentrerad omvårdnad kan vara svårt då sjuksköterskan väljer att inte vara mottaglig för kvinnans berättelse. Detta gör att öppenheten och intresset för att nå en personcentrerad omvårdnad går förlorad (Pratt-Eriksson et al., 2014). Kan sjuksköterskans emotionella påverkan ha ett samband med att kvinnorna upplevde sig osynliggjorda och känslan att de upptog värdefull tid från sjuksköterskorna? Det kan ses som en negativ spiral, att både kvinnorna och sjuksköterskorna upplever en negativ påverkan i mötet som i sin tur resulterar i att den relation och det förtroende som krävs för ett personcentrerat omvårdande inte skapas.

I resultatet kan det urskiljas att sjuksköterskans misstanke att kvinnan är utsatt för våld kan finnas, men på grund utav en känslomässig rädsla vågar inte sjuksköterskans fråga om våldet. Detta resulterar i ett moraliskt dilemma där känslorna hindrar sjuksköterskans arbete i vilket det ingår att ge den våldsutsatta kvinnan adekvat vård. Hur mycket emotionell påverkan kan ses som acceptabelt ur en arbetsmiljömässig utgångspunkt och var går gränsen för hur mycket sjuksköterskorna ska kunna hantera? Utifrån detta, finns det något som kan

underlätta sjuksköterskornas känslomässiga börda i mötet och även det moraliska dilemmat som följd?

En studie beskrev hur flertalet sjuksköterskor ansåg att om det fanns ett stöd och en trygghet i arbetsgruppen samt om någon besatt en ökad kunskap om kvinnor som utsatts för våld i nära relationer, innebar detta en trygghet för de sjuksköterskor som inte besatt den kunskapen. En erfaren sjuksköterska, specialiserad inom området, kunde bidra till att resterande sjuksköterskor på arbetsplatsen upplevde ett ökat stöd i att fråga om en kvinna utsatts för våld i nära relationer (McGarry & Nairn, 2015).

## 11 Slutsats

De senaste åren har våld i nära relationer uppmärksammats allt mer, globalt och nationellt, vilket är glädjande och en viktig utveckling för att minska patriarkala strukturer i samhället och stigmatisering av våldsutsatta kvinnor. Detta är viktigt då samhällets syn har direkt påverkan på våld i nära relationer och det till en viss del, speglar sjuksköterskornas attityd och ger en koppling till relationen mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan som patient. Utgångspunkten för denna studie var att sammanställa forskning av sjuksköterskors erfarenheter kring att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Denna studie har visat att rent generellt är kunskapsbrist bland sjuksköterskor en vanlig faktor till att det finns brister i vårdandet av våldsutsatta kvinnor. Brist på kunskap kan även ses som en bidragande faktor till skapandet av normativa antaganden och stereotypa föreställningar hos sjuksköterskor gällande våld i nära relationer. Litteraturstudien styrker tidigare forskningsresultat och tillför ytterligare stöd till att det finns ett behov av utbildning hos sjuksköterskor i ämnet våld i nära relationer. Det är rimligt att säga att denna studie utifrån sjuksköterskors erfarenheter pekar mot att en förändring krävs både gällande brist på utbildning och stereotypa föreställningar. Detta för att sjuksköterskor ska kunna möta våldsutsatta kvinnor utifrån professionens värdegrund och åstadkomma en jämlik vård. Det skulle vara av intresse att undersöka sambanden mellan brist på kunskap om våld i nära relationer och stereotypa föreställningar i framtida studier. Därtill behövs forskning för att öka förståelsen för det intersektionella perspektivet och hur det kan användas i

sjuusköterskans arbete. Till följd av förändringar på en strukturell nivå, d v s i form av lagar, förordningar och nationella riktlinjer angående våld i nära relationer, ökar möjligheterna till förändringar i sjuusköterskans kliniska arbete vilket dessutom kan bidra till en jämlik vård. En viktig slutsats av praktisk karaktär är att det behöver implementeras riktlinjer för att upptäcka och omhänderta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer samt utbildning för att kunna genomföra och använda dessa riktlinjer på akutmottagningar och andra avdelningar där kvinnor vårdas.

## Referenser:

\*Artiklar inkluderade i studien

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

Andersson, T. Heimer, G. & Lucas, S. (2014). *Våld och hälsa - En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa* (NCK-rapport 2014:1). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK.

Berglund, A. & Witkowski, Å. (2014). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer, A. Björck & C. Kunosson (Red.) *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (Upplaga 3:1. s.127–152). Lund: Studentlitteratur.

\*Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21/22), 3057–3068. <https://doi.org/10.1111/jocn.12534>

\*Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(3), 143–152. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x>

Carlsson, S. & Eiman, M. (2003). Evidensbaserad omvårdnad: Studiematerial för undervisning inom projektet ”Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola”. Hämtad 2018-11-05 från [http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/660/rapport\\_hs\\_05b.pdf](http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/660/rapport_hs_05b.pdf)

Dahlborg Lyckhage, E. Lau, M. & Tengelin, E. (2015). Normer som hinder för jämlik och rättighetsbaserad vård. I E. Dahlborg Lyckhage, G. Lyckhage & E. Tengelin (Red.). *Jämlik vård: Normmedvetna perspektiv*. (Uppl. 1:2. s. 37–57). Lund: Studentlitteratur.

Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15/16), 2307–2316. <https://doi.org/10.1111/jocn.13625>

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

Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso-och sjukvård. I A. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s. 69–96). Stockholm: Liber.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Europarådet. (2011). Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet. Hämtad 2018-12-22 från <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462544>

Flinck, A., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 383–393. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01073.x>

Förenta Nationerna. (1993). Declaration on the Elimination of Violence against Women. Hämtad 2018-12-22 från <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts C & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Hämtad från Världshälsoorganisationens (WHO) webbplats: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

\*Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645–1654. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x>



Gottzén, L. (2014). Maskulinitet och mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer, A. Björck & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar* (Upplaga 3:1. s.97–113). Lund: Studentlitteratur.

Guruge, S. (2012). Nurses' role in caring for women experiencing intimate partner violence in the sri lankan context. *ISRN Nursing, vol. 2012*.  
<https://doi.org/10.5402/2012/486273>

Heise, L., & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. I E. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozana (Red.). *World report on violence and health* (S. 87–121). Schweiz: Världshälsoorganisationen

Hägglom, A. M., & Möller, A. R. (2006). On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research, 16*(8), 1075–1090. <https://doi.org/10.1177/1049732306292086>

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

*Högskoleförordning* (SFS 1993:100). Hämtad från Riksdagens webbplats:  
[http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100\\_sfs-1993-100](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100)

International Councils of Nurses, [ICN]. (2012). The ICN Code of Ethics for Nurses. Hämtad från International Council of nurses webbplats:  
[https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf)

Johnsson-Latham, G. (2014). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer, A. Björck & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar* (Upplaga 3:1. s.19–42). Lund: Studentlitteratur.

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

Loke, A. Y., Wan, M. L. E., & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15/16), 2336–2346. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x>

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A. (2001). *Slagen dam: Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning*. Hämtad från Brottsoffermyndigheten webbplats: <https://www.brottsoffermyndigheten.se/Filer/B%C3%B6cker/Slagen%20dam.pdf>

McGarry, J., & Nairn, S. (2015). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.003>

Nationalencyklopedin. (2018). Sociala förhållanden. Hämtad 2018-12-26 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/sverige/sociala-förhållanden>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å). Våld i nära relationer. Hämtad 2012-12-31 från <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>

Paulin Baraldi, A. C., de Almeida, A. M., Perdoná, G., Vieira, E. M., & Dos Santos, M. A. (2013). Perception and Attitudes of Physicians and Nurses about Violence against Women. *Nursing research and practice*. Vol 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/785025>

Priebe, G. & Landström, C. (2012) Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (Uppl. 1:7. s.31–50). Lund: Studentlitteratur.

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 and Well-Being*, 9, 23 166. <http://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

Rahmqvist, J., Benzein, E., & Erlingsson, C. (2018). Challenges of caring for victims of violence and their family members in the emergency department. *International Emergency Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.10.007>

Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2007). Emergency department care of women experiencing intimate partner violence: are we doing all we can? *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 24(1), 3–14. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.3>

Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2013). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15–16), 2253–2263. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x>

Robinson, R. (2010). Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572–576. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.008>

*Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4)*. Hämtad från Socialstyrelsens webbplats: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2014-4>

Socialstyrelsen. (2014). Att stärka och förbättra arbetet för barn och vuxna som utsätts för våld av närstående. Hämtad 2018-12-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19374/2014-3-5.pdf>

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

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

\*Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15/16), 2256–2265. <https://doi.org/10.1111/jocn.12992>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Personcentrerad vård. Hämtad 2018-11-08 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T., & Duncan, F. (2013). Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: a critical incident technique study. *Health & Social Care in the Community*, 21(5), 489–499. <https://doi.org/10.1111/hsc.12037>

Utrikespolitiska institutet. (2016a). Sociala förhållanden. Hämtad 2018-12-26 från <https://www.ui.se/landguiden/lander-och-omraden/asien/jordanien/sociala-forhallanden/>

Utrikespolitiska institutet. (2016b). Sociala förhållanden. Hämtad 2018-12-26 från <https://www.ui.se/landguiden/lander-och-omraden/europa/turkiet/sociala-forhallanden2/>

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

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

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

Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C., & Angott, D. M. (2008). Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 538–546. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.07.004

Yam, M. (2000). Seen but not heard: battered women's perceptions of the ED experience. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, Oct; 26(5), 464–470. doi: 10.1067/men.2000.110432

Åkesson, E. (2018). *Intersektionella perspektiv på våld i nära relationer*. Hämtad från Länsstyrelsens webbplats:  
<https://www.lansstyrelsen.se/skane/tjanster/publikationer/intersektionella-perspektiv-pa-vald-i-nara-relationer.html>

## Bilaga A Söktabell CINAHL

Sökning	Sökord & kombinationer	Begränsningar (limits)	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade artiklar	Utvalda artiklar
#1	nurs*		758,494				
#2	(MH "Nurses+")		194,653				
#3	intimate partner violence		9,757				
#4	(MH "Intimate Partner Violence")		8,518				
#5	domestic violence		9,279				
#6	domestic abuse		1,022				
#7	battered women		3,615				
#8	(MH "Battered Women")		3,427				
#9	gender based violence		462				
#10	experience		272,225				
#11	(MH "Attitude of Health Personnel+")		78,443				
#12	interpersonal relations		37,792				
#13	(MH "Interpersonal Relations+")		230,571				
#14	nurse-patient relations		23,662				
#15	(MH "Nurse-Patient Relations")		23,620				
#16	#1 OR #2		762,030				
#17	#3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9		17,875				
#18	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15		520,782				
#19	#16 AND #17 AND #18		753				
#20	#16 AND #17 AND #18	20080101-20181231; Peer Reviewed; Age Groups: All Adult	167	67	18	6	12, (14), (15), (46), 49, 74

Sökning utförd 2018-11-19.

Artikelnummer i resultatlistan inkluderade i studien; siffran som anges är numret i ovanstående databas sökresultat.

(X)= Dubbletter.

\*=Trunkering.

Bilaga B söktabell PsycINFO

Sökning	Sökord & kombinationer	Begränsningar (limits)	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade artiklar	Utvalda artiklar
#1	MAINSUBJECT.EXACT("Nurses")		25,734				
#2	MAINSUBJECT.EXACT("Intimate Partner Violence") OR MAINSUBJECT.EXACT("Domestic Violence")		17,686				
#3	S1 AND S2		103				
#4		Peer-reviewed	85				
#5		2008-2018	53	26	8	3	(10), (12), 20, 28, 35, (53)

Sökning utförd 2018-11-19.

Artikelnummer i resultatlistan inkluderade i studien; siffran som anges är numret i ovanstående databas sökresultat.

(X)= Dubletter.

Bilaga C Artikelmatris

Nr	Författare År Land	Tidskrift Titel	Syfte	Metod (ansats, urval, datainsamling och analys)	Resultat	Kvalitet
1	van Wyk, N., & van der Wath, A. (2015) Sydafrika.	<i>Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession:</i>  Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective	This study aimed to describe the experiences of male nurses who are taking care of intimate partner violence patients in an emergency unit in a public hospital in South Africa.	-Deskriptiv fenomenologisk metod.  -Ändamålsenligt urval med två manliga sjuksköterskor.  -Ostrukturerad öppen intervju med en frågeställning.  -Latent innehållsanalys.	Sjuksköterskorna upplevde en splittring mellan att vara i vården och vara i samhället. Sjuksköterskorna upplevde motstridiga roller mellan att vara man, samma kön som förövarna, och vara sjuksköterska, att ta hand om offret.	Grad II
2	Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014) Skottland.	<i>Journal of Clinical Nursing:</i>  Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation.	To investigate the dynamics of domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women.	-Kvalitativ två-fas studie.  -Ändamålsenligt urval som inkluderade 27 sjuksköterskor samt 2 läkare. -Semistrukturerade intervjuer.  - Latent innehållsanalys.	Resultatet visade att det fanns olika nivåer av medvetenhet hos primärvårdspersonal gällande existensen av misshandel hos våldsutsatta kvinnor.	Grad I
3	van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2013) Sydafrika.	<i>Journal of advanced nursing:</i>  Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence.	The aim of this study was to explore and describe the essence of emergency nurses experiences of caring for survivors of intimate partner violence.	-Deskriptiv fenomenologisk metod grundad i Husserl.  -11 sjuksköterskor som arbetade på akutmottagningar i Sydafrika.  -Ostrukturerade intervjuer.  -Latent innehållsanalys.	Utsatthet för sårbarheten och lidandet hos våldsutsatta kvinnor framkallar sympati och emotionell stress hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna blir ofta lämnade med emotionell påverkan och får störande och återkommande minnen.	Grad II



4	Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., & Pedraza, D. (2011) USA.	<i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners:</i>  Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge.	The purpose of this study was to increase understanding of how APN's experience working with women and their families who report living with IPV.	-Kvalitativ fenomenologisk metod.  -Ändamålsenligt urval med 10 avancerade specialistsjuksköterskor.  -Intervjuer.  -Latent innehållsanalys.	Sjuksköterskorna hade erfarenheter av både succé och utmaningar i omvårdnaden av kvinnor som lever med intimt partnervåld.	Grad II
5	Sprague, C., Hatcher, A. M., Woollett, N., & Black, V. (2017) Sydafrika.	<i>Journal of Interpersonal Violence:</i>  How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems.	This study aimed to understand the responses of nurses toward IPV in female patients, for example, screening for violence, case finding, counseling, or lack of action.	-En beskrivande fenomenologisk metod.  -Ändamålsenligt urval med 25 sjuksköterskor.  -Semistrukturerad intervjuer.  -Latent innehållsanalys.	Fyra teman: Hur sjuksköterskor svarar till IPV hos kvinnliga patienter. Varför sjuksköterskor svarar till IPV: Patientens förväntningar och sjuksköterskans svar. Direkt erfarenhet av IPV formar sjuksköterskans IPV-relaterade attityder och beteende. Svag respons från Polisen ökar pressen på sjuksköterskan att svara.	Grad II
6	Goldblatt H. (2009) Israel.	<i>Journal of Advanced Nursing:</i>  Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences.	The aim of the study was to explore the impact of caring for abused women on nurses' professional and personal life experiences.	-Fenomenologisk metod.  -Ändamålsenligt urval med 22 Sjuksköterskor.  -Semistrukturerad intervju.  -Latent innehållsanalys.	Ett huvudtema: Kämpa på jobbet och hemma. Baserat på två subteman; Mötet med våld i hemmet: en utmaning för sjuksköterskornas yrkesrollsuppfattning samt "Mellan arbete och hemma".	Grad I

7	Sundborg, Eva; Törnkvist, Lena; Saleh-Stattin, Nouha; Wändell, Per; Hylander, Ingrid (2017) Sverige.	<i>Journal of Clinical Nursing:</i>  To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence	The purpose of this study was to improve the understanding of district nurses' experiences of encountering women exposed to intimate partner violence.	-Grundad teori.  -Randomiserat urval: 12 distriktssjuksköterskor.  -Öppna intervjuer.  Latent innehållsanalys.	Flera barriärer påverkade sjuksköterskorna till att fråga kvinnor om IPV. Lika så fanns det faktorer som främjade att fråga.	Grad I
8	Al - Nat our, A.; Qandil, A.; Gillespie, G.L. (2016) Jordanien.	<i>International Nursing Review:</i>  Nurses' roles in screening for intimate partner violence: A phenomenological study	To describe Jordanian nurses' roles and practices in screening for intimate partner violence	-Deskriptiv Fenomenologisk metod.  -Ändamålsenligt urval. sex kvinnliga och sex manliga sjuksköterskor.  -Semistrukturerade intervjuer.  -Latent innehållsanalys.	Fyra teman (1) screeningspraxis och roller för misstänkta IPV-fall, (2) fördelar för screening och nackdelar för att inte screena för intimt partnervåld, (3) faktorer som hindrar screening-praxis och (4) känslor kring screening för IPV.	Grad I
9	Efe, Şengül; Taşkın, Lale (2012), Turkiet.	<i>Sexuality &amp; Disability:</i>  Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in Turkey: A qualitative study.	The aim of the current study was to delineate the factors that prevent the adequate provision of nursing services to women subjected to domestic violence.	-Kvalitativ metod.  -Urval: Maximal variation med 30 sjuksköterskor från akutmottagningar med minst 1 års erfarenhet.  -Semistrukturerade intervjuer.  -Latent innehållsanalys.	-Kunskapsbrist.  -Arbetsmiljörelaterade hinder.  -Barriärer relaterade till sjuksköterskans attityd gällande IPV.	Grad II

## Bilaga D Integrerad analys

Artikel	Identifierade fynd	Kod	Kategori
Em.nurses barriers to intervention of domestic violence in Turkey	The nurses in our study stated not having adequate information on the subject as the most common (18 nurses, 60%) cause of not being able to intervene for women subjected to domestic violence.	Sjuksköterskor uppgav att brist på kunskap tillhörde den vanligaste orsaken att inte ingripa för kvinnor som utsatts för våld i hemmet.	Avsaknad av kunskap och utbildning
Nurses roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study	Most nurses in this study communicated a sentiment similar to this one: "We did not receive training or information about interventions and appropriate communication to deal with victims of IPV".	Sjuksköterskor saknade utbildning och information för att hantera offer som utsatts för våld i nära relationer.	
Em.nurses barriers to intervention of domestic violence in Turkey	"It should not be, of course. It is not something that is our business in the end. We will provide medical treatment but there should be a psychologist that takes care of these".	Sjuksköterskor ansåg inte att våld i nära relationer tillhörde sjuksköterskans ansvarsområde.	Delade meningar om ansvar och yrkesroll
Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge.	"One of the things that we need to deal with in our practice is that fear factor, that fear, and if we could somehow treat these people without judging."	Sjuksköterskor behöver tänka på att vårda kvinnorna utan att döma, baserat på den egna rädslan.	Emotionella utmaningar
To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to IPV	They feared that through listening, they could come too deeply involved and become too emotional and anxious themselves.	Rädsla att bli allt för involverade som sjuksköterska och att själv utveckla emotionell oro	

\*Exempel på integrerad analys innehållande artikel, meningsenheter på engelska, kod på svenska och kategorier.

Bilaga E Carlsson och Eimans granskningsmall för kvalitativa artiklar

Poängsättning

0

1

2

3

<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Sjuksköterskor	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/ Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överrensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (Max 48p)	p	p	p	p
<u>Grad I: 80%</u>				p
<u>Grad II: 70%</u>				%
<u>Grad III: 60%</u>				
<u>Titel:</u>				Grad
<u>Författare:</u>				