

**SJUKSKÖTERSKORS UPPLEVELSER OCH ERFARENHETER I
MÖTET MED KVINNOR UTSATTA FÖR VÅLD I
NÄRA RELATION
En litteraturöversikt**

**NURSES' EXPERIENCES IN MEETING WOMEN EXPOSED TO
INTIMATE PARTNER VIOLENCE
A literature review**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2020-01-20

Kurs: 52

Författare: Isabella Best

Författare: Linnéa Boberg

Handledare: Yvonne Hajradinovic

Examinator: Åke Grundberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Våld i nära relation är ett folkhälsoproblem. Våldet är en kränkning mot individens mänskliga rättigheter som kan medföra allvarliga skador både fysisk samt psykiskt. Det är sjuksköterskors professionella ansvar att vilja se och vilja veta för att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor. En god vårdrelation skapas genom gemensam sårbarhet. Sjuksköterskors upplevelse av sårbarhet skapar tillit i mötet och leder till att kvinnors behov och önskningar om god vård uppfylls.

Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relationer.

Metod

Metod för studien var en litteraturöversikt. Artiklar samlades in från CINAHL samt PubMed. Integrerad dataanalys användes och artiklar kvalitetgranskades med hjälp av Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag. Sammanlagt inkluderades 17 stycken vetenskapliga originalartiklar. Forskningsetiska överväganden har tagits i beaktning.

Resultat

Övervägande hade sjuksköterskorna lika åsikter relaterat till hög arbetsbelastning, vårdtyngd, samt brist på utbildning och kunskap. Delade aspekter fanns relaterat till emotionell påverkan att möta samt omhändertaga våldsutsatta kvinnor. Huvudfynden i denna litteraturöversikt skapade kategorierna: "Sjuksköterskors upplevda brister i mötet med våldsutsatta kvinnor", "Sjuksköterskors förhållningssätt i mötet med våldsutsatta kvinnor" samt "Sjuksköterskors känslor i mötet med våldsutsatta kvinnor".

Slutsats

Sjuksköterskors upplevelse och erfarenheter kan bidra till utveckling av trygg vård som innefattar tillit och respekt. Utbildning om våld i nära relation skulle kunna leda till ökad medvetenhet samt ett gott förhållningssätt. Kunskap och god kompetens kan minska fördomar och attityder mot våldsutsatta kvinnor. Genom att göra sjuksköterskor delaktiga kan riktlinjer utformas efter upplevelser och erfarenheter. Detta kan öka förmågan att tillhandahålla ett respektfullt möte med kvinnor utsatta för våld i nära relation.

Nyckelord: Mötet, Professionellt ansvar, Sjuksköterskor, Sårbarhet, Upplevelser

ABSTRACT

Background

Violence in close relationships is a public health problem. Violence is a violation of the individual's human rights, which can cause injuries both physically and mentally. It is the professional responsibility of nurses to want to see and want to know in order to identify abused women. A good care relationship is created through shared vulnerability. Nurses' experience of vulnerability creates trust in the meeting, which enables women's needs and desires for good care.

Aim

The purpose was to shed light on nurses' experiences in the encounter with women exposed to violence in close relationships.

Method

Method for the study was a literature review. Articles were collected from CINAHL and PubMed. Integrated data analysis was used and articles were qualitychecked through the Sophiahome university's assessment documentation. A total of 17 original scientific articles were included. Research ethical considerations has been taken into account.

Results

In general, the nurses had similar views related to high workload, weight of care, and lack of education and knowledge. Shared aspects were related to the emotional impact of being confronted as well as cared for violent women. The main findings in this literature review created the categories: "Nurses' perceived shortcomings in the encounter with abusive women", "Nurses' attitude in the encounter with abusive women" and "Nurses' feelings in the encounter with abused women.

Conclusions

Nurses' experience can contribute to the development of safe care that includes trust and respect. Training on violence in close relationships could lead to increased awareness and a good attitude. Knowledge and good skills can reduce prejudice and attitudes towards women who are vulnerable to violence. By involving nurses, guidelines can be designed based on experiences. This can increase the ability to provide a respectful meeting with women subjected to violence in close relationships.

Keywords: Experiences, Meeting, Nurses, Professional Responsibility, Vulnerability

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Våld i nära relation	1
Upplevelser av att utsättas för våld i nära relation	2
Konsekvenser för våld i nära relation	3
Sjuksköterskans professionella ansvar	5
Mötet med våldsutsatta kvinnor	7
Sårbarhet – Teoretisk utgångspunkt	8
Problemformulering	9
SYFTE	10
METOD	10
Design	10
Urval	10
Datainsamling	12
Kvalitetsgranskning	14
Dataanalys	15
Forskningsetiska överväganden	15
RESULTAT	16
Sjuksköterskors upplevda brister i mötet med våldsutsatta kvinnor	16
Sjuksköterskors förhållningssätt i mötet med våldsutsatta kvinnor	18
Sjuksköterskors känslor i mötet med våldsutsatta kvinnor	20
DISKUSSION	21
Resultatdiskussion	21
Metoddiskussion	25
Slutsats	30
REFERENSER	32

BILAGA A-B

INLEDNING

I den här litteraturöversikten kommer våld i nära relationer bearbetas. Att kvinnor utsätts för våld i nära relation av män är ett samhällsproblem. Inom alla samhällsklasser och åldrar oberoende av socioekonomisk status, kultur eller religion utövas våld, vilket utgör det största hotet mot kvinnors liv och hälsa. Våld är en av de huvudsakliga sjukdomsorsakerna i världen för kvinnor (Grände, Lundberg & Eriksson, 2009). Enligt kompetensbeskrivningen av Svensk sjuksköterskeförening (2017a) ska sjuksköterskor återställa hälsa och lindra lidande. Vidare har sjuksköterskor ett ansvar att hjälpa människor som är i behov, samt kunna hantera situationer där våld och skada föreligger. Det fanns ingen tidigare förförståelse relaterat till detta folkhälsoproblem, då detta inte belyses i sjuksköterskeprogrammet på Sophiahemmet högskola. Därav vill vi med denna litteraturöversikt framföra medvetenhet inom detta ämne, för att med ökad kunskap kunna möjliggöra ett gott möte med dessa kvinnor. Detta görs utifrån ett personcentrerat förhållningssätt för att därigenom ge adekvat omvårdnad. På grund av detta vill vi sammanställa befintlig forskning om hur sjuksköterskor bör ha ett professionellt förhållningssätt, utifrån att belysa sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser.

BAKGRUND

Våld i nära relation

Våld i nära relation beskrivs av Socialstyrelsen (2019) innefatta psykiskt, fysiskt och sexuellt våld samt även social-, materiell- och ekonomisk utsatthet. Åberg (2014) lyfter även dessa punkter samt utvecklar genom att beskriva att latent våld, motvåld, hedersrelaterat våld och förtryck samt även stalking, grooming samt nätrelaterat våld innefattas. Vidare definieras våld i nära relation av Socialstyrelsen (2019) som ett mönster av handlingar innefattande allt ifrån små handlingar till brott av grov karaktär. Detta kan konkretiseras genom beskrivning att handlingarna kan innefatta knuffar, slag och sparkar, förlöjligandet av kvinnan, våldtäkter, allvarliga hot, frihetskränkningar samt avsiktligt förstörande av personliga tillhörigheter. Nationellt centrum för kvinnofrid (u.å) beskriver att våld i nära relation karakteriseras av att personen som är utsatt har en nära relation till förövaren samt i majoriteten av fallen även en känslomässig anknytning till förövaren, vilket försvårar möjligheten till motstånd. Alla typer av våld mellan närstående innefattas i begreppet våld i nära relationer, dock är den vanligaste formen då mannen är den våldsutövande mot kvinnan som han har eller tidigare haft ett känslomässigt förhållande med (Nationellt centrum för kvinnofrid, u.å).

Våld i nära relation är ett stort folkhälsoproblem som sträcker sig över hela världen. Våldet betraktas som en kränkning av individens mänskliga rättigheter (Socialstyrelsen, 2016). Hur många kvinnor som utsätts för våld av sin manliga partner är ett mörkertal, år 2002 gjordes dock en uppskattning som visade att cirka 80 procent av våld relaterat till kvinnor inte polisanmäldes (Brottsförebyggande rådet, 2002). I Sverige år 2014 presenterades två studier gjorda av Brottsförebyggande rådet (2014) och Nationellt Centrum för Kvinnofrid (2014). Dessa studier påvisade att sju procent av alla kvinnor utsätts för våld i nära relation under 2012 i Sverige. Studierna belyser att våldet under 2012 var av grövre karaktär samt att det resulterade i större behov av sjukvård för kvinnorna. Sju procent av kvinnorna utsattes för grovt våld, dock framkommer det även att var femte kvinna har utsatts för någon form av våld under sin livstid samt att våldet skiljer sig mellan män och kvinnor. Tydliga skillnader är att våld mot kvinnor övervägande är grövre samt upprepar sig vid

flera tillfällen. År 2012 gjordes 2 470 anmälningar till polisen angående grov kvinnofridskränkning samt 28 400 polisanmälningar om kvinnor som blivit utsatta för misshandel av en främling eller partner (Socialstyrelsen, 2016). Enligt Socialstyrelsen (2016) var 12 900 av de anmälda brotten relaterat till våld mot kvinnor inom nära relationer.

Orsaker till våld i nära relation

Breife (2012) beskriver att orsaker samt riskfaktorer för att våld i nära relationer uppstår kan delas in i olika kategorier: struktur, samhälle, relation samt individ. Det strukturella som bidrar med risker att våld i nära relation förekommer innefattar normen som ger männen kontroll över kvinnorna, samt acceptansen om konfliktlösningen där våld tilltas. Utöver detta belyses även att dominans, aggression samt heder associeras med maskulinitet. Könrollerna beskrivs även vara opåverkbara. Samhällets påverkan innefattar påfrestande sociala förhållanden, umgänge med personer där våldet normaliseras eller även legaliseras, samt isolering av kvinnan och familjen. Orsaker som kan leda till att våld utövas på relationsnivå är bristfällig kapacitet att hantera relationen, konflikter inom äktenskapet samt att mannen är den kontrollerande samt beslutsfattande i familjen. Orsaker som resulterar i att individen utövar våld kan vara att mannen erhållit bristfällig omvårdnad av sin familj under barndomen eller behövt uppleva våld under sin uppväxt. Utöver detta beskrivs alkoholmissbruk samt individualpsylogiska faktorer såsom medicinsk eller biologisk problematik kunna vara en orsak (Breife, 2012).

Brottsförebyggande rådet (2009) anser att en vanlig faktor till våld är att män förlorar sitt traditionella maskulina värde som i sig resulterar i utanförskap, vilket kan medföra ett sämre psykiskt välmående och våldsamt beteende. Enligt Grände et al. (2009) finns en skillnad mellan männen, beroende på ursprung. När män födda i Sverige utövar våld kan det förklaras bero på exempelvis missbruksproblematik, psykiska störningar, tidigare erfarenheter av våld eller övergrepp som utspelats under barndomen. När män med annan kulturell härkomst utövar våld mot kvinnor i nära relation kan det relateras till hedersförtryck samt en kultur som baseras på värderingar, normer samt kvinnosyn. Att leva med starka normer kring heder och koder kan ge förödande konsekvenser för kvinnorna om de bryts. Detta påvisar att kvinnosynen mellan olika länder skiljer sig vilket även resulterar i olika karaktärer av våldets omfattning (Grände et al., 2009).

Upplevelser av att utsättas för våld i nära relation

Enligt Reisenhofer och Seibold (2007) upplever kvinnor sin situation som svår när de utsätts för våld av sin partner eller annan familjemedlem. Detta skapar en form av isolering då kvinnan inte kan ta egna beslut om hur hon vill leva sitt liv (Reisenhofer & Seibold, 2007). Kvinnor som utsätts för våld i nära relation påvisas ibland ha svårt att sätta ord på sina upplevelser. Acceptansen om att våld utövas ökar under tidens gång, då kvinnorna oftare får en ökad tolerans samt att våldets karaktär förändras (Carter, 2009). En del kvinnor har svårt att uppleva sin situation, vilket är orsaken till att kvinnorna endast söker hjälp när skadorna blivit så allvarligt att deras liv är i ordentlig fara (Reisenhofer & Seibold, 2007). Loke, Wan och Hayter (2012) skriver om att kvinnorna oftast bor under samma tak som förövaren vilket ökar upplevelsen av att känna sig fångslad. Kvinnorna kan uppleva hjälplöshet och osäkerhet i sina egna hem, då förövaren inte känner någon ånger av sitt utagerande. Dessa känslor grundar sig i att deras partner som bör skydda dem,

istället är den som skadar samt bryter ned dem. Rädsla av att söka hjälp är relaterat till oron av att deras situation kommer bli värre och våldet grövre.

Att dagligen bli utsatt för våld påverkar kvinnorna hårt. Det skapar känslor om att de inte förtjänar att leva i en relation utan någon form av våld samt att de inte är värda att behandlas med respekt och kärlek. Tanken av att separera sig från förövaren kan ses som ett misslyckande trots våldets förödande konsekvenser (Loke et al., 2012). Det anses att kvinnors upplevelse av skuld, skam och rädsla är anledningarna att det är svårt för dem att uppfatta deras utsatta livssituation (Reisenhofer & Seibold, 2007). Enligt Rodriguez, Quiroga och Bauer (2009) vill våldsutsatta kvinnor inte berätta för närstående eller sjuksköterskor om våldet då tystnaden ses som en strategi för att överleva. Detta görs i tron om att våldet tilltar om kvinnorna berättar sina händelser samt upplevelser (Rodriguez et al., 2009). Kvinnor som utsätts för våld i nära relation upplever sig ofta tystade samt upplever känslor av maktlöshet, skam, rädsla, skuld, låg självkänsla samt hjälplöshet kan uppkomma (Brown, McGriff & Speedlin, 2018). Att uppleva skam definieras som följande ”Skam är en intensivt smärtsam känsla eller upplevelse av att tro att det är fel på oss och att vi därför inte är värda att accepteras eller känna samhörighet.” (Brown, 2008, s. 29). Skam kan beröra utseende, kroppsbild, familj, psykisk och fysisk hälsa samt sexuell (Brown, 2008).

Grände et al. (2009) belyser att kvinnor som utsätts för psykiskt våld långsamt bryts ned genom att de dagligen kan få höra att de är fula, ointelligenta samt värdelösa, vilket orsakar lågt självförtroende. De elaka påståendena om kvinnan kan orsaka att det slutligen blir en sanning för dem. Lågt självförtroende kan skapa känslor av att de ska vara glada att någon ens vill ha en relation med dem. I och med att våldsutsatta kvinnor oftast har få sociala kontakter får de en annorlunda bild av verkligheten. Männens blir därför den som kvinnorna hänvisar sin självbild samt sina upplevelser till (Grände et al., 2009). Känslor relaterade till sin manliga partner är blandade, kvinnor upplever rädsla och hat i kombination med mycket kärlek. Enligt Enander och Holmberg (2008) upplever en del kvinnor att de är orsaken till våldets utövande, de vill inte lägga skulden på deras partner. Det är lättare att lägga skulden på sig själv än på männen. Kvinnors upplevelser varierar stort vilket kan bero på våldets uttryck samt hur ofta det förekommer. Våldsutsatta kvinnor har svårt att vara självständiga då Enander och Holmberg (2008) anser att de inte har några egna åsikter eller ett eget värde. Att inte förstå sitt eget värde samt vara emotionellt beroende av sin partner är konsekvenser av våldet (Enander & Holmberg, 2008).

Konsekvenser för våld i nära relation

Konsekvenser för kvinnan

Våld i hemmet har många uttryck som innefattar psykisk, fysisk eller sexuell misshandel. Det våld som utspelar sig är oftast en kombination av psykiskt och fysiskt våld, bestående av kränkningar, isolering, förnedring, sparkar och slag (Grände et al., 2009). Konsekvenser för kvinnor utsatta för våld i nära relation kan leda till skador och vara ihållande både på kort och lång sikt (Brown et al., 2018). När kvinnorna uppsöker sjukvård direkt innefattas oftast fysiskt akuta skador mot kroppen (Dillon, Hussian, Loxton & Rahman, 2013). Våld kan leda till stora hälsoproblem och orsaka inre skador såsom gynekologiska problem, kronisk smärta, funktionshinder, neurologiska störningar, hjärt-kärlsjukdomar samt

allvarliga könssjukdomar (Jackson, Peters & East, 2017). Kvinnans psykiska hälsa påverkas även när de tagit sig ur våldsrelationen och våldet har slutat. Eftersom våld är en grov kränkning mot vederbörande samt i många fall handlar om makt ger detta negativa hälsoeffekter som exempelvis sämre hälsotillstånd och livskvalitet för kvinnan. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och depression uppkommer som vanliga psykiska konsekvenser (Campbell, 2002). PTSD definieras härstamma från en händelse där personen utsatts för ett allvarligt hot om skada eller livsfara för att sedan uppleva extrem rädsla, hjälplöshet samt skräck (Keane, Marx & Sloan, 2009). Depression är varierande från person till person men innebär en nästintill konstant känsla av nedstämdhet och ångest utan tydlig anledning. Sömnen, aptiten och förmågan att tänka kan försämrans likaså kan ökad trötthet upplevas samt minskad levnadslust (Dahlström, 2014).

Lidande samt sårbarhet kan leda till självmedicinering av droger, alkohol eller andra substanser för att försöka minska sin depression (Jackson et al., 2017). Kvinnorna som utsätts för våld i nära relation har ett sämre hälsotillstånd och lider därför mer än de kvinnor som har all dagliga problem som exempelvis ångest eller sömnstörningar (Campbell, 2002). Kvinnorna upplever sig sårbara och känner skam som skapar lågt självförtroende, detta medför en ökad risk för suicidförsök (Loke et al., 2012). Handlingar av fysisk aggression, sexuellt tvång, psykologiskt missbruk samt mannens kontrollbehov gentemot kvinnan kan förekomma inom våldsutsatta relationer. Detta kan skapa många känslor hos kvinnan som stärker mannens makt och dominans. Kvinnan kan idealisera mannen genom att göra ursäkter för hans våldsamma beteende och försöka övertyga andra i sin närhet om att hon borde omhänderta sin kränkande partner. Män som utsätter kvinnor för våld anser sitt beteende som rättfärdigt eftersom dessa kvinnor behöver sättas på plats och disciplineras enligt männen. En skuldbeläggning av kvinnan sker även då mannens agerande beskrivs ha provocerats fram av kvinnan (Brown et al., 2018).

Konsekvenser för barn

Eriksson, Oranen, Solberg och Vatnar (2007) belyser att barn som bevittnar faders våld mot mödrar kan definieras som att utsätta barnen för psykisk misshandel (Eriksson et al., 2007). För barnet kan bevittnandet av våld innebära att de utvecklar trauma, vilket under barnets första år kan påverka hjärnans utveckling, trauma påverkar hjärnan hos barn under tre år och leder till att hjärnan inte kan utvecklas som den bör. Hindberg (2006) beskriver att barn som utsätts för misshandel samt behövt bevittna mamma-misshandel upplever känslor av fientlighet, ilska, aggressivitet, skuld och skam, ångest och depression samt dålig empatisk förmåga. Psykiska skador hos barnet kan resultera i mobbning, självmordsbenägenhet och alkoholproblem i tonåren samt senare delen av livet. Barn som utsätts för dessa upplevelser har även en tendens att utveckla PTSD, relationsstörningar innebärande allvarliga störningar att kunna knyta an och relatera till andra samt även emotionella- samt beteendestörningar (Hindberg, 2006). Konsekvenser av att barn utsätts för våld i hemmet har stora konsekvenser som påverkar de livet ut, i vuxen ålder kan detta förknippas med våldsamt och kriminellt deltagande (Humphreys & Campbell, 2004).

Konsekvenser för samhället

Förutom personligt lidande medför våldet som utövas stora ekonomiska kostnader både för den enskilda kvinnan och samhället. Samhället påverkas av våld i nära relation genom direkta och indirekta kostnader. Direkta kostnader som samhället ansvarar för innefattar all

hjälp såsom omhändertagande av våldsutsatta kvinnor, rättshantering, förebyggande arbete samt straff för förövaren. Inkluderat är kostnader för möbler, hushållsartiklar, kläder samt andra tillhörigheter som slagits sönder. Indirekta kostnader som samhället bekostar är mer svårberäknade och innefattar sjukvård, förlust av inkomst, sänkt arbetsförmåga, ökade kostnader relaterat till det psykiska lidandet som exempelvis överdosering av psykofarmaka, ångest, depression eller suicid (Eliasson & Ellgrim, 2006). Storbritannien gjorde en utförlig studie 2004 som inkluderar tre kostnadstyper; samhällskostnader, kostnader för arbetslivet samt humanitära och emotionella kostnader för kvinnan. Bostadskostnader inkluderades även i studien då det är en avgörande faktor om kvinnor har möjlighet att ta sig ur våldsrelationen. De totala kostnaderna i studien resulterade i 22 miljarder pund innebärande nästan 300 miljarder kronor (Eliasson & Ellgrim, 2006).

Sjuksköterskans professionella ansvar

Det professionella ansvaret handlar om att principer och praktiska regler framträder, samt innefattar även ett övergripande ansvar gentemot samhället. Sjuksköterskans kärnkompetenser kan vidare beskriva detta, innefattande personcentrerad vård, evidensbaserad vård, samverkan i team, förbättringskunskap samt kvalitetsutveckling, informatik samt säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Personcentrerad vård innebär att sjuksköterskan ska inneha förmågan att se individen bakom sjukdomstillståndet, identifiera dess individuella omvårdnadsbehov samt under hela vårdtiden fokusera på patientens egna resurser samt förväntningar. Respekt för individens självbestämmande ska sjuksköterskan även ta hänsyn till (McCance & McCormack, 2019). Evidensbaserad vård innebär att sjuksköterskor ska förfoga över uppdaterad kunskap samtidigt som ny forskning kontinuerligt följs samt kritiskt granskas (Willman, 2019). Kärnkompetensen samverkan i team innebär att sjuksköterskor ska kunna samarbeta med andra professioner för att ge patienten så god vård som möjligt (Berlin, 2019). Sjuksköterskor bör eftersträva kvalitetssäkring samt förbättringsarbete vilket kan göras genom förståelse för vårdorganisationens uppbyggnad (Elg & Olsson, 2019). Säker vård samt förebyggandet av vårdskador är önskvärt att sjuksköterskor utför samt eftersträvar vilket kan göras genom ett patientsäkert arbetssätt samt kontinuerlig riskbedömning av patienterna samt förebygga de identifierade riskerna (Ödegård, 2019). Slutligen behöver sjuksköterskor kunskap gällande kommunikations- samt informationsteknik för att säkert kunna dokumentera samt använda sig av elektroniska tjänster och hälsoverktyg (Liljequist & Florin, 2019).

Gällande professionsansvaret för just sjuksköterskan som individ beskriver Sjögren (2012) att det handlar om ett professionellt sätt att sköta, genomföra och verkställa uppgifterna för att undgå skuld känslor för valen som genomförs i arbetet. Ansvar beskrivs även handla om att ta hand om sig själv, exempelvis den personliga utvecklingen för att sedan på ett bra sätt kunna ta hand om andra (Sjögren, 2012). Som färdigutbildad sjuksköterska bör de eftersträva ett moraliskt och etiskt ansvar att behandla sina patienter med ödmjukhet och respekt, samt företräda varje individs intressen som är i behov av hälso- och sjukvård. Sjuksköterskor bör även värna om varje patients autonomi samt värdighet (Blomberg, Bisholt & Lindwall, 2018). Sjuksköterskan har olika ansvarsområden, det huvudsakliga professionella ansvaret är att ta hand om personer i behov av vård. Att anpassa vården efter kulturell bakgrund är även en aspekt som bör tas hänsyn till (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Skagerström, Ericsson, Nilsen, Ekstedt och Schmildmeijer (2017)

beskriver att det finns ett ökat intresse hos vårdpersonal att involvera patienter förutsatt att det ökar säkerheten av individens vård och behandling (Skagerström et al., 2017).

Sjuksköterskans professionella ansvar innebär även att följa riktlinjer, där några är mer utarbetade än andra. Socialstyrelsen (2016) beskriver att samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården initialt bör definiera våldsutsatthet, sedan kan rutiner samt riktlinjer fastläggas så sjuksköterskor samt annan vårdpersonal ska kunna hantera våldsutsatta patienter på ett så bra sätt som möjligt. Vikten av att sjuksköterskor tar hänsyn till patienternas självbestämmande är stor, där ödmjukhet samt förmågan att se människan bakom själva sjukdomstillståndet blir tydligt. Blomberg et al., 2018 beskriver att det har kunnat konstateras att patienter mår bättre om de blir behandlade som människorna de faktiskt är, blir tagna på allvar och känner sig integrerade i sin egen vård och behandling. Detta grundar sig i en personcentrerad omvårdnad. Ett sätt att integrera patienten är att be denne förklara sitt sjukdomstillstånd och på så vis få information från och om patienten (Blomberg et al., 2018). Patientsäkerhetslagen styrker även detta genom att beskriva att vården som patienter får ska utformas och genomföras i överläggning med individer i behov av hälso- och sjukvård (SFS 2010:659, kap.6, 1§). Hälso- och sjukvårdslagen beskriver att målet med hälso- och sjukvården är vård på lika villkor samt god hälsa för hela befolkningen. Sjukvården bör utövas så att kraven på god vård uppfylls. Detta innebär specifikt att lagen förespråkar att vården ska ha god kvalitet samt ta hänsyn till patienternas behov av trygghet i behandling och vård. Hälso- och sjukvården bör även vara lättåtkomlig, stödja god kontakt mellan patient samt hälso- och sjukvårdspersonal samt grundas i respekt för patienters integritet och självbestämmande (SFS 2017:30, kap.3, 2§). Denna paragraf tydliggör hälso- och sjukvårdens samt framförallt sjuksköterskans skyldighet i vård och behandling av våldsutsatta kvinnor.

Sjuksköterskans ansvar relaterat till kvinnor utsatta för våld

Sjuksköterskans ansvar är att vilja se, vilja veta samt ställa frågor för att identifiera utövat våld samt att kunna hjälpa kvinnor utsatta för våld ur sitt lidande. Som sjuksköterska är det viktigt att kunna lyssna på kvinnorna, ta emot våldsutsatta berättelser samt hantera kvinnornas livssituation om de öppnar sig (Socialstyrelsen, 2016). Reisenhofer och Seibold (2007) beskriver att om kvinnorna är i behov av sjukvård relaterat till skadorna av våldet följer förövaren oftast med den utsatta till sjukhuset. Detta görs för att kunna kontrollera kvinnan och samtalen med sjuksköterskorna. Eftersom detta är ett vanligt mönster kan det vara en varningssignal för sjuksköterskor till att våld har varit en orsak till uppsökandet av sjukvård (Reisenhofer & Seibold, 2007). Det är betydelsefullt att de vårdsökande kvinnorna får den hjälpen de behöver då de är i stort behov av vårdgivarens kompetens samt hanteringsförmåga av eventuellt uppkommande sårbarhet. Utöver detta är det viktigt att sjuksköterskor förmedlar tillit mot kvinnorna när dessa kommer in till sjukhus eller andra vårdinrättningar (Carter, 2009). Många utav kvinnorna upplever ingen tillit till hälso- och sjukvården som gör att de inte söker vården de behöver (Enander & Holmberg, 2008).

Tillit är en av de grundläggande förutsättningarna inom hälso- och sjukvården för ett väl fungerande samarbete samt en god relation mellan vårdpersonal och patient (Bell & Duffy, 2009; Eriksson & Nilsson, 2008; Jones, Carson, Bleich, & Cooper, 2012; Murray & McCrone, 2015). Personer som förmedlar tillit bär ofta på egenskaper såsom omhändertagande, ansvarsfullhet, etiskt goda förhållningssätt och kompetens. Om sjuksköterskan inte lyckas förmedla tillit och skapa en relation till patienten, i detta fallet

kvinnan är risken hög att viktig information undanhålls. Patientens öppenhet gällande sin situation påverkas av tilliten som förmedlas av sjuksköterskor (Jones et al., 2012). Rodriguez et al. (2009) belyser att kvinnorna i många fall inte vill tala om orsaken till deras ursprungliga skador såsom blåmärken eller brutna revben orsakat av mäns slag och sparkar, utan istället exempelvis skyller på att de ramlat i en trappa. En huvudsaklig anledning till att kvinnorna ljuger om skadorna är att de är rädda för att våldet från deras män ska eskalera (Rodriguez et al., 2009).

För att tillit ska skapas och att våldsutsatta kvinnor inte ska behöva ljuga för sjuksköterskor behövs empati (Reisenhofer & Seibold, 2007). Enligt Nilsson (2013) finns en koppling mellan empati, sympati och medlidande. Empati grundar sig i en annan persons tillstånd, där människan försöker känna den andra personens känslor samt föreställer sig hur deras livssituation är. Med empati kan andras välmående förstås utan att behöva vara känslomässigt engagerade. Sympati och medlidande motsätter sig det tidigare beskrivna då det grundar sig i att någon anses ha råkat illa ut och känslor av att tycka synd om skapas. Etablering av sympati och medlidande medför känslor av att vilja det bästa för den som är utsatt, i motsats till empati då varken gott eller ont önskas (Nilsson, 2013).

Mötet med våldsutsatta kvinnor

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2016) är mötet det tillfälle mellan vårdare och patient då ett partnerskap uppstår samt en ömsesidig öppenhet skapas. Vårdrelationen som skapas är asymmetrisk, på grund av att det är patientens behov av vård som skapar mötet. Vårdare och patient anses ha lika värde samt mänskliga rättigheter som utgör dem till endast personer. I mötet får patienten möjligheten att beskriva sin berättelse och detta anses vara det som skapar en personcentrerad vård. Enligt Andersson (2019) har sjukvården och vårdgivare ett ansvar i mötet vilket innefattar att utforma en relation, identifiera samt utforska sjukdomstillståndet tillsammans med patienten samt att se till att patient är informerad om bedömningen av tillståndet och vidare gemensamt kommer överens om behandling. Mötet anses skapas genom att de som deltar utbyter sina kunskaper samt egna erfarenhet genom kommunikation (Andersson, 2019).

Kommunikation i mötet är det som skapar möjlighet att kunna hjälpa. När sjuksköterskor förmedlar samt skapar ett lugn i mötet, kan detta möjliggöra ett gott samtalsklimat (Berg, 2014). För att förstå patienter som är rädda för att uttrycka sina upplevelser eller inte kan kommunicera verbalt, kan dessa tolkas genom sitt beteende och uttryck som kan beskriva hur de mår. Avseende detta bör fokus vara på patientens tolkningar, vad patienten fick för intryck av mötet. Kroppsspråk kan tillhandahålla sjuksköterskan med mycket information där individer i behov av hälso- och sjukvård känslor, upplevelse och smärta kan läsas av genom ögonkontakt, gester samt beröring (Nilsson & Waldermarson, 2016). Sjuksköterskor har ett ansvar att förstå patienters behov. Patienter som lider eller är sårbara kan ha svårigheter att uttrycka rädsla, värk, skam eller isolering. Det kan ibland uppfattas som svårt för patienter att förstå kroppens olika signaler samt symtom eller upplevelser. Sjuksköterskor bör respektera patienters berättelser utifrån det som förmedlas och vidare i mötet hjälpa finna nya vägar samt underlätta dess tillstånd. Detta möjliggör att patienterna kan integrera med livets nya förutsättningar (Berg, 2014).

För att skapa en utveckling av jämlik omsorg, vård och hälsa behöver hälso- och sjukvården framgå med ett gott bemötande. Sjuksköterskor behöver ett gott bemötande som främjar patientinflytande, patientsäkerhet och delaktighet. I hälso-och sjukvården kan det ibland uppstå svåra situationer då känslor uppkommer och behöver bearbetas. Socialstyrelsen (2015) lyfter parallellprocessen som innefattar att känslor av otillräcklighet, ångest och oro kan uppstå omedvetet i mötet mellan patienter och sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2015). Vid första mötet mellan patienter och sjuksköterskor påbörjas en relation då de från början inte är bekanta med varandra. Patientens bekymmer och tänkbara förväntningar av vården och vilket utfall det anses få har sjuksköterskor ingen aning om. Utifrån patientens livssituation är vården fundamental då varje individ är unik, vilket gör att vården behöver vara personcentrerad samt anpassad efter varje patients individuella behov. För att utforma en nödvändig vård behöver sjuksköterskor lyssna och visa förståelse, utifrån detta skapas ett förtroende för sjuksköterskan som närvarar vid mötet (Berg, 2014). I en studie gjord av McDowall (2010) anses det att sjuksköterskor är den professionen som kan vara behjälpliga i vården genom att minska sårbarhet och isolering samt att öka stöd hos kvinnor som blir utsatta för våld av en partner.

Sårbarhet – Teoretisk utgångspunkt

Sårbarhet betyder att människan är lätt att skada eller såra (Cousley, Martin & Hoy, 2014). Upplevelsen att leva med övergrepp innefattar sårbarhet, vilket kan orsaka hinder för kvinnor som misshandlas att inte kunna uppnå god hälsa. Kvinnornas sårbarhet grundar sig i osäkerhet gällande sin identitet i samband med känslor av att inte vara tillräcklig. Sårbarhet ger uttryck i känslor som att vara ensam i sin kamp samt uppleva sig oskyddad i interaktioner med andra människor. Rädsla och osäkerhet kan uppstå och orsaka maktlöshet över sitt liv, samt ta ifrån kvinnornas förmåga att våga lämna den destruktiva relationen, oförmåga att sätta gränser gällande sig själv och andra (Örmon & Hörberg, 2017). Skör, svag, oskyddad, känslig och upplevelse av utsatthet är typiska orsaker. Sårbarhet kan identifieras till saker individen och samhället inte kan påverka eller kontrollera, detta är grundvillkoren till att vara människa som innefattar existentiella ensamheten, människans beroende samt dödlighet (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008). Miljö och ökad förlust av kontroll orsakar rädsla och ångest som medför växande sårbarhet (Cousley et al., 2014). Sarvimäki och Stenbock-Hult (2008) belyser tre komponenter som relateras till sårbarhet. Biologisk sårbarhet då människans kropp utsätts för övergrepp samt fysiska ingrepp. Sociala sårbarheten innefattar människans olika handlingsmöjligheter. Individen kan också uppleva sårbarhet relaterat till sin världsuppfattning där traditionell samt kulturell bakgrund påverkar (Sarvimäki och Stenbock-Hult, 2008).

Enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult (2008) betraktas en god vårdrelation när sjuksköterskan och patient upplevs sårbara. Det är genom gemensam sårbarhet som sjuksköterskor kan förstå patientens känslor som är förknippade med kvinnornas livssituation. Sarvimäki och Stenbock-Hult (2008) anser att när sjuksköterskor upplever sig sårbara har patientens budskap nått fram och kan därför vara mer mottagna av patientens tankar och känslor relaterat till behov och önskingar (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008). Vanligtvis vill patienter som upplever sig sårbara få medlidande av sjuksköterskor relaterat till det som besvärar dem, att som sjuksköterska förstå deras ångest, börda eller smärta av sjukdom. Sjuksköterskor upplever sårbarhet då de berörs av patientens historia som kan betraktas som svår, hotfull eller utmanande. Sjuksköterskor behöver acceptera sina egna

känslor av misslyckande eller otillräcklighet relaterat till patientens situation för att kunna återskapa kraft och mod att orka stanna kvar hos den som lider. Lyssnande som utmärker sårbarhet innefattar att ha mod att bli vidrörd och påverkad känslomässigt, då öppenheten kan sätta sin egen bekvämlighet på spel (Koskinen, 2017). Sjuksköterskors sårbarhet anses vara en resurs men kan likaväl skapa en mur. Paradox sårbarhet betyder att det antingen bildas en mur eller ett band mellan sjuksköterskan och patienten. Vidare innebär detta att när en sjuksköterska upplevs sårbar är den utsatt för emotionella risker och kan agera genom att ta avstånd. Sjuksköterskor går då till försvar när de inte vågar bemöta svåra situationer (Sarvimäki och Stenbock-Hult, 2008). Likaså medför detta en stor tillgång då sjuksköterskor kan få en ny insikt, bli upplyst samt att begripa något annorlunda (Koskinen, 2017).

Stress-sårbarhetsmodellen är en teori som handlar om uppkomst av olika psykiska sjukdomar samt ohälsa. Det modellen beskriver samt förklarar hur sjukdom kan uppstå av olika stressorer som människor påverkas av, samt vilken typ av ohälsa som tillkommer. Stress-sårbarhetsmodellen grundas på att individer är olika medfödda och dess olika förutsättningen att kunna handskas med psykisk och fysiskt stress. Finns det dåliga förutsättningar att kunna klara av stressen kan det ligga till grund för uppkomst av psykisk ohälsa. Cullberg (2004) använder denna teori för att kunna förklara stressorer till psykotiska sjukdomar, dock utgår också teorin från individens sårbarhet, alltså människors svagheter. Människor svagheter är det som kan skapa en stresströskel, denna tröskel kan se olika ut beroende på individ, vilket betyder att varje individ hanterar sina stressorer på olika sätt. Cullberg (2004) beskriver också hur den förvärvade sårbarheten kan skapas av långvarig stress samt hur rädsla, isolering, livskris och sorg kan bidra till ökad ohälsa. Trots att denna teori beskriver mestadels psykotiska sjukdomar valdes den som teori till litteraturöversikt. Detta beror på att Cullberg (2004) tydligt förklarar de olika stressfaktorerna som skapar ohälsa, då ohälsa är en väldigt tydlig upplevelse samt konsekvens för våldsutsatta kvinnor.

Problemformulering

Våldsutsatta kvinnor kan befinna sig i en högst sårbar situation. Kvinnorna lever i många fall i isolering och kan uppleva mycket skam, rädsla och skuld. Kvinnor som utsätts för våld kan uppleva en stor psykisk påfrestning som kan leda till depression eller PTSD. Riskfaktorer till mäns våldsutövande mot kvinnor kan vara normer, värderingar samt kvinnosyn. Våldet kan även orsaka skador på kvinnans kropp som exempelvis blåmärken eller brutna revben. Våldsutsatta kvinnor har i många fall tillitsproblem vilket även kan göra sig synligt i mötet med sjuksköterskor, då kvinnorna kan försöka bortförklara det inträffade våldet som de söker vård för, och istället uppge att de har ramlat i en trappa. Våld som utövas i hemmet mot kvinnan kan även straffa andra familjemedlemmar, vilket kan ha förödande konsekvenser för exempelvis barns utveckling samt framtid. Våld i nära relationer kostar samhället stora summor, trots att det fortfarande finns ett stort mörkertal relaterat till hur många kvinnor som faktisk utsätts för våld. Utöver kvinnors sårbarhet blottas även sjuksköterskors sårbarhet i patientmötet då sjuksköterskans professionella ansvar innefattar att visa empati samt ta till sig kvinnans berättelse för att få djupare förståelse hur vi kan hjälpa kvinnorna. Våldsutsatta kvinnors tillit till hälso- sjukvården är begränsad, därav bör handlingsstrategier utformas så sjuksköterskor kan skapa en god vårdrelation. Ökad kunskap för att veta hur sjuksköterskor bör interagera i mötet med

våldsutsatta kvinnor skulle kunna vara av betydelse för att öka tillit och därmed minska kvinnornas sårbarhet, men även förbättra omvårdnaden och möjliggöra ett adekvat omhändertagande av kvinnan. Utöver detta skapar ökad kunskap även möjligheten att utveckla en personcentrerad vård till kvinnor som utsätts för våld i nära relation. I dag finns inga tydliga handlingsstrategier för hur mötet ska gå till.

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relationer.

METOD

Design

Studiens design var en litteraturöversikt, där en sammanställning av befintlig forskning gjordes för att finna kunskap inom det valda området. Vid genomförandet av litteraturöversikten utforskades den befintliga kunskapen inom problemområdet, ny evidens eftersträvas inte (Forsberg & Wengström, 2016). Genom litteraturöversikter kunde relevant kunskap sammanställas med hjälp av vetenskapliga artiklar, för att därefter kunna skapa riktlinjer inom praktiken. Litteraturöversikter möjliggör att frågeställningar besvaras som kan lösa specifika kliniska problem. Forskningens kunskapsluckor kan med hjälp av litteraturöversikter slutas då forskningens blinda fläckar identifieras, där aspekter som ännu inte beforskats nu undersöks. Med litteraturöversikter utvecklas även nya forskningsfrågor (Kristensson, 2014). Litteraturöversikter innebär ett ställningstagande till resultat, teoretisk utgångspunkt samt metoder som används för att senare diskutera och förknippa med det valda ämnet. Forskningsområdet bör begränsas genom att söka och välja relevanta publicerade tidskrifter för att besvara syftet. Insamling av data och granskning ska tillämpas med ett kritiskt förhållningssätt. Denna litteraturöversikt grundas på förekommande kvalitativa samt kvantitativa studier. Kvalitativa studier grundar sig på intervjuer och personers egna berättelser där ändamålet är att studera individers erfarenheter av en företeelse för att djupare kunna förstå subjektiva upplevelser. Kvantitativa studier görs däremot i syfte att kunna kartlägga samt skildra samband. (Forsberg & Wengström, 2016). Valet att integrera båda forskningsmetoderna togs då även berättelser av sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser eftersträvas, genom integrerandet av båda forskningsmetoderna beskriver Friberg (2017) att litteraturöversiktens resultat breddas.

Urval

För att säkerställa goda resultat i de utförda sökningarna användes avgränsningar och inklusions- samt exklusionskriterier för att skilja på artiklar med relevans för litteraturöversikten. Detta beskrevs som datainsamlings-processens första steg och var behövligt för att uppnå ett gott resultat av vetenskapligt granskade artiklar (Kristensson, 2014). Polit och Beck (2017) beskrev att urvalskriterierna bör vara fastställda för att kunna garantera god kvalitet i forskningen.

Avgränsningar

För optimering av de genomförda sökningarna har avgränsningar använts. Urvalet av artiklar gjorda i databaser var avgränsade enligt tid, språk, fulltext, abstract samt peer reviewed. Avgränsning i form av tid bestämdes då vetenskapliga artiklar med aktualitet för dagens samhälle eftersöktes. Tidsbegränsning fastlades mellan januari år 2000 till november år 2019, innebärande en avgränsning på 19 år. Språkbegränsningar gjordes till det engelska språket vilket även Kristensson (2014) lägger stor vikt vid. Ingen avgränsning gällande inkluderade studiers geografiska läge har tagits, på grund av att våld i nära relation betraktas som ett världsomfattande problem (Socialstyrelsen, 2019). Artikelsökningen specificerades vidare genom att avgränsningen fulltext lades till. Sökningar utfördes i databaserna PubMed samt CINAHL, där sökningar i databasen CINAHL ytterligare kunde avgränsas då sökningarna specificerades till att abstract samt peer reviewed lades till som kriterium.

Inklusionskriterier

Databassökningen av litteraturöversikten utfördes med hjälp av syftet. Inkluderade artiklar är inriktade på sjuksköterskans arbete samt forskning som beskrev detta i relation till sjuksköterskans profession. Denna litteraturöversikten belyste sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relation, således inkluderades vetenskapliga artiklar som framförde detta perspektiv. Artiklar som inkluderades har varit originalartiklar, blivit vetenskapligt granskade samt blivit peer-reviewed vilket stärker en litteraturöversikt enligt Forsberg och Wengström (2016). Litteraturöversikten inkluderade både artiklar med kvalitativa samt kvantitativa forskningsmetoder. Vetenskapliga artiklar som inkluderades i litteraturöversikten beskrev sjuksköterskors upplevelser samt erfarenheter av att vårda kvinnor som utsätts för våld i nära relation, där mannen var den våldsutövande. En artikel som illustrerar både sjuksköterskans och patientens åsikter inkluderades då sjuksköterskans upplevelser framgick tydligt samt var relevant och kunde kopplas till litteraturöversiktens teoretiska utgångspunkt. Artiklar som belyste både sjuksköterskors samt andra professioners perspektiv inkluderades i denna litteraturöversikten om sjuksköterskors ståndpunkt tydligt framgick, då togs endast sjuksköterskornas åsikter med. Studien skapad av Anderzen-Carlsson, Gillå, Lind, Almqvist, Lindgren-Fändriks och Källström (2018) gällande specialistsjuksköterskor i Sverige inkluderades, då de belyste liknande upplevelser som sjuksköterskorna.

Exklusionskriterier

I de utförda sökningarna användes exklusionskriterier, dessa är kriterier som kunde begränsa sökningarna (Friberg, 2017). I denna litteraturöversikt exkluderades forskning relaterat till samkönade relationer samt män som utsätts för våld, då denna litteraturöversikten endast grundade sig på kvinnor utsatta för våld av männen de har en kärleksrelation till. Sjuksköterskans perspektiv eftersöktes i denna studie, därmed har originalartiklar som belyste andra yrkesgruppers perspektiv utelämnats eftersom det varit irrelevant för studien. Vetenskapliga artiklar som inte uppfyller kvalitetskraven enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsformulär exkluderades, se Bilaga A. Studien har varit inriktat på sjuksköterskans perspektiv varav kvinnans perspektiv exkluderats. Litteraturöversikter har exkluderats då arbetet grundar sig på originalartiklar.

Datainsamling

De vetenskapliga artiklarna samlades in genom de valda databaserna Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Public Medline (PubMed). Databaserna valdes baserat på vetenskaplig inriktning, samt vad som klassificerades som relevant för att kunna finna kunskap gällande den utförda studien. Inkluderade artiklar valdes ut grundat på om de kunde svara på litteraturöversiktens syfte. CINAHL var en databas där artiklar inom området arbetsterapi, omvårdnad samt fysioterapi fanns tillgängliga. I databasen PubMed fanns artiklar som berör omvårdnad, medicin samt tandvård (Karlsson, 2017). Databashandledning med Sophiahemmet Högskolas bibliotekspersonal genomfördes, där en fördjupad kunskap gällande databassökning skapades. Forsberg och Wengström (2016) beskrev det som fördelaktigt att ta hjälp av kunniga personer inom området databassökning, då detta kunde effektivisera artikelsökningen. Databasernas sökträffar som resulterade i inkluderandet av vetenskapliga artiklar redovisades i litteraturöversikten, se tabell 1. Urvalet av artiklar baserades på rubrik, abstrakt och syfte samt relevans för studien. Relevanta artiklar lästes samt sparades så att kvalitetsgranskning kunde ske i nästkommande steg.

För genomförandet av databassökningar användes ämnesord. Ämnesorden för studiens databassökning grundade sig i identifieringen av de bärande begreppen som baserades på denna litteraturöversiktens syfte. Detta jämförde Karlsson (2017) med nyckelbegrepp då de beskrev artikelns innehåll. Databaserna använder sig av varierande system för ämnesorden. PubMed använder sig av ett system som kallas Medical Subject Headings (MeSH) där även komplementet svensk MeSH vid senare skede tillkom, vilket innebar en översättning från svenska till engelska som tagits fram av Karolinska Institutet. CINAHL använder sig av systemet CINAHL Headings för ämnesord som även baserades på MeSH-termer, dock har denna databasen ett bredare tillägg gällande omvårdnadstermer (Karlsson, 2017). Studiens bärande begrepp utformades efter denna litteraturöversiktens syfte och var *känslor, upplevelser, sjuksköterska* samt *våld i nära relation*. Beroende på databaserna som användes översattes de bärande begreppen till engelska vilket resulterade i de engelska begreppen *emotions, experience, nurse* samt *intimate partner violence*. Översättningar av ämnesorden behövde göras för att kunna söka i de olika databaserna, i PubMed översattes ämnesorden till MeSH-termer med hjälp av svenskt MeSH, varpå ämnesord omformulerades i form av CINAHL Headings för att kunna användas i CINAHL. CINAHL gav möjligheten att använda sig av sökfunktionen *explode* vilket genomfördes och därmed vidgade sökningarna så att samtliga underordnade termer av sökordet inkluderades (Karlsson, 2017).

Booleska operatorer såsom ordet AND användes för att kunna specificera samt bredda sökningarna, ordet OR användes även i syfte att vidga urvalet av artiklar. De valda ämnesorden kombinerades med hjälp av booleska operatorer i denna studien, där booleska operatoren NOT valdes att exkluderas då denna inte ansågs vara nödvändig i denna litteraturöversikt. Användandet av booleska operatorer poängteras av Karlsson (2017) som viktigt, då det hade förmågan att specificera samt bredda sökningarna. CINAHL Subject Headings användes som utgångspunkt för artikelsökning i databasen CINAHL och var: *nurses, intimate partner violence* och *nursing care*. Valda sökord som användes som grund för artikelsökningen formulerades samt kombinerades med booleska operatorer och kunde således bredda artikelsökningen, se tabell 1. Ord som nyttjades för fritext- samt artikelsökning i databaserna kunde identifieras från de bärande begreppen. De svenska

orden som utgjorde en grund och sedan översattes till engelska för databassökningarna var *våld i nära relation, våld i hemmet, sjuksköterskan, upplevelser och erfarenheter*. De översatta orden som användes var *intimate partner violence, nursing role, patient-relations, domestic violence, communication, healthcare* och *disclosure*. I början av databassökning konstaterades att sårbarhet innefattades i de valda vetenskapliga artiklar, vilket resulterade i att enskild sökning på sårbarhet inte ansågs som nödvändigt. För att ytterligare kunna specificera samt bredda artikelsökningen omformulerades orden samt parades ihop med olika booleska operatörer, se Tabell 1. Vid sökningar som utfördes utan att vetenskapliga artiklar inkluderades, användes ämnesorden *intimate partner violence* samt *nursing care*. Detta ledde till 14 träffar, fyra lästa abstract samt två lästa artiklar.

Tabell 1. Presentation av databassökning i CINAHL och PubMed

Databas Datum	Avgränsningar	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
11/11–2019 CINAHL	≥ år 2000 - 2019 peer reviewed fulltext abstract språk: engelska	(MH “Nurses+”) OR Nursing Care OR Forensic Nursing OR Nursing AND Experience OR Emotions OR Nurse patient relations AND Domestic violence OR Intimate partner violence OR Gender based violence	165	37	15	9
11/11–2019 PubMed	≥ år 2000 - 2019 free fulltext språk: svenska & engelska	Intimate partner violence AND disclosure AND healthcare	60	6	3	1
11/11–2019 CINAHL	≥ år 2000 - 2019 peer reviewed fulltext abstract språk: engelska	((MM “Intimate partner violence”)) AND (MH “Nursing Care+”)	90	15	3	2
11/11–2019 CINAHL	≥ år 2000 - 2019 peer reviewed fulltext abstract språk: engelska	Domestic violence AND Emergency Nursing AND Nurse attitudes	7	2	1	1
11/11–2019 CINAHL	≥ år 2000 - 2019 peer reviewed fulltext abstract språk: engelska	Nurse-patients relations AND Nurse attitudes AND Intimate Partner Violence	3	3	1	1
Manuella sökningar			3	3	3	3
TOTALT			342	70	28	17

Manuella sökningar

Utöver databassökningarna utfördes manuella sökningar genom undersökning av referenslistor till de inkluderade vetenskapliga artiklarna. Denna manuella sökstrategi rekommenderas av Forsberg och Wengström (2016). Sammanlagt kunde tre vetenskapliga artiklar inkluderas genom manuella sökningar, Di Giacomo, Cavallo, Bagnasco, Sartini, och Sasso (2016), Guruge (2012) samt Robinson (2010). Totalt inkluderades 17 vetenskapliga artiklar i litteraturöversikten, då dessa godkändes i kvalitetsgranskningen samt ansågs kunna besvara denna studiens syfte.

Kvalitetsgranskning

Initialt utfördes ett första urval av vetenskapliga artiklar. Denna process utfördes individuellt, på så vis att artiklarna lästes samt granskades och därefter valdes artiklar bort utifrån titel samt därefter abstrakt som inte bedömdes kunna svara på studiens syfte, som även beskrevs av Forsberg och Wengström (2016).

När en vetenskaplig artikel hittades som skulle kunna svara på studiens syfte lästes abstraktet igenom gemensamt. Sökord som användes för att hitta artiklar där abstraktet granskats noterades, likaså vilken databas artiklarna var publicerade i samt artikelns titel. Artiklar som bedömdes kunna besvara studiens syfte sparades ner digitalt om de var tillgängliga i fullformat i databasen alternativt beställdes i fullformat till biblioteket på Sophiahemmet Högskola för fortsatt granskningsarbete. I nästkommande steg granskades artiklarnas innehåll så att dess kvalitet samt relevans för studien kunde diskuteras, vilket poängterades av Hewitt-Taylor (2017). Kvalitetsgranskningen av artiklarna utfördes individuellt, osäkerheter samt artiklarnas resultat diskuterades senare. Forsberg och Wengström (2016) beskrev att litteraturöversiktens resultat stärktes om de inkluderade artiklarna genomgått en kvalitetsgranskning, då detta minskade risken att felaktiga slutsatser kunde dras. Genom att alla artiklar granskades individuellt ökade detta objektivitet samt reliabiliteten av denna litteraturöversikten (Polit & Beck, 2017). Valt granskningsunderlag för bedömning av de vetenskapliga artiklarnas kvalitet var Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats bedömdes artiklarna med modifiering utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) samt Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016), bilaga A. Genom detta kunde artiklarna kategoriseras in i tre olika grupper av kvalitets förankring; I=Hög kvalitet, II=Medel kvalitet, III=Låg kvalitet.

Av 29 granskade artiklar exkluderades 12 artiklar då dessa inte motsvarade urvalskriterierna, exempelvis genom att beskriva upplevelser av andra yrkeskategorier. Artiklar som valdes bort, exkluderades på grund av att de inte kunde svara på studiens syfte, hade för låg kvalitet alternativt inte blivit etiskt granskade eller där etisk granskning inte framgick med tydlighet. Antalet artiklar som klassificerades med hög kvalitet var 15 stycken, samt två stycken klassificerades som medel. Det var 12 artiklar med kvalitativ forskningsmetod, tre med kvantitativ forskningsmetod och två stycken hade en mixad metod. Inkluderade vetenskapliga artiklar fördes in i en artikelmatris, därefter genomgick

dessa fortsatt dataanalys, se bilaga B. Friberg (2017) beskrev att en sammanställning av artiklar i matris skapade överskådlig samt tydlig redovisning av inkluderad data.

Dataanalys

Efter insamling av data påbörjades en dataanalys. Vald analysmetod för denna litteraturöversikt var en integrerad analys enligt Kristenssons (2014) metod för att sammanställa litteraturstudiens resultat. Med en integrerad analys kunde de inkluderade vetenskapliga artiklarna och resultatet som samlades in på ett okomplicerat sätt sorteras. För att underlätta hantering av datan gjordes detta på ett systematiskt och strukturerat vis. Analysmetoden enligt Kristenssons (2014) var uppdelad i tre steg; första steget innefattade att noggrant läsa igenom de artiklar som inkluderades i resultatet och överblicka artiklarnas likheter och skillnader i resultatet. Detta steg utfördes individuellt, varpå en diskussion fördes efteråt så samstämmighet kunde uppnås. Därefter utformades kategorier baserat på resultatens likheter. Detta medförde att artiklarnas resultat kunde jämföras med varandra och sammanfattas. Grundat på artiklarnas likheter samt skillnader som identifierades utformades preliminära kategorier individuellt. Efter diskussion gällande resultatens likheter samt skillnader kunde slutgiltiga kategorier skapas. I sista steget fördes resultatet av artiklarna in i de skapade kategorierna samt skrevs in i studiens resultatdel löpande text, så en sammanställning av resultaten kunde ske. Studiens kategorier som skapades vid sammanställning av resultatet nyttjades som rubriker i resultatet, som framgår ur metoden av Kristensson (2014). Sortering av text gjordes gemensamt, där integrerad analysmetod användes. Integrerad analysmetod förenklade genom ett strukturerat och systematiskt sätt sortering av inkluderade artiklar samt dess resultat, vilket underlättade datorhanteringen (Kristensson, 2014). Inkluderade artiklar presenterades i korthet i vald matris, se Bilaga B.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik handlade om att värna om den information som togs in på ett korrekt sätt samt med respekt. Studiens metod var en litteraturöversikt då det var lika viktigt med ett forskningsetiskt ställningstagande som vid en enkät- eller intervjustudie (Kristensson, 2014). I processen av att starta ett forskningsprojekt bör hänsyn tas till forskningsetiska överväganden (Forsberg & Wengström, 2016). Vetenskapsrådet (2017) har tagit fram riktlinjer som bör följas för god medicinsk forskning, men underströk att falskhet och fusk inte fick förekomma inom forskning. För att forskningens kvalitet skulle vara så hög som möjligt var riktlinjer och etiska överväganden en viktig del i processen. Genomförande och på vilket sätt resultatet av forskningen påverkar samhället var även en aspekt som hänsyn togs till (Vetenskapsrådet, 2017). Ett antal hållpunkter har skapats som bör beaktas vid forskningsprocessen. Några av de är att endast yttra sig med sanning om forskningen personen själv bedriver, medvetet undersöka och redovisa studiens utgångspunkter och öppet redovisa resultat samt metod. De underrättar även att stjäla forskningsresultat är inte acceptabelt.

Forskningsetiska överväganden bör tas hänsyn till i en litteraturöversikt. Vetenskapsrådet (2017) ansåg att det fanns en tydlig förbindelse mellan god forskningsetik och en god vetenskaplig kvalitet på forskningen. De litteraturöversikter där vetenskapen brister kan det bero på dålig forskningsetik och undermålig vetenskaplig kvalitet. Litteraturstudien hade en hög kvalitet och stark forskningsetik som grundade sig på Vetenskapsrådets (2017)

principer. Artiklar som blivit granskade av en etisk kommitté samt där etiska överväganden gjordes noggrant, användes i denna litteraturöversikt (Gunnarsson, 2017). Artiklar som valdes i resultatet var etiskt godkända, vilket betydde att artiklarna har enligt Helsingforsdeklarationen utgått från informerat samtycke (World Medical Association, 2013). Under skrivprocessen har subjektiva åsikter uteslutits, då ett objektivt synsätt tillämpades. Att återge sakinnehållet samt att vara textnära beaktades. Att skapa egen tolkning samt att endast redovisa de artiklar som stödjer forskarnas egen åsikt var oetiskt enligt Forsberg och Wengström (2016). Forsberg och Wengström (2016) beskrev att alla artiklar borde redovisas oberoende av medhåll till egen hypotes.

Vid granskning av data samt presentation av resultat tillämpades ett kritiskt samt etiskt förhållningssätt. Enligt Forsberg och Wengström (2016) får inte framställning av data, plagiat eller stöld av data, metoder eller resultat användas utan referenshantering då det avviker från god vetenskaplig sed. Därför modifierades APA-mallen av Sophiahemmets Högskola och använts för korrekt referenshantering (Forsberg och Wengström, 2016). Innan litteraturöversikten hade författarna en medvetenhet och kännedom relaterat till ämnet (Forsberg & Wengström, 2016). Enligt Priebe och Landström (2017) handlade förförståelse om författarnas kunskap sedan tidigare, samt egna erfarenheter och värderingar. Denna litteraturöversikt skapades med ett objektivt synsätt, där egna värderingar samt förutfattade meningar aktivt arbetades undan för att undgå subjektivitet. För att kunna förstå har den befintliga kunskapen av litteraturöversiktens författare använts, likaså dess antaganden samt frågeställningar. För att skapa ny förståelse av befintlig forskning krävdes förförståelse (Priebe & Landström, 2017).

RESULTAT

Det var 17 vetenskapliga artiklar som inkluderades totalt i denna litteraturöversiktens resultat. Artiklar som inkluderades i studien - och beskrivs i Bilaga B - märktes med en asterisk i studiens referenslista. Övervägande var de inkluderade studierna eniga om olika faktorer som påverkade sjuksköterskor i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relation, där faktorerna som framkom delades in i de framtagna kategorierna baserat på tyngdpunkter i artiklarna. Resultatet presenterades i tre framtagna kategorier; *Sjuksköterskors upplevda brister i mötet med våldsutsatta kvinnor*, *Sjuksköterskors förhållningssätt i mötet med våldsutsatta kvinnor* samt *Sjuksköterskors känslor i mötet med våldsutsatta kvinnor*.

Sjuksköterskors upplevda brister i mötet med våldsutsatta kvinnor

En brist som påtalades av flertalet inkluderade studier var sjuksköterskornas kunskapsbrist till följd av otillräcklig utbildning i vårdande samt hantering av våldsutsatta kvinnor i nära relation (Al-Natour, Qandil, & Gillespie, 2016; Anderzen-Carlsson, Gillå, Lind, Almqvist, Lindgren-Fändriks & Källström, 2018; Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, 2011; Di Giacomo, Cavallo, Bagnasco, Sartini & Sasso, 2016; Goldblatt, 2009; Guruge, 2012; Häggblom & Möller, 2006; Inoue & Armitage, 2006; Tower, Rowe & Wallis, 2012). Christofides och Silo (2005) motsatte sig dessa studier i och med att 80 procent av sjuksköterskor som erhållit utbildning i bemötande samt vårdande av våldsutsatta kvinnor och 82,3 procent av sjuksköterskor utan

utbildning kunnat identifiera våldsutsatta kvinnor. Detta motbevisade utbildningskravet för att kunna identifiera kvinnor som utsätts för våld i nära relation. Guruge (2012) beskrev trots allt kunskapsbrist samt dåliga färdigheter som den största identifierade bristen. Al-Natour et al. (2016) samt Tower et al. (2012) studier poängterade även vikten av att sjuksköterskor hade kunskap samt beskrev att sjuksköterskor behövde mycket mer utbildning än de fick för igenkänning av våldsutsatta kvinnor. För att kunna identifiera kvinnor som utsätts för våld krävdes det att sjuksköterskor erhöll kompetens och utbildning för att veta hur de bör fråga kvinnor som misstänks råka illa ut om våldet.

Anderzen-Carlsson et al. (2018), Di Giacomo et al. (2016) samt Guruge (2012) skildrade att samtliga sjuksköterskor i studierna beskrev att det var viktigt med specifik kunskap som riktade sig till kvinnor som utsattes för våld i nära relation. Utbildning som sjuksköterskor efterfrågade för att öka kompetensen var identifiering av symtom, förståelse av attityder samt nätverk för att genom detta kunna hjälpa kvinnan fullt ut. Anderzen-Carlsson et al. (2018), Di Giacomo et al. (2016) samt Häggblom och Möller (2006) beskrev att god vård innefattade identifiering av våldsutsatta kvinnor vilket krävde att sjuksköterskor erhöll utbildning för att veta hur de bör fråga kvinnorna som misstänktes vara våldsutsatta om de utsattes för våld i nära relation, vilket även betonades av Al-Natour (2016), Beynon et al. (2012), Brykczynski et al. (2011) samt Guruge (2012). Di Giacomo et al. (2016) beskrev vidare att 64 procent av sjuksköterskorna lyfte vikten av att kunna identifiera kvinnorna genom att fråga om de utsattes för våld. Guruge (2012) instämde även genom skildringen av de 30 deltagande sjuksköterskorna där majoriteten av sjuksköterskorna upplevde det som viktigt. Dock motsatte sig Guruge (2012) fortsättningsvis genom beskrivningen att det endast var möjligt att identifiera våldsutsatta kvinnor om de själva berättade om deras utsatthet gällande våld samt var ärliga gällande våldet för sjuksköterskan.

Sjuksköterskor i studien utförd av Robinson (2010) ansåg sig enkelt kunna identifiera våldsutsatta kvinnor genom deras blick vilket motsätter sig sjuksköterskorna i studierna av Al-Natour (2016), Anderzen-Carlsson et al. (2018), Beynon et al. (2012), Brykczynski et al. (2011), Guruge (2012) samt Häggblom och Möller (2006) som ansåg att det var nödvändigt att fråga kvinnorna om sin våldsutsatthet. Dock beskrevs detta endast fungera om mannen följde med på kvinnans vårdbesök. Identifikationen gjordes då genom att se samspelet mellan kvinnan och förövaren, om männen hade en dominerande personlighet samt om de våldsutsatta kvinnorna var tystlåtna, blyga samt tillbakadragna. Om detta kunde konstateras i relationen hade enligt sjuksköterskorna i studien av Robinson (2010) en våldsutsatt kvinna identifierats, vilket var anledningen till att sjuksköterskor inte ansåg det vara nödvändigt att fråga kvinnorna om sina händelser och upplevelser. Brykczynski et al. (2011), Jack, Ford-Gilboe, Davidov och MacMillan (2016) samt Tower et al. (2012) belyste anledningar till att sjuksköterskor i många fall inte frågade kvinnorna om hon utsätts för våld av sin manliga partner, där Jack et al. (2016) beskrev att anledningar var att sjuksköterskan befarade att kvinnan kunde ta illa upp. Toleransen för våld ökade hos kvinnorna under tidens gång vilket kunde resultera i att de ofta inte själva upplevde sig som våldsutsatta, samt inte insåg att våld förekom i sitt förhållande. Tower et al. (2012) skildrade liknelser då sjuksköterskorna var rädda att göra fel och orsakade ett känslomässigt trauma vilket resulterade i att de inte frågade kvinnorna. I studien utförd av Brykczynski et al. (2011) frågade sjuksköterskor inte kvinnorna av anledning att de inte ville bli involverade i sina patienters sociala eller psykiska problem då dessa inte enkelt kunde åtgärdas.

Sjuksköterskorna i studierna utförda av Guruge (2012) samt Häggblom och Möller (2006) betonade att brister i färdigheter samt kompetens berodde på ofullständiga samt i vissa fall inte befintliga riktlinjer, vilket resulterade i att sjuksköterskor undvek kvinnornas psykiska besvär då de inte visste hur dessa bör hanteras. Häggblom och Möller (2006) beskrev dock vidare att sjuksköterskorna haft dåliga rutiner samt bristfälliga instruktioner beskrivande hur man borde agera i mötet med våldsutsatta kvinnor i nära relation. Robinson (2010) motsatte sig studierna utförda av Guruge (2012) samt Häggblom och Möller (2006) genom framhävandet av redan befintliga riktlinjer samt rutiner. Di Giacomo et al. (2016) redovisade ett nytt perspektiv där sjuksköterskorna inom hälsovårds- organisationerna påtalade att det fanns väl utformade riktlinjer samt rutiner för vårdandet av kvinnliga patienter som utsätts för våld i nära relationer, vilket samtliga studiens sjuksköterskor höll med om.

Beynon et al. (2012) samt Tower et al. (2012) beskrev att andra faktorer som påverkade sjuksköterskor i mötet med våldsutsatta kvinnor var vårdtyngden på resterande avdelning. Stor vårdtyngd innebar hög arbetsbelastning och medförde tidsbrist, framför allt i samtal med våldsutsatta kvinnorna vilket Guruge (2012) instämde till. Vidare beskrev Guruge (2012) att sjuksköterskorna hade för hög arbetsbelastning och vårdtyngd. Vårdtyngden förhindrade sjuksköterskorna från att nå ut till kvinnorna vilket resulterade i att kvinnorna och sjuksköterskorna inte kunde skapa en relation till varandra, detta resulterade i att kvinnorna inte vågade öppna sig och berätta om sin livssituation. Anderzen-Carlsson et al. (2018) motsätter sig detta genom beskrivningen att sjuksköterskorna kunnat skapa en relation till våldsutsatta kvinnor med hjälp av riktlinjer i form av ett formulär. Vidare för att lättare kunna samtala om ämnet våldsutsatthet med alla patienter, då inte endast de med tydliga fysiska skador utsätts för våld. Guruge (2012) påtalade även att brist på samtalsrum var en anledning till att kvinnorna inte öppnade sig om sin situation för sjuksköterskan, då kvinnornas problem inte kunde tas upp. Fortsättningsvis beskrevs att vårdtyngd samt arbetsbelastningen påverkade tiden som sjuksköterskor spenderade med sina patienter. Vid hög arbetsbelastning arbetade sjuksköterskor med tidsbrist vilket gjorde att sjuksköterskor inte hade möjligheten att avsätta den tiden som egentligen krävdes för kvinnor som utsätts för våld i nära relation. Inoue, Uza, Shinjo, och Akamine (2016) beskrev att sjuksköterskor även behövde avsätta tid för utförandet av dokumentation som var en viktig omvårdnadsåtgärd, då kvinnornas skadebild genom utförlig beskrivning samt fotodokumentation behövde journalföras.

Sjuksköterskors förhållningssätt i mötet med våldsutsatta kvinnor

Sjuksköterskorna i studien utförd av Goldblatt (2009), Guruge (2012) samt Inoue et al. (2016) beskrev att identifiering av kvinnorna och det misstänkta våldet de kan ha utsatts för samt omhändertagande av kvinnans fysiska såväl som psykiska hälsobehov tillhör sjuksköterskans ansvarsområdet. Hänsynstagande till kvinnans säkerhetsbehov, skrivandet av remisser samt vara tillgänglig och ge stöd samt råd hörde även till sjuksköterskans ansvar. Di Giacomo et al. (2016) samt Jack et al. (2016) beskrev svårigheten med vårdandet av våldsutsatta kvinnor, då det var viktigt att lyckas förmedla tillit samt få kvinnan att känna sig bekväm och trygg. Först när detta var uppnått kunde kvinnan berätta sanningen om händelserna samt upplevelserna kopplade till våld hon upplevt samt skadebild. I studierna av Beynon et al. (2012), Brykczynski et al. (2011), Goldblatt (2009), Robinson (2010), van Wyk och van der Wath (2015) samt Watt, Bobrow och Moracco (2008) beskrev sjuksköterskorna kvinnornas svårigheter med att lämna den

våldsutövande mannen. Watt et al. (2008) beskrev att sjuksköterskor erhållit förståelse för kvinnans attityd gällande distansering av förövaren lättare förstod svårigheterna av att lämna sin man för en våldsutsatt kvinna med hjälp av riktlinjer samt rutiner gällande förhållningssätt.

Sjuksköterskorna i studien av Anderzen-Carlsson et al. (2018), Guruge (2012), Tower et al. (2012) samt van Wyk och van der Wath (2015) beskrev att de ansträngde sig extra mycket för utvecklandet av en god relation till kvinnorna, så att de vågade lita på sjuksköterskan och eventuellt berättade om sina upplevelser. För att kvinnor som utsätts för våld i nära relation skulle kunna utveckla tillit samt våga öppna sig om de händelser och upplevelser de varit med om borde sjuksköterskor ha god kommunikativ förmåga samt kunna samtala med kvinnorna på ett bra sätt. Guruge (2012) påstod att det framgick att sjuksköterskorna inte direkt gått in på våldsutsatthet utan initialt pratade om kvinnan, sedan delade med sig av några personliga detaljer, och genom detta byggde upp en relation till kvinnan. I många fall hade kvinnan då själv nämnt våldet vilket startade ett mer djupgående samtal kring kvinnans livssituation. van Wyk och van der Wath (2015) förmedlar liknande tankesätt från sjuksköterskorna där även tillit påträffades som ett problem.

I studierna av Robinson (2010) och Tower et al. (2012) förklarade sjuksköterskorna även att de hade svårigheter att lita på sina patienter. Detta var på grund av att sjuksköterskorna tagit sig tid att lyssna på berättelsen, gjorde sig sårbara och tog in hemskheterna. Utöver detta belyser Tower et al. (2012) att sjuksköterskorna försökte hjälpa kvinnorna utifrån det som beskrevs för att sedan ta hjälp av psykolog där de fick höra hela berättelsen samt insåg att den var helt annorlunda. Några sjuksköterskor hade dömande attityder mot de våldsutsatta kvinnorna som sökte vård och ansåg att kvinnorna var av lägre socioekonomisk status, tyckte de var ovårdade samt hade förutfattade meningar om inblandning av alkohol och narkotika. Sjuksköterskorna ville inte heller bli för involverade vilket var en annan anledning till attityderna. Watt et al. (2008) beskrev att sjuksköterskor haft ett liknande perspektiv då de spekulerade i att kvinnor uppfunnit att de var våldsutsatta och misshandlade, då de ville få uppmärksamhet och bli uppflyttade i prioriteringslistan på exempelvis akutmottagningar. Tower et al. (2012) beskrev att sjuksköterskorna problemen beträffande tillit till kvinnorna ändå försökte visa sympati samt försökte hjälpa kvinnorna.

Sjuksköterskans förhållningssätt mot våldsutsatta kvinnor i nära relation borde vara att inte ha förutfattade meningar eller döma kvinnorna, framför allt borde ingen värdering läggas i förövaren, då kvinnan fortfarande kunde ha känslor och älska mannen. Al-Natour et al. (2016) samt Brykczynski et al. (2011) instämde samt beskrev även att sjuksköterskorna bör vara stöttande samt förmedla säkerhet. Watt et al. (2008) beskrev att sjuksköterskorna upplevde att ett snällt och omtänksamt bemötande där hänsyn tas till kvinnans intresse var viktigt att eftersträva. Att ge komplimanger, bekräftelse, ha en attityd som visar förståelse och visa en försiktighet i mötet betonade Häggblom och Möller (2006) vara viktigt. Sjuksköterskorna beskrev att det var av stor vikt att ta sig ordentligt med tid i mötet med våldsutsatta kvinnor, då de frågorna som ställs även krävde att sjuksköterskor tog sig tiden att lyssna på svaret samt hantera kvinnans situation oavsett hur lång tid detta tog (Beynon et al., 2012).

En säker miljö där kvinnan kunde öppna sig om sin livssituation samt sina problem behövde således skapas samt förmedlas av sjuksköterskan (Anderzen-Carlsson et al., 2018; Guruge, 2012; Häggblom & Möller, 2006). Beynon et al. (2012) instämde samt belyste

vikten av att skapa en vårdmiljö som är personcentrerad för våldsutsatta kvinnor, innebärande att samtalen endast skedde mellan sjuksköterskan och kvinnan då kvinnan inte vågade öppna sig om förövaren eller någon annan var närvarande. Utöver detta belyste Häggblom och Möller (2006), Inoue et al. (2016) samt Tower et al. (2012) att det var viktigt att vara en god lyssnare i samtalen med våldsutsatta kvinnor, vilket gjordes genom att sjuksköterskorna aktivt lyssnade på kvinnans berättelser. Vidare respekterade sjuksköterskan samt tillhandahöll uppmuntran mot kvinnan och försäkrade kvinnan om att händelsen inte var kvinnans fel då de ofta kunde uppleva skuld.

Goldblatt (2009), Guruge (2012) samt Inoue et al. (2016) konstaterade att identifiering av våldsutsatta kvinnor innefattades i sjuksköterskans professionella ansvar. Kvinnor som utsattes för våld hade stort behov av hjälp från sjuksköterskan både fysiskt och psykiskt, för att kunna hjälpa kvinnan fullt ut var även identifiering av nödvändiga resurser våldsutsatta kvinnor behövde i sjuksköterskans ansvarsområde, likaså insättning av de identifierade resurserna. Tower et al. (2012) samt Watt et al. (2008) instämde även gällande detta och beskrev att resurser som våldsutsatta kvinnor kunde behöva var involvering av andra yrkesverksamma inom området såsom läkare, sjuksköterskor, eller socialarbetare. Al-Natour et al. (2016), Brykczynski et al. (2011) samt Watt et al. (2008) beskrev att sjuksköterskor med hjälp av tillhandahållandet av information samt stöd för våldsutsatta kvinnor kunnat hålla kvinnornas hopp vid liv.

Sjuksköterskors känslor i mötet med våldsutsatta kvinnor

Enligt Goldblatt (2009), Inoue och Armitage (2006) samt van der Wath, van Wyk och Janse van Rensburg (2013) ville en del sjuksköterskor inte känslomässigt påverkade och därför valde att distansera sig i mötet med våldsutsatta kvinnor. För att undgå känslomässig stress blev fokuset att endast bota fysiska skador (Goldblatt, 2009; Inoue & Armitage, 2006; van der Wath, 2013). Det var på grund av att känslorna tog över då sjuksköterskorna upplevde sig sårbara (Goldblatt, 2009; Tower et al., 2012; van der Wath et al., 2013). Att lyssna skapade god vård vilket kunde medföra att sjuksköterskorna blev djupt involverade, vilket i sig kunde leda till upplevelser av rädsla, att deras hjälp inte var tillräcklig (Beynon et al., 2012; Häggblom & Möller, 2006; Tower et al., 2012). Enligt Goldblatt (2009), van der Wath et al. (2013) samt van Wyk och van der Wath (2015) behövdes utförandet av god vård göras trots risken att kvinnorna återvände till den destruktiva relationen, medan Inoue och Armitage (2006) samt Robinson (2010) ansåg att kvinnorna i många fall levde i tystnad och borde lösa våldets konsekvenser själva. Enligt Brykczynski et al. (2011), Goldblatt (2009), Häggblom och Möller (2006) och van der Wath et al. (2013) uttalade sig sjuksköterskorna om att det ingick i deras professionella ansvar att behandla skador och lindra lidande. Till skillnad från Al-Natour et al. (2016), Guruge (2012) och Inoue och Armitage (2006) skulle sjuksköterskor endast vårda de fysiska skadorna, då de psykiska skadorna ansvarade andra professioner över som exempelvis psykologer.

Sjuksköterskor borde sätta sig in i kvinnans situation för att kunna förstå vilka omvårdnadsbehov som behövdes. Detta medförde mycket känslor och skapade emotionell stress (Goldblatt, 2009; Häggblom, & Möller, 2006; van der Wath et al., 2013). Goldblatt (2009) och van Wyk & van der Wath (2015) ansåg att sjuksköterskor som vårdade våldsutsatta kvinnor upplevde många olika känslor och de försökte sätta sig in i kvinnornas situation, för att kunna hitta lösningar. Sjuksköterskor som mötte dessa kvinnor kunde

uppleva känslor av ledsamhet, rädsla, chock, sympati och ilska. Enligt Goldblatt (2009), Häggblom och Möller (2006), Robinson (2010) samt van der Wath et al. (2013) ansåg vidare att de upplevde känslor av hopplöshet, samt den emotionella stressen orsakade svårigheter att agera professionellt. Precis som kvinnorna upplevde sjuksköterskorna sig även sårbara.

Goldblatt (2009) samt Häggblom och Möller (2006) beskrev att sjuksköterskorna upplevde maktlöshet, samt mycket frustration och ilska mot männen. Beynon et al. (2012), Brykczynski et al. (2011) samt Robinson (2010) höll med om detta, ansåg dock fortsättningsvis att sjuksköterskorna även kunde uppleva frustration gentemot kvinnorna, när de valde att stanna kvar i den våldsamma relationen. Watt et al. (2008) tydde att flertalet sjuksköterskor kände att kvinnorna antingen var omedvetna om den farliga situationen de befunnit sig i eller levde i förnekelse. Sjuksköterskor från studierna gjorda av Beynon et al. (2012), Brykczynski et al. (2011), Goldblatt (2009), Häggblom och Möller (2006), van der Wath et al. (2013) samt van Wyk och van der Wath (2015) ansåg att när kvinnorna inte lämnade sin man medförde det känslor som misslyckande hos sjuksköterskorna. Goldblatt (2009) och van der Wath et al. (2013) beskrev därför att sjuksköterskor utsattes för en mängd av känslor vilket gjorde att många tog avstånd från de våldsutsatta kvinnorna. De ville inte bli emotionellt involverade för att skydda sig själva mot ångest samt känslor av att känna sig hjälplösa. Tower et al. (2012) ansåg att sjuksköterskornas avstånd till våldsutsatta kvinnor mer grundades på att de inte vågade att fråga om våld. Sjuksköterskorna var rädda för att göra fel som i sig kunde medföra mer känslomässigt trauma för den utsatta kvinnan.

Att erhålla bra vård relaterat till våld i nära relationer skiljde sig avsevärt mellan olika länder. Normer och koder påverkade sjuksköterskors syn på hur män skulle behandla kvinnor. Al-Natour et al. (2016) och Inoue och Armitage (2006) belyste att det fanns stor skillnad mellan könen, samt acceptansen att män utövar våld mot kvinnor var lägre i länderna där deras studier utfördes. Till skillnad från Anderzen-Carlsson et al. (2018) som beskrev att våld inte tolereras i Sverige. Inoue & Armitage (2006) instämde inte då sjuksköterskorna uttryckte att de inte kände någon direkt sympati för kvinnorna som blev våldsutsatta. Sjuksköterskorna ansåg att män hade rätt att ta till våld mot kvinnorna och därför antydde sjuksköterskorna att kvinnorna inte var helt oskyldiga. Enligt Inoue & Armitage (2006) var de flesta sjuksköterskor kvinnor och det var de som var mest kritiska till att hjälpa våldsutsatta kvinnor. Detta skiljde sig enligt studierna av Di Giacomo et al. (2016) och Guruge (2012) som ansåg att skuldbeläggning av kvinnorna i högre utsträckning förekom hos de manliga sjuksköterskorna. van Wyk och van der Wath (2015) delade inte denna åsikt och skildrade därför att det inte skulle finnas någon skillnad mellan kön, sexuell läggning samt ursprung.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I litteraturöversiktens resultat framkom det tydligt att sjuksköterskorna hade erfarenhet av att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer och att dessa möten även haft känslomässig påverkan på sjuksköterskorna. Det framgick att sårbarheten var ett hinder mellan sjuksköterskorna och de våldsutsatta kvinnorna (Goldblatt, 2009; Tower et al.,

2012; van der Wath et al., 2013). Detta var instämmande enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) i bakgrunden där det ansågs att sårbarheten kunde ge uttryck på olika sätt, samt kunde orsaka rädsla samt osäkerhet. Enligt Koskinen (2017) behövde även sjuksköterskor ha mod för att bli berörda. Detta kunde diskuteras utifrån Sumner (2013) som beskrev vikten av att utgå från att det var mänskligt att vara sårbar och respektera sårbarheten. I bakgrunden lyftes Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) teori om paradox sårbarhet, då sårbarheten antingen kunde skapa en mur eller ett band. Detta kunde förklaras genom studien utförd av Sumner (2013), då det beskrevs att först när sårbarhet sågs som en resurs var då sjuksköterskornas sårbarhet kunde hjälpa dem att utvecklas samt mognas genom kommunikation. När det blev ett hinder istället för en resurs i mötet var då sjuksköterskornas sårbarhet ignorerades, vilket medförde en sämre utveckling att blomstra relaterat till professionen (Sumner, 2013). För att sjuksköterskor skulle kunna blomstra behövde de ha en självkänsla och självmedvetenhet. Det framgick i litteraturöversiktens resultat att några sjuksköterskor hade förutfattade meningar om våldsutsatta kvinnor. När sjuksköterskor hade en självmedvetenhet som grundades på sårbarhet skapades en process av självakttagelse som kunde bestå av fördomar, tankar, känslor, övertygelse samt erfarenheter. Koskinen (2017) beskrev tidigare att våldsutsatta kvinnor ville få medlidande samt se sjuksköterskornas sårbarhet, därför var det viktigt enligt studien utförd av Sumner (2013) att sjuksköterskorna hade självakttagelse.

I resultatet av denna litteraturöversikt beskrevs det att många sjuksköterskor inte kunde behålla ett professionellt förhållningssätt mot våldsutsatta kvinnor, utan relaterade till sina egna tankar, åsikter samt värderingar vilket bidrog till att de inte ville hjälpa kvinnorna med deras psykiska skador (Goldblatt, 2009; Inoue & Armitage, 2006; van der Wath et al., 2013). Det här kunde motsägas och diskuteras utifrån det Scanlon och Lee (2017) påtalade om de olika klassificeringarna av sårbarhet. Det var inte sjuksköterskors ansvar att endast fokusera på problemet till varför patienter sökte vård, utan istället skulle skapa lämpliga strategier för vårdens kvalitet för den enskilda individen. Ifall alla skulle agera som sjuksköterskorna i studierna utförd av Goldblatt (2009), Inoue och Armitage (2006) samt van der Wath et al (2013) skulle ingen god vård förekomma, då det enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult (2008) var sjuksköterskornas sårbarhet som var grunden för en bra vård. Enligt Sumner (2013) kunde detta styrkas, då det ansågs att det inte blev evidensbaserad vård eller att mötet erhöll god kvalitet när sjuksköterskorna undvek de psykiska skadorna. Det ansågs som viktigt att sjuksköterskor inom i hälso- och sjukvården kände sårbarhet samt empati, samt fokuserade på våldsutsatta kvinnor som helhet.

Robinson (2010) påtalade att det inte faller naturligt för en del sjuksköterskor att stödja våldsutsatta kvinnor. Detta var på grund av att det var onödigt att engagera sig för att de oftast levde i tystnad, kvinnorna kommer högst troligt inte lyssna samt vidare återvända till sin partner. Detta instämde Reisenhofer och Seibold (2007) då de kunde se liknande mönster hos sjuksköterskorna och ansåg att det saknades mycket medlidande och empati inom hälso- och sjukvården. Enligt Reisenhofer och Seibold (2007) behövde sjuksköterskorna stärka sin empati och minska attityderna. Sarvimäki och Stenbock-Hult (2008) instämde för att när sjuksköterskor utförde omvårdnad som i sig grundas på att göra gott, behövdes empati som kunde användas som en styrka för grundutbildade sjuksköterskor. Detta innefattade att vara mottaglig av patienters perspektiv och upplevelser. Holm (2013) belyste även vikten av empati och ansåg att det skulle användas som ett arbetsredskap för att skapa ett professionellt möte. Detta kunde förklaras med hjälp av Örmon och Hörberg (2017) teori om den gemensamma sårbarheter, som vidare kunde

öka förståelsen och empatin i mötet (Örmon & Hörberg, 2017). Sjuksköterskor hade ett yrkesmässigt ansvar att känna empati för de som vårdas. Fanns inte empati skulle sjuksköterskor inte kunna hjälpa patienter som levde i kris samt inte kunna stödja eller motivera dessa. Empati behövdes för att förstå samt fånga upp de som är krisdrabbade, för att förstå deras känslor samt vägleda dem. Holm (2013) ansåg att ett informationsutbyte inte kunde ske under mötet utan empati (Holm, 2013). Sjuksköterskor borde därför vara känslomässigt närvarande, med viss distans för att inte bli alltför sårbara (Sarvimäki och Stenbock-Hult, 2008).

I bakgrunden ansåg sjuksköterskorna i studien av Brown et al. (2018) att våldsutsatta kvinnor var sårbara och oftast levde med känslor av skam, maktlöshet samt rädsla. Detta valdes att diskuteras utifrån Svensk Sjuksköterskeförening (2016) som ansåg att sjuksköterskor borde ha respekt för de som är sårbara och hjälpa dem i mötet att växa, överleva eller uthärda. Sjuksköterskor hade ett stort ansvar för patienterna men också sig själva. I resultat indikerades det enligt Brykczynski et al. (2011), Goldblatt (2009), Häggblom och Möller (2006) samt van der Wath et al. (2013) att sjuksköterskorna borde förstå sitt professionella ansvar och att de måste hantera sina känslor och sårbarhet i mötet med våldsutsatta kvinnor. Vidare för att kunna kontrollera sina egna erfarenheter samt sina upplevelser över kvinnans livssituation. Utifrån det som beskrevs i bakgrunden enligt Sjögren (2012) hade sjuksköterskor ansvar att ta hand om sig själva för att kunna ta hand om andra (Sjögren, 2012). Detta ansågs som viktigt för att sjuksköterskor kunde agera professionellt och följa de fyra ansvarsområdena enligt Svensk sjuksköterskeföreningen (2017b), innefattande att främja hälsa, återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande. Trots att det finns olika ansvarsområden så var det huvudsakliga professionella ansvaret att individanpassa vården efter önskemål, behov samt kulturell bakgrund (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Tower et al. (2012) och Watt et al. (2008) beskrev att trots sårbarhet, hög arbetsbelastning och den upplevda utbildnings- och kunskapsbristen bör sjuksköterskor kunna stödja och informera våldsutsatta kvinnor (Tower et al., 2012; Watt et al., 2008). Detta ansågs som viktigt att lyfta i och med att våld inom nära relationer hade ökat markant under åren och sjuksköterskor borde inneha den kunskapen i sin profession (Reisenhofer & Seibold, 2007). Inom slutenvården beskrivs det vara en stressad miljö som orsakar att sjuksköterskor anser att det finns otillräckligt med tid till att vara känsliga och våga ställa utmanande frågor till våldsutsatta kvinnor (Furniss, McCaffrey, Parnell & Rovi, 2007). Det som diskuterades till varför sjuksköterskor inte vågade fråga dessa kvinnor i mötet kunde även bero på saknad erfarenhet eller otillräcklig utbildning av de effekter som våld kunde åsamka (Yamada & Kato, 2015). Alternativt att de upplevde sig oförberedda med kunskap innan mötet och därför undvek kvinnorna. Det är därför en ökad förståelse om våld i nära relation ansågs medföra att de negativa effekterna för våldsutsatta kvinnorna, deras familj och likaså samhället kunde minska, samt att hälso- och sjukvården skulle kunna förse stöd till kvinnorna (Reisenhofer & Seibold, 2007).

Beynon et al. (2012) samt Tower et al. (2012) påvisade i resultatet att det var svårt att förmedla tillit till kvinnor som utsätts för våld då deras tillit redan var brusten, framför allt var det inte möjligt under tidsbrist. Tillit ansågs som en grundläggande förutsättning för utvecklingen av en god relation mellan sjuksköterskorna och kvinnorna. Detta kunde diskuteras utifrån Grände et al. (2009) då det påtalades att våldsutsatta kvinnor som sökte vård, skydd eller stöd i många fall befann sig i en situation med praktiskt samt

känslomässigt kaos. Vidare möjliga konsekvenser kvinnan kunde ha fått av våldet kunde vara låg självkänsla, svårt att lita på folk innebärande problem med tilliten samt rädsla att inte bli trodd på när hon berättade om sina upplevda händelser.

I litteraturöversiktens resultat beskrivs att egenskaper som sjuksköterskor som lyckats förmedla tillit bär på bland annat var ansvarsfullhet, etiskt goda förhållningssätt, hög kompetens, omhändertagande personlighet samt god samtalsförmåga. Förmedlades inte detta kunde problemen beträffande tillit öka vilket kunde orsaka att kvinnan fortsättningsvis inte sökte den vården hon behövde (Beynon et al., 2012; Tower et al., 2012). Grände et al. (2009) påpekade i motsats till det tidigare nämnda att sjuksköterskors goda bemötande kunde vara avgörande i mötet med våldsutsatta kvinnor för att de skulle kunna berätta om det upplevda våldet och lämna mannen som utsatte henne. För att då kunna skapa ett bra bemötande borde vi som sjuksköterskor se till att kvinnorna fick ett vänligt och varmt mottagande. Grände et al. (2009) beskrev även att sjuksköterskor bör berätta hur de arbetar och hur verksamheten fungerar samt visa kvinnorna runt vid möjlighet. Andra förutsättningar sjuksköterskan bör ta hänsyn till för ett bra möte var att sjuksköterskor berättade om sig själva och sin roll, var tydliga med tystnadsplikten vården innefattar samt vilka ramar som var aktuella för samtalen samt framför allt bekräftade att kvinnorna hade kommit rätt och hjälpte dessa. Resultatet av denna litteraturöversikt belyste även att det var viktigt för sjuksköterskor att tänka på sitt bemötande i samtal med våldsutsatta kvinnor så att dessa öppnade sig till sjuksköterskorna.

Studien utförd av Guruge (2012) påvisar att sjuksköterskorna upplevde det som att de själva befann sig längst ned i vårdens makthierarki, och således inte hade möjligheten att ta egna beslut som främjade våldsutsatta kvinnor i vårdandet då de befann sig i en beroendeställning mot exempelvis läkare. Persson och Ström (2018) beskrev att till skillnad från detta att det var av högsta vikt att vara medveten om den befintliga hierarkin som fanns inom hälso- och sjukvårdens organisationer för att kunna genomföra ett samtal tillsammans med våldsutsatta kvinnor med gott resultat. Sjuksköterskor som var omedvetna om maktbalansen beskrevs inte få våldsutsatta kvinnor att öppna sig. De lyfte även vikten av att se personen bakom tillståndet, se kvinnan bakom våldsutsattheten och skadorna hon inkom med. För att vårda samt möta kvinnan på bästa sätt använde sjuksköterskorna sig utav ett personcentrerat sätt vilket innefattade ett hänsynstagande till kvinnans skador och värden Persson och Ström (2018). Litteraturöversiktens resultat visade att sjuksköterskor inte besatt den kunskapen de behövde för att kunna ge god vård till kvinnor utsatta för våld i nära relation då de inte fått utbildningen som krävs. Resultatet konstaterade även att sjuksköterskorna upplevde svårigheter att fråga kvinnor om de befann sig i våldsutsatta relationer på grund av varierande anledningar. Grände et al. (2009) motsätter sig detta och beskriver att det var essentiellt att möjligheten ges till dessa våldsutsatta kvinnor att få samtala med en sjuksköterska om upplevelsorna som kvinnan utsatts för, och belyste vikten av att sjuksköterskor inte avbröt kvinnan i sin berättelse. Detta påpekades även av Stockholms Stad (1997) samt Tower et al. (2012) i litteraturöversiktens resultat som beskrev att sjuksköterskan inte bör ifrågasätta kvinnan, ge kvinnan ordentligt med tid samt lyssna mycket uppmärksamt på berättelsen när kvinnan öppnar sig. I litteraturöversiktens resultat beskrevs även detta av Al-Natour et al. (2016), Di Giacomo et al. (2016), Guruge (2012) samt Tower et al. (2012) då dessa studier beskrev att sjuksköterskor behövde få rätt utbildning för att känna igen symptom hos våldsutsatta kvinnor där Tower et al. (2012) även belyste att sjuksköterskor borde fått utbildning i igenkänning av de våldsutsatta kvinnornas attityder. Detta kunde styrkas och diskuteras

utifrån Grände et al. (2009) då det poängterades att det krävdes ökad kunskap samt utbildning för att våga fråga samt förhålla sig professionellt. Sundborg, Saleh-Stattn, Wändell, och Törnkvist (2012) beskrev bristande kunskap kunde leda till att sjuksköterskor inte såg symtom och således inte kunde ge kvinnorna den vården som de behövde (Sundborg et al., 2012). Detta medförde att vården inte längre utfördes på lika villkor vilket motsätter sig den Svenska Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30, kap. 3 1§). I hälso- och sjukvårdslagen framgick att målet med samtlig vård till hela befolkningen var att den ges på lika villkor, med respekt för allas lika värde samt ett hänsynstagande till varje individs mänskliga rättigheter. Häggblom och Möller (2006) och McDowall (2010) beskrev att sjuksköterskornas kompetens och erfarenheter inom professionen är viktigast vid vårdandet av våldsutsatta kvinnor (Häggblom & Möller, 2006; McDowall, 2010).

När sjuksköterskorna fått utbildning och kunskapen gällande hantering av våldsutsatta kvinnor ökat, var det möjligt att sätta upp riktlinjer och rutiner vilket ökade möjligheten för dessa kvinnor att erhålla god vård. I litteraturöversiktens resultat framgick att sjuksköterskans professionella ansvarsområde innefattade att följa riktlinjer samt rutiner. Trots att det innefattades i sjuksköterskans profession fanns det inte tydliga rutiner eller riktlinjer utarbetade för sjuksköterskor hur de bör agera i mötet med våldsutsatta kvinnor. (Furniss et al., 2007; Häggblom & Möller, 2006). Typen av riktlinjer samt rutiner framgick inte i tidigare nämnda studier. För att få en större förståelse gällande vad som fattas relaterat till handlingsstrategier togs Sundborg et al. (2012) studie till hjälp, då det framgick att sjuksköterskorna inte var informerade samt saknade kompetens för att kunna hjälpa kvinnan.

Anåker och Elf (2014) beskrev att sjuksköterskor bör ha ett holistiskt synsätt för att kunna återställa fysisk samt psykisk ohälsa (Anåker & Elf, 2014). Detta eftersträvades även av sjuksköterskorna i litteraturöversikten då Guruge (2012) beskrev att det var sjuksköterskans ansvar att hjälpa samt omhänderta våldsutsatta kvinnor, tillgodose deras fysiska samt psykiska behov samt hjälpa dessa att återställa hälsan. Brykczynski et al. (2011), Goldblatt (2009), Häggblom och Möller (2006) och van der Wath et al. (2013) uttalade sig även i litteraturöversikten att sjuksköterskorna i deras utförda studier menade att det ingick i deras professionella ansvar att bota skador och lindra lidande. Anåker och Elf (2014) lyfte att sjuksköterskor hade en central roll i skapandet av bra vårdmiljö samt god vård. Bra vårdmiljö innefattade även beaktning av miljövänliga produkter då existensen av miljörelaterade hälsoproblem ökade. Detta beskrevs även i litteraturöversikten då Häggblom och Möller (2006) beskrev att god vård för våldsutsatta kvinnor i nära relation initialt innefattade identifiering av kvinnan, vilket sjuksköterskor behövde utbildning samt kompetens för att veta hur de bör fråga kvinnorna som misstänks vara våldsutsatta om de utsattes för våld i nära relation. Att lyssna på kvinnornas berättelser skapade god vård för våldsutsatta kvinnor i nära relation, vilket kunde medföra att sjuksköterskorna blev djupt involverade (Beynon et al., 2012; Häggblom & Möller, 2006; Tower et al., 2012).

Metoddiskussion

Studiens metod var en litteraturöversikt, denna metod blev ofta ifrågasatt då eventuell förförståelse inom ämnet kunde generera i ett selektivt urval samt även leda till ett feltolkat

resultat (Friberg, 2017). Förförståelsen hade tagits i beaktning under studiens gång, trots det att vi inte mött kvinnorna själva har värderingar relaterat till ämnet funnits. Som blivande sjuksköterskor önskade litteraturöversiktens författare att alltid göra gott vilket i mötet med våldsutsatta kvinnor är svårare. Känslor av sympati upplevdes mot dessa kvinnor samtidigt som förståelsen för hur männen kunde skada kvinnorna de påstås älska så mycket inte var befintlig. Insikt i kvinnornas beslut att inte lämna mannen kunde inte uppnås då litteraturöversiktens författare inte varit i en sådan position av isolering och maktlöshet. Under tiden litteraturöversikten skapades fanns handledningsgrupp för studenter som skrev kandidatuppsats, där studien vid flera tillfällen genomgick objektiv granskning av såväl oberoende andra studenter samt en handledare. Genom denna utförliga granskning kunde förförståelsen undgås i hög utsträckning, en säkerställning att inkluderat resultat var förankrat i data har även kunnat göras. Henricson (2017) beskrev att studiers trovärdighet stärktes vid hjälp samt granskning av oberoende utomstående personer. Trots att Friberg (2017) beskrev litteraturöversikter som kritiserade samt selektiva, bedömdes metoden som god för att besvara av denna studies syfte. Litteraturöversikter möjliggjorde även att flertalet sjuksköterskors upplevelser inkluderades vilket var positivt i denna studie då det var detta som eftersträvades.

Varje inkluderad vetenskaplig artikel hade utfört en egen studie där antalet deltagande sjuksköterskor varierade från två till 2351, detta resulterade i att denna litteraturöversikt innehåller en mängd sjuksköterskors perspektiv. Genom litteraturöversikter var det möjligt att okomplicerat sammanställa kunskapen inom det valda ämnesområdet vilket resulterade i att aktuell forskning kunde undersökas ur en vidgad synvinkel. Urvalet i denna studies inkluderade artiklar blev inte lika tidskrävande samt omfattande som det hade blivit om en systematisk litteraturöversikt hade använts som metod (Friberg, 2017). En positiv sida av denna litteraturöversikt var att den mestadels innehöll kvalitativa studier, detta medförde att sjuksköterskors egna upplevelser beskrevs med egna ord fanns med. Genom detta fanns ett djup i studien samt ett brett resultat. Studien hade ytterligare kunnat stärkas om fler artiklar av den kvantitativa metoden hade inkluderats då detta hade resulterat i fler inkluderade deltagare vilket hade ökat tillförlitligheten. Kvalitativa samt kvantitativa metoder hade likaväl kunnat användas för undersökning av denna studies område, beroende på synvinkeln som eftersträvades. Med den kvalitativa forskningsmetoden förmodas att ett djupare resultat hade kunnat uppnås, då sjuksköterskors upplevelser beskrivna med egna ord eftersökes. Den kvantitativa forskningsmetoden hade å andra sidan resulterat i ett minskat antal inkluderade personer. Majoriteten av denna litteraturöversikts inkluderade artiklar var av kvalitativ metod, vilket föreslog att den kvalitativa metoden hade kunnat användas för denna litteraturöversikt. Trots allt hade inte lika många frågor kunnat undersökas vid kvalitativ metod som i denna sammanställning vilket hade resulterat i ett snävare perspektiv.

Samtliga artiklar som uppnådde inklusionskriterierna samt kunde besvara denna studies syfte inkluderades oavsett resultat, för att på så vis upprätthålla god forskningsetik samt öka denna studies tillförlitlighet. Detta ansågs även vara del av det forskningsetiska arbetet vid skapandet av litteraturöversikter. Under skrivprocessen av litteraturöversikten togs forskningsetiska överväganden i beaktning. Kriterier för inkluderandet av vetenskapliga artiklar i denna studie var att de var begränsade till det engelska språket som Kristensson (2014) beskriver vara ett vedertaget forskningsspråk samt tidsbegränsade till 19 år. Detta beslut gjordes då en begränsning på tio år hade resulterat i ett för lågt antal inkluderade artiklar. Utöver detta var ett kriterium att artiklarna var originalartiklar. Originalartiklar

klassificeras som primärkällor då forskarna till den vetenskapliga artikeln utfört en egen studie, vilket förstärkte litteraturöversiktens trovärdighet då det ansågs vara mer pålitliga enligt Polit och Beck (2017). Ett ytterligare kriterium för integrerandet av vetenskapliga artiklar var att de blivit vetenskapligt granskade samt godkända, vilket innebar att de erhållit godkännande för studien av en etisk kommitté vilket Forsberg och Wengström (2016) beskrev ökade litteraturöversiktens förtroende. Detta är inte likadant som att artiklar blivit peer-reviewed som innebar granskning av oberoende forskare inom området, dock har detta även använts som ett inklusionskriterium då artiklar som genomgått denna process och sedan publicerats anses vara mer tillförlitliga, vilket även understryks av Forsberg och Wengström (2016).

I denna litteraturöversikt eftersträvades god forskningsetik genom att varje vetenskaplig artikel som inkluderades för resultatet bedömdes efter samma krav genom att noggrant ta hänsyn till kvalitetskriterierna i bedömningsunderlaget, vilket stärker studiens resultat. Under denna studie har fokus varit samt aktivt arbete skett för att undvika en förvrängning av inkluderat resultat, således fanns detta inte (Forsberg & Wengström, 2016). Litteraturöversiktens tillförlitlighet samt kvalitet men även det etiska ställningstagandet ökade till följd av detta, vilket beskrevs av Vetenskapsrådet (2017) genom att belysa ett samband mellan god forskningskvalitet samt god forskningsetik. De inkluderade vetenskapliga artiklarnas resultat inkluderades oberoende av tidigare förförståelse, således inkluderades samtliga likheter samt skillnader för det valda ämnesområdet vilket Priebe och Landström (2017) även beskrev samt lyfte detta som viktigt för litteraturöversiktens tillförlitlighet, trovärdighet samt kvalitet (Priebe & Landström, 2017). Litteraturöversikten var en kandidatuppsats som genomfördes under en kortare begränsad tidsperiod, även var detta det första forskningsprojektet för litteraturöversiktens författare. Insamling av vetenskapliga artiklar, bearbetning, analys av vald data samt översättning av resultatet från engelska till svenska kunde således ha påverkats samt resulterat i eventuella feltolkningar på grund av ord som direkt översattes (Henricson, 2017). Trots allt har hög noggrannhet tillämpats vid skapandet av denna litteraturöversikten så att missförstånd kunde undvikas.

För att få en fördjupad förståelse gällande sökningar samt de olika databaserna togs hjälp av bibliotekspersonalen på Sophiahemmet Högskola, vilket poängterades av Rosén (2017). Med hjälp av detta ökade förståelsen gällande de olika databaserna, vilket resulterade i att databaserna där sökningar efter de vetenskapliga artiklarna kunde begränsas, men även att sökningarna kunde expanderas med hjälp av den ökade förståelsen för hur sökandet går till. Genom denna litteraturöversiktens syfte kunde de använda sökorden identifieras. För att sedan analysera de integrerade vetenskapliga artiklarna användes Kristenssons metod för integrerad analys (Kristensson, 2014). Denna metod tillförde en strukturerad analys av de vetenskapliga artiklarnas resultat. Den integrerade analysen utfördes av båda litteraturöversiktens författare för att som Henricson (2017) beskrivit det; stärka studiens reliabilitet. I ett senare skede utfördes muntlig diskussion gällande identifiering över kategorier för resultatet. Tre kategorier identifierades under analysen vilket i ett senare skede användes som rubriker i resultatet, detta utfördes enligt Kristenssons metod då endast en nivå av kategorier användes (Kristensson, 2014). Utformningen av resultatets rubriker för denna studie upplevdes inte som svårt då de inkluderade vetenskapliga artiklarna belyste olika faktorer på ett liknande sätt. Analysmetoden följdes i bästa möjliga mån för att studiens tillförlitlighet skulle stärkas så mycket som möjligt. För att lyckas undgå felaktigheter vid återgivning av resultat användes noggrannhet, likaså gällande språket för att trots bristande erfarenhet vid uppsatsskrivande öka reliabiliteten av studien.

För att minska risken för feltolkningar vid översättning av ord diskuterades orden, likaså användes hjälpverktyg över internet. Svensk MeSH användes för att kunna översätta nyckelorden i denna studie till valida MeSH-termer. Detta användes för att omvandla svenska ord till de korrekta engelska sökorden. Datainsamling gjordes genom databaserna CINAHL samt PubMed, enligt Henricson (2017) var det positivt att använda sig av olika databaser då det stärker studiens validitet. Olika databaser har varierande omvårdnadsfokus, vilket resulterar i att fler relevanta vetenskapliga artiklar upptäcktes om man använde olika databaser (Henricson, 2017). Initialt upplevdes svårigheter med inhämtning av vetenskapliga artiklar som tänktes kunna besvara denna studies syfte. Avgränsningar samt MeSH-termer som redovisas i databastabellen adderades vid de utförda sökningarna för att öka sökningarnas specificitet. Sökningar i fritext utfördes även vilket med hjälp av inklusionskriterier samt avgränsningar resulterade i att ett relevant antal vetenskapliga artiklar kunde inkluderas. Studien innefattade en rimlig mängd sökord, detta grundade sig i att denna studies reproducerbarhet var hög.

Litteraturöversiktens reproducerbarhet ökade även på grund av att det metodologiska arbetet genomgående beskrevs, samt genom den tydliga redovisningen av befintliga databassökningar, se tabell 1. Vid de utförda sökningarna kunde samma vetenskapliga artiklar ofta identifieras vilket hänvisade till en specificitet bland de valda söktermerna. Forsberg och Wengström (2016) beskrev att ett kriterium för vetenskapliga artiklar var att de behövde vara reproducerbara. Genom inkludering av både kvalitativa samt kvantitativa studier kunde ett brett perspektiv av problemområdet återskapas. En av begränsningarna som användes vid artikelsökning var publikationsår. Inkluderade artiklar begränsades vara publicerade tidigast i januari år 2000 innebärande 19 år vilket Polit och Beck (2017) beskrev som rimlig gräns. Rekommendation som Sophiahemmet Högskola gav var en begränsning på tio år, dock var den använda begränsningen nödvändig för att lyckas uppnå en analyserbar mängd vetenskapliga artiklar som var grund för litteraturöversiktens resultat. Litteraturöversikten undersökte sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter i mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relation vilket beskrev sjuksköterskors subjektiva perspektiv samt åsikter. Dessa perspektiv förändrades inte efter den vetenskapliga artikelns publikation vilket var grund för valet av tidsbegränsningen. Hade syftet varit att beskriva behandlingsprinciper eller omvårdnadsåtgärder hade det varit bra med den rekommenderade tidsbegränsningen från Sophiahemmet Högskolan på tio år då det gynnats av mer aktuell forskning. Sammanlagt granskades 28 vetenskapliga artiklar i fullformat för bearbetning.

Vetenskapliga artiklar som exkluderades motsvarade inte de valda urvalskriterierna. Artiklar som valdes bort exkluderades på grund av att de inte var originalartiklar, blivit etiskt granskade eller där etisk granskning inte framgick med tydlighet, hade för låg kvalitet alternativt inte kunde svara på studiens syfte. Artiklar som belyste både patienters, sjuksköterskors, andra professioners samt specialistsjuksköterskors perspektiv inkluderades i denna studie om sjuksköterskors ståndpunkt tydligt framgick, då togs endast sjuksköterskornas erfarenheter togs med.

Ett objektiva förhållningssätt användes vid litteraturöversiktens genomförande speciellt vid kvalitetsgranskning samt bedömning av de vetenskapliga artiklarna. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg et al. (1999)

och Willman et al. (2016) användes vid kvalitetsgranskningen. Artiklarna genomgick granskningen enligt bedömningsunderlaget där fokus var antal deltagare, ingående beskrivning av metodprocessen samt slutligen typ av studiedesign. Kvalitetsgranskning beskrevs stärka litteraturöversiktens resultat enligt Forsberg och Wengström (2016), vilket även upplevdes av denna litteraturöversiktens författare då konkreta riktlinjer kunde användas för bedömning av artiklarnas kvalitet. Standardiserade bedömningsunderlag ökar studiernas reproducerbarhet beskrev Forsberg och Wengström (2016). Granskningen utfördes individuellt av studiens författare vilket stärkte reliabiliteten av studien mer än om granskningen utfördes gemensamt enligt Henricson (2017). Övervägande hade de inkluderade vetenskapliga artiklarna hög kvalitet med ett fåtal artiklar med medel kvalitet. Detta stärkte litteraturöversiktens resultat positivt.

Det togs i beaktning att litteraturöversikten belysta aspekter var från olika länder samt kulturer. Det var en stor utbredning av länder relaterat till inkluderade vetenskapliga artiklar. Inkluderade artiklar var från, Amerika, Australien, Finland, Israel, Italien, Japan, Jordanien, Kanada, Sri Lanka, Sverige och Sydafrika. Det förekom tydliga skillnader på sjuksköterskornas synsätt, hälso- och sjukvården var även annorlunda uppbyggd i respektive land. Detta instämde enligt Priebe och Landtröm (2017) då det fanns stora skillnader världen över, speciellt inom hälso- och sjukvården (Priebe och Landtröm (2017)). I och med att det kunde finnas stora skillnader inom hälso- och sjukvården, kunde det finnas skillnader som inte kom fram i litteraturöversiktens resultat beroende på att det inte sågs eller förstods. Det inkluderades endast en svensk artikel i resultat, dock ansågs detta inte som ett problem på grund av det sammanställda resultatet, och vidare skulle kunna vara överförbart till svensk hälso- och sjukvård.

Det togs i beaktning att litteraturöversiktens belysta aspekter var från olika länder samt kulturer. Det var en stor utbredning av länder relaterat till inkluderade vetenskapliga artiklar. Inkluderade artiklar var från, Amerika, Australien, Finland, Israel, Italien, Japan, Jordanien, Kanada, Sri Lanka, Sverige och Sydafrika. Det förekom tydliga skillnader på sjuksköterskornas synsätt, hälso- och sjukvården var även annorlunda uppbyggd i respektive land. Detta instämde Priebe och Landtröm (2017) till då det fanns stora skillnader världen över, speciellt inom hälso- och sjukvården. Det inkluderades en artikel gjord av Anderzen-Carlsson et al. (2018) som beskrev våld i nära relation utifrån barnsjuksköterskors perspektiv. Denna artikel inkluderades på grund av att den baserades på svensk hälso- och sjukvård. Det ansågs som en svaghet för litteraturöversiktens resultat att inkludera artiklar med specialistsjuksköterskor från andra länder, då specialistutbildning samt sjukvård skiljer sig stort. Vidare diskuterades det hur viktigt det var att inkludera sjuksköterskor från olika länder. Det ansågs kunna ge ett bredare spektrum av upplevelser och erfarenheter, vilket kunde skilja relaterat till exempelvis kvinnosynen i respektive land. Att inkludera artiklar från olika länder ansågs styrka resultat i och med att våld inom nära relation är ett globalt problem samt att det sammanställda resultatet skulle kunna vara överförbart till svensk hälso- och sjukvård. Det ska dock tas i beaktning att i och med att det kunde finnas stora skillnader inom hälso- och sjukvården mellan länder, kunde det finnas skillnader som inte kom fram i litteraturöversiktens resultat, beroende på att det inte sågs eller förstods.

Slutsats

Det förekom olika faktorer som påverkade sjuksköterskors möjlighet att fullfölja sitt professionella ansvar i mötet med kvinnor som utsattes för våld i nära relation. Hög arbetsbelastning samt hög vårdtyngd orsakade tidsbrist vilket resulterade i att sjuksköterskorna hade svårigheter i mötet med våldsutsatta kvinnor, då hänsyn inte kunde tas till kvinnornas sårbarhet samt behov av trygghet. Vidare fanns det obefintliga eller dåligt utformade handlingsstrategier på många vårdinrättningar. Litteraturöversiktens huvudfynd som framgick var bristande utbildning samt kunskap, för att veta hur man bör agera i mötet med våldsutsatta kvinnor. Detta ansågs som ett hinder då kunskap ökade möjligheter att identifiera samt stötta våldsutsatta kvinnor. Kunskapen gällande mötet bör öka för en jämlik samt personcentrerad vård för kvinnorna. Utbildning om våld i nära relation skulle kunna leda till ökad medvetenhet samt gott förhållningssätt i förhållande till utsatta kvinnor. God kompetens kunde därutöver minska fördomar och attityder hos sjuksköterskorna. Då länders syn på mäns maktutövning mot kvinnor varierade kunde resultatet även förstås ur ett kulturellt sammanhang. Sjuksköterskors beskrivning av viktiga faktorer var att ta hänsyn till sin sårbarhet och emotionella påverkan i mötet. Med hjälp av begreppet sårbarhet kunde detta appliceras i praktiken. Vidare bör sjuksköterskors upplevelse och erfarenheter nyttjas, då detta kunde öka förmågan att bedriva god vård med tillit och respekt. Litteraturöversiktens resultat påvisade en stark koppling mellan sjuksköterskors upplevelser gällande sårbarhet och bristande erfarenheter. Genom att göra sjuksköterskor delaktiga kan handlingsstrategier utformas efter upplevelser och erfarenheter. Detta kunde öka förmågan att tillhandahålla ett respektfullt möte med kvinnor utsatta för våld i nära relation. Vidare kan detta minska sjuksköterskors samt våldsutsatta kvinnors sårbarhet. Det var av stor vikt att sjuksköterskor ingrep för att stoppa våld i nära relation, i och med att det kunde ha förödande konsekvenser för både kvinnorna, barnen, samhället samt sjuksköterskorna själva.

Fortsatta studier

I och med att våld i nära relationer är ett folkhälsoproblem som sträcker sig över hela världen behövs fortsatta studier inom området för att utforma ny evidensbaserad vård. Kvinnor är oftast de som utsätts för våld men fortsatta studier bör även belysa våldsutsatta män. Det skulle vara till fördel om nya studier riktade in sig mer samkönade relationer på grund av att nuvarande forskning är begränsad. Vidare förslag till ny forskning skulle vara att undersöka relevant utbildning för att förbättra sjuksköterskors arbete relaterat till omhändertagande av kvinnor som utsätts för våld av sin partner. Forskning om utbildning bör specifikt vara inriktad på bemötandet. Det skulle vara intressant att se studier som belyser tillvägagångssättet för utbildning, ifall det ska ske internt på arbetsplatsen eller om det bör ingå i sjuksköterskors grundutbildning. I denna litteraturöversikten framgår sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter relaterat till mötet, dock beskriver inte sjuksköterskors upplevelser innan eller efter mötet. Av denna orsaken bör fortsatta studier beskriva hur emotionellt påverkade sjuksköterskor blir samt vilka strategier som finns för att bearbeta sjuksköterskors sårbarhet efter mötet. Sårbarhet som teoretisk utgångspunkt har en stor bredd, vilket kan resultera i att fortsatta studier kan finna ett annat resultat.

Klinisk tillämpbarhet

De huvudfynd som framgått i denna litteraturöversikten kan med fördel bidra till riktlinjer och rutiner inom olika vårdinrättningar. Det framtagna resultatet kan skapa en ökad förståelse och medföra ökad kunskap för sjuksköterskor hur de ska bemöta våldsutsatta kvinnor. I denna litteraturöversikt belystes sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor samt vikten av att inneha god kunskap. Vidare ansågs detta viktigt att lyfta för att i framtiden kunna skapa ett förbättringsarbete som gynnar både sjuksköterskor som våldsutsatta kvinnor. Litteraturöversikten tydliggjorde värdet av utbildning för att undvika stress relaterat hög arbetsbelastning och vårdtyngd. Därför anses det som viktigt att varje enskild arbetsplats är välinsatta gällande sjuksköterskors sårbarhet och de tillhörande negativa konsekvenserna. Litteraturöversiktens resultat styrks samt den kliniska tillämpbarheten kunde öka med hjälp av sårbarhet som teoretisk utgångspunkt. Att alla människor vare sig profession kan uppleva sig sårbara och bör därför bemötas med värdighet och respekt, detta kan också ses som ett ramverk för att utveckla ett förbättringsarbete inom sjuksköterskors profession. Kompetensbeskrivning relaterat till våld i nära relation skapar ett ramverk för de grundutbildade sjuksköterskorna, hur de kan bedriva god vård där målet är att öka empati, tillit samt respekt. Det anses som viktigt att belysa detta ämne i och med att våldsutsatta kvinnor kan anträffas inom alla möjliga vårdinstanser som exempelvis primärvården, hemsjukvård, akutmottagning eller också somatisk vårdavdelning. Därför med hjälp av litteraturöversiktens resultatet öka kunskapen inom detta område samt vara till avans för sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården. Detta är också ett ämne som inte endast är relevant till hälso- och sjukvården, utan också samhället. Vidare kan detta bero på människosyn, maktutövande samt rädsla för att samtala kring området. Därför kan detta vara till stöd inom yrket men också privat.

REFERENSER

Inkluderade artiklar från resultatet har märkts med asterisk () i referenslistan.*

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

Andersson, S.-O. (2019). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (3:1 uppl., ss. 123-154). Studentlitteratur: Lund.

*Anderzen-Carlsson, A., Gillå, C., Lind, M., Almqvist, K., Lindgren-Fändriks, A., & Källström, Å. (2018). Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2752-2762. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14242>

Anåker, A., & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2) 381-289. doi: 10.1111/scs.12121

Bell, L., & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing*, 18(1), 46-51. doi: doi.org/10.12968/bjon.2009.18.1.32091

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3)*. Stockholm: SBU, SFF.

Berg, L. (2014) Sjuksköterskans ansvar för vårdrelation med patienten. I E. Dahlbord-Lyckehage (Red.), *Att bli sjuksköterska: en introduktion till ämne och yrke*. (2. uppl., ss. 145-160). Lund: Studentlitteratur.

Berlin, J. (2019). Teamarbete. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2:1 uppl., ss. 139 – 156). Stockholm: Liber.

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

Blomberg, AC., Bisholt, B., & Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*, 27;5(3), 414–421. doi: 10.1002/nop2.153.

Breife, P. (2012). Våldets uttryck och orsaker. I G. Lindén & P. Breife (Red.), *Pappor med våldsproblematik: Forskning & arbetsmetoder inom socialtjänsten* (1 uppl. ss. 37-45). Stockholm: Gothia Förlag

Brottsförebyggande rådet. (2002). *Våld mot kvinnor. En kartläggning*. Hämtad från https://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f1800018124/1371914731350/2002_14_vald_mot_kvinnor_i_nara_relationer.pdf

Brottsförebyggande rådet. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer. Våldets karaktär och offrens erfarenhet av kontakter med rättsväsendet*. Hämtat från https://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.

Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott i nära relationer: En nationell kartläggning*. Hämtad från https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf

Brown, B. (2008). *Kvinnor och skam: Hur vi kan förändra vårt sätt att leva*. Stockholm: Bokförlaget Forum.

Brown, S., McGriff, K., & Speedlin, S. (2018). Using Relational-cultural Theory to Negotiate Relational Rebuilding in Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Creativity in Mental Health, 13*(2), 136-147. doi: 10.1080/15401383.2017.1355289

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

Campbell, J.-C. (2002). Health consequences in intimate partner violence. *The Lancet, 359*(9314), 1331-1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Carter, A. M. (2009). Trust, power, and vulnerability: a discourse on helping in nursing. *The Nursing Clinics of North America, 44*(4), 393–405. doi: doi.org/10.1016/j.cnur.2009.07.012

*Christofides, N. J., & Silo., S (2005). How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: Study conducted in North-west province, South Africa. *Nursing and Health Sciences, 7*(1):9-14. doi: [10.1111/j.1442-2018.2005.00222.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00222.x)

Cousley, A., Martin, E. S. D., & Hoy, L. (2014). Vulnerability in the perioperative patient: a concept analysis. *Journal of Perioperative Practice, 24*(7/8), 164–171. Doi: [10.1177/1750458914024007-802](https://doi.org/10.1177/1750458914024007-802)

Cullberg, J. (2004). *Psykoser: Ett integrerat perspektiv*. (2 uppl). Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlström, C. (2014). *PANIK-ÅNGEST & DEPRESSION: frågor och svar om två av våra vanligaste sjukdomar*. Stockholm: Natur & Kultur.

*Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2016). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing, 26*(15-16), 2307-2316. doi: [10.1111/jocn.13625](https://doi.org/10.1111/jocn.13625)

Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International Journal of Family Medicine, 2013*, 1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/313909>

Elg, M., & Olsson, J. (2019). Organisera för ständiga förbättringar i hälso- och sjukvården. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2:1 uppl., ss. 204 – 241). Stockholm: Liber.

Eliasson, M., & Ellgrim, B. (2006). *MÄNS VÅLD MOT KVINNOR I NÄRA RELATIONER En kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Enander, V., & Holmberg, C. (2008). Why does she leave? The leaving process(es) of battered women. *Health Care For Women International*. 29(3), 200-226. doi: <https://doi.org/10.1080/07399330801913802>

Eriksson, I., & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling - an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(17), 2352 - 2359. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02265.x>

Eriksson, M., Oranen, M., Solberg, A. & Vatnar, S. (2007). Nordiska perspektiv på barn som upplever våld i sin familj. I M. Eriksson (Red.), *Barn som upplever våld: NORDISK FORSKNING OCH PRAKTIK* (1. uppl., ss. 5-24). Stockholm: Gothia Förlag.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematisk litteraturstudie: Värdering, analysering och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur

Friberg, F. (2017). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., ss. 83-96). Lund: Studentlitteratur

Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V., & Rovi, S (2007). Nurses and Barriers to Screen Intimate Partner Violence. *MCN The American journal of maternal child nursing*, 32(4):238-43. doi: [10.1097/01.NMC.0000281964.45905.89](https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000281964.45905.89)

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

Grände, J., Lundberg, L., & Eriksson, M. (2009). *I arbete med våldsutsatta kvinnor: Handbok för yrkesverksamma*. Stockholm: Gothia Förlag AB

Gunnarsson. (2017). Referenshantering med EndNote. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Guruge, S. (2012). Nurses' Role in Caring for Women Experiencing Intimate Partner Violence in the Sri Lankan Context. *ISRN Nursing*, doi: [10.5402/2012/486273](https://doi.org/10.5402/2012/486273)

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 411-420). Lund: Studentlitteratur.

Hewitt-Taylor, J. (2017). *The essential guide to doing a health and social care literature review*. London and New York: Routledge.

Hindberg, B (2006). *Sårbara barn: att vara liten, misshandlad och försummad*. Stockholm: Gothia AB

- Holm, U. (2013) Empati och professionellt förhållningssätt. I H. Bohlin & J. Eklund. (Red.), *Empati: Teoretiska och praktiska perspektiv* (1:1 uppl., ss. 217- 236). Lund: Studentlitteratur.
- Humphreys, J., & Campbell, J.-C. (2004). *Family Violence and Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hägglom, A. M. E., Hallberg, L. R.-M., & Möller, A. R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing & health sciences*, 7(4) 235-242. doi: [10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x)
- *Hägglom, A. M. E., & Möller, A. R. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090. Hämtad från: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732306292086>
- *Inoue, K., & Armitage, S. (2006). Nurses' understanding of domestic violence. *Contemporary Nurse*, 21(2), 311-323. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2006.21.2.311>
- *Inoue, M., Uza, M., Shinjo, M., & Akamine, I. (2016). Development of clinical nurse recognition scale for female intimate partner violence patients. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(4), 437-450. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jjns.12124>
- *Jack, S. M., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., & MacMillan, H. (2016). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2215-2228. doi: [10.1111/jocn.13392](https://doi.org/10.1111/jocn.13392)
- Jackson, D., Peters, K., & East, L. (2017). Violated and vulnerable: women's experiences of contracting a sexually transmitted infection from a male partner. *Journal of Clinical Nursing Volume*, 26(15-16), 2342-2352. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13723>
- Jones, D. E., Carson, K. A., Bleich, S. N., & Cooper, L. A. (2012) Patient Trust in Physicians and Adoption of Lifestyle Behaviours to Control High Blood Pressure. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 57 - 62. doi: doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.003
- Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 82-95). Lund: Studentlitteratur.
- Keane, T. M., Marx, B. P., & Sloan, D. M (2009). Post-Traumatic Stress Disorder: Definition, Prevalence, and Risk Factors. I P. J. Shiromani., T. M. Keane., & J. E. LeDoux (Red.), *Post-Traumatic Stress Disorder* (ss. 1-19). New York: Humana Press.
- Koskinen, C. (2017). Lyssnande. I L. Wiklund-Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik: (2. Uppl., ss. 403-413)*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Liljequist, D., & Florin, J. (2019). Informatik och eHälsa. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2:1 uppl., ss. 289 – 334). Stockholm: Liber.

- Loke, A.Y., Wan, M.L., & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2336–2346, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x
- McCance, T., & McCormack, B. (2019). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2:1 uppl., ss. 76 – 86). Stockholm: Liber.
- McDowall H. (2010). What causes domestic abuse and how can nurses effectively support abused women? *Nursing Times*, 106(8), 16–19. Hämtad från <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105140984&site=ehost-live>
- Murray, B., & McCrone, S. (2015). An integrative review of promoting trust in the patient - primary care provider relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 3 - 23. doi: doi.org/10.1111/jan.12502
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid (u.å). *Våld i nära relationer*. Hämtad 13 januari, 2020, från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/>
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid (2014). *Våld och hälsa: En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt koppling till hälsa*. Hämtad från http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/418/NCK-rapport_prevalens_Vald_och_halsa_www.pdf
- Nilsson, B., & Waldermarson, A.-K. (2016). *Kommunikation: samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, P. (2013). Empati, sympati, medlidande. I H. Bohlin & J. Eklund. (Red.), *Empati: Teoretiska och praktiska perspektiv* (1:1 uppl., ss. 51-63). Lund: Studentlitteratur.
- Persson, H.- I., & Ström, H. (2018). *Tillitsfulla samtal: I vård och omsorg*. Helsingborg: Komlitt AB
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (Ed.). (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott/Wolter Kluwer.
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 25-40). Lund: Studentlitteratur
- 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>
- *Robinson, R. (2010) Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of emergency nursing*, 36(6):572-6. doi:10.1016/j.jen.2009.09.008
- Rodriguez, M., Quiroga, S. & Bauer, H. (2009). Breaking the silence: Battered women's perspectives on medical care. *Arch Fam Med*, 1996;5. doi:[10.1001/archfami.5.3.153](https://doi.org/10.1001/archfami.5.3.153)

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:3 uppl., ss. 375 - 387). Studentlitteratur: Lund.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik: Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Liber: Stockholm

Scanlon, A., & Lee, GA. (2007). The use of the term vulnerability in acute care; Why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing* 24(3), 54-59. Hämtad från <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=9&sid=99bfc9d8-d810-4029-8182-cc4887a0c4d2%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c cm&AN=106116910>

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 29 april, 2019, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 16 maj, 2019, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Sjögren, R. (2012). Ansvar. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (1:2 uppl., ss. 350–360). Lund: Studentlitteratur.

Skagerström J., Ericsson C., Nilsen P., Ekstedt., & Schmildmeijer K. (2017). Patient involvement for improved patient safety: A qualitative study of nurses' perceptions and experiences. *29;4(4)*, 230–239. doi: 10.1002/nop2.89

Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i Hälso- och sjukvården: Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämna villkor*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Våld i nära relationer*. Hämtad 13 januari, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

Stockholms Stad. (1997). *När vi möter en misshandlad kvinna: en guide för socialsekreterare i bemötandet av misshandlade kvinnor*. Stockholm: Resursförvaltning för skola och socialtjänst i samverkan med Stadsledningskontoret.

Sumner, J. (2013). Human flourishing and the vulnerable nurse. *International journal for human caring*. 17(4) 20-27. Hämtad från <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=3e7b149a-71b7-4db2-ab76-f05769e78d9c%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=2013-41512-004&db=psyh>

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: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-11-1>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *KOMPETENSBESKRIVNING FÖR LEGITIMERAD SJUKSKÖTERSKA*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

*Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurse*, 42(2), 216-225. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.216>

*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: <http://dx.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*, 50(1), 94-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2015.1010254>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad från: https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

*Watt, M. H., Bobrow, E. A., & Moracco, K. E (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. doi: 10.1177/1077801208317290

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. (2019). Kärnkompetensen evidensbaserad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2:1 uppl., ss. 177 – 184). Stockholm: Liber.

World Medical Association (2013). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS*. Hämtad från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yamada, N., & Kato, M (2015) An Introspective Approach to Nursing Intimate Partner Violence Victims in Japan. *Journal of forensic nursing*, 11(4):232-9. doi: 10.1097/JFN.0000000000000093.

Åberg, H. (2014). *Arbeta med våld: Vägledning till psykologisk våldshandledning*. (1 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Ödegård, S. (2019). Patientsäkerhet. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2:1 uppl., ss. 244 – 285). Stockholm: Liber.

Örmon, K., & Hörberg, U (2017). Abused women's vulnerability in daily life and in contact with psychiatric care: In the light of a caring science perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 26(15-16): 2384-2391. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13306>

BILAGA A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

BILAGA B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Al Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L 2016 Jordanien	Nurses roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study.	Att beskriva jordanska sjuksköterskors roller och träning vid screening för våld i nära relation.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> 12 sjuksköterskor får universitetssjukhus i Jordanien. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Analys:</u> För analys användes fenomenologisk metod	12 (-)	Resultatet visade att det behövs öka kunskap och medvetenhet hos jordanska sjuksköterskor angående behovet av screening av kvinnor som utsätts för våld i nära relation. Professionell utbildning ansågs vara viktigt för screeningmetoder. Sjuksköterskornas personliga värderingar och åsikter var ett problem för screeningen.	K I
Anderzen-Carlsson, A., Gillå, C., Lind, M., Almqvist, K., Lindgren-Fändriks, A., & Källström, A. 2017 Sverige	Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence.	Undersöka barnsjuksköterskors erfarenheter av att fråga mödrar med åtta månaders gamla bebisar om våld i nära relationer.	<u>Design:</u> Mixad metod. <u>Urval:</u> 13 sjuksköterskor med 2-13 år erfarenhet. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Analys:</u> Tematisk dataanalys	13 (-)	Det ansågs vara viktig uppgift att fråga mödrar om våld i nära relation. Resultat påvisade att det underlättade att dela ut ett frågeformulär till kvinnorna.	P & K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Beynone, C. E., Gutmans, I. A., Tutty L. M., Wathen, N., & MacMillan H. L. 2012 Kanada	Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analys.	Syftet var att studera sjuksköterskor samt läkares professionella samt deras personliga upplevelser att våga fråga våldsutsatta kvinnor. Att ta med två professioner från det interprofessionella teamet för att jämföra.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> 238 sjuksköterskor, 527 läkare samt fyra stycken som var utan bestämd profession deltog. <u>Datainsamling:</u> Enkätstudie med 43 frågor och två av dessa var öppna frågor relaterat till två frågeställningar. <u>Analys:</u> Induktiv innehållsanalys	769 (-)	Studien resultat påvisade att de som begränsade sjuksköterskor att fråga utsatta kvinnor var brist av tid, språk och träning. Det ansågs också det fanns bristningen relaterat till kulturer samt att den utsattes partner ofta var med under vårdtiden. Det framgick att sjuksköterskor behöver mer träning inom detta område.	K II
Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., & Predraza, D. 2009 Amerika	Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge	Syftet med studien är att presentera kunskap från kliniska erfarenheter från sjuksköterskor med avancerad träning som arbetar med kvinnor som har upplevt våld i nära relationer.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Tio stycken sjuksköterskor som arbetet i minst tio år inom profession. <u>Datainsamling:</u> Baserad på endast intervjuer. <u>Analys:</u> Fenomenologisk tolkning.	10 (-)	Genom intervjuer framgick det att sjuksköterskor har delade tankar relaterat till omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor. Det belystes sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera pågående våld samt vad screening har för vikt. Resultatet visa att sjuksköterskor måste ha god kunskap gällande hälsa då detta anses vara ”nyckeln” mellan kvinnornas upplevelse och upphörandet av våldet.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Christofides, N. J., & Silo, Z. 2005 Sydafrika	How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: Study conducted in North-west province, South Africa.	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av våld i hemmet samt hur det påverkar deras hantering av våld samt våldtäcksfall.	<u>Design:</u> Mixad metod <u>Urval:</u> Två sjukhus och 20 vårdcentraler deltog. Av 408 förfrågningar deltog endast 212 sjuksköterskor. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär samt intervjuer <u>Analys:</u> STATA 8.0	212 (-196)	Resultatet påvisade att sjuksköterskor som själva blivit utsatta för våld i hemmet hade lika förutsättningar att identifiera våldsutsatta kvinnor som icke våldsutsatta sjuksköterskor. De kunde dock bevisa att sjuksköterskor som hade erfarenheter av det privat kunde ge bättre vård tillskillnad från de sjuksköterskor som hade ingen erfarenhet.	P & K I
Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L 2016 Italien	Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives.	Syftet är att beskriva sjuksköterskor och barnmorskors kunskap, attityder och åsikter gentemot kvinnor som drabbats av våld i nära relationer. Att analysera möjliga attitydförändringar som skett de senaste fem åren.	<u>Design:</u> Kvantitativ studie – tvärsnittsstudie. <u>Urval:</u> 81 sjuksköterskor och barnmorskor deltog <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär <u>Analys:</u> STATAm 9.2/SE	101 (-20)	Sjuksköterskor upplevde att det var svårt att kommunicera med våldsutsatta kvinnor, sjuksköterskorna tyckte att de behövde mer kunskap. Att ta sig tiden att lyssna på våldsutsatta kvinnors berättelser har minskat då sjuksköterskorna inte vet hur de ska gå tillväga med informationer.	R I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Goldblatt, H. 2009 Israel	Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences.	Syftet med studien är att visa effekterna av att vårda våldsutsatta kvinnor och hur det påverkar sjuksköterskors profession samt deras personliga livserfarenheter.	<u>Design:</u> Kvantitativ fenomenologisk studie. <u>Urval:</u> Studiens deltagare bestod av 22 stycken kvinnliga sjuksköterskor från Israel. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer. <u>Analys:</u> Deskriptiv innehållsanalys, djupgående intervjuer.	22 (-)	Sjuksköterskor hade svårt att skilja sin profession och sitt privatliv. Att vårda våldsutsatta kvinnor påverkades deras attityd. Det var känslomässigt arbete att vårda våldsutsatta kvinnor då mycket empati samt ilska uppstår som påverkar sjuksköterskornas privatliv. Vilket innefattade föräldraskap, inställning till könsskillnader samt egna intima relationer	K I
Guruge, S. 2012 Sri Lanka	Nurses' Role in Caring for Women Experiencing Intimate Partner Violence in the Sri Lankan Context.	Syftet är att undersöka hur sjuksköterskor uppfattar sin roll att ta hand om våldsutsatta kvinnor.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> 30 sjuksköterskor deltog. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer <u>Analys:</u> Tematisk analys.	30 (-)	Resultatet var att sjuksköterskor upplevde brister i mötet. Bristerna berodde på exempelvis hög arbetsbelastning, kunskapsbrist samt språkbarriärer. De som var det största problemet var att sjuksköterskorna ville skydda sig mot hot relaterat till sin personliga säkerhet.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Hägglom, A. M. E., & Möller, R. A. 2006 Åland	On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse	Syftet var att se sjuksköterskornas erfarenheter samt roll som vårdgivare relaterat till kvinnor som utsätts för våld.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Tio stycken kvinnliga sjuksköterskor från Finland deltog. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer via telefon. <u>Analys:</u> Grounded Theory. Deskriptiv innehållsanalys och ostrukturerade frågor.	10 (-)	Resultatet av studien visa kvinnor som utsattes för våld i en liten stad gjorde det svårt för sjuksköterskorna att vårda dem på grund av att i små samhällen känner man invånarna. Den visar att det finns en ojämn kunskap mellan sjuksköterskorna med att de ersätter brist på kunskap med mognad och säkerhet.	K I
Inoue, M., Uza, M., Shinjo, M., & Akamine, I. 2016 Japan	Development of a clinical nurse recognition scale for female intimate partner violence patients.	Var att utveckla en erkännandeskala för våldsutsatta kvinnor som kan hjälpa sjuksköterskor i sitt arbete.	<u>Design:</u> Kvantitativ studie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor från 7 olika kliniker i Japan. <u>Datainsamling:</u> Tvärsnittsformulär. <u>Analys:</u> Statistisk analys	2095 (-475)	Resultatet var att med hjälp av skalan fick sjuksköterskorna en större förståelse för kvinnans situation samt kunde upptäcka patientegenskaper. Hjälpen av detta kunde sjuksköterskorna ge bättre stöd och samordning.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I =
Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Inoue, K., & Armitage, S. 2004 Australien/Japan	Nurses´ understanding of domestic violence	Syftet är att se sjuksköterskor från Japan och Australien hur de uppfattar våldets konsekvenser samt deras medvetenhet om våld i nära relationer.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> 21 kvinnliga sjuksköterskor från Japan samt 20 kvinnliga sjuksköterskor från Australien deltog. <u>Datainsamling:</u> Öppna frågor, ostrukturerad intervju. <u>Analys:</u> Grounded Theory.	41 (-)	Resultat visade skillnader hur sjuksköterskor uppfattar våld i nära relationer. Japanska sjuksköterskor hade en naiv inställning och agerade avisande. Australienska sjuksköterskor ville ha tydliga riktlinjer för att kunna hjälpa våldsutsatta kvinnor	K I
Jack, M. S., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., & MacMillan, H. 2016 Kanada	Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation	Att utveckla strategier för att identifiera och utvärdera våld i nära relationen i ett sjukvårdsprogram för hemsjuksköterskor.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> 42 sjuksköterskor deltog. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer. <u>Analys:</u> Konventionell innehållsanalys.	42 (-)	Kvinnor var mer benägna att prata om sina upplevelser relaterat till våld när sjuksköterskor har ostrukturerade diskussioner som var fokus på säkerhet, föräldraskap och hälsosamma relationer. Screeningvertyg kunde inte hjälpa att identifiera kvinnors upplevelser därför kräver sjuksköterskor att det behövs kunskap och färdigheter för att kunna utföra en bedömning av misstänkt våld.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Robinson, R. 2010 USA	Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence	Studiens syfte var att belysa hur sjuksköterskor roll i nödsituationer relaterat till kvinnors utsatta för våld i nära relationer.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> 13 sjuksköterskor på akutavdelning deltog. <u>Datainsamling:</u> Öppna frågor som grundar sig på 10 utvalda frågor. <u>Analys:</u> 7-step Colaizzi's metod	13 (-)	Resultatet visade att en del sjuksköterskor hade förutfattade meningar relaterat till våldsutsatta kvinnor. Många sjuksköterskor följer inte ett protokoll under mötet utan mötet grundar sig på sjuksköterskors uppfattning och upplevelser.	K I
Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. 2012 Australien	Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence.	Utforska sjuksköterskors upplevelse av att vårda våldsutsatta kvinnor och skapa kunskap hos sjuksköterskor om hälsoproblem.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Det var 12 sjuksköterskor som deltog och kravet var minst fem års erfarenhet. <u>Datainsamling:</u> Djupintervjuer <u>Analys:</u> Berättande analytisk teknik.	12 (-)	Sjuksköterskor distanserade sig genom copingmekanismer. De utförde omvårdnad av kvinnorna trots att det ansåg att det inte var deras jobb.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. 2003 Sydafrika	Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence.	Rapportera akutsjuksköterskors upplevelser av att vårda överlevande av våld i nära relationer.	<u>Design:</u> Kvalitativ deskriptiv studie <u>Urval:</u> 11 sjuksköterskor akuta enheter från Sydafrika deltog <u>Datainsamling:</u> Ostrukturerade fenomenologiska intervjuer. <u>Analys:</u> Beskrivande fenomenologisk analys	11 (-)	Akutsjuksköterskorna blir vittnen till våld i nära relationer. Sjuksköterskorna känner sympati och upplever emotionell stress av att se kvinnornas sårbarhet och lidande.	K I
van Wyk, N., & van der Wath, A. 2015 Sydafrika	Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective	Syftet är att se om det finns utmaningar som manlig sjuksköterska står inför vid mötet av våldsutsatta kvinnor och hur de påverkar dem.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Två manliga sjuksköterskor från Sydafrika. <u>Datainsamling:</u> Ostrukturerade djupintervjuer. <u>Analys:</u> Deskriptiv innehållsanalys	2 (-)	Sjuksköterskorna upplevde att det fanns svårigheter med att vårda kvinnor som skadas av män då sjuksköterskorna själva är män. Att vara en del i samhället där våld förekommer ofta samt vara sjuksköterska skapade stora känslor av frustration.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Watt, M. H., Bobrow, A. E., & Moracco, K. E 2008 USA	Providing Support to IPV Victims in the Emergency Department: Vignette Based Interviews With IPV Survivors and Emergency Department Nurses	Syftet var att jämföra våldsutsatta kvinnors och sjuksköterskors perspektiv. Att utforska hur sjuksköterskors stöd kan hjälpa våldsutsatta kvinnor att lämna sin destruktiva relation.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> 16 våldsutsatta kvinnor och 10 sjuksköterskor deltog. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. <u>Analys:</u> Kvalitativ dataanalys	26 (-)	Våldsutsatta kvinnor upplever att de behöver mer känslomässigt stöd medan sjuksköterskorna upplever att de ska fokusera på att ge ut rätt information samt instrumentellt stöd. Sjuksköterskorna behöver få mer insikt om våld samt ge mer känslomässigt stöd.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet