



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Sjuksköterskans upplevelse av möten med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer.

Amina Cavalic

Nada Sulaiman

Handledare: Agneta Lindvall

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1512

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2020

# Sjuksköterskans upplevelse av möten med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer.

Amina Cavalic

Nada Sulaiman

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Idag är våld i nära relationer som utövas mot kvinnor ett folkhälsoproblem som ofta missas av omgivningen och hälso- och sjukvården. De utsatta kvinnorna kan komma att söka vård för andra diffusa symtom som orsakats av våldet. När sjuksköterskor missar att ställa direkta frågor om våld i nära relationer upplevs sjuksköterskan sakna kunskap och förståelse av kvinnorna. Men i och med att det är vanligt förekommande är det viktigt att undersöka sjuksköterskornas perspektiv.

**Syfte:** Sjuksköterskans upplevelse av möten med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer.

**Metod:** En kvalitativ litteraturstudie gjordes med databassökning i Cinahl Complete och PubMed. Data analyserades med hjälp av en manifest innehållsanalys med latent inslag.

**Resultat:** Resultatet visade bland annat att sjuksköterskorna upplevde en stor brist på kunskap och erfarenheter men även att sjuksköterskorna kunde känna en rädsla, otrygghet och frustration. Resultatet visade även att en del sjuksköterskor förstod behovet för hur betydelsefullt det var att skapa tillit och förtroende.

**Slutsats:** Många sjuksköterskor upplevde olika svårigheter i mötet med de våldsutsatta kvinnorna. Svårigheterna kunde vara kopplade till brist på kunskap och erfarenhet men samtidigt brist på tid. Dessa svårigheter kunde leda till att kvinnorna inte får den vård och hjälp som de är i behov utav, och även till att sjuksköterskorna känner sig otillräckliga.

**Nyckelord:** kvinnor, mötet, sjuksköterskans upplevelse, våld i nära relationer

# Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	6
Våld i nära relationer	6
Hälso- och sjukvårdens ansvar och åtgärder	6
Sjuksköterskans bemötande av våldsutsatta kvinnor	8
Personcentrerad omvårdnad	9
Problemformulering	10
Syfte	10
Metod	11
Design	11
Urval	11
Datainsamling	11
Kvalitetsgranskning	12
Analys	13
Etiska övervägande	13
Resultat	14
Brist på kunskap och erfarenhet	15
Tidsbrist	15
Rädsla och frustration	16
Skapa trygghet och förtroende	17
<i>Våga fråga om våld</i>	17
<i>Skapa tillit</i>	18
Behov av stöd	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Slutsats	24
Självständighet	25
Referenser	26
Bilaga 1. Databassökningar	31

Bilaga 2. Granskningsprotokoll	36
Bilaga 3. Artikelöversikt	37
Bilaga 4. Exempel på meningsenheter	39

## Inledning

Våld mot kvinnor är ett vanligt problem både nationellt och internationellt (Eriksson, 2011). Inom hälso- och sjukvården är sjuksköterskan ofta den som möter våldsutsatta kvinnor först. De flesta gångerna söker den våldsutsatta kvinnan vård inom hälso- och sjukvårdens olika verksamheter såsom vårdcentral eller akutmottagning för andra skäl än de våldsrelaterade problemen. Därför är det betydelsefullt att sjuksköterskan möter kvinnorna med empati, förståelse och respekt (Socialstyrelsen, 2016). Ali och McGarry (2018) skriver att sjuksköterskorna har även en viktig roll genom att stödja och ge dessa våldsutsatta kvinnor en personcentrerad omvårdnad.

Sinisalo och Moser Hällen (2018) berättar att vissa bidragande faktorer till att den våldsutsatta kvinnan avstår från att berätta om sin utsatthet och söker vård kan bland annat vara för de känner skuld, skam och rädsla. Dessa faktorer kan förstärkas om den våldsutsatta kvinnan upplever att sjuksköterskorna dömer henne och att hon blir betraktad som "misshandlad". Pratt-Eriksson, Bergbom och Lyckhage (2014) beskriver i sin studie att många gånger blev de våldsutsatta kvinnorna besvikna av bristen på stöd, vård och empati då de upplevde att de inte fick den hjälp de var i behov av och sjuksköterskorna tog sig inte tid för ett bra bemötande. Rikskvinnocentrum (2006) skriver att orsakerna kunde variera från tidsbrist till rädsla över att situationen inte kan hanteras på ett korrekt sätt. Ali och McGarry (2018) skriver att sjuksköterskorna bör vara medvetna om faktorer som kan påverka deras förmåga om att identifiera och stödja kvinnor som upplever våld i nära relationer. Dessa kan vara bland annat brist på kunskap eller att vissa kvinnor har svårt att avslöja och berätta deras upplevelser. Vidare skriver RKC (2006) att färre kvinnor rapporterar våld i nära relationer och söker hjälp om sjuksköterskorna brister i förtroende. Därför menar Pratt-Eriksson et al. (2014) att sjuksköterskorna bör förstå och upptäcka tecken på våld, samt ge vård eftersom dessa kvinnor är sårbara. Det är därför en stor vikt att skapa en förståelse av hindren som kan förekomma i sjuksköterskornas upplevelser av mötet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.

# Bakgrund

## Våld i nära relationer

Våld i nära relationer avses oftast vara våld mellan makar, barn, syskon, föräldrar eller andra familjemedlemmar. Definitionen av våld i nära relationer kan vara allt från fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld till kränkande behandling i hemmet. Dessa handlingar av utövaren tyder på respekt- och kärlekslösa beteende som strider mot den våldsutsatta personens autonomi, integritet, säkerhet och värde (van Lawick, 2013).

Det vanligaste är att kvinnor utsätts för våld i nära relationer av en man hon har eller har haft en relation till (Waldenström, 2017). Detta är ett stort folkhälsoproblem där mänskliga rättigheter kränks och allvarliga hot mot de utsatta kvinnorna förekommer med både fysiska och psykiska konsekvenser (Socialstyrelsen, 2016). Varje år dödas 16–19 kvinnor i snitt av en manlig nuvarande eller före detta partner i Sverige. Det finns alltid ett syfte bakom utövandet av våld mot en närstående. Olika former av våld är en effektiv metod att visa makt och kontroll då våld skrämmer och skadar den utsatta kvinnan. I vissa fall kan våld i nära relationer ske en enstaka gång, men det är stor sannolikhet att våldet eskalerar med tiden (Waldenström, 2017). Balousha et al. (2019) skriver att cirka två tredjedelar av offren tenderar att vara tysta om att de har utsatts för våld och hanterar den som en privat familjär fråga. Många våldsutsatta kvinnor tvekar att kommunicera med andra eller söka någon hjälp för att skydda sig själva, då de många gånger har blivit missförstådda eller inte tagna på allvar. Därför menar Gandhi, Poreddi, Reddy, Palaniappan och Matha (2018) att sjuksköterskor spelar en viktig roll för att ge stöd till våldsutsatta kvinnor.

## Hälso- och sjukvårdens ansvar och åtgärder

En viktig roll för alla olika verksamheter inom hälso- och sjukvården är att upptäcka och uppmärksamma våld, erbjuda omvårdnad eller rekommendera andra verksamheter för stöd till de våldsutsatta kvinnorna (Socialstyrelsen, 2016). I RKC (2006) skrivs det att om sjukvårdspersonal bedömer att en kvinna troligtvis råkat ut för övergrepp eller misshandel, och väljer att inte tala om detta, skall stöd ändå erbjudas och ges. Som sjukvårdspersonal är det

viktigt att berätta om vilka möjligheter den våldsutsatta kvinnan har till stöd och hjälp, om hon skulle vara i behov av detta vid ett annat tillfälle.

Sinisalo och Moser Hällén (2018) beskriver att de negativa konsekvenserna och lidandet som den våldsutsatta kvinnan upplever kan minskas genom att det upptäcks tidigt. Olika hinder kan förekomma för kvinnan då hon avstår från att berätta sin utsatthet och söka hjälp. Dessa hinder kan bland annat vara att kvinnan känner skuld och skam. Skam i detta fall kan definieras som rädsla för att bli dömd från sjukvårdspersonalen. Vidare skriver Sinisalo och Moser Hällén (2018) att kvinnans rädsla kan komma till att eskalera genom att hon inte blir trodd eller tagen på allvar, samt en oro över hur sjukvårdspersonalen kommer reagera på hennes berättelse.

En stor risk att man missar många våldsutsatta kvinnor kan förekomma om inte rutinfrågor om våld ställs till alla som söker vård. I samband med att man ställer frågor om våldsutsatthet hjälper det att ge information om rättigheter samt handlingsalternativ till den våldsutsatta kvinnan. Genom informationen som förmedlas hjälper man den våldsutsatta kvinnan att förstå situationen och definitionen av våld. Utöver det ska den våldsutsatta kvinnan informeras att hon inte bär ansvaret för våldet som förekommit samt att våldet inte är normalt. På detta sätt visar sjukvårdspersonalen att de tar problemet på allvar och att våld inte är något som någon ska behöva stå ut med eller förvänta sig i en relation då det är en brottslig handling och att det alltid finns en väg ut (Sinisalo & Moser Hällén, 2018).

Socialstyrelsen (2016) skriver att utgångspunkten för hälso- och sjukvården är att arbeta för att förebygga ohälsa samt uppfylla kraven för en god vård (2 a och c §§ HSL, och 6 kap. PSL). Patientlagen (2014:821) trädde i kraft den 1 januari 2015 med syftet att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Enligt Socialstyrelsen rekommendationer (2016) har hälso- och sjukvårdspersonalen en skyldighet till anmälan vid misstänkt av misshandel eller tecken på våld. Detta möjliggör för hälso- och sjukvården att identifiera, ge stöd och hjälp till dessa kvinnor som befinner sig i sådan svår situation. Socialstyrelsen (2019) beskriver att hälso- och sjukvårdspersonal innefattar all personal med legitimation, exempel på det kan vara om man jobbar på sjukhus eller en annan vårdinrättning och deltar i vården av en patient.

## Sjuksköterskans bemötande av våldsutsatta kvinnor

Enligt Fossum (2013) är bemötande ett brett begrepp och handlar om bland annat hur samtal genomförs och utförs men även hur patienten tas emot och vilket kroppsspråk som tillämpas. Begreppet bemötande omfattar också respekt och människovärde samt indirekt hur vården utförs (Fossum, 2013). Vidare beskriver Socialstyrelsen (2019) att en gott bemötande skapar goda förutsättningar i omvårdnad inom hälso- och sjukvården. De menar också på att ett bra bemötande inom vården är en viktig faktor till att utveckla en jämlik hälsa, tillit i mötet mellan patienten och sjuksköterskan som har stor betydelse för patientsäkerheten. Ett bra bemötande främjar för att patienter öppnar sig och berättar mer om sina besvär (Socialstyrelsen, 2019).

Nationellt centrum för kvinnofrid (u.å.) skriver att som sjuksköterska är det viktigt att vara professionell och empatisk i mötet med den våldsutsatta kvinnan, men även lyhörd, öppen och respektfull då omhändertagandet avgör ifall hon väljer att berätta om sina upplevelser. Genom ett gott bemötande kan även möjligheten för kvinnan att bearbeta det hon blivit utsatt för ökas. Sjuksköterskan måste alltid ha i åtanke att kvinnan som söker efter hjälp befinner sig i underläge och som kunnig sjuksköterska skall inte kvinnan skuldbeläggas eller våldet förminsкас vid kommunikation (NCK, u.å.). Vidare skriver RKC (2006) att i denna situation är den våldsutsatta kvinnan sårbar och har lätt till att dra sig tillbaka om hon inte får rätt eller bra bemötande. Därför gäller det som sjuksköterska att lyssna, fråga och tro på vad patienten säger. Även visa intresse och ta det kvinnan berättar på allvar, fastän mycket av det kan vara förvirrande.

Björck och Heimer (2008) skriver att vid misstanke om våld krävs det att sjuksköterskan skapar en terapeutisk miljö innan de börjar fråga. Att fråga den utsatta kvinnan gäller det som sjuksköterska att ha beredskap att kunna ta emot deras berättelser och att ha en handlingsplan för det fortsatta agerande. Det är viktigt vid bemötande att sjuksköterskan håller sig inom sitt kompetensområde, till exempel att sjuksköterskan inte ska agera som polis eller domare. Vidare beskriver Björck och Heimer (2008) att rädslan för att inte bli förstådd eller trodd är stark hos många kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt. Om sjuksköterskan brister i respekt och hänsyn ligger det nära till hands att kvinnan känner sig avvisad. Det är viktigt att sjuksköterskan tänker på att egna attityder och värderingar speglas i det sätt man kommunicerar med den våldsutsatta kvinnan på. Ett bra bemötande av en kunnig sjuksköterska gör istället att kvinnor vågar prata om våldet. Härigenom kan våldsspiralen brytas och kvinnorna får en bättre möjlighet till ett liv utan kränkningar och därmed en bättre hälsa. Sjuksköterskan bör förklara



hur våldet påverkar hälsan och inte pressa kvinnan. För många våldsutsatta kvinnor är tilliten så skadad att det blir svårt att ta emot den hjälpen som erbjuds. Generellt kan det sägas att ju mer en kvinna levit i en relation där hon utsatt för våld och hot, desto mindre är tilliten till andra människor (Björck & Heimer, 2008).

I en studie bekräftas även detta av Bacchus, Mezey och Bewley (2003) där de deltagande kvinnorna upplevde att de fick dåligt bemötande av sjuksköterskorna som berodde på att de hade inte tillräckligt med tid eller att de var okunniga och saknade förståelse och kunskap. Vid bemötandet visade det sig att sjuksköterskorna inte visste hur de skulle ge stöd och hjälpa de kvinnor som utsatts för våld. Trots detta rekommenderar Socialstyrelsen (2019) att rutinmässiga frågor ställs inom hälso- och sjukvården. Att öppna upp för ett samtalsämne om våld med kvinnan visar på att det är ett förekommande problem och tillåtet att prata om det. Enligt RKC (2006) understödjer detta förhållningssätt för en diskussion om misshandel därför är det värdefullt att våga ställa frågor om misshandel.

## Personcentrerad omvårdnad

Enligt Bergbom, (2013); Svensk sjuksköterskeförening, (2016) beskrivs personcentrerad omvårdnad som en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av existentiella, sociala, andliga och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. Personcentrerad vård handlar om att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samtidigt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för den unika personen. En personcentrerad omvårdnad betyder att personens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet. Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att ett grundantagande för en personcentrerad omvårdnad är att sjuksköterskan ser en person som råkar ut för ohälsa eller en sjukdom och inte att personen blir sin sjukdom eller sitt symptom. Personcentrerad omvårdnad betyder även att sjuksköterskan ger personen de bästa möjliga förutsättningar för ett evidensbaserat val i relation till sin hälsa, samtidigt som självbestämmandet respekteras. Oavsett om valet innebär risk för personens hälsa. Bergbom (2013) beskriver att målet med personcentrerad omvårdnad är att skapa ett partnerskap mellan sjuksköterskan och den personen som får vård, för att uppnå de gemensamma målen som har planerats och kommit överens om. Målet med personcentrerad omvårdnad är också att personen

ska få lösning på sina problem (Bergbom, 2013). Medan Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att de målen som sjuksköterskan och individen har kommit överens om ska uppnås samtidigt ska även personens önskemål respekteras. (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

## Problemformulering

Våld i nära relationer är ett stort folkhälsoproblem i Sverige men även i övriga delar av världen (Heimer & Sandberg, 2008). Oftast utövas våld mot kvinnor inom hemmets väggar och bakom stängda dörrar där våldet inte uppmärksammas av utomstående (Socialstyrelsen, 2016). Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer besöker ofta hälso- och sjukvården med diffusa symtom som kan ha orsakats av våldet (Socialstyrelsen, 2016). Att sjuksköterskor inte ställer rutinmässiga frågor om våld i nära relationer innebär att många våldsutsatta kvinnor missas eftersom de våldsutsatta kvinnorna tenderar att vara tysta om sin situation på grund av att de känner skuld, skam och rädsla för att inte bli tagna på allvar (Sinisalo & Moser Hällen, 2018). I Pratt-Erikssons (2014) studie visas det att många gånger den våldsutsatta kvinnan berättar att hon upplever att sjuksköterskorna saknar empati, tålamod och har en otrevlig attityd. Vidare skriver Pratt-Erikssons (2014) att de våldsutsatta kvinnorna många gånger även upplevde att sjuksköterskor varit stressade samt att de saknade kunskap och förståelse om kvinnornas situation. Detta kan leda till att den våldsutsatta kvinnan känner att hon slösar sjukvårdspersonalens tid när hon söker hjälp och stöd, samt att hon får återvända till ett otryggt hem utan att få den hjälpen hon behöver och ångra att hon berättade om sin situation. Denna studie inriktar sig till att öka förståelsen för sjuksköterskans perspektiv av mötet med den våldsutsatta kvinnan av våld i nära relationer.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av möten med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer.

# Metod

## Design

En litteraturstudie med kvalitativ ansats valdes eftersom syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser. En kvalitativ metod utgår från ett helhetsperspektiv där människors upplevda erfarenheter beskrivs och ämnet undersöks djupare (Henricson & Billhult, 2017). En erfarenhet eller upplevelse kan inte definieras som en absolut sanning men inte heller som ett fel. Vidare har en induktiv metod använts för att finna mönster i material och på basis av detta komma fram till ett resultat utan förutfattade meningar eller bestämda teorier (Henricson & Billhult, 2017). Det insamlade datamaterialet analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys.

## Urval

Urvalet av artiklarna var ändamålsenligt och gjordes med hänsyn till arbetets syfte. Fokus lades även på att hitta artiklar som skulle besvara syftet. Henricson och Billhult (2017) skriver att det är viktigt att finna artiklar som kan ge rika beskrivningar av det undersökta fenomenet. Inklusionskriterier som användes var sjuksköterskornas upplevelse av att möta våldsutsatta kvinnor, artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade, vara skriven på engelska samt ha en kvalitativ ansats. För att en artikel ska vara vetenskaplig publicerad måste den genomgå en vetenskaplig granskning (Henricson & Mårtensson, 2017). I inklusionskriterierna ingick även inga geografiska begränsningar eller begränsningar vad det gäller kontext eller begränsningar av sjuksköterskornas ålder, kön eller yrkesverksamma år. Exklusionskriterierna var artiklar som är mer än 10 år gamla samt övrig hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser.

## Datainsamling

Vetenskapliga artiklar söktes i databasen Cinahl Complete och PubMed. Karlsson (2017) skriver att dessa databaser är några av de mest väsentliga att använda då de innehåller artiklar inom omvårdnadsområdet. Artiklarna som söktes i databaserna Cinahl Complete söktes med

Cinahl Headings samt i fritext. Artiklarna som söktes i PubMed söktes med MESH-termer och i fritext (*Bilaga 1*). William, Stoltz och Bahtsevani (2011) beskriver att en MESH-term motsvarar ämnesord och kan förekomma i flera databaser. Karlsson (2017) skriver att fritextsökning är det vanligaste sättet att söka material fritt för att få ett brett datamaterial. När lämpliga sökord valdes var studiens syfte i åtanke. Eftersom ämnesord beskriver en artikels innehåll bäst (Karlsson, 2017) ansågs följande ämnesord vara lämpliga: *Battered women, domestic violence, intimate partner violence, women, nursing care, nursing attitudes, nurses experience* och *nurses role* under informationssökningen. Samtliga sökord användes under sökningen av artiklar med hjälp av de Booleska termerna AND och OR (*Bilaga 1*). Karlsson (2017) skriver att de Booleska termerna används för att antingen bredda sökningen eller avgränsa sökningen. Detta görs med hjälp av tre Booleska operatörer: AND, OR och NOT. Booleska termen AND används för att göra sökningen mer specifik. Booleska termen OR används för att göra en bredare sökning samt för att öka sensitiviteten (Karlsson, 2017). Databassökningen gjordes tillsammans och resulterade i 654 artiklar totalt. Artiklarnas titel lästes och resulterade i ett bortfall på 578 artiklar då dessa inte ansågs vara relevanta utifrån syftet. Detta medförde att 76 artiklar valdes ut för genomläsning av abstract och om artikeln ansågs vara intressant för studiens syfte valdes den ut. Efter genomläsning av abstract föll ytterligare 66 artiklar bort och 10 valdes ut för enskild genomläsning i fulltext.

## Kvalitetsgranskning

En kvalitetsgranskning gjordes för att stärka artiklarnas trovärdighet utifrån Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Qualitative checklist är ett protokoll som består av 10 frågor som besvaras för att bedöma kvaliteten på kvalitativ forskning (CASP, 2018) (*Bilaga 2*). Frågorna kunde besvaras med ett ja, nej eller vet ej och ett ja motsvarade 1 poäng medan nej och vet ej motsvarade 0 poäng. Varje artikel granskades och poängen summerades. Artiklar som fick 8 poäng eller högre ansågs vara av god kvalitet. Artiklar med 7 poäng hade medelkvalitet och artiklar med 6 poäng eller lägre ansåg ha svag kvalitet. Kvalitetsgranskningen av artiklarna gjordes enskilt och därefter diskuterade författarna om vilka artiklar som var lämpliga för studien. Alla granskade artiklar fick höga poäng, därför ingick de i resultatet (*Bilaga 3*).

## Analys

Ett induktivt förhållningssätt antogs under analysen vilket innebär att ingen teori användes för att analysera texten eller att ingen förutfattad mening antogs (Fridlund & Mårtensson, 2017). Analysmetoden som användes var Graneheims och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys med manifesta och latent inslag. Vilket innebär att vetenskapligt analysera texters innehåll med en låg grad av tolkning för att kunna få en helhet (Graneheim & Lundman, 2004). Innehållsanalys består av olika delar för att systematiskt och successivt kategorisera den insamlade data. Med hjälp av de olika delarna som meningsenhet, kondensering, kod, subkategori samt kategori beskrivs och översiktliggörs tillvägagångssättet av dataanalysen (Graneheim & Lundman, 2004). De valda artiklarna skrevs ut och lästes igenom noggrant för att få en helhetsförståelse av innehållet. Meningsenheter bestående av ord, meningar eller delar av text med gemensamt budskap och som svarar mot syftet valdes ut. I nästa steg kondenserade meningsenheterna tillsammans för att sedan kodas efter innehåll. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att koda en meningsenhet beskrivs det huvudsakliga innehållet i en text och är till stöd för att förstå sammanhanget. Koder som var liknande sorterades in en subkategori som slutligen bildade en kategori (*Bilaga 4*). Enligt Danielson (2017) svarar kategori på frågan vad texten innehåller. Analysen resulterade i att fem huvudkategorier med två subkategorier växte fram ur datan för att kunna skapa en ny sammanfattande text av de olika delarna.

## Etiska övervägande

Forskningsetik handlar om den etiska övervägande för hur den vetenskapliga litteraturstudien ska genomföras. Forskningsetik handlar också om att ta ansvar för de personer som deltar i forskningen och att se till att deltagarna alltid behandlas med respekt, både när det handlar om att värna om deras välbefinnande och att den information som samlas in hanteras på ett respektfullt och ett korrekt sätt (Kristensson, 2014; Sandman & Kjellström, 2013). Lagen om etikprövning av forskning (SFS 2003:460) har som syfte att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. Vetenskapsrådet (u.å.) beskriver att det grundläggande individskyddskravet kan konkretiseras i fyra allmänna huvudkrav på forskningen. Dessa krav skall i det följande kallas informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Polit och Beck (2016) beskriver att det etiska övervägande betyder att risken och nyttan ska övervägas. De etiska principerna såsom

rättvisprincipen har följts vid översättningen från engelska till svenska för att undvika feltolkningar av texten. Kjellström (2017) skriver att risken för litteraturstudier är att inte kunna förstå eller göra en rättvis bedömning av artiklarna på grund av begränsad engelska. Med detta finns det en risk för feltolkning men även att grupper beskrivs nedlåtande. De 10 utvalda artiklarna hade genomgått en etisk prövning och var etiskt granskade.

## Resultat

Sjuksköterskans upplevelse av möten med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer undersöktes i de valda artiklarna. Sjuksköterskans upplevelse uppstod under eller efter mötet med den våldsutsatta kvinnan. De våldsutsatta kvinnorna beskrivs enbart som kvinnor för att underlätta läsbarheten under resultatet. Sjuksköterskorna upplevde bland annat att de hade brist på kunskap och erfarenhet samt att de inte hade tid för att ställa frågor till de våldsutsatta kvinnorna. Resultatet delades upp i fem huvudkategorier med två subkategorier. Huvudkategorierna är *Brist på kunskap och erfarenhet*, *Tidsbrist*, *Rädsla och frustration*, *Skapa trygghet och förtroende* och *Behov av stöd* (Figur 1).



Figur 1. Huvudkategorier och subkategorier

## Brist på kunskap och erfarenhet

Sjuksköterskor uppgav att de inte hade tillräckligt med kunskap och erfarenhet om ämnet våld (Efe & Taskin, 2012). Denna brist ansågs som ett hinder eftersom sjuksköterskor inte var säkra på vad som skulle göras för att hantera detta problem. Detta ledde till att sjuksköterskorna inte kunde erbjuda den vården som de våldsutsatta kvinnorna var i behov utav. Brist på kunskap gjorde även att sjuksköterskorna fokuserade mer på de fysiska problemen hos kvinnan (Efe & Taskin, 2012; Guruge, 2012). På grund av brist på strategier och kunskap för att fråga om våld i nära relationer tvekade sjuksköterskorna om att fråga kvinnorna. Sjuksköterskorna visste inte vilka kvinnor de skulle fråga, när de skulle fråga eller hur de skulle fråga (Sundborg, Törnkvist, Stattin, Wändell & Hyllander, 2015). Brist på kunskap och erfarenhet var ett stort hinder för att kunna tillhandahålla lämplig omvårdnad för kvinnor som har blivit utsatta för våld i nära relationer. Att inte uppmärksamma våld i nära relationer är ett annat problem som brister i sjuksköterskeyrket. Sjuksköterskorna beskrev vidare att de inte hade fått en specialutbildning eller kurs om våld i nära relationer. Eftersom sjuksköterskorna inte hade tillräckligt med information om ämnet våld så kände de sig otillräckliga. Detta ledde även till att sjuksköterskorna upplevde att de misslyckades med att hantera dessa situationer och att de bara fokuserade på den fysiska ohälsan istället. Sjuksköterskorna beskrev att om de hade fått special utbildningar om våld i nära relationer skulle de haft möjlighet att kunna ingripa och inte behövt hänvisa kvinnorna vidare (Efe & Taskin, 2012; Guruge, 2012). På grund av kunskapsbristen uppstod det hinder för sjuksköterskan som ofta ledde till en rädsla av att kränka de våldsutsatta kvinnorna (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Efe & Taskin, 2012). Många sjuksköterskor menade därför att de behöver någon utbildning om våld, just för att de ska kunna lära sig hur de ska hantera situationerna om våld (Efe & Taskin, 2012).

## Tidsbrist

Sjuksköterskor beskrev att eftersom deras ansvarsområden är stora och breda räckte inte deras tid till att fråga kvinnor om deras våldsutsatthet. Andra arbetsuppgifter och dagliga rutiner begränsade utrymmet för att lyfta frågan om våld i hemmet (Efe & Taskin, 2012; Sundborg et al, 2015). Sjuksköterskorna beskrev att på grund av tung arbetsbelastning och den begränsade tiden hade de inte möjligheten att upptäcka patienter som utsatts för misshandel och följa upp deras situation (Guruge, 2012). Bristande tid medförde att många sjuksköterskor upplevde en

känsla av att kvinnor inte fick den vård som de var i behov utav. För att kunna fråga om våldsutsatthet måste man ha tiden till att lyssna på kvinnans berättelser och för att erbjuda ett optimalt stöd samt adekvat hjälp. Sjuksköterskorna menade att ett helhetsperspektiv borde intas i dessa möten (Efe & Taskin, 2012) men att det vanligaste hindret för det var tidsbristen (Beynon et al, 2012).

## Rädsla och frustration

Många sjuksköterskor kunde känna en rädsla som var relaterad till den våldsutsatta kvinnans berättelse. De var rädda över att bli alltför involverade och känsllosamma när de lyssnade på kvinnan. Andra sjuksköterskor ville fråga om våld men var rädda över vad som skulle hända efter att de frågat och många gånger grundades rädslan i att sjuksköterskorna skulle tappa kontakten med kvinnorna (Sundborg et al., 2015). En del sjuksköterskor lyfte frågan om våldsutsatthet men gick inte djupare än så på grund av rädsla för den egna säkerheten. Rädslan grundar sig i en känsla av hot för deras liv och oro över sin säkerhet (Guruge, 2012). Sjuksköterskorna nämnde att en av sakerna de behöver ta itu med i deras arbete är att lära sig hantera rädslan (Brykczynski et al., 2011). Ibland kunde vissa sjuksköterskor uttrycka frustration över att en del kvinnor förnekade sin situation av våldsutsatthet och detta skapade hinder för sjuksköterskan att skapa förutsättningar för förändringar (Jack, Ford-Gilboe, Davidov & MacMillan, 2016). Några sjuksköterskor uttryckte även frustration över att kvinnor som upplevt våld stannade eller återvände till sin våldsamma partner. Ofta kunde den våldsutsatta kvinnan försvara sin partner och avböja hjälpen som sjuksköterskan erbjöd (Beynon et al, 2012). Sjuksköterskor berättade att de kunde känna sig otillräckliga och osäkra när kvinnorna frågade efter hjälp. Kunskap fanns om att det inte är lätt att bryta upp ett förhållande utan att det är en process som de våldsutsatta kvinnorna går igenom. Däremot kunde denna situation leda till att sjuksköterskorna blev arga, ledsna och frustrerade (Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, 2011). En sjuksköterska berättade om sin känsla av otillräcklighet där hon citerar ”*jag försökte prata med henne: Vänta här tills imorgon bitti, vi kommer att ta hand om dig, men hon kunde inte... den natten gick hon tillbaka till de huset, vad kommer att hända...*” (Van der Wath, van Wyk & Janse van Rensburg, 2013, s. 2247). Sjuksköterskorna påpekade att de naturligtvis måste lära sig hur de ska kunna kommunicera med kvinnor som blivit utsatt för våld. De uppgav att de måste kunna lära sig hur de kan närma sig någon som blivit utsatt för våld då detta är ett känsligt ämne. Vissa sjuksköterskor kunde gå av ett pass och



känna att de verkligen inte hade gjort sitt bästa jobb för vissa kvinnor (Beynon et al, 2012). Andra sjuksköterskor gav vård och försökte göra sitt bästa, men kände frustration över att de velat göra mer för kvinnorna. Vidare berättade sjuksköterskorna, om något hade kunnat göras när kvinnan berättar om utsattheten så hade flera rapporterat att de blivit utsatta för våld. Men vad hände. Kvinnan gick bara hem tyst efteråt. (Efe & Taskin, 2012)

## Skapa trygghet och förtroende

I huvudkategorin skapa trygghet och förtroende beskrevs det hur sjuksköterskorna skulle gå tillväga under ett möte med den utsatta kvinnan. Huvudkategorin delades in i två subkategorier: *våga fråga om våld* och *skapa tillit*

### *Våga fråga om våld*

Sjuksköterskorna påpekade vikten av att vara tydlig med vad våld innebär när frågan ställdes till kvinnorna. Sjuksköterskorna beskrev att många kvinnor inte kunde identifiera och koppla deras upplevelse till våld. Vidare berättade sjuksköterskorna att kvinnorna kunde berätta om diffusa problem som var kopplat till våld men att de inte kunde sätta fingret på det. Därför menade sjuksköterskorna att man kunde lämna sitt telefonnummer och tala om för kvinnan att hon kunde ringa när hon kände för det (Bradbury-Jones, Taylor, Kroll & Duncan, 2014). Det uttrycktes att en del kvinnor svarade negativt på frågor om våld i deras relationer för de inte definierade deras upplevelse som våldsutsatthet (Jack et al., 2016). Att kunna fråga om våld upprepade gånger kan underlätta så att kvinnorna vågar berätta. De rekommenderade även att man använder sig av strukturerade frågor som är mer specifika om våld, såsom ”*Har din partner någonsin slagit dig... skadat dig med kniv eller pistol, eller hotat att göra dig eller dina barn illa?*” (Brykczynski et al., 2011, s. 148). Genom att sjuksköterskorna vågade ställa dessa frågor bekräftades kvinnornas situation och upplevelse (Brykczynski et al., 2011). Specifika kommunikationsstrategier som användes av sjuksköterskorna för att underlätta diskussion om familjevåld inkluderade uppgifter om öppna frågor, aktivt lyssnande och bekräfta kvinnornas upplevelser och berättelser. När de mötte kvinnor som blivit utsatta i ett tidigt skede har kvinnor en förmåga att öppna upp sig lättare (Jack et al., 2016). Vidare betonades vikten av att det är viktigt att vara bekväm i sin professionella roll och med att kunna ställa frågor om våld (Anderzen-Carlsson et al., 2017). Det är även viktigt att kunna informera att de alltid kommer

vara tillgängliga för kvinnan (Brykczynski et al., 2011). Genom att fråga kvinnor om våld klargjordes att våld i nära relationer inte var acceptabelt. Sjuksköterskorna kunde enbart fråga kvinnorna om våld och respektera svaret ifall kvinnorna valde att inte berätta. Det var upp till kvinnorna ifall de valde att öppna upp sig (Anderzen-Carlsson et al., 2017). Dock fruktade sjuksköterskorna att de skulle fråga på fel sätt. Att ha klara formella riktlinjer om hur man skulle fråga gjorde att det blev mycket lättare och bekvämare för sjuksköterskorna att ställa frågor om våld till alla kvinnor (Sundborg et al., 2015).

### *Skapa tillit*

Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att skapa en god miljö där sjuksköterskan lyssnade medan kvinnan kunde prata öppet utan att känna sig dömd. Vidare förklarade sjuksköterskorna att dessa kvinnor som utsatts för våld kände sig redan förnedrade och sjuksköterskorna borde inte spåda på förnedring genom att döma dem. Personliga åsikter var olämpligt att lyfta i mötet då dessa kan vara dömande. Ett dömande förhållningssätt leder till att kvinnorna drar sig tillbaka. Genom att stödja dessa kvinnor och skapa en trygg miljö av tillit och förtroendet vågade kvinnorna öppna sig och berätta om sin utsatthet (Brykczynski et al., 2011). En del sjuksköterskor som gör hembesök förklarade att etablering av en terapeutisk relation mellan sjuksköterska och kvinnan som kännetecknas av förtroende är den mest väsentliga faktorn som stöder kvinnorna att berätta om sin upplevelse av våld i nära relationer. När kvinnorna kände sig trygga och hade skapat ett förtroende för sjuksköterskan så hade de lättare för att ta kontakt med sjuksköterskorna när de ville berätta om sina situationer (Jack et al., 2016; Sprague et al., 2017).

### **Behov av stöd**

Sjuksköterskorna menade att ha kunskap om vilka resurser som finns för att kunna hjälpa kvinnorna kunde vara värdefulla verktyg för att hantera de våldsutsatta kvinnorna. Att vara tillgänglig var också viktigt för de våldsutsatta kvinnorna. Ett bra exempel som sjuksköterskorna hade erfarenhet av genom stödjande och främja säkerhet kunde de ge kvinnorna ett telefonnummer till kvinnojouren som kvinnorna kunde ringa när de kände sig redo att ta emot hjälp. Resurser för tillgång till hälsa, juridiska tjänster och bostadstjänster samt

utveckling av nya hälsosamma förhållanden, som att komma i kontakt med en terapeut kunde vara förutsättningar för överlevnad. Sjuksköterskornas ansvar var att erbjuda hjälp till kvinnor som upprepade gånger rapporterade våld i nära relationer, oavsett om kvinnorna inte följde deras råd. Många kvinnor insåg inte det stora allvaret av sina skador och de möjliga konsekvenserna. Genom erfarenhet hade sjuksköterskorna lärt sig att vara uppmärksamma när det gällde att följa sina egna känslor om våld (Brykczynski et al., 2011). Man inte ska tala om för kvinnan vad hon ska göra, utan istället hjälpa henne att förstå vad hon ska göra. Sjuksköterskorna menade att det är en tvåvägs kommunikation och inte en envägs kommunikation där sjuksköterskan överöser med information och kvinnan svarar bara ja (Jack et al., 2016). Först försökte sjuksköterskorna prata med de våldsutsatta kvinnorna sedan informerades kvinnorna att de fanns organisationer som kunde hjälpa dem och därefter hänvisades kvinnorna dit om de själva önskade (Guruge, 2012; Sprague, Hatcher, Woollett & Black, 2017). Sjuksköterskorna försökte förstå vilken typ av hjälp som kvinnan behövde. De försökte även att lätta på deras mentala stress genom att prata med dem (Guruge, 2012). Omvårdnad är ett professionellt yrke och sjuksköterskorna bör visa en professionell inställning till kvinnor som utsätts för våld i hemmet. Dessa kvinnor bör få en stödjande attityd från sjuksköterskorna utan att bli dömda (Efe & Taskin, 2012).

## Diskussion

### Metoddiskussion

En litteraturstudie gjordes eftersom syftet var att beskriva sjuksköterskornas upplevelser och enligt Henricson och Billhult (2017) utgår en kvalitativ metod från ett helhetsperspektiv där människors upplevda erfarenheter beskrivs. Denna metod ansågs även vara mest lämplig för att skapa en djupare förståelse av en upplevelse och sågs som en styrka för att öka studiens trovärdighet. En induktiv metod ansågs vara lämpad för att beskriva fenomenet så förutsättningslöst som möjligt genom att finna mönster i material och på basis av detta nå ett resultat utan förutfattade meningar eller bestämda teorier (Henricson & Billhult, 2017). Ett deduktivt förhållningssätt uteslöts eftersom ingen förutbestämd teori eller hypotes fanns om det som skulle undersökas (Priebe & Landström, 2017).

Urvalet av artiklarna var ändamålsenligt och gjordes med hänsyn till studiens syfte. Studiens fokus lades på att artiklarna skulle ge rika beskrivningar av studiens syfte. Enligt Henricson och Billhult (2017) är det viktigt att hitta artiklar som kan ge rika beskrivningar. Vetenskapliga artiklar valdes mellan år 2010–2020 för att inte gå om miste om relevant information samt för att ny forskning till studien eftersöktes. Fokus lades på att få en djupare förståelse på sjuksköterskornas upplevelse, därför exkluderades all övrig hälso- och sjukvårdspersonals upplevelse. Inga geografiska begränsningar valdes på grund av utbudet av artiklar från Sverige var begränsat. Resultatet innehåller endast två artiklar från Sverige vilket kan ha påverkat resultatet då andra länder kan ha annan lagstiftning och kulturella skillnader när det gäller våld i nära relationer. Det fanns heller inga begränsningar vad de gäller kontexter inom hälso- och sjukvård, sjuksköterskornas ålder, kön eller yrkesverksamma år. Detta valdes för att få en bredare databassökning. Artiklarna var vetenskapligt granskade och enligt Henricson och Billhult (2017) stärker vetenskapligt granskade artiklar studiens trovärdighet. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska samt ha en kvalitativ ansats. Eftersom artiklarna var skrivna på engelska sågs detta som en svaghet då kunskaperna i det engelska språket är begränsade. Begränsning av språk kan leda till feltolkning av texten. För att feltolkning inte skulle förekomma användes ett svenskt-engelskt lexikon. Genom att undvika fel i översättningen anser Graneheim och Lundman (2004) att användning av lexikon är ett bra val för att detta skall minimeras. En artikel som valdes hade endast intervjuat 5 sjuksköterskor. Användningen av artiklar som baseras på upplevelser från ett fåtal utvalda sjuksköterskor kan ses som en nackdel, men enligt Henricsson och Billhult (2017) är det viktigare i kvalitativa studier att hitta färre antal deltagare med olika erfarenhet och som kan ge rika beskrivningar än ett större antal deltagare. Att använda vetenskapliga artiklar som redan har analyserats ses som en svaghet. Detta bekräftas även av Kristensson (2014) då tillförlitligheten minskar om man använder sig utav tidigare analyserade data. Intervjuer hade kunnat ge en säkrare bild över sjuksköterskornas upplevelser eftersom även följdfrågor hade kunnat ställas. Denna möjlighet fanns tyvärr inte i detta arbete. Men studiens trovärdighet och tillförlitlighet stärks utav att samtliga artiklar som valts har bidragit till att besvara studiens syfte. Genom att artiklarna lästes igenom enskilt och därefter diskuterades gemensamt om de var lämpliga att inkludera menar Willman et al. (2011) stärker trovärdigheten.

Att sökningarna gjordes i två databaser anses vara en styrka eftersom Henricson (2017) menar att flera databaser stärker studiens trovärdighet och tillförlitlighet då chansen att hitta relevanta artiklar ökar. Valet av databaser grundades på att de är inriktade mot medicin och omvårdnad vilket kan öka studies pålitlighet. För att öka tillförlitligheten tillämpades de booleska sökoperatorerna AND och OR samt fritext. För att inte gå minste om lämplig litteratur menar Fridberg (2017) att fritextsökningar bör göras. Att databassökningen gjordes gemensamt ökar studies tillförlitlighet eftersom det gav möjlighet för diskussion under datainsamlingen av eventuell tolkning som uppstod.

Artiklarnas kvalitetsgranskning gjordes med hjälp av CASP kvalitativ checklista och enligt Fridlund och Mårtensson (2017) kvalitetsgranskas det valda materialet lämpligast genom testade granskningsmallar utifrån vald design. Kvalitetsgranskningen av artiklarna gjordes gemensamt vilket anses vara en styrka och öka tillförlitligheten (Henricsson, 2017). I nio av tio artiklar som användes framkom det att de hade granskats av en etisk kommitté och ett etiskt resonemang fanns. Dock var det oklart i en artikel därför skickades ett mejl till författarna av artikeln för att få klarhet. Svar erhöles om att artikeln var granskad av en etisk kommitté.

Artiklarna som valdes ut lästes igenom var för sig, en manifest kvalitativ innehållsanalys med latent inlag tillämpades i analysen. Graneheim och Lundman (2004) menar att tillförlitligheten ökar om två analyserar materialet. Under kategoriseringen upplevdes en svårighet då en del koder passade in under flera kategorier. Detta resulterade i ytterligare en genomläsning av meningsenheterna gemensamt ur det ursprungliga sammanhanget för att öka förståelsen av innebörden samt för att förstå under vilken kategori den skulle placeras. För att förstärka resultatet användes citat och enligt Henricsson och Mårtensson (2017) ökar detta studiens tillförlitlighet och trovärdighet. Om studiens resultat är överförbart till den egna kontexten kan endast läsaren avgöra (Graneheim & Lundman, 2004). Det som anses vara en styrka för studiens överförbarhet är att studierna gjordes i olika länder och kontexter.

## Resultatdiskussion

Ur analysen framkom det fem huvudkategorier om sjuksköterskans upplevelse av möten med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer. Dessa huvudkategorier är *brist på kunskap och erfarenhet, tidsbrist, rädsla och frustration, skapa trygghet och förtroende* och *behov av stöd*. Resultatet visade att sjuksköterskor hade till mestadels negativa upplevelser. Därför

beskrev tre av dessa huvudkategorier de negativa aspekterna av sjuksköterskans upplevelse och två huvudkategori beskrev de positiva aspekten.

Ett framträdande fynd var att sjuksköterskorna hade brist på kunskap och erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskorna beskriver att bristen på kunskap och erfarenhet om ämnet våld i nära relationer gjorde att de inte kunde agera och hjälpa de utsatta kvinnorna. Detta ansågs som ett hinder för många sjuksköterskor eftersom de inte var säkra på vad som skulle göras för att hantera problemet. Detta ledde i sin tur till att sjuksköterskorna inte kunde erbjuda den vård som våldsatta kvinnorna behövde. I resultatet visade även att sjuksköterskor uppgav att de inte kunde erbjuda en god vård eftersom kunskapsbrist ledde till att fokus mest lades på fysiska problem hos kvinnan (Efe & Taskin, 2012; Guruge, 2012). Dessa fynd kunde även hittas i en studie gjord i Turkiet där det visade sig att utbildning relaterad till våld mot kvinnor var otillräcklig (Celik & Aydin, 2018). Vidare beskrev Celik och Aydin (2018) att sjuksköterskorna som går en utbildning om våld och hade tillräckligt med kunskap om våld gör det lättare för sjuksköterskorna att upptäcka våld mot kvinnor. Därmed motvisades dessa resultat i en studie gjort i Indien, där Gandhi et al., (2018) beskriver att de flesta sjuksköterskor som deltog i studien uppgav att de hade tillräckligt med kunskap om ämnet våld. Vidare beskriver Gandhi et al., (2018) att studier publicerade under de senaste åren har påvisat att nyutexaminerade sjuksköterskor har mer förståelse och kunskap kring ämnet våld.

Vad som också framkom i resultatet var att sjuksköterskorna upplevde att de hade brist på tid vilket upplevdes som hinder vid bemötande av våldsutsatta kvinnor. Dessa fynd kunde även påvisas i flera andra artiklar där det också förekom att sjuksköterskorna upplever en tidsbrist och hög arbetsbelastning som gjorde att sjuksköterskorna upplevde att de våldsutsatta kvinnor inte fick den hjälp och stöd som behövdes (Bacchus et al, 2003; Natan och Rais, 2017). Det framkom även att sjuksköterskorna var så upptagna med sina rutiner att de oftast inte hade tid att fråga om våld vid bemötande (Natan & Rais, 2017). Även Beynon et al (2012) beskriver i sin studie att många sjuksköterskor berättade att de hade för lite tid för patientens vård och det behövdes mer tid för att kunna ge mer vård än bara den akuta vården. Vidare framkom det också i en studie i Turkiet vikten av att ha tillräckligt med tid och inte ha en tung arbetsbelastning för att ge möjlighet till sjuksköterskorna att kunna fråga om våld utan att bli stressade (Celik och Aydin, 2018).

Ännu ett fynd som framkom i resultatet var att många sjuksköterskor upplevde rädsla som ett hinder i deras möte med kvinnor för att fråga om de hade blivit utsatta för våld. Anledningen till detta var att sjuksköterskorna inte visste hur och när det är lämpligt att fråga kvinnan om våld och vilka konsekvenserna skulle bli om de frågade. Maina (2009) beskriver ett liknande fynd där sjuksköterskorna inte vågade fråga om våld. Orsaken var att kvinnornas partner var ofta närvarande under besöket. Detta skapade en rädsla hos sjuksköterskorna så de avstod från att fråga.

Enligt Bergbom, 2013; Svensk sjuksköterskeförening, (2016) ska sjuksköterskorna utgå från en personcentrerad omvårdnad i sitt möte med våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskan ska sträva efter att synliggöra hela personen och tillgodose den existentiella, andliga, psykiska och sociala behov i samma utsträckning som den fysiska hälsan. Pratt–Eriksson et al., (2014) menar att genom att möta dessa sårbara kvinnor med respekt och empati gör att kvinnorna får förtroende för sjuksköterskorna. Lågt förtroende för sjuksköterskorna gör att ett fåtal antal utsatta kvinnor söker hjälp. Vidare krävs det även tid för att bemöta och lyssna på kvinnornas berättelser för att kunna ge den bästa tillgängliga hjälpen och stöden. Sandman och Kjellström (2013) beskriver att pliktetiken handlar om att fokuset ska lägga på att utföra de rätta handlingarna och inte på de konsekvenserna som uppkommer med den handlingen. Pliktetiken ses som generellt och är giltig i alla situationer och det går inte att bortse från. Personcentrering handlar om att sjuksköterskan ska respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa. Sjuksköterskan ska utgå från dessa tolkningar för att främja hälsa som utgångspunkt i vad hälsan betyder för den enskilda personen. Personcentrerad omvårdnad handlar om att personens unika perspektiv är likvärdigt med det professionella perspektivet. Bergbom (2013) beskriver att målet med personcentrerad omvårdnad är att sjuksköterskan ska skapa en bra relation med patienterna för att främja deras ohälsa. Svensk sjuksköterskeförening (2016) betonar vikten av att sjuksköterskan lyssnar till kvinnornas upplevelser och berättelser, detta räknas som en bra förutsättning för att tillämpa personcentrerad omvårdnad.

Mer forskning är nödvändig ur sjuksköterskans perspektiv för att hjälpa sjuksköterskorna att agera bättre vid mötet med kvinnor som blir utsatta för våld i nära relationer. Sjuksköterskorna kan ta hjälp av riktlinjer och bedömningsinstrument som Socialstyrelsen rekommenderar vid misstanke av våldsutsatthet mot kvinnor såsom FREDAs farlighetsbedömning. FREDA är en standardiserad bedömningsmetod för socialtjänstens och andra verksamheters arbete för att

upptäcka våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2014). Generellt är mer forskning kring ämnet våld nödvändigt för att öka kunskap och förståelse hos sjuksköterskorna för att skapa tydliga strategier och riktlinjer vid omhändertagande av våldsutsatta kvinnor.

## Slutsats

Studien visade på att det finns olika faktorer som försvårar för sjuksköterskor i mötet med våldsutsatta kvinnor. Svårigheterna grundar sig i känslan av brist på kunskap och erfarenhet, tidsbrist och olika känslomässiga reaktioner hos sjuksköterskan som påverkar mötet med de utsatta kvinnorna på ett ogynnsamt sätt. Resultatet av detta blir att sjuksköterskorna inte kan möta dessa kvinnor på ett önskvärt sätt. Genom att öka medvetenheten om våld i nära relationer inom hälso- och sjukvården skulle problematiken få större utrymme och uppmärksammas mer. Mer forskning är nödvändig för att kartlägga vilken typ av stöd och utbildning som sjuksköterskorna behöver för att optimera vården för de utsatta kvinnorna.



## Självständighet

Samarbetet har fungerat bra under hela arbetsgången. Arbetet skrevs tillsammans fram till diskussionen. Artiklarna söktes och granskades tillsammans. I diskussionen fick Amina huvudansvaret för metoddiskussionen och Nada fick huvudansvaret för resultatdiskussionen. De delar som skrevs enskilt kontrollerades av den andra för att upptäcka eventuella fel.

## Referenser

- Ali, P., & McGarry, J. (2018). Supporting people who experience intimate partner violence. *Nurs Stand*, 7;32(24):54-62. doi: 10.7748/ns.2018.e10641.
- Anderzen-Carlsson, A., Gillå, C., Lind, M., Almqvist, K., Lindgren, F.A., & Källström, Å. (2017). Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence. *Journal of Wiley Clinical Nursing*; 27(13-14):2752-2762. doi: 10.1111/jocn.14242.
- Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 11(1). 10–18. doi:10.1046/j.1365-2524.2003.00402.x
- Baloushah, S., Maasoumi, R., Farahani, FK., Khadoura, KJ., & Elsous, A. (2019). Intimate partner violence against Palestinian women in Gaza strip: Prevalence and correlates. *Journal of family medicine and primary care*. 8(11), 3621–3626. Doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe\_498\_19.
- Bergbom, I. (2013). Vårdande kompetens, Personcentrerad vård och organisation. I A J. Leksell & M. Lepp. (red.) (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- 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* 2012, 12:473. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/473>.  
Doi:10.1186/1471-2458-12-473.
- Björck, A., & Heimer, G. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I A. G.M. Heimer & D. Sandberg. (red.). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal of Clinical Nursing*; 23(21-22):3057-68. doi: 10.1111/jocn.12534.
- Bryczynski, K.A, Crane, P., Medina C.K., & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the Academy of Nurses Practitioners*; 23(3):143-52. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x.
- Celik, S.A., & Aydin, A. (2018). The effect of a course on violence against women on the attitudes of student midwives and nurses towards domestic violence against women, their occupational roles in addressing violence, and their abilities to recognize the signs of violence. *Perspect Psychiatr Care*. 2019; 55:210-217. <https://doi.org/10.1111/ppc.12333>.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s.285–297). Lund: Studentlitteratur AB.

Efe, S-Y., & Taskin, L. (2012). Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study. *Sex Disabil* (2012) 30:441–451. DOI 10.1007/s11195-012-9269-1.

Eliasson, M. (2008). Att förstå mäns våld mot kvinnor. I A. G.M. Heimer & D. Sandberg. (red.). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (2.,[rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, A. (2011). Global hälsa och omvårdnad. I A. A. Ehrenberg., L. Wallin & A. Edberg (Red.) *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. (2. uppl.). (s.459–595). Lund: Studentlitteratur.

Fossum, B. (2013). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I A. B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (2. uppl. s.199–222). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examensarbetet. I A. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37–48). Lund: Studentlitteratur

Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2017). Kritisk incident teknik. I A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:3 s.155–165). Lund: Studentlitteratur AB.

Gandhi, S, Poreddi, V., Reddy, N-S., Palanippan, M & Matha, S-B. (2018). Indian novice nurses' perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence. *British Journal of Nursing (BR J NURS)*, 5/24/2018; 27(10): 559-564. (6p). <http://dx.doi.org.miman.bib.bth.se/10.12968/bjon.2018.27.10.55>.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105–112.

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Guruge, S (2012). Nurses' Role in Caring for Women Experiencing Intimate Partner Violence in the Sri Lankan Context. *International Scholarly Research Notices / 2012*.|Article ID 486273 | 8 pages | <https://doi.org/10.5402/2012/486273>.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I A. M. Henricsson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.411–420). Lund: Studentlitteratur.

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

- Henricson, M., & Mårtensson, J. (2017). Kvalitativ metod. I A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s.495–504). Lund: Studentlitteratur AB.
- Jack, S.M., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., & MacMillan, H. L. (2016). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing*; 26(15-16):2215-2228. doi: 10.1111/jocn.13392.
- Karlsson, E. K., (2017). Informationssökning. I A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s.81–96). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S., (2017). Forskningsetik. I A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s.57–77). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande: och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Maina, G. M. (2009). Emergency medical response to intimate partner violence in Kenya. *Nursing Standard*, 23(21), 35–39. DOI: 10.7748/ns2009.01.23.21.35.c6766
- Natan, M.B., & Rais, I. (2017). Knowledge and Attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and Their Effect on the Identification of Battered Women. *Journal of Trauma Nursing*, Volume 17, Number 2. Doi: 10.1097/JTN.0b013e3181e736db.
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (u.å). *Bemötande och behandling*. Hämtad 2020-04-06 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/bemotande-och-behandling/>
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2016). *Global folkhälsa och våld*. Hämtad 2020-04-02 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/global-folkhalsa/?fbclid=IwAR2SmT9D7kCnxIcRwnXL1fnsoFQfyMaIX5Mq4ntXTy2ULrGsPH4fyRP1Jrs>.
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (u.å). *Det här är Nationellt centrum för kvinnofrid*. Hämtad 2020-04-20 från <https://nck.uu.se/om-nck/>
- Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal Of Qualitative Studies On Health & Well-Being*, 91-7. doi:10.3402/qhw.v9.23166.
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I A. M. Henricsson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.25–40). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Tenth Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rikskvinnocentrum. (2006). *Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt: Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal*. Hämtad 2020-04-06 från <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/406/NCK%20Utbildningsmaterial.pdf>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

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

Sundborg, E., Törnkvist, L., Stattin, N-S., Wändell, P., & Hyllander, I. (2015). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2256–2265, doi: 10.1111/jocn.12992.

Sveriges riksdag (2019). *Lag (2003:460; SFS 2008:192; 2018:14) om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtat 2020-04-17. Från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460).

Sinisalo E., & Moser Hällen L. (Red.). (2018). *Våld i nära relationer: Socialt arbete i forskning, teori och praktik*. Liber AB.

Socialstyrelsen. (2019). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*. Hämtad 2020-04-04 från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/upptacka-vald/>

Socialstyrelsen. (2019). *Hälso- och sjukvårdspersonal*. Hämtad 2020-04-13 från <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/halso-och-sjukvardspersonal>

Socialstyrelsen (2014). *Manual för FREDA Standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer*. Hämtad 2020-05-12. Från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-6-15.pdf>.

Socialstyrelsen. (2019). *Om bemötande i hälso- och sjukvården*. Hämtad 2020-04-02 från <https://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/Sidor/Om-bemotande-i-halso-och-sjukvarden.aspx>

Socialstyrelsen. (2016). *Våld: Handbok om socialstyrelsens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Hämtad 2020-04-04 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2020-04-11. Ifrån [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_var\\_d\\_oktober\\_2016.p](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_var_d_oktober_2016.p).

Van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*; 69(10):2242-52. doi: 10.1111/jan.12099.

Van Lawick., J. (2013). *Våld i nära relationer*. (1. Uppl.) Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2020-04-20, från Vetenskapsrådet, <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

Waldenström., A. (2017). *Vad är våld i nära relationer?*. Hämtad 2020-03-31 från [https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/var\\_driktlinjer/vald-i-nara-relationer/vad-ar-vald-i-nara-relationer/](https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/var_driktlinjer/vald-i-nara-relationer/vad-ar-vald-i-nara-relationer/)

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur

## Bilaga 1. Databassökningar

Sökordskombinationer / [Avgränsningar]	Sökdatum/ Databas	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext- artiklar	Antal valda artiklar
<b>("Nurses role") AND ("Battered women")</b>  [Peer reviewed, English language, 2010–2020]	<b>2020-04-10</b>  <b>CINAHL</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>("Nurses role") AND ("Domestic violence") AND ("Women")</b>  [Peer reviewed, English language, 2010–2020]	<b>2020-04-10</b>  <b>CINAHL</b>	<b>37</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>("Nurses role") AND ("Intimate partner violence") AND ("Women")</b>  [Peer reviewed, English language, 2010–2020]	<b>2020-04-12</b>  <b>CINAHL</b>	<b>48</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>("Nurses experience") AND ("Intimate partner violence") AND ("Women")</b>  [Peer reviewed, English language, 2010–2020]	<b>2020-04-12</b>  <b>CINAHL</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>("Nurses experience") AND ("Domestic violence") AND ("Women")</b>  [Peer reviewed, English language, 2010–2020]	<b>2020-04-12</b>  <b>CINAHL</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<p><b>("Nurses experience") AND ("Battered women")</b></p> <p>[Peer reviewed, English language, 2010–2020]</p>	<p><b>2020-04-14</b></p> <p><b>CINAHL</b></p>	11	1	0	0
<p><b>("Nursing care") AND ("Battered women")</b></p> <p>[Peer reviewed, English language, 2010–2020]</p>	<p><b>2020-04-14</b></p> <p><b>CINAHL</b></p>	19	4	0	0
<p><b>("Nursing care") AND ("Domestic violence") AND ("Women")</b></p> <p>[Peer reviewed, English language, 2010–2020]</p>	<p><b>2020-04-14</b></p> <p><b>CINAHL</b></p>	14	1	0	0
<p><b>("Nursing care") AND ("Intimate partner violence") AND ("Women")</b></p> <p>[Peer reviewed, English language, 2010–2020]</p>	<p><b>2020-04-14</b></p> <p><b>CINAHL</b></p>	30	4	0	0
<p><b>("Nursing attitudes") AND ("Battered women")</b></p> <p>[Peer reviewed, English language, 2010–2020]</p>	<p><b>2020-04-15</b></p> <p><b>CINAHL</b></p>	11	3	1	1
<p><b>("Nursing attitudes") AND ("Domestic violence") AND ("Women")</b></p> <p>[Peer reviewed, English language, 2010–2020]</p>	<p><b>2020-04-15</b></p> <p><b>CINAHL</b></p>	12	0	0	0



<p><b>("Nursing attitudes") AND ("Intimate partner violence") AND ("Women")</b></p> <p>[Peer reviewed, English language, 2010–2020]</p>	<p><b>2020-04-15</b></p> <p><b>CINAHL</b></p>	<p><b>20</b></p>	<p><b>1</b></p>	<p><b>0</b></p>	<p><b>0</b></p>
<p><b>(MH "Nurses role") OR nursings attitude AND battered women.</b></p> <p>[Peer reviewed, English language, 2010–2020]</p>	<p><b>2020-04-27</b></p>	<p><b>62</b></p>	<p><b>7</b></p>	<p><b>0</b></p>	<p><b>0</b></p>
<p><b>(Nursing' attitudes OR Nurses experience) AND (Battered women)</b></p> <p>[Peer reviewed, English language, 2010–2020]</p>	<p><b>2020-04-27</b></p>	<p><b>23</b></p>	<p><b>9</b></p>	<p><b>0</b></p>	<p><b>0</b></p>
<p><b>(nurses experience AND domestic violence) OR nursing care AND intimate partner violence.</b></p> <p>[Peer reviewed, English language, 2010–2020]</p>	<p><b>2020-04-27</b></p>	<p><b>106</b></p>	<p><b>20</b></p>	<p><b>0</b></p>	<p><b>0</b></p>
<p><b>("Nurses role") AND ("Battered women")</b></p> <p>[Free full text English language, last 10 years.</p>	<p><b>2020-04-16</b></p> <p><b>PubMed</b></p>	<p><b>20</b></p>	<p><b>1</b></p>	<p><b>0</b></p>	<p><b>0</b></p>
<p><b>("Nurses role") AND ("Domestic violence") AND ("Women")</b></p> <p>Free full text, English language, last 10 years</p>	<p><b>2020-04-16</b></p> <p><b>PubMed</b></p>	<p><b>65</b></p>	<p><b>6</b></p>	<p><b>2</b></p>	<p><b>2</b></p>

<p><b>("Nurses role") AND ("Intimate partner violence") AND ("Women")</b></p> <p>Free full text, English language, last 10 years</p>	<p><b>2020-04-16</b></p> <p><b>PubMed</b></p>	<b>62</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<p><b>(Nurses role) AND Battered women) OR Nurses experience AND Domestic violence)</b></p> <p>Free full text, English language, last 10 years</p>	<p><b>2020-04-27</b></p>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<p><b>(Nurses experience) AND" Domestic violence") OR nurses care) AND Women</b></p> <p>Free full text, English language, last 10 years</p>	<p><b>2020-04-27</b></p>	<b>32</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<p><b>("Nurses experience") AND ("Battered women")</b></p> <p>Free full text, English language, last 10 years</p>	<p><b>2020-04-16</b></p> <p><b>PubMed</b></p>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<p><b>("Nurses experience") AND ("Domestic violence") AND ("Women")</b></p> <p>Free full text, English language, last 10 years</p>	<p><b>2020-04-16</b></p> <p><b>PubMed</b></p>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<p><b>("Nurses experience") AND ("Intimate partner violence") AND ("Women")</b></p> <p>Free full text, English language, last 10 years</p>	<p><b>2020-04-16</b></p> <p><b>PubMed</b></p>	<b>48</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

<p><b>("Nursing care") AND ("Battered women")</b></p> <p>Free full text, English language, last 10 years</p>	<p><b>2020-04-16</b></p> <p><b>PubMed</b></p>	<p><b>153</b></p>	<p><b>9</b></p>	<p><b>1</b></p>	<p><b>1</b></p>
--	---	-------------------	-----------------	-----------------	-----------------

# Bilaga 2. Granskningsprotokoll



**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare Ltd [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

## Bilaga 3. Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
1. Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M., Wathen, N & MacMillan, H.L. 2012, Kanada	Why Psysician and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis	Kvalitativ studie. Två öppna frågor skicka via mejl. Transkriberade. Induktiv innehållsanalys.	Randomiserat urval Totalt: n=527, Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna och man	<b>Hög</b>
2. Guruge, S. 2012, Sri Lanka	Nurses' Role in Caring for Women Experiencing Intimate Partner Violence in the Sri Lankan Context	Kvalitativ studie med deskriptiv design. Intervju med öppna frågor. Intervjuerna på singalesiska översatta. Alla intervjuer transkriberade.	Ändamålsenligt urval Totalt: n=30, Ålder: 22–50 år, Kön: Man och kvinna	<b>Hög</b>
3. Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P. & Hylander, I. 2015, Sverige	To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence	Enskilda ostrukturerade intervjuer. Inspelade och transkriberade	Slumpmässigt urval Totalt: n=11, Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna	<b>Hög</b>
4. Brykczynski, K.A., Crane, P., Medina, C.K. & Pedraza, D. 2011, USA	Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge.	Kvalitativ studie. Fenomenologisk metod. Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Inspelade och transkriberade.	Ändamålsenligt urval Totalt: n= 10, Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna och man	<b>Hög</b>
5. van der Wath, A., van Wyk, N. & Janse van Rensburg, E. 2013, Sydafrika	Emergency nurse's experiences of caring for survivors of intimate partner violence	Deskriptiv fenomenologisk studie. Ostrukturerade intervjuer, öppen fråga. Inspelade och transkriberade.	Ändamålsenligt urval Totalt: n=11 (9 kvinnor & 2 män), Ålder: 25–50 år, Kön: Kvinna och man	<b>Hög</b>

6. Efe, S. & Taskin, E. 2012, Turkiet	Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in Turkey: A qualitative study	Kvalitativ studie. Två öppna frågor. Inspelade och transkriberade.	Randomiserat urval Totalt: n=30, Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna och man	<b>Hög</b>
7. Anderzen-Carlsson, A., Gillå, C., Lind, M., Almqvist, L., Lindgren Fändriks, A. & Källström, Å. 2018, Sverige	Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer, analyserade med tematisk analys.	Randomiserat urval Totalt: n=13, Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna och man	<b>Hög</b>
8. 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.	Två-fas kvalitativ studie. Semistrukturerade, individuella intervjuer, data analyserades med hjälp av en ramanalysmetod.	Ändamålsenligt urval Totalt: n=29 Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna och man	<b>Hög</b>
9. Sprague, C., Hatcher, AM., Woollett, N. & Black, V. 2017, Sydafrika	How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems	Deskriptiv studie, Intervju med beskrivande frågor. Teman kodades och analyserades	Ändamålsenligt urval Totalt: n=25 Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna och man	<b>Hög</b>
10. Jack, SM., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., MacMillan, HL. & NFP IPV Research Team. 2017, Kanada	Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation.	Kvalitativ studie med en konventionell innehållsanalys.	Ändamålsenligt urval Totalt: n= 32 Ålder: Ej angivet, Kön: Kvinna och man	<b>Hög</b>

## Bilaga 4. Exempel på meningsenheter

Meningsenhet (Eng.)	Meningsenhet (Sv.)	Kondensering	Kod	Subkategori	Huvudkategorier
Asking more than once can be very helpful.	Att fråga mer än en gång kan vara väldigt hjälpsamt.	Fråga mer än en gång kan vara väldigt hjälpsamt.	Fråga fler gånger	Våga fråga om våld	Skapa trygghet och förtroende
From healthcare professionals' perspective' there is agreement among many that women should be asked about abuse.	Ur hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv finns det en överenskommelse bland många att kvinnor skall frågas om våld.	Överenskommelse att kvinnor skall frågas om våld.	Fråga om våld		
We could somehow treat those people without judging.	Vi kunde på något sätt behandla dem individerna utan att döma dem.	Behandla utan att döma.	Inte döma	Inte döma och skapa tillit	
If they trust you enough, if they feel safe enough, they can be able to call you and say that is what is happening”.	Om de litar på dig tillräckligt, om de känner sig säkra nog, kan de ringa dig och säga detta är vad som händer.	Om de litar på dig och känner sig säkra, så berättar dem vad som händer.	Litar på dig		

They did not have time to ask questions about domestic violence to women.	De hade inte tid att ställa frågor till kvinnor om våld i hemmet.	Hade inte tid att ställa frågor om våld.	Hade inte tid		Tidsbrist
Nurses did not have time to query domestic violence while working.	Sjuksköterskor hade inte tid att fråga om våld i hemmet under tiden de jobbade.	Hade inte tid att fråga om våld i hemmet under tiden de jobbade.	Hade inte tid		
We don't have time, there are so many patients here	Vi har inte tid, de finns så många patienter här.	Vi har inte tid, de finns så många patienter här.	Vi har inte tid		