



Jenny Ulltin & Sabina Carlsson

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, V51, HT2013

Grundnivå

Handledare: Anette Erdner

Examinator: Jennifer Bullington

**Sjuksköterskans erfarenheter av att vårda kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation – en litteraturöversikt**

**The nurse's experiences of caring for women subjected to domestic violence – a literature review**

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Våld i nära relationer är ett globalt utbrett problem. Var tredje kvinna kommer någon gång under sin livstid att drabbas av någon form av våld i en nära relation. Dessa kvinnor, som kommer från alla samhällets grupper, söker ofta kontakt med hälso- och sjukvården och sjuksköterskan har därmed en viktig roll i vårdandet av dessa kvinnor.

**Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att vårda kvinnor som har utsatts för våld i en nära relation.

**Metod:** Litteraturstudie baserad på tolv vetenskapliga artiklar.

**Resultat:** Resultatet presenteras i fyra teman: Bristande kunskap och utbildning, Sjuksköterskans förhållningssätt och attityder i mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation, Känsломässiga utmaningar för sjuksköterskan i mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation och Sjuksköterskans erfarenhet av att kartlägga våld.

**Diskussion:** Utbildning är viktigt på flera plan för sjuksköterskans arbete med kvinnor som utsatts för våld. Utbildning krävs för att effektivt kunna identifiera kvinnorna, hantera känslomässig påverkan och för att kunna bemöta kvinnorna på ett professionellt sätt.

**Nyckelord:** våld i nära relationer, erfarenhet, omvårdnad, sjuksköterska

## **Abstract**

**Background:** Domestic violence is a globally widespread problem. One in three women will at some point during their lifetime suffer from domestic violence. These women, who come from all groups of society, often seek contact with health care and therefore the nurse plays a vital role in caring for these women.

**Aim:** The aim of this study was to describe nurses' experiences of caring for women subjected to domestic violence.

**Method:** Literature review based on twelve original articles.

**Result:** The result is presented in four main themes: Lack of knowledge and education, The nurse's approach and attitude in the encounter with women who suffered domestic violence, The nurse's emotional challenges in the encounter with women who suffered domestic violence and The nurse's experience of identification of domestic violence victims.

**Discussion:** Education is important on several levels for the nurse's work with domestic violence victims. Education is required in order to efficiently identify the women, manage emotional impact and to respond to women in a professional manner.

**Keywords:** domestic violence, experience, nursing, nurse

## Innehållsförteckning

1. INLEDNING .....	1
2. BAKGRUND .....	1
<b>2.1 Definitioner</b> .....	2
<b>2.2 Statistik</b> .....	2
<b>2.3 Orsaker till våld i nära relationer</b> .....	3
<b>2.4 Våldets konsekvenser</b> .....	3
<b>2.5 Sjuksköterskans roll</b> .....	4
<b>2.6 Problematisering och frågeställningar</b> .....	5
3. SYFTE.....	5
4. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT.....	5
5. METOD .....	7
<b>5.1 Datainsamling och urval</b> .....	7
<b>5.2 Analys</b> .....	8
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	8
7. RESULTAT .....	8
<b>7.1 Bristande kunskap och utbildning</b> .....	9
<b>7.2 Sjuksköterskans förhållningssätt och attityder i mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation</b> .....	10
7.2.1 Förhållningssätt.....	11
7.2.2 Attityder.....	12
<b>7.3 Känsломässiga utmaningar för sjuksköterskan i mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation</b> .....	13
7.3.1 Känsломässigt engagemang .....	13
7.3.2 Känsломässig påverkan .....	13
7.3.3 Sjuksköterskor med personliga erfarenheter .....	15
<b>7.4 Sjuksköterskans erfarenhet av att kartlägga våld</b> .....	16
8. DISKUSSION.....	18
<b>8.1 Metoddiskussion</b> .....	18
<b>8.2 Resultatdiskussion</b> .....	19
9. KLINISKA IMPLIKATIONER .....	23

10. FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	24
11. SLUTSATS .....	24
Referensförteckning.....	25
Bilaga 1 Sökmatrix.....	28
Bilaga 2 Resultatsmatrix .....	29

## 1. Inledning

Som sjuksköterskestudenter har vi ofta fått frågan om vad vi kommer att inrikta oss på när vi tagit examen. Vi är överens om att det finns många områden att intressera sig för och ett av de områden vi känner extra för är vård för kvinnor som utsatts för våld i en nära relation. Det är i dagens samhälle ett högst aktuellt ämne som diskuteras inom många olika forum och något vi kände att vi behövde ytterligare kunskap om då vi förstått att vi med stor sannolikhet kommer att möta dessa kvinnor vare sig vi kommer att arbeta på akuten, ortopeden, förlossningen eller någon annan vårdavdelning. Våld mot kvinnor är ett växande problem och en aktuell beröringspunkt för dagens sjuksköterskor. Av dessa anledningar valde vi detta ämne när vi skulle skriva vårt examensarbete. Kvinnor som har blivit utsatta för våld i en nära relation kan vara svåra att nå och mörkertalet sägs vara högt. Vi vill därför fokusera denna uppsats på att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att vårda kvinnor som utsatts för våld i en nära relation.

## 2. Bakgrund

Våld mot kvinnor är ett globalt växande samhälls- och folkhälsoproblem som utgör det största enskilda hotet mot kvinnors liv och hälsa. Det sker på alla samhällsnivåer, i alla åldrar och på alla tänkbara platser. Våldet mot kvinnor är främst förekommande i hemmet och begås av någon som kvinnan känner (Grände, Lundberg & Eriksson, 2009).

Tidigare ansågs det att våld i nära relationer var ett socialt problem som berörde socialomsorgen men numera anses det vara ett problem för hälso- och sjukvården (McDowall, 2010), därför söker sig ofta kvinnan som blivit utsatt för misshandel till sjukvården (Du Plat-Jones, 2006). Kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation besöker vården mer frekvent än andra kvinnor (Gibbons, 2011) vilket innebär att sjuksköterskan med stor sannolikhet kommer att möta dessa kvinnor någon gång under sitt arbetsliv (Du Plat-Jones, 2006). Våld som drabbar kvinnor i nära relationer består ofta av upprepade kränkningar. En man som upprepade gånger utsätter en kvinna för misshandel, hemfridsbrott eller sexuellt tvång kan dömas för grov kvinnofridskränkning. Upprepning av dessa brott leder till ett strängare straff än om det vore enskilda gärningar (BRÅ, 2013).

Många kvinnor som utsatts för våld i en nära relation upptäcks inte av vården då skam bidrar till att kvinnor inte avslöjar att de är utsatta. Dessutom upplever många kvinnor rädsla inför vilka påföljder avslöjandet skulle kunna få (Du Plat-Jones, 2006).

Kvinnor blir utsatta för våld i nära relationer oberoende av etnisk bakgrund, klass och ålder (Du Plat-Jones, 2006) men kvinnor i socialt utsatta grupper löper större risk att drabbas. Flera studier visar att kvinnor som utsatts för misshandel, sexuella övergrepp eller vanvård som barn löper större risk att senare i livet hamna i förhållanden där de utsätts för våld. Psykisk ohälsa i tonåren är ytterligare en riskfaktor (Grip et al. 2010).

## 2.1 Definitioner

FN (1994) definierar kvinnomisshandel enligt följande:

*“violence against women means any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life.”*

Du Plat-Jones (2006) beskriver våld i hemmet som känslomässigt, fysiskt, sexuellt, psykologiskt eller ekonomiskt utnyttjande av makt och utövande av kontroll utfört av en individ eller flera på en familjemedlem, partner eller före detta partner oavsett kön, ålder eller sexuell läggning. Vidare menar Du Plat-Jones (2006) att våld i hemmet är alla tillfällen av hotande beteende, våld eller övergrepp (psykologiskt, fysiskt, sexuellt, ekonomiskt eller känslomässigt) mellan vuxna människor som är eller har varit partners eller familjemedlemmar, oberoende av kön och sexuell läggning.

## 2.2 Statistik

Enligt en rapport från World Health Organization (WHO) är våld i nära relationer det främst förekommande våldet och det drabbar 30 procent av världens kvinnor. Var tredje kvinna kommer någon gång under sitt liv utsättas för våld i en nära relation (WHO, 2013).

Enligt Brottsförebyggande rådet (BRÅ) är mörkertalen stora då våld skett i en nära relation. Omkring 28 400 fall av misshandel mot kvinnor över 18 år anmäldes under 2012, en ökning med en procent jämfört med året innan. Ökningen kan bero på att antalet anmälningar har ökat, samt att det under 1980-talet gjordes en lagändring som innebar att en anmälan inte kan dras tillbaka (BRÅ, 2013). De stora mörkertalen kan

också bero på att definitionerna av våld i nära relationer skiljer sig åt mellan olika länder, för att det inte alltid rapporteras eller anmäls och att det inte registreras och dokumenteras utförligt. I Världsbankens rapport "Women and Violence" uppskattar man att 3,5 miljoner kvinnor och flickor dör varje år till följd av våld. Hälften av kvinnomorden är begångna av kvinnans partner. Våld mot kvinnor är främst förekommande i heterosexuella relationer där män utövar ett så kallat vardagsvåld (Johnsson- Latham, 2008).

### **2.3 Orsaker till våld i nära relationer**

Det råder en övergripande uppfattning om att orsaken till mäns våldsutövning mot kvinnor i grunden beror på brist på jämställdhet mellan kvinnor och män. Våld mot kvinnor är generellt sexualiserat och könsrelaterat (Grände, Lundberg & Eriksson, 2009). Ett annat perspektiv är det biologiska och evolutionära perspektivet som anser att män är mer benägna att utveckla ett aggressivt och våldsamt beteende för att de svarar till sina naturliga biologiska funktioner. Våld i nära relationer kan här ses som ett patologiskt fenomen hos män med onormalt hög testosteronhalt, ett problem de fötts med. Dock kan man inte med det perspektivet förklara uppkomsten av känslomässig och psykologisk misshandel. I vissa fall förklarar man även att pojkar redan i tidig ålder lär sig att vara våldsamma (McDowall, 2010).

Våldsutövande män finns inom alla samhällsnivåer, de uppträder ofta inte avvikande i andra situationer än då de är våldsamma mot kvinnor (Grände et al., 2009). Många av dessa män har positioner och åtaganden som kräver både intelligenta överväganden såväl som känslomässiga engagemang. En vanlig slutsats är att dessa män själva utsatts för våld när de var barn eller att de har missbruksproblem, något som stämmer i vissa, men inte i alla fall (Eliasson, 2000; Grip, Broberg & Almqvist, 2010; McDowall, 2010). Olika typer av personlighetsstörningar samt alkoholism är relativt vanligt bland dessa män (Grip et al., 2010).

### **2.4 Våldets konsekvenser**

Våld mot kvinnor påverkar både deras fysiska och psykiska hälsa, dessa kvinnor löper större risk för att drabbas av depression och ångest, de har en högre självmordsrisk, sämre självkänsla (Andraoulaki, Rovithis, Tsirakos, Merkouris, Zedianakis, Kakavelakis, Anderoulakis & Psarou, 2008; McDowell, 2010) och en högre dödsfrekvens än den genomsnittliga kvinnan (Gibbons, 2011).



Drabbade kvinnor utsätts för en rad olika komplikationer som allvarliga fysiska skador, reproduktiva problem som missfall, oönskade graviditeter och spädbarnsdöd, depression, ångest, posttraumatiskt stressyndrom och dessutom ökad benägenhet för en ohälsosam livsstil som missbruk av droger och alkohol och ökad risk för ätstörningar (McDowell, 2010). Kvinnor som utsatts får våld i nära relationer löper större risk att drabbas för kronisk huvudvärk och kvinnor som utsatts för sexuellt och emotionellt våld söker ofta vård för gastrointestinala besvär. (Andraoulaki et al., 2008). I en studie av Andraoulaki et al. (2008) fann man att 38,4 procent av sjuksköterskorna trodde att våldet alltid resulterade i kroppsliga skador medan 52,5 procent trodde att våldet endast ibland resulterade i kroppsliga skador. I stor utsträckning associerade sjuksköterskorna våld mot kvinnor med depression och ökad stress.

Eliasson (2000) beskriver att kvinnan upplever en rädsla för de sociala konsekvenserna så som polisutredningar, skilsmässa och ingripande från socialtjänst samt en rädsla för att stämplas som misslyckad. Trots att en del av kvinnorna söker vård, vågar de sällan uppge den verkliga anledningen. Ofta är isolering en följd av den pågående misshandeln, antingen självvald eller påtvingad av partnern, vilket minskar kvinnans möjligheter till kontakt med vården och då också kontinuitet i vårdkontakten. Problemet för sjuksköterskan är att nå fram till dessa kvinnor, samt att sjuksköterskan ofta saknar de redskap som behövs för att upptäcka våld i en nära relation (McDowall, 2010).

## **2.5 Sjuksköterskans roll**

Enligt Sveriges kommuner och landsting (2006) är ofta hälso- och sjukvården den första instansen som den våldsutsatta kvinnan har kontakt med och därför vilar ett stort ansvar på sjuksköterskan. Hälso- och sjukvårdslagen (1982) ställer krav på att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, dessutom ska vården vara lättillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Sjuksköterskor ska också främja goda kontakter mellan patient och personal samt tillgodose behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Sjuksköterskor har en avgörande roll i identifiering och vårdandet av kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation (Reisenhofer och Seibold, 2007). Enligt International Council of Nurses etiska kod är det primära ansvaret hos sjuksköterskan att ge människor vård. Sjuksköterskan ska främja en miljö där mänskliga rättigheter,

värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar respekteras. Sjuksköterskan har också ansvar för att initiera och stödja åtgärder som i synnerhet tillgodoser svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Det är även sjuksköterskans ansvar att ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal vård och behandling. Sjuksköterskan bör även ha förmåga att uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker sitt informationsbehov och att identifiera, aktivt förebygga och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer (Socialstyrelsen, 2005).

## **2.6 Problematisering och frågeställningar**

Våld mot kvinnor är ett globalt växande samhälls- och folkhälsoproblem som utgör det största enskilda hotet mot kvinnors liv och hälsa. Kvinnor från alla samhällsgrupper drabbas och konsekvenserna är många.

Flertalet av dessa kvinnor kommer någon gång att komma i kontakt med vården och därför är det viktigt för sjuksköterskan att vara medveten om denna företeelse och dess komplexitet. Våld i nära relationer är ofta förknippat med skam vilket kan göra det svårt för sjuksköterskor att nå fram och veta hur man ska bemöta denna patientgrupp. Därför anser författarna till denna litteraturstudie att det är av stor vikt att belysa sjuksköterskans erfarenheter av mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation.

De frågeställningar som formades utifrån litteraturgenomgången var hur kan sjuksköterskan nå fram till dessa kvinnor? Hur ska sjuksköterskan bemöta denna patientgrupp? Vad behövs för att sjuksköterskan ska kunna utveckla ett professionellt arbetssätt?

## **3. Syfte**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att vårda kvinnor som utsatts för våld i en nära relation.

## **4. Teoretisk utgångspunkt**

Som teoretisk utgångspunkt användes Joyce Travelbees omvårdnadsteori (1971) med fokus på vårdandet genom den mellanmänniska relationen. Denna teori valdes då

författarna ville lyfta fram vikten av en god vårdrelation i mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation.

Det är sjuksköterskans uppgift att etablera en mellanmänsklig relation till sin patient. Det innebär att både sjuksköterskan och patienten uppfattar och relaterar till varandra som unika individer, inte som sjuksköterska-patient. Detta förhållande kräver att fasaderna som sjuksköterskan och patienten har måste rivas för att de ska kunna nå varandra som individer. Den mellanmännsliga relationen uppstår inte av sig självt, utan utvecklas dag för dag då sjuksköterskan interagerar med sin patient. Travelbee (1971) ansåg att målet med omvårdnad var att hjälpa individen, familjen och den större gruppen att förebygga och klara av upplevelsen av sjukdom och lidande, och om möjligt, finna mening i dessa upplevelser med målet att finna hopp i situationen. Travelbee (1971) menade att omvårdnad uppfylls genom den mellanmännsliga relationen.

En mellanmännslig relation etableras genom en interaktionsprocess i fem faser. Den mellanmännsliga relationen börjar vid det *inledande mötet* som utvecklas genom olika stadier av *framväxt av identiteter*, utvecklande av känslor av *empati* och senare *sympati* tills det att sjuksköterska och patient förenas i det sista steget som är *etablerande av ömsesidig förståelse och kontakt* (Travelbee, 1971). Det inledande mötet innefattar observation och ett första intryck. När sjuksköterskan börjar uppleva patienten som en unik individ och patienten svarar an till detta, övergår relationen till nästa fas som är framväxt av identiteten. Denna fas innebär förmåga att värdesätta den andre som en unik, mänsklig individ, samt förmåga att anknyta till den andre. Sjuksköterskan börjar se hur patienten tänker, känner och upplever sin situation, patienten i sin tur ser sjuksköterskan som unik. Denna fas lägger grunden för empatin, vilket innebär förmåga att förstå en annan persons psykologiska tillstånd. Empati innebär också att förstå meningen med den andres tankar och känslor samtidigt som man måste kunna hålla självet utanför sig själv. För sjuksköterskan innebär förmåga till empati att kunna förstå patientens inre upplevelser och yttre beteenden. Den fjärde fasen är sympati, som ses som en attityd eller inställning. Uttryckande av sympati innebär att man förmedlar till patienten att man är engagerad i patienten som person och har en koppling till en önskan om att hjälpa patienten. Sjuksköterskan förmedlar sympati genom sitt förhållningssätt och uppträdande. Den sista fasen är ett resultat av det som skett i de tidigare faserna. Denna fas inleds då sjuksköterskan har visat förståelse och genom handling har hjälpt patienten till förbättring. Det krävs att

sjuksköterskan har en önskan samt färdigheter att hjälpa patienten för att denna fas ska kunna uppnås (Jahren Kristoffersen, 2006; Travelbee, 1971).

## 5. Metod

En systematisk litteraturstudie utfördes och baserades på tolv vetenskapliga artiklar (bilaga 2). Enligt Forsberg och Wengström (2013) innebär en systematisk litteraturstudie att författarna först ska välja ett ämne och sedan systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa litteratur och tidigare forskning. I en systematisk litteraturstudie ingår flera steg: Att motivera varför studien görs, problemformulering, att utforma en tidsplan, välja sökord, välja ut vetenskapliga artiklar, kritiskt värdera, kvalitetsbedöma, analysera och diskutera resultat och slutligen göra en sammanställning.

### 5.1 Datainsamling och urval

Databaserna Cinahl, PubMed och Medline användes för att söka vetenskapliga artiklar. Sökorden valdes utifrån litteraturstudiens syfte och översattes till engelska med hjälp av svenska MeSH för att få fram de rätta söktermerna. Framför allt användes fritextsökning där de olika söktermerna användes i olika sökkombinationer genom att termen AND användes. Sökorden som användes var: *Domestic violence, battered women, domestic abuse, nursing, nurse, experience, nursing role, prevention* och *attitude to*. Hur sökorden användes i respektive databas (bilaga 1).

Inklusionskriterier för sökningarna var, vetenskapliga, engelskspråkiga och fulltextartiklar. För databaserna Cinahl och Medline var det dessutom ett inklusionskriterie att tidsskriften som artikeln var publicerad i skulle vara vetenskapligt granskad.

Ett första urval gjordes genom att titlar som upplevdes relevanta gentemot syftet valdes ut. Ett andra urval gjordes utifrån att abstrakten till dessa artiklar lästes. De artiklar som svarade mot litteraturstudiens syfte valdes ut, som slutligen resulterade i tolv artiklar. Detta gjordes i enlighet med Östlundhs (2012) riktlinjer för att göra ett bra litteratururval.

Manuell sökning användes för att komplettera den systematiska sökningen. Enligt Forsberg och Wengström (2013) sker en manuell sökning bland annat genom att

artiklar söks genom att författarna granskar utvalda artiklars referenslistor för att där hitta ytterligare artiklar som berör ämnet, vilket så gjordes i denna litteraturstudie.

## 5.2 Analys

Wengström och Forsberg (2013) skriver att ett vetenskapligt analysarbete innebär att helheten delas upp i mindre delar för att undersökas enskilt, varpå delarna sätts ihop igen för att forma en ny helhet.

Artiklarna analyserades enligt Friberg (2012). Detta innebar att artiklarna först lästes separat av författarna flera gånger för att få en känsla av och övergripande uppfattning om vad artikeln handlade om. Efter det diskuterade författarna sina uppfattningar om varje artikel för att jämföra hur artiklarna uppfattades. Sedan lästes artiklarna igen, både separat och gemensamt, då olika teman och kategorier granskades noggrannare och fokuserades till syftet. En sammanställning gjordes gemensamt av varje studies resultat där likheter och skillnader identifierades. Utifrån sammanställningen bildades teman och subteman.

## 6. Forskningsetiska överväganden

Artiklarna analyserades med ett så öppet förhållningssätt som möjligt, vilket innebar att författarna tänkte på att förhålla sig objektivt för att inte påverka litteraturstudiens resultat. Artiklarna översattas med noggrannhet för att undvika språkliga missar. De flesta av artiklarna har fått tillstånd eller blivit granskade av en etisk kommitté.

Samtligt innehåll i artiklarna har redovisats, oavsett om dessa stödjer författarnas åsikter eller ej. Forsberg och Wengström (2013) skriver att det är oetiskt att endast presentera de artiklar som stödjer författarnas egna åsikter.

Författarna har inte plagierat, kopierat eller förfalskat material. Det är viktigt att vara noggrann med citat och referenser, för att det ska bli tydligt vilken författare som skrivit vad (Gustavsson, Hemerén & Petersson, 2005).

## 7. Resultat

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att vårda kvinnor som utsatts för våld i en nära relation och forskningen har resulterat i fyra teman vilka är: Bristande kunskap och utbildning, Sjuksköterskans förhållningssätt och attityder i mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära

relation, Känslomässiga utmaningar för sjuksköterskan i mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation och Sjuksköterskans erfarenhet av att kartlägga våld.

### **7.1 Bristande kunskap och utbildning**

Få sjuksköterskor upplevde att de hade fått adekvat och tillräcklig utbildning om våld i nära relationer (Henderson, 2001; Häggblom & Möller, 2006; Häggblom, Hallberg & Möller, 2005; Natan, Ari, Bader & Hallak, 2011; Natan & Rais 2010; Peckover, 2003; Tower, Rowe & Wallis, 2012). Enligt en studie upplevde de dessutom brist på diskussion om ämnet. Trots att de mötte dessa utsatta kvinnor varje dag i sitt arbete var de inte vana att prata om det, varken i formella eller informella sammanhang (Peckover, 2003).

Brist på utbildning hade en tydlig påverkan på sjuksköterskors praktiska arbete, till exempel kände de sjuksköterskor som saknade utbildning frustration när de vårdade dessa kvinnor (Häggblom et al., 2005; Moore, Zaccaro & Parsons, 1998). I en studie uppgav sjuksköterskorna att de hade svårt att veta hur de skulle agera och vårda våldutsatta kvinnor då de inte hade tillräcklig erfarenhet (Inoue & Armitage, 2006). Erfarna sjuksköterskor kunde omsätta sina tidigare erfarenheter i nya möten med utsatta kvinnor men de betonade samtidigt att erfarenhet inte var allt och att de först var tvungna att överkomma sina egna rädslor inför ämnet (Häggblom & Möller, 2006).

I en studie av Moore et al. (1998) jämfördes utbildning hos sjuksköterskor från tre olika arbetsplatser, det framkom att 54 procent av de deltagande sjuksköterskorna hade någon form av utbildning relaterat till våld i en nära relation. De sjuksköterskor i studien som hade utbildning inom folkhälsa var de som i störst utsträckning hade kunskap om hur dessa kvinnor bör vårdas (Moore et al., 1998). I de fall där sjuksköterskor hade utbildning hade de själva initierat detta (Häggblom & Möller, 2006; Natan et al., 2011) och utbildningsgraden varierade från att någon hade fått omfattande utbildning och att någon var utbildad i trauma och kristerapi. Sjuksköterskorna i en studie såg sig själva som utbildade och kände sig trygga och säkra när de mötte kvinnor som utsatts för våld i en nära relation. Utbildning visade sig bidra till att sjuksköterskor lättare visste hur de skulle agera och till att de kunde förutse konsekvenser av vidtagna åtgärder (Häggblom & Möller, 2006). En annan studie visade på att utbildning dessutom bidrog till att sjuksköterskorna lättare kunde

ingripa. Trots utbildning kände en del sjuksköterskor att de ändå inte var tillräckligt utrustade för att vårda dessa kvinnor (Moore et al., 1998), istället behövde sjuksköterskorna förlita sig på sina omvårdnadsfärdigheter i mötet med kvinnan (Hägglom & Möller, 2006). De sjuksköterskor som hade utbildning hade större förståelse för kvinnans beteende och förstod också anledningarna till varför kvinnan inte lämnade mannen (Hägglom et al., 2005).

Majoriteten av sjuksköterskorna i en studie var positiva till utbildning inom området och ansåg att de behövde utbildning inom samhällsstöd, våldets psykologiska effekter, orsak till våld i en nära relation och mottagande av dessa kvinnor (Hägglom et al. 2005). Sjuksköterskorna ansåg att utbildning var det enskilt viktigaste behovet, de föreslog att all vårdpersonal ska erbjudas utbildning med mål att öka medvetenheten och få en inblick i problemet. I utbildningen bör det ingå att lära sig när sjuksköterskan bör misstänka att misshandel förekommer och hur man ska känna igen och identifiera våld (Hägglom och Möller, 2006). Enligt en annan studie bör det dessutom ingå hur sjuksköterskan ska fråga om förekomst av våld, hur man erbjuder praktisk hjälp samt hur man ska hantera den tabu som är rådande i samhället. Sjuksköterskorna efterfrågade ytterligare kunskap för att öka sin förståelse och betonade att kunskap spelade en viktig roll i mötet med de utsatta kvinnorna. Om sjuksköterskan fått information om hur de skulle agera hade de en annan inställning till sitt arbete än de som inte hade fått samma information (Henderson, 2001).

Sjuksköterskorna upplevde att de hade utbildning i hur de skulle vårda fysiska skador men de upplevde bristande kunskap i hur de psykologiska och själsliga problemen bör vårdas (Hägglom & Möller, 2006). I en annan studie framkom att uppfattningar om förekomst av våld och vad våldet innefattade skiljde sig åt sjuksköterskor emellan. De sjuksköterskor som hade en god uppfattning om våldets omfattning såg också att problemen som följde var komplexa. De fokuserade även på att våldet innehöll annat än bara fysiskt våld, dock var det fysiska våldet tydligare för sjuksköterskorna (Peckover, 2003). Sjuksköterskan gav ofta mer uppmärksamhet till kvinnornas fysiska skador än de känslomässiga (Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, 2009).

## **7.2 Sjuksköterskans förhållningssätt och attityder i mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation**

Detta tema belyser sjuksköterskors olika förmågor och erfarenheter av att bemöta kvinnor som utsatts för våld i en nära relation. Temat delas in i två subteman vilka är Förhållningssätt och Attityder.

### 7.2.1 Förhållningssätt

Sjuksköterskorna i en studie var medvetna om att småsaker kunde göra skillnad i mötet med den drabbade kvinnan, det kunde vara sådant som att alltid lyssna, att inte vara dömande, vara uppmärksam, visa medkänsla, omsorg och att vara stöttande (Tower et al., 2012). I en annan studie belystes vikten av att uppmuntra och visa respekt för kvinnorna (Hägglom & Möller, 2006). I Towers et al. (2012) studie poängterade sjuksköterskorna att tonläget i samtalen med kvinnorna var viktigt för att inge trygghet. I två andra studier poängterades vikten av att möta kvinnorna i en trygg och lugn miljö och skapa en god atmosfär där kvinnorna kände att de kunde vara bekväma och trodda på för att våga berätta vad som hänt betonades som viktigt för att kvinnan inte skulle uppleva skuld (Brykczynski et al., 2009; Hägglom & Möller, 2006). I en annan studie fokuserade sjuksköterskorna på kvinnornas överlevnadsförmåga. Det var viktigt att bekräfta, beundra och visa en förstående attityd och känslighet inför förändringar (Hägglom & Möller, 2006), Goldblatt (2009) menade dock att sjuksköterskorna i hennes studie upplevde oförmåga att lindra patientens ångest. I en studie av Inoue och Armitage (2006) ansåg sjuksköterskorna att kvinnans problem var en privat angelägenhet som inte sjuksköterskan borde lägga sig i.

Sjuksköterskorna i en studie av Henderson (2001) upplevde i vissa fall att de visste hur ett lämpligt bemötande såg ut och trots att sjuksköterskan hade fördomar gentemot våld i nära relationer så fick kvinnorna ändå lämplig vård. En del sjuksköterskor nämnde att de visade känslighet inför den verklighet som dessa kvinnor mötte varje dag. I de fall sjuksköterskan inte var villig att ta itu med problemet så kompenserade de genom att engagera sig för att visa att de brydde sig. I en annan studie nämnde sjuksköterskorna att de inte trodde att deras professionalitet påverkades av fördomar eller känslor (Inoue & Armitage, 2006). Sjuksköterskor i en studie belyste vikten av att inte döma kvinnorna men att det är lätt att den första tanken sjuksköterskan slås av är en undran om varför kvinnan inte lämnar mannen. Sjuksköterskan ansåg att tänka också var ett sätt att döma (Brykczynski et al., 2009).



En del sjuksköterskor hade lite förståelse för misshandeln och dess dynamik och menade att kvinnorna själva måste ta kontroll över sina liv genom att aktivt fråga om hjälp. Denna svårighet i att förstå hur komplex en kvinnas situation kan vara gjorde att sjuksköterskorna inte hade någon gemensam ståndpunkt i hur de skulle bemöta kvinnorna. Under dessa förutsättningar fick kvinnorna inte det stöd de behövde (Henderson, 2001).

Vissa sjuksköterskor beskrev ett väl uttänkt tillvägagångssätt som var baserat på tidigare erfarenhet där de försökte fokusera på kvinnans styrkor och överlevnadsförmåga (Henderson, 2001). Sjuksköterskor i en studie som hade ett förebyggande arbetssätt upplevde att de var väl informerade om vad deras roll var i arbetet med kvinnor som drabbats av våld (Inoue & Armitage, 2006).

I en studie uppgav sjuksköterskorna att de upplevde sig själv som den mest betydande personen i vården då sjuksköterskan var både den första och sista personen att vara i kontakt med kvinnan. Egenskaper som sjuksköterskan ansåg viktiga i vårdandet av dessa kvinnor var att vara flexibel, ärlig, empatisk, kunnig, stöttande, innovativ och hängiven (Hägglom & Möller, 2006). Dock visade det sig i andra studier att sjuksköterskorna kände sig osäkra på vad deras roll var i vårdandet, de upplevde att den medicinska delen var lättast att hantera medan kvinnornas mentala hälsa var svårare att möta. Som ett resultat av detta agerade sjuksköterskorna ibland opersonligt (Goldblatt, 2009; Tower et al., 2012).

### 7.2.2 Attityder

Sjuksköterskorna i en studie var medvetna om att de i vissa fall generaliserade de utsatta kvinnorna och att de hade stereotypa åsikter och uppfattningar om våld i nära relationer. Trots detta medgav sjuksköterskorna att de kände en skyldighet att ge kvinnorna lämplig vård. En del av sjuksköterskorna var medvetna om att de känslo de hade gentemot kvinnorna inte var lämpliga, men bortsåg från detta i sitt arbete (Inoue & Armitage, 2006). I en studie av Henderson (2001) ansåg hälften av de deltagande sjuksköterskorna att kvinnor som utsätts för misshandel var bortom hjälp. De betonade att kvinnorna var oförmögna att lämna förövarna, kvinnornas motvilja att anmäla mannen och deras brist på motivation att hjälpa sig själva. Dessa sjuksköterskor uppgav själva att de ignorerade problemen med misshandel och de tenderade att ha synpunkter på kvinnornas etnokulturella bakgrund eller socioekonomisk status.

### 7.3 Känsломässiga utmaningar för sjuksköterskan i mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation

Detta tema är uppdelat i tre subteman vilka är Känsломässigt engagemang, Känsломässig påverkan och Sjuksköterskor med personliga erfarenheter. Tillsammans belyser dessa tre teman att sjuksköterskor blev känsломässigt utmanade på olika sätt i mötet med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation.

#### 7.3.1 Känsломässigt engagemang

Sjuksköterskorna i en studie undvek omedvetet att bli inblandade i de patientfall som rörde våld i en nära relation. Att skydda sig själv och att ha tydliga gränser mellan sig och patienten var en strategi för sjuksköterskorna för att undvika att bli utbrända (Inoue & Armitage, 2006; Tower et al., 2012). I en studie uppgav deltagande sjuksköterskor att de undvek att bli för engagerade i sina patienter för att inte bli känsломässigt påverkade (van der Wath, 2013). En del sjuksköterskor försökte att inte bli känsломässigt engagerade, då de mötte så många kvinnor och att de behövde stänga av sina känslor för att inte bli stressade och påverkade (Tower et al., 2012). Sjuksköterskor i en annan studie blev stundtals överväldigade av sina känslor och upplevde då sig själva som oprofessionella (Goldblatt, 2009).

Sjuksköterskorna uttryckte sympati för kvinnorna och trots att sjuksköterskorna kände ambivalens och i vissa fall misstro gentemot kvinnorna ville de ändå hjälpa dem (Goldblatt, 2009; Tower et al., 2012; van der Wath et al., 2013). I en studie av Henderson (2001) upplevde sjuksköterskorna att de ibland behövde kämpa för att förstå kvinnans situation vilket framkallade starka känslor. Sjuksköterskan visade tydliga tecken på att de inte var likgiltiga inför problemet.

#### 7.3.2 Känsломässig påverkan

I en studie beskrevs mötet med misshandlade kvinnor som att det påverkade sjuksköterskorna känsломässigt och skapade känsломässiga problem som att sjuksköterskorna kände ilska och kritik mot kvinnorna. Detta utmanade sjuksköterskans personliga och professionella attityder (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskor blev ofta känsломässigt berörda i mötet med drabbade kvinnor (Goldblatt, 2009; van der Wath et al., 2013) och upplevde att de lämnades med outredda känslor som frustration, hjälplöshet, maktlöshet och psykisk smärta

(Goldblatt, 2009; Henderson, 2001; van der Wath et al., 2013). I en studie beskrevs dessutom känslor som nedstämdhet, sorg, rädsla och ilska. Detta ledde ibland till så starka känslor att sjuksköterskan började gråta. Vidare upplevde sjuksköterskorna att vårdandet av våldsutsatta kvinnor utlöste känslor av ångest som bidrog till psykologisk stress. De känslomässiga erfarenheterna beskrevs vara stressande och deprimerande (van der Wath et al., 2013). I Häggblom & Möllers (2006) studie framkom att i de fall där kvinnorna blivit utsatta för fysiskt våld, med svåra skador som följd, kände sjuksköterskorna förfäran och att dessa möten var psykiskt påfrestande.

I en studie rapporterade sjuksköterskor att de erfor plågsamma känslor när de bevittnade de fysiska skadorna, såg effekten av känslomässig misshandel och hörde kvinnornas historier. Ibland utlöste detta känslor hos sjuksköterskan som liknande kvinnornas känslor (van der Wath et al. 2013). Det fanns sjuksköterskor i en studie som identifierade sig med kvinnorna, vilket ledde till att de blev personligt och känslomässigt påverkade. Ibland så pass mycket att sjuksköterskan upplevde att gränsen mellan sig själv och kvinnan blev otydlig (Goldblatt, 2009). I en studie framkom det att identifiering med kvinnan ledde också till att sjuksköterskan kunde känna kvinnans skam (Inoue & Armitage, 2006). Enligt en studie kunde mötet mellan sjuksköterskan och den utsatta kvinnan kunde bli känslösamt och sjuksköterskan involverades personligt. Kvinnorna upplevde detta som positivt då de kände trygghet och de vågade i större utsträckning be om hjälp (Häggblom & Möller, 2006).

När sjuksköterskorna i en studie förstod att en patient hade blivit hjälpt förbättrades sjuksköterskans förmåga att handskas med sina egna känslor. I en annan studie upplevde sjuksköterskorna lättnad när kvinnorna visade tecken på förbättring och vetskapen minskade även sorgen samt bidrog till att sjuksköterskan kände sig gladare (van der Wath, et al 2013).

I en studie upplevde sjuksköterskorna motstridiga och intensiva känslor som påverkade sjuksköterskans familjeliv. De upplevde att de inte hade kraft nog att engagera sig i sin familj (van der Wath et al., 2013). I en annan studie uppgavs det att sjuksköterskorna i vissa fall upplevde rädsla då de insåg att ingen är immun mot våld. De upplevde att deras professionella roll såväl som deras roll som kvinnor, hustrur och mödrar påverkades. Sjuksköterskorna behövde stöd från sina familjer för att kunna hantera sina känslor och känna sig trygga. Tid för att tala om känslor på jobbet

fanns inte och om sjuksköterskan tillät sig att bli påverkad av känslor inverkade detta ofta negativt på arbetet (Goldblatt, 2009).

Vissa sjuksköterskor uppgav att de endast tog sig an kvinnornas fysiska skador och att de ägnade sig åt praktiska omvårdnadsåtgärder för att de upplevde det svårt att vårda dessa kvinnor på djupet utan att själva bli påverkade. De uppgav att de agerade på detta sätt för att skydda sig själva mot ångest (Goldblatt, 2009). Enligt en annan studie visade det sig att bevittnandet av fysiska skador hade en traumatiserande effekt. Särskilt stötande var att bevittna förödande konsekvenser som när en kvinna lämnades med bestående men eller när våldet ledde till att kvinnan avled (van der Wath, et al., 2013). Vid vård av en kvinna som varit nära att avlida, för att hon utsatts för så mycket fysiskt våld, upplevde sjuksköterskan i den aktuella studien att hen tappade tron på människan (Hägglom & Möller, 2006). Det visade sig i en annan studie att det var smärtsamt att lyssna på kvinnornas historier och att lyssna på kollegornas erfarenheter av att bevittna våld. Hos sjuksköterskor som bevittnade kvinnorna skapades minnen som antingen kunde vara kortvariga som påverkade arbetsdagen, men det kunde också skapa långvarig minnen. Dessa minnen kunde ibland komma tillbaka oväntat eller triggas av liknande händelser. Minnen kunde återupplevas som störande och intensiva mentala bilder tillsammans med en stark emotionell upplevelse (van der Wath, et al., 2013).

### 7.3.3 Sjuksköterskor med personliga erfarenheter

Sjuksköterskor i en studie som hade någon anhörig eller som själva hade blivit utsatta för våld i en nära relation, och inte hade fått möjlighet att bearbeta detta, visade känslor av ilska och frustration gentemot situationen som kvinnan befann sig i. De sjuksköterskor som hade gått i terapi eller på annat sätt bearbetat personliga erfarenheter upplevde mindre frustration i mötet med dessa kvinnor. Dessa sjuksköterskor betonade dock att det var viktigt att separera sina negativa personliga erfarenheter från arbetet (Hägglom & Möller, 2006). Sjuksköterskor i en studie undvek medvetet att bli involverade i vård av våldsdrabbade kvinnor, delvis för att de hade personliga erfarenheter av våld i en nära relation. I vissa fall kunde detta leda till att sjuksköterskor inte var villiga att vårda kvinnorna. Tydliga försvarsmekanismer kunde ses hos de sjuksköterskor som själva utsatts för våld (Inoue & Armitage, 2006).

I en studie framkom det att personliga erfarenheter av våld kunde leda till att sjuksköterskan kände starkt för att patienten skulle få rättvis och opartisk vård (Inoue

& Armitage, 2006). Sjuksköterskor med personliga erfarenheter i en annan studie var mer benägna att identifiera våldsoffer (Moore et al., 1998). Van der Wath et al. (2013) kom fram till att oron som kunde uppstå för kvinnan kunde relateras till sjuksköterskans personliga erfarenhet, de var oroliga för att kvinnorna gick igenom liknande händelser som sjuksköterskan själv gjort.

#### 7.4 Sjuksköterskans erfarenhet av att kartlägga våld

Sjuksköterskor i en studie upplevde att de var rädda för att säga fel saker till drabbade kvinnor. Sjuksköterskan visste inte vad de skulle säga eller inte säga, de var rädda att göra kvinnorna mer upprörd (Tower et al., 2012). En studie visade att sjuksköterskan trodde att kvinnan förolämpades vid frågan om förekomst av våld, därför undvek sjuksköterskan detta (Moore et al. 1998). I en annan studie uppfattade sjuksköterskan våld i nära relationer som ett privat problem, vilket innebar att de var motvilliga att ställa frågor rörande misshandel, även när de misstänkte att en patients skador uppkommit på grund av våld. De trodde att om de tvingade kvinnan att prata, kunde det bidra till att familjen splittrades. Därför fanns en attityd av att inte ingripa förrän kvinnan själv tog upp ämnet (Inoue & Armitage, 2006). I en studie framkom det att om kvinnorna inte var öppna om misshandeln eller tydligt visade att de ville prata om det var sjuksköterskorna motvilliga att ta upp frågan, men om kvinnorna själva tog upp frågan kände sig sjuksköterskorna bekväma att ta itu med problemen (Henderson, 2001). Brykczynski et al., (2009) menar att om kvinnan tillfrågas mer än en gång om hon blivit utsatt för misshandel kan det leda till att kvinnan till slut vågar svara ärligt. Dessutom upplevdes det vara till fördel för kartläggningen och diagnostiseringen om mannen inte närvarade.

För att kunna agera ansåg sjuksköterskorna i en studie att hen behövde lära sig känna igen tecken på misshandel och mönster hos dessa kvinnor som skulle kunna avslöja att de blivit utsatta för våld. Det ansågs också viktigt att som sjuksköterska vara medvetna om när kvinnan befinner sig i det stadiet då hon är mottaglig för förändring (Brykczynski et al., 2009).

Sjuksköterskor i en studie uppgav att vid misslyckande av kartläggning av våld ändrade hen sin strategi till att ställa specifika frågor och gjorde en mer grundlig fysisk undersökning av kvinnan. Dessutom uppgavs att de endast brukade ställa säkerhetsfrågor vid det första besöket kvinnan gjorde på kliniken men att de numera frågade vid varje besök (Brykczynski et al., 2009).

Normer och begränsningar på avdelningen, attityder gentemot screening, kunskap om våld, tidigare erfarenheter av dessa kvinnor samt intentionen att fråga, bidrog till i vilken utsträckning sjuksköterskan frågade kvinnliga patienter om förekomst av våld (Natan et al., 2011; Natan & Rais, 2010). Lång erfarenhet gjorde också att sjuksköterskorna i en studie vågade ställa direkta frågor, medan de i början av sina arbetsliv hade varit mer försiktiga i sitt sätt att fråga (Brykczynski et al., 2009). I en studie visade det sig att tidigare erfarenhet av liknande arbete bidrog till att sjuksköterskorna i större utsträckning screenade kvinnorna (Natan et al., 2011). I en annan studie menade en del sjuksköterskor att rädsla för svaret, brist på tid, respekt för kvinnans identitet och lite erfarenhet av att fråga kvinnorna bidrog till att de drog sig för att fråga (Hägglom et al., 2005). Natan et al. (2011) angav att 11,5 procent av deltagande sjuksköterskor inte ansåg sig ha tid nog att utföra bedömningar av kvinnliga patienter. Hägglom et al. (2005) kom fram till att allvarlighetsgraden av en kvinnas fysiska skada var en viktig faktor när sjuksköterskan bestämde sig för att konfrontera kvinnan eller inte. Många sjuksköterskor berättade att de var villiga att acceptera att kvinnan vägrade att svara på frågor angående förekomst av misshandel.

I en studie indikerade sjuksköterskor att de frågade om förekomst av misshandel då kvinnor berättade om kroniska somatiska smärtor, sexuella problem eller kronisk smärtor i bäckenet (Moore et al., 1998). I en studie av Peckover (2003) kom hon fram till att när fysiska skador fanns hos en patient var det också lättare för sjuksköterskorna att bemöta kvinnorna och att konfrontera dem med frågor angående om våld i patientens relation förekommer.

Enligt en studie skiljde sig rutiner kring screening åt mellan olika vårdinrättningar. Sjuksköterskor med inriktning mot folkhälsovård var de som screenade i störst utsträckning enligt en studie där man jämförde sjuksköterskor från tre olika arbetsplatser (Moore et al., 1998). Sjuksköterskorna i en studie använde sig själva som ett mätinstrument, där erfarenheter låg till grund för att utveckla en intuition för att möta och upptäcka dessa kvinnor (Brykczynski et al., 2009). I mötet med dessa kvinnor ansågs intuition vara centralt. Många sjuksköterskor upplevde att de ofta märkte att kvinnor som de mötte, hade blivit utsatta för våld trots att kvinnan inte berättat det direkt. Det kunde vara att sjuksköterskan fick en känsla eller att de uppmärksammade hur kvinnan beskrev sin relation till sin partner (Hägglom & Möller, 2009; Brykczynski et al., 2009).

## 8. Diskussion

Diskussionen är uppdelad i två delar. Först kommer metoddiskussion, där författarna diskuterar och motiverar sitt tillvägagångssätt. Sedan följer resultatdiskussionen där studiens fyra teman diskuteras utifrån ytterligare vetenskapliga studier samt Travelbees (1971) omvårdnadsteori om den mellanmänskliga relationen.

### 8.1 Metoddiskussion

Denna uppsats baserades på tolv vetenskapliga originalartiklar för att besvara studiens syfte som var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att vårda kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation. Alla artiklar utom tre var kvalitativa studier vilket inte var ett medvetet val av författarna. Detta var fördelaktigt då författarna ansåg att kvalitativa studiers resultat svarade till syftet att beskriva sjuksköterskors erfarenhet.

Till denna uppsats användes tre olika databaser för artikelsökning, vilka var CINAHL, PubMed och Medline. Författarna ansåg att det var tillräckligt, då det visade sig att samma artiklar påträffades i samtliga sökningar i de olika databaserna. De sökord som användes var *domestic violence, battered women, domestic abuse, nursing, nurse, experience, nursing role, prevention* och *attitude to*. I slutändan blev sökorden ganska många, det var dock nödvändigt för datainsamlingen att sökorden utvidgades för att hitta tillräcklig mängd artiklar. Sökningarna resulterade i artiklar som berörde det valda ämnesområdet. När sökorden användes parallellt i de olika databaserna framkom det att samma artiklar nästan alltid dök upp, vilket stärker att de orden som valts ut som sökord var väl grundade. Sökprocessen upplevdes vara svårstrukturerad, då författarna inte hade en tydlig plan i sökandet.

Endast artiklar på engelska valdes ut till denna litteraturstudie vilket kan innebära en risk för att artiklarna inte översattes korrekt. För att minska risken för detta lästes alla artiklarna av båda författarna vilka sedan diskuterades för att få en gemensam uppfattning och bredare tolkning av texternas innehåll. Dessutom användes språklexikon för att översätta engelska ord och termer.

Artiklar från hela världen inkluderades då författarna ansåg att förekomsten av våld i en nära relation var högst aktuellt i alla länder, inom alla kulturer och etniska grupper, således ett problem för sjuksköterskor världen över.

## 8.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation. Utifrån det kommer här de fyra teman som utgör resultatet att diskuteras.

Resultatet visar på att sjuksköterskor hade varierande grad av utbildning och att uppfattningar om våld i en nära relation skiljde sig åt beroende på utbildningsgraden. Många sjuksköterskor upplevde att de inte hade tillräcklig eller adekvat utbildning för att kunna möta och ge vård till kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. I de fall då sjuksköterskan hade utbildning var det främst angående fysiska skador, de betonade att de endast hade lite kunskaper i hur de skulle bemöta de psykiska och själsliga problemen.

Utbildning borde bidra till att sjuksköterskan blir bättre förberedd i hur hen ska möta och behandla kvinnan. För kvinnans del innebär det att hon i större utsträckning kan bli hjälpt. Detta tas upp i en studie (Morgan, 2003) där deltagande sjuksköterskor krävde en effektiv policy för stöd samt utbildning inom det kliniska området för att de på ett säkert sätt ska kunna stödja de våldsutsatta kvinnorna.

Det framgick i resultatet upplevde sjuksköterskorna att de hade bättre kunskap och utbildning angående de fysiska skadorna än de psykiska, därför anser vi att utbildning i bemötande, samtalsträning och vilka tecken som tyder på att en kvinna utsätts för våld, vore högst aktuellt. Vi har uppfattat att sjuksköterskor upplevde att arbetslivserfarenhet gav en bra grund att stå på, trots att många sjuksköterskor inte hade teorikunskaper gjorde erfarenhet att de kunde bemöta problematiken på ett bra sätt. Med erfarenhet och utbildning följer också ett stärkt självförtroende i yrkesrollen vilket också skulle kunna leda till ett bättre omhändertagande av utsatta kvinnor.

Den studie vi ansåg skiljde sig mest från de övriga var den som delvis utförts i Japan (Inoue & Armitage, 2006) i vilken deltagande sjuksköterskor i vissa fall ansåg att det alltid fanns en orsak till att våldet uppstått och att det ibland kunde vara kvinnans fel. Dessutom framställdes det att det var en liten andel sjuksköterskor som ansåg att våld i en nära relation under alla omständigheter var oacceptabelt. Att vi uppmärksammade detta tror vi kan bero på kulturella skillnader.

I temat förhållningssätt angav sjuksköterskorna att de ansåg och var medvetna om att förhållningssättet var viktigt i mötet med våldsdrabbade kvinnor. De ansåg sig i många fall veta hur de skulle uppträda och vad de kunde göra för att hjälpa kvinnan. Enligt resultatet framkom det att vissa sjuksköterskor hade en stereotyp syn på



våldsdrabbade kvinnor, de såg kvinnorna som offer. Detta förhållningssätt anser vi inte vara gynnande för varken sjuksköterskan eller kvinnan. Vi tror också att denna stereotypa syn kan ha sin grund i bristande kunskap och erfarenhet. Utbildning är viktigt för sjuksköterskans förhållningssätt och sjuksköterskan bör få utbildning i hur de bör möta dessa kvinnor och öka medvetenheten om hur bemötandet påverkar kvinnan. Schoening, Greenwood, McNichols, Heermann och Agrawal (2003) menar att det stöd som gavs till sjuksköterskor hade en positiv effekt på sjuksköterskans attityder.

Bradbury-Jones, Duncan, Kroll & Taylor (2011) belyser vikten av att skapa en vårdrelation där kvinnan kan lita på sjuksköterskan. De menar att vårdrelationen både kan gynna kvinnans situation samt hindra kvinnan beroende på hur relationen etableras. Icke dömande sjuksköterskor kan ha en viktig påverkan på hur kvinnan upplever skuld, genom detta kan sjuksköterskan vinna kvinnans förtroende och skapa en positiv relation. En positiv mellanmänsklig relation har stor betydelse för hur kvinna ser på hälso- och sjukvården. Travelbee (1971) menar att den mellanmännliga relationen skapas genom kommunikation. Kommunikation är sjuksköterskans viktigaste verktyg för att etablera en mellanmänsklig relation. Genom kommunikationen lär sjuksköterskan känna patienten, och patienten blir en unik individ.

Många sjuksköterskor delgav att de blev känslomässigt påverkade och att de hade svårt att skilja på jobb och privatliv. I vissa fall berodde detta på att sjuksköterskan själv hade personliga erfarenheter av att ha blivit utsatt för våld i en nära relation. För de sjuksköterskorna blev den känslomässiga påverkan väldigt påtaglig men de uppgav att de trots deras egna svåra upplevelser ansåg det var viktigt att skilja på sina negativa erfarenheter från sitt arbete. Dessutom framkom det att sjuksköterskor med personliga erfarenheter var mer benägna att försöka identifiera utsatta kvinnor vilket vi anser vara en positiv effekt. Författarna till denna litteraturstudie tycker sig här kunna se bristande tillgång till stöd för dessa sjuksköterskor, exempelvis skulle det stödet kunna vara reflektionsamtal bland personalen, terapisaamtal eller möjlighet att få bearbeta sina egna tidigare erfarenheter. Om möjlighet till stöd gavs och dessutom vore rutinmässig tror vi att sjuksköterskorna skulle kunna arbeta utan att känna sig hindrade av sina känslor. I en studie av Laisser, Lugina, Lindmark, Nyström och Emmelin (2009) framkom det att sjuksköterskorna upplevde att de saknade stöd och att våld i nära relationer tystades ner. För yrkesverksamma sjuksköterskor bör det

finnas tillfälle på arbetsplatsen för reflektion och bearbetning. Detta skulle kunna innebära att arbetsgruppen avsätter tid för reflektion i slutet av varje arbetspass för att eventuellt ta upp sådant som upplevts svårt men också för att få dela med sig av positiva och stärkande erfarenheter, det skulle också kunna vara rutinbaserad handledning under mer organiserad form. I en studie identifierades att 20 procent av deltagande sjuksköterskor hade blivit utsatta för våld, dock fanns ingen policy för hur stöd till dessa skulle ges, men däremot fanns det en stor efterfrågan av detta (Morgan, 2003).

Resultatet visar att sjuksköterskor upplevde att de inte hade tid att bli känslomässigt engagerade på jobbet, vilket vi tolkar som att sjuksköterskan ofta tog med sig sina känslor hem och dessutom bearbetades inte svåra situationer. Laisser et al. (2009) styrker detta och menar att arbetsförhållanden är av stor betydelse för sjuksköterskan och identifiering av kvinnor, då sjuksköterskan upplevde att brist på ledarskap, resurser och tid påverkade arbetet negativt och utsatta kvinnorna sågs då som en börda i arbetet.

Vi anser att det även i frågan om känslomässig påverkan vore aktuellt med utbildning för att förebyggande kunna arbeta med att minska risk för negativ känslomässig påverkan hos sjuksköterskorna. Om sjuksköterskan fick utbildning i hur känslor kunde bearbetas samt om det fanns en atmosfär av att det var tillåtet att prata om detta på jobbet kanske den känslomässiga påfrestningen inte skulle bli lika stor. Sjuksköterskorna skulle behöva kunskap i hur de kan bearbeta sina egna känslor för att kunna skilja sina egna känslor från kvinnornas samt att detta skulle kunna leda till ökad empatisk förmåga. Travelbee (1971) menar att empati uppnås genom att sjuksköterskan kan ta del av kvinnans erfarenheter genom att förstå eller ta del av någon annans psykologiska tillstånd. Empati är en process då individen kan se och känna av någon annans inre upplevelser. Det innebär också att individerna delar den andres psykologiska tillstånd men inte i den utsträckning att man tänker och känner som den andra. Att känna empati är att knyta an och känna sig nära någon men utan att bli för påverkad. När empati har uppstått mellan två individer så förändras relationen.

När det kom till att identifiera dessa kvinnor fann många sjuksköterskor svårigheter i hur de skulle gå tillväga. Många uppgav att de inte visste hur de skulle ställa frågan till kvinnan trots att de misstänkte att hon utsatts för våld, ibland på grund av att sjuksköterskan upplevde att hon hade för lite erfarenhet. I några fall

uppgav sjuksköterskorna att de ansåg att våld i nära relationer var en privat angelägenhet. Detta tas även upp i en studie av Laisser et al. (2009) där deltagande sjuksköterskor upplevde svårigheter i att diskutera ämnet med sina patienter då det upplevdes vara en skamlig angelägenhet som inte skulle avslöjas för någon. Författarna skriver vidare om saken och uppger att det var tabubelagt att prata om våld inom äktenskapet vilket ledde till en stigmatisering för kvinnan när hon skulle prata om våldet när hon väl befann sig på sjukhus. Denna syn gjorde att sjuksköterskorna ibland undvek att ställa frågan om förekomst av våld, trots att de ibland hade misstankar om detta.

I en studie av Bradbury-Jones et al. (2011) framkom det att sjuksköterskan har en särskilt viktig del i huruvida kvinnan känner skam eller inte. Kvinnorna upplevde ofta svårigheter i att känna tillit, därför var etablerandet av tillit mellan sjuksköterska och kvinnan extra viktigt. Sjuksköterskan ansåg det viktigt att ställa frågorna med stor försiktighet och känslighet för att inte riskera att förstöra vårdrelationen. Detta kunde innebära att sjuksköterskan inte når fram till kvinnan alls, det var viktigt att skapa tillit från början (Frost, 1999). Travelbee (1971) menar att tillit innebär vetskap om att någon annan är kapabel att hjälpa i en svår situation och kommer dessutom förmodligen att göra det. Det finns dock individer som inte kommer att be om hjälp då de inte vill vara beroende av andra. En person som har bett om hjälp men blivit nekad eller ignorerad kan förlora tillit till människor och litar bara på sig själva. Därför är det viktigt som sjuksköterska att vara tydlig med att inte ge några falska förhoppningar till kvinnan om vilken hjälp som vården kan bistå med samt att finnas där vid första mötet.

Vi anser att om det inte var en sådan gängse uppfattning att det är skamfullt att som kvinna bli utsatt för våld av sin partner skulle vi lättare kunna identifiera och hjälpa dessa kvinnor ur sina svåra situationer. I följande studie kom man fram till att sjuksköterskan borde ställa undersökande och raka frågor till kvinnan. Till exempel kan sjuksköterskan fråga ”Har någon slagit dig?” snarare än ”Vad har hänt?”. Att ställa frågor på detta sätt möjliggjorde för kvinnor att berätta om misshandeln (Frost, 1999).

Shepard, Elliot, Falk och Regal (1999) menar att när bedömningsformulär och rutiner finns för misshandel på avdelningen upptäcks misshandeln i större utsträckning. Författarna till denna litteraturstudie anser att sådana hjälpmedel stödjer

sjuksköterskan i sitt arbete och att rutinmässig identifiering möjliggör för likvärdig vård.

Författarna till denna litteraturstudie anser att det även är aktuellt med utbildning när det gäller sjuksköterskors förmåga och känslor inför identifiering av utsatta kvinnor. Det är en viktig del i vårdprocessen av en våldsdrabbad kvinna att först kunna identifiera henne, vilket sjuksköterskan är en viktig del av. För att kunna höja kompetensen och viljan till att utföra identifieringsarbete måste sjuksköterskan först ha kunskap om och utbildning i vilka tecken de bör leta efter samt varför det är viktigt att identifiera dessa kvinnor. Schoening et al. (2003) menar att utbildning behövs inför användandet av identifieringsverktyg för att dessa ska användas på ett effektivt sätt, detta bidrar då till att fler kvinnor upptäcks.

Väldigt få sjuksköterskor kände sig förberedda på att ställa frågor om våld i en nära relation (Ramsay, Rutterford, Gregory, Dunne, Eldridge, Sharp & Fedel, 2012), vilket också tas upp i en studie av Svavarsdottir och Orlygsdottir (2008) där de skriver att sjuksköterskorna till en början upplevde att det svårt att ställa frågor om sexuellt våld men att det blev lättare med tiden. Även detta tyder på att erfarenhet leder till ett säkrare identifieringsarbete då sjuksköterskorna uttryckte en trygghet som växte fram med tiden.

## **9. Kliniska implikationer**

Författarna till denna litteraturstudie anser att det behövs utbildning i vården för att öka kunskap och medvetenhet hos yrkesverksamma sjuksköterskor. Utbildningen skulle kunna bestå av studiecirklar eller kurser där sjuksköterskorna får möjlighet att utveckla sina kunskaper i ämnet. Vidare föreslås kontinuerliga diskussioner på arbetsplatserna för att forma en gemensam värdegrund som behövs för att sjuksköterskorna ska kunna ge en likvärdig vård och som dessutom kan fungera som ett stöd för sjuksköterskan.

Genom denna litteraturstudie har författarna sett att den känslomässiga påverkan är stor för sjuksköterskorna, man kan anta att detta är en stor påfrestning för sjuksköterskan och därför föreslås en strukturerad form omvårdnadshandledning för att förhindra känslomässig avtrubning.

## 10. Förslag till fortsatt forskning

Författarna till denna litteraturstudie anser att det finns ett stort behov av vidare forskning inom ämnet. Det anses att både fortsatta litteraturstudier och empiriska studier är nödvändigt för att bredda kunskapsfältet inom detta ämne som förmodligen alltid kommer vara ett aktuellt hälso- och sjukvårdsproblem. I sjuksköterskans kliniska arbete anser författarna att riktlinjer för att identifiera kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation är av stor betydelse för att kvinnorna ska få en trygg och likvärdig vård, detta är ett område som författarna anser att det krävs mer forskning inom.

Dessutom anser författarna att det vore gagnade att undersöka sjuksköterskeutbildningarnas förekomst av förberedande utbildning inom ämnet, detta för att få en överblick över hur kommande sjuksköterskors kunskapsnivå ser ut och för att därefter kunna utvärdera om större tyngd behöver läggas på att utbilda sjuksköterskestudenter inom området.

## 11. Slutsats

Denna litteraturstudies resultat visade på att sjuksköterskor upplevde att de hade bristande kunskap, att förhållningssättet varierade, att de blev känslomässigt påverkade och att det fanns svårigheter att identifiera kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation. Studiens resultat visar att det råder stora utbildningsbehov för sjuksköterskor och att utbildning är en viktig faktor för att effektivisera och säkerställa vården. Dessutom borde utbildning bidra till att sjuksköterskor kan hantera sina personliga känslor på ett professionellt sätt i mötet med kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation. Författarna vill genom resultatet i denna studie belysa vikten av utbildning och stöd för sjuksköterskor. Författarna till denna litteraturstudie anser att utbildning borde ingå i grundutbildningen för sjuksköterskor då sjuksköterskan med stor sannolikhet kommer att möta dessa kvinnor oavsett vart sjuksköterskan kommer att arbeta, detta för att bättre förbereda blivande sjuksköterskor på detta komplexa problem.

## Referensförteckning

### \* Resultatartikel

- Andraoulaki, Z., Rovithis, M., Tsirakos, D., Merkouris, A., Zedianakis, Z., Kakavelakis, K., Anderoulakis, E., & 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), 33-38
- Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., & Taylor, J. (2011). Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing Standard* 25(43), 35-40
- Brottsförebyggande rådet. (2013). *Misshandel mot kvinnor*. Tillgänglig på Internet. <http://www.bra.se/bra/brott--statistik/kvinnomisshandel.html>. (Hämtad 2013.10.07.)
- \*Brykcynzki, K., Crane, P., Medina, C., & Pedraza, D. (2009). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 23 143-152
- Du Plat-Jones, J. (2006). Domestic violence: the role of health professionals. *Nursing Standard*, 21(14-16), 44-48
- Eliasson, P. E. (2000). *Män kvinnor och våld - att förstå och förändra våldsamt beteende*. Stockholm: Carlssons bokförlag
- Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats – vägledningen för litteraturbaserade examensarbeten*. s. 121-132. Lund: Studentlitteratur
- Frost, M. (1999). Health visitors' perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 589-596
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur
- FN. (1994). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. Tillgänglig På Internet: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En\\_\(Hämtad 2013.10.07\)](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En_(Hämtad 2013.10.07))
- Gibbons, L (2011). Dealing with the effects of domestic violence. *Emergency Nurse* 19(4) 12-17
- \*Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645-1654
- Grip, K., Broberg, A., & Almqvist, K. (2010). *Psykisk hälsa hos mammor som utsatts för våld av sin partner*. Stockholm: Stiftelsen allmänna barnhuset
- Grände, J., Lundberg, L., & Eriksson, M. (2009). *I arbete med våldsutsatta kvinnor*. Stockholm: Gothia Förlag AB
- Gustavsson, B., Hemerén, G., & Peterson, B. (2005). *Vad är god forskningsed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Printfabriken
- \*Henderson, A (2001). Factors influencing nurses' responses to abused women: What they say they do and why they say they do it. *Journal of Interpersonal Violence* 16(12), 1284-1306
- \*Hägglblom, A., Hallberg, L., & Möller, A. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences*, 7, 235-242
- \*Hägglblom, A., & Möller, A. (2006). On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090
- Hälso- och sjukvårdslag 1982:763. Tillgänglig på internet <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.HTM>. (Hämtad 2013.10.07)

- \*Inoue, K., & Armitage, S. (2006) Nurses' understanding of domestic violence. *Contemporary Nurse*, 21(2), 311-323
- Jahren Kristoffersen, N. (2006). Teoretiska perspektiv på omvårdnad. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.) *Grundläggande Omvårdnad - Del 4*, s. 13-101. Stockholm: Liber
- Johnsson- Latham, G. (2008). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer, & D. Sandberg (Red.) *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*, s. 19-40. Lund: Studentlitteratur
- Laisser, R., Lugina, H., Lindmark, G., Nyström, L., & Emmelin, M. (2009). Striving to make a difference: health care worker experiences with intimate partner violence clients in Tanzania. *Health Care for Women International* 30, 64-78
- McDowall, H. (2010). What causes domestic abuse and how can nurses effectively support abused women? *Nursing times*, 106(8), 16-19
- Morgan, J. (2003). Knowledge and experience of domestic violence. *British Journal of Midwifery* 11(12), 741-747
- \*Moore, M-L., Zaccaro, D., & Parsons, L. (1998). Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. *Journal of Obstetric, gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(2), 175-182
- \*Natan, M., Ari, B., Bader, T., & Hallak, M. (2012). Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective. *International Nursing Review* 59, 108-114
- \*Natan, M., & 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
- \*Peckover, S. (2003). Health visitors understandings of domestic violence. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2), 200-208
- Polit, D., & Beck, C. (2010) *Nursing research – Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Fedel, G. (2012). Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice* 647-655
- Regeringskansliet. (2012). *Mäns våld mot kvinnor*. Tillgänglig på internet. <http://www.regeringen.se/sb/d3208> Hämtad 2013.11.27
- Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2007). Emergency department care of women experiencing intimate partner violence: Are we doing all we can. *Contemporary Nurse*, 24(1), 3-14
- Schoening, A., Greenwood, J., McNichols, J., Heermann, J., & Agrawal, S. (2004). Effect of an intimate partner violence educational program on the attitudes of nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 33(5), 572-579
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Statistiska centralbyrån. (2012). *På tal om kvinnor och män – Lathund om jämställdhet*. Örebro: Statistiska centralbyrån
- Svavarsdottir, E., & Orlygsdottir, B. (2008). Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (4), 779-788
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

- Sveriges kommuner och landsting. (2006). *Mäns våld mot kvinnor i nära relationer - En kunskapsöversikt*. Stockholm: Katarina Tryck
- \*Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurse*, 42(2), 216-225
- World health organization, (2013) *Violence against women*. WHO
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A Davis Company
- \*van der Wath, A., van Wyk, N., & van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing* 69(10), 2242-2252
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.



## Bilaga 1, Sökmatrix

<b>Databaser</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
CINAHL och PubMed	battered women AND nursing AND experience	44/71	Goldblatt, H. (2009).
CINAHL	domestic abuse AND women AND nursing	78	Hendersson, A. (2001).  Inoue, K., & Armitage, S. (2006).  Moore M., Zaccaro, D., & Parsons L. (1998).  Natan, M., & Rais, I. (2010).
CINAHL	battered women AND nursing role	93	Brykczynski, K., Crane, P., Medina, C., & Pedraza, D. (2011).  Hägglom A., & Möller, A. (2006).  Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012).
CINAHL	domestic violence AND prevention AND nurse	90	Natan, M., Ari, G., Bader, T., & Hallak, M. (2011).
Manuell sökning			van der Wath, A., van Wyk, N., & van Rensburg, E. (2013).
Medline	domestic abuse AND women AND nursing AND experience*	150	Peckover, S. (2003).
PubMed	battered women AND attitude to AND nurse	49	Hägglom, A., Hallberg, L., & Möller, A. (2005)

## Bilaga 2, Resultatsmatris

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Brykczynski, K., Crane, P., Medina, 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.	Att presentera kunskap utifrån kliniska erfarenheter av sjuksköterskor som arbetar med kvinnor som utsatts för våld i en nära relation och att öka förståelsen för hur de upplever det att arbeta med utsatta kvinnor.	Kvalitativ studie med individuella intervjuer. Snöbollsurval, tio deltagande sjuksköterskor. Intervjuerna transkriberades och analyserades med en tolkande fenomenologisk ansats.	Presenterar olika yrkesvanor som sjuksköterskor utvecklat i arbetet med misshandlade kvinnor. Öppenhet och mottaglighet, att främja trygghet, att känna igen tecken på återfall och att kunna identifiera när kvinnan var redo för förändring var viktiga färdigheter hos sjuksköterskan.
Goldblatt, H.	Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences	2009, Israel, Journal of advanced nursing.	Att studera hur sjuksköterskor påverkas professionellt samt personligt av att vårda kvinnor som utsatts för våld.	Fenomenologisk, kvalitativ studie, Systematiskt urval; 22 israeliska kvinnliga sjuksköterskor deltog som arbetade på sjukhus eller inom primärvård. In-depth intervjuer. Induktiv analys som i tre steg bildade olika teman.	Presenteras i ett huvudtema; att slitas mellan arbetet och hemmet och två subteman; mötet med våld i nära relation; en utmaning för sjuksköterskans professionella roll och att skilja mellan arbetet och privatliv. Resultatet visar att sjuksköterskor påverkas på många olika plan, både personligt och professionellt av att vårda kvinnor som utsatts för våld. T. ex kunde sjuksköterskorna känna emotionell stress, ångest och hjälplöshet, känslor som många hade svårt att lämna på jobbet vilket därmed påverkade dem även i deras privatliv.

Henderson, A.	Factors influencing nurses' responses to abused women: what they say they do and why they say they do it	2001, USA, Journal of Interpersonal Violence.	Att jämföra vilka faktorer som förbättrade kontra hindrade olika sjuksköterskors möjlighet att arbeta effektivt med kvinnor som blivit utsatta för våld i en nära relation.	Kvalitativ studie. Ja-sägarurval bland sjuksköterskor på sjukhus och inom primärvård i Kanada och Storbritannien. 24 sjuksköterskor från Kanada, 25 från Storbritannien. Intervjuer utfördes först i fokusgrupp och sedan individuellt. Data analyserades genom att materialet kodades och jämfördes.	Två olika grupper av sjuksköterskor identifierades, de som aktivt agerar och de som undviker ämnet. Möten med misshandlade kvinnor lämnade sjuksköterskorna med outhärliga känslor som frustration och ilska. Bättre stöd behövs för att kunna minimera det känslomässigt krävande arbetet.
Hägglom, A., Hallberg, L., & Möller, A.	Nurses' attitudes and practices towards abused women.	2005, Finland. Nursing and Health Science.	Att beskriva sjuksköterskors kunskap, yrkesvanor och erfarenhetsbaserad utbildning relaterat till misshandel av kvinnor.	Kvantitativ studie. Frågeformulär - kryssfrågor och med öppna frågor. Ja-sägarurval, sjuksköterskor som arbetade på statliga sjukhus på Åland, Finland. Deskriptiv statistikanalys.	Visar på att olika faktorer påverkar när, hur och hur ofta sjuksköterskan frågar patienter om förekomst av misshandel. Dessutom sjuksköterskans yrkesvanor i arbetet med en misshandlad kvinna. Få sjuksköterskor hade fått information om kvinnomisshandel.
Hägglom, A., & Möller, A.	On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse	2006, Finland, Qualitative Health Research.	Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av våld i nära relationer mot kvinnor och sjuksköterskans roll som vårdare av dessa kvinnor.	Kvalitativ studie, grounded theory. Selektivt urval, tio kvinnliga sjuksköterskor från en statlig vårdorganisation. Kvalitativa intervjuer mellan forskare och deltagare. Analys enligt Charmaz (2000). Teman och subteman identifierades.	Visar på vikten av sjuksköterskans hängivenhet och roll i vårdandet. Sjuksköterskorna upplevde ofta brist på kunskap/utbildning vilket de kompenserade genom personlig mognad och trygghet. Sjuksköterskorna upplevde frustration, ångest och psykologisk stress.
Inoue, K., & Armitage, S.	Nurses' understanding of domestic violence	2006, Japan och Australien, Contemporary Nurse.	Att undersöka japanska och australienska sjuksköterskors förståelse för våld i nära relationer.	Kvalitativ studie, grounded theory. 41 akutsjuksköterskor från utvalda australiensiska och japanska sjukhus, manliga sjuksköterskor exkluderades. Intervjuer med öppna frågor. Teorianalys.	Resultatet ledde fram till att sex olika grupper av sjuksköterskor identifierades efter hur deras åsikter och attityder var i relation till våld i nära relationer. De sex olika grupperna visar på att sjuksköterskors förståelse kan formas av sociala attityder gentemot våld i nära relationer.

Moore, ML., Zaccaro, D., & Parsons, L.	Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence	1998, USA, Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing	Att jämföra utbildning, attityder och yrkesutövningar i relation till våld i nära relationer hos perinatalsjuksköterskor från tre typer av arbetsplatser.	Kvantitativ, deskriptiv studie. Bekvämlighetsurval, 275 sjuksköterskor som arbetar inom folkhälsovård, på sjukhus och inom privat vård. Enkäter. INGRES för dataanalys.	Några skillnader hittades gällande attityder och föreställningar men de främsta skillnaderna hittades gällande beteenden. Endast 54% uppgav att de hade någon form av utbildning om våld i nära relationer. Folkhälsosjuksköterskor var de som i störst utsträckning hade utbildning. Utbildning påverkade både attityder och beteende.
Natan, M., & Rais, I.	Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women	2010, Israel, Journal of Trauma Nursing.	Att undersöka effekten av sjuksköterskors kunskap, vårdavdelningars rutiner och attityder i relation till identifiering av misshandlade kvinnor.	Kvantitativ studie. Bekvämlighetsurval, 100 sjukhus- och primärvårdssjuksköterskor. Enkäter. Analys med hjälp av Statistical Package for Social Sciences. Deskriptiv statistik.	Hälften av deltagande sjuksköterskor hade inte fått någon utbildning om ämnet. Skillnader upptäcktes i huruvida sjuksköterskor screenade sina patienter. Brist på erfarenhet ledde till att sjuksköterskor i mindre utsträckning screenade. Sjuksköterskorna ansåg att det var en viktig del av deras roll att fråga kvinnor om förekomst av våld.
Natan, M., Ari, B., Bader, T., & Hallak, M.	Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective.	2011, Israel, International Nursing Review.	Att undersöka effekten av läkares och sjuksköterskors kunskap, rutiner på vårdavdelningar och attityder relaterad till identifiering av kvinnliga offer för våld i nära relationer i Israel, liksom patientens attityder i relation till screeningsprocessen.	Korrelativ, tvärsnittsstudie. Randomiserat urval, 100 läkare sjuksköterskor deltog. Frågeformulär och intervjuer. Deskriptiv statistik.	Både läkare och sjuksköterskor drog sig för att identifiera offer för våld i en nära relation trots att de deltagande patienterna uppgav att screening var avgörande för förebyggande av våld i nära relationer.
Peckover, S.	Health visitors' understandings of domestic violence.	2003, Storbritannien, Journal of Advanced Nursing.	Att utforska sjuksköterskor inom hemsjukvårdens yrkesutövande i relation till våld i nära relationer.	Kvalitativ studie. Klusterurval. Semistrukturerade intervjuer utfördes med 24 sjuksköterskor inom hemsjukvården. Kodning för att identifiera kategorier. Feministisk poststrukturalism som bas för analysen.	Resultatet visade på skillnader i sjuksköterskors förståelse för våldets utbredning och olika typer av våld. Sjuksköterskorna visade på svårigheter att benämna våld i nära relationer i annat än fysiskt våld.

Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M.	Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence.	2012, Australien, Contemporary Nurse.	Att utforska erfarenheter av sjuksköterskors vård för kvinnor som utsätts för våld i nära relationer för att kunna använda den datan till att utveckla kunskap hos sjuksköterskor angående hälsoproblem och vårdbehov hos kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.	Kvalitativ studie, tolkande interaktionism. Fokus på livserfarenhet. Stickprovsurval, tolv akutsjuksköterskor, alla med minst fem års erfarenhet. Narrativ analys. Intervjuer transkriberades för att först identifiera essensen och sedan hitta nyckelmeningar.	Resultatet beskrev sjuksköterskors erfarenhet av kvinnor utsatta för våld i en nära relation, hur de såg på dessa kvinnor och hur de tolkade deras vårdbehov. Sjuksköterskorna var osäkra på sin vårdande roll.
van der Wath, A., van Wyk, N., & van Rensburg, E.	Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence.	2013, Sydafrika, Journal of Advanced Nursing.	Att rapportera akutsjuksköterskors erfarenhet av att vårda överlevande av våld i en nära relation.	Deskriptiv, fenomenologisk, kvalitativ studie. Husserliansk filosofi. Stickprovsurval, 11 akutsjuksköterskor från två olika sjukhus i Sydafrika. Ostrukturerade, fenomenologiska intervjuer. Deskriptiv, fenomenologisk analys. Intervjuerna transkriberades.	Sjuksköterskor får ofta bevittna effekterna av våld i nära relationer vilket påverkar dem känslomässigt. Detta kan leda till plågsamma och återkommande minnen, posttraumatisk stress men också lättnad när sjuksköterskan inser att hon hjälpt sin patient.