



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

“They never asked ... and I never told them”

En allmän litteraturöversikt om kvinnor utsatta för våld i nära relationers upplevelser av sjuksköterskans bemötande

Ida Lundin
Nellie Nilshav

Handledare: Kristin Magnusson
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1512
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona 05 20

“They never asked ... and I never told them”

Ida Lundin
Nellie Nilshav

Sammanfattning

Bakgrund: Mäns våld mot kvinnor är ett stort samhällsproblem. Våld mot kvinnor omfattar allt våld som resulterat i eller troligtvis kommer resultera i sexuellt, psykiskt eller fysiskt lidande för kvinnor. För att våldsutsatta kvinnor ska kunna få den vård de är i behov av behöver sjuksköterskor fråga om deras erfarenhet av våld i nära relationer. Det finns en bristande kunskap hos sjuksköterskor om hur våldsutsatta kvinnor upplever deras bemötande. **Syfte:** Syftet är att beskriva kvinnor utsatta för våld i nära relationers upplevelser av sjuksköterskans bemötande inom hälso- och sjukvården. **Metod:** Allmän litteraturöversikt av 8 kvalitativa/kvantitativa artiklar. Artiklarna analyserades med stöd i Fribergs (2017) analyssteg och kvalitetsgranskades utifrån Fribergs kvalitetsgranskningsfrågor. **Resultat:** Våldsutsatta kvinnors upplevelser av sjuksköterskans bemötande skiljde sig åt. De kvinnor som upplevde ett bristande bemötande berättade att det berodde på en bristande empati och kunskap hos sjuksköterskan. Kvinnorna som upplevde ett gott bemötande berättade istället att sjuksköterskan hade visat respekt gett kvinnan en känsla av tillit och säkerhet. **Slutsats:** Kvinnorna talade om vikten av en välkomnande miljö. När sjuksköterskan var välkomnande, visade på en respekt för kvinnans integritet och ställde frågan om i en trygg miljö kände kvinnorna sig mer benägna att svara ärligt på frågan om deras erfarenhet av våld i nära relationer. Eftersom stora delar av resultatet visade på att kvinnor upplever att sjuksköterskor brister i sitt bemötande behövs ytterligare forskning inom detta område.

Nyckelord: bemötande, hälso- och sjukvård, sjuksköterska, våld i nära relationer

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund.....	4
Våld i nära relationer.....	4
Hälso-och sjukvård.....	6
Sjuksköterskans bemötande	6
Kommunikationens betydelse för bemötandet	7
Teoretisk referensram.....	8
Problemformulering	9
Syfte	10
Metod	10
Design.....	10
Datainsamling.....	11
Urval.....	12
Analys.....	12
Etiska överväganden	13
Resultat	14
Kvinnors upplevelse av bristande bemötande.....	14
Bristande stöd och bemötande.....	14
Ignorans	16
Kvinnors upplevelse av positivt bemötande.....	16
Kontinuitet.....	17
Gott stöd	17
Vikten av att ställa frågan.....	18
Diskussion.....	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion.....	21
Bristande stöd och bemötande.....	22
Vikten av att ställa frågan.....	23
Kliniska implikationer	24
Slutsats	25
Självständighet.....	25

Referenser	27
Bilagor.....	32
Bilaga 1 Databassökningar.....	32
Bilaga 2 Kvalitetsgranskningsmall.....	35
Bilaga 3 Artikelöversikt	36
Bilaga 4 Faser i arbetsgången vid litteraturöversikt.....	38
Bilaga 5 Exempel på analysprocessen	39

Inledning

Mäns våld mot kvinnor är ett stort samhällsproblem (Socialstyrelsen, 2014). Varje år i Sverige dödas i genomsnitt 16–19 kvinnor av en man hon är eller tidigare har varit i en nära relation med. Våldet kvinnan får utstå utövas oftast i hemmet, vilket gör att våldet kan fortgå utan någons vetskap (Waldenström, 2017). Mer än hälften av de kvinnor som blivit utsatta för psykiskt våld berättar att våldet har upprepats under året (Brottsförebyggande rådet, 2019a). Våld i nära relationer kan leda till fysisk och psykisk sjuklighet såsom tillfällig smärta, permanent funktionshinder, mord, ångest, depression, posttraumatiskt stressyndrom, alkohol- och substansmissbruk och även självmord (Davila, 2006). Bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal är betydande för att kvinnan ska våga berätta om sin situation (Nationellt centrum för kvinnofrid, u.åa). Om sjuksköterskan inte har förmåga att se och utvärdera vad en patient har för behov menar Eriksson (1994) att det räknas som utebliven vård. För att våldsutsatta kvinnor ska få den vård de behöver är det en förutsättning att kvinnan blir frågad om sin erfarenhet av våld (Socialstyrelsen, 2014). Våld i nära relationer är av särskild betydelse för sjuksköterskor då de ofta är de första som interagerar med våldsutsatta kvinnor när kvinnorna söker vård (Woodtli, 2001).

Bakgrund

Våld i nära relationer

Grov kvinnofridskränkning är ett brott som infördes år 1998 och räknas som en underkategori till grov fridskränkning. Brottet innefattar upprepade kränkningar som visar sig som frids-, vålds och även sexualbrott som begås mot en kvinna av en man hon är eller har varit i en nära relation med. Handlingarna som är avsedda för grov kvinnofridskränkning är bland annat misshandel, sexuellt ofredande samt utnyttjande och även olaga hot eller tvång. Denna lag ändrades år 2013 till att även behandla överträdelse av kontaktförbud och skadegörelse (Brottsbalk, SFS 1962:700). Våld i nära relationer kan vara både små diskreta handlingar men även grövre brott. En diskret handling är exempelvis att den våldsutsatta personen blir förlöjligad och den grövre handlingen kan handla om våldtäkt eller allvarliga hot. En person som utför våld i nära relationer kombinerar ofta våld som är av både psykisk, fysisk och sexuell natur. Det fysiska våldet innefattar bland annat knuffar, sparkar och slag. Sexuellt

våld omfattar sexuella handlingar som är antingen påtvingade eller som den utsatte inte har mod att säga nej till. Förlöjligande och hot om våld, både direkt eller indirekt, räknas till det psykiska våldet. Förutom dessa former av våld kan personen även utstå en social utsatthet och materiell eller ekonomisk utsatthet. Den sociala utsattheten kan bestå av frihetskränkningar där personen blir isolerad från familj och bekanta, och den materiella eller ekonomiska utsattheten är när våldsutövaren avsiktligt slår sönder eller förstör personliga ägodelar. Det finns de personer som är beroende av vård i vardagen, såsom tillförsel av näringsrik kost och/eller mediciner. Undanhållande av detta betecknas som försummelse eller vanvård, vilket även det räknas som våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2019a).

Oavsett vilken form våldet har är syftet med det alltid detsamma. Våldsutövaren vill etablera och tillämpa makt genom att skrämman, men även skada sitt offer. Våld som utövas i nära relationer skiljer sig från andra former av våld då det vanligtvis är återkommande samtidigt som det blir grövre med tiden. Konsekvensen av detta blir att våldet efter hand blir både normaliserat och väntat (Nationellt centrum för kvinnofrid, u.åa). När kvinnor blir utsatta för våld i nära relationer behöver de inte sällan söka hälso- och sjukvård, deras skador kan vara av både akut eller kronisk karaktär. Eftersom våld inte alltid behöver vara fysiskt kan kvinnan söka hjälp för flertalet andra symtom än smärta (Heimer & Sandberg, 2008). De flesta kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer söker vård för symtom som depression, sömnlöshet, aptitlöshet och självmordstankar (Loke, Wan & Hayter, 2012).

Våld mot kvinnor omfattar allt våld som resulterat i eller troligtvis kommer resultera i sexuellt, psykiskt eller fysiskt lidande för kvinnor. Även tvång och hot om dessa handlingar går under benämningen ‘våld mot kvinnor’ (United Nations Human Rights, 1993). I Sverige har 46 procent av kvinnorna blivit utsatta för fysiska, psykologiska eller sexuella övergrepp någon gång under deras liv. De kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer söker sig till flera instanser inom sjukvården, vilket gör att sjuksköterskan kan möta dem såväl på en akutmottagning som på en geriatrisk avdelning (Sundborg, Törnkvist, Wändell & Saleh-Stattn, 2018).

År 2019 anmäldes 28 400 misshandelsbrott mot kvinnor i Sverige. 79 procent av dessa brott begicks av närstående eller andra bekanta till kvinnan och 3 procent av brotten begicks av en partner till kvinnan. Under samma år anmäldes 4780 våldtäkter mot kvinnor varav 33 procent av dessa begicks av en närstående som kvinnan var i en parrelation med. Vidare anmälde

även 1720 kvinnor att de blivit utsatta för våld i nära relationer. När denna statistik tolkas är det essentiellt att tänka på att statistiken endast visar anmälda brott och inte det faktiska antalet begångna brott i samhället. Det totala antalet brott är vanligtvis högre än det antal som visas i statistiken. Det uppskattas att endast en fjärdedel av våld i nära relationer anmäls till polisen, vilket bidrar till ett stort mörkertal (Brottsförebyggande rådet, 2019b). I en studie som involverar 10 länder har de kommit fram till att det var mellan 15–71 procent av alla kvinnor är eller har varit utsatta för våld i nära relationer samt att våldet är då utövat av en man (Bradbury-Jones & Taylor, 2013). Våld i nära relationer riskerar även att leda till social isolering och försämrad livskvalitet för kvinnan (Socialstyrelsen, 2018).

Hälso-och sjukvård

Hälso- och sjukvårdspersonal är personer som innehar en legitimation eller annan särskild utnämning. Detta innebär att även undersköterskor räknas in under denna benämning. Hälso- och sjukvårdspersonal kan jobba på sjukhus men även på andra vårdinrättningar där vård av patient sker. Larmcentral och annan sjukvårdsrådgivning där hjälp och råd ges räknas också in som hälso- och sjukvård. All personal som jobbar inom hälso- och sjukvård innehar ett egenansvar för hur dennes arbete blir utfört (Socialstyrelsen, 2019b). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) definierar hälso- och sjukvård som åtgärder som är till för att medicinskt förhindra, förebygga och utreda sjukdomar samt skador. I lagen står det även skrivet att vården alltid ska vara av god kvalitet och ta hänsyn till varje patients behov av kontinuitet och trygghet. Vården ska även vara lättillgänglig, främja en god relation mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter samtidigt som den bygger på en respekt för patientens autonomi och integritet.

Sjuksköterskans bemötande

Att kunna identifiera våld i nära relationer är utmanande. Kvinnor som blir utsatta för våld i nära relationer upplever ofta skam inför vårdpersonal och även en rädsla för den person som utövade våldet, vilket bidrar till en svårighet i att öppna upp sig (Sis Çelik & Aydın, 2019). En upplevelse definieras av någonting som en person har varit med om som bidrar till erfarenhet (Svenska akademiens ordböcker, 2011). Sjuksköterskor är en av de viktigaste yrkesgrupperna för att identifiera våld i nära relationer eftersom de skapar nära relationer med sina patienter. En faktor som påverkar kvinnornas val i att öppna upp sig är sjuksköterskans bemötande och attityd (Sis Çelik & Aydın, 2019). Ett gott bemötande leder till att patienten känner sig delaktig i vården vilket gör att patientsäkerheten och

patientinflytandet ökar. Eftersom varje patients behov och förutsättningar är helt individuella behövs bemötandet anpassas efter det. En direkt konsekvens av ett dåligt bemötande kan vara att patienten inte återkommer trots att patientens tillstånd kräver att hen gör det. Dåligt bemötande kan också leda till att personalen missar information som kan ha stor betydelse för patientens hälsa (Socialstyrelsen, 2019c).

Våld i hemmet kan betraktas som ett samhällsproblem där sjuksköterskan är maktlös att ingripa. Då ämnet våld i nära relationer fortfarande är väldigt tabubelagt kan många sjuksköterskor känna en motvilja att prata om detta ämne. Denna motvilja förstärks av bristen på grundläggande kunskap om våld i nära relationer, och den kan bidra till att kvinnorna får en negativ upplevelse av sjuksköterskans bemötande (Cann, Withnell, Shakespeare, Doll & Thomas, 2001). De kvinnor som blir utsatta för våld kan uppleva en stor skam men även skuld vilket gör att de har svårt att prata om sin situation. Detta gör att det är viktigt att få fram en samlad bild av de åtgärder som är av betydelse för dessa kvinnor. Om de inte får rätt bemötande av sjukvårdspersonalen finns det en risk att deras situation inte uppmärksammas i tid, vilket i sin tur gör att kvinnorna får utstå ett onödigt vårdlidande (Socialstyrelsen, 2014).

Relationen mellan patient och sjuksköterska anses vara kärnan i omvårdnad. I mötet med sjuksköterskan reagerar patienter på sjuksköterskans närvaro och frånvaro. Genom att möta en sjuksköterska som är kompetent, omtänksam och erfaren och som skapar en relation till patienten på ett tillitsfullt sätt får patienten en ökad upplevelse av välbefinnande. Däremot om patienten möter en sjuksköterska som uppfattas inneha en bristande kompetens och brist på omtänksamhet ger detta negativa konsekvenser för patientens upplevelse av välbefinnande och hälsa. Detta beskrivs även som ett bristfälligt bemötande från sjuksköterskan till patienten (Halldorsdottir, 2008). Skulle det finnas brister i bemötandet leder det i sin tur till brister i kommunikationen som sedan kan leda till stora patientrisker (Socialstyrelsen, 2019b).

Kommunikationens betydelse för bemötandet

Kommunikation kan ses som en slags process där målet är att skapa förståelse. I arbetet som sjuksköterska utgör kommunikation en stor del av den personcentrerade vården. Detta gör att sjuksköterskan behöver lära känna patienten som person, för att kunna förstå dennes perspektiv. Det finns både kroppslig och språklig kommunikation. Genom att en person exempelvis lyfter sin hand sänds det en signal till den andra personen som sedan tolkar varför

handen lyftes. När signalen istället kommer från ett ord eller en mening försöker talaren framföra ett budskap och lyssnaren försöker tolka det. Människan uttrycker omedvetet erfarenheter med hjälp av sin kropp. Allt mellan glädje och lidande kan kommuniceras genom kroppsspråk. Vilket gör att sjuksköterskan inte endast behöver vara observant på vad patienten säger, utan även på hur patienten uttrycker sig med sin kropp. Kommunikation kan räknas som den mest betydelsefulla delen av bemötandet. Framförallt på grund av att det är kommunikationen som skapar en förståelse mellan sjuksköterskan och patienten och ser till att ingen information utelämnas (Baggens & Sandén, 2014).

Teoretisk referensram

Då våld i nära relationer ger både fysiskt och psykiskt lidande hos kvinnan kommer Katie Erikssons teori om den lidande människan användas som stöd i detta arbete. Katie Erikssons teori grundar sig i lidandet och menar att lidande är det som ytterst motiverar vården. Lidande kan ses som en kamp mellan gott och ont. Enligt Eriksson kan lidande både vara fysiskt och psykiskt. Först när lidandet är bekräftat går det att lindra lidandet. Eriksson beskriver tre typer av lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande (Eriksson, 1994). De två som är relevanta för detta arbete är vårdlidande och livslidande.

Vårdlidande

Vårdlidande finns i flera former och orsakas av bland annat av otillräcklig eller utebliven vård. Den vanligaste formen av vårdlidandet är däremot att vårdaren kränker patientens värdighet. Detta kan exempelvis ske genom att vårdaren nonchalerar patienten eller ställer personliga frågor i en opassande miljö. Om patienten inte blir sedd kan det leda till känslor såsom skuld och skam, vilket i sin tur leder till en känsla av värdelöshet. Att som patient kunna känna ett egenvärde är en fundamental del i att uppleva hälsa (Eriksson, 1994).

Livslidande

Livslidandet kan betyda att patienten upplever ett hot mot sin existens eller en oförmåga att utföra sociala uppgifter. Detta lidande kan beskrivas som att personen förintas eller ger upp. För att lindra livslidandet behöver vårdpersonalen skapa en miljö där patienten kan känna sig respekterad och välkommen men samtidigt bekräftad och förstådd. Det krävs då att vårdpersonalen värnar om patientens värdighet och inte fördömer patienten. Framförallt

måste vårdpersonalen våga möta lidandet för att hjälpa patienten att hantera det (Eriksson, 1994).

Lidandet kan även beskrivas som ett drama, indelat i tre akter. Anledningen till att det beskrivs som ett drama är på grund av de förväntningar en patient har på vården. Genom att försöka lindra patientens lidande blir vårdpersonalen en medaktör i detta drama. Den första delen i lidandets drama är att bekräfta patientens lidande då det innebär en slags tröst för patienten. Den andra delen utgörs av att ge patienten utrymme och tid för att lida. Om vårdpersonal bortförklarar lidandet och inte ger plats åt det riskerar det att patienten blir fast i sitt lidande. Dramats tredje och sista del består av att försonas. Här får patienten möjlighet att skapa ett nytt liv och ersätta den del som gått förlorad (Eriksson, 1994).

Detta arbete kommer fokusera på vårdlidande och livslidande. Om en patient möter en sjuksköterska med en bristande omtänksamhet bidrar detta till negativa konsekvenser för patientens upplevelse av välbefinnande (Halldorsdottir, 2008). Alltså kan kvinnan då uppleva ett vårdlidande som är orsakat av sjuksköterskans nonchalans i mötet med kvinnan. Socialstyrelsen (2014) skriver att kvinnor behöver bli frågade om sina erfarenheter av våld för att kunna få den vård de behöver. Om detta görs i en opassande miljö menar Eriksson (1994) att ett vårdlidande skapas. Detta kan även kopplas till livslidandet som fokuserar på värdet av att sjukvårdspersonalen vågar möta patientens lidande. Även där läggs mycket fokus på vikten av en respektingivande och välkomnande miljö. Detta gör att båda dessa typer av lidande kan användas för att förstå värdet av en välkomnande miljö som fokuserar på att ge kvinnan en positiv upplevelse av sjuksköterskans bemötande.

Problemformulering

Mäns våld mot kvinnor är ett stort samhällsproblem. Tidigare forskning visar att kvinnor som är våldsutsatta upplever en svårighet i att söka hälso- och sjukvård. Forskning visar även att det främst är unga kvinnor som blir utsatta för våld i nära relationer. En konsekvens av detta blir en ökad ohälsa och även en högre sjukvårdskonsumtion, speciellt om våldet inte blir uppmärksammat av vården. Socialstyrelsen (2014) skriver att våldsutsatta kvinnor som söker hälso- och sjukvård eller socialtjänst gör ofta detta utan att berätta om deras våldsutsatthet. Däremot menar kvinnorna att om personalen hade frågat om deras erfarenhet av våld hade det underlättat för dem att öppna upp sig. Nationellt centrum för kvinnofrid (u.åa) menar att bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal är betydande för att kvinnan ska våga berätta om sin situation. Om vårdpersonalen förminskar våldet eller skuldbelägger kvinnan kan det

göra att kvinnan inte vill berätta. För att få kvinnan att öppna upp sig är det viktigt att kvinnan känner att personalen visar respekt, öppenhet, lyhördhet och empati. Däremot visar tidigare studier på en bristande kunskap hos sjuksköterskor i hur våldsdrabbade kvinnor upplever deras bemötande. Det är viktigt att skapa en samlad bild av våldsdrabbade kvinnors upplevelse av sjuksköterskans bemötande för att kunna tillgodose kvinnornas behov av vård. Det är därför viktigt att lyfta fram och förtydliga kvinnors upplevelse av att vara utsatta för våld i nära relationer.

Syfte

Syftet är att beskriva kvinnor utsatta för våld i nära relationers upplevelser av sjuksköterskans bemötande inom hälso- och sjukvården.

Metod

Design

Utifrån syftet: *att beskriva kvinnor utsatta för våld i nära relationers upplevelser av sjuksköterskans bemötande inom hälso- och sjukvården* har det valts att göra en allmän litteraturöversikt med ett induktivt förhållningssätt som är baserad på vetenskapliga artiklar.

Litteraturöversikt består av att forma en översikt av hur kunskapsläget är inom det område som ska studeras. Det kan finnas olika syften med en litteraturöversikt, exempelvis att skapa en översikt för att få fram en grund till en problemformulering till en studie, eller också för att skapa kunskap om ett problem (Friberg, 2017). Ett induktivt förhållningssätt används för att få fokus på kvinnors upplevelser (Henricson, 2017a). Denna metod grundar sig i vikten av att kunna söka, utse och analysera olika vetenskapliga artiklar i förhållande till ett grundligt utformat syfte. Därefter ska metoden och studiens resultat kritiskt diskuteras. När en litteraturöversikt används görs det ingen uppdelning av kvalitativa och kvantitativa artiklar, utan båda delar kan användas. Anledningen till att denna metod väljs är för att bilda en beskrivande sammanställning av det valda forskningsområdet. Detta skapar ett underlag som sedan kan kritiskt granskas för att skapa en överblick över det valda ämnet (Friberg, 2017). Genom att använda en metod där både kvalitativa och kvantitativa data kan studeras är det

möjligt att uppnå en djupare förståelse för problemområdet, vilket i sin tur ger ett tydligare resultat (Statens Beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2017a).

Datainsamling

Det första steget i sökningen var att få en överblick kring forskningsområdet, detta fick göras genom att söka fritt efter artiklar som fanns om ämnet. Eftersom artiklarna som riktar sig mot vårdvetenskap gjordes dessa sökningar i Cinahl och PubMed. Det gjordes direkt begränsningar i sökningarna att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade och skrivna på engelska. Artiklarna skulle inte vara äldre än 20 år, alltså skulle de vara skrivna från 2000–2020. Systemen Cinahl Headings i Cinahl och Medical Subject Headings [MeSH] på PubMed användes för att få sökningen mer exakt. De ämnesord som användes i sökningarna var: *Spousal abuse, spouse abuse, female, women, nurse-patient relations, nurse patient relationship, nursing role, battered women, domestic violence, domestic abuse, intimate partner violence, self disclosure, nurse, nursing care and nurse practitioner*.

Förutom ämnesorden gjordes även manuella sökningar efter artiklar som funnits i flera referenslistor för att se om dessa var relevanta för denna studies syfte. I sökningen användes PICO för att få en struktur i blocksökningen. PICO står för Population, Intervention, Comparison/Control och Outcome. När PICO används ingår det att skapa inklusions- och exklusionskriterier. Dessa innefattar även avgränsningar till exempelvis tid och språk. När sökstrategin sedan ska formuleras används en så kallad blocksökning. Varje PICO-del som tagits med i sökstrategin motsvarar ett block. Varje block söks först separat för att i slutändan kombineras. När sökblocken kombinerats har det slutgiltiga sökresultatet kommit fram (SBU, 2017b). Sökningarna gjordes i block och de booleska operatorerna AND, OR och NOT användes för att sökord och ämnesord skulle kombineras och därmed ge mer specifika träffar (Larsson, 2012). Se *bilaga 1* för specifika sökningar i respektive databas. För att se till att sökningarna gjordes korrekt och att relevanta sökord har använts bokades tid med bibliotekarierna Josefin Andersson och Lena Petersson från BTH. Efter sökningarna användes helikopterperspektivet, detta innebär att kritiskt läsa titel och abstrakt för att få en överblick av de vetenskapliga artiklarna och se om de besvarar syftet med denna studien. När detta hade gjorts lästes artiklarna i fulltext och om artiklarna troddes kunna besvara syftet gjordes en kvalitetsgranskning, se *bilaga 2* (Friberg, 2017).

Urval

Valet av population i studien avgör inklusions- och exklusionskriterierna. Anledningen till att detta görs är för att få fram ett tillförlitligt resultat (Kristensson, 2014). Den population som undersöks i detta arbete är kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer.

Inklusionskriterierna i detta arbete blev då vetenskapliga artiklar om våld i nära relationer mot kvinnor över 18 år. Kvinnorna ska också ha varit eller vara i en parrelation med våldsutövaren. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska och utgå från kvinnans perspektiv. Då sjuksköterskan kan möta dessa kvinnor överallt i sitt arbete har det inte gjorts en avgränsning på var sjuksköterskan möter den våldsutsatta kvinnan. Det tas endast upp delar från artiklarna som är inriktade på sjuksköterskeyrket i detta arbete. Exklusionskriterierna är de artiklar som beskriver mannens eller eventuella barns situation och upplevelse av våldet eftersom det inte svarar på vårt syfte.

Analys

De valda artiklarna till detta arbete har analyserats med stöd i Fribergs (2017) analyssteg till en allmän litteraturoversikt. I det första steget lästes artiklarna igenom flertalet gånger för att få fram en helhet där både innehåll och artikelns sammanhang förstås. Samtliga artiklar lästes var för sig och diskuterades sedan gemensamt för att kunna förstå helheten. Varje artikel sammanfattades i ett separat dokument för att säkerställa att innehållet har uppfattats korrekt. I samma dokument skrevs likheter och skillnader med artiklarna ned för att senare diskuteras. I det andra steget gjordes en översiktstabell där områden såsom exempelvis titel, metod, syfte och urval tas med (Se *bilaga 3*). Alla delar i tabellen valdes noggrant ut för att ge en tydlig översikt av artiklarna. Beroende på forskningsfråga kan andra områden tas med. Denna tabell bidrar till en överskådlighet som underlättar den fortsatta analysen av studierna. Det tredje steget består av att jämföra studierna för att få fram likheter och skillnader. Anledningen till detta är för att identifiera vad som kännetecknar varje studie. Områden som jämfördes var teoretiska utgångspunkter, val av metod, analysgång och även syfte. Därefter jämfördes studiernas resultat och deras likheter respektive skillnader. Detta görs genom att exempelvis ställa sig frågan "Vad har studierna fått för resultat?".

Det sista steget i processen handlar om att göra en sammanställning av den analyserade datan. Sammanställningen gjordes genom att innehållet som behandlade samma område delades in i olika rubriker. Dessa rubriker kan i sin tur kallas för kategorier eller teman. Denna sammanställning gjordes för att läsaren ska få en förståelse för studiens valda område. Efter

dessa stegen var klara presenterades de olika fynden i ett resultat (Friberg, 2017). För att själva analysprocessen skulle bli mer strukturerad gjordes ett separat dokument. I detta dokument lades innehåll, från de valda artiklarna, som besvarar denna studies syfte in i en tabell. I denna tabell framkom skillnader och likheter, vilka sedan färgmarkerades för att få en tydlighet. Färgerna blev i sin tur underkategorier. När likheter och skillnader i underkategorierna hade identifierats skapades huvudområden. Dessa blev till huvudrubriker och underkategorierna blev till underrubriker i denna studies resultat. Huvudområdena som framkom var: *Kvinnans upplevelse av ett gott bemötande* och *Kvinnans upplevelse av ett bristande bemötande*. Se *bilaga 4* för faser i arbetsgången och *bilaga 5* för exempel på hur analysprocessen gick till.

Etiska överväganden

All forskning ska vägledas av ett etiskt förhållningssätt. För att öka troligheten att trygghet, hälsa och rättigheter hos deltagarna kan säkerställas används etiska principer. Göra-gott-principen lägger fokus på människans hälsa och välbefinnande och delas in i två delar. Den första delen handlar om att inte skada deltagarna och den andra delen att tänkbar nytta ska maximeras och eventuell skada ska minimeras. Denna princip präglas av att väga fördelar med forskningen mot möjliga risker. Rättvisprincipen grundar sig i att fördela fördelar och nackdelar med en utgångspunkt att deltagarna ska behandlas rättvist utifrån individuella behov. Den tredje etiska principen är respekt för personen och dennes autonomi.

Autonomiprincipen handlar om att alla människor ska ses som självbestämmande och berättigade att fatta sina egna beslut. Denna princip motiverar hur betydelsefullt informerat samtycke är. Utan tillgång till fullständig information kan inte deltagarna självständigt fatta välgrundade beslut. I Helsingforsdeklarationen betonas vikten av att avväga behov av ny kunskap mot deltagarnas välbefinnande (Kjellström, 2017).

I detta arbete är det dessa etiska principer, tillsammans med Helsingforsdeklarationen, som ska vägleder arbetet. Materialet från de vetenskapliga artiklarna kommer hanteras på så sätt att inga resultat förvanskas eller hanteras oansvarigt. Artiklarna som väljs till studien ska vara peer-reviewed. För att skydda de våldsutsatta kvinnorna är ett krav även att studierna ska föra ett etiskt resonemang kring kvinnornas integritet. Nyttan med denna studie är att förhoppningsvis bidra med en ökad kunskap om hur våldsutsatta kvinnor upplever sjuksköterskans bemötande. Detta kan i sin tur bidra till att sjuksköterskans förståelse för dessa kvinnor ökar vilket bidrar till en säkrare och mer personcentrerad omvårdnad.

Resultat

Detta resultat beskriver kvinnors upplevelser av sjuksköterskans bemötande i samband med våld i en nära relation. I flera av studierna framkom det att kvinnor upplever ett bristande bemötande från sjuksköterskan. De upplever att sjuksköterskan inte visar empati för kvinnan och brister i kunskap om våld i nära relationer. När kvinnorna upplevde att sjuksköterskans bemötande brast kände de även att de förlorade kontroll över den situation de var i och att deras autonomi förlorades. Kvinnorna beskrev ett bra bemötande som en sjuksköterska som inte var dömande utan istället stöttande och förstående. Genom att införa en rutin där sjuksköterskan enligt praxis frågar om våld i nära relationer menade kvinnorna att det skulle bli lättare för dem att öppna upp sig om deras våldsutsatthet. Det krävs dock att detta görs i en stöttande och säker miljö. Analysen ledde fram till två huvudområden; *Kvinnors upplevelse av bristande bemötande* och *kvinnans upplevelse av positivt bemötande* med fem underkategorier (Se bilaga 5).

Kvinnors upplevelse av bristande bemötande

De kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation upplever ofta att sjuksköterskors bemötande brister. Detta kan bero på en bristande kontinuitet där kvinnorna får träffa olika sjuksköterskor vid varje hälso- och sjukvårdsbesök. En annan anledning kan vara att kvinnorna känner sig ifrågasatta och dömda av sjuksköterskor vilket gör att de inte får det stödet de behöver. Detta kan få kvinnan att känna sig värdelös och uppleva känslor som skam och skuld som en följd av sjuksköterskans bristande bemötande.

Bristande stöd och bemötande

Kvinnorna upplever ofta sjuksköterskor som empatilösa, dömande, anklagande och ifrågasättande (Bacchus, Mezey & Bewley, 2003; Dienemann, Glass & Hyman, 2005; Hathaway, Willis & Zimmer, 2002; Peckover, 2003; Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013;). Enligt Peckover (2003) upplever kvinnorna bristande stöd och skydd från sjuksköterskan även efter kvinnornas avslöjande av våldsutsatthet. Reisenhofer och Seibold (2013) skriver att kvinnorna känner sig dömda av sjuksköterskor och att sjuksköterskor fått kvinnorna att känna att våldet är deras egna fel. Dessa anklagelser gör i sin tur att kvinnorna inte vill berätta om sin våldsutsatthet. Peckover (2003) skriver om flertalet kvinnor som upplever att sjuksköterskan inte gav det stödet som de behövde: "I was crying a lot ... and she would pat me on the arm, and say, 'I'm sure you will be OK.'" (Peckover, 2003, s. 279). Samtidigt menar Reisenhofer & Seibold (2012) att kvinnorna

behövde känna empati från sjuksköterskan visat med ord och handling: “I would’ve loved some empathy and just to feel, you know, care and affection, and someone to listen to me.” (Reisenhofer & Seibold, 2013, s. 2258).

Fortsättningsvis skriver Peckover (2003) att om sjuksköterskor hade gett stöd och råd tidigare hade fortsatt skada kunnat undvikas. Däremot trodde kvinnor att det bristande stödet berodde på bristande kunskap hos sjuksköterskorna. Bristen på stöd och skydd upprepades från flera kvinnor, där trots att de berättat om sin våldsutsatthet, inte fått någon hjälp: “She said, ‘be careful’ and ‘why don’t you leave’. But that was it, basically.” (Peckover, 2003, s. 279). Sjuksköterskans attityd beskrivs som den viktigaste förutsättningen för att kvinnor ska våga öppna upp sig om deras våldsutsatthet (Bacchus et al., 2003). Bradbury-Jones, Duncan, Kroll, Moy och Taylor (2011) skriver att flera kvinnor upplevde att det var svårt att bygga en tillitsfull relation med sjuksköterskan. Enligt Bacchus et al. (2003) känner kvinnorna en oro över att förlora kontroll över sina egna liv och är rädda över att sjuksköterskor kommer ta beslut över kvinnornas huvuden om de berättar om sin våldsutsatthet. I Peckover (2003) studie berättar kvinnorna att de var säkra på att deras sjuksköterskor visste att någonting var fel, men att sjuksköterskorna inte förstod kopplingen till våld. Vilket i sin tur ledde till en besvikelse hos kvinnorna. I samma studie berättar en kvinna om ett tillfälle då en sjuksköterska gjorde ett felaktigt antagande och antog att kvinnans problem var förknippat med postnatal depression, snarare än våld i en nära relation. Det fanns även andra faktorer som kunde räknas in som ett misslyckat bemötande av sjuksköterskan. Bacchus et al. (2003) berättar att flera kvinnor upplevde en brist på integritet. En kvinna berättade att

“One other time, they asked me in front of him what had happened and I lied. Obviously I wasn’t gonna say when he was standing there! I think there should be some policy that the woman should be seen on her own, on a one-to-one basis.” (Bacchus, Mezey & Bewley, 2003, s. 15)

I denna situation upplevde kvinnan att sjuksköterskan inte hade någon förståelse för privata frågor. Hathaway et al. (2002) skriver att frågan även måste ställas på rätt sätt. En kvinna i studien berättar om ett möte med en sjuksköterska där sjuksköterskan läste upp frågor från ett pappersformulär. Kvinnan menade då att frågan ställdes på ett kallt och opersonligt sätt och fick inte kvinnan att vilja öppna upp sig. En annan kvinna i samma studie hade också blivit

frågad om våld i nära relationer på detta sätt och berättar att det inte kändes säkert att svara ja på frågan i ett sådant sammanhang.

Ignorans

Flera kvinnor uttrycker en besvikelse av att inte bli frågade om deras erfarenhet av våld (Peckover, 2003; Pratt-Eriksson et al., 2014) och bristen på kontinuitet efter att de berättat om sin våldsutsatthet (Hathaway et al., 2002; Peckover, 2003). Det finns även kvinnor som berättar om sjuksköterskor som har ställt frågan om deras erfarenhet av våld, men de menar att frågan ställts kallt och känslolöst (Dienemann et al., 2005; Hathaway et al., 2002; Pratt-Eriksson et al., 2014). I flera fall där kvinnor har berättat om våldet de blivit utsatta för har sjuksköterskor inte uppmärksammat det tillräckligt (Peckover, 2003; Reisenhofer & Seibold, 2013). Pratt-Eriksson et al. (2014) redovisar att kvinnorna ofta kände sig ifrågasatta och att sjuksköterskorna behandlade dem med misstänksamhet. Framförallt berättar kvinnorna att de ville att någon skulle fråga, men att de kände sig ignorerade av sjuksköterskorna: "I remember waiting to be asked, thinking please ask me ... I was crying out for help. But they never asked ... and I never told them" (Peckover, 2003, s. 279). I en studie berättar en kvinna att hon efter att hon berättat om sin våldsutsatthet inte fått någon respons från sjuksköterska

"And she said, 'Oh, my God, were you in a car accident?' and I said 'No, my husband did this,' and nothing else was ever said or done.... I was beaten the day or so before, and they never said a word about it once I told her what happened.'" (Lutenbacher, Cohen & Mitzel, 2003, s. 60).

Kvinnors upplevelse av positivt bemötande

När kvinnor känner sig respekterade, bekräftade och förstådda anser de att de har fått ett positivt bemötande. För att detta ska ske behöver sjuksköterskan värna om patientens värdighet och skapa en miljö som får kvinnan att känna sig välkommen. Detta kan göras genom att exempelvis upprätthålla en kontinuitet där kvinnan kan känna att sjuksköterskan alltid finns där. En av de viktigaste delarna består av att sjuksköterskan måste våga fråga om kvinnans erfarenhet av våld i nära relationer. Genom att sjuksköterskan vågar möta lidandet kan sjuksköterskan enklare hjälpa kvinnan att hantera det.

Kontinuitet

De kvinnor som upplevde ett bra bemötande berättar att deras sjuksköterskor upprätthöll en god kontinuitet som lade grunden för en god omsorgsrelation (Bacchus et al., 2003; Hathaway et al., 2002; Peckover, 2003). Kvinnorna nämner att sjuksköterskorna var där för dem och alltid följde upp besöken: "She has been there for me all the time ... She kept in good contact with me, making sure that I was OK" (Peckover, 2003, s. 279). Kvinnorna uppskattade när sjuksköterskan tog sig tid för att bygga en relation (Bacchus et al., 2003). Hathaway et al. (2002) skriver att kvinnorna upplever att mötet med sjuksköterskan blir mer betydelsefullt när sjuksköterskan värnar om relationen med kvinnan. Vidare beskriver de vikten av kontinuitet. När kvinnorna fått träffa samma sjuksköterska under en längre tid känner de sig mer bekväma och får då även en tillit till sjuksköterskan (Hathaway et al., 2002). Bradbury-Jones et al. (2011) menar även att kvinnorna upplever större hjälp när en god kontinuitet upprätthålls.

Gott stöd

Kvinnorna beskriver vikten av att känna sig bekväm med och känna en tillit till sjuksköterskan för att våga öppna upp sig om sin våldsutsatthet (Bradbury-Jones et al., 2011; Hathaway et al., 2002). När kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna visade förståelse och sympati och inte var dömande kände kvinnorna att det var enklare att berätta om deras erfarenhet av våld i nära relationer (Dienemann et al., 2005; Hathaway et al., 2002). Det framkommer att när sjuksköterskan lyssnar på kvinnorna, får dem att känna sig bekväma och försöker få dem att inte skämmas för sin situation upplever de en stärkande känsla (Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnorna uppskattade även när de fick god praktisk hjälp, exempelvis när de fick information om kvinnorrättsorganisationer (Peckover, 2003).

Det framkom även att när sjuksköterskan lyssnade på och bekräftade kvinnorna utan att pressa dem till något beslut upplevde kvinnorna att de fick ett gott stöd (Bacchus et al., 2003; Dienemann et al., 2005; Reisenhofer & Seibold, 2012). Kvinnorna berättade att de ville att sjuksköterskor inte skulle berätta för kvinnorna vad de ska göra, utan istället lyssna på kvinnorna och ge förslag på åtgärder. De menade att förslag visar på respekt och får kvinnorna att känna att de har kontroll över sina egna liv. En kvinna gav följande exempel:

"Just her talking to me, making me feel comfortable, trying to make me not feel ashamed with what happened, trying to lift my spirits. Not telling me what to do, but

just the strength in her letting me know that okay, you've made the first step and just educating me enough to know what to do next" (Dienemann, Glass & Hyman, 2005, s. 225)

Kvinnorna berättade även att när de upplevde att de hade en god och tillitsfull relation till sjuksköterskan valde de i större mån själva att berätta om sin våldsutsatthet. Efter att de öppnat upp sig för sjuksköterskan kände de att sjuksköterskan både följde upp samtalen men även hänvisade kvinnorna vidare till organisationer som kunde erbjuda bättre hjälp (Peckover, 2003). Bradbury-Jones et al., (2011) skriver om vikten av att bekräfta kvinnans upplevelse och hjälpa kvinnan få en förståelse för sin situation "It's really nice to hear somebody say "It's not you. You haven't done anything. It's him (the abusive partner)-his behaviour is unacceptable" (Bradbury-Jones et al., 2011, s.38).

Bradbury-Jones, et al. (2011) berättar även om vikten av ett bra förhållande mellan sjuksköterskan och patienten. En kvinna sammanfattar detta efter ett lyckat möte med sjuksköterskan:

"You could be five minutes in a surgery (a health center or clinic), but those five minutes are enough to make you walk from the surgery to the car park feeling worse... sad, tears, feeling stupid or whatever, or to come out and to be smiling and feel good and prepared to get on with your day. So it does make a big difference how they help you" (Bradbury-Jones et al., 2011, s.38).

Vikten av att ställa frågan

Att fråga om kvinnors erfarenhet av våld i nära relationer är grundläggande för att kvinnan ska våga öppna upp sig om sin våldsutsatthet (Bacchus et al., 2003; Hathaway et al., 2002; Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnorna uppskattade raka frågor, de ansåg att de var mer benägna att svara ärligt på en rak fråga jämfört med vaga frågor (Bacchus et al., 2003). Ett exempel tas upp där en kvinna berättade om hennes sjuksköterska som hade sagt: "I noticed you have bruises. I don't want to make you feel uncomfortable, but these look like hand marks. Are you being hurt at home" (Hathaway et al., 2002, s. 696). Detta ögonblick när våldet identifierades blev ofta en vändpunkt för kvinnorna och genom att få en annan persons syn på våldet var de mindre benägna att se det aggressiva beteendet som acceptabelt

(Reisenhofer & Seibold, 2013). Det gav även kvinnorna en insikt för sin egen situation och frågan hjälpte dem förstå att de var offer för våld i en nära relation: "He [ED nurse]... told me how anything that is abusive is not acceptable and I got all teary and started to understand that maybe I was a victim of domestic violence" (Reisenhofer & Seibold, 2013, s. 2259). Att som sjuksköterska uppmuntra kvinnorna till att berätta om våld i nära relation såg kvinnorna inte som stötande, däremot menade kvinnorna att de hade känt sig mer bekväma att berätta om våldet när en diskussion om konfidentialitet hade skett före (Hathaway et al., 2002).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva kvinnor utsatta för våld i nära relationers upplevelser av sjuksköterskans bemötande inom hälso- och sjukvården. För att inte begränsa denna forskning till enbart kvalitativa eller kvantitativa artiklar användes en allmän litteraturöversikt. Om enbart kvantitativa artiklar hade använts hade inte kvinnornas upplevelser kunnat synliggöras. Genom att kombinera kvalitativa och kvantitativa artiklar utesluts ingen aktuell forskning. Allmän litteraturöversikt ger ett strukturerat arbetssätt eftersom det är en sammanställning av tidigare forskningsresultat. Den valda metoden ger en klar överblick på hur forskningsläget ser ut just nu samt ger en grund för framtida studier inom det valda ämnet (Friberg, 2017). Trots att allmän litteraturöversikt användes fanns det svårigheter med att hitta artiklar som var passande för syftet. Artiklarna som kom upp i sökningarna hade mycket fokus på vårdpersonal även fast sökningarna gjordes på så vis att artiklarna skulle handla om kvinnans möte med sjuksköterskan och inte med vårdpersonalen. Vissa av de artiklar som hade fokus på vårdpersonal tog även upp mötet med enbart sjuksköterskan vilket är det som togs med i resultatet. Ett optimalt tidsspänn för artiklarna hade varit från 2010 och framåt, men eftersom det är brist på publicerade artiklar inom det valda ämnet bestämdes det att sökningarna skulle vara från 2000 och framåt. Hade sökningarna istället gjorts från 2010 och framåt hade resultatet kunnat se annorlunda ut då vården har utvecklats mycket de senaste 20 åren. I samband med att vården utvecklas arbetar Socialstyrelsen aktivt och stödjer den nationella strategin för att minska våld i nära relationer. Syftet med den nationella strategin är att utveckla kunskapsstöd till vårdpersonal samt att förbättra upptäckt av våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2020). Eftersom detta arbetas aktivt med kan det betyda att sjuksköterskans bemötande också ändras med tiden. Resultatet

skulle då kunna skilja sig i att upplevelsen av det bristande bemötandet minskar och fler positiva aspekter kommer fram i den våldsutsatta kvinnans möte med sjuksköterskan. Trots att artiklarna i arbetet har ett publiceringsdatum utspridda i ett tidsspänn på 20 år så är resultaten i artiklarna lika. Detta gör att överförbarheten av studien ökar (Mårtensson & Fridlund, 2017).

För att kunna svara på syftet sattes inklusions- och exklusionskriterier. I denna studie är det enbart vuxna kvinnor som ska undersökas och därför sattes åldersgränsen på 18 år och äldre. Enligt lagen räknas människor under 18 som barn (Socialtjänstlag, SFS 2001:453). För att få ut artiklar som handlar om våld i en nära relation är ett krav att kvinnorna i de valda artiklarna ska ha varit eller vara i en parrelation med våldsutövaren. Ingen avgränsning på var sjuksköterskan möter den våldsutsatta kvinnan gjordes eftersom sjuksköterskan kan möta dessa kvinnor överallt i arbetet. Det gjordes en exklusionskriterie i denna studie, denna var att ej inkludera artiklar som tar upp män eller barns upplevelse av våld. Detta gjordes för att kunna utesluta artiklar som inte svarar på det valda syftet.

Ingen avgränsning på länder gjordes i sökningen av artiklar. Detta var för att få ett bredare perspektiv om hur problemområdet ser ut. Eftersom ingen avgränsning gjordes är ursprunget av artiklarna från flera olika länder. Vården ser dock olika ut i olika länder (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016). Därför förväntades det att kvinnornas upplevelse skulle skilja sig från land till land. Detta var då inte fallet. Kvinnornas upplevelse av sjuksköterskans bemötande skiljde sig inte märkbart beroende på vilket land de olika studierna var från. Detta gör att överförbarheten av föreliggande studie ökar ytterligare (Mårtensson & Fridlund, 2017). Förutom den allmänna litteraturöversikten övervägdes också patografier för att besvara syftet. Anledningen till att patografier valdes bort var för att böcker skrivna om våld i nära relationer hade mer fokus på våldet och mindre fokus på mötet mellan sjuksköterskan och kvinnan.

De databaser som användes i artikelsökningen var PubMed och CINAHL. PubMed är den största databasen med fokus på medicin, omvårdnad samt odontologi. CINAHL har färre referenser än PubMed men det finns ändå artiklar på CINAHL som inte förekommer i PubMed. Därför kompletterar dessa databaser varandra (Karolinska institutet, 2019). Två av bibliotekarierna från BTH konsulterades vilket styrker att sökningarna har gjorts på korrekt sätt samt att sökorden är relevanta för det valda syftet. Detta visar då på att en noggrann

sökning har gjorts i både CINAHL och PubMed. Vilket stärker trovärdigheten för denna studie.

Kvalitetsgranskningen av artiklarna utfördes på så sätt att artiklarna lästes noggrant igenom och kvalitetsgranskades var för sig. Sedan diskuterades kvalitetsgranskningsresultatet tillsammans med eventuella frågor. Denna noggranna granskning gör att pålitligheten till denna studie ökar (Mårtensson & Fridlund, 2017). Fyra av artiklarna som kvalitetsgranskades blev klassade som medel kvalitet då syftet inte var tydligt utskrivet och/eller en ej utförlig metoddiskussion. Alla artiklar förutom en saknade en tydlig omvårdnadsvetenskaplig teoribildning. Detta ansågs inte sänka kvaliteten på artiklarna eftersom övriga delar i kvalitetsgranskningen fanns med och därför fick övriga fyra artiklar hög kvalitet.

Fribergs (2017) analys valdes för att passa till den valda metoden som var Fribergs allmänna litteraturöversikt. Eftersom det var två personer som utförde analysen ökar ytterligare pålitligheten till studien. Ett tydligt mönster under analysens gång framkom tidigt. Kvinnorna i artiklarna var tydliga med vad som var ett bristande bemötande och varför det var ett bristande bemötande samt vad som var ett gott bemötande och vad som gjorde det till ett gott bemötande. Detta blev då huvudrubrikerna. Underrubrikerna identifierades i form av vad i bemötandet som kvinnorna upplevde vara gott eller bristande. Under arbetsgången har forskarna förhållit sig neutralt till både analysen samt det resultat som framkommit. Eftersom båda forskarna har tidigare erfarenhet i att möta kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation går det inte att utesluta att förförståelse kan ha minimalt påverkat analysen eller resultatet (Henricson, 2017b). De valda artiklarna var tvungna att föra ett etiskt resonemang för att kunna visa att den våldsutsatta kvinnans integritet är i åtanke under deras undersökningar. Artiklarna kan ha visat detta genom att till exempel ha som krav att de kvinnor som är med i studien bor på ett skyddat boende, har kontakt med en terapeut/psykolog eller är med i ett program för våldsutsatta kvinnor.

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva kvinnor utsatta för våld i nära relationers upplevelser av sjuksköterskans bemötande inom hälso- och sjukvården. De fynd som ansågs vara huvudfynd och som därmed kommer diskuteras i resultatdiskussionen är; *Bristande stöd och bemötande* och *vikten av att fråga*.

Bristande stöd och bemötande

Det första fyndet som framkom ur resultatet visar att kvinnor upplever ett bristande stöd och bemötande hos sjuksköterskor både före och efter att kvinnorna har öppnat upp sig om sin våldsutsatthet. Sjuksköterskor bidrar till att kvinnorna känner sig dömda och att våldet de fått utstå är deras egna fel. Kvinnorna berättar att de saknade en känsla av empati och stöd från sjuksköterskor, vilket de trodde berodde på en bristande kunskap om ämnet. För att kvinnorna skulle våga öppna upp sig behövde de känna att sjuksköterskan hade en tillåtande attityd och att de värnar om kvinnans integritet. Även Häggblom, Hallberg och Möller (2005) beskriver vikten av sjuksköterskans attityd gentemot våldsutsatta kvinnor och menar att attityden spelar en viktig roll i både avslöjande och vård av överlevande kvinnor.

Enligt Eriksson (1994) kan patienters upplevelse av bristande stöd och bemötande beskrivas som ett vårdlidande då patienten kan känna sig värdelös och uppleva känslor som skam och skuld som en följd av sjuksköterskans bristande bemötande. Först när patienterna känner sig respekterade, bekräftade och förstådda kan deras livslidande lindras. Loke et al. (2012) skriver att våldsutsatta kvinnor har låg självkänsla och att de känner att de inte är värda respekt eller kärlek. Om dessa kvinnor inte får rätt bemötande av sjuksköterskor får de utstå ett onödigt vårdlidande (Socialstyrelsen, 2014). Sis Çelik och Aydın (2019) menar att sjuksköterskans bemötande är en grundläggande faktor som påverkar kvinnans val att berätta om sin våldsutsatthet. I HSL (SFS 2017:30) står det att vården ska ta hänsyn till varje patients behov av kontinuitet och trygghet.

Resultatet visar att kvinnorna upplever ett bristande skydd från sjuksköterskor, och att de inte fått någon hjälp trots att de har berättat om sin våldsutsatthet. Bradbury-Jones et al. (2017) skriver att flera kvinnor har berättat att de har upplevt att sjuksköterskor verkar sakna empati samt att de ser ut att vara känslolösa i mötet med våldsutsatta kvinnor. Resultatet visar även att sjuksköterskans attityd var en av de viktigaste förutsättningarna för att kvinnorna skulle våga berätta om sin våldsutsatthet. Häggblom et al. (2005) menar att sjuksköterskor kan känna en frustration när kvinnorna återvänder till våldsutövaren. Detta gör att de våldsutsatta kvinnorna kan uppleva att de blir beskyllda för att själva vara orsaken till våldet.

Sjuksköterskor trodde även ofta att alkohol och droger var orsaken till våld i hemmet, vilket blev en ursäkt för att undvika att prata om våldet. Konsekvensen av detta blir då att kvinnorna känner att de inte fått någon hjälp från sjuksköterskan överhuvudtaget. Eriksson (1994) skriver om vikten av att ge människor tid och utrymme till att lida. Genom att försöka leta

orsaker och ge bortförklaringar till en persons lidande tas personens möjlighet till att lida bort. Davila (2006) skriver att sjuksköterskors vård av kvinnor som är utsatta för våld i en nära relation kan påverkas av sjuksköterskans bristande medvetenhet och personliga erfarenhet inom området.

Vikten av att ställa frågan

Det andra fyndet från resultatet beskriver vikten av att ställa frågan om kvinnan blir utsatt av våld i en nära relation. Kvinnorna förklarar hur de vill att sjuksköterskan ska ställa frågan om de har blivit utsatta för våld i en nära relation. Kvinnorna uppgav också att de fick större insikt för sin egen situation om de blev frågade. Att sjuksköterskan frågade rakt ut om kvinnornas situation ansågs inte vara stötande utan snarare uppskattat. Eriksson (1994) skriver att vårdpersonalen kan hjälpa patienter lindra sitt livslidande genom att få dem känna sig respekterade och förstådda och skapa en vårdmiljö som tillåter detta. Framförallt betonas vikten av att våga möta patientens lidande för att kunna hjälpa patienten att hantera det.

Spangaro, Zwi, Poulos och Man (2010) skriver att mycket våld i nära relationer förblir dolt och att insatser måste göras för att kvinnor ska prata om sina erfarenheter och söka hjälp. Program med specifika protokoll för att ställa frågan kan ge kvinnan ett löfte om ytterligare hjälp. Genom att ställa frågan ger sjuksköterskan samtidigt kvinnan möjligheten att få mer information och även vidare hänvisning. Resultatet visar att kvinnorna uppskattade när sjuksköterskor ställde raka frågor. De menade även att när frågan ställdes fick de en annan syn på våldet där de insåg att det aggressiva beteendet inte är acceptabelt. På så sätt fick de en ökad insikt för den situation de var i och förstod att de var offer för våld i en nära relation. Däremot visar resultatet att i de fall där kvinnor hade blivit frågade om eventuell erfarenhet av våld på ett opersonligt sätt, exempelvis från ett pappersformulär, upplevde de inte att det var säkert att svara ja på frågan. Eriksson (1994) menar att ett vårdlidande kan uppkomma när vårdaren ställer personliga frågor i en opassande miljö. När vårdaren gör detta kränks patientens värdighet vilket i sin tur leder till en känsla av värdelöshet.

Hägglom et al. (2005) skriver att sjuksköterskor uttryckte en svårighet i att ställa frågan. Sjuksköterskorna kände att de hade svårt att veta vad de skulle säga och göra, de var rädda för vad kvinnan skulle svara och de ansåg själva att de hade bristande kunskap om våld i nära relationer. En annan anledning till varför sjuksköterskor undvek att ställa frågan var på grund av en respekt för kvinnans integritet. Sundborg et al. (2018) skriver att efter att sjuksköterskor

fick utbildning i området våld i nära relationer kände de sig mindre osäkra på att ställa frågan. När grundläggande kunskaper inom detta område hade tillämpats fick sjuksköterskorna en ökad förståelse för de våldsutsatta kvinnornas situation. Detta gjorde att sjuksköterskorna var mindre benägna att tänka att frågan var för privat och att de endast förvärrade kvinnornas situation genom att fråga om deras erfarenhet av våld. Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen och MacMillan (2007) menar att utbildning och yrkeserfarenhet hos sjuksköterskan bidrar till ökade känslor av beredskap och därmed minskad ångest över att få negativa konsekvenser av att ställa frågan om våld i nära relationer. Socialstyrelsen (2014) rekommenderar att all hälso- och sjukvårdspersonal ska erbjudas utbildning i området våld i nära relationer för att underlätta upptäckten av våld. Anledningen till detta är för att personalen inte anser att de har tillräckliga kunskaper för att ställa frågan om våld i nära relationer och sedan hantera svaret.

Resultatet visar att kvinnorna ansåg att det var positivt när sjuksköterskor försökte uppmuntra till att berätta om våldet. Enligt Eide och Eide (2007) kan sjuksköterskor få kvinnor att känna en trygghet och tillit när de visar stöd och uppmuntran. Eriksson (1994) skriver att en av grunderna för att lindra lidande är att visa stöd, uppmuntran och att ge tröst. Det går även att lindra patientens lidande genom att erbjuda vård som patienten i fråga behöver.

Kliniska implikationer

Resultatet i denna studie bidrar med en ökad förståelse för kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationers upplevelser i mötet med sjuksköterskan. Sjuksköterskan kan använda detta resultat för att få en förståelse för vad våldsdrabbade kvinnor upplever är ett bra bemötande samt bristande bemötande och använda detta till sin fördel nästa gång sjuksköterskan möter en våldsutsatt kvinna. För våldsutsatta kvinnor kan det kännas som en lättnad och trygghet i att veta att sjuksköterskor har kunskap om bemötandets betydelse för våldsutsatta kvinnor och därmed vet vad som kännetecknar ett bra och ett dåligt bemötande. Detta kan leda till att fler kvinnor söker vård och öppnar upp sig om våldet. Resultatet kan också vara användbart för att omarbeta till ett informationsblad för sjuksköterskor så att de lättare kan få tillgång till information om kvinnors upplevelse av ett bra eller bristande bemötande. Eftersom stora delar av materialet som användes till resultatet handlade delvis om all hälso- och sjukvårdspersonal behövs det definitivt mer forskning som har fokus på den våldsutsatta kvinnans upplevelse av enbart sjuksköterskans bemötande. För att de våldsutsatta kvinnornas

hälsa ska främjas behöver sjuksköterskan ha kunskap om området våld i nära relationer för att kunna anpassa bemötandet utefter varje kvinnas personliga behov.

Slutsats

Resultatet visar på att kvinnorna som har blivit utsatta för våld i en nära relation hade blandade upplevelser av mötet med sjuksköterskan. En del av kvinnorna upplevde ett bristande bemötande av sjuksköterskorna som gjorde att deras erfarenhet av att söka vård var negativ vilket gav upphov till ett onödigt vårdlidande. De kvinnor som upplevde ett bristande bemötande berättade att det var på grund av bristande empati som de trodde påverkades av en bristande kunskap hos sjuksköterskorna. Flera kvinnor talade även om vikten av en välkomnande miljö när de frågades om våld i nära relationer. Vid de fall där sjuksköterskan var välkomnande, visade på en respekt för kvinnans integritet och ställde frågan i en trygg miljö kände kvinnorna sig mer benägna att svara ärligt på frågan om deras erfarenhet av våld i nära relationer. Sjuksköterskor är ofta de första som möter våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvård. För att våldsutsatta kvinnor ska kunna få den hjälp de behöver är det därför av vikt att sjuksköterskan ställer frågan om kvinnans erfarenhet av våld i nära relationer.

Resultatet från denna studie kan användas för att ge en ökad kunskap hos sjuksköterskor om hur kvinnor upplever sjuksköterskans bemötande. Däremot eftersom stora delar av resultatet visade på att kvinnor upplever att sjuksköterskor brister i sitt bemötande behövs ytterligare forskning inom detta område. När sjuksköterskor får en ökad kunskap inom ämnet våld i nära relationer kan de enklare identifiera våldsutsatta kvinnor och därmed bidra i arbetet mot att minska antalet våldsbrott i samhället. Författarna till föreliggande studier tror att med en ökad kunskap hos sjuksköterskor inom ämnet kan kvinnornas upplevelser av ett dåligt bemötande minska vilket i sin tur bidrar till en ökad känsla av välbefinnande och hälsa hos våldsutsatta kvinnor.

Självständighet

Författarna till denna litteraturöversikt har tillsammans bidragit till varje del av studien. När bakgrunden skrevs delades denna först upp genom att författarna enskilt sökte upp vetenskapliga artiklar och litteratur. Efter detta hade gjorts fördes en diskussion och de bärande begreppen för studien beskrevs med stöd i den upphittade litteraturen. Metoden delades upp i flera delar. Eftersom Nellie hade mer kunskap om sökning av artiklar i

vetenskapliga databaser fokuserade hon på att hitta sökord som kunde generera artiklar som svarade på litteraturöversiktens syfte. Samtidigt som detta skrev Ida kapitlet om valet av metod och analys. När sökningen av vetenskapliga artiklar påbörjades gjordes den först enskilt där alla delar av artiklarna granskades; titel, abstract och fulltext. Författarna jämförde och diskuterade sedan innehållet i varje artikel. Analysen gjordes tillsammans genom att författarna gemensamt plockade ut innehåll och överförde dessa till en tabell. Sedan sammanställde Ida resultatet, Nellie skrev metoddiskussionen och Ida skrev resultatdiskussionen. När alla delar var gjorda lästes arbetet igenom av båda författarna och skrevs om gemensamt.

Referenser

Artiklar som är använda i resultatet markeras med *

*Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care in the Community*, *11*(1), 10–18. DOI: [10.1046/j.1365-2524.2003.00402.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00402.x)

Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s. 507-538). Lund: Studentlitteratur.

Björvell, C., & Thorell-Ekstrand, I. (2014). Omvårdnadsåtgärder. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling* (s. 113-133). Lund: Studentlitteratur.

Bradbury-Jones, C., Clark, M., & Taylor, J. (2017) Abused women's experiences of a primary care identification and referral intervention: a case study analysis. *Journal of advanced nursing*, *73*(12), 3189-3199. doi: 10.1111/jan.13250

*Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J. (2011). Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing Standard*, *25*(43), 35–40. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.7748/ns2011.06.25.43.35.c8594>

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

Brottsbalk. (SFS 1962:700). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700

Brottsförebyggande rådet. (2019a). Våld i nära relationer. Hämtad 2020-04-01 från <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Brottsförebyggande rådet. (2019b). Kriminalstatistik: 2019 anmälda brott [Broschyr]. Hämtad från https://www.bra.se/download/18.7d27ebd916ea64de5304e10e/1585653308304/Sammanfattning_anmalda_2019.pdf

Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., & Thomas, J. (2001). Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *Public Health*, *115*, 89-95. [http://dx.doi.org.miman.bib.bth.se/10.1016/S0033-3506\(01\)00425-5](http://dx.doi.org.miman.bib.bth.se/10.1016/S0033-3506(01)00425-5)

Davila, Y. (2006). Increasing nurses' knowledge and skills for enhanced response to intimate partner violence. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *37*(4), 171-177. doi:[10.3928/00220124-20060701-05](https://doi.org/10.3928/00220124-20060701-05)

*Dienemann, J, Glass, N., & Hyman, R. (2005). Survivor preferences for response to IPV disclosure. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 215–237. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1177/1054773805275287>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Omvårdnadsorienterad kommunikation; Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur.

Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C.N., & L. Macmillan, H. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC public health*, 7(12). doi: [10.1186/1471-2458-7-12](https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-12)

Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643–652. doi: [10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x)

*Hathaway, JE., Willis, G., & Zimmer, B. (2002). Listening to survivors' voices: addressing partner abuse in the health care setting. *Violence Against Women*, 8(6), 687–719. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1177/107780120200800605>

Heimer, G.M. & Sandberg, D. (Red.) (2008). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017a). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.43-53). Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. (2017b). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (s.411-419). Lund: Studentlitteratur AB.

Hägglom, A.M.E., Hallberg, L.R.M., & Möller, A.R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and health science*, 7, 235-242. doi: [10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x)

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

Karolinska institutet. (2019). Användbara databaser och webbplatser. Hämtad 2020-05-15 från <https://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/anvandbara-databaser-och-webbplatser>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl.)(s.57-80). Lund: Studentlitteratur.

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

Larsson, E. (2012). Informationssökning. I M. Henricson. (Red.), *Vårdvetenskaplig teori och metod* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Loke, A. Y., Wan, M. L. E., & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *J Clin Nurs*, 21(15–16), 2336-2346 doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x.

*Lutenbacher, M., Cohen, A., & Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing*, 20(1), 56–64. doi:10.1046/j.1525-1446.2003.20108.x

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2016). Vården ur befolkningens perspektiv 2016-en jämförelse mellan sverige och tio andra länder. Hämtad 2020-05-15 från <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/V%C3%A5rden-ur-befolkningens-perspektiv-2016-en-j%C3%A4mf%C3%B6relse-mellan-Sverige-och-tio-andra-l%C3%A4nder.pdf>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017) Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.421-436). Lund: Studentlitteratur AB.

Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.åa). Bemötande och behandling. Hämtad 2020-04-03 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/bemotande-och-behandling/>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.åb). Våld i nära relationer. Hämtad 2020-04-03 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>

*Peckover S. (2003). “I could have just done with a little more help”: an analysis of women’s help-seeking from health visitors in the context of domestic violence. *Health & Social Care in the Community*, 11(3), 275–282. doi:10.1046/j.1365-2524.2003.00423.x

*Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. (2014). Don’t ask don’t tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 9(1-7). <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.3402/qhw.v9.23166>

*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.miman.bib.bth.se/10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x>

Sis Çelik, A., & Aydın, A. (2019). 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. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 210–217. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/ppc.12333>

Socialstyrelsen. (2014). Att vilja se, vilja veta och att vilja fråga. Hämtad 2020-04-01 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). Vägledning för att uppskatta kostnaden av insatser efter våld. Hämtad 2020-04-07 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2018-3-24.pdf>

Socialstyrelsen. (2019a). Våld i nära relationer. Hämtad 2020-04-01 från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

Socialstyrelsen. (2019b). Hälso- och sjukvårdspersonal. Hämtad 2020-05-12 från <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/halso-och-sjukvardspersonal>

Socialstyrelsen. (2019c). Jämlik hälsa, vård och omsorg. Hämtad 2020-04-07 från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/>

Socialstyrelsen. (2020). Tillståndet och utveckling inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Hämtad 2020-05-21 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6667.pdf>

Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Hämtad från Sveriges Riksdags webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Spangaro, J.W., Zwi, A.B., Poulos, R.G., & Man, W.Y.N. (2010). Who tells and what happens: disclosure and health service responses to screening for intimate partner violence. *Health and social care in the community*, 18(6), 671-680. doi: 10.1111/j.1365-2524.201000943.x

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2017a). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: SBU:S handbok. Hämtad 2020-04-21 från <https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2017b). Litteratursökning. Hämtad 2020-05-08 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel04.pdf?fbclid=IwAR1zD8dyrU9LilaubcAir2gi8p43wMLA3UUCUG4-x0kDdHvY3TglGYAupWs

Sundborg, E., Törnkvist, L., Wändell, P., & Saleh-Stattin, N. (2018). Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 902-913. doi:10.1111/scs.12521

Svenska akademiens ordböcker. (2011). Uppleva. Hämtad 2020-05-13 från https://svenska.se/saob/?id=U_0517-0013.rEC6&pz=7

United Nations Human Rights. (1993). Declaration on the Elimination of Violence against Women. [Declaration on the Elimination of Violence against Women](#) Hämtad 2020-04-18

Waldenström, A. (2017). Vad är våld i nära relationer? Hämtad 2020-04-27 från <https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/vardriktlinjer/vald-i-nara-relationer/vad-ar-vald-i-nara-relationer/>

Woodtli, M.A. (2001). Nurses' attitudes toward survivors and perpetrators of domestic violence. *Journal of Holistic Nursing*, 19(4), 340-359. doi:10.1177/089801010101900404

Bilagor

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i CINAHL

Sökdatum	Sökordskombinationer	Typ	Antal artiklar	Antal träffar ihop	Lästa titlar	Lästa Abstract	Lästa i fulltext	Antal valda artiklar
2020-05-06	(MM "Domestic violence")	Subject headings	6,068		0	0	0	0
BLOCK S1	(MM "Intimate partner violence")	Subject headings	9,239	22,535				
Med OR	Spousal abuse	Fritext	102					
	Spouse abuse	Fritext	173					
	Domestic violence	Fritext	11,849					
	Domestic abuse	Fritext	1,405					
	Intimate partner violence	Fritext	13,163					
2020-05-10	(MM "Battered women")	Subject headings	3,330	2,206,495	0	0	0	0
BLOCK S2	(MM "Women")	Subject headings	17,473					
Med OR	(MM" Female")	Subject headings	94					
	Battered women	Fritext	4,458					
	Women	Fritext	460,421					
	Female	Fritext	2,112,628					

2020-05-10	(MM "Nurse-patient relations")	Subject headings	9,239	614,184	0	0	0	0
BLOCK S3	(MM "Nurse practitioners")	Subject headings	12,545					
Med OR	Nurse-patient relations	Fritext	30,131					
	Nurse patient relationsip							
	Nursing role	Fritext	2,569					
	Nurse							
	Nurse practitioner	Fritext	68,098					
	Nursing care	Fritext	533,941					
		Fritext	32,883					
		Fritext	11,821					
2020-05-10	Womens experiences	Fritext	18,099	18,099	0	0	0	0
S4								
2020-05-10	S1 AND S2 AND S3			1,232	325	10	5	2
S5								
2020-05-10	S4 AND S5			150	100	30	5	1
S6								

Sökningar i PubMed

Sökdatum	Sökordskombinationer	Typ	Antal artiklar	Antal träffar ihop	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Antal valda artiklar
2020-04-28	Spousal abuse	fritext	7,889	54,093	0	0	0	0
Block	Spouse abuse	fritext	7,761					
S1	(MH "Spouse abuse)	MeSH	7,345					
Med	Intimate partner violence	fritext	13,218					
OR	(MH "Intimate partner violence")	MeSH	9,407					

	Partner violence Domestic violence (MH "domestic violence) Domestic abuse Battered women (MH "Battered women)	fritext fritext Mesh fritext fritext MeSH	13,101 47,000 43,946 6,989 3,142 2,617					
2020-04-28 Block S2 Med OR	Nurses (MH "Nurses") Nurse practitioners (MH "Nurse practitioners") Nursing care (MH "Nursing care") Nurse patient relations (MH "Nurse-patient relations)	fritext MeSH fritext Mesh fritext MeSH fritext MeSH	896,728 87,705 24,132 17,756 728,173 134,681 39,940 35,236	900,524	0	0	0	0
2020-04-28 Block S3 Med OR	Women (MH "Women") Female (MH "Female")	fritext MeSH fritext MeSH	1,343,933 36,209 8,821,039 8,637,274	9,080,331	0	0	0	0
2020-04-28 Block S4 Med OR	Self disclosure (MH "Self disclosure")	fritext MeSH	15,156 7,088	15,156	0	0	0	0
2020-04-28 S5	Screening	fritext	4,918,654		0	0	0	0
2020-04-28 S6	Speak out	fritext	5,505		0	0	0	0
2020-04-28 S7	S1 AND S2 AND S4		92		92	25	0	0
2020-04-28 S8	S1 AND S2 AND S6		7		7	0	0	0
2020-04-28 S9	S1 AND S2 AND S3		4,343		230	45	10	2

2020-04-28 S10	S1 AND S2 AND S3 AND S4		81		81	35	6	3
2020-04-28 S11	S5 AND S1		14,705		160	40	5	0

Bilaga 2 Kvalitetsgranskningsmall

Författare: Friberg (2012) s. 138-139

Frågor för kvalitativa studier:

Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är det i så fall formulerat och avgränsat?
 Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
 Hur är dessa i så fall formulerade?
 Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
 Vad är syftet? Är det klart formulerat?
 Hur är metoden beskriven?
 Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
 Hur har data analyserats?
 Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
 Vad visar resultatet?
 Hur har författarna tolkat studiens resultat?
 Vilka argument förs fram?
 Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
 Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

Frågor vid granskning av kvantitativa studier:

Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
 Finns det teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
 Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
 Vad är syftet? Är det klart formulerat?
 Hur är metoden beskriven?
 Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder inklusions- respektive exklusionskriterier)?
 Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
 Hänger metod och teoretisk utgångspunkter ihop? I så fall hur?
 Vad visar resultatet?
 Vilka argument förs fram?
 Förs det några etiska resonemang?
 Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
 Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden.

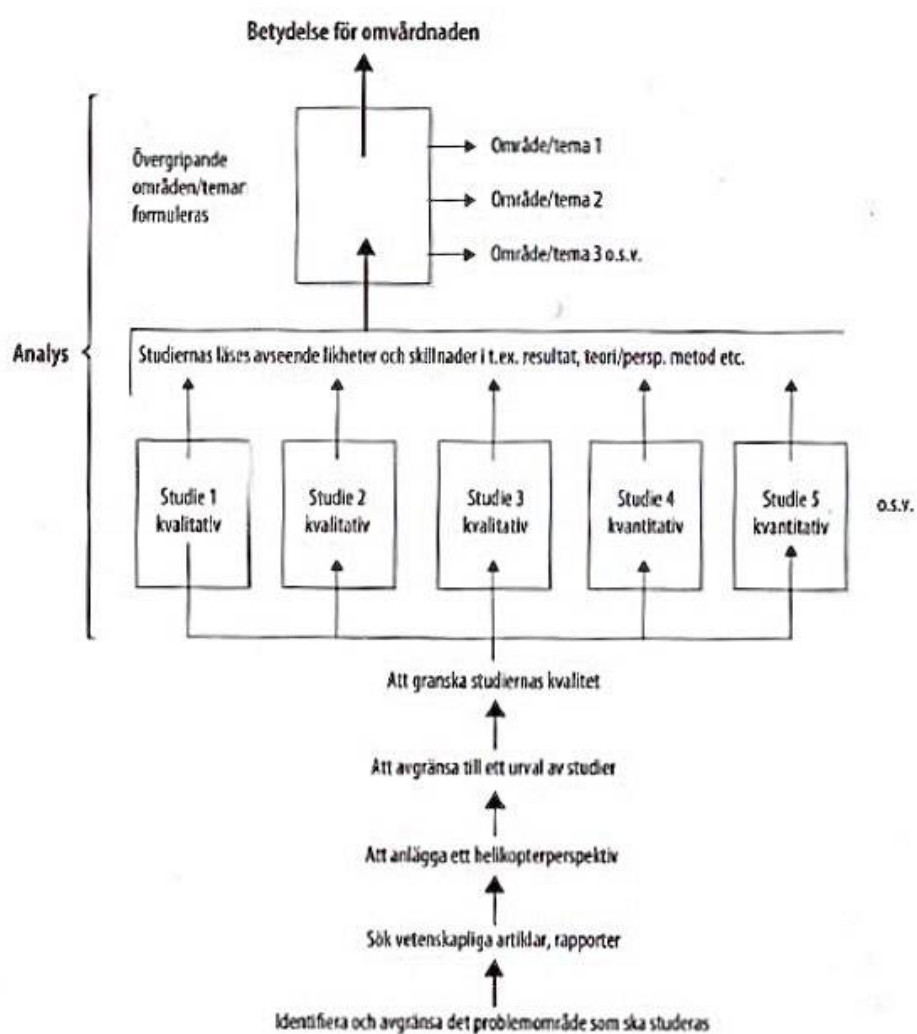
Bilaga 3 Artikelöversikt

Nr	Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalité
1	Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J. (2011). Storbritannien.	Improving the health care of women living with domestic abuse	Att utforska hur sjukvården upplevs av kvinnor som lever med våld i nära relationer, specifikt i primärvården	Kvalitativ metod Semi-strukturerade intervjuer	Kvinnor som har varit med om våld i nära relationer och lämnat partnern på så vis att de inte bor tillsammans.	Medel
2	Lutenbacher, M., Cohen, A., & Mitzel, J. (2003). USA.	Do we really help? Perspectives of abused women.	Syfte: Att beskriva vad som hämmar, främjar samt stöttar våldsutsatta kvinnors beslut att lämna ett våldsutsatt förhållande	Kvantitativ och kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer	Kvinnor som blivit eller är utsatta för våld i en nära relation.	Medel
3	Peckover, S. (2003). Storbritannien.	I could have just done with a little more help': an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence.	Syfte: Att analysera kvinnor utsatta för våld i nära relationers upplevelser av att söka sjukvård.	Kvalitativ metod. Individuella semistrukturerade intervjuer	Kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation och som redan fått hjälp från en kvinnlig ideell organisation.	Medel
4	Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2012). Australien.	Emergency healthcare experiences of women living with intimate	Syfte: Att utforska australiska kvinnors, som lever med intimt partnervåld, upplevelser av att söka hälso- och sjukvård	Kvalitativ metod Semistrukturerade intervjuer	Kvinnor som har sökt hälso- och sjukvård medan de var utsatta för våld i en nära relation.	Hög

		partner violence				
5	Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2002). Storbritannien.	Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence	Syftet: att undersöka aktuell och tidigare psykisk hälsa hos ett urval av kvinnor som hade upplevt våld i hemmet och att beskriva deras erfarenheter av att söka hjälp från vårdpersonal.	Kvalitativ metod Individuella semistrukturerade intervjuer	Kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation under de senaste 12 månaderna.	Hög
6	E. Hathaway, J., Willis, G., & Zimmer, B. (2002). USA.	Listening to survivors voices: addressing partner abuse in the health care setting.	Syfte: att lära sig om vilka förutsättningar som gjorde det möjligt för kvinnor att prata med sjukvårdspersonal om våld och den reaktion som var mest hjälpsam.	Kvalitativ metod Enskilda, konfidentiella semistrukturerade intervjuer	Kvinnor som har varit med i H.A.V.E.N i minst 6 månader, som har kontakt med minst 3 programförespråkare och som går att kontaktas över telefon.	Hög
7	Dienemann, J., Glass, N., & Hyman, R. (2005). USA.	Survivor preferences for response to IPV disclosure	Syfte: att öka sjukvårdspersonalens förståelse för vad våldsutsatta kvinnor föredrar gällande sjukvårdspersonalens reaktion på när kvinnorna berättar att de har blivit utsatta för våld i en nära relation.	Kvalitativ metod Fokusgrupp	Kvinnor som uppgett att de har blivit utsatta för våld i en nära relation som är med i ett program för personer som är med om våld i nära relationer	Medel
8	Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & D.Lyckhage, E. (2014). Sverige.	Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with	Syftet med denna studien är att få en djupare förståelse för kvinnors upplevelse av våld i nära relationer samt	Kvalitativ metod Narrativa intervjuer	Kvinnor som är över 18, som kan svenska och engelska och har blivit utsatta för våld i nära relationer av en partner/man	Hög

		healthcare personnel and their experience of the care given.	deras möte med sjukvårdspersonal.		samt hon bor i kvinnoskydd	
--	--	--	-----------------------------------	--	----------------------------	--

Bilaga 4 Faser i arbetsgången vid litteraturoversikt



Figur 12.1 Faser i arbetsgången vid en litteraturoversikt (Friberg, 2017)

Bilaga 5 Exempel på analysprocessen

Artikelnummer	Innehåll	Likheter/Skillnader	Underrubrik	Huvudområde
3	She has been there for me all the time ... She kept in good contact with me, making sure that I was OK	God kontinuitet och uppföljning	Kontinuitet	Kvinnans upplevelse av ett gott bemötande
7	The women gave examples of positive immediate responses: being active, nonjudgmental, and informative	Upplevelse av icke-dömande och informativ	Gott stöd	Kvinnans upplevelse av ett gott bemötande
2	“...they never said a word about it once I told her what happened.”	Ignorans efter avslöjande	Ignorans	Kvinnans upplevelse av ett bristande bemötande
8	“When I slept at the hospital with my daughter, no one came and spoke to me. I wanted someone who could listen and give me support”	Behov av att bli lyssnad på och stöttad	Bristande stöd och bemötande	Kvinnans upplevelse av ett bristande bemötande

