



Namn: Gabriella Lyckman och Nicolina Persson
Program: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för
vårdvetenskap
Kurs: Själständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, VT 2022
Nivå: Grundnivå
Handledare: Annica Lagerin
Examinator: Ing-Britt Rydeman

Sjuksköterskors upplevelser av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation

En litteraturöversikt

Nurses' experiences of caring for women who have been exposed to intimate partner violence

A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Våld i nära relation är ett globalt hälsoproblem och var fjärde kvinna utsätts någon gång i sitt liv av våld i nära relation. Kvinnor kan utsättas för fysiskt, psykiskt, sexuellt och ekonomiskt våld. Detta ger effekter på kvinnans hälsa samt samhällskostnader. I sjuksköterskans profession ingår ett ansvar att respektera varje patient och sjuksköterskan är ofta den som möter våldsutsatta kvinnor först inom hälso- och sjukvården.
- Syfte:** Att belysa sjuksköterskors upplevelser av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation.
- Metod:** Litteraturöversikten omfattar tio vetenskapliga artiklar, fem kvantitativa, fyra kvantitativa samt en mixad metod som hämtats ur databaserna CINAHL complete och PubMed. Artiklarna kvalitetsgranskades och analyserades i enlighet med Fribergs analysmetod.
- Resultat:** Fyra teman identifierades: Sjuksköterskans känslomässiga påverkan i vårdandet av kvinnan, sjuksköterskans känslomässiga påverkan på privatlivet, brist på rutiner och samarbete mellan professioner och brist på kunskap och utbildning.
- Sammanfattning:** Studien visar att de fysiska och psykiska trauman kvinnorna hade utsatts för vid våld i nära relation påverkade sjuksköterskorna känslomässigt. De upplevde att det var svårt att släppa kvinnorna som de vårdat och att detta påverkade deras privatliv. Sjuksköterskorna upplevde brist på rutiner och samarbete mellan olika professioner vilket resulterade i svårigheter gällande att vårda kvinnorna. En osäkerhet upplevdes då sjuksköterskorna inte fått tillräckligt med kunskap och utbildning inom våld i nära relation och var också något som efterfrågades av sjuksköterskorna.
- Nyckelord:** Litteraturöversikt, våld i nära relation, sjuksköterska, vård, kvinnor.

Abstract

Background: Intimate partner violence is a global health problem and every fourth woman is exposed to it at some point in her life. Women can be exposed to physical, psychological, sexual and economic violence. This has an effect on women's health and societal cost. The nursing profession includes to respecting every patient and the nurse are often the profession that meets abused women first in healthcare.

Aim: To illuminate nurses' experiences of caring for women exposed for intimate partner violence.

Method: The literature review includes ten scientific articles, five quantitative, four quantitative and a mixed method retrieved from the databases CINAHL complete and PubMed. The articles were quality reviewed and analyzed in accordance with Friberg's analysis method.

Results: Four themes were identified: nurses emotional impact in the care of the woman, nurses emotional impact on private life, lack of routines and cooperation between professions and also lack of knowledge and education.

Summary: The study shows that the physical and mental trauma the women had been subjected to by intimate partner violence affected the nurses emotionally. They experienced that it was difficult to release the women they cared for and that this affected their privacy. The nurses experienced a lack of routines and cooperation between different professions, which resulted in difficulties in caring for the women. An uncertainty was experienced when the nurses did not receive sufficient knowledge and training in intimate partner violence and was also something that was requested by the nurses.

Keywords: Literature review, intimate partner violence, nurse, caring, women.

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
VÅLD I NÄRA RELATION	1
<i>Ett växande folkhälsoproblem</i>	2
<i>Effekter på kvinnans hälsa</i>	3
<i>Sjuksköterskans roll</i>	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
TEORETISK REFERENSRAM	6
METOD	7
DATINSAMLING	7
DATAANALYS	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	10
SJUKSKÖTERSKANS KÄNSLOMÄSSIGA PÅVERKAN I VÅRDANDET AV KVINNAN	10
<i>Sjuksköterskans känslomässiga påverkan på privatlivet</i>	11
<i>Brist på rutiner och samarbete mellan professioner</i>	12
<i>Brist på kunskap och utbildning</i>	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	16
<i>Sjuksköterskors känslomässiga upplevelser</i>	16
<i>Sjuksköterskors osäkerhet vid vård av våldsutsatta kvinnor</i>	17
<i>Organisationens ansvar</i>	19
KLINISKA IMPLIKATIONER	20
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING	20
SAMMANFATTNING	21
REFERENSFÖRTECKNING	22
BILAGA 1. SÖKMATRIS	2

1	BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	4
---	---	---

INLEDNING

Kvinnor som utsätts för våld i nära relation förekommer i alla samhällsklasser och grupper och har under senare år vuxit till ett globalt folkhälsoproblem. Våld för med sig ett stort lidande och kvinnor som utsätts påverkas på många olika plan. Som blivande sjuksköterskor kommer vi att möta kvinnor som har blivit utsatta för våld i nära relation. Vi har därmed valt att studera våld i nära relation för att få en större förståelse och mer kunskap om hur vi på bästa sätt kan bemöta och vårda kvinnorna.

BAKGRUND

Våld i nära relation

Våld i nära relation är ett begrepp som avser våld mot anhörig. Med anhörig menas någon som en människa haft eller har en kärleksfull relation med, det kan innebära en familjemedlem eller någon i ens släkt. Vanligaste är att det finns eller har funnits en känslomässig relation mellan offret och förövaren. Barn som blivit utsatt för våld i nära relation räknas också in i begreppet, likaså heterosexuella samt homosexuella relationer (NCK, 2020).

Både kvinnor och män utsätts för våld i nära relation men kvinnor utsätts ofta för grövre våld än vad männen gör och det sker upprepane gånger enligt Sveriges kommuner och regering (SKR, 2021). Våldet kan uttrycka sig som fysiskt, psykiskt, sexuellt och ekonomiskt våld. Det fysiska våldet är oftast det våld som många tänker på först som kan yttra sig i slag, knuffar, sparkar, stryptag och örfilar. Psykiskt våld kan vara att förövaren utsätter offret för kränkningar, hot och isolering. Våldtäkt och fysiskt närmande utan offrets medgivande är sexuellt våld. Ekonomiskt våld kan vara att förövaren tar lån genom förfalskning av offrets namnteckning eller andra ekonomiska beslut som förövaren drar fördel av (SKR, 2021). Brottsförebyggande rådet (Brå, 2014) uppger att var fjärde kvinna globalt utsätts för våld av en person som hon har eller har haft en nära relation med. Mörkertalet är dock stort då kvinnor inte är så benägna att anmäla då förövaren oftast är en person som står de nära. Våld i nära relation uppstår inte enbart i olika samhällsklassers och grupper utan är ett globalt folkhälsoproblem och bedöms i många länder som något som accepteras på grund av det ojämlika maktförhållandet mellan män och kvinnor beskriver Världshälsoorganisationen (WHO, 2005). WHO (2013) menar på att det är en mänsklig rättighet att leva ett liv fritt från våld, att vara man eller kvinna är utan betydelse.

Statistiken år 2019 visade att 31% av fallen som rapporterades i Sverige om misshandelsbrott var gärningsmannen en person som kvinnan hade en nära relation med och för män så var siffran 6% enligt Sveriges kommuner och regering (SKR, 2021). WHO gjorde 2013 en sammanställning av internationell forskning om våld i nära relation där det framgick att 30% av kvinnorna som var i ett förhållande hade blivit utsatta för psykiskt och/eller sexuellt våld av sin partner. I sammanställningen framgick även att 38% av mordnen som sker mot kvinnor begår av någon kvinna har en nära relation med. Kvinnors ojämlika ställning i relationen gör att männen känner att de har rätten till att kontrollera kvinnan och därmed utsätta dem för våld.

Ett växande folkhälsoproblem

Världshälsoorganisationen (WHO, 2013) framförde år 2013 att våld mot kvinnor är ett av det allvarligaste hotet mot kvinnors hälsa. Forskning har beskrivit våld mot kvinnor som ett problem sedan 1990-talet. Men det är inte förrän nu på senare år som problemet har vuxit till ett allvarligt folkhälsoproblem i Sverige (Öhman m.fl., 2020). Tidigare uppfattades våld mot kvinnor som ett socialt och juridiskt problem snarare än ett hälsoproblem. Öhman m.fl. (2020) menar att de sett en förändring på synen på våld mot kvinnor och kallar den ” folkhälsans vändning gällande våld mot kvinnor” och innebär ökat krav på hälso-och sjukvården i Sverige. Vårdpersonalen behöver se våld mot kvinnor som ett hälsoproblem och lära sig känna igen våldet med hjälp av förebyggande insatser Öhman m.fl., 2020).

WHO (2013) visar i en rapport att en femtedel av kvinnor som lider av psykisk ohälsa har blivit utsatta för våld i nära relation. Detta påverkar samhällets kostnader för exempel hälso- och sjukvården. I Europa beräknas runt 200 miljarder euro vara kostnader relaterade till kvinnor utsatta för våld i nära relation. Det framkommer också att ungefär hälften av dessa kostnader går till vård för kvinnor som utsatts för våld i nära relations lidande och förlorad livskvaliteten (European Institute for Gender Equality, 2014). I Sverige beräknas ungefär tre miljarder kronor av hälso- och sjukvårdens kostnader utgöra vård för kvinnor som utsatts för våld i nära relation (Socialstyrelsen, 2019).

I en studie av Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE, 2011) undersökte hälso- och sjukvårdens kostnader gällande kvinnor som blivit utsattas för våld i nära relation. Tre olika

kvinnors berättelser undersöktes och i resultatet framkom det att det var stor skillnad på samhällets kostnader. Skillnaden i kostnaden berodde på hur långt nedbruten kvinnan var, om kvinnan fick hjälp av hälso- och sjukvården i ett tidigt stadie eller inte. Om kvinnan fick snabb hjälp av vården bidrog det till att samhället varje år kunde spara runt 300–500 tusen kronor per kvinna (IHE, 2011).

Effekter på kvinnans hälsa

Kvinnor som utsätts för våld i nära relation upplever att deras psykiska och fysiska hälsa påverkas negativt. Det kan handla om att kvinnorna får depressioner, posttraumatisk stress och tarmbesvär. Kvinnorna beskriver att de har ett utdraget lidande som i värsta fall skulle kunna leda till kroniska sjukdomar. Många kvinnor behöver vård under många år för att kunna klara av att ha ett vardagsliv igen. Kvinnor kan till exempel drabbas av missfall samt större risk att drabbas av ätstörningar eller missbruksproblematik (McDowell, 2010). Andra personer som endast upplevt våld vid ett enskilt tillfälle lider inte lika mycket som att bli utsatt i en nära relation (Larsen m.fl., 2014). Oftast bryts kvinnan ner sakta och isolerar sig från omvärlden vilket leder till att kvinnan blir mer och mer kontrollerad. Detta minskar chansen för kvinnan att söka hjälp av vården på grund av att kvinnan är kontrollerad och isolerad av mannen. Andra konsekvenser kan vara sjukskrivning på grund av den psykiska påfrestningen. Detta i sin tur leder till att ekonomin blir påverkad och det blir ännu svårare för kvinnan att lyckas ta sig ur den destruktiva relationen (Sinisalo & Moser Hällén, 2018). I en annan studie uppmärksammades det att de flesta kvinnor som var mellan 18–54 år gamla och som blivit utsatta för våld i nära relation ofta var ny separerade och hade dålig ekonomi eftersom de inte kunde arbeta. Psykisk ohälsa och olika beroendeproblematik var vanligt förekommande bland dessa kvinnor (Bosch m.fl., 2017). Det framkommer i en studie att många sjuksköterskor tror att kvinnor som utsätts för våld i nära relation alltid får fysiska skador på kroppen medan andra sjuksköterskor inte tror det (Andraoulaki m.fl., 2008). En annan studie belyser att det finns en stor fruktan hos kvinnorna över att göra en anmälan hos polisen då de känner en stor skam. Kvinnorna drar sig ifrån att anmäla då det leder till polisutredningar och att socialen blir inblandad. Många kvinnor som söker vård uppger oftast en annan historia kring varför de söker vård (Eliasson, 2000).

Trots att kvinnan utsätts för ständigt våld så väljer hon att stanna hos gärningsmannen. Detta kan förklaras med normaliseringsprocessen. Våldet upplevs inte som normalt från början utan normaliseras stegvist både för kvinnan som utsätts och för mannen som utsätter kvinna för

våld. Både kvinnan och mannen som har en relation finner strategier för att försöka se våldet som normalt. Det kan exempelvis handla om att mannen tar till våld mot kvinnan för att känna att han har makten över henne och situationen och därmed får visa upp sin manlighet. Medan kvinnan försöker att göra rätt för sig hela tiden för att undvika att mannen utsätter henne för våld. Det kan gå så långt att kvinnan till slut gör som mannen säger och förhåller sig till det enbart för att kämpa för sin överlevnad. Att kvinnan förhåller sig till mannen för att inte utsättas för våld kan ofta leda till att kvinnan väljer bort aktiviteter och det sociala umgänget som tidigare har haft stor betydelse. Till slut ser kvinnan att våldet orsakas på grund av att det är fel på henne då hennes egna värderingar har suddats bort och ersätts av mannens. Slutligen finns det inte någon gräns mellan normalt och inte normalt beteende i relationen (Sinisalo & Moser Hällén, 2018).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskor har ett stort ansvar i sin profession och där de etiska förordningarna skall följas. Detta innebär att sjuksköterskan bör ha respekt för patientens autonomi, arbeta efter en personcentrerad vård och måna om mänskliga rättigheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Självkännedom, värdighet, integritet och självbestämmande är grunden till det som sedan kallas autonomi (Devi, 2013). Sjuksköterskor har kärnkompetenser, att samverka i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap/ kvalitetsutveckling, personcentrerad vård, säker vård och informationsvetenskap. Dessa kärnkompetenser ligger till grund för sjuksköterskans vårdande av patienter (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Att sjuksköterskor ska arbeta personcentrerat menas att de ska ta beslut grundat på kunskap och färdigheter samt att vara närvarande. Patienten som vårdas och sjuksköterskan ska bygga upp en relation som bygger på ömsesidig förtroende och förståelse. Där respekt och autonomi är viktigt att ta hänsyn till. Patienten har rätten till att vara högst delaktig i vårdandet och sjuksköterskan ska respektera det. Det är viktigt att ta i beaktning vad patienten värderar och har betydelse för hen. Sjuksköterskan bör också vara medveten om sina egna värderingar och uppfattningar då de påverkar omvårdande (McCance & McCormack, 2019).

Sjuksköterskor etiska kod ska vägleda dem i deras profession och har tagits fram av International Council of Nurses (INC). Koden används idag över hela världen och har varit i bruk sedan 1953 och uppdateras för att bättre passa in i dagens samhälle (Svensk

sjuksköterskeförening, 2017). Koden beskriver sjuksköterskans fyra ansvarsområden; sjuksköterskan ska lindra lidande, främja hälsa, förebygga sjukdom och återställa hälsa. Sjuksköterskan ska respektera varje individ oavsett etnicitet, kön, sexuell läggning. Olika åsikter ska respekteras på samhälle, individ och familjenivå. Det är viktigt att sjuksköterskan värderar de mänskliga rättigheterna samt autonomi (ICN, 2012).

Autonomiprincipen utgår från att varje människa har rätten att bestämma över sig själv. Detta betyder att patienter har rätt att få information av vårdpersonalen. Ett exempel på det är den behandling som hälso- och sjukvården erbjuder är endast ett förslag. Patienten kan avstå från detta och som vårdpersonal är det då viktigt att respektera patienten (McCormack m.fl., 2011). Sandman & Kjellström (2018) beskriver vidare om sjuksköterskornas etiska kod att de även har ett personligt ansvar som bygger på att ständigt utveckla sin kompetens för att kunna vara uppdaterad. När sjuksköterskans i sitt yrke tar ansvar är det viktigt att hen med jämna mellanrum uppskattar sin egen men också andras kompetens. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska sjuksköterskan respektera patienten och värna om patientens autonomi och egna värderingar. Sjuksköterskor har ett stort ansvar över att ge stöd och omvårdnad till den våldsutsatta kvinnan. Hälso- och sjukvården arbetar efter fyra etiska principer, rättvisepincipen, principen att inte skada, autonomiprincipen samt göra gott-principen (NCK, 2010).

Från och med år 2017 skulle våld i nära relation ingå som en kurs i Sjuksköterskeutbildningen enligt Högskoleförordning (1993:100). Innan dess var det upp till högskolorna om det valde att ha en kurs i våld i nära relation eller inte. Riksdagen (2019) beskriver att all personal som arbetar inom hälso- och sjukvården bör gå utbildning i våld i nära relation. Detta är viktigt för att personalen ska ha tillräckligt med kompetens och kunna vårda kvinnorna som utsätts för våld i nära relation.

PROBLEMFORMULERING

I dagens samhälle klassas våld i nära relation som ett av de största hoten mot kvinnors hälsa och är ett globalt växande samhälls- och folkhälsoproblem. Var fjärde kvinna utsätts för våld i

nära relation och det påverkar kvinnor både fysiskt och psykiskt. Det leder till ett lidande vars konsekvenser blir ökade samhällskostnader. Kvinnans ojämlika ställning i relationen kan vara en av anledningarna till att männen utsätter kvinnan för våld. Sjuksköterskor möter kvinnorna i sitt arbete och har därmed ett stort ansvar att ge stöd och god omvårdnad. Omvårdnaden bygger på att respektera kvinnans autonomi och integritet och att kvinnan ska vara delaktig i vårdandet. Från och med år 2017 beslutades det att våld i nära relation skulle ingå som en kurs i sjuksköterskeprogrammet. Detta visar på att kunskap inom ämnet är angeläget för att sjuksköterskorna ska kunna vårda kvinnorna. Då sjuksköterskan ofta är den första som träffar på kvinnan inom vården är det viktigt att få en inblick om hur vårdandet upplevs av sjuksköterskorna för att kunna ge en trygg och säker vård.

SYFTE

Att belysa sjuksköterskors upplevelser av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relationer

TEORETISK REFERENSRAM

Litteraturöversiktens teoretiska referensram är Watsons teori om mänsklig omsorg. Teorin innehåller tio karitativa processer och är central för sjuksköterskor i omvårdnaden av patienter. Watson menar att relationen mellan sjuksköterskan och patienten är en viktig del i vårdandet. Sjuksköterskan har ett moraliskt ansvar att värna om patienten samt att stötta och skydda patienten på ett respektfullt sätt. Detta är viktigt för att patienten inte ska känna att sjuksköterskan förolämpar hen. I stället kan sjuksköterskan visa intresse vilket gör att patienten känner sig sedd och respekterad, vilket kan leda till ett ökat välbefinnande (Watson, 2007).

Watson menar att begreppet hälsa är när en människa känner balans mellan kroppen och själen. Det är en stor fördel om sjuksköterskor själva upplever en god hälsa, då kan den energin spridas vidare till patienten. Watson beskriver att människans energi kan göra mycket för harmonin och att energifälten måste vara i balans för att sedan kunna hjälpa andra. Hon beskriver att för att kunna vårda andra måste sjuksköterskan också vårda sig själv.

Egenomsorgen är principiell för att kunna visa medlidande samt sympati för patienter (Gustin & Lindwall, 2012). Watson menar på att sjuksköterskan behöver respektera patientens personliga behov. Alla behov är lika viktiga, det är inte bara de fysiska behoven som räknas

och behöver vårdas utan också människans själ. När sjuksköterskan rör vid den fysiska kroppen så är det inte bara den som berörs utan också patientens inre. Sjuksköterskor möter människor som väljer att öppna upp sig för att de har ett behov av att få vård. Alla behov är lika viktiga och måste värderas och bemötas för att patienten ska kunna få hjälp (Watson, 2007). Wiklund Gustin och Lindwall (2012) menar att Jean Watsons teori utgår från att ta hand om de människorna som är sjuka samt att främja välbefinnande. Hennes karitativa process riktar sig till att lindra lidande såväl psykiskt som fysiskt samt att skapa en omsorgsfull miljö. Om sjuksköterskan i sitt arbete arbetar utifrån ett reflekterande perspektiv kan det bidra till förståelse i vårdandet av en våldsutsatt kvinna. I resultatdiskussionen diskuteras resultatet utifrån Watsons teori om mänsklig omsorg tillsammans med aktuell forskning (Henricson, 2017).

METOD

Litteraturöversikten är utformad efter Fribergs (2017) beskrivning där en fördjupning om sjuksköterskans upplevelse av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation sker. Friberg (2017) beskriver att en litteraturöversikt är att ställa samman kunskap, att kritiskt granska och göra en metodisk sökning över det ämnesområde som valts ut.

DATINSAMLING

Litteraturöversiktens inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara peer-reviewed, vilket Östlund (2017) beskriver är att artiklarna är granskade av ämnesexperter inom området. Artiklarna som inkluderades skulle ha tagit hänsyn till etiska principer som riktlinjer och lagar som finns till för att inte personerna som medverkar i studien ska komma till skada (Kjellström & Sandman, 2018). Artiklarnas resultatdel skulle besvara sjuksköterskors upplevelse av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Artiklar som berörde barn och inte var skrivna på engelska exkluderades.

Enligt Östlund (2017) så har databaserna CINAHL complete och PubMed ett brett utbud av artiklar inom vårdvetenskap och valdes därför till datainsamlingen. I CINAHL complete begränsades sökningen genom att den skulle innehålla artiklar som var publicerade mellan år 2005–2020, deltagarna skulle vara över 18 år, artiklarna skulle vara peer-reviewed och skrivna på engelska. I databasen PubMed användes samma begränsningar förutom att begränsningen peer-reviewed inte existerade. För att säkerställa att artiklarna var peer-

reviewed så gjordes en sökning på de artiklar i CINAHL complete. För att få fram ämnesord som passade syftet användes MeSH termer i PubMed och subject headings i CINAHL complete. Östlund (2017) beskriver att när man söker med ämnesord får man fram samtliga artiklar inom ämnet men också artiklar med närliggande synonymer och resulterar oftast i en bättre och mer avgränsad sökning. I CINAHL complete användes ämnesord *intimate partner violence*, *domestic violence*, *battered women*, *nursing role* och *nursing knowledge* och i PubMed användes ämnesordet: *intimate partner violence*. När det inte fanns några ämnesord så användes det i CINAHL complete fritext med orden: *Nurse experiences* och *nurse attitudes* och i PubMed *nurses experiences*. Vid fritextsökning visar databasen enbart artiklar på de exakta ord man sökt på. Vidare användes boolesk sök teknik vilket innebär att olika sökord kombineras med hjälp av AND, NOT och OR (Östlundh, 2017). NOT användes inte då risken fanns att databaserna skulle sortera bort relevanta artiklar. AND användes för att kombinera olika sökord som *intimate partner violence* och *nursing role*, databasen väljer då att söka på artiklar som handlar om de båda sökorden. OR användes för att databasen skulle få träff på någon av eller båda sökorden som *intimate partner violence* OR *domestic violence*. Vid sökningarna kombinerades både ämnesord och fritext med olika sökblock (Bilaga 1). Det första urvalet av artiklar gjordes genom att granska artiklarnas titel, därefter lästes 59 abstract som svarade på syftet. Av de artiklarna så sparades 20 som sedan lästes i sin helhet och slutligen utfördes en kvalitetsgranskning på 15 artiklar enligt Fribergs (2017) granskningsfrågor. Frågor som ställdes var om syftet var tydligt formulerat, metoden beskriven, undersökspersonerna beskrivna, om resultatet tydligt redovisades och om det fanns några etiska resonemangen. Frågorna undersöktes kritiskt och med noggrannhet och slutligen återstod tio artiklar som kom ifrån åtta olika länder.

DATAANALYS

Med hjälp av Fribergs (2017) fem analyssteg har artiklarna sammanställts och analyserats. I första steget läste författarna igenom de valda artiklarna flera gånger och delar som var relevanta sammanställdes. Artiklarna översattes från engelska till svenska via svensk-engelskt lexikon och granskades med ett kritiskt förhållningssätt, detta för att minimera missförstånd. I det andra steget identifierade författarna varje artikels syfte, metod och resultat. För att sedan i det tredje steget kunna skapa en översiktstabell som gav en välordnad översikt, se bilaga 2. Därefter i det fjärde steget började författarna leta efter likheter och skillnader mellan varje artikels resultat, detta gjordes med hjälp av färgkodning. Då kunde författarna få ett tydligt

perspektiv över vad som var framträdande och en tematisering kunde skapas. Syftet på litteraturöversikten fanns alltid med i åtanke när resultaten från artiklarna studerades. De teman som författarna kom fram till var “sjuksköterskans känslomässiga påverkan i vårdandet av kvinnan”, “sjuksköterskans känslomässiga påverkan på privatlivet”, “brist på rutiner och samarbete mellan organisationer” och “brist på kunskap och utbildning”. I det femte steget hade ett resultat utformats i litteraturöversikten. När författarna analyserade artiklarna delades de upp för att sedan byta artiklar med varandra för att inte missa betydande fakta. Under resterande arbete arbetade författarna tillsammans.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

I arbetet med en litteraturöversikt har författarna tagit hänsyn till och reflekterat över forskningsetik. Sandman & Kjellström (2018) beskriver att etiska överväganden finns med under hela forskningsarbetet, från val av syfte till resultatet. Forskningsetik bygger på etiska principer, lagar och riktlinjer som finns till för att personerna som deltar i studien ska skyddas och inte komma till skada. Tre punkter ska beaktas för att en studie ska kunna uppnå forskningsetiska krav: Studien ska handla om betydelsefulla frågor, vara uppbyggd vetenskapligt och utförd på ett etiskt sätt. Författarna har under arbetets gång tagit hänsyn till dessa frågor och enbart valt etiskt granskade artiklar. Att bland in egen förförståelse om ämnet anses inte vara etiskt korrekt. Priebe och Landström (2017) menar på att resultatet kan påverkas av författarnas åsikter och värderingar. Därmed skrevs tidigare erfarenheter och förförståelse om ämnet ner för att sedan diskuterades sinsemellan. En kvalitetsgranskning av artiklarna har genomförts enligt Fribergs (2017) granskningsfrågor för att säkerställa så att de olika studierna var tillförlitliga. För att inte artiklarna på något sätt skulle bli feltolkade vid översättning från engelska till svenska så användes lexikon. Översättningen utfördes med noggrant vilket ansågs vara viktigt för att följa det etiska riktlinjerna. En litteraturöversikt bygger på andras forskning och författarna var därmed noga med att artiklarna som användes tydligt redovisades (Sandman & Kjellström, 2018). En tydlig redovisning visar på att författarna inte har plagierat någon annans forskning då författarna visade vem som skrivit texten och vart den kom ifrån (Kjellström, 2017).

RESULTAT

I analysen identifierades fyra temaområden: *Sjuksköterskans känslomässiga påverkan i vårdandet av kvinnan, sjuksköterskans känslomässiga påverkan på privatlivet, brist på rutiner och samarbete mellan professioner och brist på kunskap och utbildning.*

Sjuksköterskans känslomässiga påverkan i vårdandet av kvinnan

Sjuksköterskorna beskrev upplevelser av att de blev känslomässigt påverkade av att få träffa kvinnorna som både hade psykiska och fysiska trauman vid våld i nära relationer. Känslor som ilska, sorg och förtvivlan var vanligt att sjuksköterskor upplevde i vårdandet av utsatta kvinnor (Goldblatt, 2009; Häggblom m.fl., 2005; Sundborg m.fl., 2015; Van der Wath m.fl., 2013). Sjuksköterskor upplevde att de utsatta kvinnorna berörde dem professionellt och att detta påverkade mötet och vårdandet av kvinnan. Detta gjorde att det hela tiden pågick en kamp hos sjuksköterskor att inte blanda in sina egna känslor (Di Giacomo m.fl., 2017; Goldblatt, 2009; Häggblom m. fl., 2005; Häggblom & Möller, 2006; Van der Wath m.fl., 2013). Vissa sjuksköterskor hade fördomar och rädsla över att vårda våldsutsatta kvinnor samt en irritation kring att förövaren oftast inte blev straffad. Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att lindra lidandet hos kvinnan (Goldblatt, 2009; Häggblom m.fl., 2005; Natan & Rais, 2010; Van der Wath m.fl., 2013). De menade att för att lindra kvinnans lidande behövdes mer tid, det var ingenting som gick att göra på ett enda besök (Goldblatt, 2009; Sundborg m.fl., 2015) Sjuksköterskor beskrev att i arbetet ingick det att kunna identifiera kvinnor som utsatts för våld i nära relation och att de hade ansvaret att stärka kvinnors hälsa (Häggblom & Möller, 2006; Sundborg m.fl., 2015). Andra sjuksköterskor upplevde att identifiera kvinnor som utsatts för våld i nära relation inte ingick i deras profession, de menade att det fanns andra uppgifter som borde prioriteras före (Goldblatt, 2009; Sundborg m.fl., 2015). Sjuksköterskor upplevde att det var svårt att förstå varför kvinnan valde att stanna kvar i en våldsam relation. De menar att kvinnan hade ett val. Andra beskrev att det var lättare om de fokuserade på de medicinska insatser och omvårdnaden för att kunna minska på sina egna ångestkänslor (Goldblatt, 2009; Häggblom m.fl., 2005; Sundborg m.fl., 2015; Van der Wath m.fl., 2013).

Det var viktigt att arbeta på ett seriöst, ansvarsfullt och professionellt sätt. Att som sjuksköterska möta dessa kvinnor och få se vad de blivit utsatta för kunde bidra till att det var svårare att uppfatta vilka känslor som var sjuksköterskans egna och vilka som var kvinnans.

Genom att sjuksköterskan själv blev berörd och kände sympati för vad kvinnan berättade. Vilket kunde bidra med känslor som hjälplöshet och frustration hos sjuksköterskan (Goldblatt, 2009; Häggblom & Möller, 2006). Erfarenhet av att möta kvinnorna var viktigt, de sjuksköterskor som inte hade samma erfarenhet av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation hade lättare för att låta sina egna känslor bli påverkade. De som kände en större frustration var de oerfarna sjuksköterskor som hade svårt att tillhandahålla ett professionellt arbetssätt (Häggblom & Möller, 2006). Det framkom i studier att betydelsen av sjuksköterskors interaktioner, att alltid vara respektfull mot kvinnans känslor och autonomi var viktigt (Häggblom m.fl., 2005; Van der Wath m.fl., 2013). Sjuksköterskor upplevde positiva känslor då de kände att de var till stor hjälp för den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskor upplevde sig stolta om en våldsutsatt kvinna i stöd med hälso- och sjukvården lyckades lämna sin våldsamma relation (Sundborg m.fl., 2015; Van der Wath m.fl., 2013).

Sjuksköterskans känslomässiga påverkan på privatlivet

Det var svårt för sjuksköterskorna att inte bli påverkade i sitt eget privata liv när de vårdade våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor beskrev att det var svårt att separera arbetet från sitt privatliv. Detta i sin tur kunde leda till att sjuksköterskor började vara mer passiv i vårdandet för att kunna undgå att bli känslomässigt påverkad (Goldblatt, 2009; Sundborg m.fl., 2015). Sjuksköterskor upplevde en ökad ångest efter mötet med kvinnan på grund av vad de fick bevittna av kvinnors egen berättelse. Sjuksköterskor kunde känna ångest för kvinnans framtid och hennes hälsa, rädsla kring självmordsbenägenhet. Det var många sjuksköterskor som tog med sig dessa känslor hem och hade svårt att tänka på annat (Van der Wath m.fl., 2013; Goldblatt, 2009; Sundborg m.fl., 2015; Häggblom & Möller, 2006). Att inte veta om kvinnan tillslut skulle lämna relationen eller om våldet skulle fortsätta var någonting som sjuksköterskor hade svårt att släppa. Det var inte ovanligt att sjuksköterskan gick hem och grät efter sitt arbete (Van der Wath m.fl., 2013; Goldblatt, 2009). Sjuksköterskor upplevde att de återkommande fick upp bilder i huvudet på vissa kvinnor som de träffat som hade fysiska synliga skador (Van der Wath m.fl., 2013). De sjuksköterskor som själva hade upplevt våld i nära relation hade svårt att låta uppmärksamheten ligga på den våldsutsatta kvinnan, istället blev de väldigt känslomässigt påverkade och påmind om vad de själva varit med om (Goldblatt, 2009; Sundborg m.fl., 2015; Van der Wath m.fl., 2013). Sjuksköterskor beskrev att de var rädda för att dejta eller inleda en ny relation tillsammans med en man. På grund av att de var rädda för att själv bli utsatt för våld i nära relation (Goldblatt, 2009; Van der Wath m.fl., 2013). Sjuksköterskor upplevde att deras familj blev som psykologer. Detta

kunde vara en utmaning för hela familjen. De upplevde att de behövde prata av sig för att orka fortsätta jobba med våldsutsatta kvinnor. Ibland behövde även sjuksköterskans partner intyga om att han ej var en våldsutövare. Sjuksköterskor som hade döttrar upplevde ångest över deras barns trygghet i framtiden (Sundborg m.fl., 2015; Goldblatt, 2009).

Brist på rutiner och samarbete mellan professioner

Sjuksköterskor beskrev att stöd från organisationen på arbetsplatsen skulle bidra till att omvårdnaden kring kvinnorna som utsatts för våld i nära relation skulle bli bättre. Stöd från organisationen visade sig ha stor betydelse för sjuksköterskorna (Alhalal, 2020; Beynon m.fl., 2012; Sundborg m.fl., 2012). Beynon m.fl (2012) menar på att utan stöd leder det till brister i vårdandet vilket sjuksköterskorna upplevde var en barriär. Sjuksköterskor upplevde att många kvinnor som vårdades klagade på vården och på dem och kände inget stöd från organisationen. De beskrev en rädsla av att bli anmälda på grund av situationerna som uppstod då rutiner och stöd från ledningen var bristande (Beynon m.fl., 2012). De ansåg att det var organisationens ansvar att se till att det fanns rutiner på arbetsplatsen gällande våld i nära relation. Med hjälp av rutiner kunde sjuksköterskor utföra sitt jobb på ett säkrare och bättre sätt (Alhalal, 2020; Al Natour m.fl., 2016; Beynon m.fl., 2012; Häggblom m.fl., 2005; Sundborg m.fl., 2012). Det fanns riktlinjer på arbetsplatsen där ett team skulle arbeta om frågor gällande kvinnor som utsatts för våld i nära relation, trots detta så upplevde sjuksköterskorna att det inte fanns några tydliga rutiner så att de visste vad de skulle göra när de vårdade kvinnorna (Häggblom m.fl., 2005). Sjuksköterskorna krävde mer ansträngning ifrån organisationen för att riktlinjer som redan fanns skulle bli till tydliga rutiner på arbetsplatsen (Alhalal, 2020; Häggblom m.fl., 2005; Sundborg m.fl., 2012). I studien av Alhalal (2020) beskrev sjuksköterskor att deras arbetsplats inte uppmuntrade dem till att ta itu med att utveckla vården och att det inte fanns rutiner för hur man skulle gå till väga när man träffar kvinnor som blivit utsatta för våld. Rutinerna på arbetsplatsen behövdes ses efter och att det var upp till organisationen. Om det fanns tydliga rutiner så hade det kunnat hjälpa sjuksköterskor att identifiera och hantera våldet på ett bättre sätt. I en annan studie av Al-Natour m.fl (2016) beskrev sjuksköterskorna att de inte trodde att de hade någon behörighet att screena kvinnorna för våld i nära relation då det inte hade framgått i deras arbetsuppgifter. Sjuksköterskor valde där med att inte screena trots att de misstänkte att kvinnan utsatts för våld. De upplevde en rädsla över att bli avskedad för att de gjorde något som inte stod med i arbetsuppgifterna. Sjuksköterskor ansåg att det var svårt att ta ställning till hur det skulle göra på grund av att de upplevde att det var otydliga rutiner på arbetsplatsen.

Sjuksköterskor upplevde att det inte fanns något samarbete mellan olika yrkesgrupper angående kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation och såg det som nödvändigt (Alhalal, 2020; Beynon m.fl., 2012; Häggblom m.fl., 2005; Häggblom & Möller, 2006; Sundborg m.fl., 2012). De önskade att se ett samarbete med bland annat socialtjänsten och olika professioner som kunde hjälpa till med att stötta kvinnorna i deras mående som psykologer och terapeuter (Beynon m.fl., 2012; Sundborg m.fl., 2012). Häggblom och Möller (2006) beskriver att sjuksköterskorna ingick i ett nätverk där de samarbetade med polisen och socialtjänsten angående kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Samarbetet byggde på att alla professioner jobbade tillsammans för att stödja kvinnorna. Sjuksköterskor upplevde att de fick styrka och stöttning av att samarbetet tillsammans med andra yrkesgrupper.

Brist på kunskap och utbildning

Majoriteten av sjuksköterskor hade inte fått någon utbildning i våld i nära relation (Alhalal, 2020; Al-Natour m.fl., 2016; Beynon m.fl., 2012; Di Giacomo m.fl., 2016; Häggblom m.fl., 2005; Häggblom & Möller, 2006; Natan & Rais, 2010; Sundborg m.fl., 2012). Av sjuksköterskor som svarade på att de fått utbildning i ämnet så var det en liten andel som upplevde att det fått tillräckligt under sin sjuksköterskeutbildning (Alhalal, 2020; Häggblom m.fl., 2005; Natan & Rais 2010; Sundborg m.fl., 2012). Sjuksköterskor svarade att de fått information om våld i nära relation genom att aktivt söka den själv via bland annat internet och i kurslitteratur (Natan & Rais, 2010; Sundborg m.fl., 2012) eller också fått utbildning via sin arbetsgivares initiativ där deltagarna hade fått medverka frivilligt (Sundborg m.fl., 2012). I studien av Häggblom och Möller (2006) beskrev sjuksköterskor att de blivit erbjudna att vara med på utbildningar som inriktar sig på olika slags trauman och kriserapier, de sjuksköterskor kände sig välutbildade i ämnet och upplevde därmed en trygghet med att möta kvinnor som utsatts för våld. Några andra sjuksköterskor i samma studie beskrev att de fått en utbildning på två dagar om våld i nära relation. De sjuksköterskorna upplevde att deras osäkerhet hade minskat tack vare utbildningen. De beskrev att kunskapsbristen om våld i nära relation var en avgörande faktor för att sjuksköterskor inte ville ta upp ämnet med kvinnor som utsatts för våld då de kände en osäkerhet (Al-Natour m.fl., 2016; Beynon m.fl., 2012; Sundborg m.fl., 2012). Sundborg m.fl., 2012 beskriver att av de sjuksköterskor som valde att inte fråga om våld i nära relation eller bara frågade ibland så berodde det på att de inte visste hur de skulle ställa frågan. De upplevde en känsla av att vara oförberedda och att inte veta vad de skulle göra med svaren de fick på grund av otillräcklig kunskap inom ämnet. Många

sjuusköterskor var i behov av utbildning i våld i nära relation för att öka deras kompetens kring ämnet (Beynon m.fl., 2012; Di Giacomo m.fl., 2016; Häggblom m.fl., 2005; Sundborg m.fl., 2012). I en kvalitativ studie med öppna frågor av Beynon m.fl. (2012) beskrev sjuusköterskor att de ville lära sig om våld i nära relation genom personer som var mer erfarna inom området, genom kurslitteratur samt ta del av kvinnor som tidigare blivit utsatta och ta hjälp av kvinnojourer. De beskrev vidare att de tyckte att ansvaret låg på arbetsgivaren att se till så att personalen fick en utbildning. Häggblom & Möller (2006) beskrev att sjuusköterskor ansåg att i utbildningen ska frågor angående om hur man misstänker, känner igen och identifierar våld tas upp. Det ska också framgå hur sjuusköterskorna kan fråga kvinnorna om våld i nära relation, vilken hjälp det finns att få och hur man ska jobba med att få bort tabun som finns i samhället kring att prata om ämnet. Sjuusköterskor kände ett stort ansvar gentemot kvinnorna som sökt vård och utbildning i ämnet hade där med varit till stor hjälp i deras profession.

DISKUSSION

Diskussionen innehåller en metoddiskussion och resultatdiskussion. Metoddiskussionen bygger på en beskrivning om hur kvaliteten har säkerställts i arbetet. Både styrkor och svagheter gällande metoden diskuteras utifrån ett kritiskt förhållningsätt (Henricson, 2017). I resultatdiskussionen identifieras olika fynd utifrån resultatet. Fynden diskuteras utifrån Watsons omvårdnadsteori, bakgrund samt mot ny forskning.

METODDISKUSSION

När uppsatsämnet som studerades valdes ut så gjordes det med omsorg. Segersten (2017) menar på att det är viktigt att välja ett ämne som är av intresse då det läggs ner mycket tid på arbetet, att välja ett ämne som inte är av intresse kan påverka kvalitén i arbetet. Båda författarna kände att våld i nära relation var ett viktigt ämne att studera då kunskapen kring ämnet inte var så stor och nyfikenheten kring att lära sig mer om ämnet var lockande. Databaserna PubMed och CINAHL complete har ett stort utbud av artiklar inom vårdvetenskap och användes där med för att söka fram artiklar (Östlundh, 2017). Författarna kan se det som en svaghet att inte använda sig av flera databaser då Henricson (2017) menar på att det ökar arbetets trovärdighet då chanser blir större att hitta fler artiklar som besvarade syftet. Om det hade funnits mer tid så hade en tredje databas använts för att ytterligare öka chansen att hitta fler artiklar. Författarna valde att använda både ämnesord och fritextsökning

vilket var till en fördel då ämnesord ger en mer specifik avgränsad sökning och fritextsökning gör det möjligt att söka på sökord som ännu inte har blivit till ämnesord. Svenska MeSH och CINAHL Subject headings användes för att få fram relevanta ämnesord. Ordet upplevelser på engelska *experiences* fanns inte som ämnesord i vare sig PubMed eller CINAHL complete. Författarna valde där med att söka på *nurse experiences och nurses experiences* i en fritextsökning. Genom MeSH framkom det att *attitude* var ett ämnesord som gick att söka på för att få fram artiklar som beskrev upplevelse vilket författarna valde att lägga till. Då utbudet av artiklar inom ämnesområdet inte var så stort med endast fritextsökningen *nurse experiences* eller *nurses experiences* och ämneordet *attitude* så valde författarna att lägga till *nursing knowledge*. Ordet fanns som ämnesord i CINAHL complete och artiklarna som hittades med ämnesordet svarade på litteraturöversiktens syfte. En svaghet med arbetet kan ha varit valen av de sökorden då resultatet kan ha påverkats. För att få fram ett bra urval av sökorden så användes boolesk söklogik (Östlund, 2017). AND och OR användes vilket såg som en styrka då författarna valde att kombinera ämnesorden *intimate partner violence* OR *domestic violence* och fick där med en bredare men mer specifik sökning då databasen plockade ut artiklar där ett eller flera av ämnesorden var med. AND användes för att koppla ihop olika sökord och bidrog också till att fler artiklar hittades.

Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation och tanken var först att enbart kvalitativa studier skulle inkluderas. Segesten (2017) beskriver att kvalitativa studier bidrar till att få en djupare förståelse inom ämnet som undersöks då deltagarna får möjlighet att beskriva sin subjektiva upplevelse. Då författarna hade svårigheter med att hitta enbart kvalitativa artiklar inom ämnesområdet så inkluderades även kvantitativa artiklar vilket kan ha varit en svaghet då inte den subjektiva upplevelsen beskrivs på samma sätt. För att inte feltolkningarna skulle uppstå eller relevant information skulle försvinna så var båda författarna noga med att diskutera den korrekta översättningen från engelska till svenska. Det var nödvändigt då författarna menade på att risken annars fanns att påverka litteraturöversiktens pålitlighet. Artiklarna som valdes ut i urvalet skulle vara etiskt och vetenskapligt granskade. Det anses som en styrka för arbetet då författarna kunde känna sig trygga med att studierna byggde på etiska principer.

Artiklarna i resultatet är spridda över hela världen. Författarna ser det som en styrka att artiklarna inkluderades från olika länder för att få en ökad förståelse om hur sjuksköterskor i olika länder upplevde att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Men också att få

en möjlighet att se om det var några skillnader globalt mellan sjuksköterskor i olika kulturer. För att resultatet inte skulle påverkas av tidigare värderingar och förståelse så diskuterades artiklarnas resultat innehåll upprepande gånger mellan författarna under arbetets gång. Detta sågs som en styrka för arbetet då författarnas åsikter valdes att läggas åt sidan och artiklarnas resultat var det som stod i fokus (Henricson, 2017). Författarna har fått förslag på förändringar och kritik från kurskamrater och handledaren som läst uppsatsen. Det ses som en styrka då författarna fick tillfälle till att rätta till misstag som gjorts under arbetets gång. Författarna har respekterat varandras styrkor och svagheter. Respekten har lett till en öppenhet i arbetet som hjälpt till när författarna stött på utmaningar och svårigheter under arbetets gång.

RESULTATDISKUSSION

Utifrån resultatet kunde fyra fynd identifieras: Sjuksköterskors känslomässiga upplevelser, sjuksköterskors osäkerhet vid vård av våldsutsatta kvinnor och organisationens ansvar.

Sjuksköterskors känslomässiga upplevelser

Sjuksköterskor är en profession som möter och vårdar kvinnor som utsätts för våld i nära relation och i studiens resultat framkommer det att sjuksköterskor är känslomässigt påverkade på sin arbetsplats och i sitt privatliv. Det är vanligt att sjuksköterskor känner en oro för den våldsutsatta kvinnans hälsa och hur hennes framtiden kommer se ut. Detta i sin tur gör att sjuksköterskor tar med sig oron hem och det är svårt att försöka bli av med känslorna vilket skapar ett lidande. Sjuksköterskor har svårt att inte blanda in egna känslor och det gör att de känner sig stressade och påverkas psykiskt. Att visa sina egna känslor för den våldsutsatta kvinnan upplever sjuksköterskor som oprofessionellt. Minnesbilder av fysiska skador på kvinnor som utsätts för våld i nära relation är utmanande för sjuksköterskor och är svårt att släppa.

Studiens resultat styrks i studien av Maier (2011) där sjuksköterskor beskriver att de blev känslomässigt påverkade när de vårdade kvinnor som utsatts för våld i nära relation. De hade svårt att släppa dessa känslor och sjuksköterskans egen familj var tvungna att stötta sjuksköterskan via till exempel samtal. Watson menar att det är av stor vikt hur sjuksköterskan möter kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Sjuksköterskan kan ge fel intryck och detta kan påverka vårdandet och bidra till en negativ bild över hälso- och

sjukvården. Detta skulle kunna göra att en våldsutsatt kvinna inte vill söka vård längre (Gustin & Lindwall, 2012). I studien av D'Avolio (2011) beskrivs det att erfarenheten av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation spelar en stor roll för sjuksköterskors känslomässiga påverkan. Arbetsmiljöverket menar att det bör finnas rutiner för att kunna hjälpa sjuksköterskor som är i behov av hjälp och stöd. Det behövs för att sjuksköterskor ska kunna återhämta sig från situationer som de påverkats psykiskt av men också för att kunna förebygga och minska chansen att hamna i samma situation igen. Organisationen har ett ansvar i att skaffa sig kunskap om hur bemötandet till sin personal bör gå till, exempelvis hur man kan minska på personalens oro. På polismyndigheten i Sverige finns material att hämta (Arbetsmiljöverket, 1999). Watson beskriver att etiken är viktig och en självklar del i sjuksköterskans profession. Watson menar att sjuksköterskan måste börja med att vårda sig själv innan hen vårdar en patient, då det krävs en balans mellan kroppen och själen, energifälten måste vara i balans. Om sjuksköterskan själv mår bra kan hen få sina patienter att må bra, detta genom att visa sympati och empati (Gustin & Lindwall, 2012).

Sjuksköterskors osäkerhet vid vård av våldsutsatta kvinnor

På grund av otillräckliga rutiner, kunskap och utbildning inom ämnet så visar resultatet att sjuksköterskor upplever en osäkerhet när de träffar kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Kunskapsbristen gör att de inte vill ta upp ämnet trots att de misstänker att kvinnor har blivit utsatta för våld. Sjuksköterskorna beskriver att de upplever att de är oförberedda vilket leder till att de inte vet hur de ska ställa frågan om våld i nära relationer. De enstaka sjuksköterskor som har fått utbildning i ämnet upplever att de kände sig säkrare och tryggare med att bemöta kvinnorna än vad det gjort tidigare på grund av mer kunskap i bagaget. Studiens resultat stärks även av Allan och Keeney (2012) där sjuksköterskor beskriver brist på kunskap som ett hinder för att kunna ge kvinnorna den vård de behöver. Omvårdnaden som sjuksköterskorna utför upplever de som bristande och en tydlig anledning till det kan vara att de inte fått utbildning eller föreläsningar inom ämnet. De menar på att den kunskapen de har inom ämnet har de fått igenom erfarenheter. Då nyexaminerade sjuksköterskor har mindre erfarenheter gör det att de får det svårare att vårda dessa kvinnor. Sjuksköterskor beskriver att om de får utbildning i ämnet skulle de kunna ingripa framgångsrikt och på ett bättre sätt (Allan & Keeney, 2012).

Kvinnor som utsatts för våld i nära relation upplever att deras hälsa påverkas negativt både fysiskt och psykiskt och upplever ett stort lidande (Larsen mfl., 2014). Det är därmed viktigt

för hälso- och sjukvårdspersonal att upptäcka våld i nära relation i ett tidigt stadiet för att kunna minska de lidande som kvinnorna känner och det görs genom att fråga kvinnorna om våld (Sinisalo & Moser Häller, 2018). WHO (2013) beskriver att hälso- och sjukvården måste visa på en mer betydande roll, som att finnas till som stöd för kvinnorna som blivit utsatta för våld i nära relation och betonar att riktlinjer gällande våld i nära relation måste ses över för att kunna integrera utbildning i den kliniska verksamheten. Sjuksköterskornas etiska kod (INC) används idag över hela världen. Koden bygger på ansvarsområden lindra lidande, främja hälsa, förebygga sjukdom och återställa hälsa. Det är viktigt att sjuksköterskor följer den etiska koden för att kvinnorna som vårdas ska få en så bra omvårdnad som det bara går. Då kunskap är bristande är det svårt för sjuksköterskorna att stå för den etiska koden vid bemötande av kvinnorna. Åtgärder behövs där med vidtas vilket gjordes i Sverige 2017 då utbildning i våld i nära relation ska ingå i sjuksköterskeutbildningen enligt Högskoleförordning (1993:100). Riksdagen (2019) beskriver att utbildning behövs för att sjuksköterskorna ska kunna vårda kvinnorna som utsatts för våld på ett tryggt och säkert sätt. Då både riksdagen och Högskoleförbundet tar upp ämnet och kommer fram till att utbildning behövs för att kunna hjälpa kvinnorna visar på att kunskap om ämnet efterfrågas för att sjuksköterskorna ska kunna bemöta kvinnorna utan att känna osäkerhet. Då sjuksköterskor känner osäkerhet på grund av kunskapsbrist så blir det svårt att arbeta personcentrerat. Personcentrerad vård bygger på att vårda kvinnorna utifrån professionell kompetens, som att ha kunskap och färdigheter inom ämnet samt att vara närvarande (McCance & McCormack, 2019). Då sjuksköterskor undviker att fråga om våldet på grund av kunskapsbrist kan det leda till att relationen mellan sjuksköterskor och kvinnorna blir lidande. Jean Watson beskriver i sin omvårdnadsteori att relationen mellan sjuksköterskan och patienten är en viktig del i vårdandet (Watson, 2007). Sjuksköterskan har ett moraliskt ansvar att värna om patienten. Detta görs genom att visa att man stöttar patienten på ett respektfullt sätt. Då kunskapen är bristande kan kvinnorna i stället uppleva att de blir förolämpad snarare än att bli respekterad och relationen kan därmed bli lidande. Sjuksköterskan har också ett personligt ansvar gentemot den etiska koden som bygger på att ständigt utveckla sin kompetens för att kunna vara uppdaterad. När sjuksköterskans i sitt yrke tar ansvar är det viktigt att hen med jämna mellanrum uppskattar sin egen men också andras kompetens (Sandman & Kjellström, 2018) Många kvinnor som blivit utsatta för våld uppsöker hälso- och sjukvården med vaga fysiska och psykiska symtom (Socialstyrelsen, 2014). De väljer att inte berätta om sina problem för att personalen inte ska ställa frågor om våld. För att kvinnorna ska få en så bra vård som möjligt så måste våldet upptäckas. Att hälso- och sjukvårdspersonal vågar ta upp ämnet och

fråga kvinnan om våld kan leda till att hon öppnar upp sig och vågar prata om våldet. Därmed kan kvinnan få den hjälp och stöd som behövs. På mödravårdscentralen har de som rutin att fråga de gravida kvinnorna om våld. Forskning har visat att det lett till att fler fall har upptäckts tack vare att personalen ställt frågan om våld. För att personalen ska kunna upptäcka kvinnorna så rekommenderar Socialstyrelsen att alla inom hälso- och sjukvården ska gå utbildning i våld i nära relation. De menar på att anledningen till att vissa inte tar upp ämnet och vågar fråga kvinnorna om våld kan hänga ihop med att de sitter på för lite kunskap om våld i nära relation och där med inte vet vad de ska göra med svaren de får. Därmed är det viktigt att öka kunskaperna inom ämnet (Socialstyrelsen, 2014). Här gäller det att sjuksköterskorna ska kunna värdera att de har bristande kunskaper och att utbildning skulle vara till en stor hjälp för att kunna öka förståelsen kring ämnet vilket kan leda till bättre och säkrare vård.

Organisationens ansvar

I resultatet framkommer det att stöd från organisationen på arbetsplatsen har stor betydelse för sjuksköterskors arbete vid att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Genom tydliga rutiner så vet personalen vad det ska göra när det träffar på kvinnorna i arbetet och kan där med vårda kvinnorna på ett säkrare och bättre sätt. Sjuksköterskor beskriver rädslor och förvirring på grund av otydliga rutiner. De menar på att rutiner bör ses över för att arbetet ska blir bra och att det är upp till sjukvårdsorganisationen. Sjuksköterskornas upplevelser också att de skulle vilja se ett samarbete mellan olika organisationer och myndigheter för att på så sätt få stöd och hjälpa av varandra för att vårda kvinnorna.

Socialstyrelsen har presenterat SOSFS 2014:4 (Socialstyrelsen, 2014) föreskrifter och allmänna råd inom våld i nära relation till bland annat hälso- och sjukvårdspersonal. Det beskrivs att rutiner ska fastställas av varje vårdgivare, detta behövs för att kunna bedriva och utföra samt utveckla omvårdande på ett säkert sätt. Det är också upp till vårdgivaren att avgöra när men också hur personalen ska ställa frågor till den våldsutsatta för att kunna identifiera våldsutsatta. Allmänna råd som Socialstyrelsen tar upp är att vårdgivaren ska se till så att hälso- och sjukvården samarbetar med olika myndigheter och organisationer för att hjälpa kvinnorna som utsatts för våld i nära relation. Resultatet stärks av Socialstyrelsen föreskrifter och rutiner. De visar på att organisationen på arbetsplatsen behöver ha tydliga rutiner om hur och när personalen ska fråga om våld i nära relation för att kunna hjälpa kvinnorna men också för att kunna utveckla omvårdnaden. De tar också upp råd som att

samarbeta med andra myndigheter och organisationer, vilket sjuksköterskorna i resultatet beskrev skulle vara bra för att kunna få stöd och hjälp i arbetet. WHO (2013) beskriver att det är viktigt att vårdgivare inom olika yrkesgrupper förstår sambandet mellan utsatthet av våld och påverkan på kvinnors hälsa och kan agera därefter. De beskriver vidare att för att kunna hjälpa kvinnorna så behöver olika yrkesgrupper samarbeta.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Sjuksköterskor blir känslomässigt påverkade i vårdandet av kvinnor som utsatts för våld i nära relation vilket bidrar till en påfrestning. Omvårdnadshandledning skulle därmed vara av betydelse för att motverka känslomässig avtrubning. Det skulle kunna bidra till minskat lidande samt minskade samhällskostnader och vårdkostnader. Under arbetet med litteraturoversikten har det varit påtagligt att kunskap och utbildning om våld i nära relation är nödvändigt för att lyckas i vårdandet av utsatta kvinnor. Det är viktigt att få kunskap om våld i nära relation under sjuksköterskeutbildningen. Genom en mer omfattande utbildning i ämnet kan sjuksköterskor lättare förstå vilken typ av vård som kvinnor är i behov av. Men också för att sjuksköterskan lättare ska kunna identifiera våldsutsatta kvinnor. Även fortsatt utbildning på arbetsplatsen är viktigt och ligger på organisationens ansvar. Även bättre rutiner på organisationsnivå är av vikt för att handleda och ge sjuksköterskor en trygghet att våga fråga om våld. Det skulle kunna vara positivt med öppna diskussioner på arbetsplatsen i syfte att kunna ge stöd mellan vårdpersonal.

FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING

Under arbetets gång har författarna fått kunskap om att det inte finns så mycket forskning utifrån sjuksköterskors perspektiv av att vårda kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation. Därav finns det skäl att genomföra ytterligare forskning inom ämnet både kvalitativ och kvantitativ forskning. Det behöver forskas mer om sjuksköterskors egna känslor, påverkan på privatliv samt inom organisationen. Detta för att i framtiden kunna skapa strategier för att förebygga och stödja sjuksköterskor i vårdandet av våldsutsatta kvinnor. Mer kunskap inom ämnet behövs eftersom detta tyvärr troligtvis kommer att vara ett angeläget problem lång tid framöver inom hälso- och sjukvården. Det behöver forskas om sjuksköterskors utbildning, i förebyggande syfte för att examinerade sjuksköterskor ska kunna bemöta och vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation.

SAMMANFATTNING

Litteraturöversikten visar att sjuksköterskorna blev känslomässigt påverkade i vårdandet av våldsutsatta kvinnor och i sitt privata liv. Att se kvinnorna som utsatta för våld gjorde att sjuksköterskorna upplevde ilska och förtvivlan och kände sig hjälplösa. Detta gjorde att många sjuksköterskor upplevde stress och påverkades psykiskt av att vårda kvinnorna. Många sjuksköterskor upplevde brist på rutiner och i samarbetet mellan olika professioner.

Sjuksköterskorna menade på att de ville se tydliga riktlinjer och rutiner på arbetsplatsen så att de kunde hjälpa kvinnorna på ett bättre och säkrare sätt. Sjuksköterskorna upplevde att ett samarbete bland olika professioner skulle kunna hjälpa dem i vårdandet kring kvinnorna.

Då kunskapsbristen kring ämnet våld i nära relationen var bristande på grund av för lite utbildning upplevde sjuksköterskor en osäkerhet när de skulle vårda kvinnorna.

Kunskapsbristen var en avgörande faktor för att sjuksköterskor inte ville ta upp ämnet med kvinnor som utsatta för våld i nära relation då de kände en osäkerhet. För att öka kompetensen kring ämnet så var utbildning en stor efterfrågan.

REFERENSFÖRTECKNING

*Alhalal, E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International Nursing Review*, (2).

<https://doi.org/10.1111/inr.12584>

Allan, J.D., & Keeney, S. (2012). Nurses' Role in Caring for Women Experiencing Intimate Partner Violence in the Sri Lankan Context. *ISRN Nursing*, 2012, 1-8.

<https://www.doi.org/10.5402/2012/486273>

*Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G.L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International Nursing Review*, 63(4).

<https://doi.org/10.1111/inr.12302>

Androulaki, Z., Rovithis, M., Tsirakos, D., Merkouris, A., Zedianakis, Z., Kakavelakis, K., Psarou, M. (2008). The phenomenon of women abuse: attitudes and perceptions of health professionals working in health care centers in the prefecture of Lasithi, Crete, Greece. *Health Science Journal*, 2(1), 33-40.

Arbetsmiljöverket. (1999). Första hjälpen och krisstöd: *Arbetskyddsstyrelsens föreskrifter om första hjälpen och krisstöd samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna*. Från <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/forsta-hjalpen-och-krisstod-afs-19997-foreskrifter/>

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

Billhult, A & Gunnarsson, R. (2017). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (115-126) Studentlitteratur.

Bosch, J., Weaver, T. L., Arnold, L. D., & Clark, E. M. (2017). The Impact of Intimate Partner Violence on Women's Physical Health: Findings From the Missouri Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(22), 3402–3419. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1177/0886260515599162>

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

Costa Leite, F.M., Costa Amorim, M.H., Wehrmeister, F.C., & Petrucci Gigante, D. (2017). Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saude Publica*, 51(33). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006815>

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Natur & Kultur.

D'Avolio, D. A. (2011). System issues: Challenges to intimate partner violence screening and intervention. *Clinical Nursing Research*, 20(1), 64-80. doi:10.1177/1054773810387923

Devi, N. (2013). Supported decision-making and personal autonomy for persons with intellectual disabilities: Article 12 of the UN convention on the rights of persons with disabilities. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(4), 792-806. doi: 10.1111/jlme.12090

*Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 26(15–16), 2307–2316. <https://doi.org/10.1111/jocn.13625>

Eliasson, Mona (2000). *Mäns våld mot kvinnor i nära relationer*. Natur & Kultur.

European Institute for Gender Equality. (2014). *Estimating the cost of gender-based violence in the European Union*. Luxemburg: Publications Office of the European Union. doi:10.2839/79629

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 141-152) Studentlitteratur.

Glenngård Häger A., Carlsson Steen K, & Berglund A. (2011). Ekonomiska konsekvenser av våld mot kvinnor - En kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.

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

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

*Häggblom, A. M., & Hallberg L. R., & Möller A. R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing & Health Sciences*, 7 (4), 235–242.
<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x>

*Häggblom, A., & Möller, A. (2006). On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090.
<https://doi.org/10.1177/1049732306292086>

Inoue, K. & Armitage, S. (2014). Nurses' understanding of domestic violence. *Contemporary Nurse*, 21(2), ss. 313-322. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2006.21.2.311>

International Councils of Nurses. (2012). Code of Ethics for Nurses. Hämtad: 27 Februari 2022 från https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

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

- Larsen, M. M., Krohn, J., Püschel, K., & Seifert, D. (2014). Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings From Germany. *Health Care for Women International*, 35(4), 359–379.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2012.738264>
- Maier, S. L. (2011). The emotional challenges faced by Sexual Assault Nurse Examiners: “ER nursing is stressful on a good day without rape victims.” *Journal of Forensic Nursing*, 7(4), 161–172. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01118.x>
- McCance, T. & McCormack, B. (2019). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp. (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 76–89). Liber
- McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. Faculty of Science, Medicine and Health -Papers.
<https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3490&context=smhpapers>
- McDowell, L (2010) Interviewing: fear and the liking in the field. Ingår i: The SAGE handbook of qualitative geography, Delyser, D et al. (red.), Los Angeles: SAGE, s. 156-171.
- Moser Hällén, L. & Sinisalo, E. (2018). Vad är mäns våld mot kvinnor? I Sinisalo, E. & Moser Hällén, L. (red.) *Våld i nära relationer socialt arbete i forskning, teori och praktik* (s.27-52). Liber
- *Natan, M. B. & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of trauma Nursing*, 17(2), 112-117. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181e736db>
- Nationellt Centrum för kvinnofrid. (2010). Hedersrelaterat våld och förtryck. Hämtad 27 Februari 2022 från: www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/hedersrelaterat-vald-och-fortryck/

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2020). Ämnesguider om våld i nära relationer. Hämtad 2 Maj 2022 från: <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/>

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori: Kunskapens universella och lokala karaktär. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 37–40) Studentlitteratur.

Riksdagen. (2019). Utbildning om våld i nära relationer. Hämtad 8 mars, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/utbildning-om-vald-i-nara-relationer_H702319

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. (2 uppl.). Studentlitteratur.

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 105-108) Studentlitteratur.

SFS 1993:100: Högskoleförordningen

Sinisalo, E. & Moser Hällen, L. (red.) (2018). Våld i nära relationer socialt arbete i forskning, teori och praktik: Att hantera kvinnors våldsutsatthet i nära relationer. Liber

Socialstyrelsen. (2014). *Våld- Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Socialstyrelsen <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). Våld i nära relationer. Hämtad 27 februari, 2022, från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

SOSFS 2014:4: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer.

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

Svensk Sjuksköterskeförening (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 27 Februari 2022 från:
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icn%20s%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf>

Sveriges kommuner och regioner. (2021, 1 juni). *Vad är våld i nära relationer?*
<https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsmiljo/valdinararelationstodfordigsomche/f/vadarvaldinararelationer.35439.html>

Van den Bosch, C. Hulscher, M. Akkermans, R. Willie, J. Geerlings, S. & Prins J. (2017). Appropriate antibiotic use reduces length of hospital stay. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 72, 923-932. Doi: 10.1093/jac/dkw469

*Van der Wath, A., Van Wyk, N. & Van Rensburg, E. J. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10). <https://doi.org/10.1111/jan.12099>

Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Caring factors / Caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 16(1), 129-135. Doi:10.1590/S0104-07072007000100016.

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

World health organization. (2005). *WHO Multi-country study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. (NLM classification: WA 309) World health

organization.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43310/9241593512_eng.pdf?sequence=1

World health organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. (NLM classification: HV 6625) World health organization.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/?sequence=1>

Öhman, A., Burman, M., Carbin, M., & Edin, K. (2020). 'The public health turn on violence against women': analysing Swedish healthcare law, public health and gender-equality policies. *BMC Public Health*, 20(753). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08766-7>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserat examensarbete*. (3 uppl., s. 59–82). Studentlitteratur.

BILAGA 1. Sökmatrix

Databas	Sökblock Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl Complete 2022-02-27	(“ MH Intimate partner violence OR MH Domestic violence) AND (Nurse experiences AND Nurse Attitudes)	36	2005–2022 Peer Reviewed English All adult	12	4	Alhalal, E. 2020 Goldblatt, H. 2009 Hägglom, A, m.fl. 2006
Cinahl Complete 2022-02-27	(MH “Intimate partner violence”) AND (MH “Nursing role”)	31	2005–2022 Peer Reviewed English All adult	20	15	Al-Natour, A, m.fl. 2016 Natan, M, m.fl. 2010

Cinahl Complete 2022-02-27	(MH " Domestic violence" OR MH "Battered women") AND ("Nurse attitudes)	55	2005–2022 Peer Reviewed English All adult	25	10	Di Giacomo, P, m.fl. 2017 Hägglom, A, m.fl. 2005
Cinahl Complete 2022- 02-27	(MH "Intimate Partner Violence") AND (MH "Nursing Knowledge")	9	2005–2022 Peer Reviewed English All adult	7	4	Sundborg, E, m.fl. 2012
PubMed 2022-02-27	("Intimate Partner Violence") [Mesh]) AND ("Nurses experiences")	9	2005–2022 Peer Reviewed English All adult	8	7	Beynon, C, m.fl. 2012 Van der Wath, A, m.fl. 2013

1 BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval, Datainsamling, Analys)	Resultat
Alhalal, E	Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence	År, 2020 Land, Saudiarabien Tidskrift, International Nursing Review	Undersöka sjuksköterskors kunskap, attityder och praxis relaterade till våld i nära relationer bland kvinnor i saudiarabiska vårdmiljöer.	Metod: Kvantitativ metod Urval: 144 sjuksköterskor Datainsamling: Frågeformulär Analys: Statistisk analys, regressionsanalys och variansanalys	Ett lågt antal sjuksköterskor har fått utbildning om våld i nära relationer och av de som fått utbildning upplevde de att det inte hade fått tillräckligt för att känna en trygghet och säkerhet vid vård av kvinnorna. Sjuksköterskorna upplevde brist på kunskap om våld i nära relation och var där med oförberedda för att vårda kvinnorna. Resultatet visade att sjuksköterskorna inte hade lämpliga förhållningsätt till våld i nära relation. De flesta upplevde att de inte kände igen riktlinjer på deras arbetsplats.
Al-Natour, A., Gillespie, G.L., Felblinger, D. & Wang, L.	Nurse's roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study	År, 2016 Land, Jordanien Tidskrift, International Nursing Review	Att beskriva Jordanska sjuksköterskors handling och roller vid screening för våld i nära relationer.	Metod: Kvalitativ metod Urval: 12 sjuksköterskor Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Colaizzis fenomenologiska analys	Sjuksköterskor upplevde att de inte vanligtvis screenade för misstänkt våld. De medgav att deras roller var att ge rådgivning, skriva remiss, ge stöd och vårda. Fördelar med screening var bland annat att sjuksköterskan upplevde att de blev bättre och mer säkrare ju mer de screenade. Faktorer som gjorde att sjuksköterskan inte screenade var bland annat brist på kunskap angående våld i nära relation. Sjuksköterskorna upplevde att de kände sig glada över att kunna hjälpa kvinnorna. Sjuksköterskorna som inte screenade upplevde en känsla av hjälplöshet.
Beynon, C., Gutmanis, I., Tutty, L., Wathen, C & Macmillan, H.	Why physicians and nurses ask (or don't ask) about partner violence: a qualitative analysis	År, 2012 Land, Canada Tidskrift, BMC public health	Undersöka sjuksköterskors och läkares erfarenheter både professionellt och personligt gällande frågor om våld i nära relation. Att bestämma variationerna efter	Metod: Mixad metod Urval: 1000 sjuksköterskor och 1000 läkare. Datainsamling: Postenkät och öppna frågor	527 sjuksköterskor avslutade studien. Det gick att se olika faktorer som gjorde att sjuksköterskorna inte frågade om våld i nära relation. Faktorer som identifierades var brist på tid, uppförande hos kvinnor som lever med

			disciplinsjuksköterska eller läkare. Att påvisa konsekvenser för praktik, arbetspolicy och utveckling av läroplan.	Analys: Induktiv innehållsanalys och statistisk metod	övergrepp, för lite undervisning, språk och kulturella skillnader samt partnernärvaro.
Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L.	Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives	År, 2017 Land, Italien Tidskrift, Journal of Clinical Nursing	Att granska sjuksköterskors och barnmorskors attityder och kompetens kring att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation.	Metod: Kvantitativ metod Urval: 51 deltagare varav 31 sjuksköterskor och 20 barnmorskor Datainsamling: Frågeformulär Analys: Deskriptiv statistik analys	Deltagarna upplevde att de var i behov av mer kunskap kring ämnet våld i nära relation för att kunna känna igen och identifiera våldsutsatta kvinnor. 43% uppgav att det hade medverkat under ett seminarium om vårdandet av våldsutsatta kvinnor. Endast 2% uppgav att det fanns en plan för vårdpersonal att följa när de mötte de utsatta kvinnorna. 78% av deltagarna önskade att journalanteckningarna om mötet med kvinnan borde varit väldigt detaljerat för att materialet i ett senare skede kunde användas rättegång.
Goldblatt, H.	Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences	År, 2009 Land, Israel Tidskrift, Journal of advanced nursing	Att granska upplevelsen hos sjuksköterskan när hen möter kvinnor som utsatts för våld i nära relation.	Metod: Kvalitativ metod Urval: 22 kvinnliga sjuksköterskor Datainsamling: Djupgående intervjuer Analys: Tematisk analys	Sjuksköterskor med mindre erfarenhet av att träffa kvinnor som utsatts för våld i nära relation upplevde att det var svårt att släppa de känslor som uppkom efter mötet med kvinnan och att deras privatliv blev påverkat.
Hägglom, A., Hallberg, L., & Möller, A.	Nurses' attitudes and practices towards abused women	År, 2005 Land, Finland Tidskrift, Nursing & Health Sciences	Att beskriva sjuksköterskors kunskap, praxis och utbildning relaterade till övergrepp mot kvinnor.	Metod: Kvantitativ metod Urval: 133 sjuksköterskor Datainsamling: Frågeformulär Analys: Beskrivande statistik	De flesta sjuksköterskor hade inte någon teoretisk utbildning av våld i hemmet och upplevde därmed att de var mindre förberedda att ingripa för att hjälpa våldsutsatta kvinnor än sjuksköterskor som var utbildade. Sjuksköterskors kunskap och uppfattning var växlande och hade nackdelar. Sjuksköterskorna var inte bekanta med strukturer som fanns på arbetsplatsen angående våldsutsatta kvinnor. För att sjuksköterskorna skulle kunna möta kvinnorna så behövdes det ett

					utbildningsprogram. Programmet skulle hjälpa till med att identifiera överlevande efter våld och skulle främja kvinnornas hälsa då sjuksköterskorna skulle vara mer förberedda att ingripa.
Hägglom, A. & Möller, A.	On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse	År , 2006 Land , Finland Tidskrift , Qualitative Health Research	Att granska sjuksköterskors erfarenheter av att i omvårdnadssituationer möta våldsutsatta kvinnor.	Metod: Kvalitativ metod Urval: 10 sjuksköterskor Datainsamling: Strukturerande intervjuer Analys: Grundad teori	Sjuksköterskor upplevde att de fanns brister i kunskap och att detta var jobbigt och skapade stress då de inte visste hur de skulle vårda eller bemöta våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor. beskrev att de gärna ville ha stöttning och hjälp med att skaffa sig kunskap för att veta hur de själva skulle agera gentemot de utsatta kvinnorna.
Natan, M. B., & Rais, I	Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women	År , 2010 Land , Israel Tidskrift , Journal of trauma Nursing	Att granska sjuksköterskans kompetens och erfarenheter av att identifiera kvinnor som utsätts för våld i nära relation.	Metod: Kvantitativ metod Urval: 100 sjuksköterskor Datainsamling: Frågeformulär Analys: Deskriptiv statistik analys	40% av sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap för att möta dessa kvinnor. De upplevde att det var brister i kunskap som gjorde att det svårt att identifiera och screena våldsutsatta kvinnor. När sjuksköterskorna var införstådda på vad våld i nära relation var och betydelsen av att ha rätt inställning i bemötandet var det ändå sällan det användes i praktiken.

Sundborg, M.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	År , 2012 Land , Sverige Tidskrift , BMC Nursing	Att bedöma sjuksköterskors beredskap att identifiera och ge omvårdnad till kvinnor som utsätts för våld i nära relation i primärvården.	Metod: Kvantitativ metod Urval: 192 sjuksköterskor Datainsamling: Frågeformulär Analys: Logistisk regressionsanalys	Brister identifierades gällande beredskap för sjuksköterskorna. De upplevde att det saknades organisatoriskt stöd som bland annat riktlinjer, samspel med andra och kunskap om våld i nära relationers omfattning. Bara hälften av sjuksköterskorna frågade om våld och då var det oftast när man kunde se att kvinnan var skadad fysiskt. De upplevde svårigheter att veta hur de skulle fråga om våldet och kvinnorna blev oftast inbokade till ett läkarbesök i stället. Att vara förberedd var kopplat till att de själva skulle skaffa kunskap och även kunna identifiera kvinnorna som utsatts för våld.
Van der Wath, A., Van Wyk, N., & Van Rensburg, E. J.	Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence	År , 2016 Land , Sydafrika Tidskrift , Journal of advanced nursing	Att få en förståelse för sjuksköterskor som jobbar på en akutmottagning, deras upplevelse av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation	Metod: Kvalitativ metod Urval: 11 sjuksköterskor Datainsamling: Ostrukturerade intervjuer Analys: Tematisk analys	Sjuksköterskor på akutmottagningen upplevde att de såg fysiska och psykiska trauman hos kvinnorna. De upplevde också att det var svårt att inte blanda in sina egna känslor när de vårdade kvinnorna. Sjuksköterskorna var där med i stort behov av stöd för att det som sjuksköterskorna upplev var svårt att hantera på egen hand.