



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Självständigt arbete 15hp

Sjuksköterskans upplevelse och föreställningar av mötet
med våldsutsatta kvinnor

En systematisk litteraturstudie



Författare: Emelie Abrahamsson och Elsa Salomonsson

Termin: VT 14

Ämne: Vårdvetenskap

Kurskod: 2VÅ60E

Abstrakt

Bakgrund: Kvinnor som utsatts för våld i en nära relation kommer mer frekvent i kontakt med sjukvården än andra kvinnor. Flera kvinnor som söker vård för sina skador identifieras aldrig som offer för våld i nära relation. Detta beror på att flera sjuksköterskor saknar utbildning i att identifiera att våld förekommer. Det finns en osäkerhet hos sjuksköterskan i mötet med våldsutsatta kvinnor som gör att mötet och vården av kvinnan påverkas.

Syfte: Syftet var att belysa sjuksköterskans upplevelse och föreställningar av mötet med våldsutsatta kvinnor inom hälso-och sjukvården.

Metod: En systematisk litteraturstudie där sex kvalitativa artiklar och två kvantitativa artiklar har granskats, analyserats och kategoriserats.

Resultat: Det fanns en tydlig emotionell påverkan hos sjuksköterskor under och efter mötet med våldsutsatta kvinnor. En påverkan som ibland var så stor att det påverkade deras vardagsliv. Det visade sig även finnas ett stort utbildningsbehov att förbättra vården för våldsutsatta kvinnor och få sjuksköterskor att känna sig tryggare i rollen som vårdare för dessa kvinnor.

Slutsats: Det visade sig finnas ett ökat utbildningsbehov för sjuksköterskor i hur de ska bemöta och vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Det fanns även ett behov av att bearbeta de känslor sjuksköterskan upplevde i mötet med kvinnorna.

Nyckelord

Våld i nära relation, Sjuksköterska, Kvinnor, Upplevelse

Tack

Författarna vill tacka Annica Claesson för att hon har bidragit med sitt stöd och sina tankar under hela processens gång.

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Bakgrund	1
Våld mot kvinnor.....	1
Våld i nära relation.....	2
När den våldsutsatta kvinnan möter sjukvården	2
Sjuksköterskans möte med den våldsutsatta kvinnan	3
Teoretisk referensram	4
Begreppsdefinitioner.....	5
3 Problemformulering	6
4 Syfte	6
5 Metod	6
Inklusionskriterier och exklusionskriterier	6
Sökningsförfarande	7
Kvalitetsgranskning.....	8
Förförståelse	8
Analys.....	9
Etiska överväganden.....	10
6 Resultat	11
Väcker starka känslor	11
Känslor av ilska och frustration.....	11
Känsla av rädsla och oro	12
Påverkan på sjuksköterskans livssituation	13
Sjuksköterskans erfarenheter av mötet med våldsutsatta kvinnor.....	13
Sjuksköterskans påverkan utanför arbetsplatsen	14
Sjuksköterskan i professionen.....	15
Viljan att göra ett bra jobb	15
Upplever att de kommer kvinnan nära.....	16
Sjuksköterskans föreställningar av den våldsutsatta kvinnan	16
7 Metod diskussion	17
Metod	17
Urval.....	17
Sökningsförfarande	19
Kvalitetsgranskning.....	19
Analysprocess.....	20
8 Resultatdiskussion	21
Väcker starka känslor	21
Påverkan på sjuksköterskans livssituation	23
Sjuksköterskan i professionen.....	25
9 Slutsats	21
10 Förslag till vidare forskning	27
11 Referenser	29
Bilagor	I
Bilaga 1: Databassökning i Cinahl.	I
Bilaga 2: Databassökning i PubMed	II
Bilaga 3: Databassökning i Psykinfo	III
Bilaga 4: Artikelmatris	IV

1 Inledning

I denna systematiska litteraturstudie har författarna valt att skriva om sjuksköterskans upplevelse av mötet med våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården. Våld i nära relation förekommer över hela världen och i alla samhällsklasser, åldrar, etnicitet, sexuell läggning och funktionsförmågor (Grände, Lundberg & Eriksson, 2009).

Författarna till studien anser att det är ett viktigt ämne då sjuksköterskan ofta missar att identifiera våldsutsatta kvinnor när de söker vård för sina skador (Inspektionen för vård och omsorg, 2014). Sjuksköterskans utbildningsnivå i hur de lämpligast bemöter våldsutsatta kvinnor och hur vården ska utformas är bristfällig, detta kan leda till en stor osäkerhet hos sjuksköterskor (Natan & Rais, 2010). Författarna anser att sjuksköterskor bör känna till typiska skador eller sekundära symtom på att kvinnan utsatts för våld samt kunna identifiera typiska kännetecken på att kvinnan lever i en relation där våld förekommer. Båda författarna blev intresserade av ämnet under ett föreläsningstillfälle gällande forensisk omvårdnad och valde därför att fördjupa sig inom detta område. Som sjuksköterska ska man alltid sträva efter att arbeta utifrån ett professionellt förhållningssätt och för att kunna göra det behöver sjuksköterskan vara påläst och känna sig trygg i sin yrkesroll inför situationer med de våldsutsatta kvinnorna. Det är av betydelse att sjuksköterskans upplevelse, känslor och erfarenheter utforskas för att skapa kunskap som möjliggör att mötet blir så bra som möjligt för både sjuksköterskorna och de våldsutsatta kvinnorna (Dahlberg & Segesten, 2010; Grände, et al. 2009)

2 Bakgrund

Våld mot kvinnor

Begreppet våld mot kvinnor och våld i nära relation innefattar allt fysiskt, psykiskt och sexuellt våld, även våldtäkter, övergrepp, trakasserier, ekonomiskt utnyttjande, frihetsberövande, hot och tvång som leder till skada eller lidande för kvinnan. I den här studien har författarna valt att enbart fokusera på våld mot kvinnor utfört av en man som hon lever i en nära relation med. Våldet sker i det offentliga, på gator, arbetsplatser och i barer, men framförallt sker våldet i det privata bakom stängda dörrar. Våldet är inte bara en kränkning av kvinnans integritet och frihet utan också en brottshandling (Grände, et al. 2009). Enligt brottsförebyggande rådet anmäldes år 2012 28 400 fall av våld mot kvinnor över arton år. Drygt en fjärdedel av de kvinnor som uppger att de utsatts för våld har blivit misshandlade av en närstående. Ungefär 20-25 procent av

våldsbrotten polisanmäldes (Brottsförebygganderådet, 2013). Beroende på hur grov misshandeln anses vara kan straffet för mannen variera mellan böter eller upp till sex månaders fängelse för ringa misshandel, övergår ringa misshandel till grov misshandel kan straffet bli upp till tio års fängelse (Brottsförebygganderådet, 2014). År 2013 ändrades § 4 i lag SFS (2013) och det blev möjligt att bli dömd för kvinnofridskränkning. Den nya lagen innebär att om mannen gjort skada genom våld, frids eller sexualbrott mot en kvinna som han bor ihop med, är eller har varit gift med eller har ett förhållande med kan han dömas till fängelse, böter eller kontaktförbud.

Våld i nära relation

Oavsett vilken typ av våld kvinnan utsätts för är syftet detsamma, att utöva makt och kontroll över kvinnan genom att skrämja eller skada. Våldet mot kvinnan i nära relationer pågår ofta under längre perioder, detta kan leda till att våldet blir värre över tid och mer accepterat av kvinnan. Relationer där mannen utsätter kvinnan för våld börjar ofta som andra relationer, med förälskelse och kärlek, våldet börjar inte förens senare (Grände, et al. 2009). Grände, et al. (2009) menar att om våldet hade börjat tidigare i relationen hade det varit större chans att kvinnan lämnat mannen, istället sker en process där våldet trappas upp och till sist normaliseras det för både kvinnan och mannen. Ofta börjar det med små saker såsom svartsjuka eller nedlåtande kommentarer som varken kvinnan eller hennes omgivning reagerar på. Det utvecklas senare till mer kontroll och elakare kommentarer, det kan ta lång tid innan det fysiska våldet börjar. Genom att utsätta kvinnan för våld förminskar mannen kvinnans självkänsla, åsikter, relationer och fritidsintressen, detta leder till att kvinnan blir allt mer avskärmad från omgivningen (Grände, et al. 2009).

När den våldsutsatta kvinnan möter sjukvården

Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer uppsöker sjukvård oftare än andra kvinnor (Grände, et al. 2009). Man vet inte exakt hur många kvinnor som sökt vård senaste året som har utsatts för våld, det finns ett stort mörkertal skriver Inspektionen för vård och omsorg (2014). Kvinnorna kan söka vård för fysiska skador såsom frakturer, brännmärken eller skallskador, men det är vanligare att de söker för symtom som inte lika tydligt kopplas ihop med våld, såsom smärtproblematik, ångest, oro eller depression. Vårdpersonalen måste vara beredd på att ställa frågan om våld förekommer för att kvinnan ska börja berätta, då det är få kvinnor som berättar spontant. Ofta har kvinnorna en stark fasad utåt, där de gör allt för att det inte ska synas att våld

förekommer hemma (Grände, et al. 2009). Det finns många tecken och signaler på att våld förekommer inom relationen och som sjuksköterska är det viktigt att man är uppmärksam på dessa, till exempel att kvinnan lämnar ologiska förklaringar över vad som hänt, berättelsen hänger inte ihop, mobiltelefonen ringer hela tiden, kvinnan undviker ögonkontakt eller att hon talar nedvärderande om sig själv (Grände & Roks, 2011).

Det finns ett flertal anledningar till att sjuksköterskan undviker att ställa frågan om våld förekommer i sitt möte med kvinnan. Det kan bero på att sjuksköterskan känner rädsla för att kränka kvinnan, har tidsbrist eller att inte vet hur fråga ska ställas då sjuksköterskan inte vet hur hon ska bemöta svaret (Grände, et al. 2009). Enligt Grände och Roks (2011) finns det studier som visar att få kvinnor tar illa upp av att få frågan, snarare tvärtom, de tycker det är bra att frågan ställs. Natan och Rais (2010) beskriver sjuksköterskornas brist på utbildning kring området som en bidragande faktor till att inte ställa frågan om våld förekommer. Breakey, Wolf och Nicholas (2001) menar att flera sjuksköterskor saknar utbildning eller träning i hur de ska bemöta våldsutsatta kvinnor. Bradbury-Jones och Taylor (2013) belyser det faktum att sjuksköterskan har flera antaganden och föreställningar kring den våldsutsatta kvinnan.

Sjuksköterskans möte med den våldsutsatta kvinnan

Breakey, et al. (2001) skriver att mötet med sjuksköterskan är av stor betydelse för den våldsutsatta kvinnan, ändå är sjuksköterskan en av de professionerna som har minst utbildning i hur bemötandet av våldsutsatta kvinnor ska ske. Dahlberg och Segesten (2010) menar att sjuksköterskan har ett ansvar i mötet med patienten att både svara an till patienten och se till att mötet blir vårdande. Grände, et al. (2009) skriver att sjuksköterskan bör möta kvinnan där hon befinner sig just nu och vara medveten om att kvinnan är expert på sin egen situation. Ekebergh (2009) menar att sjuksköterskan ska vara öppen inför patientens livsvärld.

När kvinnan väljer att berätta om våldet har hon ofta låg självkänsla och bemötandet hon får i samtalen har stor betydelse för om hon ska våga berätta om våldet och anmäla det. Det är därför viktigt att sjuksköterskan bemöter kvinnan med ett professionellt förhållningssätt där sjuksköterskan lyssnar och svarar an på kvinnan och visar att det hon berättar tas på allvar samt ger kvinnan beröm för att hon är modig och vågar berätta

(Grände, et al. 2009). Sjuksköterskan ska lägga personliga värderingar åt sidan och inte uttrycka egna åsikter om det kvinnan berättar. Istället ska sjuksköterskan enbart lyssna på kvinnans berättelse och låta kvinnan själv komma fram till hur hon vill gå vidare. Det ska vara kvinnans val att polisanmäla händelsen och att lämna mannen, men sjuksköterskan måste vara medveten om att ofta kan kvinnan behöva lämna mannen flera gånger innan hon slutligen kan lämna helt. Sjuksköterskan måste acceptera vilket beslut kvinnan än tar. Samtalet bör föras i en lugn miljö där kvinnan känner sig trygg och inte är tidspressad är av betydelse och sjuksköterskan bör informera kvinnan om att tystnadsplikt råder och att det som hon berättar inte förs vidare mot hennes vilja. Alla känslor som kommer upp i samtalet med den våldsutsatta kvinnan måste få finnas och kvinnan måste få chans att prata om dem och bearbeta dem (Grände, et al. 2009; Grände & Roks, 2011).

De flesta kvinnor upplever att de är ensamma i att vara utsatta för våld och att det är något särskilt med henne för att hon är drabbad. Känslorna kvinnorna känner efter att ha blivit utsatta för våld av mannen hon lever i en nära relation med kan upplevas obehagliga och svåra att hantera. Ibland kan kvinnorna i underdriva de dem varit med om i sina berättelser då de skäms för att berätta allt som hänt och allt de känner inför det. De kan känna skam och skuld inför sina barn, att dem inte skyddat dem bättre eller utsatt barnen för en separation. Kvinnan kan även känna skuld inför sig själv som inte varit en tillräckligt bra fru eller flickvän för sin man så han har varit tvungen att utöva våld. Det är viktigt att sjuksköterskan belyser för kvinnan att hon inte är ansvarig för det som hänt och att hon inte har någon skuld i det. Sjuksköterskan är av stor betydelse i bemötandet av våldsutsatta kvinnor och det är viktigt att det mötet blir givande och tryggt för den våldsutsatta kvinnan (Grände & Roks, 2011; Grände, et al. 2009)

Teoretisk referensram

I vår systematiska litteratur studie kommer Dahlberg och Segestens (2010) livsvärldsteori att användas som teoretisk referensram. Livsvärldsteorin bygger på den fenomenologiska filosofin men man måste inte anta ett fenomenologiskt perspektiv för att bejaka livsvärlden (Dahlberg & Segesten, 2010). Livsvärlden är den värld var och en lever i. Livsvärldsteorin valdes då författarna vill belysa sjuksköterskornas upplevelse och föreställningar av mötet med våldsutsatta kvinnor och det är i vår livsvärld våra erfarenheter och upplevelse finns (Dahlberg & Segesten, 2010; Ekebergh, 2009). Det är även i livsvärlden vårt välbefinnande, hälsa och sjukdom visar sig, alla förändringar

som sker i livsvärlden påverkar människans existens både psykiskt och fysiskt. I livsvärlden finns människans identitet, självkänsla och personlighet och detta kan påverkas av olika situationer eller företeelser runt omkring (Dahlberg & Segesten, 2010). Husserl (1973) menar att det inte finns någon objektiv sanning utan sanningen är unik för varje individs subjektiva uppfattning om någonting. Ekebergh (2009) skriver att när sjuksköterskan antar ett livsvärldsperspektiv visar hon intresse för patientens unika berättelse och livshistoria, det är av betydelse att sjuksköterskan betraktar patienten som experten i sitt eget liv och på sin livssituation. Dahlberg och Segesten (2010) skriver att sjuksköterskan har sin egen livsvärld men tillsammans med kollegor och patienter är de sammanflätande med varandra. Även om livet delas med andra är det unikt för var och en. Ekebergh (2009) skriver att livsvärlden är grunden till allt vårt lärande och är beroende av våra tidigare erfarenheter, vår förståelse och vår syn på saker och ting. Därför grundas sjuksköterskans föreställningar i tidigare erfarenheter och den livsvärld de själva lever i.

Begreppsdefinitioner

Intimate partner violence: Ett sökord som användes i artikelsökningen, begreppet översätter författarna till våld i nära relation som beskrivs i bakgrunden. I denna studie avser författarna att beskriva våld utfört av en man mot en kvinna som han lever i en nära relation med.

Professionellt förhållningssätt: Sjuksköterskan bör sträva efter att arbeta utifrån ett professionellt förhållningssätt då hon behandlar patienterna hon möter med respekt och öppenhet. Det innebär även att sjuksköterskan arbetar utifrån ett sätt där hon visar medmänsklighet och engagemang men ändå håller en distans där hon inte blir för privat med patienten (Dahlberg & Segesten, 2010).

Föreställningar: Begreppet föreställningar beskriver hur människor tolkar världen eller olika ting. Föreställningar är den egna uppfattningen om hur någon eller hur någonting är, baserat på individens tidigare erfarenheter (Wright, Watson & Bell, 2011).

Vårdande möten: Det vårdande mötet är enligt Dahlberg och Segesten (2010) ett samspel mellan vårdpersonal och patient. Vårdpersonalen har ett ansvar att ”svara an” på det patienten uttrycker och bemöta det med öppenhet så patienten känner sig trygg. I

studien har författarna valt att benämna det vårdande mötet som enbart mötet med den våldsutsatta kvinnan.

3 Problemformulering

Många sjuksköterskor kommer inom sitt yrke att möta kvinnor som har blivit utsatta för våld. Det föreligger en osäkerhet hos sjuksköterskan i mötet med dessa kvinnor. En osäkerhet som ibland är så stor att frågan om våld uteblir och ytterligare undersökning av skadorna inte görs. Det innebär att sjuksköterskan inte ger den våldsutsatta kvinnan en specifik, individ anpassad vård och omvårdad (Grände, et al. 2009). Vi vill undersöka och belysa sjuksköterskans upplevelse och föreställningar för att öka förståelsen om hur möten med dessa kvinnor påverkar sjuksköterskan. Om förståelsen för sjuksköterskans upplevelse i mötet med våldsutsatta kvinnor ökar kan handlingsstrategier och riktlinjer utformas för att underlätta för sjuksköterskan. Då kan sjuksköterskan känna sig säkrare i sin yrkesroll och mötet med dessa kvinnor blir bättre.

4 Syfte

Att belysa sjuksköterskans upplevelse och föreställningar av mötet med våldsutsatta kvinnor inom hälso-och sjukvården.

5 Metod

Metoden som användes för studien var systematisk litteraturstudie. Det innebär enligt Forsberg och Wengström (2013) att det finns ett tydligt formulerat syfte med en tydlig problemformulering som besvaras genom en systematisk sökning och en kritisk granskning av artiklar. De valda artiklarna ska komma från vetenskapliga källor (Forsberg & Wengström, 2013). Därefter gjordes en sammanställning av inkluderade artiklar utifrån problemområdet.

Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Artiklar som inkluderas i en systematisk litteraturstudie ska vara med vetenskaplig ansats och författarna kan med fördel använda sig av inklusionskriterier och exklusionskriterier som utformas utifrån studiens problemformulering och syfte (Backman, 2009). Därför valde författarna att endast inkludera artiklar som var vetenskapliga, peer reviewed eller kontrollerade i Ulrich's Periodicals vid databassökningen. Författarna valde att endast använda artiklar publicerade mellan år

2000-2013. Då syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelse och föreställningar av mötet med våldsutsatta kvinnor valdes endast artiklar som fokuserade på våld mot vuxna kvinnor. I Cinahl och PsykINFO valdes adult only och i Pubmed valdes åldern 19-64. Författarna valde att endast söka på artiklar på engelska.

Sökningsförfarande

Forskningsprocessen ska tillämpas ur ett vårdvetenskapligt perspektiv, därför gjordes sökningarna i databaserna Cinahl, Pubmed samt PsykINFO då de är relevanta för hälso- och vårdvetenskap (Forsberg & Wengström, 2013). Innan sökningarna började gjordes ett antal provsökningar för att hitta relevanta sökord (Forsberg & Wengström, 2013). Sökorden som författarna valde att använda sig av valdes utifrån syftet: *Nurse Attitudes, Intimate partner violence, Nurse-patient relations, Battered women, Attitude of health personnel, Domestic violence, quantitative studies, survivors och Violence*. Först gjordes fritextsökningar på dessa ord för att kontrollera att antalet träffar och att sökorden stämde överens med ämnet (Forsberg & Wengström, 2013). Författarna använde sig av ämnesordlistor i samtliga databaser, MESH-termer på PubMed, Theasaurus i PsykINFO och Suggest subject term i Cinahl. Enligt Backman (2009) används ämnesordlista som förslag på synonymer samt att säkerställa att söktermen är vetenskaplig. På samtliga sökord valdes de givna förslaget av databasen, därför kan sökorden och kombinationerna se annorlunda ut beroende på vilken databas som använts.

För att minska ner antal träffar på fritextsökningarna avgränsades sökningarna till enbart artiklar publicerade de senaste tio åren, peer reviewed, artiklar på engelska, artiklar om kvinnor och vuxna. Artiklar valda från databasen Pubmed kontrollerades genom Ulrich's Periodicals Directory om de var av vetenskaplig ansats. Fritext sökningarna gav trots avgränsningarna många träffar. Då kombinerades sökorden med AND som enligt Forsberg och Wengström (2013) begränsar sökningen och ger färre sökträffar. Författarna ansåg dock att de inte fann tillräckligt många artiklar som stämde överens med studiens syfte, sökningarna utvidgades då till att omfatta artiklar publicerade mellan år 2000-2013. De kombinerade sökorden och nya avgränsningarna gav mellan 2-52 träffar varav alla titlar lästes. Fullständiga kombinationer och sökresultat redovisas i Bilaga 1-3. Författarna gjorde därefter flera manuella sökningar (Forsberg och Wengström, 2013) utifrån referenslistor på valda artiklar men ingen av de artiklar som hittades ansågs stämma överens med studiens syfte och författarna valde att inte

inkludera någon av dessa. Utifrån titlarnas relevans till ämnet valdes abstrakten ut och lästes och var även abstrakten relevanta lästes hela artikeln av båda författarna. Enligt Forsberg och Wengström (2013) kan forskartrianglering användas i datainsamlingen, det innebär att flera forskare är involverade i insamlingen. De artiklar författarna valde att exkludera stämde inte överens med syftet, handlade om män, var inte inom vald tidsram eller var litteraturstudier. Lästa titlar, abstrakt och artiklar redovisas i Bilaga 1-3. Av de artiklar som lästes valde författarna att inkludera åtta artiklar i studien.

Kvalitetsgranskning

När studier granskas är det viktigt att utgå ifrån studiens syfte. De resultat som forskarna redovisar ska stämma överens med det studien från början avsett undersöka (Friberg, 2012). Kvalitetsgranskning görs för att författarna ska kunna bedöma om artiklarna anses ha tillräckligt god kvalitet för att ingå i analysen och inkluderas i studien (Friberg, 2012). De artiklar författarna ansåg stämde överens med valt syfte granskades utifrån Forsberg och Wengströms (2013) granskningsmallar för kvalitativ och kvantitativ forskning. Artiklarna bedömdes utifrån mallen och fick ett poäng för varje kriterier artikeln uppfyllde. Den kvalitativa granskningsmallen hade 20 kriterier som räknades in i bedömningen och den kvantitativa mallen hade 11 stycken kriterier. Granskningarna gjordes av båda författarna, var för sig och jämfördes sedan för att nå en konsensus kring artiklarna (Forsberg & Wengström, 2013). Om artiklarna uppfyllde mer än 50 % av kriterierna bedömdes de ha medelmåttig kvalitet, om artiklarna uppfyllde 70 % eller mer bedömdes de ha hög kvalitet. Författarna bedömde alla de artiklar som kvalitetsgranskades hade medel eller hög kvalitet och valde därför att inkludera samtliga artiklar i studien. Av de åtta var sex stycken av kvalitativ ansats och två stycken kvantitativ ansats. Inkluderade artiklar redovisas i artikelmatrisen, Bilaga 4.

Förförståelse

Enligt Forsberg och Wengström (2013) bör författarnas förförståelse redovisas så läsaren kan bedöma hur tolkningen har påverkat studien. Författarna är medvetna om att deras förförståelse kring ämnet kan påverka analysprocessen och därmed resultatet. Ingen av författarna har tidigare arbetat med eller mött kvinnor i vården som blivit utsatta för våld i nära relationer. Förförståelsen kring valt ämne är baserat på föreställningar som kommer ifrån ett undervisningstillfälle gällande forensisk omvårdnad, skönlitterära böcker, filmer och media. Författarna har förförståelsen att det

kan finnas en osäkerhet hos många sjuksköterskor om hur de ska bemöta våldsutsatta kvinnor.

Analys

Analysprocessen utfördes utifrån Forsberg och Wengström (2013) med visst stöd utifrån Lundman och Hällgren-Graneheim (2010). Processen började med att resultaten ur de kvalitativa artiklar systematiskt lästes och granskades flera gånger utav båda författarna för att få en helhetsbild. Därefter tog författarna enskilt ut utsagor som ansågs stämma överens med studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2013). De kvantitativa studierna analyserades på samma sätt. Kvantitativ text omvandlades till utsagor (Forsberg & Wengström, 2013) och ingick på samma sätt som de kvalitativa i analysprocessen. Utsagorna lades i olika dokument utifrån vilken artikel de kom ifrån för lätt kunna gå tillbaka till primärkällan. Samtliga utsagor jämfördes sedan med varandra för att få fram skillnader och likheter (Forsberg & Wengström, 2013). Därefter sammanställdes alla utsagor gemensamt till ett dokument, de utsagor som båda författarna tagit ut som ansågs vara dubletter togs bara med en gång. Utsagorna kondenserades sedan och tillsammans bildade författarna koder som skapades utifrån de utsagor som hade liknande innehåll, till exempel rädsla, frustration eller oro, detta för att spegla kärninnehållet i varje utsaga (Forsberg & Wengström, 2013). Utsagorna färgkodades för att lätt kunna skiljas utifrån varandras skillnader och likheter.

Under hela analysprocessen diskuterade författarna artiklarnas innehåll och jämförde artiklarnas resultat med de skapade koderna för att komma till konsensus om innebörden. Detta för att säkerställa så att båda författarna hade uppfattat artiklarnas resultat på liknande sätt. De koder som författarna ansåg stämma överens med varandra la författarna i en tabell, dessa bildade sedan subkategorier (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författarna ansåg sig ha ett stort material att det fanns ett behov av att använda sig av subkategorier för att analysprocessen skulle ske på ett korrekt sätt. Författarna valde att ta stöd av Lundman och Hällgren-Graneheims (2012) beskrivning av hur subkategorier bör utformas då de saknade en tydlig beskrivning av subkategorier i Forsberg och Wengström (2013). De subkategorier författarna ansågs kunna para ihop med varandra bildade sedan kategorier utifrån studiens syfte. När man skapar kategorier letar författarna efter olika mönster, såsom likheter, olikheter eller motsatser (Forsberg & Wengström, 2013). Kategorier och subkategorier redovisas nedan:

Subkategori	Kategori
Känslor av rädsla och oro Känslor av ilska och frustration	Väcker starka känslor
Sjuksköterskans erfarenheter av mötet med våldsutsatta kvinnor Sjuksköterskans påverkan utanför arbetsplatsen	Påverkan på sjuksköterskans livssituation
Viljan att göra ett bra jobb Upplever att de kommer kvinnan nära Sjuksköterskans föreställningar av den våldsutsatta kvinnan	Sjuksköterskan i professionen

När analysen var klar studerade författarna utsagorna, koder, subkategorier och kategorier ytterligare en gång för att kontrollera att utsagorna enbart passade in under respektive kategori. Detta gjorde författarna för att säkerhetsställa att analysen genomförts på ett korrekt sätt (Forsberg & Wengström, 2013). Exempel på analysen redovisas nedan:

Utsagor	Kondenserad	Kod	Subkategori	Kategori
Det väcks en rad överväldigande känslor såsom ilska hos sjuksköterskan	Sjuksköterskan känner ilska	Ilska	Känslor av ilska och frustration	Väcker starka känslor
Sjuksköterskan känner frustration när kvinnan inte vill ta emot hjälp	Sjuksköterskan känner frustration	Frustration	Känslor av ilska och frustration	Väcker starka känslor
När man vårdar våldsutsatta kvinnor får relationen ett djup som kan leda till att sjuksköterskan känner rädsla	Att vårda kvinnorna kan leda till att sjuksköterskan känner rädsla	Rädsla	Känslor av rädsla och oro	Väcker starka känslor

Etiska överväganden

Enligt Forsberg och Wengström (2013) ska etiska överväganden göras innan en systematisk litteratur studie påbörjas. Författarna är medvetna om att fusk och plagiat är fel och opålitligt i forskning och har därför tagit del av de riktlinjer som Forsberg och Wengström (2013) beskriver. Samtliga artiklarna i denna litteraturstudie har övervägts och granskats etiskt av författarna enligt de riktlinjer som finns beskrivna i Forsberg och Wengström (2013). Samtliga inkluderade artiklar har fått ett etiskt godkännande av en etisk kommitté. Författarna har analyserat data på ett objektiva och korrekt sätt för att kunna presentera alla resultat som kommer fram i studien. Forsberg och Wengström

(2013) skriver att de överväganden som görs behöver följas under hela processen beträffande urval och presentation av resultatet vilket författarna har gjort.

6 Resultat

Väcker starka känslor

I flera artiklar visade resultatet på att det väcktes många olika känslor hos sjuksköterskan i möten med våldsutsatta kvinnor. Känslorna uppstod innan mötet, under mötet och efter mötet. Återkommande känslor var ilska, frustration, rädsla och oro som beskrevs i flera av artiklarna. Enligt Polit och Beck (2011) ökar detta resultatets trovärdighet.

Känslor av ilska och frustration

Flera av sjuksköterskorna menade att de upplevde ilska som en övervägande känsla i mötet med de våldsutsatta kvinnorna. Ilskan beskrevs vara framkallad av olika faktorer såsom ilska riktad mot förövaren (Wath, Wyk & Rensburg, 2013) och det faktum att han oftast inte fick något straff (Hägglom & Möller, 2006). Goldblatt (2009) skriver att sjuksköterskan kände ilska gentemot kvinnan som inte lämnar mannen.

Sjuksköterskorna beskrev mötena med de våldsutsatta kvinnorna som svåra att hantera då det var jobbigt att bevittna det dem blivit utsatta för. De upplevde att ilskan ”tog över” och det blev svårare att genomföra sitt jobb (Hägglom & Möller, 2006; Goldblatt, 2009). Ilska uppstod gentemot kollegor som hade svårigheter att möta kvinnorna eller identifiera att våld förekom beskrevs. Sjuksköterskorna beskrev ilska mot läkaren och andra professioner som inte ”verkade bry sig” eller gjorde inte gjorde tillräckligt enligt dem (Hägglom & Möller, 2006).

Flera av sjuksköterskorna beskrev sin frustration mot situationen och att de upplevde en känsla av hjälplöshet. Sjuksköterskorna var trots det medvetna om vikten av att lägga sin egen frustration åt sidan i mötet med kvinnan. Känslorna som uppstod i mötet med kvinnorna var så starka och svåra att sätta ord på att frustrationen var oundviklig. Frustrationen uppstod även efter mötet när de tänkte vad kvinnorna utsatts för (Goldblatt, 2009; Woodtli, 2001). Det fanns även en frustration över att kvinnorna inte fick den hjälp som sjuksköterskorna ansåg att de behövde från till exempel, polis, sociala myndigheter eller kvinnocenter (Hägglom & Möller, 2006).

Känsla av rädsla och oro

Det förelåg en osäkerhet hos sjuksköterskorna för hur de ska möta kvinnorna och de beskrev sig själva som osäkra på hur de ska fortsätta när de ställt första frågan om våld förekommer (Hägglom & Möller, 2006). Det fanns flera sjuksköterskor som upplevde att det var svårt att formulera frågan om våld förekom menar Woodtli (2001) i sin studie, medan Hägglom, Hallberg och Möller (2005) beskriver hur sjuksköterskorna upplevde att det kränkte kvinnan om de ställde frågan om våld förekommer i hennes relation. Sjuksköterskorna beskrev att de kände osäkerhet inför mötet då de inte visste vad de skulle göra (Watt, Bobrow & Moracco, 2008) och att de försökte att trösta men de visste inte hur (Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, 2011). Hägglom och Möller (2006) skriver att flera av sjuksköterskorna var oroliga att knyta an till kvinnorna. Sjuksköterskorna beskrev att brist på utbildning i hur de ska bemöta och vårda de våldsutsatta kvinnorna var en bidragande faktor till osäkerheten hos dem (Watt, et al. 2008). Brykczynski, et al. (2011) hävdar att mer träning och utbildning för sjuksköterskorna behövs för att sjuksköterskor ska känna sig säkrare i mötet med våldsutsatta kvinnor.

I Hägglom och Möller (2006) beskriver sjuksköterskorna en rädsla för att möta kvinnorna när de är skadade och att flera av dem menade att rädslan är kopplad till brist på kunskap om hur man ska bemöta kvinnan. Rädslan sjuksköterskan känner är det största hindret i vården av dessa kvinnor hävdar Watt, et al. (2008). Det visade sig finnas ett starkt engagemang kring de våldsutsatta kvinnorna, men även en stark oro över hur man ska bemöta dem. De sjuksköterskor som erhållit utbildning i att identifiera, vårda och bemöta våldsutsatta kvinnor ansåg sig själva som säkra inför mötet (Hägglom & Möller, 2006).

Sjuksköterskorna upplevde mötena med kvinnorna som känslomässiga (Wath, et al. 2013) och att det uppstod flera olika känslor som var svåra att balansera (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskorna beskrev att de blev ledsna vid mötet med kvinnorna och att de kände för att gråta när de såg dem (Wath, et al. 2013). Känslorna pendlar intensivt i mötet med kvinnorna och det blir smärtsamt för sjuksköterskorna (Wath, et al. 2013).

Påverkan på sjuksköterskans livssituation

I flera artiklar fanns ett genomgående tema som belyste hur sjuksköterskans vardagsliv blir påverkat när hon möter en kvinna som blivit utsatt för våld. Sjuksköterskan tar med sig tankar och funderingar hem som påverkar henne både positivt och negativt.

Sjuksköterskans erfarenheter av mötet med våldsutsatta kvinnor

Många sjuksköterskor upplevde att deras stöd till kvinnan var betydelsefullt och att det arbete som utförts var meningsfullt (Hägglom & Möller, 2006). Sjuksköterskans känslor som kom fram under vårdtillfället med den våldsutsatta kvinnan var känslor såsom lättnad och glädje. Detta skriver Wath, et al. (2013) i sin studie där de beskriver att sjuksköterskorna kände lättnad när kvinnan visade tecken på bättring och att de själva blev glada när de märkte att de gjort skillnad i kvinnans liv. Hägglom, et al. (2005) skriver att mötet med den våldsutsatta kvinnan handlar om att möta kvinnan som en unik individ, i en unik situation med unika problem och att vara medveten om att förutsättningarna för de drabbade kvinnorna är olika (Hägglom, et al. 2005). Sjuksköterskorna i Woodtli (2001) studie såg värdet i att vara positiva i arbetet med de våldsutsatta kvinnorna, då de kunde hjälpa kvinnorna att komma vidare i sina liv. I Brykczynski, et al. (2011) studie hade flera sjuksköterskor en positiv inställning till de våldsutsatta kvinnorna, de reflekterade inte över att de ibland inte hann gå på sin lunchrast utan de fokuserade istället på att de kanske hade räddat ett liv. Hägglom och Möller (2006) skriver att sjuksköterskorna kände att de är den profession som är den mest hjälpsamma och vårdande länken för kvinnor som blir utsatta för våld i nära relation. De skriver även att sjuksköterskorna förstår att deras arbete har en mening och att de tror att det ska bli bra för kvinnan till slut.

Många positiva upplevelser har beskrivits men det kan också vara påfrestande för sjuksköterskor att möta och höra om de handlingar som kan eller har inträffat mot kvinnan (Hägglom & Möller, 2006). Sjuksköterskor tycker att det är smärtsamt att behöva lyssna på historier med chockerande detaljer om kvinnor som blivit utsatta för våld. De beskriver att det är en svår upplevelse att behöva bevittna kvinnans ärr efter att hon utsatts för våld. Sjuksköterskorna upplevde även det påfrestande att behöva ta del av kvinnornas lidande (Wath, et al. 2013). Hägglom och Möller (2006) tar upp att sjuksköterskorna i deras studie upplevde att det var tungt att möta och höra om kvinnornas berättelser. Brykczynski, et al. (2011) skriver också att sjuksköterskorna beskrev att det svåraste var att se kvinnan bakom alla skadorna. De hävdar att det är

påfrestande för sjuksköterskorna att se hur kvinnorna blivit utsatta för våld och de hemska skadorna det medför. För sjuksköterskan kan det bli en traumatisk upplevelse, men samtidigt måste de vara medvetna om att det enda de kan göra är att erbjuda kvinnan hjälp (Brykczynski, et al. 2011).

Sjuksköterskans påverkan utanför arbetsplatsen

När sjuksköterskan lämnar sitt arbetspass för att åka hem finns den våldsutsatta kvinnan kvar på avdelningen eller mottagningen. Att lämna över kvinnan till annan personal vid hemgång kan för vissa sjuksköterskor upplevas svårt. Det blir emotionellt när sjuksköterskan kommer tillbaka nästa dag och kvinnan har lämnat avdelningen eller mottagningen (Wath, et al. 2013). Sjuksköterskan behöver hantera de känslor och obesvarade frågor som uppstår om hur det gick för henne (Häggbloom & Möller, 2006). Dessa frågor blir till tankar och funderingar och minnena efter kvinnan sätter sina spår. Det kan innebära att tillbakablickar kommer upp vid liknande fall och de bilder som kommer upp i huvudet kan skapa emotionell stress (Wath, et al. 2013). Häggbloom och Möller (2013) och Watt, et al. (2008) skriver i sina studier om att sjuksköterskorna önskar att de får ett bra avslut med de våldsutsatta kvinnorna eftersom de ofta blir lämnade med obesvarade frågor. När sjuksköterskorna får ett avslut med kvinnorna anser de att känslorna inte följer med hem lika lätt.

Goldblatt (2009) beskriver hur mötet med den utsatta kvinnan påverkade sjuksköterskans privata liv, då det finns svårigheter att separera jobb och familjeliv när känslorna följer med hem. Vissa sjuksköterskor väljer att prata med sin partner om hur dagen har varit och beskriva sina känslor som uppstår efter mötet med den våldsutsatta kvinnan (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskorna kan till exempel känna att de har tappat tron på mänskligheten och att de är besvikna över att våld mot kvinnor förekommer (Häggbloom & Möller, 2006). Goldblatt (2009) beskriver också att det fanns flera sjuksköterskor som upplevde att de själva tappade sin identitet när de mötte kvinnorna. När en sjuksköterska tar med jobbet hem måste hon försöka balansera det professionella med det privata (Goldblatt, 2009). Det kan därför påverka sjuksköterskans familj eftersom hon måste hålla inne vissa känslor i och med sin sekretess. Det kan resultera i att familjen inte får den fulla uppmärksamheten den dagen då det har varit många känslor på jobbet (Wath, et al. 2013). Sjuksköterskan behöver bearbeta de psykiska känslor som uppstår, till exempel känslan av att vara medveten om att ingen är immun från våld. Vetskapen om detta kan skapa en rädsla och osäkerhet hos sjuksköterskorna

inför deras egna barn eller anhöriga (Goldblatt, 2009). Minnen och detaljer följer med sjuksköterskan i flera år efter mötet även om samtalet med kvinnan enbart varade en kort stund (Wath, et al. 2013). Häggblom och Möller (2006) beskriver en sjuksköterska som drömde om förövaren och hur hon försvarade sig i en våldsutsatt situation. Det är ett tecken på att det är många känslor som behöver bearbetas efter att sjuksköterskan har lämnat jobbet (Häggblom & Möller, 2006). Då det är svåra och starka känslor som sjuksköterskan upplever, kan detta leda till utbrändhet och sekundär traumatisering om man inte behandlar och tar vara på känslorna på rätt sätt (Goldblatt, 2009).

Sjuksköterskan i professionen

Flera faktorer som påverkar sjuksköterskans förhållningssätt gentemot kvinnorna i mötet beskrevs i artiklarna. Vissa sjuksköterskor kände att det var svårt att hålla distansen till kvinnorna och att de kom kvinnorna nära, vilket påverkar sjuksköterskans professionella förhållningssätt. Sjuksköterskorna visade en stark vilja att göra ett bra arbete med dessa kvinnor, men de visste inte alltid hur. I flera av artiklars resultat visade det sig att sjuksköterskorna ville få mer utbildning inom området våld i nära relation, detta för att bli bättre i deras profession som sjuksköterskor.

Viljan att göra ett bra jobb

Sjuksköterskorna upplevde att de kände ett ansvar för de våldsutsatta kvinnorna och för deras hälsa (Goldblatt, 2009; Häggblom & Möller, 2006). De beskrev hur de upplevde att de kände sig tvungna att ”göra något” när hon bad om hjälp och de beskrev även en vilja av att kunna hjälpa kvinnorna ordentligt (Brykczynski, et al. 2011; Goldblatt, 2009). Det var svårt för sjuksköterskorna att acceptera att vården inte alltid blev helt perfekt (Brykczynski, et al. 2011). Sjuksköterskorna måste acceptera att de har gjort vad de har kunnat och fokusera på de andra patienterna som behöver hjälp just nu, en sjuksköterska kan inte åtgärda allt skriver Brykczynski, et al. (2011).

Woodtli (2001) skriver att sjuksköterskorna i studien strävade efter att arbeta med respekt gentemot kvinnan och hennes känslor eftersom de ville ge kvinnan en möjlighet att fatta egna beslut. Sjuksköterskorna visade på en stark vilja att göra ett bra jobb med de kvinnor som blivit utsatta för våld. Häggblom och Möller (2006) skriver att sjuksköterskorna försökte förstå och visa ödmjukhet inför situationen genom att lyssna och respektera kvinnans handlingar. Sjuksköterskorna uttryckte en stark önskan om mer

utbildning och kunskap kring hur de ska vårda och bemöta våldsutsatta kvinnorna för att kunna behandla dem med respekt på ett bättre sätt. Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell, och Törnkvist (2012) skriver att sjuksköterskorna vill känna sig förberedda inför mötet med våldsutsatta kvinnor. Deras studie visar att det är sex gånger så stor chans att sjuksköterskan frågar om våld förekommer om hon känner sig förberedd.

Upplever att de kommer kvinnan nära

När våldsutsatta kvinnor söker vård befinner de sig i en sårbar och maktlös position, det gör att sjuksköterskan känner sympati för kvinnan (Wath, et al. 2013). Häggblom och Möller (2006) skriver att sjuksköterskorna upplevde att de kände starka känslor och skuld för kvinnan. Goldblatt (2009) skriver att vissa sjuksköterskor försökte sätta sig in i kvinnans livssituation. Detta kan leda till att sjuksköterskan känner känslor likt vad den utsatta kvinnan gör (Wath, et al. 2013). Känslorna kan upplevas så starka att sjuksköterskan identifierar sig med kvinnan (Häggblom & Möller, 2006). Händer detta leder det till att gränsen mellan den våldsutsatta kvinnan och sjuksköterskan suddas ut och sjuksköterskan får svårigheter att hålla en distans till kvinnan (Goldblatt, 2009). Det är av betydelse att sjuksköterskorna sätter tydliga gränser mellan kvinnan och henne själv (Häggblom & Möller, 2006). Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att hålla distansen till kvinnorna och inse att de inte kan äga problemet eller ta saker personligt. Vissa sjuksköterskor hade angelägenhet att skapa en bra relation med kvinnan och insåg efter mötet att det var lätt att komma dem för nära. (Goldblatt, 2009)

Sjuksköterskans föreställningar av den våldsutsatta kvinnan

För att vara professionell i mötet med den våldsutsatta kvinnan kan inte sjuksköterskan låta sina känslor ta över, det gäller att vara närvarande men också att hålla sina egna känslor på avstånd beskriver sjuksköterskorna (Wath, et al. 2013). Woodtli (2001) och Häggblom och Möller (2006) skriver att sjuksköterskorna i deras studier anser att de bör förhålla sig till att vara neutrala och icke kritiserande i mötet med kvinnorna. De nämner också och att det är av betydelse att kunna hantera sina negativa känslor som uppstår i den professionella rollen för att kunna sätta dem åt sidan. Det finns en rad negativa föreställningar gentemot våldsutsatta kvinnor och våld i nära relation som beskrivs av sjuksköterskorna. Woodtli (2001) menar att de negativa föreställningarna som finns kan påverka sjuksköterskans arbetssätt och det medför att vården inte blir lika bra som den borde. Bryczynski, et al. (2011) och Goldblatt (2009) skriver att det är vanligt att sjuksköterskan dömer kvinnan och att sjuksköterskorna hade svårt att förstå varför

kvinnan stannade kvar i förhållandet, de borde förstå bättre. De menar att det finns svårigheter hos sjuksköterskorna att förstå att kvinnorna är fast i en ond cirkel och att de lever i ett förhållande som både kvinnan och förövaren har svårt att ta sig ur. Det gäller att kunna vårda kvinnan utan att döma kvinnan för hennes val eftersom det anses oprofessionellt (Brykczynski, et al. 2011; Goldblatt, 2009). Sjuksköterskan behöver möta sina egna föreställningar då de är tvungna att hantera situationen omkring våldet när kvinnan söker vård. Sjuksköterskan har inget annat val än att öppet ta emot den våldsutsatta kvinnan (Wath, et al. 2013; Häggblom & Möller 2006). Goldblatt (2009) och Brykczynski, et al. (2011) menar att sjuksköterskorna vill hjälpa de våldsutsatta kvinnorna, men de måste samtidigt skydda sig själva från den rad känslor som uppstår i mötet. Sjuksköterskorna inser att det är viktigt att möta sina egna föreställningar och rädslor då de är medvetna om att de kan förneka patienten på grund av dessa, det vill säga att de enbart fokuserar på det fysiska och inte det psykiska eller att de undviker att bli inblandade i de sociala problem som faktiskt finns. Goldblatt (2009) menar att vissa sjuksköterskor valde att enbart vårda det sjuka hos den våldsutsatta kvinnan, för att skydda sig själv från ångest och hjälplöshet.

7 Metod diskussion

Metod

Författarna har valt att arbeta utifrån Forsberg och Wengströms (2013) beskrivning av hur en systematisk litteraturstudie bör göras. Vi är medvetna om att deras beskrivning kan skilja sig från hur andra författare anser att en systematisk litteraturstudie ska göras. Författarna har upplevt Forsberg och Wengström (2013) som bristande i ibland annat deras beskrivning av hur analysprocessen ska utföras. Istället har författarna använt sig av sin förförståelse som inhämtats genom annan litteratur, på föreläsningar och i diskussioner med andra studenter. Detta kan ha påverkat hur analysprocessen utförts.

Urval

I första urvalet valdes endast artiklar som var publicerade de senaste tio åren men då författarna inte fick tillräckligt många artiklar som överensstämde med syftet ändras detta. Istället gjordes ytterligare en sökning där året utökades till artiklar publicerade mellan år 2000-2013 för att få ett större urval. Detta kan ha påverkat nyhetsvärdet då Forsberg och Wengström (2013) förespråkar att artiklar som används i en systematisk litteraturstudie inte bör vara äldre än fem år. Författarna valde medvetet att endast ha

artiklar på engelska, detta kan också ha påverkat resultatet av sökningen. Vi ansåg att flertalet av de artiklar som publiceras översätts till engelska för att kunna publiceras över hela världen och läsas av fler, därför anser vi att studien fortfarande har kvar sin bredd. Det kan förekomma en viss svårighet med att översätta artiklar från engelska till svenska och författarna har använt sig av hjälpmedel som Google Translate och Quicktionary-översättningspenna för att få översättningen från engelska till svenska så korrekt som möjligt. Författarna är dock medvetna om att vissa brister i översättningen kan finnas.

Författarna valde att endast ta med artiklar om kvinnor som utsatts för våld då det är just mötet med våldsutsatta kvinnorna som författarna ville undersöka i studien. Det sattes en åldersgräns, över 19 år, för att undvika artiklar som handlar om våldsutsatta barn eller tonåringar då detta inte var studiens syfte. Författarna valde medvetet att endast granska en grupp som utsatts för våld då sjuksköterskans upplevelse att möta våldsutsatta kvinnor eller våldsutsatta barn kan skilja sig. I de artiklar där urvalet av män och kvinnor beskrivs är förekomsten av manliga sjuksköterskor låg, detta kan ha påverkat resultatet då manliga sjuksköterskors upplevelse av mötet med våldsutsatta kvinnor kan upplevas annorlunda. Studierna som presenteras i arbetet är utförda i flera olika länder, detta kan också ha inverkan på resultatet då det finns kulturella skillnader mellan länderna. Framförallt kan studierna gjorda i Israel och Sydafrika ha påverkat resultatet då synen på mäns våld mot kvinnor kan vara annorlunda jämfört med Sverige, men detta är något författarna har ansett varit utmärkande, därför valde författarna att inkludera dessa då det ger ett bredare perspektiv på studien. Författarna anser att avgränsningarna som har gjorts stämmer väl överens med studiens syfte vilket ökar studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2011). Artiklarna som användes i studien hade olika kontext och det ansåg författarna bra, då studiens resultat blev bredare (Polit & Beck, 2011).

I de artiklar som använts i studien finns en bredd av länder och kulturella skillnader, detta innebär att överförbarheten till en svensk kontext kan diskuteras. Författarna anser dock att studien kan ses som överförbar då det endast är två artiklar som är gjorda i länder där det finns tydliga kulturella kontraster och dessa har bedömts till att inte ha inverkat på resultatet. Författarna anser att det finns en överförbarhet och nyhetsvärde till de sjuksköterskor som möter och jobbar med våldsutsatta kvinnor oberoende av vilket kontext de befinner sig i. För att en studie ska vara överförbar så behöver resultatet kunna överföras till liknande grupper och miljöer. Överförbarheten skall

bedömas av läsaren, författarna anser att resultatet av studien och dess kontext är så väl beskriven att läsaren själv kan avgöra dess överförbarhet (Polit & Beck, 2011).

Både kvalitativa och kvantitativ forskning har använts till denna litteraturstudie, detta för att bredda resultatet utifrån de olika ansatserna (Forsberg & Wengström, 2013).

Sökningsförfarande

Provsökningar gjordes för att få fram bra sökord utifrån studiens syfte. Axelsson (2008) beskriver sökningen som en process där författarna lär sig av sina misstag. Därför gjorde författarna flera fritextsökningar för att hitta de sökord som var mest relevanta för att svara på studiens syfte, de sökord som visade sig stämma mindre bra exkluderades. Författarna har genomgått samma utbildning i hur sökningsförfarandet bör ske, utbildningen hölls av en bibliotekarie. Författarna tog även del av Forsberg och Wengströms (2013) beskrivning av hur sökningsförfarandet skulle gå till för att vara säkra på att sökningen genomfördes på bästa sätt. Det är vanligt att forskare använder sig av en bibliotekarie och varierande litteratur när det ska göras en omfattande litteratursökning (Forsberg & Wengström, 2013). Författarna använde sig av samma sökord och avgränsningar i alla databaser. Det innebär att om sökningarna gjordes enskilt skulle detta inte påverka resultatet av sökningen eller vilka artiklar som de fick fram, vilket tyder på ökad trovärdighet (Polit & Beck, 2011). Relevansen av artiklarnas titlar och abstrakt bedömdes enskilt och kan ha påverkat valet av artiklarna. De artiklar som ansågs vara relevanta och stämma överens med vårt syfte lästes av båda författarna för att få mer förståelse av innehållet. Alla artiklar som författarna fick fram jämfördes med varandra och många av dessa var dubletter, vilket är ett starkt bevis för att sökningarna gjorde på ett liknade sätt (Polit & Beck, 2011). Sökningarna gjordes utifrån flera sökord och flera kombinationer av dessa i tre olika databaser, vilket ses som trovärdigt (Polit & Beck, 2011). Författarna hade kunnat kombinera de valda sökorden med OR för att utöka och bredda sökningen (Forsberg & Wengström, 2013) men valde att inte göra detta då vi ville ha artiklar som innehöll samtliga sökord. Sökningarna gjordes under en viss tidsperiod, om författarna hade haft mer tid till att söka artiklar kanske de hade fått fram fler artiklar som kunde ha inkluderats i studien.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen gjordes utifrån Forsberg och Wengströms (2013) checklista. Författarna är medvetna om att denna skiljer sig från andra listor gjorda av andra författare. Vi jämförde Forsberg och Wengströms (2013) checklistan med Fribergs (2012) förslag men valde att använda oss av Forsberg och Wengström (2013).

Författarna är medvetna om att valet av granskningsmall kan ha påverkat kvalitetsgranskningen av artiklarna men ansåg att mallarna var så snarlika att det inte borde påverka. Författarna valde att inte ändra någonting i Forsberg och Wengströms (2013) granskningsmall, däremot valde vi att endast ta med de punkter som gick att svara Ja eller Nej på och ge poäng utifrån dessa. Om samtliga punkter i mallen hade använts och poängsatts hade poängen artiklarna fick kunnat vara annorlunda. Vi bestämde oss för att ge samma poäng för samtliga punkter, författarna diskuterade om vissa punkter var värda mer än andra men kom överens om att det var fördelaktigare att ha samma poäng för alla. Detta för att inte själva lägga värdering i vilka punkter som ansågs vara mer värda än andra och på så sätt påverka granskningen. Författarna valde själva var gränsen skulle sättas för medel eller hög kvalitet på artiklarna, detta innebär att om gränserna hade satts annorlunda hade vissa artiklar fått en annan kvalitet. Samtliga artiklar granskades enskilt av båda författarna och jämfördes sedan för att komma till en konsensus kring varje artikel. Detta anses ge en ökad trovärdighet till kvalitetsgranskningen (Polit & Beck, 2011). Även Forsberg och Wengström (2013) skriver att forskar triangulering stärker en studies trovärdighet.

Analysprocess

Även här valde författarna att utgå från Forsberg och Wengström (2013) beskrivning av hur en analys bör genomföras. Författarna började med att ta ut utsagor var för sig och sedan jämföra dessa, detta kan både styrka och minska analysens trovärdighet. Det blir mer trovärdigt om författarna inte påverkas av varandra när utsagor tas ut (Polit & Beck, 2011). De utsagor som användes i analysen valdes ut av båda författarna vilket styrker att de är relevanta för studiens syfte. Det som kan minska trovärdigheten är att författarna endast tog ut utsagor individuellt och aldrig gick igenom texten gemensamt. Efter diskussion kondenserades flera utsagor och vissa delades för att bilda två separata utsagor. Detta för att en utsaga endast skulle passa i under en kod (Forsberg & Wengström, 2013).

Utifrån utsagorna bildades sedan koder (Forsberg & Wengström, 2013). Författarna använde sig av färgpennor för att kunna färg koda utsagorna för lätt kunna se skillnader och likheter. Detta underlättade när de kondenserande utsagorna skulle bilda koder, det blev tydligt vilka som kunde paras ihop med varandra. Koderna bildade sedan subkategorier som i sin tur bildade kategorier. Stöd hämtades från Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) då avsaknaden av beskrivning om hur subkategorier bör

utformas saknades i Forsberg och Wengström (2013). Författarna valde att fortsätta arbeta utifrån Forsberg och Wengström (2013) även om de ansåg den som bristande då analysprocessen redan var påbörjad utifrån deras beskrivning. Istället valde de att komplettera med och ta stöd av Hällgren-Granheim (2012). Författarna gick hela tiden tillbaka till utsagorna, koderna och subkategorierna för att säkerställa att de endast passade in på ett ställe och att analysen genomförts på ett korrekt sätt. Författarna ägnade mycket tid åt att säkerställa att alla koder och subkategorier stämde överens med studiens syfte, det resulterade i att namnen på kategorierna byttes under arbetets gång. Författarna är medvetna om att deras förförståelse kan ha påverkat valet av de urval och de kategorier som utformades.

8 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelse och föreställningar av mötet med våldsutsatta kvinnor. Resultatet visade att det väcks både positiva och negativa känslor hos sjuksköterskan vid mötet med våldsutsatta kvinnor, vissa känslor är så starka att de påverkar deras vardagliga liv. Det kan innebära att sjuksköterskan tänker på de våldsutsatta kvinnorna och det de har utsatts för även utanför arbetsplatsen. Resultatet visade en stark påverkan på sjuksköterskans livsvärld men även en stark vilja hos sjuksköterskan att få en ökad förståelse för och möta kvinnornas livsvärld, det är det författarna kommer diskutera utifrån studiens resultat. Flera av de fynd författarna har gjort i studien kan styrkas med litteratur och tidigare forskning vilket ökar trovärdigheten på studien (Polit & Beck, 2011).

Väcker starka känslor

Resultatet i studien visade på att sjuksköterskans möte med våldsutsatta kvinnor hade påverkan på sjuksköterskans livsvärld känslomässigt, framförallt var det starka känslor av ilska och frustration som uppstod i mötet. Ilskan uppstod då de upplevde svårigheter med att förstå varför kvinnan är kvar i förhållandet eller frustrationen över att kvinnan inte ville ta emot hjälp. Detta överensstämmer med en studie som menar att den största anledning till att sjuksköterskor upplever frustration är då de känner maktlöshet gentemot våldet och att det inte finns någonting de kan göra (Natan & Rais 2010). Breakey, et al. (2001) skriver att sjuksköterskan känner maktlöshet inför situationen då hon inte kan göra mer än att ta hand om kvinnan och hennes skador. Fischer och Dahlqvist (2009) skriver att människan själv förstår sin sårbara situation när man ser en

annan människa fara illa. Detta kan förklara varför sjuksköterskan känner dessa känslor i mötet. Vi anser att flera av de känslor som har beskrivits såsom ilska och frustration kan uppstå då sjuksköterskorna känner maktlöshet eller hjälplöshet inför situationen. Författarna har även diskuterat om det anses oprofessionellt att vara ledsen inför en patient och att sjuksköterskorna istället visar sina känslor gentemot kvinnan genom ilska eller frustration. Vi är medvetna om att många känslor som beskrivs i resultatet är snarlika varandra, men vi har valt att skilja de åt då vi anser att de fortfarande är olika typer av känslor sjuksköterskorna har beskrivit i studierna. Författarna tror att flera av de känslor sjuksköterskorna beskrev är kopplade eller beroende av varandra, därför är det svårt att diskutera exakt vad sjuksköterskorna upplevde, författarna anser att de har gjort det på ett objektivt sätt.

Dahlberg och Segesten (2010) menar att om sjuksköterskan har svårigheter att komma in i kvinnans livsvärld behöver hon vara mer kreativ och försöka hitta andra strategier som fungerar för just den kvinnan i hennes situation. I studiens resultat sågs ett samband mellan de känslor sjuksköterskan upplevde och en bristande kunskap. Resultatet visade att sjuksköterskan besitter många föreställningar kring våld i nära relation och det fanns ett samband mellan det och den osäkerhet sjuksköterskan känner i mötet. Flera av de känslor som väcks såsom känslor av oro och rädsla kan även de kopplas ihop med bristande utbildning i hur mötet med en våldsutsatt kvinna bör ske. Resultatet styrks av Breakey, et al. (2001) studie som visar att 92 % av de deltagande sjuksköterskorna uppger att de inte har fått någon specifik utbildning inom området under sin utbildning. Även i Natan och Rais (2010) studie visade det sig att det var förhållandevis få sjuksköterskor som hade erhållit någon form av utbildning inom området. Författarna beskriver i bakgrunden att det finns brister i utbildningen i att bemöta och vårda våldsutsatta kvinnor, detta styrks med resultatet i denna studie som visar på att det finns efterfråga hos sjuksköterskorna om ökad utbildning kring området, detta för att slippa känna osäkerhet i mötet. Vi anser dock att även om sjuksköterskorna erhåller mer utbildning inom området är känslorna som sjuksköterskorna upplever under och efter mötet fortfarande kvar. Ökad utbildning kan leda till att sjuksköterskorna blir medvetna om vilka känslor som kan uppstå och varför men hjälper inte sjuksköterskan att bearbeta dessa.

Resultatet i studien visar att flera sjuksköterskor känner sig rädda, oroliga och osäkra inför och under mötet med våldsutsatta kvinnor. Detta överensstämmer med vad Natan och Rais (2010) skriver om att osäkerheten och rädslan att möta kvinnans livsvärld är det största hindret till att sjuksköterskorna inte vill fråga kvinnorna om våld förekommer. Sjuksköterskorna visste inte hur de skulle formulera frågan eller var rädda för att kränka kvinnan genom att fråga. I resultatet framkommer det att sjuksköterskorna är osäkra på hur frågan ska ställas och hur de ska gå vidare efter att frågan har ställts. Resultatet överensstämmer med Grände, et al. (2009) som menar att sjuksköterskan i vissa fall undviker att fråga kvinnan om våld existerar, detta för att de är rädda för svaret som de kan få. Sjuksköterskan har det yttersta ansvaret kring omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor och om sjuksköterskan upplever rädsla, osäkerhet eller mötet som påfrestande innebär det att vården till kvinnorna försämras. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) kan bristande vård kopplas samman med bristande kunskap eller avsaknad av reflektion kring en situation. De menar att vården inte kan ge resultat så länge sjuksköterskan inte kan möta individen i den unika situationen.

Bryant och Spencers (2002) studie visar att det finns skillnader på hur ofta frågan om våld ställs till en kvinna, det är beroende vilken profession sjuksköterskan arbetar inom och om hon är vidareutbildad. De menar att barnmorskor och sjuksköterskor som jobbar med framförallt kvinnor ställer procentuellt oftare frågan om våld förekommer än vad allmänsjuksköterskor gör. I studiens resultat har författarna inte skiljt på de olika vidare utbildningarna sjuksköterskorna haft utan har endast sett till deras roll som sjuksköterska. Resultatet hade eventuellt blivit annorlunda om författarna valt att endast studera en viss grupp sjuksköterskor. Författarna anser att det är viktigt att se sjuksköterskorna som en grupp och inte dela in dem efter deras erfarenheter eller deras kompetens. Vi anser att det finns en överförbarhet till samtliga sjuksköterskor som möter våldsutsatta kvinnor då mötet med våldsutsatta kvinnor inte är beroende av ett specifikt kontext utan kan ske inom vilket område sjuksköterskan än jobbar inom.

Påverkan på sjuksköterskans livssituation

Studiens resultat visade att flera sjuksköterskor hade svårt att släppa tankarna kring kvinnorna, deras berättelser och de erfarenheter som uppstått i mötet. Resultatet visade att sjuksköterskorna drömde om det som hänt, att de tänkte på och oroade sig för kvinnorna. Levda erfarenheter innebär enligt Dahlberg och Segesten (2010) det en

människa erfara i det dagliga livet, allt från existentiella upplevelser till praktiska handlingar. I resultatet beskrivs hur sjuksköterskans vardag påverkas av de erfarenheter som uppstått i arbetet med en våldsutsatt kvinna och hur de kan leda till att hon känner oro inför sina egna barn och sin familj. Detta kan förklaras av Dahlberg och Segesten (2010) som menar att människan inte reflekterar över sin tillvaro så länge allt är som det brukar vara, men när någonting ovanligt och starkt inträffar ställs vardagen på sin spets. Det kan göra sjuksköterskan medveten om att livssituationen och vardagslivet inte kan tas för givet (Dahlberg & Segesten, 2010), det kan förklara varför de levda erfarenheterna med våldsutsatta kvinnor påverkar sjuksköterskans vardag. I resultatet har författarna inte skiljt på manliga och kvinnliga sjuksköterskor men vi anser att kvinnliga sjuksköterskor får större påverkan på sin livssituation än manliga. Detta då de kan relatera till kvinnan och de får en ökad medvetenhet om att det kan hända dem själva i sin relation till sin make eller pojkvän. Likheter för både manliga och kvinnliga sjuksköterskor anser författarna kan vara medvetenheten och oron för att det kan hända sin dotter, syster eller andra anhöriga kvinnor.

Resultatet visade även att sjuksköterskan pratade med sina anhöriga om de erfarenheter de upplevt i mötet vilket Grände, et al. (2009) menar kan leda till att sjuksköterskan bryter sin sekretess. Även om arbetet som sjuksköterskan utför beskrivs som betydelsefullt och meningsfullt i resultatet så är de erfarenheter som uppstår efter mötet som sjuksköterskan kommer ihåg. Detta gör att sjuksköterskan upplever mötet som övervägande negativt och glömmer bort att det jobb hon utfört har varit bra. Flera sjuksköterskor i resultatet hade förståelse för att deras arbete var meningsfullt vilket kan kopplas till vad Dahlberg och Segesten (2010) skriver då de menar att människan kan klara stora påfrestningar om mening ses med det som görs. Grände, et al. (2009) skriver att sjuksköterskan behöver möta kvinnan där hon befinner sig just nu och vara medveten om att kvinnan är expert på sin egen situation. Dahlberg och Segesten (2010) skriver att varje människa delar unika situationer med andra människor. Kvinnan och sjuksköterskan delar under mötet en liten del av sin tid ihop då deras liv sammanflätas och att många sjuksköterskor kommer ihåg kvinnorna lång tid efter mötet vilket innebär att kvinnan har gjort ett avtryck i sjuksköterskornas livsvärld. Dahlberg och Segesten (2010) belyser även vikten av att kommunicera i livsvärlden, om sjuksköterskan inte får chans att prata om sina erfarenheter finns det risk att sjuksköterskan upplever att hon förlorar sig själv. Författarna anser att det är av stor vikt att sjuksköterskorna som har

mött våldsutsatta kvinnor får chans att berätta om de känslor och erfarenheter de upplevt, för att bearbeta dessa och undvika att de följer med hem. Många avdelningar erbjuder samtal efter det skett traumatiska händelser på avdelningen såsom till exempel hjärtstopp. Vi anser att även mötet med en våldsutsatt kvinna kan ha en så stor påverkan på sjuksköterskan att de är i behov av samtal eller stöd efteråt.

Resultatet visade att sjuksköterskorna blev lättade när kvinnorna visade tecken på bättring och att se kvinnans framsteg gjorde att dem kände glädje. Dahlberg och Segesten (2010) menar att sjuksköterskan har ett ansvar att med sin kompetens, kunskap och inställning göra att mötet med patienten blir vårdade. Resultatet visade att om sjuksköterskorna var positiva i sin inställning till de våldsutsatta kvinnorna så var det större chans att kvinnan kunde gå vidare i sitt liv. Enligt Natan och Rais (2010) är det en större chans att kvinnorna upplever en bra vård om sjuksköterskorna är positiva i sitt förhållningssätt.

Sjuksköterskan i professionen

Resultatet visade på att sjuksköterskan behöver bli bättre på att sätta sina personliga föreställningar åt sidan och vikten av att sjuksköterskan förstår sina egna känslor och tar hand om dem. Även Grände och Roks (2011) menar att sjuksköterskan behöver lägga personliga värderingar åt sidan och inte uttrycka egna åsikter i mötet med kvinnan. Dahlberg och Segesten (2010) skriver att sjuksköterskan och kvinnan delar livsvärld under mötet och att det är sjuksköterskans ansvar att ”svara an” till kvinnans livsvärld i mötet. Det är under mötet som samtalet uppstår där man sedan kan ta del av varandras erfarenheter. Resultatet i studien visade att det finns så starka föreställningar hos sjuksköterskan om våld i nära relation att vården av den våldsutsatta kvinnan blir försämrad eller inte tillräckligt individanpassad utifrån kvinnans livsvärld. Dahlberg och Segesten (2010) skriver att alla sjuksköterskor behöver hitta sitt sätt att arbeta och sitt sätt att vara i den egna världen för att kunna lära sig hur hon ska bemöta andra livsvärldar på ett personligt sätt. Även om sjuksköterskans avsikt är att ge kvinnan den bästa vården måste sjuksköterskan först bli varse om sina egna föreställningar gentemot våld i nära relationer och dess offer. Wright, et al. (2011) skriver att sjuksköterskor behöver arbeta med sina föreställningar för att de inte ska ha en hindrande inverkan på patienten eller det egna arbetet. Detta för att kunna arbeta professionellt och neutralt gentemot kvinnan och hennes situation. Vi anser att det är viktigt att jobba med sina

föreställningar gentemot alla patienter som sjuksköterskan möter under sitt arbete. Författarna anser dock att det är extra viktigt då sjuksköterskans föreställningar gentemot en våldsutsatt kvinna kan vara så starka att de påverkar vården kvinnan erhåller och sättet sjuksköterskan förhåller sig till kvinnan. Bemötandet kvinnan får av sjuksköterskan är viktigt för att kvinnan ska våga berätta vad som hänt, anmäla och känna sig trygg i situationen, därför anser författarna att det är viktigt att sjuksköterskan jobbar med sina föreställningar gentemot våldsutsatta kvinnor. Studiens resultat visade att utbildning i vad våld i nära relationer är kan påverka sjuksköterskan föreställningar om kvinnan och hennes situation, vilket gör att varje kvinna får chansen att bli bemött utifrån sin specifika situation i vården. Dahlberg och Segesten (2010) skriver att alla människor är experter på sig själva och det behöver sjuksköterskan ta med sig in i mötet med den våldsutsatta kvinnan för att kunna möta henne med ett öppet sinne utan att bli påverkad av sina föreställningar.

I studiens resultat beskrivs sjuksköterskans vilja att göra ett bra jobb och att hjälpa kvinnan, resultatet beskriver även att sjuksköterskorna önskar utbildning för att bli bättre i dessa situationer. DeBoer, et al. (2013) menar att sjuksköterskorna är medvetna om att mötet med våldsutsatta kvinnor är en viktig del av deras yrke. Resultatet i studien visar på att sjuksköterskan och kvinnans liv sammanflätas under mötet och att sjuksköterskan behöver vara närvarande med ändå hålla sina egna känslor på avstånd. Sjuksköterskan behöver hela tiden arbeta med sina föreställningar, tankar och funderingar för att kunna möta kvinnan med öppenhet och följsamhet. Att människors livsvärldar är sammanflätade belyser DeBoer, et al. (2013) i sin studie där de skriver att sjuksköterskorna efterlyser en ökad förståelse för kvinnan och hennes situation för att kunna ge kvinnan det stöd hon behöver. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) är det viktigt att fråga individen om hur det är och hur det känns för att förstå dennes unika livsvärld. Det överensstämmer med resultatet i vår studie som visar att sjuksköterskorna efterlyser mer utbildning och kunskap kring att arbeta med och bemöta våldsutsatta kvinnor utifrån deras livsvärldar. Resultatet visar även på att de sjuksköterskor som fått utbildning känner sig säkrare inför mötet, vilket överensstämmer med vad Natan och Rais (2010) skriver, de menar att de sjuksköterskor som har en mer kunskap kring våld i nära relation, dess offer och de rutiner som finns på avdelningen/mottagningen ger kvinnorna bättre och mer individanpassad vård.

9 Slutsats

Mötet med och vården av våldsutsatta kvinnor väcker många starka känslor hos sjuksköterskan såsom ilska, frustration, oro och rädsla hos sjuksköterskan och detta påverkar henne emotionellt. Påverkan kan vara så stor att det har inverkan på hennes vardagsliv då sjuksköterskan tänker på kvinnan och det hon utsatts för. Det kan ha så stor inverkan på vardagen att det stör sjuksköterskans sömn, hennes umgänge med familj och anhöriga samt hennes välmående. Vi anser att sjuksköterskan är behöv av stöd från arbetsplatsen efter mötet med våldsutsatta kvinnor, i form av enskilda eller gruppsamtal. Arbetsplatser kan med fördel utforma handlingsstrategier för att hjälpa sjuksköterskan att bearbeta de känslor och tankar som har väckts i mötet med kvinnorna. Om sjuksköterskorna fick möjligheten att prata om och bearbeta sina känslor i form av enskilda samtal eller som reflektion i grupp på arbetet kan det leda till att dessa känslor inte behöver komma upp utanför arbetsplatsen.

Det finns också ett stort utbildningsbehov för sjuksköterskor i att bemöta och vårda våldsutsatta kvinnor som söker sjukvård. Vi anser att sjuksköterskan behöver en ökad kunskap i vad våld i nära relation innebär, typiska tecken på att det förekommer samt hur det påverkar den utsatta kvinnan. Det resulterar i att sjuksköterskor kan känna sig tryggare i hur mötet och bemötandet till kvinnan bör ske. Men även för att sjuksköterskan ska våga fråga kvinnor om våld förekommer, så fler kvinnor som utsätts för våld i nära relation kan identifieras och få hjälp. Ökad utbildning för sjuksköterskor leder även till att kvinnorna som söker sjukvård känner att de har blivit bemötta som unika individer utifrån sin livsvärld. Ökad utbildning kan även leda till att sjuksköterskors föreställningar gentemot våldsutsatta kvinnor minskar, vilket leder till en bättre vård av dessa kvinnor.

10 Förslag till vidare forskning

Författarnas förslag till vidare forskning är att undersöka vilken utbildning som skulle vara relevant för att förbättra sjuksköterskans omhändertagande av våldsutsatta kvinnor samt om utbildningen bör vara inriktad på bemötandet eller vården av våldsutsatta kvinnor. Författarna anser även att det är av intresse att forska vidare på var denna utbildning ska ske, ska det vara en del av grundutbildning för sjuksköterskan, ska det vara upp till individen själv eller till arbetsplatsen? Även mer forskning kring vad det är som sjuksköterskan upplever som känslomässigt svårt under och efter mötet för att

kunna arbeta fram strategier som hjälper sjuksköterskan att bearbeta de känslor som uppstår. Framtida studier kan med fördel göras på endast manliga sjuksköterskor för att få mäns perspektiv på hur mötet med våldsutsatta kvinnor upplevs. Även studier på en specifik grupp vidareutbildade sjuksköterskor kan med fördel göras, för att få fram fler skillnader och likheter mellan grupperna och allmänsjuksköterskan.

11 Referenser

Artiklar markerade med * är de artiklar som är inkluderade i studiens resultat.

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nilsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.173-189)

Backman, J. (2009). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Bradbury-Jones, C., & Taylor, J. (2013). Domestic abuse as a transgressive practice: understanding nurses' responses through the lens of abjection. *Nursing Philosophy*, 14(4), 295-304. doi:10.1111/nup.12031

Breakey, S., Wolf, K., & Nicholas, P. (2001). Adolescent violence: Assessment of nurses' attitudes and educational needs. *Journal of Holistic Nursing*, 19(2), 143-162.

Brottsförebyggande rådet. (2013). *Misshandel mot kvinnor*. Hämtad 2014-03-26 från: <http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/kvinnomisshandel.html>

Bryant, S., & Spencer, G. (2002). Domestic violence: What do nurse practitioners think?. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, 14(9), 421-427. doi:10.1111/j.1745-7599.2002.tb00143.xz

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. doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x *

Buijssen, H. (1998). *Sjuksköterskans utsatthet – att hantera traumatiska upplevelser i arbetet*. Stockholm: Natur & Kultur

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur

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.0b013e3182a7b5c3

Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda med stöd av handledning*. Lund: Studentlitteratur

Fischer Santamäki, R., & Dahlqvist, V. (2009). Tröst och trygghet. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s.115-134)

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur

- 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 *
- Grände, J., Lundberg, L., & Eriksson, M. (2009). *I arbete med våldsutsatta kvinnor*. Stockholm: Gothia Förlag AB
- Grände, J., & Roks. (2011). *Att möta våldsutsatta kvinnor: Handbok för bemötande och samtal*. Stockholm: Eko Reklam
- Husserl, E. (1973). *Experience and judgement*. Evenston, IL: North Western University Press
- Hägglom, A., Hallberg, L., & Möller, A. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing & Health Sciences*, 7(4), 235-242 *
- Hägglom, A., & Möller, A. (2006). On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090 *
- Inspektionen för vård och omsorg (2014). Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Hämtad: 2014-04-28 från: <http://www.ivo.se/publiceratmaterial/rapporter/Documents/valdsutsatta-kvinnor-och-barn-som-bevittnat-vald.pdf>
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M, Granskär & B, Höglund-Nielsen. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur
- Natan, M., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing*, 17(2), 112-117. doi:10.1097/JTN.0b013e3181e736db
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Nursing Research generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- SFS 2009:400 *Offentlighets och sekretesslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet L6
- SFS 2013:367 *Lag om ändring i brottsbalken*. Stockholm: Justitiedepartementet L6
- 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. doi:10.1186/1472-6955-11-1 *
- 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 *
- Watt, M., Bobrow, E., & Moracco, K. (2008). Providing support to IPV victims in the emergency department: Vignette-based interviews with IPV survivors and emergency department nurses. *Violence Against Women*, 14(6), 715-726 *

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

Wright, L., Watson, W., & Bell, J. (2011). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Bilagor

Bilaga 1: Databassökning i Cinahl.

Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa Abstrakt	Lästa Artiklar	Artikelnummer inkluderade i studien
Intimate partner violence	1990	0	0	0	0
Nurse-Patient relations	1886	0	0	0	0
Intimate partner violence AND Nurse patient relations	12	12	3	3	Nr: 2, 4, 8
Battered women	1149	0	0	0	0
Domestic violence	1162	0	0	0	0
Battered women AND Domestic violence	275	0	0	0	0
Nurse attitudes	3372	0	0	0	0
Battered women AND Domestic violence AND Nurse attitude	2	2	1	1	Nr: 1
Violence	1327	0	0	0	0
Violence AND Nurse attitude	12	12	2	1	0
Quantitative studies	3323	0	0	0	0
Violence AND Nurse attitude AND Quantitative studies	1	1	1	1	0
Survivors	1485	0	0	0	0
Survivors AND Domestic violence	34	34	11	0	0
Survivors AND Nurse attitude AND Domestic Violence	2	2	2	1	Nr: 5

Avgränsningar: studier gjorda mellan 2000-2013, kvinnor, vuxna, engelska.

Sökningarna gjordes 3/3-14 - 24/3-14

Artikelnummer inkluderade i studien: numret anger siffran för vilken artikel som hittades i respektive databas.

Bilaga 2: Databassökning i PubMed

Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Artikelnummer inkluderade i studien
Nurse-Patient relations	2674	0	0	0	0
Battered women	1230	0	0	0	0
Domestic violence	7292	0	0	0	0
Nurse-patient relations AND Battered women	16	16	1	1	Nr: (3)
Nurse-patient relations AND Battered women AND Domestic violence	14	14	4	2	Nr: 3
Attitude of health personnel	15814	0	0	0	0
Attitude of health personnel AND Battered women AND Domestic violence	52	52	5	2	Nr: 7, (3).

Avgränsningar: studier gjorda mellan 2000-2013, kvinnor, vuxna, engelska.

Databassökningarna gjordes 3/3-14 - 24/3-14

Artikelnummer inkluderade i studien: Numret anger siffran för vilken artikel som hittades i respektive databas. (x) = Dubletter

Bilaga 3: Databassökning i Psykinfo

Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Artikelnummer inkluderade i studien
Nurse Attitude	4513	0	0	0	0
Battered Women	838	0	0	0	0
Nurse Attitude AND Battered Women	13	13	6	4	Nr: 6, (1), (7).
Intimate partner violence	2641	0	0	0	0
Nurse patient relations	199	0	0	0	0
Intimate partner violence AND Nurse patient relations	0	0	0	0	0
Domestic violence	2679	0	0	0	0
Domestic violence AND Nurse attitude	15	15	3	2	(1), (6)
Survivors	6723	0	0	0	0
Domestic violence AND Survivors	163	0	0	0	0
Domestic violence AND Nurse attitude AND Survivors	2	2	2	2	(1),(6)
Violence	2747	0	0	0	0
Nurse attitude AND violence	34	34	10	0	0
Nurse attitude AND Violence AND Survivors	1	1	0	0	0

Avgränsningar: studier gjorda mellan 2000-2013, kvinnor, vuxna, engelska.

Databassökningarna gjordes 3/3-14 - 24/3-14

Artikelnummer inkluderade i studien: Numret anger siffran för vilken artikel som hittades i respektive databas. (x) = Dubletter

Bilaga 4: Artikelmatris

	Författare, år, land, titel, tidskrift.	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1.	Goldblatt, H. (2009). Israel. Caring for abused women: Impact on nurses' professional and personal life experiences. <i>Journal of Advanced Nursing.</i>	Att undersöka hur sjuksköterskans professionella och privata erfarenheter påverkas av att vårda våldsutsatta kvinnor.	Metod: Fenomenologisk studie med tolkande ansats. Kvalitativ ansats. Urval: Andamålsenligt och homogent urval. 22 kvinnliga sjuksköterskor från Israel som har vårdat minst en våldsutsatt kvinna det senaste året. Analys: Analyserades enligt metoden innehållsanalys.	Att personliga känslor sjuksköterskan får vid mötet med dessa kvinnor kan påverka den vård hon ger. Mer forskning behövs för att ta fram riktlinjer för att hjälpa sjuksköterskorna att hantera känslorna.	Hög
2.	Brykczynski, K., Crane, P., Medina, C., & Pedraza, D. (2011). USA. Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.</i>	Att öka förståelsen för hur allmän-sjuksköterskas upplevelse av att jobba med våldsutsatta kvinnor och deras familjer.	Metod: Fenomenologisk studie med tolkande ansats. Kvalitativ ansats. Urval: Andamålsenligt och homogent urval. 10 kvinnliga sjuksköterskor med mer än års klinisk erfarenhet. Analys: Fenomenologisk Hermeneutik	Mer forskning behövs för att påvisa svårigheter och även det som fungerar i vardandet av kvinnorna. Man vill förbättra vården för både kvinnorna och sjuksköterskans skull.	Medel
3.	Watt, M., Bobrow, E., & Moracco, K. (2008). USA. Providing Support to IPV Victims in the Emergency Department: Vignette-based interviews with IPV survivors and emergency department nurses. <i>Violence Against Women.</i>	Att beskriva den möjlighet som IPV offer kan få inom hälso- och sjukvården, om kvinnorna själva är redo att skaffa hjälp.	Metod: Kvalitativ design med semistrukturerade frågor. Urval: Bekvämlighetsurval. Homogent och heterogent urval. 10 heltids arbetande akut sjuksköterskor och 16 kvinnor från ett kvinnocenter. Analys: Datorprogrammet ATLAS användes vid transkribering och kodning av intervjuerna.	Sjuksköterskans påverkas av mötet med dessa kvinnor. Hennes reaktion kan påverka vården kvinnan får. Det behövs mer forskning inom ämnet.	Hög
4.	Wath, A., Wyk, N., & Rensburg, E.(2013). Sydafrika. Emergency nurse's experience of caring for survivors of intimate partner violence. <i>Journal of Advanced nursing.</i>	Syfte: Att göra en studie om akut-sjuksköterskans upplevelse av att vårda överlevande från våld I nära relationer.	Metod: Fenomenologisk studie med beskrivande ansats. Kvalitativ ansats. Urval: Andamålsenligt och heterogent urval. 11 sjuksköterskor som jobbade på akutmottagningar på två större sjukhus i Sydafrika. Analys: Deskriptiv fenomenologisk analys	Att ta hand om dessa kvinnor lärmar sjuksköterskan med oro, emotionell stress och en börda av minnen. Kvantitativa studier bör göras för att se om sjuksköterskan ligger i riskzon för stress symptom.	Hög

	Författare, år, land, titel, tidskrift.	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
5.	Woodtli, M. (2001). USA. Nurses attitudes towards survivors and perpetrators of domestic violence. <i>Journal of Holistic nursing</i>	Att utforska och beskriva sjuksköterskans attityd gentemot överlevare av våld i nära relationer och deras förövare.	Metod: Ett holistiskt perspektiv användes som ramverk i studien. Kvalitativ ansats. Urval: Ändamålsenligt och heterogent urval. Analys: Kategoriserade det insamlade materialet i underrubriker utifrån olika frågorna de använde sig av.	Resultatet är relaterat till sjuksköterskornas attityder mot överlevande och förövare av våld i nära relation.	Hög
6.	Hägglöf, A., Hallberg, L., & Möller, A. (2005). Finland. Nurses' attitudes and practices towards abused women. <i>Nursing and Health sciences.</i>	Att beskriva sjuksköterskans kunskap, träning och praktik i förhållande till den våldsutsatta kvinnan.	Metod: Icke experimentell design – observationsstudie med frågeformulär. Kvantitativ ansats. Urval: Bekvämlighetsurval Analys: Beskrivande statistik i form av frekvenstabeller och korstabeller. Även Chi-test fanns.	Sjuksköterskorna känner svårigheter i att reagera i mötet med den våldsutsatta kvinnan, för att de inte vet hur man ska göra eller vad man ska säga. Sjuksköterskorna var inte bekanta med det formella tillvägagångssättet som fanns.	Hög
7.	Hägglöf, A., & Möller, A. (2006). Finland. On a life saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. <i>Qualitative Health research.</i>	Att utforska expertsjuksköterskors upplevelse av fenomenet våld mot kvinnor och sjuksköterskans roll som vårdgivare till dessa kvinnor.	Metod: Grounded Theory. Kvalitativ ansats. Urval: Ändamålsenligt och homogent urval. 10 kvinnliga sjuksköterskor. Analys: Dataanalys beskrivet av Charmaz (vilket tillhör GT). Som innebär konstant jämförelse, data analys, teoretisk försiktighet, anteckningar och teoretisk mättnad.	Resultatet visade att sjuksköterskor har ett intresse för att hjälpa den våldsutsatta kvinnan och de förstår vikten av att utbyta kunskap för att mötet med den överlevande ska bli bättre.	Hög
8.	Sundborg, E., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, E. (2012). Sverige. Nurses' preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: A quantitative study in primary health care. <i>Biomed Central Nursing</i>	Att se hur förberedd sjuksköterskan är att identifiera och ge vård till kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer i primär vården	Metod: Icke experimentell design – observationsstudie med frågeformulär. Kvantitativ ansats. Urval: Randomiserat urval Analys: Datorprogrammet STATA användes för att beskriva statistik i form av frekvenser och tabeller. Chi-test med p-värde <0.05 fanns.	Majoriteten av sjuksköterskorna kände sig oförberedda på att ge vård till kvinnor utsatta för våld. Konsekvenserna av detta är att kvinnor som utsätts för våld inte identifieras och att vården de får blir sämre. Detta leder till onödigt lidande för kvinnorna.	Hög