



Namn: Diana Jansson & Johanna Kristiansson

Program: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Kurs: Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGK13, HT 2021

Nivå: Grundnivå

Handledare: Annica Lagerin

Examinator: Lars Andersson

SJUKSKÖTERSKORS KUNSKAP GÄLLANDE IDENTIFIERING AV VÅLDSUTSATTA KVINNOR

LITTERATURÖVERSIKT

NURSES' KNOWLEDGE REGARDING THE IDENTIFICATION OF ABUSED WOMEN

LITERATURE REVIEW

Bakgrund: Våld mot kvinnor sker världen över och mörkertalet är stort. Detta kan innefatta fysisk, psykiskt och sexuellt våld. Detta är även ett folkhälsoproblem då det leder till sämre hälsa hos de som blir utsatta för någon typ av våld. Sjuksköterskor har en betydande roll att identifiera och fånga upp dessa kvinnor.

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors kunskap gällande identifiering av våldsutsatta kvinnor.

Metod: Metoden var en litteraturöversikt som utfördes i överensstämmelse med Fribergs metod. I databaserna PubMed och Cinahl Complete identifierades tio vetenskapliga artiklar vilka svarade på syftet. De valda artiklarna analyserades i två huvudteman och fyra subteman.

Resultat: Litteraturöversikten resulterade i två huvudteman. Det första temat var: *Sjuksköterskans kunskap och kunskapsutveckling* med subteman: *Brist på kunskap och utbildning kring våld* samt *Användning av olika screeningverktyg*. Det andra temat var: *Sjuksköterskans beredskap i vårdmötet* med subteman: *Att skapa en trygg och tillförlitlig relation* och *Att ställa frågor om våld*. Resultatet diskuterades med Phil Barkers tidvattenmodell som referensram.

Sammanfattning: Litteraturöversikten visade att ökad kunskap kring subjektiva och objektiva tecken för våldsutsatta kvinnor behövs för att kunna identifiera kvinnorna i tid. Kunskap om bemötande av våldsutsatta kvinnor och att ställa frågor om våld är betydande för att sjuksköterskan ska känna sig förberedd och kunna ge kvinnor adekvat vård. Sjuksköterskors kunskap om de riktlinjer, policys, vårdprogram samt screeningverktyg som finns är av betydelse för att vidta rätt åtgärder till de våldsutsatta kvinnorna.

Nyckelord: Sjuksköterskans kunskap, Våldsutsatta kvinnor, Vårdrelation, Screeningverktyg

Background: Violence against women is happening all over the world and the number of blacks is high. This can include physical, mental and sexual violence. This is also a public health problem as it leads to poorer health of those who are exposed to some type of violence. Nurses have a significant role to play in identifying and capturing these women.

Aim: The purpose was to examine nurses' knowledge regarding the identification of women exposed to violence.

Method: The method was a literature review that was performed in accordance with Friberg's method. In the databases PubMed and Cinahl Complete, ten scientific articles were identified which answered the purpose. The selected articles were analyzed in two main themes and four sub-themes.

Results: The literature review resulted in two main themes. The first theme was: *The nurse's knowledge and knowledge development* with sub-themes: *Lack of knowledge and education about violence* and *Use of various screening tools*. The second theme was: *The nurse's preparedness in the care meeting* with sub-themes: *Creating a safe and reliable relationship* and *Asking questions about violence*. The results were discussed with Phil Barker's tidal model as a frame of reference.

Conclusion: The literature review showed that increased knowledge about subjective and objective signs for women exposed to violence is needed to be able to identify women in time. Having knowledge about treating women exposed to violence and asking questions about violence is important for the nurse to feel prepared and able to provide women with adequate care. Nurses' knowledge of the guidelines, policies, care programs and screening tools that are available is important for taking the right measures for the women exposed to violence.

Keywords: Abused women, Care relation, Nursing knowledge, Screening tools

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definition av våld i nära relationer	1
<i>Våldets normaliseringsprocess</i>	2
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
TEORETISK REFERENS RAM	5
METOD	6
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
Kunskap och kunskapsutveckling	9
<i>Sjuksköterskans beredskap i mötet</i>	11
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION	14
<i>Våldets komplexitet kräver kunskap</i>	14
KLINISKA IMPLIKATIONER	18
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING	18
SLUTSATS	18
REFERENSFÖRTECKNING	19
BILAGA 1. SÖKMATRIS	22
1 BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	23

INLEDNING

Våld mot kvinnor förekommer världen över och är ett stort samhälls- och folkhälsoproblem. Både män, kvinnor och barn kan utsättas för olika typer av våld. Denna litteraturöversikt fokuserar på mäns våld mot kvinnor. Våld och utsatthet leder till ohälsa både psykiskt och fysiskt för kvinnor och risken för suicid ökar. Under vår verksamhetsförlagda utbildning har vi båda noterat att sjuksköterskors sällan ställer frågor om våld. Detta är ett ämne som intresserar oss och som vi tycker är viktigt att ha kunskap om för att bidra till en bättre hälsa hos våldsutsatta kvinnor i samhället. Det ligger oss båda nära hjärtat då flera personer i vår närhet varit med om detta. Sjuksköterskan är oftast bland den första som möter de våldsutsatta kvinnorna när de söker hälso-och sjukvården. Sjuksköterskan har en nyckelroll i mötet med dessa kvinnor att uppmärksamma och identifiera våld. Att ge trygghet, stöd och en varm hand. Det är även något vi som blivande allmänsjuksköterskor kommer möta mer än en gång i arbetslivet.

BAKGRUND

Definition av våld i nära relation

Många i samhället känner en kvinna som har blivit utsatt för våld. Trettio till sextio procent av alla kvinnor har blivit utsatta eller kommer under sitt liv bli utsatta för våld eller sexuella övergrepp av män (Nationellt centrum för kvinnofrid 2021). Idag är våld mot kvinnor en kränkning mot de mänskliga rättigheterna. Den vanligaste orsaken till att kvinnor upplever psykisk ohälsa är män som utsatt dem för våld. Våldet som kvinnorna utsätts för är ett hinder ur ett jämställdhetsperspektiv mellan män och kvinnor. Det påverkar friheten i samhället i stor utsträckning (NCK 2021). Våld mot kvinnor sker överallt i världen och inom alla kulturer. Våld mot kvinnor förekommer i alla åldrar oberoende av religion, sexuell läggning och social status (Sundborg m.fl. 2012). Våld i nära relation klassades år 2002 som ett folkhälsoproblem av World Health Organisation (NCK 2021). Det ses idag som ett globalt samhälls- och folkhälsoproblem (Socialstyrelsen 2014). Enligt FN är definitionen av våld mot kvinnor handlingar som sker mot kvinnans vilja och hot som ter sig antingen psykiskt, fysiskt eller sexuellt i sin karaktär vilket kan leda till skador eller lidande hos kvinnan både i privat och offentligt rum (NCK 2021).

Mattheson m.fl. (2015) uppger att kvinnor kan utsättas för olika typer av våld såsom fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Våld i hemmet, oavsett dess form har en påverkan på kvinnors mentala hälsa och livskvalitet (Malik m.fl. 2021). Tecken på att en kvinna är våldsutsatt kan vara tydliga med fysiska skador som krosskador, hematom, frakturer med mera. Dessa tecken förekommer ofta på platser som inte syns till vardags på kroppen. Våldsutsatthet kan även leda till psykisk ohälsa. Det kan visa sig som depression, ångest, dåligt självförtroende, att kvinnan

blir isolerad, får våldsbrott samt kan ha svårt för vissa personer och platser. Det är större risk att en kvinna som är utsatt för våld är mer benägen för suicid (Socialstyrelsen 2014). De fysiska skadorna läker snabbt jämfört med de psykiska ären vilka påverkar kvinnans självförtroende och identitet (Mattheson m.fl. 2015).

Våldets normaliseringsprocess

Enligt Lundgren (2004) innebär normaliseringsprocessen att våldet blir ett normalt beteende som efter ett tag även accepteras och försvaras. Det finns tre olika faser en kvinna befinner sig i som är utsatt för våld. Fas ett är våldsfasen som är när kvinnan utsätts för våld. Fas två är reparationsfasen, vilken kan vara präglad av våldsutövarens ånger och ledsamhet för det som har hänt. Denna fas är oftast den kärleksfulla och kvinnan känner sig älskad. Fas tre är uppbyggnadsfasen och är fasen som sker innan våldet bryter ut. I denna fas tycker oftast den våldsutsatta att det ligger en spänning i luften och känner obehag. Denna fas är den mest krävande på grund av att det kan kännas som att vad som helst kan utlösa våldet (Lundgren 2004). Desto närmare våldsfasen kvinnan befinner sig ju högre chansen att hon är mottaglig för hjälp. Om hon är i reparationsfasen så är chansen däremot mindre att kvinnan är mottaglig för hjälp. Det är en systematisk och planerad handling enligt Lundgren (2004) då det är en maktrelation mellan två individer i en relation med misshandel. Våldshandlingen som mannen utför sker inte impulsivt.

Lundgren (2004) beskriver hur mannen kontrollerar kvinnan med isolering samtidigt som han emellanåt växlar mellan våld och kärlek. På detta sätt lyckas mannen isolera kvinnan från sitt kontaktnät och blir därav själv den centrala delen i hennes liv. Detta leder till att kvinnans bild av det normala förstörs. Denna växling kan ge kvinnan ett känslomässigt beroende av mannen tills hon själv inser att det är onormalt. För att kvinnan ska kunna klara av våldet så anpassar hon sig efter mannen, både genom att följa hans vilja samt genom att våldet introduceras gradvis till kvinnan så att hon slutligen ser sig själv från mannens ögon. Kvinnans självkänsla går ner i botten. Denna strategi är betydande för kvinnans önskan att undvika våldet, men det slutar med att försöka överleva.

Faktorer kopplade till våld mot kvinnor

Bhattacharya m.fl. (2020) menar att det finns ett stort mörkertal vad gäller utsatthet i hemmet. Två procent av alla kvinnor som utsätts för våld anmäler till polisen och endast en av fyra kvinnor uppsöker vård för att få hjälp och stöd. Watts & Zimmerman (2002) beskriver att antalet kvinnor som utsätts för våld har ökat under de senaste åren. I de flesta fall känner kvinnan gärningsmannen och våldet är oftast inte en engångsföreteelse utan sker upprepade gånger och under en längre tid. Våld i hemmet associeras i många fall till utbildningsnivå. Det har visat sig att kvinnor med låg inkomst och utbildning är i större risk att bli utsatta för våld

(Ergin m.fl. 2005). Statistik visar att 13 kvinnor i Sverige mist livet under år 2020 till följd av dödligt våld av en partner eller någon man tidigare haft en relation till (Brottsförebyggande rådet 2021). Det är även vanligare att kvinnor utsätts för grövre våld, kräver större stödinsatser och sjukvård jämfört med män. Faktorer som nämns öka risken att bli utsatt är bland annat om kvinnan är ensamstående, mellan 16–34 år och har låg socioekonomisk status (Brottsförebyggande rådet 2021).

Våld i nära relationer är ett högaktuellt ämne som visat sig öka under covid-19 pandemin. Detta främst på grund av att flertalet av befolkningen arbetat hemma till följd av de restriktioner som vidtagits. Våld i nära relation tenderar att öka under epidemier och nödsituationer. Till följd av karantänen och ökad tid hemma med sin partner, isolering från andra personer samt ekonomisk kris har det för många personer medfört ökad stress. Detta kan ha bidragit till en ökad förekomst av våld under pandemin (Moreira 2020).

Sjuksköterskans roll vid våld i nära relation

Vanligtvis söker sig våldsutsatta kvinnor till hälso- och sjukvården oftare än kvinnor som inte är utsatta för våld. Det är vanligt förekommande att de utsatta kvinnorna söker vård för andra anledningar än specifikt för våldet de utsätts för. Fysiska symtom kan exempelvis vara långvariga magproblem eller olika symtom på kronisk smärta. Psykiskt kan det visa sig som dålig självbild, rädsla och orkeslöshet (Örmon 2019). Wilson (2015) uppgav att en del av de våldsutsatta kvinnorna som sökt sig till hälso- och sjukvården uppfattat personalen som dömande, icke respektfulla och utan medkänsla. Detta innebär att våldsutsatta kvinnor kan känna sig ignorerade och misstrodda av sjukvården. Det finns vårdprogram i alla regioner för hur våldsutsatta kvinnor ska tas om hand (NCK 2021).

Enligt Feder m.fl. (2006) så har kvinnor som är utsatta för våld en önskan att sjuksköterskans bemötande ska vara empatisk och icke dömande. De vill att sjuksköterskan ska vara aktsam och inte lägga någon press på kvinnan när frågan om våld ställs. Kvinnan vill inte heller känna en press att sjuksköterskan försöker få henne att polisanmäla och lämna mannen. De vill att sjuksköterskan ska ha tillräckligt med kunskap för att vara förstådd i att det är en komplex situation. Betydande områden som nämns är att kvinnan får känna sig säker och att informationen hanteras med sekretess.

Sjuksköterskans etiska kod

Sjuksköterskans etiska kod baseras på olika typer av ansvar fördelat inom fyra områden. Dessa ansvarsområden är att förebygga sjukdom, lindra lidande, främja hälsa och återställa hälsa. Sjuksköterskan ska arbeta för en miljö där respekten för människors olika tro, sedvänjor, rättigheter och värderingar främjas. Sjuksköterskan ska även i sitt vårdande visa respekt,

medkänsla, lyhördhet, trovärdighet samt respektera integritet gentemot kvinnan. Sjuksköterskan har också ett eget ansvar att hålla kvar vid sin kompetens inom yrket och det kontinuerliga lärandet. Vidare finns ett ansvar i att vara med och skapa en vårdkultur som främjar den öppna dialogen och ett etiskt förhållningssätt (Hommel 2017). Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) beskriver att all personal inom hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa, samt främja och ge vård på lika villkor till hela befolkningen. Respekt för alla människors lika värde och människors värdighet skall vara central i vårdandet. De människor som är i störst behov av vård skall ges företräde. Kvinnans behov av säkerhet och trygghet ska tillgodoses. Den vård som ges ska vara tillgänglig och med respekt för kvinnans integritet och autonomi.

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskan har en skyldighet att ge god vård och följa lagar och förordningar, till exempel enligt hälso- och sjukvårdslagen. Sjuksköterskan har ett ansvar att agera professionellt i sin yrkesroll och anmäla vid exempelvis vårdskada eller vid andra missförhållanden (Sandström & Kjellström 2018). Socialstyrelsen har tagit fram en handbok för att vägleda hälso- och sjukvårdspersonal gällande våld i nära relation (Socialstyrelsen 2016). Handboken beskriver hur hälso- och sjukvården ska agera vid misstanke om en kvinna blivit utsatt för våld. Exempelvis är det viktigt att lyssna till den våldsutsattas kvinnans berättelse. Samtalet bör även hållas i enrum. Att ställa frågor om våld är känsligt och den våldsutsatta kvinnan kan ha blandade känslor inför att prata om sin situation. Funktionsnedsättning eller sjukdomar som kan innebära kommunikationssvårigheter kan också förekomma. Det är då extra viktigt att som sjuksköterska anpassa formen av samtalet samt vara lyhörd. Sjuksköterskan har ett ansvar att se till att kvinnan som söker vård får den vård som behövs. Är kvinnan i behov av annat stöd ska hon få hjälp att hänvisas vidare till en annan instans som har mer resurser och kompetens för kvinnans behov. Sjuksköterskan har skyldighet att ta reda på om det finns barn med i bilden och anmäla enligt socialtjänstlagen. Åtgärderna som nämnts ovan samt tecken och symtom som kvinnan uppvisat som väckt misstanken om någon typ av våld ska dokumenteras i kvinnans journal (SOSFS 2014:4).

Vårdrelationens betydelse

Dahlberg och Segesten (2015) beskriver att en vårdande relation handlar om att sjuksköterskan ska finnas där för patienten. Det är patientens önskan av vård som lägger grunden för en vårdrelation. I den professionella vårdrelationen ger sjuksköterskan patienten kunskap. En vårdrelation handlar om ett enkelriktat fokus på patienten. Ett vårdande möte kan ha väldigt olika längd enligt Dahlberg och Segesten (2015). Det kan vara ett snabbt möte på en akutmottagning eller ett längre möte där en barnmorska följer den födande. Oavsett längden på den vårdande relationen så är grunden att skapa ett vårdande möte. Att mötas människa mot

människa i verkligheten och ha ögonkontakt är något som ger en patient trygghet.

Sjuksköterskans kroppsspråk är viktigt i det vårdande mötet. Kvinnan känner lätt av om sjuksköterskan är stressad eller oengagerad. Därför är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om vad hen ger ut för signaler. Det är skillnad på en stängd och sluten person jämfört med en öppensinnad och vänlig person. Det är alltid kvinnan som får bestämma hur öppen och till vilken grad vårdrelationen blir. Det kan även se väldigt olika ut från vårdande möten emellan. Sjuksköterskans grund ska ha ett etiskt perspektiv och bejaka kvinnans livsvärld. I ett vårdande möte behöver båda parterna vara aktiva och allt sker på patientens villkor (Dahlberg & Segesten 2015). Det finns olika typen av vårdande samtal. Det som passar bäst i denna uppsats är när samtalet är grunden i vårdandet. Det är samtal som är stödjande, stärker hälsan och välbefinnandet. Här är patientens livsvärld och medvetenhet grunden (Dahlberg & Segesten 2015).

PROBLEMFÖRMULERING

Våld mot kvinnor sker världen över oavsett ålder och kultur. Det är viktigt att belysa detta ämne då det är ett globalt folkhälso- och samhällsproblem. Många av de våldsutsatta kvinnorna lider av både fysisk och psykisk ohälsa till följd av våldet vilket bland annat kan medföra en ökad risk för suicid. Våldet kvinnorna utsätts för är ett hinder ur ett jämställdhetsperspektiv mellan män och kvinnor. Det påverkar friheten i samhället i stor utsträckning och är en kränkning av kvinnors rättigheter. Det är vanligt förekommande att kvinnor som utsätts för våld söker sig till olika instanser inom hälso- och sjukvården med symtom som kan tyda på att kvinnan är våldsutsatt. Sjuksköterskan möter ofta kvinnan först och har en viktig roll i att identifiera och hjälpa dem i deras kris. Kvinnor behöver identifieras i tid och få det stöd de behöver av sjuksköterskan. Detta område är relevant för allmänsjuksköterskan då våldsutsatta kvinnor söker vård inom hälso- och sjukvården.

SYFTE

Syftet var att undersöka sjuksköterskors kunskap gällande identifiering av våldsutsatta kvinnor

TEORETISK REFERENSRAM

Phil Barkers tidvattenmodell

Till denna litteraturöversikt valdes Phil Barkers tidvattenmodell. Den teoretiska referensramen diskuteras gentemot resultatdelen, framför allt hur Barker beskriver betydelsen av sambandet mellan vårdrelationen och omvårdnaden. Författarna har valt denna teori som referensram på grund av att våldsutsatta kvinnor ofta lider av psykisk ohälsa till följd av våldet.

Tidvattenmodellen tillämpas främst inom psykiatri (Barker & Buchanan-Parker 2005). Därav anser författarna att teorin lämpar sig väl för detta arbete. Teorin belyser sjuksköterskans ansvar

att få patienten att känna trygghet samt komma vidare i livet. Barker ser inte den psykiska ohälsan som en sjukdom, utan mer som en kris. Den metaforiska bild som beskrivs av teorin är att livet är som en resa på ett öppet hav fullt av erfarenheter. Patienten är kapten på sitt eget skepp och sjuksköterskan en lotsande hamnpersonal. Under livets gång kan man stöta på pirater eller storm som kan leda till skeppsbrott. I detta skede behöver personen tas till en trygg hamn för att återhämta sig. När personen är hel igen kan man fortsätta sin resa på det öppna havet av erfarenheter återigen. Teorin uppmärksammar att sjuksköterskans stöd är betydande när patienten är i kris.

Barker (2005) beskriver att vårdprocessen kan liknas vid en gemensam resa. Sjuksköterskans fokus är att få patienten att återta sin identitet, hitta tillbaka till sig själv och som individ känna sig värderad igen. Vården och omvårdnadstiden liknas vid ett stopp på vägen. Relationen mellan sjuksköterska och patient är en förutsättning för omvårdnaden. Sjuksköterskan måste ha en öppenhet och en förståelse för att patienters känsla av hälsa och lidande är oförutsägbara. Patienten och sjuksköterskans relation kan liknas vid en dans som formas av relationen och patientens berättelse. Kvinnor som utsätts för våld lider ofta av psykisk ohälsa och till följd av utsattheten blir de ofta osäkra i sin identitet. Att våldsutsatta kvinnor befinner sig i en metaforisk storm och behöver trygghet av sjuksköterskan gör att denna teori anses lämplig enligt författarna att använda som referensram i resultatdiskussionen. Barker (2005) anser att sjuksköterskan inte ska styra vårdprocessen utan istället vara ett instrument i vårdrelationen. En stor del av teorin beskriver hur människan förändras och kan möta sitt lidande genom sina livsförutsättningar.

Det finns tre domäner i Barkers (2005) teori om att erfarenheter formar personen i livet. Den första är domänen om en själv som handlar om hur vi hanterar och upplever det vi har varit med om i vårt liv. Det är känslor som vi inte kan sätta ord på och som kan uttrycka sig på andra sätt. Den andra domänen är om världen, hur vi ser på den, varför livet är på ett visst sätt och hur vi lever i den. Det tredje domänen handlar om andra. Hur vi upplever samspelet med andra personer. Dessa tre domäner hör ihop och visar hur vårt liv varit.

METOD

Litteraturöversikt

Metoden som har använts är en litteraturöversikt, vilket används för att få en överblick över kunskapsläget inom ett specifikt ämnesområde. Befintlig forskning inom ett område kan sökas med hjälp av både kvantitativa- och kvalitativa vetenskapliga artiklar. Vilken typ av litteraturöversikt som är mest lämpad till arbetet styrs av ett tydligt syfte och problemformulering. Dessa två faktorer styr val av metod (Friberg, 2017). Litteraturöversiktens syfte var att undersöka sjuksköterskors kunskap gällande identifiering av våldsutsatta kvinnor.

Arbetet omfattar tio vetenskapliga artiklar, varav nio kvalitativa artiklar och en kvantitativ.

Datainsamling

Arbetes urval gjordes med tillämpning av inklusions- och exklusionskriterier för att de vetenskapliga artiklarna ska vara relevanta till syftet (Östlundh 2017). De inklusionskriterier som tillämpades var originalartiklar som var peer-reviewed och etiskt granskade. Peer-reviewed är enligt Östlundh (2017) artiklar som har publicerats i vetenskapliga tidskrifter samt blivit etiskt- och vetenskapligt granskade av personer med kompetens inom området. När författarna granskat artiklarna användes ett kritiskt förhållningssätt (Friberg 2017). Det innebar att de valda artiklarna noggrant analyserade för att kunna relatera till arbetets syfte. Forskning som arbetet är baserad på ska vara aktuell (Östlundh 2017) och därför var artiklarna som söktes mellan åren 2011–2021. I studien inkluderas sjuksköterskor och sjuksköterskor med specialistutbildningar som exempelvis barnmorskor då arbetets syfte var sjuksköterskans kunskap gällande identifiering av vuxna kvinnor som utsätts för våld. Exklusionskriterier var artiklar som studerade våldsutsatta män och barn. De vetenskapliga artiklarna som valdes var både kvantitativa och kvalitativa. Detta för att få en större omfattning inom det valda området samt en fördjupad forskning (Forsberg & Wengström 2017). Enligt Segesten (2017) innehåller en kvantitativ studie ett resultat som är statistiskt och mätbart. En kvalitativ studie har ett resultat som beskriver upplevelser och erfarenheter.

De databaser författarna valt att söka artiklar i var Cinahl Complete och PubMed. I dessa databaser underlättar det med valbara kriterier, exempelvis vilket årtal som är aktuellt samt att det i Cinahl går att avgränsa artiklar som var peer-reviewed (Friberg 2017). Östlundh (2017) beskriver att databasen Cinahl Complete är inriktad på omvårdnadsvetenskap medan PubMed inriktar sig på medicin och omvårdnad. PubMed har liksom Cinahl abstraktet knutet till sina artiklar, vilket underlättar för att finna relevanta artiklar. Trunkering och boolesk söklogik kan användas i båda databaserna. Trunkering innebär att sökorden ger orden flera böjningsformer vilket författarna använde sig av för att få fram flera former av termen sjuksköterska. Boolesk söklogik ger förutsättningar till att ge en mer sammanhängande sökning genom att använda orden AND, OR eller NOT (Östlund, 2017). Författarna använde boolesk söklogik med stöd av AND och OR som sökoperatör samt fritextsökning. De uteslöt NOT för att inte gå miste om artiklar av relevans. Författarna valde även att använda sig av sekundärsökning. Det är en effektiv metod vid informationssökning enligt Östlundh (2017). Vid sekundärsökning användes artiklar som fanns i referenslistan till valda artiklar. Utifrån det valdes en relevant artikel ut. De MeShord som använts i sökningen tillsammans med sökoperatörerna AND och OR var: "Nurses" OR "Nurse's Role" AND "Knowledge" OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice" AND "Intimate Partner Violence" i PubMed. "Nurses+" OR "Nursing Role" AND "Intimate

Partner Violence" AND "Knowledge+" OR Nursing Knowledge" OR "knowledge" användes i Cinahl. I de båda databaserna gjordes även sökningar i fritext med orden "Knowledge" och trunkering på ordet "Nurse*".

Författarna använde sig av ett urval av Fribergs (2017) granskningsfrågor för att säkerställa att artiklarna var av god kvalitet. De granskningsfrågor som användes var om det fanns ett tydligt problem formulerat, hur metoden var beskriven, om de fört ett etiskt resonemang och vad resultatet visade (Se bilaga 1). Tio vetenskapliga artiklar valdes ut till resultat delen då de svarade på arbetets syfte.

Dataanalys

Enligt Friberg (2017) sker dataanalysen genom olika steg vid analysering av artiklar. I första steget läste författarna noggrant igenom och sammanfattade de valda artiklarna ett flertal gånger för att få bättre förståelse och ett sammanhang. I nästa steg dokumenterade författarna områden i en översiktstabell för att skapa en överblick och struktur inför den fortsatta analysen. I steg tre identifierades skillnader och likheter mellan artiklarna, gällande syfte och resultat. I steg fyra gjorde författarna en sammanställning av det som framkommit i analysen. Författarna utvecklade sitt kritiska tänkande genom att använda sig av kvalitetsgranskning. De tog ställning till om artiklarnas helhet passade ihop med det valda syftet och höll tillräckligt god kvalitet (Friberg 2017).

Metoden som beskrivits av Friberg (2017) använde författarna genom att först läsa rubriken vid artikelsökning i PubMed och Cinahl för att se om den upplevdes relevant. Sedan lästes hela abstraktet för att skapa en överblick. Artiklar valdes ut utifrån artikelns titel, abstrakt och resultat. Författarna delade upp artiklarna som de hittat och läste noggrant enskilt. Författarna diskuterade sedan vilka av artiklarna som var relevanta och valde ut de som användes i översikten, resultatet och bakgrunden. De tio vetenskapliga artiklarna som sedan valdes att ingå i resultatet lästes av båda författarna i sin helhet. Författarna markerade med överstrykning de rader som handlade om hur sjuksköterskans kunskap gällande identifiering av våldsutsatta kvinnor för att lättare följa arbetets syfte. Utifrån detta sammanställdes texten från de tio artiklarnas resultat i ett dokument och två huvudteman med fyra subteman kunde urskiljas. Texten sorterades därefter in under varje temanamn.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Det är betydelsefullt att forskningen som hämtas från en litteraturöversikt är etiskt korrekt genomförd. För att författarna skulle vara säkra på att den forskningen som de läst är etiskt övervägande så har de valt artiklar som en etisk kommitté granskat. Oredlighet såsom medvetet

plagiat och fabricering i forskning ses som en allvarlig avvikelse och tyder på att man inte följer god forskningssed (Forsberg & Wengström 2017). Det förekommer inte i detta arbete.

Artiklarna är på engelska vilket inte är författarnas modersmål. Detta utgör en risk att texten kan feltolkas (Friberg 2017). Författarna har därmed inte använt Google översätt eftersom det kan tolka ord fel och istället använt sig av ett svenskt-engelskt lexikon. Båda författarna läste även alla artiklar och såg till att de tolkat texten likadant. Författarna hade en viss förförståelse inom ämnesområdet då de själva har ett flertal närstående som varit utsatta för våld. I detta arbete har båda författarna dock varit noggranna med att inte låta sin förkunskap och förförståelse påverka redovisning av resultatet i arbetet. De har varit opartiska till artiklar kring syftet och granskat artiklarna kritiskt samt arbetat på denna litteraturöversikt till lika stor del. Författarna har läst alla artiklar enskilt och sedan diskuterat innehållet tillsammans för att vara säkerställa att de tolkat artiklarnas innehåll korrekt.

RESULTAT

Analysen av resultatartiklarna resulterade i två huvudteman med fyra tillhörande subteman. De olika teman som framkom i de tio resultatartiklarna svarar på litteraturöversiktens syfte som var att undersöka sjuksköterskors kunskap gällande identifiering av våldsutsatta kvinnor. Det första huvudtemat var: *Sjuksköterskans kunskap och kunskapsutveckling* med subteman: *Brist på kunskap och utbildning kring våld* och *Användning av olika screeningverktyg*. Det andra huvudtemat var: *Sjuksköterskans beredskap i vårdmötet* med subteman: *Att skapa en trygg och tillförlitlig relation* och *Att ställa frågor om våld*.

Sjuksköterskans kunskap och kunskapsutveckling

Brist på kunskap och utbildning kring våld

Utbildning och kunskapsutveckling hos sjuksköterskor var ett centralt område för att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor upplevde att det hade brist på utbildning gällande våld i nära relation (Clark m.fl. 2020; Al-Natour m.fl. 2016). De önskade att det skulle finnas ett utbildningsprogram som skulle underlätta screening av våld i nära relation.

Sjuksköterskor som hade fått gå en utbildning uppgav att den inte var tillräcklig för att få den kunskap som de behövde (Clark m.fl. 2020). Även barnmorskor upplevde att de inte hade tillräcklig kunskap för att känna igen tecken på våld, på grund av bristande utbildning kring det (Mauri m.fl. 2015; Pearl Pitter 2016). De uppgav att det behövs mer utbildning och kunskap för identifiering och hantering av våld i nära relationer. Både barnmorskor och sjuksköterskor

uppgav att mer kunskap inom ämnet skulle ge dem ökat förtroende och förberedelser för att screena och kunna ingripa (Sundborg m.fl. 2012; Poreddi m.fl. 2020; Pearl Pitter 2016; Mauri m.fl. 2020).

Sjuksköterskorna efterfrågade även ytterligare utbildning för både patienter och sig själva i form av till exempel broschyrer. Avsaknad av resurser och kunskap om det mest effektiva interventionerna ansågs vara ett hinder för identifiering (Brykzynski m.fl. 2011). Det framkom att barnmorskor upplevde att det fanns brist på resurser (Pearl Pitter 2016). Sjuksköterskor ville att våldsutsatta kvinnor skulle få kunskap om vad de hade för rättigheter och vad samhället kan göra för dem (Poreddi m.fl. 2020). En svensk studie visade att det var betydande att sjuksköterskor kände sig förberedda för att kunna identifiera och ge förebyggande omvårdnad för kvinnor som var utsatta för våld i nära relation. Flertalet sjuksköterskor saknade stöd och riktlinjer från organisationen samt brist på samarbete med andra professioner i vården. Det framkom att kunskapen var bristfällig gällande i hur stor omfattning av våld i nära relationer förekommer. De hade även bristande kunskap och förberedelse gällande att vårda kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation (Sundborg m.fl. 2012).

Användning av olika screeningsverktyg

Sjuksköterskorna använde olika screeningmetoder vid misstanke om att en kvinna var utsatt för våld. Sjuksköterskor uppgav brist i förtroende och kunskap gällande nuvarande screeningverktyg inom verksamheten (Williams m.fl. 2017; Al-Natour m.fl. 2016; Poreddi m.fl. 2020; Mauri m.fl. 2015). Det fanns inga etablerade och standardiserade screening-protokoll vilket gjorde att många av sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet om rätt frågor ställdes (Williams m.fl. 2017). De nuvarande screeningverktygen upplevdes ineffektiva. Sjuksköterskor upplevde att de hade bristande förtroende för screeningverktyg och kunskap gällande att fråga patienterna om de blivit utsatta för våld (Sundborg m.fl. 2012; Poreddi m.fl. 2020; Sundborg m.fl. 2015). De efterfrågade tillgång till formella screeningverktyg vid identifiering, policymodeller samt mer kunskap om riktlinjer för att svara på våld i nära relation (Al-Natour m.fl. 2016; Sundborg m.fl. 2012).

Barnmorskor upplever att de hade kunskap om att det nuvarande screeningmetoderna som fanns men de hade olika upplevelser och åsikter om dem. En barnmorska uppgav att screeningverktyg skulle hjälpa vårdpersonal att komma ihåg att prata om våld eftersom det ofta glömdes bort. En del av barnmorskorna upplevde att frågorna i screeningverktygen lätt kunde kränka kvinnan och att de måste förklara orsaken till att de ställer dessa frågor. Om kvinnan kände sig kränkt kunde det förstöra screeningvertygets effektivitet (Mauri m.fl. 2015). En del sjuksköterskor ansåg att användning av screeningverktyg inte ingick i deras arbete och yrkesroll. Förklaringar var att det var ett övertramp på kvinnans integritet och gav en ökad arbetsbelastning. Det framkom att de

hade tillräckligt med kunskap om de fysiska tecknen men inte tillräckligt med kunskap för att screeningverktygen skulle fungera (Poreddi m.fl. 2020). De uppgav att de saknade kunskap gällande screeningverktyg av våld i nära relation (Al-Natour 2016; Sundborg m.fl. 2012). De ansåg sig ha brist på adekvat träning samt för lite kunskap om de protokoll som existerade om våld i nära relation. Sjuksköterskorna uppgav att de inte screenade kvinnor på rutin om våld i nära relation. De trodde inte heller att de hade behörighet att screena kvinnor (Al-Natour m.fl. 2016). Flertalet av sjuksköterskorna uppgav att det fanns brist på protokoll för våld i nära relationer eller att de inte visste att ett protokoll existerade. Sjuksköterskor uppgav att deras riktlinjer gällande dokumentation, varierande patientgrupper samt olika omständigheter gjorde att det inte gick att fråga (Clark m.fl. 2020). De upplevde att det inte fanns tydliga riktlinjer att följa gällande omvårdnad av våldsutsatta kvinnor (Sundborg m.fl. 2012).

Sjuksköterskans beredskap i vårdmötet

Att skapa en trygg och tillförlitlig relation

Brist på kunskap hos sjuksköterskan kunde göra det svårare att etablera en relation med kvinnan och vid kommunikation kan kvinnan uppleva sjuksköterskan dömande. Sjuksköterskorna uppgav att det var viktigt att skapa en öppen atmosfär där kvinnor kunde prata om våld utan känslan av att bli beskyllda (Bryscyntzki m.fl. 2011; Pearl Pitter m.fl. 2016). Det ansågs betydande att inte döma eller förolämpa kvinnorna, utan mer visa stöd och låta kvinnorna berätta sin historia. Detta då många kvinnor som var våldsutsatta redan kände sig kränkta. Att som sjuksköterska vara en stöttande lyssnare, skapa en förtroendefull och trygg atmosfär för att få kvinnorna att samtala om utsatthet var av betydelse (Bryscyntzki m.fl. 2011). Både barnmorskor och sjuksköterskor ansåg att relationen till patienten var betydelsefull (Mauri m.fl. 2015; Poreddi m.fl. 2020; Williams m.fl. 2017). Med kontinuitet i vården kunde kvinnan få en trygghet för vårdpersonalen och våga berätta om hon var utsatt för våld. Med hjälp av en god relation till kvinnan var det lättare att identifiera våld även om det inte fanns tydliga fysiska tecken på det. Dialogen ansågs betydande för att kvinnorna skulle uppleva vården mer individanpassad (Poreddi m.fl. 2020).

I en del kulturer var våld mer accepterat och kvinnan ville bevara sin egen och familjens värdighet och rykte (Al-Natour m.fl. 2016). Sjuksköterskorna beskrev att exempelvis latinamerikanska kvinnor var mindre benägna att prata om problem relaterade till våld på grund av det är mer normativt i deras kultur. Vuxna kvinnor var enligt sjuksköterskorna mer accepterande av våld jämfört med ungdomar då det förr sågs mer normalt. Kulturen hade en betydande roll gällande kvinnors villighet att prata om våld. Kunskapsbristen ansågs vara en

utmaning vid kommunikation (Williams m.fl. 2017).

Att ställa frågor om våld

Att ha kunskap att ställa frågan om våld är en central del i att identifiera våldsutsatta kvinnor. Barnmorskor och sjuksköterskor uppgav att de inte alltid hade tid att fråga kvinnor om de upplevde våld (Mauri m.fl. 2015; Williams m.fl. 2017). De uppgav att det tog tid att etablera en relation med kvinnan. En barnmorska uppgav att hon inte kunde få det förtroendet som hade behövts för att hon skulle kunnat ställa frågor om våld (Mauri m.fl. 2015). Kvinnorna talade vid det första mötet sällan om att de blivit slagna uppgav sjuksköterskorna. Brist på tid vid besök gjorde att det ofta förbisågs att fråga kvinnor om våld. Sjuksköterskorna ansåg även att det var brist på uppföljande besök och att det var för lång tid mellan besöken (Williams m.fl. 2017). En bidragande faktor till att frågor om våld inte ställdes var bristen på enskilda besöksrum (Williams m.fl. 2017; Sundborg m.fl. 2015). En barnmorska uppgav att hon endast hade 15 minuter med varje patient och undrade hur hon skulle ha tid att fråga om våld (Mauri m.fl. 2015).

Sjuksköterskorna och barnmorskorna beskrev brist på kunskap om hur de skulle agera om de fick reda på att en patient hade varit utsatt för våld. Det medförde att frågor om våld i många fall undveks (Mauri m.fl. 2015; Sundborg m.fl. 2012; Sundborg m.fl. 2015). Sjuksköterskor och annan vårdpersonal uppgav att de behövde göra olika former av känslomässiga och kognitiva förberedelser relaterat till att fråga om samt att ta hand om utsatta kvinnor (Courtney m.fl. 2013). Flertalet av barnmorskorna och sjuksköterskorna inom primärvården var oroliga för både sin egen och patientens säkerhet vilket var en anledning till att frågor om våld inte alltid ställdes (Pearl Pitter 2016; Sundborg m.fl. 2015). Enbart hälften av sjuksköterskorna frågade alltid kvinnor om våld, då oftast om kvinnan hade fysiska skador. De upplevde brist på kunskap om hur frågan skulle ställas vilket ansågs vara en svårighet. De uppgav att känna sig förberedd och ha kunskap påverkade förmågan att identifiera kvinnor utsatta för våld. Osäkerheten om vilka frågor som skulle ställas kunde leda till att det tog längre tid att identifiera kvinnor som var utsatta för våld (Sundborg m.fl. 2012). Barnmorskorna uppgav att det inte gick att endast improvisera kring frågor om våld på grund av att det var ett känsligt ämne. Vissa barnmorskor ansåg även att erfarenhet var bra för att lära sig känna igen dolda tecken på våld (Mauri m.fl. 2015). Sjuksköterskorna uppgav att deras egna inställning och känslor påverkade deras förmåga att fråga en kvinna oavsett om hon hade blivit utsatt för våld eller inte (Mauri m.fl. 2015; Sundborg m.fl. 2012; Williams m.fl. 2017; Sundborg m.fl. 2015; Poreddi m.fl. 2020).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet var att undersöka sjuksköterskors kunskap gällande identifiering av våldsutsatta kvinnor. Forskning förändras och utvecklas konstant (Friberg 2017). Därför valde författarna att exkludera artiklar som var mer än tio år gamla då äldre forskning kan ge för gammal kunskap. Det skapade även ett rimligt antal artiklar som identifierades vid sökning inom en tioårsperiod. De flesta artiklar beskrev dock liknande resultat oavsett vilket år de var ifrån. Vetenskapliga artiklar från hela världen inkluderades. Artiklarna visade på olika kulturella olikheter, men ungefär samma kunskap gällande identifiering gällande våldsutsatta kvinnor. Sjukvården ser olika ut beroende på vart i världen man befinner sig, vilket innebär att kvinnors erfarenheter och upplevelser av våld kan skilja sig åt beroende på vilken kultur och land man kommer från samt hur sjukvården bedrivs där. Två artiklar som inkluderades i resultatdelen var studier om barnmorskors kunskap av våldsutsatta kvinnor. En förklaring till urvalet var att barnmorskor är grundutbildade sjuksköterskor från början och barnmorska är en specialinriktning efter grundutbildningen. Det sågs som en fördel då det skapade mer material att tillföra arbetet. Barnmorskor möter många våldsutsatta kvinnor och de ansågs därför lämpliga att inkludera.

En svaghet var att författarna valde att endast söka artiklar i två databaser. Att inkludera databaser som exempelvis Medline with fulltext hade kunnat visa på ett annat resultat och bredd. Dock använde sig författarna av en extra sökning i PubMed med ordet ”screening”. Detta för att de under arbetets gång funnit fritext-termen i flertalet artiklar. Denna sökning resulterade i ytterligare en relevant artikel till arbetet. Sökord som författarna översatte med hjälp av MeSH har hjälpt till att få en utökad sökning. Författarna såg det som en styrka att orden var rätt översatt. De sökord som inte söktes med MeSH var översatta fritt från svenska till engelska. Med begränsningarna i PubMed gav detta ett resultat på 124 artiklar vilket var ett överkomligt antal artiklar att gå igenom, något som kan ses som en styrka. Med begränsningar i Cinahl Complete gav detta ett resultat på 111 artiklar vilket även där genererade ett överkomligt antal artiklar. En styrka med de två databaserna var att de kunde bestämma tidslinje för att få deras artiklar inom en tioårsperiod, vilket de ville. En funktion som gick att använda i Cinahl Complete men inte i Pubmed var att man kunde välja peer reviewed. Det ansågs vara en styrka att kunna göra det då det underlättar vid kvalitetsgranskning. Att inte kunna göra på samma sätt i Pubmed anses vara en svaghet. Författarna har även använt sig av sekundärsökning i databasen PubMed som enligt Östlundh (2017) är en effektiv metod vid informationssökning. I detta arbete användes en kombination av ämnesord från redan utvalda artiklar. Metoden användes för att inte gå miste om relevanta artiklar.

Författarna valde ut åtta kvalitativa artiklar, en kvantitativ artikel och en mixad metod för att få flera olika perspektiv till resultatet (Friberg 2017). De valda artiklarna svarade väl an på arbetets syfte. Olika metoder användes för att få ett bredare resultat som svarade på arbetets syfte. I resultatdelen valdes artiklar från flera platser i världen som Sverige, USA, Indien med flera. Det förekommer skillnader gällande kultur, normer, lagar och synsätt på våldsutsatta kvinnor i olika länder. Båda författarna läste igenom och granskade alla artiklar tillsammans vilket innebar att båda var delaktiga i analysen. I analysen läste även båda författarna genom artiklarna en åt gången för att sedan diskutera och sammanställa analysen till resultatdelen. Båda författarna är kvinnor vilket kan ses som en styrka då de lättare kan förstå kvinnornas upplevelser. Eftersom författarna är kvinnor och det även är flest kvinnliga sjuksköterskor i resultatartiklarna kan det ge ett resultat som endast vinklas från kvinnors perspektiv vilket kan vara en svaghet. Författarna har haft kontakt via videochatt och även suttit tillsammans och arbetat under hela processen. De båda är överens om att de har haft ett gott samarbete.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkom sjuksköterskors bristande kunskap gällande riktlinjer, policys och screeningverktyg gällande identifiering av våldsutsatta kvinnor. Även bristande kunskap i att bemöta, skapa en förtroendefull relation och ställa frågor om våld framkom. Tre fynd diskuterades vidare mot arbetets bakgrund, nya vetenskapliga artiklar och vald teoretisk referensram. Dessa tre fynd var: *Våldets komplexitet kräver kunskap*, *Sjuksköterskans betydande kunskap vid mötet* och *Kunskapsutveckling hos sjuksköterskan*.

Våldets komplexitet kräver kunskap

Resultatet visade att sjuksköterskor uppgav bristande kunskap gällande riktlinjer, policys och screeningverktyg när det kommer till identifiering av våldsutsatta kvinnor. Fördomar i samhället till följd av okunskap samt våldets komplexitet gör att det är svårt att ta itu med våldet. Våldet påverkar samhället ur flera perspektiv, både juridiskt, socialt och ekonomiskt (NCK 2021). Francis m.fl. (2017) beskriver att det finns olika hinder och komplexitet som gör att en del kvinnor inte avslöjar att de blir våldsutsatta. Oavsett om kvinnan avslöjade eller förnekade sin utsatthet så var sjuksköterskans erbjudande om stöd avgörande för att hjälpa dessa kvinnor med våldsamma relationer. Sjuksköterskan har en viktig roll i att identifiera kvinnan. Här behövs kunskap om tecken på våld i nära relation, normaliseringsprocessen och bemötandet. Ytterligare en aspekt att beakta är utmaningen i att våldet inte drabbar en specifik åldersgrupp, utan det existerar i alla åldrar.

Williams m.fl. (2016) beskriver att kvinnans omgivande kultur har betydelse för hur öppna de är att prata om våld och sin egen utsatthet. I en del kulturer är våld mer accepterat och kvinnan är

rädd avslöja våldet och förlora sin värdighet och sin familjs sitt rykte. Detta kan göra att situationen blir mer komplex. Kulturperspektivet kräver kunskap hos sjuksköterskan för att ge mer personcentrerad vård och vidta rätt åtgärder. God vård är ett etiskt perspektiv som författarna anser vara problematiskt i detta sammanhang. Författarna anser att god vård är när kvinnans behov tillgodoses och hon får adekvat vård. Att inte ställa frågor om våld på rutin eller att som sjuksköterska ha brist på kunskap om vilka åtgärder som bör vidtas efter identifiering gör att det blir svårare att ge god vård i praktiken (Sundborg m.fl. 2012). Det skapar även svårigheter att ge personcentrerad vård. Detta är dock möjligt om det finns tillräckligt med resurser, beredskap och kunskap för att möta våldsutsatta kvinnor (Pearl Pitter 2016).

Ur ett etiskt perspektiv finns det begrepp som exempelvis autonomi och integritet att ta hänsyn till gällande att ställa frågor om våld. Juth & Munte (2012) diskuterar etiska aspekter man bör ha i beaktning gällande att ställa frågor om våld på rutin och om det skulle implementeras i större delar av hälso-och sjukvården vilka för-och nackdelar det skulle kunna medföra. Det finns en oenighet om huruvida rutinfrågor om våld är etiskt försvarbart eller ej. Några aspekter som motargument att införa frågor om våld på rutin är att det kan leda till obehag hos kvinnorna. Det kan även uppfattas som en kränkning av kvinnans integritet och autonomi, oavsett om den tillfrågade kvinnan är våldsutsatt eller inte. Om den våldsutsatta kvinnans partner får reda på att hon svarat på frågor om våld kan det medföra en ökad prevalens av våldet och utsattheten för kvinnan. Vilket inte ger den våldsutsatta kvinnan bättre hälsa, livskvalitet och välbefinnande som delvis är en del av hälso-och sjukvårdens ansvar. Utöver de negativa hälsoeffekter som berör den våldsutsatta kvinnan så finns det även aspekter ur hälso-och sjukvårdens perspektiv. Det behövs mer resurser i form av utbildning i ämnet och rutinåtgärder. Det måste även tilläggas att tid och resurser för sjuksköterskan bör finnas för att hen och kvinnan ska ha möjlighet till att diskutera och reflektera över de svar som framkommer, samt tid att kunna erbjuda uppföljningssamtal. Dessa åtgärder medför ökade samhällskostnader. Ur ett konsekvensetiskt perspektiv kan det anses att åtgärden att införa rutinfrågor om våld leder till fler negativa konsekvenser än fördelaktiga. I stället kan det resursmässigt införas att vårdpersonal som möter kvinnor i vården får utbildning i symptom och tecken på våld för att enklare kunna identifiera våldsutsatta kvinnor.

Samhället idag är inte jämställt trots att Sverige är en av de mest jämställda länderna (NCK 2021). Detta inkluderar även könsrollerna både i samhället och globalt. Männen har även ett ansvar att förändra samhället och minska våldet. Hela samhället har ett ansvar då de uttrycker detta problem genom att beskriva att det är kvinnan som blivit utsatt för våld. Då samhället istället borde beskriva att det var mannen som utsatt en kvinna för våld. Författarna menar att

denna omformulering skulle vara en start på ett mer jämställt samhälle då förövaren står i fokus.

I en studie av Gurunge (2012) uppgav flera av sjuksköterskorna att de kände att hela ansvaret och kvinnornas öde hängde på dem. Enligt författarna så verkar det även här som att ansvaret endast ligger hos sjuksköterskan. Samtidigt uppgav sjuksköterskorna att om en kvinna inte ville erkänna att hon blivit utsatt för våld så var det inget som sjuksköterskan kunde göra något åt (Gurunge 2012). Bradbury-Jones (2014) uppgav att det fanns en komplexitet i mötet med våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor hade egna fördomar om att våldsutsatta kvinnor dolde sin utsatthet. Kvinnans förståelse om vad det innebar att vara våldsutsatt hade en betydande roll i identifiering. Med stöd från Gurunge (2012) och Bradbury-Jones (2014) studier så är slutsatsen att kvinnan inte endast kan bli tillfrågad om hon blir våldsutsatt, utan att det även behövs information tillsammans med frågan om vad det innebar att vara våldsutsatt och att våldet kan ta sig flera olika uttryck. Författarna anser att detta kan bli ett problem då de ska lita fullt ut på vad deras patienter säger. Sjuksköterskans egna upplevelser kan även bli inblandade vilket leder till att det inte blir en vårdande relation. Sjuksköterskan ska inte blanda in sina egna känslor i vårdmötet, vilket är problematiskt vid en öppen dialog och atmosfär (Brytzyński m.fl. 2011). Enligt Barker (2005) så ska sjuksköterskans egna värderingar och känslor inte vara med i mötet med patienten.

Phil Barker beskriver tre domäner. En domän handlar om känslor som inte går att sätta ord på, men som kan ta sig i uttryck på andra sätt. Ett exempel är när kvinnan inte kan sätta ord på sin rädsla att något är fel gällande hennes partner, men de kan ta sig uttryck på andra sätt så där sjuksköterskan kan se subjektiva tecken på våld. Ett flertal artiklar belyser att den psykiska ohälsan ofta drabbar de våldsutsatta kvinnorna som kan visa sig genom objektiva tecken, som exempelvis depression och ångest (Poreddi m.fl. 2020; Socialstyrelsen 2014; Malik m.fl. 2021). Författarna anser att det bör införas som rutin i vården att kvinnorna blir tillfrågade om de har blivit utsatta för våld. Det kan hjälpa att det på sikt når ut till fler i samhället att detta är ett stort samhällsproblem. Att inom sjukvården fråga kvinnor om våld kan visa på ett intresse hos personalen och öka förtroendet för sjukvården hos de våldsutsatta (NCK 2021). Författarna anser att det kan möjliggöra för tidigare identifiering av fler kvinnor som då kan få hjälp och stöd. Matheson m.fl. (2015) beskriver att kvinnans skador från sin tid som våldsutsatt sätter psykiska spår och påverkar livskvaliteten under längre tid än fysiska skadorna i de flesta fall. Författarna anser att det finns en tystnadskultur hos våldsutsatta kvinnor vilket leder till att de psykiska besvären inte alltid uppmärksammas då det inte går att konkret vårda på samma sätt. I tidvattenmodellen beskriver Barker (2005) att patienten ska få komma till en trygg hamn och hitta sig själv. Författarna ser att sjuksköterskan är den trygga hamnen som ska fånga upp kvinnan, hjälpa henne och ge henne möjlighet att gå vidare i livet.

Sjuksköterskans betydande kunskap i bemötandet

Sjuksköterskans bemötande anses betydelsefullt i mötet med våldsutsatta kvinnor. Dock krävs det kunskap för att kunna ge bra stöd och trygghet. Med större kunskap främjar det sjuksköterskans möjligheter att möta och ge personcentrerad vård. Att sjuksköterskan är lyhörd och öppen i sitt förhållningssätt är betydande vid bemötandet. Enligt Phil Barkers (2005) tidvattenmodell beskrivs sjuksköterskan som ett instrument i vårdrelationen, relationen mellan sjuksköterska och patient är en central del i hans teori och båda parter erfarenheter hör till relationen. Brytzyński m.fl. (2011) beskriver att det gäller att skapa en relation med kvinnan för att få henne att öppna upp sig, prata om våldet och skapa en öppen atmosfär. Författarna ser en problematik i att sjuksköterskan lätt blandar in sina egna känslor i mötet med kvinnan. Det är en minimal gräns mellan att vara professionell och att låta sina egna känslor styra. En del kvinnor upplevde att de inte blev trodda på och kände sig förödmjukade (Williams m.fl. 2016). Detta anser författarna handlar om okunskap hos sjuksköterskan som leder till att det blir svårare att ge stöd och skapa en trygg relation till kvinnan (Brytzyński m.fl. 2011). En öppen dialog är en central del i mötet med kvinnan för att inte agera dömande och blanda in egna värderingar. Kvinnan ska få utrymme att prata om sin situation. Alla sjuksköterskor lyckas inte skapa en trygg tillitsfull relation till våldsutsatta kvinnor (Brytzyński m.fl. 2011). Detta kan anses vara i brist på kunskap. Att den psykiska ohälsan till stor del är subjektiv och att alla kvinnor är olika ställer krav på att sjuksköterskan måste anpassa sig i bemötandet. Författarna anser att om sjuksköterskor får mer kunskap och kompetens om våldsutsatta kvinnor underlättas kommunikationen och bemötandet gentemot kvinnorna.

Lundgren (2004) beskriver våldets faser i normaliseringsprocessen. Författarna anser att denna process är bra för sjuksköterskan att ha kunskap om i mötet med våldsutsatta kvinnor, då det kan skapa en större förståelse. Att vara medveten om de olika faserna gör att sjuksköterskan enklare kan förstå att kvinnan inte alltid är mottaglig för hjälp. Det kan även göra att det blir lättare att ge personcentrerad vård och bemötande. Det skulle stödja sjuksköterskan i arbetet att identifiera kvinnan som är utsatt och att våga fråga vid nästa möte då kvinnan kan vara i en annan fas. Den vanligaste orsaken till att kvinnor upplever psykisk ohälsa är på grund av män som utsatt dem för våld (NCK 2021). Sjuksköterskans etiska kod innebär att förebygga, främja och återställa hälsa (Hommel 2017). Författarna anser att mer kunskap hos sjuksköterskor möjliggör en tidigare identifiering av våldsutsatta kvinnor. Även förebygga så att kvinnorna snabbare kan få det stöd och hjälp de behöver. På sikt kan det leda till godare hälsa. Författarna anser att sjuksköterskan bör sprida mer kunskap till samhället om våldsutsatta kvinnor genom att ställa frågan om våld på rutin. Med ökad kunskap och förberedelser kan det minska osäkerheten hos sjuksköterskan att våga fråga (Sundborg 2015). Mer kunskap i samhället kan bidra till att kvinnorna blir mer medvetna om sina rättigheter och var de kan vända sig vid stöd. Kunskapen kan även leda till att mäns våld mot kvinnor blir mindre tabubelagt.

Kunskapsutveckling hos sjuksköterskan

Resultatet visade att det fanns bristfällig kunskap hos sjuksköterskan inom detta område. Mer utbildning och kunskap behövs för att god omvårdnad ska kunna utföras. Detta för att vidta rätt åtgärder, stöd och för att ge personcentrerad vård för våldsutsatta kvinnor. Enligt Lovi m.fl. (2018) förespråkar yrkesorganisationer och beslutsfattare att våld i nära relation borde inkluderas i grundutbildningen för sjuksköterskor och barnmorskeutbildningar. Eftersom det är ett stort problem i samhället anser författarna att detta ämne borde ingå i större utsträckning i läroplanen för grundutbildade sjuksköterskor. Om sjuksköterskor blir mer medvetna om de riktlinjer, policys och kunskap om våldsutsatta kvinnor som finns så anser författarna att de kan identifieras i ett tidigare skede och förbättrad kunskap kring åtgärderna. Det anses betydande med förberedelser redan på grundnivå för att säkerställa att vårdpersonal är beredda att identifiera och agera på våld i nära relation (Lovi m.fl. 2018).

Phil Barkers (2005) tidvattenmodell beskriver att i mötet mellan sjuksköterska och patient delas bådars erfarenheter tillsammans. Författarna anser att alla individer som sjuksköterskan möter kan ge dem lärdom. Varje kvinna är unik och har olika erfarenheter. I resultatet framgick det att det finns bristfällig kunskap hos sjuksköterskan om screeningprotokoll och metoder samt hur de används (Williams m.fl. 2017). Sjuksköterskan bör bli mer insatt i de riktlinjer och policier som finns i sin region och i verksamheten (NCK 2021). Författarna anser att mer utbildning borde vara av relevans för sjuksköterskor, då de möter våldsutsatta kvinnor på flera platser inom hälso-och sjukvården. Författarna håller med Sundborg (2015) om att utbildning och träning i ämnet skulle leda till att fler sjuksköterskor skulle våga fråga. Kunskap och utbildning för de yrkesgrupper som möter våldsutsatta kvinnor behövs för att bemötandet ska bli bra. Att då undvika att fråga om våld till kvinnor som behandlas för exempelvis kronisk smärta eller depression är inte god vård. Med mer kunskap och samverkan med flera myndigheter och organisationer i samhället, kan inte bara kostnader för samhället minska. På sikt kan även kvinnors ohälsa och lidande om de identifieras i tidigare skede minskas och livskvaliteten öka (NCK 2021). Sjuksköterskor som fick gå en utbildning om kommunikation, tecken på våld och hur våldsutsatta kvinnor identifieras hade förbättrat sina kunskaper efteråt (Bermele m.fl. 2018). Detta visar att mer kunskap och kunskapsutveckling behövs hos sjuksköterskan för att identifiering inte förbises och kvinnorna ska få en god vård i tid.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Många av sjuksköterskorna i de presenterade studierna beskrev brist på kunskap av något slag gällande våldsutsatta kvinnor. Många sjuksköterskor har någon gång vårdat en kvinna som blivit

utsatt för våld, då kvinnorna söker sig till olika delar av hälso-och sjukvården. Därav är våldsutsatta kvinnor något som allmänsjuksköterskan någon gång kommer möta. Brist på kunskap i samband med våldets komplexitet gör att utsatta kvinnor i många fall inte identifieras och inte får de stöd de behöver av sjukvården. Det vore önskvärt att införa mer utbildning, fortbildning eller kurser som handlar om våld i nära relationer för att kunna möta och uppmärksamma dessa kvinnor. Dels för att underlätta för sjuksköterskan att identifiera kvinnorna tidigare, våga fråga om våld och att förebygga våldet. Om samhället blir mer insatt i kvinnors rättigheter och våldets normaliseringsprocess skulle detta kunna leda till att mörkertalet av våldsutsatta kvinnor sjunker. Författarnas förhoppningar är att arbetet kan leda till att ämnet våld mot kvinnor uppmärksammas mer på arbetsplatser samt att vårdpersonal ges mer utbildning i ämnet.

FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING

Författarna anser att mer forskning behövs för att mäns våld mot kvinnor ska bli mindre tabubelagt. Fler kvalitativa studier bör genomföras utifrån sjuksköterskors kunskap och upplevelser av att möta våldsutsatta kvinnor. Detta för att utveckla kunskapen hos sjuksköterskor arbete och att främja och förbättra omvårdnaden för våldsutsatta kvinnor. Med mer kunskap och utbildning kommer fler kvinnor identifieras av sjuksköterskorna när de söker sig till sjukvården. De kommer även i större utsträckning identifieras i ett tidigare skede. Den ökade kunskapen kommer underlätta för sjuksköterskan att möta kvinnorna och fråga om våld. Detta kan bidra till minskad ohälsa hos kvinnorna, förbättrad livskvalité och mindre kostnad för samhället. Även ur ett etiskt perspektiv kan detta möjliggöra att de våldsutsatta kvinnorna får god personcentrerad vård, rätt stöd och adekvat hjälp av sjuksköterskor. Med ökad kunskap hos sjuksköterskan gällande identifiering av våldsutsatta kvinnor tror författarna att kunskap om ämnet kan spridas ut till fler i samhället.

SLUTSATS

Sjuksköterskor har brist i delar av den kunskap som behövs för att identifiera våldsutsatta kvinnor. Detta resulterar i ett större mörkertal och att frågor om våld undviks att ställas. Sjuksköterskor behöver mer utbildning, fortbildning eller kurser som handlar om våld i nära relationer för att ge ett gott bemötande och ge adekvat stöd. En vårdrelation som baseras på trygghet, tillit och öppenhet är betydande för att få våldsutsatta kvinnor att prata om sin situation. Komplexiteten inom området är ett faktum och innehåller flera aspekter. Det handlar om att som sjuksköterska ha kunskap om våldet, dess struktur, subjektiva och objektiva tecken hos kvinnan. Vidare behövs kunskap om hur man bemöter kvinnor från olika kulturer med ohälsa av varierande slag till följd av våldet. Dessa aspekter samt samhällets struktur gör att området blir komplext och tillkommer med diverse utmaningar. Det kan ställa till svårigheter i praktiken att som sjuksköterska inte besitta tillräckligt med kunskap för att identifiera de

våldsutsatta kvinnorna i tid och ge en god personcentrerad vård.

REFERENSFÖRTECKNING

- *artikel inkluderad i resultatet
- *Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, GL. (2016) Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International Nursing Review*. 63(3): 422-428. [10.1111/inr.12302](https://doi.org/10.1111/inr.12302)
- Barker, P.J & Buchanan-Parker, P. (2005). *The tidal model – a guide for mental health professionals*. London: Routledge.
- Bermele, C., A Andresen, P., Urbanski, S. (2018) Educating Nurses to Screen and Intervene for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Nursing for women's health*. 22(1). 79-86. Doi: 10.1016/j.nwh.2017.12.006
- Bhattacharya, A., Yasmin, S., Bhattacharya, A., Baur, A., Madwani, K. (2020). Domestic violence against women: A hidden and deeply rooted health issue in India. *General of Family Medicine and Primary Care*, 9(10), 5229-5235. doi: [10.4103/jfmpe.jfmpe_506_20](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_506_20)
- 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
- *Bradbury-Jones, C., Clark, M., Parry, J., Taylor, J. (2016). Development of a practice framework for improving nurses' responses to intimate partner violence. *Journal for clinical nursing*. 26(15-16): 2495-2502. [10.1111/jocn.13276](https://doi.org/10.1111/jocn.13276)
- Brottsförebyggande rådet (2021) *Våld i nära relationer*. <https://bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>
- *Brykczynski-A, K., Cranc, P., Medina-K, C., Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Volym(23)143-152. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x
- Chapin, J., Coleman, G., Varner, E. (2011) Yes we can! Improving medical screening for intimate partner violence through self-efficacy. *Injury and violence*. 3(1):19-23. Doi: 10.5249/jivr.V3il.62
- Charlene C Bermele. (2018). Educating Nurses to Screen and Intervene for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Nursing for Women's Health*. 22(1): 79-86. [10.1016/j.nwh.2017.12.006](https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.12.006)
- *Clark, C., Lynette, M., Renner, and Logeais, M. (2020). Intimate Partner Violence Screening and Referral Practices in an Outpatient Care Setting. *Journal of Interpersonal Violence*. Volym(35). Sida 5877-5888. Doi: [10.1177/0886260517724253](https://doi.org/10.1177/0886260517724253)
- *Courtney, J., Williston, J., Kathryn, D., Lafreniere (2013) "Holy Cow, Does That Ever Open Up a Can of Worms?": Health Care Providers' Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence. *Health Care for Women International*. 34:814-831. 10.1080/07399332.2013.794469
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Feder, G.S., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A.R. (2006). Women exposed to intimate partner

- violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *JAMA Internal Medicine* 166(1), 22-37.
doi:10.1001/archinte.166.1.22
- Forsberg, C., Wengström Y. (2017) *Att göra systematiska litteraturstudier värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Johanneshov: MTM
- Francis, L., Loxton, D., James, C. (2017) The culture of pretence: a hidden barrier to recognising, disclosing and ending domestic violence. *General of clinical nursing*. 26(15-16)-2202-2214. Doi: 10.1111/jocn.13501.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red). *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-152) Studentlitteratur.
- Ergin, N., Bayram, N., Alper, Z., Selimoglu, K., Bilgel, N. (2005) Domestic violence: A tragedy behind the doors. *Women and health*. 42(2):35-51. Doi: 10.1300/j013v42n02_03
- Guruge, S. (2012). Nurses role in caring for women experiencing intimate partner violence in the Sri Lankan context. *ISRN Nursing*, 2012. doi:10.5402/2012/486273
- Hommel, A (2017). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterska* (Svensk sjuksköterskeförening) Stockholm.
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>
- Lovi, R., Hutchinson, M., Hurley, J. (2018). Inclusion of intimate partner violence-related content within undergraduate health care professional curriculum: Mixed methods study of academics attitudes and beliefs. *Contemporary Nurse*. 54(6):592.
[10.1080/10376178.2018.1530946](https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1530946)
- Lundgren, E. (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS).
- Malik, M., Munir, N., Ghani, M., Ahmad, N (2021). Domestic violence and its relationship with depression, anxiety and quality of life: A hidden dilemma of Pakistani women. *Pakistan journal of medical sciences*. 37(1), 191-194. Doi: 10.12669/pjms.37.1.2893.
- *Mauri, E., Nespoli, A., Persico, G., Zobbi, V. (2015) Domestic violence during pregnancy- Midwives' experiences. *Elsevier*. 31(5). 498.504. Doi: 10.1016/j.midw.2015.02.002.
- Matheson, F., Dauod, N., Hamilton-Wright, S., Borenstein, H., Pedersen, H. & O'Campo, P. (2015) Where did she go? The transformation of self-esteem, self identify. *Elsevier*. 25(5), 561-569. 10.1016/j.whi.2015.04.006
- Nadine Moreira, D., Pinto da costa, M. (2020) The impact of the covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *International journal of law and psychiatry*. 2020;71:101606. Doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101606.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) 2021-11-08. *Rutiner och vårdprogram ger stöd i arbetet mot våld*. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-varden/rutiner-och-varldprogram/>
- Nationellt Centrum för kvinnofrid. (Maj 2017) *Uppsalamodellen: Att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården*.
http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/557/NCK_Uppsalamodellen_low.pdf

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) 2021. *Våld i nära relationer*. Hämtat 20211114.
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/>

- *Pearl Pitter, C (2016) Midwives' knowledge and attitudes when encountering Gender-Based Violence in their practice at a maternity- hospital in Kingston, *Jamaica. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 11:29458. 1748-2631.
 Doi:10.3402/qhw.v11.29358.
- *Poreddi, V., Gandhi, S., Nikhil reddy S, S., Palaniappam, M., BadaMath, S. (2020). Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses knowledge, confidence, barriers and learning needs. *Archives of psychiatric nursing*. 34(5):398.
[10.1016/j.apnu.2020.07.015](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.015)
- *Sundborg, E., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., and Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*. 11(1): 1-11. [10.1186/1472-6955-11-1](https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-1)
- *Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., Hylander, 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.
[10.1111/jocn.12992](https://doi.org/10.1111/jocn.12992)
- Sandman, L., Kjellström, S. (2018). *Etikboken- Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialdepartementet (20211021) *Hälso- och sjukvårdslag* (2017:30).
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30
- Socialstyrelsen (2014) *Att vilja se, vilja, veta och att våga fråga: Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*.
[https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf#_utma=1.1776432292.1636717178.1636717178.1636820025.2&_utmb=1.14.10.1636820025&_utmc=1&_utm=-&_utmz=1.1636717178.1.1.utmcsr=\(direct\)|utmccn=\(direct\)|utmcmd=\(none\)&_utm=-&_utmk=200439854](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf#_utma=1.1776432292.1636717178.1636717178.1636820025.2&_utmb=1.14.10.1636820025&_utmc=1&_utm=-&_utmz=1.1636717178.1.1.utmcsr=(direct)|utmccn=(direct)|utmcmd=(none)&_utm=-&_utmk=200439854)
- Våld: Handbok om socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer: SOSFS 2014:4*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>
- Watts, C., Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *THE LANCET regional health*. 359. 1232-1237. [10.1016/S0140-6736\(02\)08221-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08221-1)
- Wilson, D. (2015) Editorial: Practising with our hearts and minds: nurses and intimate partner violence. *Volym(24)* Sidor 2055-2056. <https://doi.org/10.1111/jocn.12897>
- *Williams-R, J., Halstead, V., Salani, D., Kocmer, N. (2017). An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. Volym(26), 2192-2201. Doi: 10-1111/joen.13353
- Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1.utg) Stockholm: Natur och kultur.
- Örmon, K. (2019). *Våld i nära relationer och psykisk ohälsa*. Skärsäter & Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundnivå*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Östlund, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red). *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59-82) Studentlitteratur.

BILAGA 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Ange valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl Complete 2021-10-20	(MH "Nurses+") OR (MH "Nursing Role") OR "nurse*" AND (MH "Intimate Partner Violence") OR "domestic violence" OR "violence against women" OR "domestic abuse" AND (MH "Knowledge+") OR (MH "Nursing Knowledge") OR "knowledge"	111	2011–2021 Engelska Peer reviewed	90	30	Al-Natour m.fl. (2016) Clark, C m.fl. (2020) Sundborg, E m.fl.(2012)
PubMed 2021-10-20	((("Nurses"[Mesh]) OR "Nurse's Role"[Mesh]) OR (nurse*)) AND ((knowledge OR "Knowledge"[Mesh]) OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh])) AND (("Intimate Partner Violence"[Mesh]) OR ("domestic violence" OR "battered women" OR "violence against women" OR "domestic abuse"))	124	2011–2021 Engelska	110	13	Bryczynski-A m.fl. (2011) Courtney m.fl. (2013) Mauri, E m.fl. (2015) Poreddi, V m.fl. (2020) Williams-R m.fl.(2017) Sundborg, E m.fl.(2015)

<p>PubMed 2021-10-28</p>	<p>((("Nurses"[Mesh]) OR "Nurse's Role"[Mesh]) OR (nurse*)) AND ((knowledge OR "Knowledge"[Mesh]) OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh])) AND (("Intimate Partner Violence"[Mesh]) OR ("domestic violence" OR "battered women" OR "violence against women" OR "domestic abuse" AND "screening"))</p>	<p>69</p>	<p>2011–2021 Engelska</p>	<p>25</p>	<p>19</p>	<p>Pearl Pitter (2016)</p>
------------------------------	---	-----------	-------------------------------	-----------	-----------	----------------------------

1 BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidsskrift	Syfte	Metod	Resultat
Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, GL	Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study	2016 Jordanien International Nursing Review	Syftet var att beskriva sjuksköterskors roller och praxis i Jordanien gällande våld i nära relationer	Metod: Kvalitativ studie. Urval: 12 sjuksköterskor. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Steg av Colaizzi's fenomenologiska metod	Resultatet visade på brist på adekvat träning, kunskap om screeningmetoder och kunskap om policys på sjukhusen
Brykczynski-A, K., Cranc, P., Medina-K, C., Pedraza, D.	Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge	2011 USA Journal of the American Academy of Nurse Practitioners	Syfte var att studera kunskaper och kliniska erfarenheterna hos spec. sjuksköterskor som arbetar med kvinnor som utsatts för våld i nära relation.	Metod: Kvalitativ studie Urval: 10 sjuksköterskor Datainsamling: Intervjuer med fenomenologisk grund Analys: Fenomenologisk metod	Det saknades resurser och kunskap om de mest effektiva insatserna. De kan bli frustrerade när de ser samma återkommande mönster kopplat till våldscykeln.
Clark, C., Lynette, M., Renner, and Logeais, M.	Intimate Partner Violence Screening and Referral Practices in an Outpatient Care Setting.	2020 USA Journal of Interpersonal Violence	Syftet var att identifiera nuvarande praxis, policys, barriärer och möjligheter för att ha riktlinjer på rutin för personer som utsatt för våld i nära relationen.	Metod: Mixad studie Urval: 23 sjuksköterskor Datainsamling: Pilotstudie med intervjuer Analys: Innehållsanalys	Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde att det var brist på utbildning. Brist på kunskap om vilka resurser som fanns om de hade en kvinna som svarar ja på att hon var utsatt för våld. Sjuksköterskorna uppgav att det inte hade

					tillräcklig kunskap om protokoll att gå efter, hur de skulle dokumentera.
Courtney, J., Williston, J., Kathryn, D., Lafreniere	“Holy Cow, Does That Ever Open Up a Can of Worms”: Health Care Providers’ Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence	2013 Kanada Health Care for Women International	Syftet var att undersöka personal i primärvårdens upplevelse och hur de närmat sig frågor relaterat till att behandla patienter som avslöjat att de blir utsatta för våld av sina manliga partners.	Metod: Kvalitativ studie Urval: 9 sjuksköterskor. Datainsamling: Fenomenologisk och semistrukturerade intervjuer. Analys: Fenomenologisk metod	Resultatet visade att det behövs rutiner för utbildning med att förbättra deras kunskap, kommunikation och deras självuppfattning när kvinnan ville tala om våld.
Mauri, E., Nespoli, A., Persico, G., Zobbi, V	Domestic violence during pregnancy- Midwives' experiences	2015 Elsevier Milano, Italien	Syftet var att undersöka barnmorskors kunskap och erfarenhet av våld i hemmet bland gravida kvinnor med särskild betoning på deras professionella roll.	Metod: Kvalitativ studie Urval: 15 barnmorskor Datainsamling: Halvstrukturerade intervjuer Analys: Fenomenologisk metod	Resultatet visar att det är svårt att identifiera våld på grund av bristande kunskap kring de vanligaste symtomen, inte tillräcklig med utbildning, kulturella tabuer, kvinnors rädsla att bli avslöjade, De har vissa sätt att identifiera våld med hjälp av screeningverktyg,
Pearl Pitter, C	Midwives’ knowledge and attitudes when encountering Gender-Based Violence in their practice at a maternity-hospital in Kingston,	2016 Kingston, Jamaica International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Syfte var att förbättra barnmorskors kapacitet att identifiera och behandla hur gravida kvinnor upplever könsbaserat våld i	Metod: Kvalitativ studie Urval: 6 barnmorskor. Datainsamling: Fokusgruppintervjuer på en	Barnmorskor har suboptimal kunskap om könsrelaterat våld. Barnmorskorna uppger att de saknar professionell

	Jamaica		Jamaica.	mödravårdscentral Analys: Innehållsanalys	beredskap.
Poreddi, V., Gandhi, S., Nikhil reddy S., Palaniappam, M., BadaMath, S.	Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses knowledge, confidence, barriers and learning needs.	2020. Indien. Archives of psychiatric nursing	Att undersöka sjuksköterskors kunskap och inlärningsbehov att identifiera kvinnor med psykisk sjukdom som utsatts för övergrepp.	Metod: Kvalitativ studie Urval: 21 sjuksköterskor. Datainsamling: Fokusgruppintervjuer Analys: Innehållsanalys	Många sjuksköterskor uttryckte att dom saknade kunskap, för att de inte fått information om workshops och konferenser kring det.
Sundborg, E., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., Törnkvist, L.	Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care	2012 BMC Nursing Sverige	Syftet var att bedöma sjuksköterskors beredskap att identifiera och förebygga våld i nära relationer i primärvården.	Metod: Kvantitativ studie. Urval: 192 sjuksköterskor inom primärvården. Datainsamling: Frågeformulär. Analys: Regressionsanalys.	Kunskapsbrist hittades hos sjuksköterskor gällande beredskapen. Det fattas riktlinjer, samverkan med andra vårdenheter och kunskap om IPV. Orsaken till att de inte frågade var främst för att de inte hade kunskap hur de skulle ställa frågan och om de fick bekräftat så erbjöd de ett läkarbesök.
Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., Hylander, I.	To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence	2015 Sverige Journal of clinical nursing	Syftet var att förstå distriktssköterskors erfarenheter att möta kvinnor som utsatt för våld i nära relation	Metod: Kvalitativ studie Urval: 11 distriktssköterskor Datainsamling: Öppna intervjufrågor enskilt Analys: Tematisk	Resultatet visade att distriktssköterskor hade bristande självförtroende att våga fråga kvinnor om de är utsatta för våld. De behövde kunskap kring

				analys	vad de ska göra om en kvinna är utsatt för våld.
Williams-R, J., Halstead, V., Salani, D., Kocmer, N.	An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: A qualitative study.	2017 USA Journal of Clinical Nursing.	Syftet var att undersöka olika screeningmetoder som implementeras på vårdinrättning för att bättre förstå hinder och vad som underlättar identifiering av våldsutsatta kvinnor.	Metod: Kvalitativ studie. Urval: 19 deltagare. 3 sjuksköterskor Datansamling semistrukturerade intervjuer. Analys: Innehållsanalys.	Resultatet visade att mer kunskap om screeningverktyg och riktlinjer efterfrågades. För att veta vilka åtgärder som skulle utföras.