



LUNDS  
UNIVERSITET

# Sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnliga patienter som utsatts för våld i nära relationer

Författare: Hamdi Ahmed Cabdullahi

Handledare: Vanja Berggren

Litteraturstudie / Kandidatuppsats

Januari 2018

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell  
hälsa

Box 157, 221 00 LUND

# Sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnliga patienter som utsatts för våld i nära relationer

Författare: Hamdi Ahmed Cabdullahi

Handledare: Vanja Berggren

Litteraturstudie / Kandidatuppsats

Januari 2018

## Abstrakt

**Bakgrund:** Våld mot kvinnor är ett globalt hälsoproblem som strider mot de mänskliga rättigheterna. Hälso- och sjukvården har ett ansvar att stödja kvinnor som utsatts för våld i nära relation och om så nödvändigt hänvisa dem till rätt instans där kompetens och resurser finns. **Syfte:** Denna litteraturstudies syfte var att belysa forskning om sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnor som utsatts för våld i nära relation. **Metod:** En litteraturstudie utfördes och artiklar analyserades med hjälp av en integrerad analys. **Resultat:** En tematisering av artiklarna ledde till att tre olika kategorier bildades: dvs sjuksköterskors upplevelse av att vara *Otillräckligt Förberedda*, Identifiering samt *Frustration* **Slutsats:** Sjuksköterskor identifierade sig på ett känslomässigt plan med den slagna kvinnan. Det fanns dock även sjuksköterskor som valde att inte bli involverade känslomässigt då det blev svårt att agera professionellt, enligt dem. Sjuksköterskor som hade utbildning och kunskap i frågan om våld i nära relationer kände sig mer förberedda att bemöta frågan om våld än de som saknade utbildning. Slutligen kunde sjuksköterskorna uppleva en frustration över att inte veta var de skulle hänvisa den våldsutsatta kvinnan eller vad de skulle göra, eftersom det saknades rutiner på avdelningarna.

## Nyckelord

sjuksköterska, erfarenhet, möte, våld i nära relation, kvinnor

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Problemområde.....	4
Bakgrund.....	5
Perspektiv och utgångspunkter.....	5
Känslomässigt lidande och uthärdande .....	6
Sjuksköterskans roll.....	8
Syfte .....	9
Metod.....	9
Urval.....	10
Inklusions- och exklusionkriterier.....	10
Datainsamling.....	10
Sökstrategi.....	10
Kvalitetsgranskning.....	13
Forskningsetiska avvägningar .....	14
Resultat .....	14
Otillräckligt förberedda .....	14
Identifiering .....	15
Frustration.....	16
Diskussion.....	18
Diskussion av vald metod.....	18
Diskussion av framtaget resultat .....	19
Slutsats och kliniska implikationer.....	21
Referenser .....	21

# Introduktion

## Problemområde

Våld mot kvinnor är ett globalt hälsoproblem som bryter mot de mänskliga rättigheterna. Globala undersökningar visar att var tredje kvinna i världen har upplevt fysiskt och/eller sexuellt våld i nära relationer under sin livstid (World Health Organization [WHO], 2016). Siffror från Sverige visar att män och kvinnor blir utsatta för våld i nästan lika stor utsträckning, dock finns skillnader i hur våldet ser ut. Män är i högre utsträckning utsatta för fysisk våld, medan kvinnor utsätts i högre utsträckning för sexuellt respektive psykiskt våld. Vidare är det fysiska våldet kvinnor blir utsatta för ofta grövre och de behöver därmed oftare uppsöka sjukvård för sina skador. Våldet mot kvinnor är även i högre grad upprepande och förövaren är oftast någon kvinnan känner (NCK, 2014). Våld i nära relationer kan leda till olika former av psykisk och fysisk ohälsa på lång och/eller kort sikt (ibid). Enligt Socialstyrelsen (2016) lider kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer i högre grad av depression, posttraumatiskt stressyndrom, självskadebeteende, psykosomatiska symtom och alkoholöverkonsumtion än kvinnor som inte drabbats av våld. Även kroppsliga besvär är högre bland kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer. Dessa inkluderar besvär från mag- och tarmkanalen, kroniska bäckensmärter och underlivsmärter (NCK, 2014).

Målet för hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (Socialstyrelsen, 2014). Hälso- och sjukvården har även ansvar för att den som söker för hälso- och sjukvårdstjänster, men är i behov av annat stöd, blir hänvisad till rätt instans där kompetens och resurser finns. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer står att läsa att vårdgivare ska se till att hälso- och sjukvårdspersonal ställer frågor om våld när ett barn eller en vuxen visar symtom eller tecken på att ha blivit utsatt för våld (Socialstyrelsen, 2014). I slutrapporten från den nationella tillsynen 2012-2013, konstaterar inspektionen för vård och omsorg (IVO) att det finns behov av att förbättra kvaliteten och kompetensen av hälso- och sjukvårdens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn (Socialstyrelsen, 2014).

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Föreliggande studie utgår från ett sjuksköterskeperspektiv, vilket innebär att fokus kommer ligga på sjuksköterskors tankar och erfarenheter av att möta kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation. Katie Erikssons omvårdnadsteori kan beskriva hur sjuksköterskan ska agera i sin profession och sitt bemötande. Fyra centrala begrepp i Katie Erikssons omvårdnadsteori är människa, hälsa, vård och lidande (1987). Begreppet lidande kan definieras på olika sätt. Enligt Eriksson (1994) inryms också medlidande i definitionen, även om förmågan att hysa medlidande med en annan människa inte är detsamma som att själv uppleva lidande. Att själv uppleva lidande kan hämma att medlidande kommer till uttryck. Medlidande utgör grunden för ett sant vårdande och för att kunna uppleva medlidande krävs “mod, mod att ta ansvar och mod att offra någonting av sig själv” (ibid, s. 57). Offrandet ska ske inte med tanke på egen vinning, utan för att erbjuda hjälp och stöd till den andre. Inom hälso- och sjukvård ses medlidande som en etisk akt, vilket ingår i vårdandet. Sjuksköterskan har mod till att ta ansvar för patienten, samt sjuksköterskan väljer att offra någonting av sig själv för patienten. Vidare kan medlidande tolkas som en känslighet för patientens smärta eller lidande och det är denna känslighet som ger en handlingsberedskap för att kunna försöka lindra patientens lidande (ibid).

Inom hälso- och sjukvård kan vårdpersonal förorsaka patienten lidande, så kallat vårdlidande (Eriksson, 1994). Vårdlidande kan bestå i att patientens värdighet kränks, att patienten utsätts för fördömelse och straff - att vårdpersonal utövar makt gentemot patienten eller att patienten inte får någon vård eller tillräcklig vård. Kränkning av patientens värdighet kan t.ex. ske genom att vårdpersonal är slarvig när det gäller att skydda patienten vid vårdåtgärder som exempelvis personliga och intima frågor. Vidare kan kränkning av patientens värdighet ske genom en bristande etisk hållning eller genom att inte se människan bakom patienten och undvika att ge henne plats. Fördömelse i sin tur grundar sig på att det är vårdarens uppgift att bestämma vad som är rätt eller fel med tanke på patienten. Vårdaren har ett faktakunnande över patienten och kan under vissa förutsättningar bedöma vad som vore bäst för patienten, i alla fall från deras perspektiv. Dock är det alltid patienten som har sista ordet och friheten att själv välja (ibid). Patienter kan även känna att de blir dömda då de känner att de inte passar in i ramarna för “idealpatienten”. Lidande orsakat av utebliven vård kan bero på en oförmåga

att identifiera och bedöma vad patienten behöver av sjuksköterskan. Men det kan även bero på mindre förseelser eller medveten vanvård (ibid).

Ytterligare en definition av upplevt lidande beskrivs i en studie av Pratt-Eriksson, Bergbom och Lyckhage (2014). Våldsutsatta kvinnor som söker vård beskriver ett lidande vilket beror på att de uppfattar att de blir ignorerade av hälso- och sjukvårdspersonal och att de inte tas på allvar. Detta resulterar i att de våldsutsatta kvinnorna upplever en existentiell ensamhet och ett lidande som är outhärdligt. De intervjuade kvinnorna i studien uppger även en sorgsenhet över bristen på stöd, vård och empati av vårdpersonal (Pratt-Eriksson, et al., 2014). Enligt Eriksson (1987) bör sjuksköterskan i mötet med den lidande patient visa förståelse, öppenhet samt bekräfta patienten. Sjuksköterskan ska även sträva efter att skapa en förtroendefull relation till patienten och det kan enbart skapas om sjuksköterskan är närvarande, engagerad och delaktig (ibid).

#### *Känslomässigt lidande och uthärdande*

Sjuksköterskor är vårdgivare till patienter som lider och bör därför även veta om hur lidande kan gestalta sig (Morse, 2001). Känslomässigt lidande är ett stressfullt tillstånd där ett utlopp av känslor sker och patienten som känslomässigt lider är fylld av sorg. Patienten kan mer eller mindre konstant gråta, stöna eller snyfta. Patienten pratar med vem som än vill lyssna och upprepar händelsen som orsakat sorgen, nästan som för att intala sig att det verkligen har hänt. Hållningen är framåtlutad och huvudet neråtböjd och patienten ser ut som om han eller hon håller på att gå sönder. När någon går igenom ett känslomässigt lidande kan det resultera i insikten om vilken betydelse förlusten hade i det egna livet. Samtidigt finns det en påminnelse om att framtiden för alltid är förändrad. Så småningom, när patienten har lidit en tid, upplever patienten oftast ett hopp och alternativa framtidsvisioner tar form. Människor som har gått igenom lidande har rapporterat att de har omvärderat sina liv och prioriterar det som är viktigt i livet (ibid).

Lidande kan ha två former beskriver Morse (2001). Antingen är det ett tillstånd där patienten uthärdar sitt lidande eller kan det vara ett tillstånd i vilket patienten upplever ett känslomässigt lidande. Dessa två olika tillstånd är dynamiska och patienten kan skifta från att befinna sig i ett uthärdande tillstånd till ett känslomässigt lidande och tvärtom. Bemötandet av patienter som lider är beroende av vilket läge i lidandet patienten befinner sig i.

Uthärdande är en strategi för att ta sig igenom vardagen genom att göra det som måste göras. Det är således ett naturligt och nödvändigt beteende som tillåter patienten att fungera i det dagliga livet. Men för att patienten ska kunna känna sig hel igen, måste han eller hon också ge utlopp för sina känslor, dvs gå igenom känslomässigt lidande (ibid). Uthärdande tar sig olika uttryck beroende på allvarlighetsgraden av det som hotar patientens integritet är. I sin svåraste form ter sig patienten känslolös med ett uttryckslöst ansikte. Korta meningar används där rösten är monoton. Patienter som härdar ut karakteriseras av att de fokuserar på nuet och blockerar därmed då- och framtiden. Det är genom att fokusera på nuet som det är möjligt att fortsätta med livet (ibid). Dessa aspekter kan vara bra att känna till i den patientnära omvårdnaden av utsatta patienter.

### *Våld i nära relationer*

Enligt Socialstyrelsen (u.å) definieras våld i nära relationer av handlingar som leder till fysiskt, psykiskt och sexuellt våld eller tvång, samt frihetsinskränkningar och/eller materiellt/ekonomisk utsatthet. Försummelse eller vanvård av omsorgsansvarig person räknas också till våld i nära relationer (ibid).

Våld i nära relationer är en av flera svenska motsvarigheter till det engelska begreppet Intimate Partner Abuse (IPA) eller Intimate Partner Violence (IPV) som syftar på alla våldshandlingar som begås inom en pågående eller avslutad parrelation vilket orsakar fysiskt, psykologiskt eller sexuellt lidande (Valpied & Hagerty, 2015). Hädanefter kommer förkortningen IPV användas i denna uppsats. Konkreta exempel av våldshandlingar av dessa typer kan vara slag, sparkar, skrämsel, förödmjukelse, tvingande till sexuella handlingar och frihetsinskränkningar såsom isolering och/eller undanhållande av pengar (ibid).

Fortsättningsvis kommer våld som benämns i denna studie åsyfta på våld mot kvinnor.

Våldsprocessen i IPV är komplex. Att kvinnor inte lämnar ett destruktivt förhållande kan förklaras av våldets s k normaliseringsprocess, vilken resulterar i att hon både accepterar och försvarar sin partners agerande. Anledningen till varför kvinnan inte lämnar förhållandet beror bl a på att det har skett en gradvis förändring och att våldet successivt har trappats upp. Beteenden som av utomstående betraktas som kränkande upplevs som relevanta av den utsatta kvinnan, en s k normalisering har skett. Samtidigt blir kvinnan successivt känslomässigt

beroende av förövaren som i sin tur skaffar sig mer och mer kontroll över hennes livsutrymme. Det kan ske genom att förövaren bestämmer vad hon får tänka och tycka, vilka kläder som är lämpliga och med vem hon får umgås med. Till slut internaliseras partners värderingar om kvinnan i henne själv och förövarens verklighetsuppfattning blir hennes. Kvinnan är i vissa fall även övertygad om att hon är orsak till våldet och hon kan till och med bortförklara det och försvara våldet, som att förövaren är trött, utarbetad eller berusad (Lundgren, 2004).

Processen då den våldsutsatta bryter upp, s k uppbrottsprocessen, kan delas in i tre stadier: att avstå från att lämna förhållandet, att pendla mellan att vilja att stanna i förhållandet och vilja att lämna det, samt att nå en frigörande vändpunkt. I det första stadiet, att avstå från att lämna förhållandet, kännetecknas förhållandet av en passionerad kärlek och att våldet kommer smygande. Förövaren kan växla mellan att vara våldsam och visa ömhet och där finns ett hopp om att en förändring är möjlig. Samtidigt kan kvinnan känna skuld och skam över situationen och välja att fokusera på sina barn om de finns med i bilden. I det andra stadiet kan det ske en upptrappning av våldet och förövaren vägrar låta kvinnan lämna förhållandet. I det sista stadiet kan kvinnan tvingas välja mellan att lämna förhållandet eller att dö. Kvinnan kan slutligen frigöra sig och får stöd av andra (Scheffer, Lindgren & Renck, 2008).

### *Sjuksköterskans roll*

Sjuksköterskan skyldigheter gällande våld i nära relationer är inte bara ett moraliskt ansvar, utan finns också förankrat i styrande författningar och lagar. I hälso- och sjukvårdslagen § 2 står det att målet för all hälso- och sjukvård är en god vård på lika villkor för hela befolkningen (1997:142). Vidare ska vården ges för alla människors lika värde och för den enskilda individens värdighet. Dessutom ska den som har störst behov av hälso- och sjukvård ges företräde, enligt lagen. Exempelvis står det tydligt att en anmälan måste göras till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), om det finns barn i en familj där det finns misstanke att våld förekommer. Sjuksköterskans roll är också att hjälpa den vuxne med eventuella behov av vård, såväl fysiskt som psykiskt, med anledning av våldet. (SOSFS, 8 Kap §9, 2014:4). Vårdgivaren ska



också informera om möjligheten till vård och omvårdnad från hälso- och sjukvården eller stöd och hjälp från socialtjänsten och frivilligorganisationer (ibid).

Dessutom visar ICN:s etiska kod för sjuksköterskor på vilket moraliskt ansvar sjuksköterskan har i allmänheten i hälso- och sjukvården. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor står det att sjuksköterskor i synnerhet ska främja sårbara befolkningsgruppers hälsa och sociala behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Vidare står det att sjuksköterskor ska uppvisa “professionella värden såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet.” (Svensk sjuksköterskeförening, 2014, s. 4). Våldsutsatta kvinnor kan medföra utmaningar för sjuksköterskor inom alla verksamheter, varför studier om sjuksköterskors perspektiv är av vikt.

Tidigare studier har exempelvis visat (Socialstyrelsen, 2002) att 93% av 700 tillfrågade kvinnor som besökte ungdomsmottagningar och barnmorskemottagningar var positiva till att frågan om våld ställs. Kvinnorna var även mer positivt inställda till att bli tillfrågade om det framkom att alla tillfrågades. Tvärtom kunde kvinnorna känna sig kränkta om vårdpersonal inte frågade och därmed osynliggjorde problemet (NCK, 2010). Att ställa frågan om våld signalerar att det finns kompetens hos vårdpersonal och att det är ett folkhälsoproblem. I förlängningen kan det även bidra till en större öppenhet och en attitydförändring i samhället (ibid).

## **Syfte**

Syftet är att belysa sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnliga patienter som utsatts för våld i nära relationer.

## **Metod**

Den metod som valdes för att besvara syftet var en litteraturstudie, då metoden kan användas för att få en överblick över rådande kunskap om ett ämne (Forsberg & Wengström, 2013). Det innebär att befintlig forskning studeras för att ta reda på vad som studerats, vilka metoder

samt teoretiska utgångspunkter som har använts (Friberg, 2012). En strukturerad litteratursökning har genomförts för att belysa relevanta artiklar som svarade på föreliggande uppsats syfte och problemformulering. För att få en bred bild av det valda området kan både studier med kvantitativ ansats och studier med kvalitativ ansats inkluderas i litteraturstudier (ibid).

## **Urval**

Ett urval av artiklar framkom efter sökning med relevanta sökord i databaserna PubMed och CINAHL. PubMed är en sökmotor för att söka i databasen Medline som är en av de mest omfattande databaserna inom medicin, omvårdnad, odontologi, veterinärmedicin och hälso- och sjukvårdsadministration. Databasen CINAHL är mer inriktat på omvårdnadsvetenskapliga artiklar där litteraturen är publicerad i omvårdnadstidskrifter (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2011).

### *Inklusions- och exklusionkriterier*

Med hänvisning till Willman et al. (2011) var inklusions kriterier artiklar med både kvantitativ och kvalitativ ansats, vilka besvarade syftet utifrån sjuksköterskans perspektiv från alla vårdverksamheter, vårdavdelningar och alla världsdelar. Artiklar som exkluderade var de som var äldre än 15 år och inte var skrivna på engelska. Artiklarna skulle även vara peer reviewed och publicerade i internationella vetenskapliga tidskrifter. Till resultatet användes artiklar med fokus på sjuksköterskan eller annan vårdgivare, dock skulle artiklar vilka tog upp andra vårdgivares perspektiv även innehålla sjuksköterskors perspektiv. Slutligen var ytterligare ett inklusionskriterium att artiklarna behandlade sjuksköterskors möte med vuxna våldsutsatta kvinnor.

## **Datainsamling**

### *Sökstrategi*

Litteratursökningen genomfördes i databaserna Pubmed och CINAHL Ämnesordlistan

MeSH användes vid sökning i Pubmed och cinahl headings användes vid sökningen i CINAHL. Ämnesordlistor lämpar sig att användas då de innehåller väsentliga termer vilka leder till relevanta studier inom aktuellt ämne. De sökord som användes som ämnesord var *intimate partner violence, battered women, spouse abuse, domestic violence, nursing care, nurse-patient relations, nursing care, nurse's role, nurses* och *attitude*. De som söktes i fritext var *encounter* och *nurs\**. Sökningen resulterade i tio artiklar vilka är inkluderade i föreliggande uppsats.

Efter genomförd databearbetning av samtliga artiklar som resulterade i ett antal sökträffar, inkluderades sammanlagt tio artiklar i föreliggande uppsats.

I den första gallringen lästes samtliga artiklars abstract. De artiklar vars abstracts var irrelevanta med fokus på syfte, metod eller intervention exkluderades. I det andra steget lästes de artiklar vars abstracts ansågs relevanta i fulltext. 14 artiklar lästes i fulltext och av de ansågs nio relevanta och inkluderades i studien (se Tabell 1).

### Sökschema

**Tabell 1**

Datum Databas	Sökord (MeSH, CINAHL headings)	Antal träffar	Granska de abstracts	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
2017-04-10 PubMed	("Nurses"[Mesh] OR "Nurse's Role"[Mesh]) OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh]) OR "Nursing Care"[Mesh]) AND "Domestic Violence"[Mesh]) OR "Spouse Abuse"[Mesh]) OR "Battered	79	8	4	2

	Women"[Mesh]) OR "Intimate Partner Violence"[Mesh]) AND ("Encounter"[Journal] OR "encounter"[All Fields] OR "Encounter (Lond)"[Journal] OR "encounter"[All Fields])				
CINAHL 2017-04- 11	(MH "Intimate Partner Violence") OR (MH "Domestic Violence+") AND (MH "Nurse- Patient Relations") OR (MH "Nursing Care+") AND encounter	35	6	3	1
Pubmed 2017-04- 11	("Domestic Violence"[Mesh]) OR "Intimate Partner Violence"[Mesh]) AND nurs*)) AND encounter	46	4	0	0
CINAHL 2017-04- 11	(MH "Battered Women") OR (MH "Intimate Partner Violence") AND (MH "Attitude+") AND (MH "Nurses+")	43	10	5	2
Pubmed 2017-04- 10	("Battered Women"[Mesh]) OR "Intimate Partner Violence"[Mesh]) AND "Attitude"[Mesh]) AND	29	10	5	4

	"Nurses"[Mesh]				
--	----------------	--	--	--	--

## Dataanalys

De artiklarna som valdes ut under datainsamlingen sammanställdes genom en integrerad analys för att erhålla en överskådlig bild (Kristensson, 2014). Det första steget av den integrerade analysen innebar att artiklarna lästes igenom flera gånger för att identifiera likheter och skillnader i respektive artikel. I det andra steget bildades olika kategorier utifrån de likheter och skillnader som påträffades i det första steget. I det tredje och slutgiltiga steget sammanställdes resultatet under de olika kategorierna (Friberg, 2006).

## *Kvalitetsgranskning*

Utvalda artiklar som ingår i föreliggande studie och lästes i fulltext samt granskades med hjälp av granskningsmallar för både kvalitativ och kvantitativ design framtagna av Willman et al. (2011). Artiklarna poängsattes utifrån kriterier i granskningsmallen. Artiklar som uppnådde medelhög kvalitet hade uppnått 50-70% av maxpoäng och de artiklar som kom upp i en hög kvalitet hade 70-100% av maxpoäng. För att artiklarna skulle inkluderas i föreliggande studie krävdes att de erhöll en hög eller medelhög kvalitet. Samtliga artiklar vilka har granskats uppfyllde kriterierna för minst medelhög kvalitet. Dock behövdes det en modifiering av granskningsmallarna gånger bedömningskriterierna inte var tillämpliga för granskning av en specifik artikel (ibid).

## Forskningsetiska avvägningar

Föreliggande litteraturstudie utfördes utifrån ett reflekterat etiskt förhållningssätt genom att säkerställa att de inkluderade studierna var godkända av en etisk kommitté, och att detta tydligt framgick av studierna. Etiska kommittéerna bör vara i linje med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013). I den framgår att studier ska utföras i enlighet med icke-skadepincipen och autonomiprincipen. Med det menas dels att deltagarna inte får komma till skada, att de ska förbli anonyma och att informationen de utelämnar inte ska kunna användas mot dem. Vidare menas det att deltagarnas självbestämmanderätt inte får kränkas och att deltagarna när de vill får avsluta sin medverkan i studien. Slutligen ska studiens ha som mål att göra gott och vara till samhällsnytta (ibid).

## Resultat

Studiens syfte var att ta del av data som berörde sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnliga patienter som utsatts för våld i nära relationer. De tre huvudteman som framkom under analysen var: *Otillräckligt förberedda, Identifiering och Frustration.*

### Otillräckligt förberedda

Ett tema som återkom i de analyserade artiklarna var att sjuksköterskor och vårdpersonal kände sig otillräckligt förberedda, även uttryckts som orustade och okvalificerade, att bemöta frågan om våld i nära relationer (Goff et al., 2003; Natan & Rais, 2010; Ramsay et al., 2012; Vieira et al., 2012; Yonaka et al., 2007). Andelen sjuksköterskor som hade fått utbildning i våld i nära relationer var låg och detta medförde att många kände sig oförberedda att hantera frågan (Goff et al., 2003; Ramsay et al., 2012; Vieira et al., 2012). Artikeln av Ramsay et al (2012) presenterade enkätsvar från 89 sjuksköterskor och 183 läkare. Populationen som undersöktes arbetade alla inom primärvården. 29% av de 272 tillfrågade kände sig förberedda

inför att fråga sina patienter om de varit med om våld. Deltagarna rapporterade även minimal tidigare träning i våld i nära relationer. Medianen låg på tre timmar. Av de 100 (n=120) sjuksköterskorna som fullföljde enkätstudien av Natan och Rais, (2010) svarade 47% att de saknade rutiner inom verksamheten för att screena för våld i nära relationer, medan 53% svarade att sådana fanns. På liknande vis framkom det i studien av Vieira et al., (2012) att vårdpersonal saknade både resurserna samt faciliteterna för att kunna bemöta kvinnor som blivit misshandlade. Andra hinder som försvårade för sjuksköterskorna att bemöta frågan var att de kände sig osäkra inför uppgiften (Goff et al., 2003) och att de kände att de inte hade tillräckligt med erfarenhet att handskas med frågan (Natan & Rais, 2010).

## Identifiering

Det första temat *Identifiering* handlade om: medvetenhet om att våld kan drabba sjuksköterskorna själva, Egna erfarenheter och sjuksköterske-patientrelationen. Resultatet visade att identifiering av olika slag kan ske då sjuksköterskan möter en kvinna som blivit misshandlad. I studien av Goldblatt (2009) intervjuades 22 kvinnliga sjuksköterskor om vad för påverkan det har i deras personliga och professionella liv av att vårda kvinnor som blivit utsatta för våld. Deltagarna i studien uppgav att de blev känslomässigt involverade i kvinnans situation. De uppgav att de kände ilska och medlidande följd med en stark känsla av att de var ansvariga för patientens hälsa. En sjuksköterska blev till den graden emotionellt överväldigad att gränserna mellan henne själv och patienten löstes upp och hon kunde inte distansera sig själv från den slagna kvinnan. Det fanns även sjuksköterskor som uppgav att de valde att inte fokusera på sina känslor under arbetstid eller undvek att ta upp den psykosociala aspekten av omvårdnad i mötet med patienterna för att kunna agera professionellt (ibid).

På liknande sätt framkom det att flera av sjuksköterskorna (n=41) som intervjuades i studien av (Inoue & Armitage, 2006) hyste medlidande med kvinnorna som blivit utsatta för våld. Inoue och Armitage, 2006, intervjuade sjuksköterskor med frågeställningen hur sjuksköterskor bildar sig en förståelse för IPV i relation till deras profession. Det framkom även i deras studie en liten grupp sjuksköterskor som undvek att bli involverade i våld i nära relationer-problem (ibid). Detta, talade sjuksköterskorna om, var för att skydda sig själva från

att bli känslomässigt överväldigande. En annan förklaring till varför sjuksköterskorna undvek frågan var för att de själva hade personliga erfarenheter av våld och att det därmed kunde väcka känslor och minnen de ville bli förutan (ibid). Även i studien av (Yonaka, Yoder, Darrow, & Sherck, 2007), där 33 sjuksköterskor fick fylla i enkäter om vilka hinder de ansåg fanns vid screening av våld i nära relationer, uppgav ett flertal sjuksköterskor att ett hinder att fråga om våld i nära relationer var att de själva har personlig erfarenhet av våld. Vid frågan om erfarenhet av våld i familjen eller våld mot dem själva svarade 13 av de 33 tillfrågade ja (ibid).

I studien av (Haggblom & Moller, 2006) intervjuades tio sjuksköterskor om deras erfarenheter av att ge omvårdnad till kvinnor som blivit slagna, samt hur de ser på deras sjuksköterskeroll som vårdgivare till dessa kvinnor. Några av de intervjuade sjuksköterskor lyfte upp att våld i nära relationer är ett samhällsproblem, som kan drabba vem som helst och att det inte har att göra med vilken social status en person har i samhället. De kom därmed även till insikt om att våld kan drabba de själva och det kunde väcka rädsla hos somliga (ibid). På samma vis beskrev sjuksköterskorna i studien av Goldblatt (2009) att mötet med den våldsutsatta kvinnan kunde få dem att känna sig sårbara och tänka på sin egen roll som kvinna; i samhället, som hustru och mor.

## **Frustration**

Känslor av frustration var ett återkommande tema under analysen. Det fanns en frustration hos sjuksköterskorna kring varför den misshandlade kvinnan inte lämnar förhållandet. Emellertid fanns det, trots frustrationen, en förståelse för kvinnans situation. Sjuksköterskorna var medvetna om våldsprocessen och att det inte enbart finns ett fysiskt uppbyggande som måste till. Frustrationen handlade även om att sjuksköterskorna kände sig handfallna inför situationen. Det var en sak att identifiera våldet, men att sedan gå vidare med det kunde vara svårt (Goff, Shelton, Byrd, & Parcel, 2003; Goldblatt, 2009; Vieira, Dos Santos, & Ford, 2012; Vieira et al., 2013). Detta berodde dels på att det saknades rutiner för det inom verksamheten och dels för att sjuksköterskorna ansåg att det inte fanns tillräcklig med hjälp och resurser för dessa kvinnor ute i samhället. Det sistnämnda kunde också



uppbåda en frustration, eftersom vissa sjuksköterskor tyckte att det var en jämställdhetsfråga vilket förbisågs av styrande parter i samhället (Haggblom & Moller, 2006).

Goff et al. (2003) intervjuade 15 sjuksköterskor, läkare och tandläkare med lika många deltagare från varje yrkeskategori. Studiens syfte var att undersöka deltagarnas erfarenheter vad gäller utbildning och screening av IPV, samt förväntade resultat av att screena för våld i nära relationer. Bland alla yrkeskategorier framkom det att de inte visste hur de skulle gå tillväga efter att de identifierat att en kvinna blivit slagen. Att inte veta hur frågan ska behandlas kunde skapa en känsla av hjälplöshet (ibid). På liknande vis visade studien av (Vieira et al., 2012) att läkare och sjuksköterskor kände sig inkompetenta inför att vårda en kvinna som blivit utsatt för misshandel. Orsaker vårdpersonalen angav var att det varken fanns resurserna eller möjligheterna till att bemöta våld i nära relationer. Studien av Vieira et al. (2012) hade både en kvantitativ och kvalitativ ansats. Den kvantitativa delen bestod i att 51 sjuksköterskor respektive 170 läkare fick fylla i frågeformulär avseende deras tidigare erfarenhet av att behandla kvinnor som blivit slagna; deras uppfattning av sin egen roll som hälso- och sjukvårdspersonal; de hinder de eventuellt anser finns i hälso- och sjukvården för att ge lämplig vård till slagna kvinnor; tidigare erfarenhet av utbildning inom ämnet; och deras kunskap om definitionen av våld i nära relationer, dess orsak, ärendehantering av våld, samt attityder mot våld i nära relationer. Kvalitativ data erhöll författarna genom semistrukturerade intervjuer med 14 läkare och 11 sjuksköterskor (ibid). I studien av (Vieira et al., 2013) intervjuades 14 läkare och 11 sjuksköterskor avseende identifiering, erfarenheter, attityder och intryck av att bemöta behoven av kvinnliga patienter som utsätts för våld i nära relation. Deltagarna uttryckte en frustration över att inte veta vem som tar hand om den slagna kvinnan efter att de rapporterat våldet. Frågor som oroade vårdpersonalen var: vem kommer tillgodose de mer omfattande vårdbehoven kvinnan har? Det framkom också en oro att vårdpersonal i sin tur kan utsättas för hot, vilket de intervjuade uppgav ha haft erfarenhet av (ibid).

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

För att besvara föreliggande studies syfte genomfördes en litteraturstudie. En empirisk studie hade istället kunnat genomföras för att besvara uppsatsens syfte, men det hade varit mer tidskrävande. En litteraturstudie var att föredra då det dels gav en överblick av forskningsläget inom ämnet, samt visade på eventuella kunskapsluckor och vilka områden där mer forskning är nödvändigt (Kristensson, 2014).

En styrka med föreliggande uppsats sökstrategi är att den nästan enbart använde MeSH-termer eller CINAHL-headings i sökning i databaserna. Författaren använde dock några söktermer i fritext (se Tabell 1) då dessa söktermer inte kunde hittas som MeSH-termer eller CINAHL-headings. Anledningen till varför författaren inte utgick endast från fritextsökning var att det troligtvis skulle resultera i ett stort antal irrelevanta träffar, enligt Willman et al. (2011). För att snäva av sökningen ytterligare användes de booleska söktermerna *AND* och *OR* (ibid). Sökoperanden *OR* ansåg författaren var fördelaktigt, eftersom termen ”våldsutsatta kvinnor” har olika synonymer på engelska.

En möjlig svaghet med sökstrategin var att databasen PsycInfo inte användes. PsycInfo är en databas vars huvudområde är psykologi, men även inkluderar subområden som medicin, omvårdnad och sociologi. Föreliggande uppsats syfte; att ta del av sjuksköterskors erfarenheter av kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer, resulterade i psykologiska aspekter vilka det kan ha skrivits mer om i en databas som har psykologi som huvudområde. Författaren är medveten om denna svaghet och har i efterhand gjort en sökning i PsycInfo för att se vad det ger för träffar. De sökord som användes var *nurs\** och *intimate partner violence*. Författaren valde att läsa abstrakten på de artiklar som resulterade i träffar. Mer än majoriteten av artiklarna undersökte den slagna personens erfarenheter eller konsekvenser och inte sjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer.

De artiklar som inkluderades i uppsatsen var nästan helt jämnt fördelade vad gäller kvalitativ och kvantitativ design. Fem av artiklarna hade en kvalitativ design, fyra en kvantitativ design och en artikel var av sk mixed-method med både en kvalitativ och kvantitativ ansats. Enligt Willman et al. (2011) kan båda kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderas i en litteraturstudie.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Denna litteraturstudie visade att sjuksköterskor ibland identifierar sig med den våldsdrabbade kvinnan, men att sjuksköterskorna även ibland aktivt valde bort att bli känslomässigt involverade i den våldsdrabbade kvinnans situation. Vidare framkom att sjuksköterskorna som kunde identifiera sig med den våldsutsatta kvinnan kunde känna ett medlidande med kvinnan. Enligt Eriksson (1994) är det nödvändigt med ”mod, mod att ta ansvar och mod att offra något av sig själv” för att kunna uppleva medlidande (ibid, s. 57). Dock är inte medlidande samma sak som att själv känna lidande. Faktum är att själv känna lidande kan hämma att medlidande kommer till uttryck (Eriksson, 1994).

I resultatet till denna uppsats framkom det också att det fanns sjuksköterskor som inte valde att bemöta frågan om våld då det kunde väcka känslor hos sjuksköterskorna som var känslomässigt överväldigande och de därmed inte kunde agera professionellt, enligt de själv. Men det fanns även en grupp som inte valde att inte ta upp frågan om våld då de väckte minnen de ville förbli utan, eftersom de hade egna erfarenheter av våld. Att bli känslomässigt överväldigad eller tänka på en traumatisk upplevelse kan vara ett lidande för sjuksköterskan och då kan ett medlidande, som Eriksson skriver (1994) vara svårt att uppnå. Men medlidande är en etisk akt och är grunden för ett sant vårdande och av den anledningen bör fokus hela tiden ligga på patienten, samtidigt som sjuksköterskan ska agera professionellt i största möjliga mån (Erikson, 1994).

Sjuksköterskors identifiering med sina patienter kan vara något positivt då sjuksköterskorna kan få en större förståelse för den enskilda patienten och att det därmed även blir en mer personcentrerad vård. Men identifiering kan även vara problematisk. I resultatet i denna litteraturstudie framkom det att somliga sjuksköterskor upplevde de blev emotionellt påverkade av kvinnornas historia och att de ibland tänkte på dem och oroade sig för dem

även när de hade slutat för dagen. Sjuksköterskor kunde också känna en rädsla för att själv bli ett våldsoffer (Haggblom & Moller, 2006). Det är en balansgång att agera professionellt och visa empati och medlidande, samtidigt som det är viktigt för sjuksköterskans egna hälsa att inte identifiera sig helt med patienten, utan ha en distans. Om så inte görs kan risken bli stor att sjuksköterskan blir utmattad (van der Wath, van Wyk & van Rensburg, 2016). Dessutom kan upplevelsen av att vara otillräcklig förberedd, samt veta att patienten lider leda till stress och i sin tur utmaning (ibid).

De likheter som fanns i de undersökta artiklarna i föreliggande studie var att sjuksköterskor ibland valde bort att bli känslomässigt involverade i patienter som blir utsatta för våld (Goldblatt, 2009; Yonaka et al., 2007; Inoue & Armitage, 2006; Haggblom & Moller, 2006). Vissa av de undersökta sjuksköterskor ansåg att endast genom att ge kvinnan tid och lyssna på henne ledde ofrånkomligt till ett känslomässigt engagemang och att detta kunde påverka deras professionalitet (Haggblom & Moller, 2006). Men är inte professionalitet att kunna skapa en distans mellan sig själv och patienten och inte identifiera sig helt med den våldsdrabbade kvinnan? Andra sjuksköterskor ansåg att de blev känslomässigt involverade eftersom de hade en personlig erfarenhet av våld och att detta kunde väcka känslor de ville förbli utan (Yonaka et al., 2007; Inoue & Armitage, 2006).

En annan likhet i de undersökta artiklarna var att sjuksköterskor inte kände sig kompetenta nog för att bemöta frågan om våld (Goff et al., 2003; Natan & Rais, 2010; Ramsay et al., 2012; Vieira et al., 2012; Yonaka et al., 2007). Denna brist kunde ligga i att sjuksköterskor inte hade fått tillräckligt med utbildning (Goff et al., 2003; Ramsay et al., 2012; Vieira et al., 2012), men också för att de inte erhållit konkreta instruktioner på avdelningen som de arbetade i: Vilka rutiner finns det när det föreligger misstanke om att en kvinna utsätts för våld? Vilka frågor skall ställas (Yonaka et al., 2007).

Det framkom i resultatet av denna studie att sjuksköterskor kunde uppleva frustration i mötet med den våldsdrabbade kvinnan. Internationell forskning visar att det finns ett visst motstånd hos sjukvårdspersonal att ställa frågor om erfarenhet av våld till gravida kvinnor (Socialstyrelsen, 2014). Hinder som vårdpersonal uppgav för att fråga om våld är tidspress,

motstånd i form av hur kvinnorna tog emot frågan och vilka svar vårdpersonalen skulle få och hur de skulle hantera dem. Motståndet bestod också i, beskrev vårdpersonalen, i osäkerhet på den egna kompetensen samt att orka och våga lyssna på berättelser om våld. Att inte veta hur frågan skall ställas, kan i sig väcka en frustration då sjuksköterskorna står handfallna inför en patientgrupp de vill och är skyldiga till att hjälpa. Mer utbildning och kunskap kan kanske förhindra att känslor som maktlöshet och frustration uppstår (ibid).

Kunskap om hur och när frågor om våld skall ställas inom hälso- och sjukvård, samt kunskap om våld i nära relationer kan vara avgörande för att våldsdrabbade kvinnor ska få rätt och god vård. Icke desto mindre är denna kunskap viktigt för att sjuksköterskor ska känna sig trygga i sin yrkesroll, inte bli utmattade, frustrerade och känna sig oförberedda.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

I denna studie framkom det att sjuksköterskor som hade utbildning och kunskap i frågan om våld i nära relationer kände sig mer förberedda att bemöta frågan om våld än de som saknade utbildning.

I mötet med kvinnor som utsatts för våld av en partner är det viktigt att sjuksköterskan agerar professionellt och visar empati och medlidande, samtidigt som det är viktigt för sjuksköterskans egen hälsa att inte identifiera sig helt med patienten, utan ha en distans.

Slutligen indikerar studiens resultat att det finns ett behov av mer utbildning om våld i nära relationer bland sjuksköterskor.

### **Referenser**

Eriksson, K. (1987). Vårdandets idé. Stockholm: Norstedts Förlag.

Eriksson, K. (1994) Den lidande människan. Stockholm: Liber utbildning.

Friberg, F. (2006). Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.

Goff, H. W., Shelton, A. J., Byrd, T. L., & Parcel, G. S. (2003). Preparedness of health care practitioners to screen women for domestic violence in a border community. *Health Care for Women International*, 24(2), 135-148. doi:813LAC0XBTYQJ7B0

Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: Impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645-1654. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x [doi]

Haggblom, A. M., & Moller, A. R. (2006). On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090. doi:16/8/1075 Nurse, 21(2), 311-323. doi:10.5555/conu.2006.21.2.311 [doi]

Inoue, K., & Armitage, S. (2006). Nurses' understanding of domestic violence. *Contemporary Nurse*, 21(2), 311-23. doi: 10.5555/conu.2006.21.2.311

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

Lundgren, E. (2004). Våldets normaliseringsprocess. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS).

Morse, J. M. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 47-59.

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 : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 17(2), 112-117.  
doi:10.1097/JTN.0b013e3181e736db

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Uppsala: Edita Västra Aros.

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa: En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Danagård LITHO.

Pratt-Eriksson D., Bergbom I., & Lyckhage ED. (2014). Don't ask don't tell: Battered Women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*.  
doi:10.3402/qhw.v9.23166.

Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(602), 647. doi:10.3399/bjgp12X654623

Scheffer Lindgren, M., & Renck, B. (2008). Intimate partner violence and the leaving process: Interviews with abused women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, vol. 2008 nr. 3 s. 113-124.

SFS 1982: 763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 6 april, 2017, från  
[https://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--ochsjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](https://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--ochsjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Socialstyrelsen. (u.å). Definition av våld och utsatthet i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/valdsochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>

Socialstyrelsen. (2002). *“Tack för att ni frågar”* - screening om våld mot kvinnor. Stockholm: Ekonomie-Print.

Socialstyrelsen. (2014). Att vilja se, vilja veta och våga fråga. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19568/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf>

SOFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 6 april, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19441/2014-5-7.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). ICN:S etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Valpied, J. & Hegarty, K. (2015). Intimate partner abuse: identifying, caring for and helping women in healthcare settings. *Women´s health 11(1)*, 51-63. doi: 10.2217/WHE.14.59

Van der Wath, A., Van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2016). Emergency nurses' ways of coping influence their ability to empower women to move beyond the oppression of intimate partner violence. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine 8(2)*. doi: 10.4102/phcfm.v8i2.957

Vieira, E. M., Dos Santos, M. A., & Ford, N. J. (2012). Seizing an opportunity to help knowledge and attitudes of doctors and nurses toward women victimized by intimate



partner violence in brazil. *Health Care for Women International*, 33(3), 228-249.  
doi:10.1080/07399332.2011.646365

Vieira, E. M., Ford, N. J., De Ferrante, F. G., de Almeida, A. M., Daltoso, D., & dos Santos, M. A. (2013). The response to gender violence among brazilian health care professionals. *Ciencia & Saude Coletiva*, 18(3), 681-690. doi:S1413-81232013000300014

World Health Organization. (2016). Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women.

Hämtad 3 april, 2017 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

World Medical Association. (2013). WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS. Från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

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

Yonaka, L., Yoder, M. K., Darrow, J. B., & Sherck, J. P. (2007). Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(1), 37-45.