

EN FRÅGA OM FRIHET

Sjuksköterskor om mötet med våldsutsatta kvinnor

En litteraturöversikt

A QUESTION OF FREEDOM

Nurses' view on meeting abused women

A literature review

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 6 april 2021
Kurs: K55
Författare: Alice Siwe
Författare: Hanna Magnusson

Handledare: Susanne Lundell
Examinerande lärare: Maria Wahlström

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Var tredje kvinna i världen utsätts för våld i nära relation. Den utsatta kvinnan har ofta starka emotionella band till förövaren vilket försvårar möjligheten för henne att bryta upp och lämna den våldsamma relationen. Våldet påverkar kvinnors psykiska och fysiska hälsa negativt vilket leder till att de ofta är vårdsökande. Mötet med sjukvården ger sjuksköterskor en möjlighet att identifiera och vårda dessa kvinnor.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att möta kvinnor som är utsatta för våld i nära relation.

Metod

En litteraturöversikt genomfördes och resultatet baserades på 18 vetenskapliga artiklar. Inkluderade artiklar var av både kvantitativ och kvalitativ design och inhämtades från databaserna PubMed och CINAHL. Artiklarna granskades utifrån Sophiahemmets Högskolas bedömningsunderlag för kvalitetsgranskning. Resultatet sammanställdes med hjälp av en integrerad analys som resulterade i huvudkategorier och subkategorier.

Resultat

I studien framkom fem huvudkategorier som presenterades med tillhörande subkategorier. De fem huvudkategorier som framkom var: sjuksköterskan om att identifiera och fråga om våld, sjuksköterskan om barriärer, sjuksköterskan om faciliterande faktorer, sjuksköterskans förhållningssätt samt sjuksköterskan om känslor.

Slutsats

Sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relation visade att brist på kunskap utgjorde det största hindret för att kunna hjälpa dessa kvinnor samtidigt som kunskap sågs som en faciliterande faktor. För att kunna tillgodose sjuksköterskors behov av kunskap relaterat till våld i nära relation krävs mer utbildning.

Nyckelord: Attityder, Erfarenhet, Kunskap, Sjuksköterskor, Våld i nära relation

ABSTRACT

Background

One third of women worldwide are exposed to intimate partner violence. The female victim usually has a strong emotional bond to her abuser which decreases the possibility for her to break free from the relationship. The violence affects women's psychical and psychological health negatively, they are therefore frequently healthcare seeking. The healthcare encounter gives nurses an opportunity to identify and care for these women.

Aim

The aim of this study was to describe nurses' experiences in contact with women exposed to intimate partner violence.

Method

The approach of this study was a literature review and the results were based on 18 scientific articles. The included articles in this study were collected from the databases PubMed and CINAHL and were of both of quantitative and qualitative design. The articles were examined using the Sophiahemmet University assessment basis for control of the quality. The results of this study emerged from an integrative analysis that resulted in main categories and sub-categories.

Results

Five main categories emerged from this study which were presented with associated sub-categories. The five main categories were: nurses about identifying and asking about intimate partner violence, nurses about barriers, nurses about facilitating factors, nurses' approach and nurses about emotions.

Conclusions

Nurses' experience, in contact with women exposed to intimate partner violence, showed that lack of knowledge was the main barrier to help these women, while knowledge also was seen as a facilitating factor. To meet nurses' needs of knowledge in relation to intimate partner violence more education is required.

Keywords: Attitudes, Experience, Intimate partner violence, Knowledge, Nurses

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Våld i nära relation	1
Sjuksköterskans professionella ansvar	5
Sjuksköterskans roll i mötet med våldsutsatta kvinnor	5
Teoretisk utgångspunkt: Joyce Travelbee	7
Problemformulering	8
SYFTE	8
METOD	8
Design.....	8
Urval	8
Datainsamling.....	9
Kvalitetsgranskning.....	12
Dataanalys	13
Forskningsetiska överväganden	13
RESULTAT	14
Sjuksköterskan om att identifiera och fråga om våld	14
Sjuksköterskan om barriärer.....	15
Sjuksköterskan om faciliterande faktorer	17
Sjuksköterskans förhållningssätt	18
Sjuksköterskan om känslor.....	19
DISKUSSION	20
Resultatdiskussion.....	20
Metoddiskussion.....	23
Slutsats	26
Fortsatta studier	26
Klinisk tillämpbarhet.....	26
REFERENSER	28

BILAGA A-B

INLEDNING

Våld mot kvinnor har utropats som ett globalt folkhälsoproblem då det är ett hot mot kvinnors liv och hälsa. Våld i nära relation innefattar mycket mer än bara fysiskt våld. När våldet mot kvinnan utövas av en partner innebär det att kvinnan isoleras, hon lever med begränsad frihet under kontroll av mannen där inte ens hennes tankar längre får vara hennes egna. Enligt statistik från Brottsförebyggande rådet [BRÅ] (2014) utsätts var fjärde kvinna i Sverige någon gång för våld i nära relation, i teorin innebär detta att var fjärde kvinna eller flicka som sjuksköterskan möter i sitt arbete kan vara utsatt för denna typ av våld. Trots detta faktum anser sig författarna inte inneha tillräcklig kunskap med sig från sjuksköterskeutbildningen för att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation. Vidare är författarnas samlade erfarenhet att ämnet inte berörts varken under deras verksamhetsförlagda utbildning eller arbetsplatser inom vården. Författarna avser med denna litteraturöversikt att belysa den kunskap som finns samt den kunskap som faktiskt krävs beträffande våld i nära relation med intentionen att kvinnor ska få den hjälp de har rätt till.

BAKGRUND

Våld i nära relation

World Health Organization [WHO] (2012) definierar våld i nära relation som handlingar som orsakar fysisk, psykisk eller sexuell skada hos den utsatta i relationen. BRÅ (2014) beskriver att begreppet innefattar all typ av våld mellan närstående men att det absolut vanligaste är att en man utövar våld mot en kvinna inom en parrelation. Våldet som kvinnor utsätts för medför en kränkning av flera mänskliga rättigheter, däribland rätten till frihet, rätten till ett liv utan tortyr, rätten till integritet och självbestämmande, rätt till god hälsa samt rätten att leva ett liv utan förtryck (WHO, 2010). Vanligtvis sker våldet bakom stängda dörrar i offrets egen bostad och våldet tenderar att öka i intensitet och allvar med tiden (BRÅ, 2009). Det som karaktäriserar våld i en nära relation är att den utsatta ofta har starka emotionella band till förövaren vilket försvårar möjligheten för offret att bryta upp och lämna den våldsamma relationen (Lundgren, 2012).

Olika typer av våld

Kvinnor kan bli utsatta för flera typer av våld i en nära relation, detta innefattar fysiskt våld, känslomässigt- eller psykologiskt våld, sexuellt våld och kontrollerande beteende (WHO, 2014). Våldet som kvinnorna utsätts för är ofta en kombination av dessa (Alsaker et al., 2012; Socialstyrelsen, 2019; Walton-Moss & Campbell, 2002). Fysiskt våld innebär att skada vållas på kroppen. Detta kan ske på olika sätt, som med vapen, knuffar, slag eller sparkar (WHO, 2014). Våldet är ofta medvetet riktat mot de delar av kroppen som minskar risken för att skadorna ska avslöjas av utomstående (Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK], u.å.). Sexuellt våld innebär oönskad beröring, sexuella handlingar utan samtycke, vållande till skada under samlag eller tvång att ha sex utan preventivmedel (WHO, 2014; NCK, u.å.). Psykiskt våld kan manifestera sig som ständigt kritiserande uttal, hot mot kvinnan eller barnen i hemmet, hot om att förstöra egendom samt ständigt nedtryckande kommentarer eller förnedring offentligt eller privat (WHO, 2014). NCK (u.å.) beskriver att det psykiska våldet har en nedbrytande effekt på offret och att det successivt leder till att offrets självkänsla påverkas negativt. Vidare beskriver NCK (u.å.) att hot om våld tillhör det psykiska våldet. Kontrollerande beteende kan visa sig i social isolering genom att

hindra kvinnan från att träffa anhöriga och bekanta, kontrollera var kvinnan befinner sig, inte låta kvinnan söka vård på egen hand eller inte låta henne ha kontroll över sin egen ekonomi (WHO, 2014). Genom att kontrollera ekonomin och materiella tillgångar isolerar förövaren kvinnan och det blir svårt för kvinnan att lämna relationen (NCK, u.å.; Reisenhofer & Seibold, 2013; Socialstyrelsen, 2014).

Prevalens

Var tredje kvinna i världen har blivit utsatt för våld i nära relation, så kallat "intimate partner violence" [IPV], vilket gör det till ett stort folkhälsoproblem (WHO, 2017). Av de kvinnor som mördas i världen antas det att 38 procent av morden har begåtts av hennes partner (WHO, 2017). Drygt 27 procent av tillfrågade kvinnor i USA uppgav att de någon gång under sin livstid blivit utsatta för någon form av våld i en nära relation (Breiding et al., 2014). BRÅ (2014) anger att var fjärde kvinna i Sverige utsatts för våld i nära relation och att det i genomsnitt dör en kvinna var tredje vecka till följd av dödligt våld inom en parrelation. I jämförelse med män är det betydligt vanligare att kvinnor utsätts för så pass grovt våld att de behöver uppsöka sjukvård (BRÅ, 2014) vilket bekräftas av Wong & Mellor (2014). Under 2012 behövde nästintill en tredjedel av kvinnorna som utsatts för grövre våld inom en relation söka sjukvård, i jämförelse med drygt 2 procent av männen (BRÅ, 2014). Enligt Brottsförebyggande rådets sammanfattning av anmälda brott under år 2019 anmäldes 28 400 misshandelsbrott mot kvinnor över arton år. I 79 procent av dessa var förövaren en närstående och i 31 procent av fallen skedde misshandeln inom en parrelation. År 2019 anmäldes 4 780 våldtäkter mot kvinnor över 18 år och en tredjedel av dessa fall avsåg våldtäkter i en parrelation (BRÅ, 2019). Det finns en risk för att brott som sker inom en nära relation underrapporteras då förövaren är någon som den utsatta har en nära relation till (BRÅ, 2014). Det uppskattas att cirka 20 procent av brotten som sker i en nära relation polisanmäls (BRÅ, 2012).

Våldets konsekvenser

Våld i nära relation har betydande konsekvenser inte endast för de utsatta kvinnorna utan även för samhället i stort (WHO, 2014). WHO (2004) uppger att våld i nära relationer kostar mycket pengar. I USA har kostnaderna för våld i nära relation uppgått till mer än tre procent av landets bruttonationalprodukt (WHO, 2004). Socialstyrelsen (2006) rapporterar att mäns våld mot kvinnor i nära relationer kostar det svenska samhället uppskattningsvis tre miljarder kronor per år.

Våld i nära relation kan resultera i allvarlig skada, funktionsnedsättning eller död och våldet har även indirekta konsekvenser för kvinnors hälsa (WHO, 2010). Våldet leder inte enbart till hälsokonsekvenser utan det kan också leda till sociala och ekonomiska konsekvenser för den våldsutsatta kvinnan (Socialstyrelsen, 2019). Enligt WHO (2014) och Walton-Moss & Campbell (2002) söker våldsutsatta kvinnor vård mer frekvent för psykiska eller fysiska symtom jämfört med andra kvinnor. Bland de kvinnor som sökt vård för sina fysiska skador var skadorna ofta allvarliga (Lundgren et al., 2001). Kvinnor som är utsatta för våld har dubbelt så stor risk att drabbas av depression och nästan dubbelt så stor risk att hamna i missbruk jämfört med kvinnor som inte är våldsutsatta (WHO, 2013-a). Bland våldsutsatta kvinnor visade det sig vara mer vanligt förekommande med symtom på posttraumatiskt stressyndrom [PTSD], depression, självskadebeteende samt riskbruk av alkohol (NCK, 2014; WHO, 2014). Bacchus et al. (2018) publicerade en metaanalys utförd på 35 separata kohortstudier som visade att exponering för våld i nära relation har betydande effekt på hälsan. Ett tydligt samband kunde påvisas mellan våldsutsatthet och depressiva symtom (Bacchus et al., 2018). Loke et al. (2012) har beskrivit att kvinnor som

blivit utsatta för partnervåld hade skamkänslor vilka i sin tur lett till låg självkänsla och i vissa fall självmordstankar hos kvinnorna. Självmordstankar är dubbelt så vanligt hos de kvinnor som någon gång utsatts för våld och hos de kvinnor som erfarit våld är självmordsfrekvensen tre gånger så hög än de som inte har det (Lundgren et al., 2001).

Cho et al. (2019) framför att många kvinnor har fått långvariga och allvarliga fysiska och psykiska besvär till följd av det våld de varit utsatta för. Enligt NCK (2014) var psykosomatiska symtom vanligt förekommande hos våldsutsatta som bland annat innefattade huvudvärk, nack- och axelsmärter, yrsel, mag- och tarmbesvär samt öronsus. De kvinnor som blivit utsatta för hot i en nära relation uppger fler negativa konsekvenser än de som inte har blivit utsatta för hot i relationen (Lundgren et al., 2001). Jämfört med kvinnor som lever ett liv fritt från våld har våldsutsatta kvinnor högre risk för oönskade graviditeter, aborter samt sexuellt överförbara sjukdomar (Walton-Moss & Campbell, 2002; WHO, 2013-a). Våld under graviditeten kan kopplas till lägre födelsevikt hos barnet, missfall, dödfödsel och för tidig födsel (WHO, 2010). WHO (2010) påtalar att effekterna av våldet inte endast drabbar kvinnorna som direkt utsätts, barn som lever med en förälder som är våldsutsatt erfar negativa hälsokonsekvenser då moderns psykiska hälsa påverkar föräldraskapet och barnets anknytning. Barn som växer upp i familjer där IPV förekommer har visat sig i större uträkning ha lägre utbildningsnivå samt känslomässiga- och beteenderelaterade störningar. Barn som upplever våld löper även större risk att som vuxna utöva våld eller utsättas för våld i nära relation (WHO, 2010). Barn som bevittnar våld ses också som offer för våld i nära relation (Lundberg et al., 2001).

Våldets dynamik

Många frågar sig hur kvinnorna kan ha hamnat i en våldsamt relation (Enander, 2011; WHO, 2014) och ifrågasätter det faktum att många kvinnor stannar kvar i relationen med förövaren (WHO, 2014). Loke et al. (2012) påtalar att kvinnorna kunde uppleva en ambivalens inför valet mellan att stanna i förhållandet och utstå våld eller bryta upp med förövaren. WHO (2014) menar att det kan finnas flertal anledningar till detta, däribland inkomst eller andra ekonomiska hinder. Det kan även bero på att hon ser våld som en normal del av ett förhållande, har en låg självkänsla eller en rädsla inför att våldet ska eskalera (WHO, 2014). Andra faktorer kan vara att kvinnan upplever att hon inte har någonstans att vända sig eller hon tror att hon inte klarar sig på egen hand (WHO, 2014). Hot om våld, kontrollerande beteende samt fysiskt eller sexuellt våld leder successivt till att kvinnans livsutrymme krymper (Lundgren et al., 2001).

Våldet som kvinnor utsätts för i en nära relation sker ofta på ett systematiskt sätt med upprepade övergrepp över tid (BRÅ, 2009). Mer än var fjärde kvinna som utsatts för våld i en nära relation rapporterar att våldet varit systematiskt (Lundgren et al., 2001). Våldet tenderar också att bli allvarliga ju längre det fortskrider (BRÅ, 2009). Våldet riskerar att trappas upp då kvinnan är på väg eller redan har lämnat mannen och det förekommer att kvinnor som mördats av män har varit på väg att bryta upp relationen (Lundgren et al., 2001). I en kvalitativ studie av Karakurt et al. (2014) framkom att kvinnorna som under en längre period levde i en våldspräglad relation i större utsträckning hade starka skuld-känslor över att ha anmält sin förövare och beskrev att de kände att de svek sin partner (Karakurt et al., 2014).

Lundgren (2012) menar att *våldets normaliseringsprocess* beskriver dynamiken i en våldspräglad relation. Våldets normaliseringsprocess kan förklara de komplexa samband som leder till att en våldsutsatt kvinna stannar kvar i relationen med en förövare (Enander,

2011). Lundgren (2012) påtalar att den våldsutsatta stegvis förlorar kontroll och att gränserna mellan kärlek och våld suddas ut. Normaliseringsprocessen sker över tid (Lundgren, 2012) och kan leda till att kvinnan förlorar perspektiv på vad som är normalt i ett förhållande (Evans et al., 2016). Den första delen av normaliseringsprocessen beskrivs av Lundgren (2012) som *isolering*. Kvinnan isoleras då successivt och det kan innefatta social isolering från familj och vänner (Evans et al., 2016; Lundgren, 2012) men även en psykisk isolering (Lundgren, 2012). Enligt Lundgren (2012) skapas ett känslomässigt beroende till förövaren, detta eftersom våldsbrukaren ofta växlar mellan känslomässig värme och kyla. Kvinnan utvecklar aktivt inom normaliseringsprocessen en strategi för *anpassning*. Anpassningen innebär att kvinnan *internaliserar* våldet, kvinnan ser då våldet ur förövarens perspektiv där hon själv bär ansvar och är orsaken till våldet hon utsätts för (Lundgren, 2012). Denna anpassning kan leda till att kvinnorna har svårt att se misshandeln som våld (Lundgren, 2012) och det är vanligt att kvinnorna inte beskriver sina upplevelser som våld förrän relationen är avslutad (Evans et al., 2016; Lundgren et al., 2001). Psykisk misshandel, isolering, nedvärdering och fysiskt våld resulterar i att det är mycket svårt för kvinnan att lämna förövaren (Lundgren, 2012).

Våldsutsatta kvinnors erfarenhet av mötet med vården

En tredjedel av kvinnorna som utsatts för våldshandlingar i en nära relation uppgav i studien av Lundberg et al. (2001) att de hade sökt hjälp, vanligast var att man sökt hjälp hos sjukvården. Våldsutsatta kvinnor har vittnat om brister i vårdpersonalens bemötande (Damra et al., 2015; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rose et al., 2011; Usta et al., 2012). Rose et al. (2011) skildrade flera barriärer som hindrade kvinnor från att berätta om sin våldsutsatthet för hälso- och sjukvården. Däribland beskrev kvinnorna att de hade skamkänslor inför sin situation, en rädsla för att inte blir trodda, en rädsla att barnen i hemmet skulle bli omhändertagna eller att ett avslöjande kunde leda till ytterligare våld i hemmet (Rose et al., 2011). Pratt-Eriksson et al. (2014) uppgav att kvinnor har känt sig svikna av vården och systemet. Kvinnorna upplevde att de blivit ifrågasatta och kallt bemötta av vårdpersonal och många ansåg att det kändes lönlöst att berätta om våldet eftersom de kände sig maktlösa och otrygga i vårdmiljön (Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnor har även berättat att det har varit svårt att prata om våldet då de inte alltid var medvetna om att det de utsattes för var våld (Rose et al., 2011). Det framkom att de våldsutsatta kvinnorna upplevt att mötet med vårdpersonalen präglats av empatilöshet och skuldbeläggande vilket hade resulterat i en lägre självkänsla hos kvinnorna (Reisenhofer & Seibold, 2013). Att vårdpersonalen upplevts som stressade framkom som ytterligare ett hinder för kvinnor att berätta om våld i nära relation (Usta et al., 2012; Damra et al., 2015). Kvinnorna kände sig inte bekväma att berätta om sin situation då de uppfattade att vårdpersonalen inte hade möjlighet att ta sig tid i mötet (Usta et al., 2012; Damra et al., 2015). Vidare ses brist på integritet som en orsak att kvinnorna inte berättat om sin utsatthet för våld, kvinnorna skildrar hur de fått frågor om IPV framför andra patienter och att de därmed inte känt sig bekväma att svara ärligt på frågorna (Damra et al., 2015). En del kvinnor kunde redogöra för ett positivt möte med vården, de betonade att ett empatiskt bemötande hade varit avgörande för deras självkänsla och förmåga att lämna den våldsamma relationen (Reisenhofer & Seibold, 2013). Enligt Usta et al. (2012) påtalade kvinnorna att en god och tillitsfull relation mellan dem och vårdpersonalen hade varit avgörande för huruvida de svarade ärligt på de frågor som ställdes kring IPV.

Sjuksköterskans professionella ansvar

Enligt International Council of Nurses [ICN] (2021) är sjuksköterskan en väsentlig del i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Sjuksköterskan ska kunna bidra till en bättre hälsa för individer som inte på egen hand kan uppnå eller återfå sin hälsa (ICN, 2021). Omvårdnad är sjuksköterskans specifika kompetensområde och sjuksköterskan ska i sitt arbete kunna ge god omvårdnad till både fysiskt och psykiskt sjuka personer (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Sjuksköterskan ska arbeta evidensbaserat, det vill säga att omvårdnaden ska bedrivas utifrån beprövad erfarenhet och bästa tillgängliga kunskap (SSF, 2011). Sjuksköterskan har ett ansvar att följa med i kunskapsutvecklingen inom området omvårdnad och sjuksköterskan ska arbeta utifrån patientens behov samt bedriva omvårdnad utifrån metoder som är baserade på tillgänglig vetenskap (SSF, 2017). Omvårdnadsarbetet bör präglas av respekt för mänskliga rättigheter, individens unika värderingar samt självbestämmande (SSF, 2017). Mötet mellan sjuksköterska och patient bör även präglas av öppenhet för patienten och dennes berättelse. En sjuksköterska ska utifrån patientens egen berättelse arbeta hälsofrämjande (SSF, 2017).

Personcentrerad vård är en vital del i sjuksköterskans profession (SSF, 2017). Fokus för personcentrerad vård är att röra sig ifrån det medicinska perspektivet och fokusera på människan som en del av en helhet där människan ses som en unik individ utifrån ett holistiskt synsätt (Frisch & Rabinowitsch, 2019; ICN, u.å.). Personcentrerad vård ämnar minska maktklyftan mellan professionen och personen som är i behov av omvårdnad (Frisch & Rabinowitsch, 2019; McCance et al., 2011). Mötet med individen bör utgå ifrån dennes individuella behov, föreställningar och resurser (SSF, 2017). Kommunikation är en viktig del av kompetensområdet för sjuksköterskan och sjuksköterskan ska ha förmåga att på ett respektfullt och empatiskt sätt kommunicera med patienter, närstående och kollegor (SSF, 2017). God kommunikation och respektfullt bemötande har visat sig leda till bättre upplevd omvårdnad av patienter (Avallin et al., 2020; Wendt et al., 2011). Bristande kommunikation och brist på respekt lyftes som anledningar till att patienter inte kände tillit gentemot sina sjuksköterskor (Ozaras & Abaan, 2018). Relationer och kommunikation har av sjuksköterskor beskrivits som en viktig faktor för att kunna bedriva personcentrerad vård (Ross et al., 2015). Att bygga upp ett förtroende genom ett empatiskt förhållningssätt identifierades även som betydelsefullt (Frisch & Rabinowitsch, 2019; Ross et al., 2015).

Sjuksköterskans roll i mötet med våldsutsatta kvinnor

Kvinnor som är våldsutsatta är ofta vårdsökande vilket innebär att kontakten med hälso- och sjukvårdspersonal kan vara avgörande i identifieringen av våld (Björck, 2011; Reisenhofer et al., 2012). Sjuksköterskor har en unik möjlighet att identifiera och hjälpa våldsutsatta kvinnor (Reisenhofer & Seibold, 2013; Walton-Moss & Campbell, 2002). Sjuksköterskan bör således inneha kunskap om våld i nära relationer samt dess kännetecken (Socialstyrelsen, 2014). Våldsutsatta kvinnor kan söka vård för olika sjukdomstillstånd, såväl fysiska som psykiska eller psykosomatiska symtom (Socialstyrelsen, 2014). Man kan även misstänka att en kvinna är utsatt för IPV om hon inte dyker upp på inbokade vårdtider med sitt barn eller om partnern som medföljer på konsultationer är påträngande under samtalet (WHO, 2014). Kvinnor som har varit utsatta för våld söker ofta vård för symtom som tydligt kan kopplas samman med våldsutsatthet eller hot om våld (Walton-Moss & Campbell, 2002; Wendt & Enander, 2013) men de kan även söka vård för mer diffusa symtom (Wendt & Enander, 2013). Vid minsta misstanke om våldsutsatthet har sjuksköterskan ansvar för att fråga kvinnan ifall hon är utsatt för IPV

(Walton-Moss & Campbell, 2002). Sjuksköterskor har utöver identifiering av våldet även ett ansvar att dokumentera och hjälpa kvinnan genom hänvisning till nödvändiga instanser (Walton-Moss & Campbell, 2002; WHO, 2013-b; Wong & Mellor, 2014). Sjuksköterskan ska vid misstanke om våld kommunicera vilka möjligheter som finns till vård samt även informera om socialtjänstens stöd och tillgängligt stöd från frivilligorganisationer (SOSFS 2014:4). Finns barn med i bilden ska en orosanmälan till socialtjänsten göras enligt SFS 2001:453, kap 14, 1§. En individuell bedömning utifrån personens behov av vård och stöd relaterat till våldet ska också göras (Socialstyrelsen, 2014). Kvinnan kan sällan själv inse att de symtom hon söker vård för är korrelerade med våldet hon utsatts eller utsätts för (Wendt & Enander, 2013) och för att kunna bedriva god omvårdnad är det av största vikt att sjuksköterskan har kännedom om våldets konsekvenser (Wong & Mellor, 2014). Mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan bör kännetecknas av ett empatiskt lyssnande och lyhördhet, en icke-dömande attityd och respekt för kvinnans integritet (WHO, 2013-b).

Att fråga om våld

Socialstyrelsen (2014) understryker vikten av att våldet upptäcks tidigt då det tenderar att eskalera över tid både gällande frekvens och brutalitet. Ett ansvar ligger hos hälso- och sjukvårdspersonalen att fråga om våld, detta ansvar innebär att personalen inom sjukvården behöver inneha nödvändig kunskap om våld och konsekvenserna av våldet för den drabbade (Björck, 2011). Vårdgivaren innehar ett ansvar att besluta *när* och *hur* sjuksköterskan ska fråga om våld (SOSFS 2014:4). Sjuksköterskan bör även ha kompetens i hur frågor om våld bör ställas (Socialstyrelsen, 2014). I Socialstyrelsens *Föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer* (SOSFS 2014:4) stadgas det att vårdgivare har ett ansvar att fastställa nödvändiga rutiner och säkerställa kvaliteten i arbetet med våldsutsatta. Vid tecken eller misstanke om att en person utsätts för våld har sjuksköterskan som hälso- och sjukvårdspersonal ett ansvar att fråga personen om detta, samtalen ska kunna ske i enrum och det är vårdgivarens skyldighet att möjliggöra detta (Socialstyrelsen, 2014; Walton-Moss & Campbell, 2002).

Allmän screening för våld inom alla vårdinstanser är inget som rekommenderas av WHO (2014). Istället uppmuntrar organisationen till att lyfta ämnet i mötet med de kvinnor man misstänker är utsatta för våld. WHO (2013-b) betonar att det är av högsta vikt att aldrig fråga kvinnan om våld när hon är i sällskap med en annan person. Om frågan ska lyftas bör den göras så på ett empatiskt och icke-dömande sätt, det är viktigt att kvinnan känner sig hörd. Att lyssna och svara med empati kan vara mer betydelsefullt i stunden än att ge råd (WHO, 2013-b). Enligt en studie utförd i Danmark av Mørk et al. (2014) beskrev de våldsutsatta kvinnorna att de inte hade något emot att frågan om våld ställs men betonade att frågan bör ställas utifrån ett personligt förhållningssätt och med empatiskt bemötande. Vårdpersonalens kunskap och förmåga att hantera svaret sågs av kvinnorna som central. En del av kvinnorna i studien som levte i en våldspräglad relation skildrade att de önskade att hälso- och sjukvårdspersonal hade frågat hur de mådde. De beskrev att de inte visste hur de själva skulle berätta om våldet och att en fråga kanske hade sparat dom många år av misshandel (Mørk et al., 2014). Evans et al. (2016) påtalade att kvinnors tidigare negativa erfarenheter av att ha berättat om sin våldsutsatthet för hälso- och sjukvården bidrog till en tvekan inför att prata om våldet. Även rädsla för att förövarens våld skulle eskalera och drabba andra familjemedlemmar, som barnen i hemmet, återgavs som bidragande faktorer till att inte berätta om våldet för vårdpersonalen (Evans et al., 2016).

Teoretisk utgångspunkt: Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1971) lyfter fram kommunikation och mänskliga relationer som två av de centrala begreppen i sin omvårdnadsteori. Travelbee (1971) menar att det särskiljande för ett mellanmänniskt möte är att sjuksköterskan och individen båda är unika människor som relaterar till varandra på olika sätt. Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att partnerskap mellan patient och sjuksköterska uppnås genom en ömsesidig öppenhet i mötet. Vidare skildrar Travelbee (1971) i sin teori de interaktionsfaser som hon menar kan leda fram till ett mellanmänniskt möte där individen får förtroende för sjuksköterskan. Enligt Björck (2011) är det vanligt att kvinnor som är utsatta för våld har svårt att berätta om våldet och att detta utgör ett hinder i kommunikationen mellan vårdpersonalen och kvinnan. Kommunikation är en vital del i interaktionen med personen, vid varje tillfälle ett möte äger rum utbyts kommunikation av olika typer med varandra (Travelbee, 1971). Kommunikationen kan vara verbal eller icke-verbal och innefatta bland annat utseende, beteende, hållning och ansiktsuttryck, det kan handla om vad som sägs – men även om vad som inte sägs. Alla dessa interaktioner med individen, är, enligt Travelbee (1971) ett tillfälle för sjuksköterskan att lära känna personen för att då kunna identifiera dennes omvårdnadsbehov.

Eftersom det är av stor vikt att tidigt skapa förutsättningar för att kunna identifiera våldet ligger ansvaret för kommunikationsstrategier på sjukvårdspersonalen (Björck, 2011). Travelbee (1971) påtalar att för att kunna fastställa individens unika omvårdnadsbehov behövs kommunikation, men viktigt är också att *förstå* det som kommuniceras. För att kunna skapa förståelse och uppnå målet med omvårdnaden behöver sjuksköterskan även förstå *vad* den unika personen kommunicerar, för att i sin tur uppnå detta behövs ett möte på ett mellanmänniskt plan (Travelbee, 1971). Observation är en viktig del i mötet och ingår i kommunikationen. Travelbee (1971) menar att det är observationer som leder till omvårdnadsåtgärder och betonar vikten av att se helheten, den unika människan som en del av dess omgivning. Genom mötet där två personer delar upplevelser och relaterar till varandra kan sjuksköterskan också utveckla sin förmåga att anpassa sin kommunikation i omvårdnadssituationer med individen, när man ska undvika att tala och när man ska tala (Travelbee, 1971).

En god mellanmännisklig relation kan dock inte uppstå enbart med hjälp av kommunikation. Sjuksköterskan behöver ha empati, kunna se den unika individen i mötet och förstå *varför* kommunikationen ska ske, detta kan skapa tillit och en god relation i mötet. Tillit är en grundläggande del i alla mänskliga möten och är en förutsättning för en god relation mellan sjuksköterska och patient (SSF, 2016). Travelbee (1971) lyfter i sin teori att mötet som sker mellan individen och sjuksköterskan är lika viktigt för båda parter. Det är en process de upplever tillsammans, och sjuksköterskan ska sträva efter att interagera och kommunicera på ett sådant sätt att hen kan fastställa en tillitsfull relation, förstå varför omvårdnadsmålen ska uppnås och sedan vidare kunna kommunicera så omvårdnaden i sin tur uppnås. Genom att sjuksköterskan strävar efter en mellanmännisklig relation med individen hen möter kan båda parter växa och god omvårdnad kan uppnås (Travelbee, 1971).

Problemformulering

Var tredje kvinna i världen har blivit utsatt för våld i nära relation och det är således ett globalt hälsoproblem. Våldet som kvinnor utsätts för utgör ett hot mot kvinnors fysiska och psykiska hälsa. Våldet som utövas tenderar att eskalera och bli allvarligare över tid vilket i värsta fall kan resultera i att den utsatta kvinnan dör. I Sverige dör det i genomsnitt en kvinna var tredje vecka till följd av dödligt våld inom en parrelation.

Våldsutsatta kvinnor söker vård mer frekvent än andra kvinnor vilket ger hälso- och sjukvården och därmed sjuksköterskor en unik möjlighet att identifiera och hjälpa dessa kvinnor. Flera studier visar på brister i vårdpersonalens bemötande och agerande vilket resulterat i att de våldsutsatta kvinnorna inte berättat om sin situation. Med anledning av detta är det av stor vikt att all vårdpersonal innehar den kunskap som krävs avseende våld i nära relationer och våldets konsekvenser för att kunna identifiera, möta och vårda de utsatta kvinnorna på ett adekvat sätt. Genom att sammanställa befintlig forskning ämnar denna studie att belysa eventuella kunskapsluckor samt barriärer eller faciliterande faktorer som erfarits av sjuksköterskor relaterat till mötet med våldsutsatta kvinnor.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att möta kvinnor som är utsatta för våld i nära relation.

METOD

Design

En icke-systematisk litteraturöversikt användes som design för att få en överblick kring det befintliga kunskapsläget inom det valda området (Friberg, 2017). Litteraturöversikten baserades på befintlig relevant forskning och denna typ av design utförs genom en dokumenterad systematisk och strukturerad strategi med avsikt att arbetet ska vara reproducerbart (Friberg, 2017). Litteraturöversikt är en studiedesign som ofta appliceras inom det vårdvetenskapliga området. Genom att redan befintlig forskning analyseras och sammanställs kan den relevanta kunskapen sedan tillämpas i praktiken inom omvårdnad (Kristensson, 2014). En litteraturöversikt är inte att jämföra med en systematisk litteraturöversikt som är mer omfattande eftersom all relevant forskning inom området då sammanställs (Kristensson, 2014).

Urval

Avgränsningar

Avgränsningar gjordes för att identifiera relevant litteratur utifrån studiens syfte. Specifika avgränsningar inför sökning av litteratur är viktigt då studien inte ämnade att använda all tillgänglig forskning inom området (Kristensson, 2014). Avgränsning har skett till artiklar som är 'peer reviewed' vilket innebär att studierna har genomgått en granskning av ämnesexperter innan de godkänts för publicering i en vetenskaplig tidskrift (Kristensson, 2014). Artiklar publicerade mellan år 2010–2021 valdes som avgränsning med syfte att välja aktuell forskning (Kristensson, 2014) samt artiklar skrivna på engelska och

svenska. Ingen avgränsning applicerades gällande vårdavdelning eller geografisk hemvist för studien, detta med anledning av studiens syfte och generaliserbarhet till populationen i enlighet med Polit & Beck (2021).

Inklusionskriterier

För att specificera litteratursökningen till erfarenheter hos populationen som studien ämnar beskriva är det viktigt med tydliga inklusions- och exklusionskriterier (Kristensson, 2014). I enlighet med Friberg (2017) inkluderades både kvalitativa och kvantitativa artiklar i litteraturöversikten då dessa ansågs kunna komplettera varandra för att kunna besvara studiens syfte. Inkluderade artiklar är forskning som beskriver sjuksköterskans erfarenheter i förhållande till kvinnor som utsatts för våld i nära relation. I studiens resultat inkluderades endast primärkällor i enlighet med Kristensson (2014), vilket innebär att materialet som använts i litteraturöversikten är vetenskapliga originalarbeten.

Exklusionskriterier

I enlighet med studiens syfte exkluderas studier med deltagare 0–18 år, studier som beskriver våld mot män, våld mot barn samt studier som beskriver våld i samkönade relationer. Då syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter exkluderades även studier som beskrev sjuksköterskestudenters erfarenheter. Litteraturöversikter exkluderades då dessa är sammanställningar av primärkällor och därför räknas som sekundärkällor (Kristensson, 2014).

Datainsamling

De vetenskapliga artiklarna samlades in genom databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] och Public Medline [PubMed]. CINAHL är en databas innehållande publikationer främst inom det vårdvetenskapliga området medan PubMed framför allt innehåller vetenskapliga artiklar inom det medicinvetenskapliga området (Kristensson, 2014). Alla artiklar tilldelas indexord och dessa baseras på vad artikelns innehåll. Genom att använda sig av indexord i databassökningen förenklas arbetet genom att sökningen kan specificeras till det relevanta intresseområdet som annars istället riskerar generera ett stort antal irrelevanta träffar. I CINAHL benämns indexord som *subject headings* medan de i PubMed benämns som *Medical Subject Headings* [MeSH-termer] (Kristensson, 2014). Eftersom databaserna innehåller miljontals vetenskapliga publikationer är det viktigt att söka strukturerat utifrån söktermer eller så kallade "indexord" för att kunna besvara studiens syfte. Den initiala litteratursökningen gjordes tillsammans med en bibliotekarie på Sophiahemmets Högskola i enlighet med Rosén (2017), dels för att identifiera ämnesord som passade studiens syfte och dels för att mer noggrant kunna granska sökningens sensitivitet och specificitet. I enlighet med Karlsson (2017) ville författarna finna en balans mellan hög sensitivitet och specificitet. Detta för att finna så relevanta studier som möjligt, utan att riskera att få med för många irrelevanta studier (Rosén, 2017). Relevanta ämnesord och närliggande begrepp identifierades med hjälp av svensk MeSH och onlinebaserat uppslagsverk användes för korrekt översättning av begrepp. En strukturerad sökning gjordes i databaserna med identifierade ämnesord samt dess närliggande begrepp och synonymer, detta för att öka sensitiviteten i sökningen och därigenom identifiera relevant litteratur (Kristensson, 2014). I enlighet med Henricson (2017) kombinerades fritextsökning med ämnessökning för att öka specificiteten, då artiklar som inte var registrerade efter ämnesord på så sätt återfanns.

Följande MeSH-termer, subject headings och sökord användes i litteratursökningen:

Abused women; Battered women; Domestic violence; Intimate partner violence; Spouse abuse; Nurse; Nurses; Nursing; Nursing role; Nursing care; Nursing staff, hospital; Nurse-patient relations; Health professionals; Healthcare professionals; Health care professionals; Nursing knowledge; Professional knowledge; Knowledge; Nurse attitudes; Attitude of health personnel; Attitude; Health knowledge, attitude, practice. Dessa indexord och sökord urskiljdes som relevanta för studiens syfte, de kombinerades och varierades i sökningarna.

En förutsättning för att kunna genomföra en litteratursökning är att använda sig av booleska sökoperatörer (Kristensson, 2014). Genom dessa kan indexord kombineras för att exempelvis avgränsa eller utöka sökningen. Vanligen används de booleska sökoperatörerna AND, OR och NOT för detta (Polit & Beck, 2021). För att kombinera två sökord med varandra används sökoperatören AND, för att utöka och generera träffar med närliggande sökord används OR och för att exkludera söktermer används NOT (Kristensson, 2014). NOT bör användas med försiktighet då relevanta artiklar på så sätt riskerar att uteslutas i sökningen (Polit & Beck). Avgränsningar görs för att kunna specificera sökningen ytterligare (Kristensson, 2014). I denna studie genomfördes sökningar med MeSH-termer, subject headings och sökord tillsammans med AND och OR. Sökoperatören NOT exkluderades för att minimera risken för att relevanta artiklar skulle uteslutas i sökresultaten.

För att sökningarna ska vara reproducerbara har de i enlighet med Kristensson (2014) noggrant dokumenterats i tabell 1 samt tabell 2. I tabellen har även antalet sökträffar, granskade abstracts och lästa artiklar dokumenterats i enlighet med Kristensson (2014). Denna noggranna dokumentation av sökord och sökvägar gjordes för att läsaren enkelt ska kunna följa hur sökprocessen såg ut från början till slut (Friberg, 2017). Efter de genomförda sökningarna skedde en stegvis granskning för att bedöma artiklarnas kvalitet (Kristensson, 2014). En första genomläsning av artiklarnas titel gjordes, de som vid första anblick såg ut att vara relevanta för studiens syfte valdes ut för vidare gallring. Artiklarnas abstracts lästes därefter i sin helhet där irrelevanta artiklar sållades bort (Kristensson, 2014). De utvalda artiklarna lästes sedan i fulltext för en ytterligare relevansbedömning. De artiklar som bedömdes som lämpliga för studiens syfte valdes ut för kvalitetsgranskning, se BILAGA B.

Tabell 1. Redogörelse för datainsamling i CINAHL

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
8/2-2021 CINAHL	((MH "Domestic Violence") OR (MH "Intimate Partner Violence") OR (MH "Battered Women")) OR spouse abuse OR intimate partner violence OR abused women AND ((MH "Nurses") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Nursing Staff, Hospital")) OR nurses OR healthcare professionals OR health care professionals	605	63	15	9

8/2–2021 CINAHL	((MH "Domestic Violence") OR (MH "Intimate Partner Violence") OR (MH "Battered Women")) OR spouse abuse OR intimate partner violence OR abused women AND ((MH "Nurses") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Nursing Staff, Hospital")) OR nurses OR healthcare professionals OR health care professionals AND ((MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Attitude of Health Personnel") OR (MH "Professional Knowledge") OR (MH "Nursing Knowledge") OR (MH "Health Knowledge"))) OR knowledge OR attitude	212	51	8	3
TOTALT		817	114	23	12

Tabell 2. Redogörelse för datainsamling i PubMed

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
8/2–2020 PubMed	("DomesticViolence"[MeSH Terms:noexp] OR "spouse abuse"[MeSH Terms] OR "intimate partner violence"[MeSH Terms] OR "battered women"[MeSH Terms] OR "intimate partner violence"[Title/Abstract] OR "abused women"[Title/Abstract]) AND ("nurse patient relations"[MeSH Terms] OR "nurse s role"[MeSH Terms] OR "nursing staff"[MeSH Terms] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing"[MeSH Subheading] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "health care professionals"[Title/Abstract] OR "healthcare professionals"[Title/Abstract])	181	64	24	10
8/2–2021 PubMed	(("Domestic Violence"[MeSH Terms:noexp] OR "spouse abuse"[MeSH Terms] OR "intimate partner violence"[MeSH Terms] OR "battered women"[MeSH Terms] OR "intimate partner violence"[Title/Abstract] OR "abused women"[Title/Abstract]) AND ("nurse patient relations"[MeSH Terms] OR "nurse s role"[MeSH Terms] OR	223	66	26	13

	"nursing staff"[MeSH Terms] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing"[MeSH Subheading] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "health care professionals"[Title/Abstract] OR "healthcare professionals"[Title/Abstract]) AND (((("attitude of health personnel"[MeSH Terms] OR ("health knowledge, attitudes, practice"[MeSH Terms])) OR ("knowledge"[MeSH Terms])) OR (education[MeSH Terms])) OR (attitude[Title/Abstract]) OR ("health knowledge attitudes and"[Title/Abstract]))				
24/2–2021 PubMed	((("Domestic violence"[MeSH Terms] OR "battered women"[MeSH Terms]) AND (("nurse s"[All Fields] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields] OR "nurses s"[All Fields]) AND ("experience"[All Fields] OR "experience s"[All Fields] OR "experiences"[All Fields]))	187	0	0	0
Manuell sökning * 18/2		14	6	2	2
TOTALT		605	138	52	25

*En manuell sökning gjordes på en av upphovspersonerna till en tidigare inkluderad artikel i enlighet med Östlundh (2017) för att inte missa relevant litteratur. Sökningen gjordes på författaren van der Wath för att undersöka om författaren hade skrivit ytterligare studier som kunde svara på litteraturöversiktens syfte.

Kvalitetsgranskning

Artiklarna som väljs ut för analys i arbetet genomgår en kvalitetsgranskning. Granskningen av artiklarna ämnar till att de studier som slutligen inkluderas i arbetet ska uppnå en hög kvalitet (Kristensson, 2014). Efter en kvalitetsgranskning av texterna kan ställning tas till hur väl de passar till studiens problemformulering och syfte (Friberg, 2017).

Bedömningsunderlaget *Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats* användes för kvalitetsgranskning av artiklarna i det självständiga arbetet. Underlaget är modifierat utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) inklusive Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016). Bedömningsunderlaget är utformat av Sophiahemmets Högskola för att säkerhetsställa kvalitet och vetenskaplig klassificering. Studier vilka höll hög kvalitet har inkluderats, de studier som höll medelhög kvalitet men föreföll sig svara på litteraturöversiktens syfte har även inkluderats. Studier med låg kvalitet exkluderades från litteraturöversikten (Forsberg & Wengström, 2015).

I enlighet med Henricson (2017) granskades samtliga artiklar först enskilt av bägge författare, dessa granskningar jämfördes sedan mellan varandra. Slutligen inkluderades 17 artiklar med hög kvalitet och en artikel med medelhög kvalitet i litteraturöversikten då dessa ansågs svara på studiens syfte. Författarna valde att inkludera studien av medelhög kvalitet då det enbart var ett fåtal kriterier som skiljde den från att ha bedömts som hög kvalitet, se bilaga A och B. I enlighet med Forsberg & Wengström (2015) exkluderades 19 artiklar då dessa inte höll tillräckligt hög kvalitet.

Dataanalys

En integrerad analys genomfördes av författarna i enlighet med Kristensson (2014) för att kunna sammanställa och sedan presentera resultatet i denna litteraturöversikt. Genom en integrerad analys ställdes de inkluderade artiklarna i relation till varandra för att identifiera likheter och olikheter i deras resultat (Kristensson, 2014). Analysen genomfördes i tre steg och inleddes med en genomläsning av de inkluderade artiklarna för att finna generella samband eller skillnader mellan studiernas resultat. I det andra steget av analysen skapades kategorier utifrån hur artiklarnas resultat relaterade till varandra och dessa färgkodades. Resultatet sammanställdes sedan i det tredje steget under dessa färgkoder. De huvudkategorier och subkategorier som identifierades i analysen låg sedan till grund för underrubrikerna i litteraturöversiktens resultatdel (Kristensson, 2014).

Forskningsetiska överväganden

Grundläggande i forskningsetik är att säkerställa att de personer som medverkar i studier skyddas och behandlas med respekt (Kjellström, 2017). I lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460, 1 §) beskrivs lagens syfte, vilket är att säkerställa att den enskilda personen och dennes människovärde skyddas vid forskning. Människans autonomi och frihet ska beaktas och den medverkande ska själv fatta beslut kring sitt medverkande och har när som helst rätt att avbryta sin medverkan (Kjellström, 2017). World Medical Association [WMA] har utarbetat Helsingforsdeklarationen vilken bland annat innehåller bestämmelser kring informerat samtycke och vikten av att individens hälsa och välbefinnande alltid måste gå före vetenskapens intresse (WMA, 2013).

Forskningsetiska överväganden och etiska aspekter bör genomsyra hela forskningsprocessen. Dessa görs inför och under hela arbetet, från början till slut (Kjellström, 2017). I en litteraturstudie krävs det att de valda artiklarna kritiskt granskas för att säkerställa att de forskningsetiska reglerna och föreskrifterna har följts (Kristensson, 2014). De artiklar som analyserats och inkluderats till studiens resultat var etiskt godkända och har noga granskats och valts ut för att säkerställa att de uppfyller de etiska kraven. Plagiat, undanhållande av forskningsresultat och förvrängning av forskningsprocessen definieras som fusk och ohederlighet och får ej förekomma inom forskning då de avviker från god forskningssed (Forsberg & Wengström, 2015). Artiklarna som användes i detta arbete har bearbetats objektivt för att inte förvränga eller påverka studiens resultat och artiklarna har översatts med noggrannhet för att minska risken för syftningsfel och språkliga missar. Litteraturstudien innehåller ej plagierat eller förfalskat material. Förförståelse är vanligt förekommande vid forskning (Priebe & Landström, 2017) vilket innebär att det inte är ovanligt att forskaren redan har viss kunskap kring det ämne som

valts ut för att studeras (Sandgren, 2017). Denna förförståelse kan grunda sig i författarnas tidigare erfarenheter och personliga värderingar och kan på så sätt påverka arbetet (Priebe & Landström, 2017). I enlighet med Sandgren (2017) reflekterade författarna i början av arbetet över eventuell förförståelse inför studiens berörda ämne för att minska risken för att resultatet skulle komma att påverkas.

RESULTAT

Resultatet i denna icke-systematiska litteraturöversikt sammanställdes av 18 vetenskapliga artiklar som skildrade sjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation. Genom en integrerad analys har huvudkategorier och tillhörande subkategorier identifierats och redovisats.

Tabell 2. Resultatet beskrivet i huvudkategorier med tillhörande subkategorier.

Huvudkategorier	Subkategorier
Sjuksköterskan om att identifiera och fråga om våld	
Sjuksköterskan om barriärer	Kunskap och utbildning Tid och integritet
Sjuksköterskan om faciliterande faktorer	Kunskap och kompetens Skapa relation och tillit
Sjuksköterskans förhållningssätt	
Sjuksköterskan om känslor	

Sjuksköterskan om att identifiera och fråga om våld

Att identifiera och fråga om våld ansågs som viktigt i arbetet med kvinnor utsatta för IPV (Anderzen-Carlsson et al., 2018; Guruge, 2012; Hooker et al., 2015; Saberi et al., 2017; Sutherland et al., 2020). Flertalet studier visade dock att det är ovanligt att rutinmässigt fråga om IPV (Dawson et al., 2019; Ramsay et al., 2012; Robinson, 2010; Sutherland et al., 2020). Ramsay et al. (2012) påtalade att mer än 80 procent av sjuksköterskorna inte frågar om IPV rutinmässigt och Robinson (2010) uppgav att 85 procent inte frågar rutinmässigt. Sjuttio procent av deltagarna rapporterade att de hade frågat mellan noll och tio procent av sina kvinnliga patienter om IPV under de tre senaste månaderna (Sutherland et al., 2020). Femtioen procent uppgav att de frågar om våldsutsatthet när en kvinna uppvisar tecken på IPV, 41 procent rapporterade att de aldrig eller sällan frågade om IPV när de vårdade en kvinna med skador (Ramsay et al., 2012). Enligt Sundborg et al. (2012) uppgav 52 procent att de frågar om IPV vid indikation och misstanke på våld medan 48 procent svarade att de sällan eller aldrig frågade om våld. Sjuksköterskorna uppgav att de frågade om våld ifall det kom in en kvinna med oförklarliga fysiska skador eller skador som mer uppenbart kunde kopplas till våldshandlingar (Saberi et al., 2017). Sjuksköterskor var osäkra och ambivalenta inför när man bör misstänka att en kvinnlig patient utsätts för IPV (Tower et al., 2012).

En av anledningarna till att sjuksköterskorna inte frågade sina patienter om IPV visade sig bero på att de kände sig obekväma inför att beröra ämnet (Saberi et al., 2017; Sundborg et al., 2012). Detta bekräftas av Dawson et al. (2019), Ramsay et al. (2012) och Wyatt et al.

(2019) vilka uppgav att majoriteten av sjuksköterskorna kände sig obekväma med att ställa frågor om IPV. En fjärdedel rapporterade att de kände sig bekväma med att fråga om IPV (Ramsay et al. 2012). Dawson et al. (2019) skildrade att flertalet sjuksköterskor känner sig bekväma med att ställa känsliga frågor kring suicid men att de känner sig obekväma med att fråga kvinnan ifall hon blivit slagen av sin partner. Bradbury-Jones et al. (2014) påtalar att när vårdpersonal misstänker att en kvinna är utsatt för IPV är det viktigt att skapa en miljö där IPV kan diskuteras öppet med kvinnan. Det visade sig vara sex gånger mer troligt att en sjuksköterska frågade om våld om hon hade kunskap, utbildning och kände sig förberedd (Sundborg et al. 2012).

Sjuksköterskan om barriärer

Kunskap och utbildning

Flertal studier visade att sjuksköterskors brist på kunskap, utbildning och övning relaterat till IPV är en tydlig barriär för att lyfta ämnet våld i nära relation samt för att fråga om våld (Beynon et al., 2012; Guruge, 2012; McGarry & Nairn, 2015; Ramsay et al., 2012; Robinson, 2010; Sundborg et al., 2012; Sutherland et al., 2020; Tower et al., 2012; Wyatt et al., 2019). I en studie av Sundborg et al. (2017) svarade åtta procent av sjuksköterskorna att de erhållit utbildning i ämnet av sin arbetsgivare medan nästan hälften av sjuksköterskorna uppgav att de sökt kunskap och information på egen hand till följd av ett personligt engagemang i frågan (Sundborg et al., 2017). Enligt Guruge (2012) sågs IPV av vissa som något sjuksköterskan lyfter med patienter på grund av ett personligt intresse inom området snarare än ett professionellt ansvar. Enligt Beynon et al. (2012) såg sjuksköterskor brist på utbildning som en barriär inför att fråga om våld. Brist på kunskap och kompetens visade sig skapa en osäkerhet (Beynon et al., 2012). En bristande förståelse för IPV och dess hälsokonsekvenser framkom i en studie av Guruge (2012). Vidare visade studien på att denna brist på kompetens även kan härledas till en okunnighet kring hur sjuksköterskan kan eller bör ingripa vid misstanke om att en patient är utsatt för våld (Guruge, 2012). Nyexaminerade sjuksköterskor beskrev att de inte fått någon utbildning alls gällande hur IPV ska identifieras eller hur frågan ska lyftas och de hade på sin arbetsplats endast fått en kort genomgång hur frågeformuläret om våld ska dokumenteras i systemet (Wyatt et al., 2019). Guruge (2012) beskrev även hur nyexaminerade sjuksköterskor riskerar att missa de kvinnor som utsatts för IPV då de inte har tillräckligt med erfarenhet av detta. Robinson (2010) bekräftar att majoriteten av sjuksköterskor var medvetna om att det fanns riktlinjer på arbetsplatsen när det gäller att rutinemässigt fråga om IPV, dock upplevde sjuksköterskorna att de fått otillräcklig utbildning i hur denna screening ska gå till. Sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräcklig med kompetens för att lyfta frågor om våld med patienterna (Robinson, 2010).

Tower et al. (2012) påtalar att trots en vilja att hjälpa kvinnor som utsatts för IPV framkom en ambivalens hos sjuksköterskor kring att fråga om våld då de upplevde att de inte fått tillräcklig med utbildning kring hur frågor om våld ska lyftas med kvinnor. En sjuksköterska beskrev att hon var osäker inför att fråga om våld då hon var rädd att ställa fel frågor och på så sätt göra situationen värre för kvinnan (Tower et al., 2012). Av 183 sjuksköterskor svarade 146 att de inte erhållit någon utbildning i IPV överhuvudtaget på sin arbetsplats och 92 procent av dessa uppgav att de inte fått någon utbildning alls i ämnet de senaste tre åren (Sundberg et al., 2012). Studien av Beynon et al. (2012) visade på att sjuksköterskorna inte vet hur frågan om våld ska lyftas eller hur svaret på denna fråga ska hanteras. Ramsay et al. (2012) rapporterade att deltagarna fått ytterst lite träning kring IPV, mediansvaret var en timmes utbildning totalt. Detta bekräftas av Saberi et al. (2017) som

framförde att majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att de fått otillräckligt med träning kring IPV. McGarry och Nairn (2015) menade att sjuksköterskorna fått en ökad kunskap och medvetenhet kring IPV efter att ha fått ta del av föreläsningar inom ämnet. Enligt Ramsay et al. (2012) uppgav 56 procent av de tillfrågade deltagarna att de inte hade fått tillräckligt med träning för att hantera offer utsatta för IPV. Sundborg et al. (2012) beskrev att 86 procent av sjuksköterskorna kände sig oförberedda att ge omvårdnad till kvinnor som blivit utsatta för IPV samt att 82 procent av dessa var intresserade av att öka sin kompetens inom ämnet.

Tid och integritet

Tidsbrist identifierades i flera studier som en av de främsta barriärerna i mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan (Beynon et al., 2012; Dawson et al., 2019; Guruge, 2012; Hooker et al., 2015; McGarry & Nairn, 2015; Robinson, 2010; Saberi et al., 2017; Wyatt et al., 2019). Guruge (2012) skildrade hur tid är en viktig faktor för att sjuksköterskor ska kunna skapa en tillitsfull relation till kvinnor utsatta för IPV. Vidare menade Guruge (2012) att tidsbrist hindrar sjuksköterskor från att skapa en känsla av trygghet hos kvinnorna vilket därmed försvårar identifieringen av IPV. McGarry & Nairn (2015) menade att det behövs tid för att lyfta känsliga ämnen såsom IPV och att detta ämne inte bör lyftas under tidspress. Vidare påtalade McGarry & Nairn (2015) att det krävs tid för att kunna bemöta och vårda de kvinnor som öppnat upp sig kring sin våldsutsatthet. Beynon et al. (2012) bekräftar detta och betonade att det bör finnas tillräckligt med tid för att kunna lyssna på kvinnans berättelse. Sjuksköterskor i studien utförd av Dawson et al. (2019) upplevde att de hade begränsad tid med patienterna på akutmottagningarna och att den tiden inte var tillräcklig för att kunna hjälpa de våldsutsatta kvinnorna på ett professionellt sätt. Akutmottagningen beskrevs som en arbetsplats som var oförenlig med att hjälpa kvinnor som utsatts för IPV, detta på grund av tidspressen (Tower et al., 2012). En sjuksköterska återgav att hon helt enkelt inte hade tid att stanna upp och lyssna på en längre historia eftersom hon hade andra patienter som väntar (Tower et al., 2012). Vidare beskrev sjuksköterskorna hur deras arbete på akuten innebar att bedöma och behandla patienter på kort tid och de upplevde därför inte att det fanns mycket de kunde göra för den våldsutsatta kvinnan efter identifiering (Dawson et al., 2019). Det upplevdes frustrerande att hantera IPV på akutmottagningen och det höga tempot i kombination med tidsbrist gjorde att det inte fanns möjlighet att höra långa historier om kvinnors våldsutsatthet (Robinson, 2010). En sjuksköterska berättade att en kvinna avslöjat att hon var utsatt för IPV men att sjuksköterskan inte valt att gå vidare med informationen då detta skulle leda till mer tidskrävande arbetsuppgifter (Robinson, 2010). Trots akutmottagningens möjligheter till att kunna identifiera och vårda kvinnor utsatta för IPV vittnade många av studiens deltagare om att det hektiska tempot begränsade denna möjlighet (Dawson et al., 2019). Beynon et al. (2012), Guruge (2012) och Hooker et al. (2015) skildrade hur en hög arbetsbelastning kan resultera i bristande omvårdnad. Flertalet sjuksköterskor i studien utförd av Hooker et al. (2015) lyfte fram hög arbetsbörda som en av de främsta barriärerna i arbetet med kvinnor utsatta för IPV. Guruge (2012) beskrev att en hög arbetsbelastning hindrar utvecklandet av en tillitsfull relation mellan sjuksköterska och patient, vilket deltagarna i studien menade krävdes för att de våldsutsatta kvinnorna skulle öppna upp sig om sin situation. Underbemanning var en orsak till den höga arbetsbelastningen (Guruge, 2012).

Brist på integritet lyftes fram som en barriär vilken försvårar möjligheten att fråga patienter om IPV (Anderzen-Carlsson et al., 2018; Beynon et al., 2012; Hooker, 2015; Sundborg et al., 2012; van Wyk & van der Wath, 2015) och brist på utrymme på sjukhusen lyftes fram

som en försvårande faktor (Beynon et al., 2012; van Wyk & van der Wath, 2015). Sjuksköterskorna i studien utförd av Van Wyk & Van der Wath (2015) berättade om svårigheterna med att fråga kvinnor om våld då det inte alltid finns möjlighet till att få samtala enskilt med kvinnorna. Anderzen-Carlsson et al. (2018), Beynon et al. (2012) och Dawson et al. (2019) beskrev vidare att den misstänkta förövaren i många fall är närvarande när kvinnan söker sjukvård vilket också försvårar möjligheten till enskilt samtal. Sjuksköterskorna i studien av Beynon et al. (2012) vittnade om att partnern ofta insisterade på att stanna vid kvinnans sida och Anderzen-Carlsson et al. (2018) lyfte komplexiteten med att fråga om våld vid hembesök.

Sjuksköterskan om faciliterande faktorer

Kunskap och kompetens

Att kunna se tecken på IPV var en faciliterande faktor för att fråga kvinnor om IPV (Beynon et al., 2012; Sundborg et al., 2017). Enligt Sundborg et al. (2017) kunde fysiska skador och tecken såsom blåmärken väcka misstankar om IPV. Även psykosomatiska smärtsymtom och låg självkänsla sågs som tydliga tecken på IPV (Sundborg et al., 2017). Beynon et al. (2012) rapporterade att de sjuksköterskor som själva varit utsatta för IPV enklare kunde identifiera våldsutsatta kvinnor. Dessa deltagare menade också att de därför var mer bekväma med att fråga om våld (Beynon et al., 2012). Att ha kunskap om våldets olika manifestationer framkom som väsentligt för att kunna identifiera och hjälpa kvinnan sätta ord på våldet hon utsatts för (Bradbury-Jones et al., 2014). Enligt McGarry & Nairn (2015) och Dawson et al. (2019) upplevde deltagarna att föreläsningar inom ämnet gav dem ökad kunskap och medvetenhet om IPV. Sundborg et al. (2015) beskrev att de sjuksköterskor som fått utbildning kring IPV upplevde det som värdefullt. Att känna sig förberedd lyftes som en faciliterande faktor för att fråga om IPV (Sundborg et al., 2017). Genom att ha kunskap kring vilka kvinnor som ska tillfrågas, hur frågan ska lyftas och hur svaret ska hanteras kände sig sjuksköterskorna mer trygga med att fråga om IPV (Sundborg et al., 2017). Dawson et al. (2019) beskrev att en del av deltagarna ökade sin förmåga att identifiera våldsutsatta kvinnor i takt med mer arbetserfarenhet, detta bekräftas även av McGarry & Nairn (2015). I Bradbury-Jones et al. (2014) framkom att när sjukvårdspersonal har kunskap om dynamiken kring IPV skapas en möjlighet att identifiera och synliggöra våldet för kvinnan. I samma studie beskriver en sjuksköterska ett samtal med en kvinna där kvinnan beskriver sin vardag med sin man. Sjuksköterskan kan i samtalet med kvinnan hjälpa henne att förstå att det är psykiskt våld hon utsatts för (Bradbury-Jones et al., 2014).

Stöd från kollegor uppgavs som en faciliterande faktor enligt Sundborg et al. (2017) och Beynon et al. (2012). Vidare beskrevs att samarbete mellan professioner är en aspekt som underlättar arbetet med IPV (Beynon et al. 2012; Sundborg et al., 2017). Enligt Sundborg et al. (2017) kan formella och tydliga riktlinjer minska osäkerheten kring att fråga om våld. Enligt Beynon et al. (2012) och Sundborg et al. (2017) upplevde sjuksköterskorna det som underlättande att tillhöra ett multiprofessionellt team i arbetet med kvinnor utsatta för IPV. Det visade sig även vara främjande med tydlighet kring vilka samhällsresurser som fanns att tillgå i arbetet med dessa kvinnor (Beynon et al., 2012; Sundborg et al., 2017). Att ha tillgång till personal med kompetens inom IPV sågs också som en faciliterande faktor (Beynon et al. 2012).

Skapa relation & tillit

Anderzen-Carlsson et al. (2018) lyfte fram vikten av att etablera en relation med patienten innan frågan om våld ställs och menade att frågan annars riskerar att ställas för tidigt. Enligt Sundborg et al. (2017) är kvinnor som är utsatta för IPV mer benägna att öppna upp sig kring våldet om de känner förtroende för sjuksköterskan. Denna tillit kunde etableras genom att sjuksköterskan var närvarande i samtalet och tog sig tid för kvinnan (Sundborg et al., 2015). Enligt Guruge et al. (2012) lyfte sjuksköterskor fram relationen mellan patienten och sjuksköterskan som avgörande för att kvinnan skulle öppna upp sig kring våldet. En sjuksköterska berättade att hon upplevde att kvinnorna svarade ärligt på frågorna om våld ifall god kommunikation fanns mellan parterna (Guruge, 2012). Sundborg et al. (2017) skildrade att det är viktigt att vara närvarande och visa att man har tid för kvinnans berättelse för att skapa tillit. I studien av Tower et al. (2012) lyfte sjuksköterskor fram vikten av att ta sig tid till att lyssna på kvinnan samt ett empatiskt bemötande som viktiga delar i mötet. Vidare beskrev Tower et al. (2012) hur samtal är en viktig del av stödet gentemot kvinnan.

Sjuksköterskans förhållningssätt

Vissa sjuksköterskor menade att det inte ingår i deras roll att identifiera kvinnor som är utsatta för IPV (Sundborg et al., 2017). Trots en vilja att hjälpa fanns det en osäkerhet kring vilken roll sjuksköterskor har i mötet med kvinnor utsatta för IPV (Tower et al., 2012). Enligt Hooker et al. (2015) ansåg mer än 95 procent av de tillfrågade att det var en viktig del i deras roll som sjuksköterska och de tyckte även att det var viktigt att sjuksköterskor förstod de konsekvenser våldet har på kvinnors hälsa. Flera studier visade på att IPV anses vara kopplat till skam (Beynon et al., 2012; Sundborg et al., 2017; Wyatt et al., 2019). Ämnet IPV kunde enligt Sundborg et al. (2017) och Wyatt et al. (2019) ses som en privat angelägenhet och det beskrevs som att man gick över en privat gräns när man frågade kvinnor, detta föranledde även en tvekan inför att fråga. Wyatt et al. (2019) beskrev att ämnet IPV upplevs som tabu eftersom det vidrördes ytterst lite under sjuksköterskeutbildningen.

Det framkom i studien av Tower et al. (2012) att sjuksköterskor hade en dömande attityd gentemot våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskorna visade sig ha förutfattade meningar kring vilka kvinnor det är som utsätts för IPV och att det ibland var svårt att tro på deras historier då kvinnorna inte framstod som trovärdiga (Tower et al., 2012). Enligt Robinson (2010) kunde sjuksköterskors föreställningar om hur dynamiken i en våldspräglad relation yttrar sig påverka huruvida de frågar kvinnor om våld. Enligt en del studier kunde det finnas ett antagande hos sjuksköterskan att kvinnan inte vill ta emot hjälpen hon erbjuds (Robinson, 2010; Beynon et al., 2012) eller att det är poänglöst att fråga en våldsutsatt kvinna om IPV eftersom kvinnan inte kommer vara ärlig mot vårdpersonalen (Robinson, 2010). Beynon et al. (2012) och Robinson (2010) beskrev även att sjuksköterskorna kände en frustration inför det faktum att kvinnorna återgått till den våldsamma relationen eller att kvinnan försvarar sin partner och förövare. En del av sjuksköterskorna i studien av van der Wath (2019) vittnade om att IPV ses som ett personligt problem och att kvinnorna själva har ansvaret att agera i form av att söka hjälp. Ramsay et al. (2012) skildrade att nästintill 90 procent av deltagarna ansåg att det inte var kvinnan som var ansvarig om hon stannar i ett våldsamt förhållande. Beynon et al. (2012) beskrev att sjuksköterskorna upplevde förvirring inför det faktum att man kan älska en våldsam man, synnerligen när det finns barn med i bilden. Van der Wath (2019) skildrade att det i vissa samhällen är vanligt att kvinnor beskrivs som starka då de stannar i ett våldsamt förhållande för att skydda barnen

och i samma studie beskrevs även att det ses som näst intill omöjligt för en kvinna att ta sig ur en våldsam relation då uppfattningen är att förövaren väljer en kvinna som är osjälvständig och i beroendeställning till en man (van der Wath, 2019). Enligt Beynon et al. (2012) ansåg vissa sjuksköterskor att kvinnor som är utsatta för IPV är oförmögna att hjälpa sig själva.

Sundborg et al. (2017) och Beynon et al. (2012) lyfte fram kulturella faktorer som en barriär i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Kulturella faktorer visade sig vara en orsak till att sjuksköterskorna tvekade på ifall de skulle fråga vissa kvinnor om IPV eller inte (Sundborg et al., 2017) och Beynon et al. (2012) menade att en del av de kvinnor som söker vård skulle undvika att avslöja våldet trots tillfrågning då våld kan ses som acceptabelt i deras kultur. Sjuksköterskorna menade att man i vissa kulturer har en annan syn på IPV och att det inom dessa var mer accepterat (Sundborg et al., 2017; Beynon et al., 2017).

Sjuksköterskan om känslor

Sjuksköterskor som hade vårdat kvinnor utsatta för våld beskrev hur dessa möten hade påverkat dem emotionellt (Anderzen-Carlsson et al., 2018; van der Wath et al., 2016; Guruge, 2012; Sundborg et al., 2017; Tower et al., 2012). Enligt Sundborg et al. (2017) var rädslan för att bli för känslomässigt involverad stark och att detta kunde medföra att sjuksköterskorna själva drabbades av ångest och andra negativa känslor. Sjuksköterskorna beskrev att det var känslomässigt påfrestande att vårda dessa våldsutsatta kvinnor och att de många gånger grät efter mötena (van der Wath et al., 2016). Vetskapen om att många av de kvinnor som de vårdat för IPV återgick till den våldsamma relationen väckte känslor av ilska och sorg (van der Wath et al., 2016). Flera deltagare uttryckte en känsla av hjälplöshet när kvinnorna anlände till akutmottagningen (McGarry & Narin, 2015) och en sjuksköterska berättade att hon ofta upplever en känsla av att inte göra tillräckligt (Beynon et al., 2012). De två manliga sjuksköterskorna som intervjuades i studien av van der Wath et al. (2016) reflekterade över hur det är att vara man och vårda kvinnor som utsatts för IPV. De reflekterade över hur det faktum att de är män kunde påverka vården. De vittnade om en oro inför att de tillhörde samma kön som kvinnornas förövare och undrade huruvida detta påverkade kvinnornas upplevelse av vården. Sjuksköterskorna upplevde känslor av skuld och skam i mötet med dessa kvinnor eftersom de själva tog starkt avstånd från mäns våld mot kvinnor och inte ville likställas med förövarna på grund av att de är män (van der Wath et al., 2016).

Flertalet sjuksköterskor berättade hur de känt sig tvungna att skydda sig själva från de negativa känslor som uppkom i mötet med den våldsutsatta kvinnan (Sundborg et al., 2017). En sjuksköterska vittnade om att hon på grund av detta vid flertal tillfällen undvikit att fråga kvinnorna om deras utsatthet för IPV (Sundborg et al., 2017). Van der Wath et al. (2016) beskrev hur en del av sjuksköterskorna anammade ett undvikande beteende för att slippa vårda de våldsutsatta kvinnorna medan andra sjuksköterskor distanserade sig emotionellt från situationen för att klara av att vårda kvinnorna (van der Wath et al., 2016). Tower et al. (2012) skildrade också denna känslomässiga distansering och beskrev att detta resulterade i ett opersonligt bemötande från sjuksköterskan. Flertalet sjuksköterskor beskrev det som sin plikt att kväva sina egna känslor i förhållande till den våldsutsatta kvinnans berättelse för att kunna bedriva god omvårdnad (van der Wath et al., 2016). Att få kvinnorna att känna sig trygga under vårdtiden skildrades som en viktig aspekt i mötet (Tower et al., 2012). Det fanns en rädsla för att säga fel saker och att råka missbedöma

situationer (Sundborg et al., 2017 & Tower et al., 2012). En sjuksköterska beskrev sin oro inför att hon ska misstänka att en kvinna är utsatt för IPV och att det sedan ska visa sig vara felaktigt (Sundborg et al., 2017).

Att söka stöd av kollegor visade sig vara ett sätt att bearbeta sina erfarenheter av att vårda kvinnor utsatta för IPV (van der Wath et al., 2016). Genom att prata om sina upplevelser fick sjuksköterskorna möjlighet att bearbeta de känslor som uppkommit i mötet (van der Wath et al., 2016). Acceptans lyftes fram som ett viktigt verktyg för att kunna hantera de känslor och tankar som uppkommit efter att ha vårdat en kvinna utsatt för IPV (van der Wath., 2016).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Resultatet av litteraturoversikten visade att sjuksköterskor upplevde barriärer inför att lyfta frågor om våld med kvinnor trots kännedom om att det är väsentligt att identifiera och fråga kvinnor om våld. De främsta barriärerna inför mötet med kvinnorna identifierades som brist på kunskap och utbildning samt tidsbrist och brist på integritet. I resultatet framkom även faktorer som sjuksköterskor upplevde som faciliterande i arbetet med kvinnor utsatta för IPV, de främsta var kunskap och kompetens samt att skapa relation och tillit. Resultatet visar att sjuksköterskor finner det emotionellt utmanande att vårda våldsutsatta kvinnor, det framkom även att sjuksköterskornas förhållningssätt påverkade mötet med de våldsutsatta kvinnorna. Travelbees teori om mellanmännsliga relationer (1971) kommer att användas för att diskutera fynden i denna litteraturoversikt.

Våld i nära relation har åtskilliga konsekvenser och sjuksköterskan har ett ansvar att identifiera och vårda dessa kvinnor. Resultatet visar att sjuksköterskor har vetskap om att de bör fråga kvinnor om våld, samtidigt upplever sjuksköterskor en osäkerhet kring när och hur frågor om våld ska ställas samt hur svaren ska hanteras. Rutinmässig screening av våld kan tänkas leda till identifiering av våldsutsatta kvinnor, men den osäkerhet som finns hos sjuksköterskorna kan leda till att kvinnor, trots identifiering, inte får den omvårdnad som egentligen krävs. Att rutinmässigt fråga kvinnor om våldsutsatthet tycks leda till fler upptäckta fall av våld i nära relation det är dock inte bevisat att det minskar förekomsten av IPV utan det behövs mer forskning inom ämnet för att stödja implementation av rutinmässig screening för våld inom hälso-sjukvården (O'Doherty et al., 2015; Ramsay et al., 2002). Travelbee (1971) menar att mötet mellan två individer är en process och att denna process kännetecknas av att två människor möts och delar erfarenheter och upplevelser med varandra. Genom denna process kan god omvårdnad uppnås. Rutinmässig screening skulle kunna ses som inkompatibelt med det Travelbee (1971) beskriver då det finns en risk att frågorna ställs slentrianmässigt. Då våld i nära relation präglas av en komplex dynamik kanske det inte räcker att fråga kvinnor om våld, utan för att kunna hjälpa dessa kvinnor efter identifiering krävs en förståelse för hur de påverkas av att leva i en relation där våld är en del av vardagen.

Travelbee (1971) skildrar att en god omvårdnad kan uppnås genom mellanmännsliga relationer. Relationer skapas genom möten där individer på olika sätt kommunicerar med varandra. Genom god kommunikation i mötet menar Travelbee (1971) att förtroende kan skapas mellan sjuksköterskan och individen. Resultatet visar att en förutsättning för att

kvinnor ska öppna upp sig kring IPV är att de känner förtroende för sjuksköterskan. En tillitsfull relation skapas enligt Travelbee (1971) genom ett empatisk bemötande och kommunikation, detta bekräftas av Eriksson & Nilsson (2008). Samtal visade sig enligt resultatet vara en viktig del i stödet till kvinnor som är utsatta för IPV och det framkom att sjuksköterskan bör möta kvinnan utifrån ett empatiskt förhållningssätt. Om det inte har skapats en tillitsfull relation mellan parterna verkar det finnas en risk för att den våldsutsatta kvinnan inte öppnar upp sig och berättar om sin situation. Detta bekräftas av Pratt-Eriksson et al. (2014) som skildrar att kvinnor upplevt det som lönlöst att berätta om våldet på grund av att de inte känt sig trygga i mötet med vårdpersonalen. Guruge (2012) & Usta et al. (2012) menar att god kommunikation är en förutsättning för att kvinnorna ska svara ärligt på de frågor som ställs och enligt Björck (2011) ligger ansvaret för kommunikationsstrategier på sjukvårdspersonalen. Med anledning av detta är det av stor vikt att sjuksköterskan genom god kommunikation skapar en god relation med den våldsutsatta kvinnan där hon känner tillit gentemot sjuksköterskan. Detta kan vara en förutsättning för att kvinnan ska våga svara ärligt på de frågor sjuksköterskan ställer och på så sätt öppna upp sig kring våldet. Att skapa en relation med kvinnan visade sig även minska risken för att frågor om IPV ställs för tidigt. Eftersom IPV ofta ses som ett komplext fenomen där kvinnan inte alltid själv är medveten om att det hon utsätts för är våld är det av högsta vikt att sjuksköterskor kan etablera en god kommunikation i mötet med dessa kvinnor. Ett flertal sjuksköterskor uttryckte att det var poänglöst att fråga kvinnor om våld då de upplevde att kvinnorna förnekade våldet och inte svarade ärligt på de frågor som ställdes. Detta kan som tidigare nämnt bero på att sjuksköterskorna inte byggt upp en tillitsfull relation till kvinnan innan frågan om våld har ställts. En annan anledning kan vara att kvinnan själv är omedveten att det som hon utsätts för faktiskt är våld. Detta skulle kunna förklaras av *normaliseringsprocessen* som innebär att kvinnan internaliserar och anpassar sig till våldet. Våldet blir normaliserat och kvinnan förlorar perspektiv på vad som är normalt i ett förhållande. Att som sjuksköterska inneha kunskap kring normaliseringsprocessen och dess inverkan på den utsatta kvinnan kan ses som en förutsättning för att kunna bemöta och kommunicera med kvinnan på ett adekvat sätt.

I resultatet framkom det att brist på integritet var en barriär inför att fråga kvinnor om IPV eftersom det var svårt att få möjlighet till ett enskilt samtal med kvinnan. Resultatet bekräftas av Williams et al. (2017) då brist på integritet även där visade sig vara en av de främsta barriärerna för att fråga om våld. Williams et al. (2017) beskriver hur de utsatta kvinnorna ofta kände känslor av skuld och skam och betonar därför vikten av att dessa känsliga frågor ställs i enrum med patienten. Att säkerställa integritet sågs som en faciliterande faktor, då det främjar en god kommunikation mellan sjuksköterska och patient, vilket visade sig öka chanserna för kvinnorna skulle öppna upp sig kring våldet (Williams et al., 2017). Damra et al. (2015) bekräftar att ett enskilt samtal med kvinnan är en förutsättning för att hon ska känna sig bekväm med att öppna upp sig kring sin utsatthet och betonar att frågan aldrig bör ställas framför andra patienter. Brist på integritet har visat sig utgöra ett hinder för att kunna uppnå en god kommunikation, vilket i enlighet med Travelbee (1971) ligger till grund för att kunna bygga en tillitsfull relation. Anledningen till ett stort antal kvinnor inte öppnar upp sig om sin utsatthet för våld kan därför bero på att den tillitsfulla relationen inte kan byggas mellan sjuksköterskan och patienten då brist på integritet föreligger på många avdelningar. Chang et al. (2005) bekräftar att kvinnor blivit tillfrågade om IPV med andra personer närvarande i rummet vilket kvinnorna upplevde som otryggt. Enligt Chang et al. (2005) blev kvinnorna tillfrågade om IPV när deras partner, och eventuella förövare, befunnit sig i rummet. Sjuksköterskor uttryckte att de hade önskat att de fått öva på scenarion relaterade till IPV (Beynon et al., 2012; Wyatt

et al., 2012). Det framkom att de hade velat träna på hur man skulle få till ett samtal i enrum med en kvinna som har en partner närvarande redan under sjuksköterskeutbildningen (Wyatt et al., 2019). Potentiellt skulle denna typ av träning kunna ge sjuksköterskan diverse strategier för att möjliggöra ett enskilt samtal med kvinnan.

Resultatet visade att det är viktigt att som sjuksköterska vara närvarande i samtalet med kvinnan, samtidigt framkom tidsbrist som en barriär inför mötet med kvinnor utsatta för IPV. Trots att en kvinna identifierats som utsatt för IPV kan det innebära att det inte finns tillräckligt med tid för att hjälpa henne. Studiens resultat bekräftas även av Williams et al. (2017) som lyfter tidsbrist som en stor barriär i mötet med den våldsutsatta kvinnan, vidare menar Williams et al. (2017) att det krävs tid för att få kvinnan att öppna upp sig om våldet. En förutsättning för detta är att sjuksköterskan har etablerat en relation med patienten i vilken patienten känner sig trygg (Williams et al., 2017). Denna relation kan ta tid att skapa men det kan tänkas att god kommunikation främjar utvecklandet av relationen. På samma sätt kan det finnas en risk att mötet påverkas negativt av bristande kommunikation. Enligt Travelbee (1971) handlar kommunikation inte bara om det som sägs, utan även om de intryck vi gör på människor i mötet samt de observationer som görs. Usta et al., 2012 och Damra et al. (2015) skildrar att kvinnorna inte valt avslöja våldet på grund av att vårdpersonalen gett ett stressat intryck. Eriksson & Nilsson (2008) bekräftar att sjuksköterskans sätt att uttrycka sig, både verbalt och icke verbalt, har stor påverkan på patienten. Att sjuksköterskan gav ett stressat intryck visade sig påverka patienten negativt och hindrade därmed utvecklandet av en tillitsfull relation (Eriksson & Nilsson, 2008). En anledning till att IPV inte alltid kan avslöjas tycks kunna bero på den tidsbrist och höga arbetsbelastning som präglar många vårdavdelningar. Travelbee (1971) lyfter fram observation som en viktig del i kommunikationen, och betonar vikten av att lyssna aktivt. Finns det inte tillräckligt med tid tycks möjligheten för kvinnan att öppna upp sig om sin våldsutsatthet minska. Det skulle därför även kunna påverka sjuksköterskans möjligheter till att kunna ge den omvårdnad som krävs. Resultatet i litteraturöversikten visar att hög arbetsbelastning ger vårdpersonalen mindre tid till att möta sina patienter, detta skapar en barriär inför att lyfta frågan om våld då tidsbrist varken är förenligt med att skapa en tillitsfull relation eller att hjälpa kvinnor som avslöjat att de är utsatta för IPV. Till följd av fynden i denna studie finns det dock anledning att tro att kunskap och tydliga riktlinjer på arbetsplatsen skulle kunna öka sjuksköterskors förmåga att kommunicera med kvinnor som är utsatta för våld i nära relation även på en arbetsplats med hög belastning.

IPV är ett ämne som verkar kunna väcka många känslor, inte bara hos kvinnan utan även hos sjuksköterskan. Resultatet visade att sjuksköterskans förhållningssätt och känslor kring IPV påverkar mötet med den våldsutsatta kvinnan. De fördomar och negativa attityder som uttrycktes av sjuksköterskor gentemot kvinnor utsatta för IPV skulle kunna förklaras av brist på kunskap. Genom ökad kunskap kring IPV och dess olika dimensioner skulle de negativa föreställningar som finns kunna förändras. Detta bekräftas av Björck (2010) som menar att kunskap förändrar attityder och att de fördomar och negativa attityder som finns gentemot kvinnorna just kan grunda sig i brist på kunskap. Björck (2010) beskriver även självinsikt som en viktig del i att kunna bearbeta och förändra attityder. Att som sjuksköterska reflektera över sitt eget förhållningssätt är viktigt för att kunna åskådliggöra de värderingar som präglar omvårdnaden (SSF, 2016). Eventuellt leder alltså inte ökad kunskap och utbildning till en direkt attitydförändring. För att som sjuksköterska kunna omsätta den ökade kunskapen som erhålls genom utbildning och erfarenheter kan det även behövas insikt om egna attityder genom reflektioner.

Resultatet visar att brist på kunskap är den största barriären inför att möta kvinnor som är utsatta för våld i nära relation, detta fynd stärks av att sjuksköterskor såg kunskap som den tydligaste faciliterande faktorn i mötet med våldsutsatta kvinnor. Resultatet påvisar därmed att bryggan mellan sjuksköterskor och mötet med våldsutsatta kvinnor tycks ligga i kunskap. Sjuksköterskan har genom sin profession ett ansvar att bedriva god omvårdnad utifrån evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet. Kunskapsluckan som påvisas i resultatet kan betraktas som ett hinder i omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor på flera sätt. Otillräcklig kunskap om förekomsten och konsekvenserna av IPV kan resultera i att sjuksköterskan inte kan identifiera den våldsutsatta kvinnan. Vidare kan bristen på kunskap leda till att sjuksköterskan inte vet om, hur, när eller var frågor om våld ska kommuniceras till kvinnan eller hur ett eventuellt svar ska hanteras. Enligt Wyatt (2019) önskade nyexaminerade sjuksköterskor att de fått mer utbildning i ämnet redan innan de klev ut i arbetslivet. Ökad kunskap och utbildning hos sjuksköterskor inom IPV ökar förutom förmågan även viljan att identifiera och fråga kvinnor om våld, detta bekräftas av Björck (2010). En direkt koppling kunde ses i resultatet mellan utbildning och träning inom ämnet våld i nära relation och en upplevd ökad kompetens hos sjuksköterskorna.

Metoddiskussion

Då denna litteraturöversikt är av icke-systematisk design är den baserad på ett begränsat antal artiklar, vilket påverkar studiens generaliserbarhet negativt (Priebe & Landström, 2017). Då det är vanligt förekommande att litteraturstudier enbart inkluderar artiklar som stödjer författarnas egna värderingar finns det en risk att resultatet kan komma att ge en förvrängd bild av de faktiska förhållandena (Rosén, 2017). Trots detta valde författarna att utföra en icke-systematisk översikt, detta då en systematisk litteraturöversikt kräver mer tid (Rosén, 2017) eftersom all relevant forskning inom området då ska inkluderas och sammanställas (Kristensson, 2014). För att minimera risken för att studiens resultat skulle komma att bli förvrängt har artiklarna granskats utifrån ett kritiskt och objektivt förhållningssätt i enlighet med Friberg (2017). Att dataanalysen genomfördes strukturerat och resultatet sammanställdes genom en integrerad analys stärker reliabiliteten i examensarbetet samt minskar risken för systematiska fel (Henricson, 2017). Både att kvalitativa och kvantitativa studier från flertal länder har inkluderats och att en stor mängd sjuksköterskor har angett eller beskrivit sin erfarenhet är enligt Polit & Beck (2021) en styrka. Vald metod möjliggör därför en helhetsförståelse för valt forskningsområde samt kan bidra med en kartläggning av det befintliga kunskapsläget, detta styrks av (Friberg, 2017).

För att stärka studiens trovärdighet och kvalitet har enbart artiklar som är peer reviewed inkluderats (Henricson, 2017). Att artiklarna är peer reviewed innebär att de är publicerade i vetenskapliga tidskrifter, detta garanterar dock inte att artiklarna har högst kvalitet, men det ger artiklarna högre status än om de inte hade genomgått kollegial granskning (Östlundh, 2017). Kvalitetsgranskningen som utfördes utifrån bedömningsinstrumentet utformat av Berg et al. (1999) samt Willman et al. (2016) stärker studiens trovärdighet och då artiklarna analyserats med noggrannhet har deras vetenskaplighet säkrats. Enligt Henricson (2017) stärks litteraturöversiktens reliabilitet genom denna noggranna kvalitetsgranskning. I enlighet med Henricson (2017) har regelbunden handledning förekommit under arbetets gång, vilket styrker studiens trovärdighet. Författarna har under

dessa handledningar blivit granskade av både handledare och kurskamrater och genom detta fått feedback och förbättringsförslag för arbetet. Denna granskning och korrekturläsning stärker den vetenskapliga kvaliteten i examensarbetet (Mårtensson & Fridlund, 2017).

I studiens resultat inkluderades endast primärkällor i enlighet med Kristensson (2014) vilket stärker arbetets trovärdighet. Henricson (2017) menar att studiens trovärdighet ökar om de inkluderade studierna utgörs av samma design. I denna litteraturöversikt har dock både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderats i enlighet med Friberg (2017) då dessa ansågs kunna komplettera varandra för att kunna besvara studiens syfte. De kvalitativa studierna som inkluderats har studerat sjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor utsatta för IPV, vilket i enlighet med Henricson & Billhult (2017) stärker studiens validitet. Vid kvalitativa studier väljs deltagarna inte ut slumpmässigt, utan de personer som anses ha erfarenheter av fenomenet som ska studeras tillfrågas (Henricson & Billhult, 2017). En människas upplevelse ses som subjektiv, trots detta anses det att även denna typ av forskning skall präglas av objektivitet och att forskarens förförståelse skall vara frånvarande (Kristensson, 2014). Författarnas intresse för ämnet grundades i en viss förförståelse för fenomenet som i sin tur ledde till en strävan att belysa fenomenet. Hur fenomenet uppfattas kan enligt Kristensson (2014) präglas av människans medvetande är riktat, omedvetet kan detta prägla upplevelsen av det fenomen som studeras. Författarna hade en viss förförståelse och Kristensson (2014) menar att forskarens egen förförståelse och tolkning av fenomenet inte bara oundviklig utan är också en grundläggande del i att förstå kärnan i det som beskrivs. Författarna har i enlighet med Sandgren (2017) reflekterat över tidigare erfarenheter, värderingar och tankar kring valt ämne genom att skriva ner dessa. I början av arbetet reflekterade författarna över vilken förförståelse de kan ha haft inför studiens berörda ämne, detta då det möjliggör en minskad risk för att resultatet skulle komma att påverkas (Sandgren, 2017). Till exempel fanns en viss förförståelse för att det kunde finnas kunskapsluckor hos sjuksköterskor inom ämnet IPV, då författarna själva erfar detta, vilket även beskrivs i arbetets inledning.

Enligt Kristensson (2014) finns miljontals vetenskapliga publikationer, med detta i åtanke begränsades sökningarna till artiklar publicerade under de senaste tio åren för att finna den mest aktuella forskningen. Samtliga inkluderade artiklar var skrivna på engelska eftersom det engelska språket ses som vetenskapens officiella språk (Segersten, 2017). De två databaser som använts för litteraturöversikten, CINAHL och PubMed, är även baserade på det engelska språket (Östlundh, 2017). Då ingen av författarna för denna litteraturöversikt har engelska som modersmål kunde detta medföra språkliga utmaningar vid översättning och tolkning av artiklar (Östlundh, 2017). För att underlätta översättning och minska risken för feltolkningar har webbaserade lexikon använts i enlighet med Östlundh (2017).

Då artiklar från olika länder har inkluderats i studien har författarna i enlighet med Henricson (2017) diskuterat överförbarheten av denna forskning. För att studiens resultat ska vara generaliserbart ska det ha giltighet även utanför studien, det vill säga utanför det begränsade urvalet (Priebe & Landström, 2017). Av de arton artiklar som inkluderats i studiens resultat är fjorton av studierna utförda i västvärlden, tre i Sydafrika och en på Sri Lanka. Sjukvårdssystemet ser annorlunda ut mellan olika länder i världen, detta leder till att resultatets generaliserbarhet till Sverige kan påverkas negativt. Två av de inkluderade studierna som var från Sverige påvisade dock liknande resultat som de övriga från

västvärlden, vilket kan ses som att resultatet till viss del är överförbart till Sverige. De studier som var utförda i Sydafrika respektive Sri Lanka var av kvalitativ design och inkluderades då de svarade på studiens syfte. Studier av kvalitativ design skildrar upplevelser och är därmed subjektiva (Kristensson, 2014), författarna ansåg att dessa studier tillförde viktig kunskap om hur sjuksköterskor i länder utanför västvärlden ser på IPV.

Datansamlingen genomfördes genom sökningar i två databaser, PubMed och CINAHL, vilket enligt Henricson (2017) stärker litteraturöversiktens validitet. Vid de olika sökordskombinationerna återfanns vid flertal tillfällen samma studier, vilket bekräftar sensibiliteten i sökningarna, och ökar resultatets trovärdighet (Henricson, 2017). Eventuellt hade fler relevanta artiklar kunnat inkluderas om fler sökningar gjorts i ytterligare databaser (Henricson, 2017). Författarna ansåg dock att de fann tillräckligt med relevanta artiklar för att besvara studiens syfte genom de sökningar som gjordes i PubMed och CINAHL och valde därför att inte göra ytterligare sökningar i fler databaser.

I mötet med bibliotekarien framkom att sökorden "health care personnel" och "health care professionals" var förenligt att använda i kombination med "nurse" och Booleska sökoperatoren "OR", detta för att minska risken att gå miste om artiklar där sjuksköterskor benämns som hälso- och sjukvårdspersonal. Ett fåtal artiklar som inkluderats i denna litteraturöversikt skildrar förutom sjuksköterskors även andra professioners perspektiv. Författarna valde att inkludera dessa artiklar då dessa ansågs värdefulla för att besvara studiens syfte. Majoriteten av deltagarna i dessa studier var sjuksköterskor och författarna ansåg att antalet sjuksköterskor var tillräckligt för att besvara studiens syfte. Litteraturöversiktens resultat har fokuserat på sjuksköterskans perspektiv och de andra professionernas erfarenheter har därför ej inkluderats. I datansamlingen användes MeSH-termer som till exempel "health, knowledge, attitudes and practice", detta för att identifiera relevanta studier som kunde besvara syftet trots att de inte benämns med just sökordet "experience". Detta tillvägagångssätt styrks av Friberg (2017) som menar att det är väsentligt att göra sökningen vid för att säkerställa att alla relevanta artiklar kommer med. På samma sätt identifierades sökorden "domestic violence" och "battered women" som synonymer till "intimate partner violence", då det i mötet med bibliotekarien framkom att "intimate partner violence" var ett relativt nytt begrepp. Dessa synonymer användes för att vidga sökningen och för att säkerställa att relevanta artiklar för syftet inte missades.

Kjellström (2017) beskriver att det är viktigt att forskningsetiska överväganden görs både inför och under hela examensarbetet, vilket författarna har beaktat. Under hela arbetsprocessen har författarna noggrant granskat artiklarna och dess innehåll för att säkerställa att forskningsetiska regler och föreskrifter har följts. I enlighet med Kristensson (2014) granskades alla inkluderade artiklar för denna litteraturöversikt kritiskt för att säkerställa att de fått ett etiskt godkännande eftersom detta var ett krav för att dessa skulle inkluderas i studien. I litteraturöversikter finns det bland annat risk för feltolkningar av resultat på grund av språkbegränsningar (Kjellström, 2017). Som tidigare nämnt har författarna översatt materialet noggrant med hjälp av lexikon för att minska risken för syftningsfel och språkliga missar. Artiklarna i litteraturöversikten har bearbetats objektivt för att inte riskera att studiens resultat påverkats, detta då arbetets resultat i enlighet med Forsberg & Wengström (2015) ej ska vara förvrängt, på något sätt undanhållas eller innehålla plagiat. Dock finns det som tidigare nämnt en risk för förförståelse hos författarna inför ämnet som ska studeras som kan påverka studiens resultat (Priebe & Landström, 2017). Med detta i åtanke har författarna under arbetets gång reflekterat över

sina egna erfarenheter och värderingar i enlighet med Priebe & Landström (2017) för att minska risken för förvrängning av resultatet.

Slutsats

Denna studie skildrar sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relation och flera faktorer visade sig påverka mötet. Resultatet påvisade både barriärer och faciliterande faktorer inför mötet med den våldsutsatta kvinnan. Även sjuksköterskans attityder och känslor kring IPV visade sig påverka mötet. Brist på kunskap framkom som den främsta barriären inför mötet samtidigt som det identifierades som en faciliterande faktor att inneha kunskap. Kunskapsluckan som denna studie belyser indikerar att sjuksköterskor inte har möjlighet att bedriva evidensbaserad vård, trots att detta är en förutsättning för god omvårdnad. För att tillgodose sjuksköterskors behov av kunskap relaterat till IPV krävs utbildning. Att stärka sjuksköterskans kompetens genom utbildning är nödvändigt för att minska de barriärer som sjuksköterskorna skildrat. En ökad kompetens kan antas minska den osäkerhet som beskrivits av sjuksköterskor inför att fråga kvinnor om våld, vilket i sin tur kan resultera i att den erfarenhetsbaserade kunskapen ökar. Att ge sjuksköterskor en mer omfattande utbildning inom IPV skulle resultera i bättre omvårdnad för de utsatta kvinnorna vilket på lång sikt skulle kunna leda till en bättre folkhälsa.

Fortsatta studier

Resultatet i denna litteraturöversikt visar att sjuksköterskor upplever ett flertal barriärer inför att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Ytterligare studier behövs för att bekräfta resultatet. En av de frågor som uppstod i arbetet med denna litteraturöversikt var huruvida utbildningsinnehållet relaterat till våld i nära relation i sjuksköterskeutbildningen motsvarar kunskapskraven i arbetslivet. Författarna anser att det vore intressant att genom en kvantitativ design undersöka hur innehållet relaterat till våld i nära relation ser ut i sjuksköterskeutbildningen i olika länder. Det vore även intressant att genom en kvalitativ studie undersöka huruvida sjuksköterskestudenter upplever att deras utbildning har förberett dem för att möta kvinnor som är utsatta för våld i nära relation.

Klinisk tillämpbarhet

Fyndet i denna litteraturöversikt kan bidra med en ökad medvetenhet och förståelse för våld i nära relation och dess konsekvenser för kvinnors välmående och hälsa. Genom att sjuksköterskor får en ökad kunskap kring våld i nära relation skapas förutsättningar för en god och evidensbaserad vård. Detta gynnar inte bara sjuksköterskorna utan även våldsutsatta kvinnor. Denna litteraturöversikt belyser de hinder som kan uppstå när kvinnorna söker vård men betonar också sjuksköterskors kunskap som en faciliterande faktor som förbättrar vården för kvinnorna. Litteraturöversikten kan bidra till en ökad medvetenhet och kunskap för sjuksköterskor, men förhoppningen är att studien även kan leda till förbättringsarbete på arbetsplatser inom vården och samhället i stort. Våld i nära relation påverkar en tredjedel av världens kvinnor och då våldet ofta utspelar sig i hemmet påverkas även andra familjemedlemmar. Barn som bevittnar våld i hemmet påverkas negativt och våldet drabbar därmed flera generationer. Då detta är ett globalt folkhälsoproblem är det väsentligt att frågan lyfts både på individnivå och samhällsnivå. Att minska kvinnors våldsutsatthet bidrar till jämställdhet och därmed till en hållbar utveckling (United Nations Development Programme, 2021).

Självständighetsdeklaration

Författarna Alice Siwe och Hanna Magnusson har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna litteraturstudie.

REFERENSER

Artiklar inkluderade i resultatet är märkta med asterisk (*).

Alsaker, K., Morken, T., Baste, V., Campos-Serna, J., & Moen, B. E. (2012). Sexual assault and other types of violence in intimate partner relationships. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 91(3), 301–307. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01336.x>

*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. <https://doi.org/10.1111/jocn.14242>

Avallin, T., Muntlin Athlin, Å., Björck, M., & Jangland, E. (2020). Using communication to manage missed care: A case study applying the Fundamentals of Care framework. *Journal of nursing management*, 28(8), 2091–2102. <https://doi.org/10.1111/jonm.12963>

Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ open*, 8(7), e019995. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019995>

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

Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ open*, 8(7), e019995. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019995>

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

Björck, A. (2011). *Att fråga om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården kräver utbildning*. [http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/273/NCK_Anamnes_www_kap23_Att_fraga_om_valdutsatthet.pdf#_utma=1.2111686709.1606389829.1606745162.1606907907.3&_utmb=1.1.10.1606907907&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1606907907.3.2.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&_utmv=-&_utmk=206776083](http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/273/NCK_Anamnes_www_kap23_Att_fraga_om_valdutsatthet.pdf#_utma=1.2111686709.1606389829.1606745162.1606907907.3&_utmb=1.1.10.1606907907&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1606907907.3.2.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmk=206776083)

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

Breiding, M. J., Smith, S. G., Basile, K. C., Walters, M. L., Chen, J., & Merrick, M. T. (2014). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries* (Washington, D.C.:

2002), 63(8), 1–18.

Brottsförebyggande rådet. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer: Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*.
[https://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf#_utma=1.281919793.1614758576.1615455762.1615484778.4&_utmb=1.3.10.1615484778&_utmc=1&_utmz=1.1615288028.2.2.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&_utmv=-&_utmk=110923269](https://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf#_utma=1.281919793.1614758576.1615455762.1615484778.4&_utmb=1.3.10.1615484778&_utmc=1&_utmz=1.1615288028.2.2.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmk=110923269)

Brottsförebyggande rådet. (2012). *Brottsutvecklingen i Sverige 2008–2011*.
https://www.bra.se/download/18.22a7170813a0d141d2180007794/1371914741026/2012_13_Brottsutvecklingen_i_Sverige_2008_2011.pdf

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

Brottsförebyggande rådet. (2019). *Kriminalstatistik 2019: anmälda brott slutgiltig statistik*.
https://www.bra.se/download/18.1f8c9903175f8b2aa70362d/1611151992422/Sammanfattning_anmalda_2019.pdf

Chang, J. C., Decker, M. R., Moracco, K. E., Martin, S. L., Petersen, R., & Frasier, P. Y. (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient education and counseling*, 59(2), 141–147.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.008>

Cho, H., Seon, J., Han, J. B., Shamrova, D., & Kwon, I. (2020). Gender Differences in the Relationship Between the Nature of Intimate Partner Violence and the Survivor's Help-Seeking. *Violence against women*, 26(6-7), 712–729.
<https://doi.org/10.1177/1077801219841440>

Cortes, L. F., Padoin, S. M., Vieira, L. B., Landerdahl, M. C., & Arboit, J. (2015). Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero [Care for women victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity]. *Revista gaucha de enfermagem*, 36 Spec No, 77–84.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>

Damra, K. J., Abujilban, K. S., Rock, P. M., Tawalbeh, A. I., Ghbari, A. T., & Ghaith, M. S. (2015). Pregnant Women's Experiences of Intimate Partner Violence and Seeking Help from Health Care Professionals: A Jordanian Qualitative Study. *J Fam Viol*, 30(6), 807–816. doi:10.1007/s10896-015-9720-z

* Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. (2019). The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 26(9), 1052–1062.
<https://doi.org/10.1111/acem.13721>

Enander, V. (2011). *Att stanna och att gå: Forskning kring misshandelsprocessen och misshandlade kvinnors uppbrottsprocess.*

<https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/fulltext/875>

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

Evans, M. A., & Feder, G. S. (2016). Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: a qualitative study of pathways towards formal and informal support. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 19(1), 62–73. <https://doi.org/10.1111/hex.12330>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4.uppl. Natur & kultur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 141–151). Studentlitteratur.

Frisch, N. C., & Rabinowitsch, D. (2019). What's in a Definition? *Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 37(3), 260–272. <https://doi.org/10.1177/0898010119860685>

* Guruge S. (2012). Nurses' role in caring for women experiencing intimate partner violence in the sri lankan context. *ISRN nursing*, 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. 411–419). Studentlitteratur

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 111–117). Studentlitteratur.

* Hooker, L., Small, R., Humphreys, C., Hegarty, K., & Taft, A. (2015). Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mixed method process evaluation of a randomised controlled trial. *Implementation science: IS*, 10, 39.

<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0230-4>

International council of nurses (2012). *The ICN code of ethics for nurses.*

https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

International council of nurses. (2021). *Nursing definitions.* <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

International Council of Nurses. (u.å.). Person Centered Care. Hämtad 29 januari, 2020, från <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/person-centred-care>

Karakurt, G., Smith, D., & Whiting, J. (2014). Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *Journal of family violence*, 29(7), 693–702.
<https://doi.org/10.1007/s10896-014-9633-2>

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 81–96). Studentlitteratur.

Karolinska Institutet. (u.å.). *Svensk MeSH*. Hämtad 4 februari, 2021, från <https://mesh.kib.ki.se/>

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 57–77). Studentlitteratur.

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

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

Lundgren, E. (2012). *Våldets normaliseringsprocess: och andra våldsförståelser*. ROKS.

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

McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online journal of issues in nursing*, 16(2), 1.

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

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.
<https://doi.org/10.1111/jan.12502>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. Uppl., ss. 421–436). Studentlitteratur.

Mørk, T., Andersen, P. T., & Taket, A. (2014). Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a

qualitative study. *BMC women's health*, 14, 74. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-74>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.). *Våldets uttryck och mekanismer*. Hämtad 26 januari, 2021, från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa: En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/fulltext/1088>

O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(7), CD007007. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>

Ozaras, G., & Abaan, S. (2018). Investigation of the trust status of the nurse-patient relationship. *Nursing ethics*, 25(5), 628–639. <https://doi.org/10.1177/0969733016664971>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered Women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 23166. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

Priebe, G., & Landström, C. 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). Studentlitteratur.

Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L., & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7359), 314. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7359.314>

* Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(602), e647–e655. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X654623>

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

* Robinson R. (2010). Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of emergency nursing*, 36(6), 572–576. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.008>

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

Studentlitteratur.

Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G., & Howard, L. (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 198(3), 189–194. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072389>

Ross, H., Tod, A. M., & Clarke, A. (2015). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of clinical nursing*, 24(9-10), 1223–1233. <https://doi.org/10.1111/jocn.12662>

* Saberi, E., Eather, N., Pascoe, S., McFadzean, M. L., Doran, F., & Hutchinson, M. (2017). Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department. *Australasian emergency nursing journal: AENJ*, 20(2), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.02.001>

Sandgren, A. Grounded theory. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. Uppl., ss. 355-370). Studentlitteratur.

Segersten, K. (2017). Att hantera språket. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., ss. 97-102). Studentlitteratur.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtad 29 januari, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 2 februari, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 28 januari, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. https://www.alvsbyn.se/wp-content/uploads/2014/06/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor: En samhällsekonomisk analys*. (91-85482-83-8). <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/fulltext/1043>

Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga: vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>

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

Socialstyrelsen. (2019). *Våld i nära relationer*. Hämtad 27 januari, 2021, från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

Socialstyrelsen. (2020). *Patientens delaktighet*. Hämtad 29 januari, 2021, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbete-sakert/patientens-delaktighet/>

SOSFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2014-5-7.pdf>

Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., & Goslings, J. C. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women & health*, 52(6), 587–605. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>

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

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

* Sutherland, M. A., Hutchinson, M. K., Fantasia, H. C., Si, B., & Jiang, L. (2020). Are We Asking? Nurse Practitioners' Interpersonal Violence Screening Practices. *Journal for Nurse Practitioners*, 16(9), 683–688. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.07.023>

Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Svensk sjuksköterskeförening om: Evidensbaserad vård och omvårdnad*. <https://swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261527c/1605099441081/Evidensbaserad%20v%C3%A5rd%20och%20omv%C3%A5rdnad.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/v%C3%A4rdegrund%20f%C3%B6r%20omv%C3%A5rdnad%20reviderad%202016.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.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. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.216>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. F.A. Davis Company.

United Nations Development Programme. (2021). Globala målen: För hållbar utveckling. Hämtad den 14 mars från: <https://www.globalamalen.se/>

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

* Van der Wath A. (2019). Women exposed to intimate partner violence: a Foucauldian discourse analysis of South African emergency nurses' perceptions. *African health sciences*, 19(2), 1849–1857. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i2.7>

* Van der Wath, A., van Wyk, N., & Van Rensburg, E. J. (2016). Emergency nurses' ways of coping influence their ability to empower women to move beyond the oppression of intimate partner violence. *African journal of primary health care & family medicine*, 8(2), e1–e7. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i2.957>

* 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. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1010254>

Walton-Moss, B. J., & Campbell, J. C. (2002). Intimate partner violence: implications for nursing. *Online journal of issues in nursing*, 7(1), 6.

Wendt, E. K., Lidell, E. A., Westerståhl, A. K., Marklund, B. R., & Hildingh, C. I. (2011). Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*, 27(2), 250–256. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.008>

Wendt, E., & Enander, V. (2013). *Övergivnen eller stöttad? Våldsutsatta kvinnors erfarenhet av bemötande inom hälso- och sjukvården*. Västra götalandets kompetenscentrum för våld i nära relationer
[https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/78011816-1463-495a-88f1-57bbdbe94676/%c3%96vergiven%20eller%20st%c3%b6ttad.pdf?a=false&guest=true#_utma=1.427259180.1600846807.1607673177.1607675670.49&_utmb=1.3.10.1607675670&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1602748823.25.4.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&_utmv=-&_utmik=46072868](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/78011816-1463-495a-88f1-57bbdbe94676/%c3%96vergiven%20eller%20st%c3%b6ttad.pdf?a=false&guest=true#_utma=1.427259180.1600846807.1607673177.1607675670.49&_utmb=1.3.10.1607675670&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1602748823.25.4.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmik=46072868)

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

Williams, J. R., Halstead, V., Salani, D., & Koermer, N. (2017). An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2192–2201. <https://doi.org/10.1111/jocn.13353>

Wong, J., & Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: impacts, risk factors and responses. *Contemporary nurse*, 46(2), 170–179. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.46.2.170>

World Health Organization. (2004). *The economic dimensions of interpersonal violence*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42944/9241591609.pdf;jsessionid=8C5E6B417480C2E992CE8A99817E2F6F?sequence=1>

World Health Organization. (2010). *Preventing intimate partner violence and sexual violence against women: Taking action generating evidence*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789241564007_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;sequence=1

World Health Organization. (2013-a). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effect of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/302733/retrieve>

World Health Organization. (2013-b). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2014). *Healthcare for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook*. (WHO/RHR/14.26).
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2017). *Violence against women: key facts*. Hämtad 26 januari, 2021, från <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2 februari, 2021, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

*Wyatt, T., McClelland, M. L., & Spangaro, J. (2019). Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurse Education in Practice*, 35, 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.12.010>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., ss. 59-82). Studentlitteratur.

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.

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
Anderzen-Carlsson, A., Gillå, C., Lind, M., Almqvist, K., Lindgren, F.A., & Källström, Å. 2018 Sverige	Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence	Undersöka barnsjuksköterskors upplevelse av att använda ett två-steps formulär för att fråga mödrar om IPV.	<u>Design:</u> Mixad metod <u>Urval:</u> Sjuksköterskor med 2–13 års erfarenhet i yrket <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Analys:</u> Induktiv tematisk analys	13 (-)	Sjuksköterskorna ansåg det som en viktig uppgift att identifiera och fråga mödrar om IPV. Sjuksköterskorna lyfte fram vikten av att känna sig bekväm i sin yrkesroll och med att fråga om våld, innan frågorna ställdes. Att ha tillräckligt med tid framkom som viktigt i mötet med den våldsutsatta kvinnan, även att ställa frågan på en säker och lugn plats. Brist på integritet lyftes fram som en barriär som försvårade möjligheten att fråga mödrarna om IPV.	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
Beynon, C., Gutmanis, A. I., Tuttu, M. L., Wathen, C. N., & MacMillan, L. H. 2012 Kanada	Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis	Att identifiera de barriärer och främjande faktorer som hindrar eller möjliggör för vårdpersonal att fråga om våld.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor och läkare verksamma på slumpvis utvalda sjukvårdsinrättningar i Ontario, Kanada <u>Datainsamling:</u> Elektroniskt frågeformulär <u>Analys:</u> Induktiv analys	931 (-)	De mest framstående barriärerna identifierades som tidsbrist, brist på utbildning, språkförbistringar, kulturella skillnader samt närvaro av partner. Främjande faktorer som framkom i resultatet var bland annat utbildning och professionellt stöd inom verksamheten.	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
Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. 2014 Skottland	Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation	Att undersöka vårdpersonals och våldsutsatta kvinnors medvetenhet och syn på IPV samt komplexiteten i att lämna ett våldsamt förhållande.	<u>Design:</u> Kvalitativ tvåfasstudie <u>Urval:</u> 16 sjuksköterskor, 11 barnmorskor och 2 läkare verksamma i Skottland samt 14 kvinnor utsatta för IPV <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade individuella intervjuer <u>Analys:</u> Framework approach, tematisk analys	43 (-)	När vårdpersonalen var medveten om IPV och dess manifestation öppnade det möjligheten för vårdpersonalen att kommunicera med den våldsutsatta kvinnan.	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
Dawson, A.J., Rossiter, C., Doab, A., Romero B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. 2019 Australien	The emergency department response to women experiencing intimate partner violence: Insights from interviews with clinicians in Australia	Undersöka vårdpersonalens erfarenheter av att vårda patienter utsatta för IPV samt undersöka personalens kunskaper och attityder relaterat till IPV.	<u>Design:</u> Deskriptiv kvalitativ studie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor, läkare och socialtjänstarbetare på två stora sjukhus i Australien <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade individuella diskussioner samt diskussioner inom fokusgrupper. <u>Analys:</u> Tematisk analys. Kategorisering enligt framkomna mönster	35 (-)	En stor del av sjuksköterskorna visade sig vara omedvetna om de screening-verktyg som fanns för att upptäcka IPV. Många av de sjuksköterskor som var medvetna om dessa använde sig inte av dem och majoriteten av sjuksköterskorna uppgav att de kände sig obekväma med att fråga om IPV. I resultatet påvisades ett behov att klargöra rollerna i ansvaret att upptäcka IPV samt kvaliteten på omvårdnaden.	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
Guruge, S. 2012 Sri Lanka	Nurses' role in caring for women experiencing intimate partner violence in the Sri Lankan context	Undersöka hur sjuksköterskor uppfattar sin vårdande roll relaterat till kvinnor utsatta för IPV.	<u>Design:</u> Deskriptiv kvalitativ studie <u>Urval:</u> 30 sjuksköterskor <u>Datainsamling:</u> Intervjuer <u>Analys:</u> Tematisk analys	30 (-)	Resultatet visade på att majoriteten av deltagarna såg det som en viktig uppgift att identifiera och vårda kvinnor utsatta för IPV. Resultatet påvisade dock upplevda brister i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Dessa brister berodde bland annat på bristande kunskaper, hög arbetsbelastning samt språkliga barriärer.	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
Hooker, L., Small, R., Humphreys, C., Hegarty, K., & Taft, A. 2015 Australien	Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mixed method process evaluation of a randomised controlled trial	Att genom normaliseringsprocessen utveckla ett fungerande screeningverktyg för att skapa en ökad förståelse och hantering av kvinnor utsatta för IPV.	<u>Design:</u> RCT med mixad metod, som inkluderade kvantitativa och kvalitativa data innan och efter interventionen. <u>Urval:</u> 8 sjukskötersketeam inom barn och mödravård i Australien <u>Datainsamling:</u> Enkäter och intervjuer <u>Analys:</u> Kvantitativ data sammanställdes och jämfördes mellan grupperna, kvalitativ data analyserades och kodades enligt kategorier	8 teams (-)	Att screena för IPV sågs som meningsfullt och högt värderat av deltagarna. Majoriteten av sjuksköterskorna identifierade dock barriärer som hindrade dem från att fråga om våld. Tidsbrist, hög arbetsbörda samt bristande möjligheter till enskilt samtal med kvinnorna lyftes fram som de främsta barriärerna.	RCT 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
McGarry, J., & Nairn, S. 2014 UK	An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study	Att utforska vårdpersonalens upplevelse av att ha en sjuksköterska specialiserad inom IPV på akutmottagningen.	<u>Design:</u> Kvalitativ ansats <u>Urval:</u> 15 sjuksköterskor och 1 "ED assistant" på en stor akutmottagning <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer under sex månaders tid <u>Analys:</u> Analytic Hierarchy Model	16 (-)	Brist på kunskap och utbildning samt tidsbrist visade sig vara barriärer vilka hindrade sjuksköterskorna från att lyfta frågor om våld. Ökad kunskap och medvetenhet kring IPV genom föreläsningar visade sig vara faciliterande. Vårdpersonalen upplevde det som positivt att ha en specialiserad sjuksköterska inom IPV på akutmottagningen.	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
Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. 2012 UK	Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians	Att mäta kunskap, attityder och kliniska kunskaper relaterat till IPV hos personal inom primärvården.	<u>Design:</u> Enkätstudie (PREMIS) som del av en RCT <u>Urval:</u> Läkare och sjuksköterskor inom primärvården <u>Datainsamling:</u> PREMIS frågeformulär <u>Analys:</u> Data analyserades i programmet Stata 10.1	272 (-)	Många deltagare kände sig oförberedda inför att möta patienter utsatta för IPV. Brist på kunskap och utbildning lyftes som barriärer inför detta. I resultatet framkom att mer än 80 procent av sjuksköterskorna inte frågar om IPV rutinmässigt. Drygt 40 procent rapporterade att de aldrig eller sällan frågade om IPV.	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
Robinson, R. 2010 USA	Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence	Undersöka sjuksköterskans roll i relation till IPV på en akutmottagning.	<u>Design:</u> Kvalitativ fenomenologisk ansats <u>Urval:</u> Sjuksköterskor från olika akutmottagningar i Sydcentrala USA <u>Datainsamling:</u> Strukturella öppna intervjuer <u>Analys:</u> Tematisk analys enligt 7-stegsmetoden	13 (-)	I resultatet framkom att det var ovanligt att sjuksköterskorna rutinmässigt frågade patienter om IPV, 85 procent uppgav att de inte frågar rutinmässigt. Brist på kunskap och utbildning samt tidsbrist framkom som barriärer i mötet med kvinnorna utsatta för IPV.	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
Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh, S.N., Wändell, P., & Hylander, I. 2017 Sverige	To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence	Beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att möta kvinnor utsatta för IPV.	<u>Design</u> : Kvalitativ studie <u>Urval</u> : Distriktssköterskor verksamma inom olika primärvårdsinrättningar i Stockholm <u>Datainsamling</u> : Öppna djupintervjuer som spelades in och transkriberades <u>Analys</u> : Grounded theory	11 (-)	Kärnan i intervjuerna visade sig som tveksamhet hos distriktssköterskorna kring att fråga kvinnor om IPV. Faktorer som påverkade detta visade sig vara avsaknad av utbildning och strategier kring att fråga om våld samt hur ett eventuellt svar skulle hanteras.	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
Saberi, E., Eather, N., Pascoe, S., McFadzean, M-L., Doran, F., & Hutchinson, M. 2017 Australien	Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department	Undersöka sjukvårdspersonalens nuvarande praxis för screening gällande IPV, samt upplevda barriärer och möjliggörande faktorer för screening på akutmottagning.	<u>Design:</u> Enkätstudie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor (80%) samt annan vårdpersonal <u>Datainsamling:</u> Enkät online <u>Analys:</u> IBM SPSS version 22	76 (-)	Majoriteten av deltagarna var positiva till att screena kvinnor för våld. Dock visade resultatet att majoriteten av deltagarna inte kände sig bekväma med att screena för våld, att de upplevde att de inte fått nog med träning eller utbildning för uppgiften samt att tiden inte räckte till.	P + 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
Sundborg, M.E., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. 2012 Sverige	Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care	Undersöka sjuksköterskors beredskap och erfarenhet av att identifiera och vårda kvinnor utsatta för IPV.	<u>Design:</u> Icke kontrollerad studie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor inom primärvården <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär <u>Analys:</u> STATA 9	190 (-)	Majoriteten av sjuksköterskorna visade sig vara oförberedda inför att möta kvinnor utsatta för IPV. Brist på kunskap och utbildning samt brist på integritet lyftes fram som anledningar till varför sjuksköterskorna inte frågade kvinnorna om våld.	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
Sutherland, A. M., Hutchinson, M. K., Fantasia, C. H., Si, B., Jiang, L. 2020 USA	Are We Asking? Nurse Practitioners' Interpersonal Violence Screening Practices	Undersöka om sjuksköterskor inom primärvården screenar för IPV och sexuellt våld [SV]. Samt att identifiera de faktorer som påverkar ifall de screenar eller inte.	<u>Design:</u> Kvantitativ tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Slumpvist utvalda sjuksköterskor inom primärvården <u>Datainsamling:</u> Kvantitativt frågeformulär <u>Analys:</u> SPSS 25 (IBM) och R Foundation for Statistical Computing	170 (-)	Sjuksköterskorna ansåg det som viktigt att identifiera och fråga om våld. I resultatet framkom dock att få sjuksköterskor inom primärvården screenar för IPV och SV. Anledningar till detta visade sig bland annat bero på brist på kunskap och utbildning samt tidsbrist.	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
Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. 2012 Australien	Reconceptualizing health and health care for women affected by domestic violence	Att utforska sjuksköterskans erfarenhet av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> 12 sjuksköterskor med minst 5 års arbetslivserfarenhet som sjuksköterska <u>Datainsamling:</u> Två guidade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Narrativ analysteknik utvecklad beskriven av Emden (1998) och Mischler (1986)	12 (-)	Det visade sig vara viktigt att som sjuksköterska ha ett empatiskt bemötande gentemot den utsatta kvinnan och samtal framkom som en viktig del av stödet gentemot kvinnan. Tidsbrist och brist på kunskap identifierade som barriärer.	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 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	Beskriva manliga sjuksköterskors erfarenheter av att möta och vårda kvinnor utsatta för IPV.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Två manliga sjuksköterskor i Sydafrika <u>Datainsamling:</u> Ostrukturerade djupintervjuer <u>Analys:</u> Deskriptiv innehållsanalys	2 (-)	Sjuksköterskorna upplevde vissa känslomässiga svårigheter med att vara manlig sjuksköterska och vårda kvinnor utsatta för IPV. Sjuksköterskorna lyfte fram komplexiteten i att kvinnorna utsätts av män och sedan vårdas av män. Andra barriärer som framkom i mötet var brist på integritet.	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., & Van Rensburg, E. 2016 Sydafrika	Emergency nurses' ways of coping influence their ability to empower women to move beyond the oppression of intimate partner violence	Beskriva akutsjuksköterskors hantering av kvinnor som blivit utsatta för IPV samt hur detta kan påverka deras möjlighet till att hjälpa dessa kvinnor.	<u>Design:</u> Kvalitativ fenomenologisk studie <u>Urval:</u> Kvinnliga sjuksköterskor på akutmottagning <u>Datainsamling:</u> Ostrukturerade intervjuer <u>Analys:</u> Deskriptiv fenomenologisk dataanalys	9 (-)	Sjuksköterskor visade sig ha en viktig roll i att stärka kvinnor som är utsatta för IPV. I resultatet framkom att sjuksköterskor hanterade sina känslor som uppkom i mötet med IPV-överlevare olika. Brist på formella vägar att söka hjälp kan påverka risken för att sjuksköterskors själva blir traumatiserade efter att ha vårdat kvinnor utsatta för IPV.	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. 2019 Sydafrika	Women exposed to intimate partner violence: a Foucauldian discourse analysis of South African emergency nurses' perceptions	Att blotta de resonemang och uppfattningar som finns hos sjuksköterskor kring IPV och hur detta kan påverka deras sätt att vårda kvinnorna.	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> 15 sjuksköterskor på en akutmottagning i Sydafrika <u>Datainsamling:</u> Fokusgruppdiskussioner <u>Analys:</u> Foucauldian discourse analysis beskriven av Wiggins & Riley (2010)	15 (-)	Sociala strukturer visade sig kunna påverka hur sjuksköterskor ser på kvinnor som utsätts för IPV. I resultatet framkom att sjuksköterskor ser kvinnor som maktlösa inför IPV och att sjuksköterskor har begränsad möjlighet att hjälpa dessa kvinnor.	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
Wyatt, T., McClelland, L.M., & Spangaro, J. 2019 USA	Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence	Undersöka ifall nylegitimerade sjuksköterskor har fått tillräcklig utbildning på sin arbetsplats eller i sjuksköterskeutbildningen för att möta och screena patienter utsatta för IPV.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Nylegitimerade sjuksköterskor i USA. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer <u>Analys:</u> Integrerad analys	16 (-)	Sjuksköterskorna kände sig obekväma med att ställa frågor om våld och en anledning till detta visade sig vara brist på kunskap och utbildning. Resultatet påvisar möjliga brister i sjuksköterskeutbildningen gällande screening och riktlinjer vid misstänkt IPV.	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