



MEDICINSKA FAKULTETEN

Våld i nära relationer.

En litteraturstudie om kvinnors upplevelser av
sjuksköterskans bemötande i den somatiska vården.

Författare: Annie Jeppsson och Anna Åkesson

Handledare: Anneli Jönsson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2021

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

Våld i nära relationer.

En litteraturstudie om kvinnors upplevelser av sjuksköterskans bemötande i den somatiska vården.

Intimate partner violence.

A literature study on women's experience of the nurse's attitude in somatic care.

Författare: Annie Jeppsson, Anna Åkesson

Handledare: Anneli Jönsson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie
Hösten 2021

Abstrakt

Bakgrund: Ungefär 30 procent av världens kvinnor har någon gång upplevt fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld i nära relation. Kvinnorna upplever sig ofta vara övergivna och nedvärderade vid kontakten med hälso- och sjukvården. Sjuksköterskans kunskap och hur hen bemöter kvinnorna har stor betydelse. **Syfte:** Att undersöka hur kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer upplever bemötandet av sjuksköterskor i den somatiska vården. **Metod:** En litteraturstudie där 8 kvalitativa studier analyserades. **Resultat:** Två huvudtema: *Negativt bemötande* och *Positivt bemötande* och fem subteman identifierades: *Att inte bli tagen på allvar, Okunskap och osäkerhet om våldet i nära relationer, Dömande sjuksköterskor, Att känna tillit samt Sjuksköterskan förmedlar information.* **Slutsats:** Osäkerhet och okunskap hos sjuksköterskan leder till att våldsutsatta kvinnor känner sig otrygga i bemötandet. Det är viktigt att screena och utbilda kring våld i nära relationer i sjuksköterskeutbildningen.

Nyckelord:

Våld i nära relationer, våldsutsatta kvinnor, sjuksköterska, sjukvårdspersonal, bemötande, screening, lidande.

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	4
Våld i nära relationer	4
Riktlinjer, lagar och författningar	4
Lidande som skapas av våldet	6
Personcentrerad vård	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	12
Dataanalys	13
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Negativt bemötande	15
Att inte bli tagen på allvar	15
Okunskap och osäkerhet om våldet i nära relationer	16
Dömande sjuksköterskor	17
Positivt bemötande	18
Att känna tillit	18
Sjuksköterskan förmedlar information	18
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	22
En tillitsfull relation	22
Ett negativt bemötande och screeninginstrument	23
Slutsats och kliniska implikationer	25
Författarnas arbetsfördelning	26
Referenser	27
Bilaga 1 (2)	33
Bilaga 1. Översiktstabell	33

Introduktion

Problemområde

Våld i nära relationer utgör ett stort samhällsproblem (Socialstyrelsen, 2019b). Av alla kvinnor runt om i världen har cirka 30 procent upplevt fysiskt och/eller sexuellt våld i en nära relation (World Health Organization [WHO], 2021). Både kvinnor och män drabbas av våld i nära relationer, men kvinnor utsätts i större utsträckning och för mer allvarligt våld. Våld mot kvinnor utgör en av de främsta orsakerna till ohälsa hos kvinnor (Nationellt centrum för kvinnor [NCK], u.å a). Kvinnor som blivit utsatta för våld kan visa tecken och symtom på depression, självskadebeteende, fysiska åkommor som smärta och mag-tarmbesvär och posttraumatiskt stressyndrom i betydligt större utsträckning än de som inte blivit utsatta (NCK, 2014). Var femte kvinna i Sverige har någon gång under sitt liv utsatts för sexuellt våld. Av de som blivit utsatta av sexuellt våld finns det tydliga kopplingar till ohälsa senare i livet och tidigare våldsutsatthet (NCK, 2014). Våldsutsatta kvinnor känner ofta övergivenhet, nedvärdering, förlorad identitet och förlust av självkänsla vid kontakten med hälso- och sjukvården på grund av att dagens sjukvård främst fokuserar på fysiska åkommor. Sjukvårdens okunskap i att identifiera våld som förekommer mot kvinnorna leder till upplevelser av existentiell ensamhet samt att våldet kvinnorna utsätts för är självförvållat (Örmon & Hörberg, 2017). En stor del av kvinnorna som överlevt våld i nära relationer globalt, har inte sökt vård och mer än cirka 30 procent har inte talat om vad de utsatts för (McCleary-Sills et al., 2016). Enbart 40 procent av kvinnor som utsatts för våld har sökt hjälp i vården och enbart sex procent har sökt hjälp hos polis, vårdpersonal och socialtjänsten. Flera hinder har visat sig stå i vägen för kvinnorna att söka hjälp. Det handlar främst om oro för vad omgivningen skulle tro, samt rädslan för att sjukvården skulle döma kvinnorna (McCleary-Sills et al., 2016). Det är främst på vårdcentraler eller sjukhus som våldsutsatta kvinnor uppmärksammas inom den somatiska vården (Hegarty et al., 2016). Det är därför väsentligt att de sjuksköterskor som möter de våldsutsatta kvinnorna, bemöter dem med respekt och lyhördhet och stöttar kvinnorna i de påfrestningar som de har fått genomgå. Upplevelser som beskrivs ovan är anledningen till att våld mot kvinnor måste uppmärksammas. Sjuksköterskorna som möter kvinnorna behöver en god kunskap inom ämnet och förutsättningar för att identifiera kvinnorna vilket kan minska lidandet hos kvinnorna.

Bakgrund

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer kan visa sig på många olika sätt. Lutgendorf (2019) beskriver att våld i nära relationer kan te sig som fysiskt och sexuellt våld, stalkning samt psykologisk aggression där tvång kan ingå. Lutgendorf (2019) beskriver fysiskt våld som att avsiktligt använda sig av våld som kan leda till dödsfall, skada eller handikapp. Fysiskt våld kan exempelvis vara knuffar, slag, kvävning och användande av vapen. Sexuellt våld kan ske, oavsett om det är ett försök till eller avslutat våld, då samtycke inte finns till akten. Sexuellt våld kan handla om exempelvis oönskad sexuell kontakt och våldtäkter. Stalkning innebär en upprepande och oönskad uppmärksamhet som utgör en osäkerhet för den utsatte. Det kan innebära oönskade meddelanden, samtal, gåvor, förföljelse, intrång på personliga utrymmen som i bilen eller i huset samt hot om att skada offrets privata ägodel. Psykologisk aggression innebär att en skada uppstår genom en verbal eller icke-verbal kommunikation används i syfte till att kontrollera offret. Denna typ av våld kan exempelvis ske i form av tvång över offrets handlingar, hot om annan form av våld samt att offret tvivlar på sitt eget minne och uppfattningar (Lutgendorf, 2019). Det är vanligare att kvinnor utsätts för allvarligare skador av våld som leder till behov av vård än vad det förekommer hos män. Av de kvinnor som blivit utsatta för grov misshandel i Sverige är det cirka 29 procent som har erkänt att de uppsökte, eller hade behövt uppsöka vård, i förhållande till männens cirka 3 procent (Brå, 2020). NCK (u.å c) skriver att det är vanligt att våldet blir värre ju längre relationen pågår. Det hela börjar oftast som en process av att den våldsutsatta i högre utsträckning blir isolerad ju längre tiden går samt att våldet ökar vilket leder till ett ökat beroende för våldsutövaren. Tider med mycket våld varvas med tider med kärlek i relationen, vilket ger den våldsutsatta hopp om att relationen ska bli bättre. Den våldsutsatta bryts ner och självkänslan försämras samt att våldet normaliseras i deras vardag (NCK, u.å c).

Riktlinjer, lagar och författningar

Socialstyrelsen (2019c) skriver att en bidragande orsak till att våld inte upptäcks idag är på grund av den bristande kunskapen kring ämnet. Chansen att upptäcka om det förekommer

våld ökar drastiskt om frågor ställs kring våld. Genom ökad kunskap och stöd till samhällsaktörer (socialtjänsten, polis och sjukvårdspersonal) om våld i nära relationer kan det öppna möjligheter till att upptäcka våldsutsatta. De kan då lära sig om vilka frågor och när de kan ställas, vilket ger en möjlighet att kunna hänvisa de våldsutsatta till stöd och hjälp. Genom att ha en specifik rutin för att upptäcka våld i nära relationer kan det ha stor betydelse för att upptäcka våldsutsatta kvinnor (Socialstyrelsen, 2019c). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) 5 kap. §1 innefattar punkter som bygger på att patienter ska behandlas med respekt, integritet, hälsofrämjande åtgärder, trygghet och säkerhet. Vården ska dessutom vara lätt tillgänglig och av god kvalitet samt förmedla goda kontakter mellan vårdpersonal och patient (HSL, 2017).

Då en person inkommer till en somatisk enhet, exempelvis en vårdcentral, och visar symtom och/eller tecken på utsatt våld eller övergrepp ska hälso- och sjukvårdspersonalen ta in personen i enrum eftersom det kan ge trygghet (Socialstyrelsen, 2016). Där kan personalen i sin tur ställa frågor gällande orsaker till symtomen och/eller tecknen. Vid fortsatt misstanke ska personalen handla utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (2014) 8 kap. 9§ 1-4 som innebär att ta reda på om barn är inblandade, om anmälan behöver göras till socialtjänsten enligt Socialtjänstlagen (2001) 14 kap 1§, att det finns vård eller stöd att få från socialtjänsten och frivilligorganisationer samt att sjukvården har den vuxnes vilja av vård i beaktande. Vidare kan sjukvårdspersonalen handla efter det andra stycket i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (2014) som innebär att dokumentation i patientens journal ska göras då misstanke om våld förekommit samt vilka symtom och tecken som påvisats. Skulle sjukvården brista i sin omvårdnad av våldsutsatta kvinnor och strikt fokusera på fysiska åkommor minskar kvinnans självbild och skammen ökar (Örmon & Hörberg, 2017). Våld i nära relationer bör vara en prioritet i sjukvården och det är sjukvårdens uppgift att ställa passande frågor och försäkra en säker miljö för kvinnorna vilket kan leda till återhämtning (Örmon & Hörberg, 2017). Det finns även möjlig hjälp att få av socialtjänsten och frivilligorganisationer samt att regeringen har anordnat kvinnofridslinjen vilket är en nationell stödtelefon som bedrivs av NCK som ger professionellt stöd (Socialstyrelsen, 2016).

Socialstyrelsen (2019a) beskriver screening som en metod för att tidigt upptäcka en sjukdom eller ett tillstånd som för en patient hade kunnat innebära en för tidig död, funktionsnedsättning eller en svår skada. Genom att använda sig av screening möjliggör detta

att tidigt kunna identifiera negativa konsekvenser av sjukdomen eller ett tillstånd och att tidigare sätta in behandling för att undvika en större senare konsekvens (Socialstyrelsen, 2019a).

Lidande som skapas av våldet

Lidande beskriver vårdvetaren Eriksson (1994), som något som beskyddar oss från apati och stelhet. Begreppet lidande har under det senaste seklet haft en tvetydig mening och har många gånger beskrivits med hjälp av andra begrepp. Eriksson (1994) beskriver lidande som någonting ont som ansätter människan. Det kan både handla om en kamp eller att stå ut med någonting, men kan också innebära att försonas. Eriksson (1994) fortsätter med att beskriva de huvuddimensioner som framkommit för att beskriva begreppet lidande. Det handlar om någonting negativt eller ont som besvärar människan, något som människan får lära sig att leva med, en kamp, något meningsbärande eller konstruktivt, som ett uttryck för en brist eller ett begär samt lidande som ett medlidande. Det lidande som går att eliminera hos patienten ska försöka elimineras i den utsträckning som det går. Det kan innebära enkla eller mer komplicerade processer, där små enkla ting kan underlätta patientens vardag och självkänsla. Det kan handla om att förmedla uppmuntran, ge stöd, möjligheter att samtala, uppfylla önskingar med mera (Eriksson, 1994). Det kan finnas en osäkerhet hos kvinnorna som söker vård om de ska öppna upp sig om sin situation och lita på sjuksköterskan eller om det är en för stor risk att berätta om våldet de blivit utsatta för. En öppen inställning från sjuksköterskan kan leda till att patienten vågar öppna upp sig vilket kan leda till minskat lidande för patienten (Örmon & Hörberg, 2017).

För att sjuksköterskor ska kunna genomföra ett gott vårdande och bemöta människor i olika situationer krävs det att sjuksköterskorna kan skilja på profession och privatliv, förklarar Goldblatt (2009). Vidare menar Goldblatt (2009) att sjuksköterskor som möter våldsutsatta kvinnor reagerar olika och bemöter kvinnan utifrån sina egna reaktioner. Starka känslor av sorg och sympati, men även känslor av ilska, ifrågasättande och känslökyla kan uppstå hos sjuksköterskorna vid möten med våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskans bemötande avgör hur det professionella mötet utspelar sig och hur patienten upplever vården. Goldblatt (2009) menar däremot att sjuksköterskor känner hjälplöshet, ambivalens och svårigheter att arbeta professionellt med de våldsutsatta kvinnorna. Kristensson Ugglå (2020) förklarar att patienter

alltid befinner sig i ett underläge i förhållande till vården. Oavsett den kunskap som patienten har läst sig till på egen hand innan kontakt med sjukvården är kunskapen patienten besitter inte densamma i förhållande till den kunskap som sjukvården har som utbildad och med erfarenhet. Patienter som upplever ett underläge kunskapsmässigt i förhållande till sjukvården känner sig mindre delaktiga i sin vårdtid. Detta kunskapsunderläge kan leda till ett lidande (Kristensson Ugglå, 2020). Arman et al. (2002) beskriver det dubbla lidandet som ett lidande som uppkommer en tid efter att ha dolt sitt lidande eller inte pratat om sitt upplevda lidande. Det handlar om kvinnors vilja att skydda sina anhöriga från att belastas av deras lidande eller skydda sig själv från ett förnekande från sina anhöriga eller sjukvården i sitt lidande. Kvinnorna visar en falsk fasad för andra och uttrycker inte sina verkliga känslor vilket grundar sig i en rädsla att bli avvisade (Arman et al., 2002).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård bygger på ett partnerskap mellan vårdare och patient där det krävs ett samarbete mellan parterna för att få vårdrelationen att fungera (Forsberg, 2016). Hegarty et al. (2016) och Frost (1999) beskriver att sjuksköterskor kan bidra med stöd och strategier till kvinnor som upplevt våld i nära relationer. Kvinnor som befinner sig i traumat som våldet skapat är i stort behov av sjuksköterskans omhändertagande och förståelse. Det är en större risk att kvinnan utsätts för större skada av mannen om hon uppsökt vård på sjukhus, eftersom det finns en möjlighet att hon har berättat vad hon utsatts för till sjukvårdspersonal (Hegarty et al., 2016; Frost 1999). Våldet kan påverka kvinnan fysiskt, psykiskt, sexuellt, socialt och ekonomiskt och tidig identifikation och omhändertagande av kvinnan banar vägen för bättre hälsa och minskar våldets belastning hos kvinnan. Sjuksköterskor har en viktig roll i omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor om de har kunskap i att identifiera faktorer. Sjuksköterskor har även stor del i att utföra interventioner som fokuserar på traumat som sker i form av samtal kring händelsen för att hjälpa kvinnorna (Hegarty et al., 2016).

Att arbeta utifrån personcentrerad vård innebär att människan bakom sjukdomen eller situationen är i fokus. En sjuksköterska bör ha ett personcentrerat arbetssätt för att förhindra vårdlidande och bör arbeta empatiskt, stärka patientens autonomi och förmedla trygghet i vårdrelationen (Forsberg, 2016). Sjukvårdspersonal ska ha kunskap att identifiera om det förekommer våld och behöver även ställa frågor kring förekomst av våld för att kunna hjälpa

kvinnorna. Sjukvårdspersonalen ska även kunna lyssna, ge trygghet och visa sig förstående över kvinnans erfarenheter av våld (Hegarty et al., 2016). Rädsla för att förstöra relationen mellan sjuksköterska och kvinnan är en anledning till varför frågor om våld inte ställs. En annan anledning är för att sjuksköterskorna inte har tillräcklig kunskap kring ämnet våld (Frost 1999; Goldblatt 2009). Hegarty et al. (2016) beskriver att kvinnor som blivit utsatta för sexuellt våld har en större chans till emotionell återhämtning om det skapas en vårdande relation till sjuksköterskan som arbetar med och har utbildning om denna typ av utsatthet och som även är utbildad i att hantera liknande situationer. Sjuksköterskan i vårdrelationen kan hjälpa patienten att stärka sin självkänsla och inse att ytterligare åtgärder behövs för att åstadkomma trygghet och hälsa (Hegarty et al., 2016).

Syfte

Syftet var att undersöka hur kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer upplever bemötandet av sjuksköterskor i den somatiska vården.

Metod

Studien genomfördes som en icke-systematisk litteraturstudie. Kristensson (2014) förklarar att en icke-systematisk litteraturstudie grundar sig på färre uppfyllda krav än en systematisk översikt även om den icke-systematiska studien kan vara systematiskt utförd och kan följa samma struktur. Den icke-systematiska studien är fortfarande av vikt men räknas allra oftast som en så kallad sekundärkälla. Icke-systematisk litteraturstudier är att föredra och är passande i flera fall där syftet är att sammanställa och hitta en lösning eller ett svar på en specifik forskningsfråga från redan existerande studier (Kristensson, 2014). Litteraturstudien har en induktiv ansats (Kristensson, 2014). En induktiv ansats innebär att närma sig en logisk slutsats genom att konkretisera fakta och skapa helhet från delar (Friberg, 2017).

Urval

Databaserna som användes för att söka relevanta vetenskapliga artiklar var PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och PsycInfo. Databaserna som valdes har fokus på omvårdnad, medicin och upplevelser vilka var relevanta för studiens syfte. I PubMed användes Mesh-termerna "nurse-patient relations", "intimate partner violence" och "delivery of health care". I fritext användes även sökorden "intimate partner violence" och "nurse-patient relations" (Tabell 1). Från uppslagsverket "CINAHL Subject Headings" i databasen CINAHL användes sökorden "intimate partner violence", "health services administration", "domestic violence". De använda sökorden i fritext var "perception", "healthcare", "abused women", "women's perception", "experience" och "women's experience" (Tabell 2). Från databasen PsycInfo användes sökorden från "APA Thesaurus of Psychological Index Terms", sökorden var "battered females", "intimate partner violence", "nursing" och "human rights". De använda sökorden i fritext var "nursing care" och "women's rights" (Tabell 3). En preliminärsökning för att verifiera sökorden gjordes innan den slutliga sökningen. De booleska sökorden AND och OR användes för att kombinera sökorden och specificera sökningen i samtliga databaser. Sökordet AND breddar, samt att sökordet OR smalnar av sökningen (Kristensson, 2014).

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle ha en kvalitativ ansats, eftersom syftet var att belysa våldsutsatta kvinnors upplevelse av sjuksköterskans bemötandet. Inklusionskriterierna var även att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vara peer reviewed samt att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2005-nutid.

Tabell 1. Sökning i PubMed den 6 december 2021.

Databas: PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstracts	Lästa artiklar i fulltext	Kvalitetsgra nskade	Artiklar till resultatet
#1	“Intimate Partner Violence” [Mesh] OR “Intimate partner violence	15,384					
#2	“Delivery of Health Care” [Mesh]	1,160,715					
#3	“Nurse-pati ent Relations” [Mesh] OR “Nurse-pati ent Relations”	40,896					
#4	#1 AND #2 AND #3	115					
#5	#5 (2005-2021, english)	62	62	15	2	2	1

Tabell 2. Sökning i CINAHL den 6 december 2021.

Databas: CINAHL	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstracts	Lästa artiklar i fulltext	Kvalitetsgra nskade	Artiklar till resultatet
# 1	(MH "Health Services Administration+") OR "healthcare"	2,405,555					
# 2	(MH "Intimate Partner Violence") OR (MH "Domestic Violence +") AND "Abused Women"	3,514					
# 3	"Perception" OR "Women's Perception" OR "Experience" OR "Womens Experience"	541,344					
# 4	#1 AND #2 AND #3	388					
# 5	#4 (2005-2021, english, peer-reviewed)	264	144	13	4	4	4

Tabell 3. Sökning i PsycInfo den 6 december 2021

Databas: PsycInfo	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstracts	Lästa artiklar fulltext	Kvalitetsgranskade	Artiklar till resultatet
#1	(DE "Battered Females")	3,275					
#2	(DE "Intimate Partner Violence")	13,249					
#3	(DE "Nursing") OR "Nursing Care"	102,449					
#4	(DE "Human Rights") OR "Women's Rights"	360,359					
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	56					
#6	#5 (2005-2021, english, peer reviewed)	28	28	10	3	3	3

Datainsamling

Med hjälp av databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo hittades 236 artiklar, de titlar som inte motsvarade vårt syfte sållades bort. Av återstående artiklarna lästes 38 abstracts där 9 artiklar motsvarade vårt syfte. De 9 artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools (2017) för kvalitativa studier. The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools (2017) är en granskningsmall som består av 10 frågor, där frågorna ställs och besvaras utifrån "ja", "nej", "oklart" eller "inte tillämpbar". De artiklar som har använts i litteraturstudien är de som procentuellt får 70% eller fler "ja", vilket gör att artiklarna har ansetts ha bra eller hög kvalitet. Av de 9 artiklarna var det 8 som höll hög kvalitet och som ingår i litteraturstudien (Tabell 1-3). Den artikeln som exkluderades

fokuserade inte på vårt valda ämne eller på sjukvården. Valda artiklar som ingår i litteraturstudiens resultat är markerade med asterisk i referenslistan.

Dataanalys

De valda artiklarna analyserades enligt Fribergs (2017) integrativa översikt, och består av fyra analyssteg. Första steget innefattar en analys av artiklarnas innehåll och hur helheten förstås. Artiklarna lästes igenom flera gånger av författarna först var för sig och sedan tillsammans. Det kan ge en förståelse av helhet och innehåll. I andra steget sammanfattades innehållet i respektive artikel i en översiktstabell där syfte, metod, resultat presenteras (Bilaga 1). I tredje steget identifierades likheter och skillnader utifrån valda artiklars resultat och som kunde besvara vårt syfte. I fjärde steget sorterades likheterna och skillnaderna efter relevans. De likheter och skillnader som handlade om samma sak sorterades under olika huvudtema och subtema.

Forskningsetiska avvägningar

Forskningsetiska principer som belyses i nedanstående text har tagits i beaktning vid granskningen av studierna som ingår i kandidatuppsatsen. Studierna har antingen ett etiskt godkännande av en etisk forskningskommitté eller har ett etiskt resonemang till varför etiska principer följs i studien. Det finns etiska principer som måste följas i samband med att en studie genomförs. Forskning får därför inte lov att bedrivas på vilket sätt som helst eller undersöka vad dem vill (Kristensson, 2014).

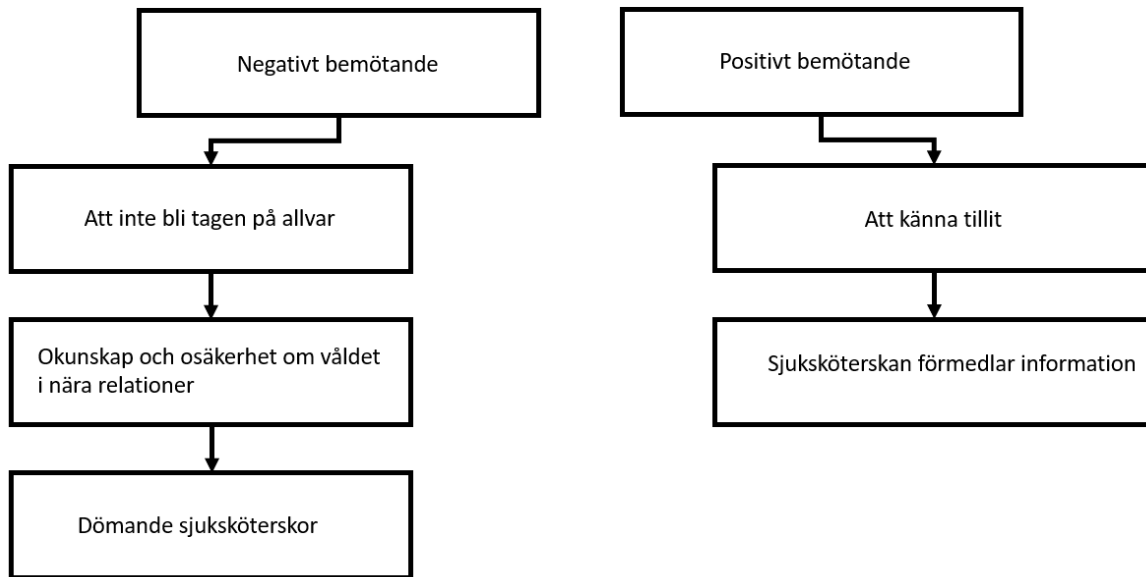
De forskningsprojekt som genomförs ska, enligt Kristensson (2014), genomföras utifrån att minimera risken för skada hos den deltagande personen samt att nyttan ska överväga denna eventuella risk. 1964 utvecklades Helsingforsdeklarationen av World Medical Association vars mening är att belysa etiska riktlinjer gällande medicinsk forskning på människor och data kring människor (World Medical Association, 2013). Helsingforsdeklarationens riktlinjer består av 35 punkter som behandlar bland annat självbestämmande, integritet, minskad risk för skada samt att en etikprövning ska göras av en oberoende kommitté, innan genomförande av studien. Kristensson (2014) belyser fyra principer som ingår i

sjuusköterskans arbete: autonomiprincipen, inte skada-principen, nyttoprincipen och rättvisepincipen, och är fyra övergripande begrepp som är viktiga att ta hänsyn till i forskningsetiska frågor. Autonomiprincipen innebär att personen som deltar i studien medverkar frivilligt och att respekt för dennes självbestämmande finns. Personen har möjlighet att när som helst under studiens gång hoppa av då det inte längre känns rätt, samt inte behöver lämna en förklaring. Personen har också rätt till att få reda på studiens innehåll samt att informationen ska anpassas utifrån dennes förutsättningar. Därefter ges ett informerat samtycke om fortsatt delaktighet i studien. Inte skada-principen innebär att potentiella skador ska minska. Vidare beskriver Kristensson (2014) att den kan röra sig om säker hantering av den data som samlats in samt att personen ska hållas anonym och datan konfidentiell. Nyttoprincipen innebär att nyttan med studien ska vara större än den eventuella risken för obehag och/eller skada. Till sist beskriver Kristensson (2014) rättvisepincipen som innebär att de personer som deltar i studien ska bemötas rättvist och med samma förutsättningar. Samtliga studier som inkluderas i resultatet har antingen granskats av en etisk kommitté eller har ett etiskt resonemang som styrker kvaliteten.

Resultat

Litteraturstudiens resultat innefattar åtta kvalitativa studier där samtliga handlar om våld i nära relation och våldsutsatta kvinnors upplevelser av sjuusköterskans bemötande i vården. Av de studier som granskats kommer tre studier från USA (Kelly, 2006; Bacchus et al., 2016; Dienemann et al., 2005), en från Nederländerna (Prosman et al., 2014), en från England (Olive, P., 2017), en från Serbien (Djikanovic et al., 2011), en från Japan (Nemoto et al., 2006) och en från Sverige (Pratt-Eriksson et al., 2014). Dataanalysen resulterade i två huvudteman och fem subteman (figur 1).

Våld i nära relationer: Kvinnors upplevelse av sjuksköterskans bemötande



Figur 1: Översikt över resultatets huvudteman och subteman

Negativt bemötande

Att inte bli tagen på allvar

Kvinnorna kan uppleva att de inte tas på allvar av sjuksköterskorna (Pratt-Eriksson et al., 2014; Prosman et al., 2014). Pratt-Eriksson et al. (2014) beskriver kvinnornas känslor av att inte bli tagna på allvar av sjukvården som att det nästintill krävdes en olycka eller att hon är på väg att mista livet för att vården ska finna intresse av hennes situation. Många kvinnor delar negativa erfarenheter av vårdens bemötande när hjälp söks på grund av våld (Prosman et al., 2014) och därför väljer kvinnorna att inte söka vård på grund av sina skador (Pratt-Eriksson et al., 2014). Våldsutsatta kvinnor löper större risk att inte bli tagna på allvar och sjuksköterskors bemötande får kvinnorna att blir påmind av traumat förövaren utsatt dem för och känslorna av skam och sårbarhet det tillfört. Kvinnorna blir påmind av traumat eftersom de får återuppleva vad de utsatts för när de pratar med sjuksköterskorna. Det problematiseras ytterligare av då kvinnorna känner sig obetydliga och ointressanta för sjuksköterskor eftersom de upplever sjuksköterskorna som att de inte vet hur de ska bemöta kvinnorna. Kvinnorna uttrycker en rädsla för att förlora sin identitet och att mista sina rättigheter i vården efter bemötande av vårdpersonal (Pratt-Eriksson et al., 2014). På grund av

att kvinnorna hade en känsla av att inte bli tagen på allvar, eller inte uppmärksammades av sjukvården (Prosman et al., 2014) gav det kvinnorna en känsla av att sjuksköterskorna upplevde att kvinnorna kom med falska påståenden om våld och att våldet var självförvällat (Pratt-Eriksson et al., 2014). Genom att inte bli tagen på allvar av vårdpersonal skapar det ett oerhört lidande för kvinnorna som hade betydande behov att bli uppmärksammade och hörda. Att bli förstådd och respekterad var lika viktigt som att bli tagen på allvar för kvinnorna, eftersom det ständigt fanns en rädsla att tappa sin självständighet och identitet (Pratt-Eriksson et al., 2014).

Okunskap och osäkerhet om våldet i nära relationer

Kvinnorna upplever att sjuksköterskor har svårigheter och för lite kunskap för att identifiera våldsutsatthet hos kvinnor. Varningstecken som kvinnorna kan uppvisa är exempelvis viktförlust, sömnproblem samt trötthet (Dienemann et al., 2005). Kvinnorna upplever vidare att sjuksköterskors okunskap kring våld i nära relationer kan bidra till det negativa bemötande som kvinnorna möter (Dienemann et al., 2005) och detta grundar sig i en rädsla från sjuksköterskan eftersom dem inte vet hur de ska hantera svaret från kvinnan (Prosman et al., 2014).

Det första traumat som kvinnorna upplever av att ha blivit slagen är chocken (Olive, 2017). Pratt-Eriksson et al. (2014) beskriver att kvinnorna känner sig traumatiserade på nytt av bemötandet av sjuksköterskorna när sjuksköterskan bemöter kvinnan illa. Första traumat handlar om våldet de utsatts för och andra traumat om sjukvårdens bemötande gentemot kvinnorna. Prosman et al. (2014) beskriver att kvinnorna upplever en osäkerhet gentemot vården eftersom de upplever att vården inte ställer frågor kring våld i nära relationer. Kvinnan har tagit mod till sig när hon uppsökt sjukvården vilket ger henne en känsla av sårbarhet (Prosman et al., 2014). När kvinnorna sedan lämnar vården utan att ha fått den tryggheten och det stöd hon sökt för, ger detta henne en känsla av skam och övergivenhet som är betydligt starkare än innan hon sökte vård (Pratt-Eriksson et al., 2014).

Flera kvinnor upplever att sjuksköterskor känner osäkerhet kring ämnet våld i nära relationer (Bacchus et al., 2016; Pratt-Eriksson et al., 2014; Dienemann et al., 2005). På grund av känslan av osäkerhet från sjuksköterskan valde många kvinnor att sätta upp en barriär som

hindrade henne från att berätta om sin utsatthet och därför la kvinnorna ner samtalsämnet (Bacchus et al., 2016). Genom att sjuksköterskan har uttryckt sig osäkert kring ämnet har det fått många berörda kvinnor att känna sig ovälkomna och i vägen (Pratt-Eriksson et al., 2014; Dienemann et al., 2005) och fått många kvinnor att känna sig negligerade, maktlösa och osäkra i mötet med vården (Pratt-Eriksson et al., 2014). Prosman et al. (2014) beskriver dessutom att kvinnor upplever osäkerhet i vården på grund av att även läkare upplevs osäkra kring våld i nära relationer och att även de brister i kunskap kring identifiering av våldsutsatthet bland kvinnor.

Olive (2017) beskriver att chocken av det första våldet mot kvinnan bidrar till att kvinnorna blir handlingsfattiga och reagerar med akut stress och ångest. Traumat förknippas även med rädslan kvinnorna har för att bli dömda av vårdpersonal, vilket också skapar skam och skuldkänslor hos kvinnorna. Risken för att kvinnan lämnar akuten innan att ha fått hjälp ökar även av rädslan för att bli dömda (Olive, 2017). Kvinnorna upplever att sjuksköterskans roll är viktig och menar att en medmänsklig relation, professionell tillit och att information och stöttning är väsentlig. Kvinnorna uttrycker att det är viktigt att vara handlingskraftig och få ta sina egna beslut men tar gärna emot råd från sjuksköterskan när den egna förmågan till att ta rationella beslut brister (Dienemann et al., 2005; Kelly, 2006; Prosman et al., 2014). Kvinnorna uttrycker ett behov av användandet av ett universalt screeninginstrument (Dienemann et al., 2005).

Dömande sjuksköterskor

Pratt-Eriksson et al. (2014) beskriver att kvinnorna upplever sjuksköterskans bemötande som kall, med bristande empati för kvinnornas situation samt en obrydd och okänslig attityd gentemot kvinnorna. Dienemann et al. (2005) och Olive (2017) beskriver det som att sjuksköterskorna inte ville titta på kvinnorna och gav dem dömande blickar när de kommer in till akutmottagningen samt undviker att tala med kvinnorna. Dienemann et al. (2005) belyser att studiens deltagande kvinnor uttryckte en önskan för ett icke dömande bemötande från sjuksköterskor när de söker vård för våldsrelaterade skador. Känslan av att bli dömd när kvinnorna söker vård bidrar till ångest och ytterligare skam som gör att kvinnorna inte kommer söka vård för sina skador igen (Olive, 2017). Nemoto et al. (2006) beskriver att sjukvården antingen har kvinnornas fysiska sjukdom i fokus, eller som Prosman et al. (2014)

beskriver att sjukvården ofta refererar kvinnorna till psykiatrin för att hantera sin psykiska ohälsas problem utan att koppla ihop de som ett ursprung från våld i nära relationer.

Positivt bemötande

Att känna tillit

De kvinnor som har varit med om våld i nära relationer och som sökt vård upplever sjuksköterskans bemötande som en viktig faktor i det inledande skedet (Olive, 2017; Bacchus et al., 2016; Djikanovic et al., 2011). När sjuksköterskan förmedlar trygghet till kvinnan kan avgörande faktorer vara sjuksköterskans röst och tonläge (Bacchus et al., 2016) samt den kroppsliga utstrålningen som sjuksköterskan närvarar med (Kelly, 2006). Dienemann et al. (2005) beskriver ytterligare viktiga faktorer är när sjukvården inte har dömande attityd efter stereotyper utan erhåller en utstrålning som visar på en tillitsfull relation och en gemenskap (Bacchus et al., 2016). Sjuksköterskor som är närvarande i samtalet med kvinnan skapar en relation till kvinnan som är uppbyggd på trygghet och tillit (Bacchus et al., 2016; Kelly, 2006). Genom att sjuksköterskan frågar om våld i nära relationer skapar det en känsla av tillit från kvinnan till sjuksköterskan vilket kan bidra till att kvinnan vågar öppna upp sig om det våld som hon utsatts för (Kelly, 2006). Bacchus et al. (2016) och Kelly (2006) beskriver att det är viktigt att sjuksköterskan lyssnar aktivt på vad kvinnorna har att säga och visar att det finns trygghet och respekt i relationen. Kvinnorna beskriver att detta kan göras av sjuksköterskan genom att hålla sig på en jämlik nivå i förhållande till kvinnan samt att inte visa sig som dömande (Bacchus et al., 2016). Kommunikationen mellan sjuksköterska och kvinnan är betydande i relationen för att förmedla trygghet och tillit (Kelly, 2006) och trots att tillit kan vara svårt att uppnå kunde sjuksköterskorna skapa detta genom att visa ärlighet och omtanke i sitt bemötande (Bacchus et al. 2016).

Sjuksköterskan förmedlar information

Djikanovic et al. (2011) beskriver att ungefär 80 procent av de intervjuade kvinnorna i studien räknade med att sjukvården skulle hjälpa dem om de blev utsatta och förse dem med råd och tilläggande information. Kvinnorna förväntade sig stöd, förståelse och tid för att

berätta om vad de blivit utsatta för (Djikanovic et al., 2011; Nemoto et al., 2006) samt att de skulle kunna prata utan avbrott (Djikanovic et al., 2011). En del av kvinnorna förväntade sig också att de sjuksköterskorna som tog hand om kvinnorna skulle kontakta relevanta instanser för deras individuella behov och agera agenter för dem. En del av kvinnorna förväntade sig ytterligare att sjukvården skulle förse kvinnorna med specialister inom mental hälsa, kontakt med polis samt dokumentation av de skador de fått av våldsmannen (Djikanovic et al., 2011). En del kvinnor visste dock inte vart de skulle söka sig till vid fall av våld i nära relation (Djikanovic et al., 2011) och känslorna av att inte veta vart kvinnan ska vända sig orsakar känslor av instabilitet i situationen hos kvinnan (Nemoto et al., 2006). Vidare beskriver Nemoto et al. (2006) att det krävs mycket mod av kvinnan att våga öppna upp sig om sina erfarenheter om våld i nära relation. Dienemann et al., (2005) förklarade att den dokumentation som genomförs av kvinnorna ska innehålla fotografier av skadorna trots att de eventuellt förnekar våld eftersom att dokumentationerna kan spela roll i en eventuell framtida anmälan. Ytterligare menar Dienemann et al. (2005) att kvinnan uttrycker en önskan att dokumentera händelsen om den våldsutövande mannen inkommer till akutmottagningen tillsammans med kvinnan och hotar vårdpersonalen. Kvinnan menar då att hon vill få hoten samt eventuella namn på vårdpersonal och polis dokumenterade för eventuell framtida anmälan.

Genom att sjukvården ställer frågor om våld i nära relationer möjliggör det med större sannolikhet att kvinnorna vågar öppna upp sig och berätta om sin utsatthet (Kelly, 2006; Prosman et al., 2014; Bacchus et al., 2016). Dienemann et al. (2005) beskrev kvinnorna i studien som förvånade när de fick veta att sjukvården inte genomgår en utbildning angående screening om våld i nära relationer. Vidare förklarar kvinnorna att de har en önskan om ett universalt screeninginstrument inom vården (Dienemann et al., 2005). Inställningen på screeninginstrument ses som positiva av flertalet tillfrågade kvinnor (Bacchus et al., 2016; Dienemann et al., 2005). Genom att fråga kvinnor angående våld i nära relationer, avstigmatiserade det ämne kring våld för kvinnorna. Det ansågs lättare att berätta om våldet för sjuksköterskorna då det inte fanns en relation sedan innan eftersom sjuksköterskan kunde hålla ett mer objektiva bemötande. Det bidrog till en större säkerhet för kvinnorna att berätta om sin situation kring våld (Bacchus et al., 2016).

Diskussion

Diskussion av vald metod

En litteraturstudie innebär en sammanställning av artiklar med vetenskaplig grund vilket ger en överblick över aktuell forskning (Kristensson, 2014). En litteraturstudie valdes eftersom det gav en överblick över aktuella kvalitativa studier för att besvara vårt syfte. Nackdelen med att använda redan befintlig forskning är att det riskerar att bli upprepningar, feltolkningar samt att väsentlig forskning missas (Kristensson, 2014).

Trovärdighet innebär den kvalitet som en studie har (Kristensson, 2014). Kristensson (2014) förklarar tillförlitligheten som vilken sanningshalt resultatet har utan risk för eventuell bias eller missförstånd. Valda studier som använts i resultatet har därför valts att läsas var för sig för att undvika eventuell bias som hade kunnat påverka resultatet genom egna förutfattade meningar. Det har också valts att en tredje part i form av kandidatuppsatsparets handledare läst artiklarna för att uppnå en form av triangulering, vilket Kristensson (2014) förklarar kan stärka tillförlitligheten. Kristensson (2014) beskriver tillförlitligheten som dokumentation av analysprocessens olika delar för att säkerställa läsaren om de steg författarna utgått från för att kunna återupprepa samma process. Kandidatuppsatsen har utgått från Fribergs (2017) analyssteg vilka har beskrivits och dokumenterats i dataanalysen. Kandidatuppsatsparet har valt att beskriva analysstegen noggrant vilket gör det enkelt för läsare av kandidatuppsatsen att återskapa samma metod för att finna relevant litteratur. Fördelen med att noggrant beskriva analysprocessen är eftersom det möjliggör ett enklare tillvägagångssätt för läsarna av kandidatuppsatsen. De nackdelar som kan förekomma är om kandidatuppsatsen dåligt beskriver analysprocessen vilket kan medföra svårigheter för läsarna att återskapa samma sökning och få samma resultat.

Kristensson (2014) förklarar att det är läsaren som avgör om studiens resultat kan överföras till andra sammanhang efter rimlighetsbedömning. Kvalitativa studier är beroende av sammanhang och i detta fall är det våldsutsatta kvinnors upplevelser av sjuksköterskornas bemötande i somatisk vård. Resultatet skulle troligtvis vara överförbart till primärvård och psykiatrisk vård eftersom sammanhanget liknar somatisk vård. Det är även diskuterbart om det skulle kunna överföras till andra länders motsvarigheter till svensk sjukvård eftersom

studierna som används i litteraturstudiens resultat kommer från olika ursprungsländer och sjukvården kan skilja sig åt mellan länderna. Det kan skilja sig i kunskap och utbildning samt vem som ansvarar för att ta hand om kvinnorna. Resultatet skulle troligen även i detta sammanhang vara överförbart eftersom studierna belyser liknande problem och sammanhang inom vården. Det skulle även i detta fall kunna överföras till de olika ländernas psykiatriska- och primärvårdsenheter. Det är dock läsaren som avgör om resultatet är överförbart till ett liknande sammanhang.

Fribergs (2017) analys av data följdes noggrant och fördelen med att använda analysstegen var att det gav en bra inblick i hur en analys av studier skulle genomföras. Det gavs bra möjligheter att studera studiernas innehåll var för sig vilket skapade en bra översikt över vilka studier som hörde ihop och vilka likheter de hade. Likheterna kan tolkas olika beroende på läsare, därför var det bra att först analysera studierna var för sig för att sedan jämföra dem och komma fram till gemensamma tema och subtema.

Vilken databas som används beror på vilket ämnesområde som ska undersökas (Östlundh, 2017). Kristensson (2014) beskriver att det är av vikt att göra en preliminär sökning för att se vilka artiklar som framkommer utefter det valda syftet. Det kan bilda en uppfattning om det valda syftet är av kvalitet, om sökorden är bra för framtida sökning samt om studier som är tänkta uppkommer av sökningen (Kristensson, 2014). En preliminärsökning gjordes för att finna relevanta sökord. Sökorden kombinerades för att bilda olika sökblock som sedan användes vid en preliminärsökning. De träffar som sökningen gav fann vi relevanta för litteraturstudiens syfte. Därför användes samma sökord till den riktiga sökningen som först testades i preliminärsökningen. Databaserna PubMed, CINAHL och Psycinfo användes för att hitta relevant forskning inom ämnet. Databaserna ansågs relevanta för litteraturstudien då omvårdnad är huvudinriktningen i PubMed samt CINAHL. Psycinfo som har socialt och psykologisk huvudinriktning användes för att stryka kvinnornas upplevelser i studien. I samtliga databaser användes likadana eller liknande sökord. Östlundh (2017) förklarar att det krävs experimentering med sökord och sammansättningar av ord och synonymer för att komma fram till ett bra litteraturval. Studierna från Prossman et al. (2014), Dienemann et al. (2005), Pratt-Eriksson et al. (2014), Kelly (2006) och Djikanovic et al. (2011) var fokus på healthcare professionals. Vi översatte healthcare professionals till svenska sjukvårdspersonal samt att utgå från sjuksköterskans perspektiv som ingår i sjukvårdspersonalen. Artiklarna

togs med i resultatet eftersom de höll hög kvalitet och responderade väl gentemot litteraturstudiens syfte.

Den valda granskningsmallen The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools (2017) används vid granskning av kvalitativa studier utifrån 10 frågor. Vi genomförde granskningen av studierna var för sig för att sedan jämföra våra granskningsresultat för att undvika bias. Fördelen med att använda en färdig granskningsmall vid granskning av studierna är att många viktiga och relevanta punkter tas upp. Nackdelen med en färdig granskningsmall är att översättning och feltolkning av en granskningsmall skriven på engelska kan förekomma. Vidare finns det risk att de artiklarna som valts och kvalitetsgranskats kan ha en felaktig översättning eftersom de skrevs på engelska. En översättning och tolkning var nödvändig för att färdigställa litteraturstudiens resultat vilket medför en risk för feltolkning.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet visar att ett bra (positivt) bemötande från sjuksköterskor till kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation sker när tillit finns till sjuksköterskorna. Resultatet visar att kvinnor som utsätts för våld av sin partner upplever att sjuksköterskans bemötande är viktigt för kvinnans trygghet och tillit. Då kvinnorna upplever ett dåligt (negativt) bemötande från sjuksköterskorna kan det orsaka känslor av skam och skuld hos kvinnorna. Kvinnorna upplever att de inte blir tagna på allvar av sjuksköterskor vilket kan bero på okunskap hos sjuksköterskor kring ämnet våld i nära relation. Detta kan orsaka ytterligare lidande hos kvinnorna, ett så kallat dubbelt lidande. I nedanstående diskussion kommer fokuset ligga på hur sjuksköterskan kan få tillit av kvinnorna, kring ett dåligt bemötande samt om screeninginstrument.

En tillitsfull relation

Resultatet visar att sjuksköterskans öppenhet, respekt samt att förmedlingen av att tid finns för kvinnan att berätta om sin utsatta situation ytterligare stärker kvinnans vilja att berätta om vad hon utsatts för. Detta är en personcentrerad vård som formas utefter kvinnans behov av vård. Resultatet visar att sjuksköterskans bemötande mot våldsutsatta kvinnor är viktig

eftersom det utgör den första interaktionen där tilliten byggs. Belal Said (2013) beskriver att tillit kan upprätthållas av sjuksköterskan genom att bygga relationer på ömsesidig respekt och vänskap vilket Ozaras och Abaan (2018) styrker med att tillägga egenskaper såsom bland annat lojalitet, medkänsla, empati och pålitlighet. Vidare menar Ozaras och Abaan (2018) att sjuksköterskan kan bidra till tillit genom att informera patienterna kring behandling, visa sig tillgängliga för att svara på frågor när patienten behöver stöd, visa att tid finns för patienten och dennes berättelse samt att konfidentialitet upprätthålls. Genom att upprätthålla en relation som grundar sig på tillit vågar kvinnan öppna upp sig om sin utsatthet samt berättar om vad hon blivit utsatt för. Sjuksköterskan befinner sig i en position där hennes bemötande är av stor vikt för kvinnans framtida agerande, vilket Ozaras och Abaan (2018) stärker som en viktig relation för patienten. På grund av detta utgör sjuksköterskans inledande bemötande med kvinnan en stor grund för kvinnans framtida tillit eftersom det inledande mötet är då kvinnan skapar tilliten mot sjuksköterskan. Ett litet snedsteg i sjuksköterskans bemötande gentemot kvinnan kan enligt Ozaras och Abaan (2018) leda till att kvinnan mister förtroende för sjuksköterskan.

Vår erfarenhet från sjuksköterskeutbildningen är att ämnet kring våld i nära relationer inte tas upp i utbildningen i den utsträckning som det skulle behövas. Det tas heller inte upp kring vikten av att behandla kvinnorna med den öppenheten och tillitsfullhet i bemötandet i den utsträckningen som kvinnorna faktiskt är i behov av. Upplever kvinnan tillit till sjuksköterskan kan det leda till att kvinnorna blir mer mottagliga till förslag gällande hur hon ska hantera sin våldsutsatthet, vilket även vårt resultat visar. Alhalal (2020) menar att endast omkring nio procent av sjuksköterskorna hade fått utbildning gällande våld i nära relationer. I Alhalals (2020) studie var det endast omkring 11 procent av sjuksköterskorna som hade kunskap om symtom och tecken på våld i nära relationer. Det kan leda till att sjuksköterskan bemöter kvinnorna med fördomar vilket leder till att kvinnorna inte upplever den tilliten gentemot sjuksköterskan som är viktig.

Ett negativt bemötande och screeninginstrument

Föreliggande litteraturstudies resultat visar att kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer känner sig obetydliga, ointressanta, och ovälkomna i vården. Sjuksköterskorna har en betydande roll i kvinnans välmående och ett gott bemötande kan vara avgörande, men

ändå upplever kvinnorna sjuksköterskornas bemötande och kunskap kring ämnet våld i nära relationer som bristfälligt. Sjuksköterskorna beskrivs som kalla, likgiltiga och ointresserade av att bemöta och hjälpa kvinnorna. Det dubbla lidandet (Arman et al., 2002) skapas genom att kvinnan inte vågar berätta om sin våldsutsatthet samt att sjuksköterskans negativa bemötande och okunskap orsakar ytterligare lidande för kvinnan. Kvinnan känner ett stort lidande när hon hindras från att uttrycka sig om sin utsatthet. Arman et al., (2002) och Eriksson (1994) beskriver att när en person inte får uttrycka sig kring sin situation kan detta leda till ett lidande. Ozaras och Abaan (2018) beskriver att maktskillnaden mellan patient och sjuksköterska kan leda till ett lidande hos patienten då sjuksköterskan inte förmedlar den information patienten känner sig i behov av. Den personcentrerade vården beaktas inte när vården som ges inte involverar kvinnan på ett tillfredsställande sätt. Våldsutsatta kvinnor finner det viktigt att bli tillfrågade om våld i nära relation och att de blir bemötta med respekt. Det betyder att sjuksköterskorna måste fråga om det förekommer våld, även om det enbart finns misstankar som är svåra att identifiera. Om sjuksköterskor börjar fråga om våldsutsatthet vågar kvinnorna berätta om sin situation. När sjuksköterskan ställer frågan kring våld visar detta att hon är intresserad av att höra svaret från kvinnan. Det beskrivs dock att kvinnorna upplever sjuksköterskor som osäkra kring ämnet och inte har kunskap nog för att kunna identifiera våld. Al-Natour et al. (2015) samt Paterno och Draughon (2016) menar att sjuksköterskor avsäger sig ansvaret för vården av våldsutsatta kvinnor och anser att screena för våldsutsatthet inte ingår i deras arbete. Alhalal (2020) tillägger att sjuksköterskors osäkerhet påverkar deras kliniska arbete. Det visar sig även att sjuksköterskor inte är medvetna om att screena och identifiera våld i nära relationer är en del av deras ansvar och ingår i deras yrke utan menar att det var andra yrkesprofessioners uppgift (Al-Natour et al., 2015; Paterno & Draughon, 2016). Kvinnor som upplevt våld i nära relation blev förvånade att screening för våld i nära relation inte ingick i sjukvårdspersonalens utbildning. Al-Natour et al. (2016) styrker detta med att beskriva att sjuksköterskor inte får den utbildning som krävs för screening vilket hindrar dem från att fråga om våldsutsatthet. En förklaring till att sjukvårdspersonal inte får utbildning inom ämnet våld är eftersom tiden läggs på medicinska och fysiska åkommor istället för screening för våld i nära relationer. Sjuksköterskors okunskap och osäkerhet om våld resulterar i att kvinnor inte identifieras och får ingen hjälp, vilket även skapar ett negativt bemötande som bidrar med rädsla hos både sjuksköterskan och kvinnan i mötet. Al-Natour et al (2016) beskriver att sjuksköterskorna hade velat bli tillfrågade om våld om dem var i kvinnornas situation eftersom det är ett viktigt ämne att uppmärksamma.

Studiernas ursprungsländer skiljer sig från varandra men det finns tydliga likheter i resultaten. Sjuksköterskor behöver öka sina kunskaper kring våld i nära relation för att kunna identifiera kvinnor som utsätts för våld. Trots att studiernas resultat var likvärdiga var det en studie från Sverige som stack ut. Studien från Pratt-Eriksson et al. (2014) särskilde sig eftersom det var tydligt vilket negativt bemötande sjuksköterskor har mot kvinnorna. Sverige är ett land med hög utbildningsnivå och anses vara jämlikt bland befolkningen, trots detta bemöter sjuksköterskor våldsutsatta kvinnor utan kunskap och med osäkerhet. Till skillnad från studien från Serbien av Djikanovic et al. (2011) som inte har samma utbildningsnivå och jämställdhet som Sverige blev kvinnorna bemötta av sjuksköterskor med mer säkerhet och respekt. I Sverige har Socialstyrelsen (2014) utformat ett screeninginstrument som kallas FREDA vilket har utformats för att upptäcka tecken för våld i nära relation hos vuxna. Instrumentet innefattar 12 kortfrågor och har utformats för att underlätta och stödja identifieringen av våldsutsatta människor i vården (Socialstyrelsen, 2014). Alhalal (2020) styrker att användandet av screeninginstrument bidrar till att sjuksköterskor är mer förberedda att hantera situationer där våld i nära relation uppkommer. Fördelarna med att screena patienter för våld i nära relationer är att patienterna känner sig sedda och uppmärksammade. Det ger även en chans för kvinnorna att få stöd att lämna förövaren, stärka sin självkänsla och känna sig bemyndigad.

Slutsats och kliniska implikationer

Litteraturstudien visar att många sjuksköterskor saknar den väsentliga kunskapen som krävs för att identifiera och hjälpa våldsutsatta kvinnor. Bristen på kunskap och osäkerhet kring våld i nära relation skapar i sin tur hinder för sjuksköterskor att ge ett bra bemötande till kvinnorna som söker hjälp. Kvinnorna kan uppleva sjuksköterskornas bemötande som negativt vilket gör det svårt för kvinnorna att känna tillit och trygghet hos sjuksköterskor och i somatisk vård. Bemöter sjuksköterskor kvinnorna med värme, trygghet och med kunskap kan detta bidra till att kvinnan upplever sjuksköterskan som tillförlitlig vilket underlättar den stöttning som kvinnan kan få av sjuksköterskan. Samtliga studier belyser vikten av utbildning kring identifiering av våld i nära relationer. Det är därför väsentligt att kunskap om förhållningssätt vid misstanke om och i samband med våld i nära relationer genomsyrar hela sjuksköterskeutbildningen. Beprövade screeninginstrument bör användas för att underlätta

identifieringen och hjälpa kvinnor som är utsatta. Detta kan leda till att kvinnorna känner sig mer sedda och blir tagna mer på allvar vid bemötandet vilket kan öka kvinnans tillit för sjukvården. Samtliga studier belyser vikten av utbildning kring identifiering av våld i nära relationer. Det är därför av vikt att våld i nära relationer uppmärksammas i sjuksköterskeutbildningen samt beskrivs som en arbetsuppgift vid nyanställning. Regelbundna fortbildningar bör genomföras samt att uppdaterade kliniska riktlinjer bör användas i den kliniska verksamheten.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetet har genomförts med likvärdig arbetsfördelning mellan författarna av studien. För att effektivisera arbetet har alla delar först genomförts enskilt och sedan analyseras av den andra författaren för att öka tillförlitligheten och trovärdigheten. Alla beslut som tagits har varit gemensamma och författarna har tagit lika stort ansvar genom litteraturstudiens process. Artiklarna har analyserats av båda författare lika antal gånger och noggrant. Sökord och urvalet av studier gjordes gemensamt. Studiens skriftliga delar genomfördes gemensamt.

Referenser

De referenser som har en asterisk ingår i litteraturstudiens resultat.

Alhalal, E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International Nursing Review*, 67(2), 265–274.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/inr.12584>

Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International nursing review*, 63(3), 422–428.

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

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., & Hamrin, E. (2002). The face of suffering among women with breast cancer-being in a field of forces. *Cancer nursing*, 25(2), 96–103.

<https://doi.org/10.1097/00002820-200204000-00003>

*Bacchus, L. J., Bullock, L., Sharps, P., Burnett, C., Schminkey, D., Buller, A. M., & Campbell, J. (2016). 'Opening the door': A qualitative interpretive study of women's experiences of being asked about intimate partner violence and receiving an intervention during perinatal home visits in rural and urban settings in the USA. *Journal of Research in Nursing*, 21(5/6), 345–364. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1744987116649634>

Belal Said, N. (2013). *Nurse-patient trust relationship*.

https://staff.najah.edu/media/sites/default/files/Nurse_Patient_Trust_Relationship.pdf

Brottsförebyggande rådet, Brå. (20 maj 2020). *Våld i nära relationer*.

<https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

*Dienemann, J., Glass, N., & Hyman, R. (2005). Survivor Preferences for Response to IPV Disclosure. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 215–233.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1054773805275287>

*Djikanovic, B., Lo Fo Wong, S., Stevanovic, S., Celik, H., & Lagro, J. A. (2011). Women's Expectations of Healthcare Professionals in Case of Intimate Partner Violence in Serbia.

Women & Health, 51(7), 693–708.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/03630242.2011.620697>

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan* (2 uppl.). Stockholm: Liber.

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

Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund: att utvecklas och ta ansvar* (1 uppl.). Stockholm: Natur & kultur.

Frost, M. (1999). Health visitors' perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 30(3), 589–596.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1046/j.1365-2648.1999.01128.x>

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

Hegarty, K., Tarzia, L., Hooker, L., & Taft, A. (2016). Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 519–532. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/09540261.2016.1210103>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

Joanna Briggs Institute (2017). *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews. Checklist for Qualitative Research.*

https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf

*Kelly, U. (2006). "What will happen if I tell you?" Battered Latina women's experiences of health care. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 38(4), 78–95.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Kristensson Uggla, B. (2020). Personfilosofi- filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (2 uppl., s. 58-105). Stockholm: Liber.

Lutgendorf M., A. (2019). Intimate Partner Violence and Women's Health. *Obstetrics and gynecology*, 134(3), 470–480. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003326>

McCleary-Sills, J., Namy, S., Nyoni, J., Rweyemamu, D., Salvatory, A., & Steven, E. (2016). Stigma, shame and women's limited agency in help-seeking for intimate partner violence. *Global public health*, 11(1-2), 224–235. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1047391>

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). (2014). *Befolkningsundersökningen Våld och hälsa*.

<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/att-mata-vald/befolkningsundersokningen-vald-och-halsa/>

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). (u.å a). *Att mäta våld med statistik*.

<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/att-mata-vald/att-mata-vald/> Senast läst: 8 mars 2021.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). (u.å b). *Mäns våld mot kvinnor- ett globalt perspektiv*.

<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/mans-vald-mot-kvinnor---ett-globalt-perspektiv/> Senast läst: 9 mars 2021.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). (u.å c). *Våldets uttryck och mekanismer*.
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/> Senast läst: 9 mars 2021.

*Nemoto, K., Rodriguez, R., & Valhmu, L. M. (2006). Exploring the health care needs of women in abusive relationships in Japan. *Health Care for Women International*, 27(4), 290–306. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/07399330500511774>

*Olive, P. (2017). First contact: acute stress reactions and experiences of emergency department consultations following an incident of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(15–16), 2317–2327.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.13311>

Ozaras, G., & Abaan, S. (2018). Investigation of the trust status of the nurse–patient relationship. *Nursing Ethics*, 25(5), 628–639.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0969733016664971>

Paterno, M. T., & Draughon, J. E. (2016). Screening for Intimate Partner Violence. *Journal of midwifery & women's health*, 61(3), 370–375. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12443>

*Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (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 and well-being*, 9, 23166.
<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

*Prosman, G.-J., Lo Fo Wong, S. H., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2014). Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 3–11. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/scs.12025>

Socialstyrelsen (2014). *Manual för FREDA. Standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer*. (Artikelnummer 2016-6-15).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-6-15.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Våld- Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. (Artikelnummer 2016-6-37).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

Socialstyrelsen (2019a). *Nationella screeningprogram- Modell för bedömning, införande och uppföljning*. (Artikelnummer 2019-4-12).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/2019-4-12.pdf>

Socialstyrelsen. (17 april 2019b). *Våld i nära relationer*.

<https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

Socialstyrelsen (2019c). *Plan för utökad samverkan för förbättrad upptäckt av våld i nära relationer- Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket och Socialstyrelsen i samverkan*. (Artikelnummer 2019-5-24).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-5-24.pdf>

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

Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20144-om-vald-i-nara-relationer/>

Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

World Health Organisation. (9 mars 2021). *Violence against women*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Örmon, K., & Hörberg, U. (2017). Abused women's vulnerability in daily life and in contact with psychiatric care: In the light of a caring science perspective. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2384–2391. <https://doi.org/10.1111/jocn.13306>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 (2)

Bilaga 1. Översiktstabell

Författare	Land/år	Design	Deltagare/inklusionskriterier	Metod	Resultat	Gradering
Bacchus, L. J., Bullock, L., Sharps, P., Burnett, C., Schminkey, D., Buller, A. M., & Campbell, J.	USA, 2016	Kvalitativ ansats	26 stycken kvinnor deltog där screening för våld i nära relationer och en intervention gjordes vid hembesök.	Kvalitativ tolkningsstudie. Samlades in genom semistrukturerade intervjuer	Kvinnorna ansåg oftast screeningen som positiv. Det fick kvinnorna att känna sig uppmärksammade där tillit förmedlades mellan parterna	Hög
Dienemann, J., Glass, N., & Hyman, R.	USA, 2005	Kvalitativ ansats	26 kvinnor deltog i 5 fokusgrupper där kvinnorna skulle berätta om vad de föredrog för vård och i mötet med sjukvården.	Kvalitativ intervjustudie	Kvinnorna föredrog att deras vårdare skulle vara öppna i mötet och prioritera våldsutsatta kvinnor och finnas till hands om de skulle behövas.	Medelhög
Djikanovic, B., Lo Fo Wong, S., Stevanovic, S., Celik, H., & Lagro, J. A.	Serbien, 2011	Kvalitativ ansats	120 kvinnor deltog i intervjuer på 6 stycken olika primärvård centraler. Forskarna undersökte om kvinnorna förväntade sig att sjukvården skulle hjälpa dem och vilken typ av hjälp de behövde efter de blivit utsatta för våld.	Kvalitativ strukturerad intervju	Majoriteten (81,7%) av de intervjuade kvinnorna förväntade sig att sjukvården skulle hjälpa dem efter att de blivit utsatta för våld i nära relation.	Hög
Kelly, U.	USA, 2006	Kvalitativ ansats	17 kvinnor deltog i studien där intervjuer som varade mellan 60-120 minuter gjordes för att få en förståelse för latina-kvinnornas upplevelse av sjukvården.	Kvalitativ semistrukturerad intervju	Kvinnorna ville bli frågad av sjukvården angående våld i nära relationer för att öppna upp sig. De behövde information om att deras barn inte skulle bli tagna ifrån dom ifall de berättade om våld i nära relationer.	Hög
Nemoto, K., Rodriguez,	Japan, 2006	Kvalitativ ansats	6 kvinnor deltog i studien. Intervjuerna varade cirka 2,5h och handlade om	Kvalitativ intervjustudie med individuella	Kvinnorna som deltog i studien upplevde att tidigare sjukvård inte	Medelhög

R., & Valhmu, L.M.			kvinnors upplevelse av sjukvården då de sökt vård relaterat till våld i nära relation.	intervjuer och fokusgruppsintervjuer	hade behandlat kvinnorna med respekt och med ett bra bemötande.	
Olive, P.	England, 2017	Kvalitativ ansats	Studien syftar till att undersöka 12 kvinnors emotionella och affektiva reaktioner på akutmottagningar efter att ha blivit utsatt för våld i nära relationer.	Kvalitativ semistrukturerad intervju	Studien resulterade i 3 delar, där akut stress var en reaktion kvinnorna upplevde på akuten. Den andra var akut stress som påverkade mötet med sjukvården negativt och tredje var att kvinnorna ville ha en specialutbildad person som kunde bemöta kvinnorna korrekt.	Hög
Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D.	Sverige, 2014	Kvalitativ ansats	12 kvinnor boende på kvinnojour skrev ner sina erfarenheter med våld i nära relation och forskarnas syfte med studien var att ge kvinnorna en röst gällande sina erfarenheter.	Fenomenologisk hermeneutisk design	Kvinnorna upplevde mer trauma, negativa bemötande och mer lidande efter mötet med sjukvården. Kvinnorna var besvikna av det bemötandet och förklarar att sjukvården måste lära sig att identifiera tecken på våld och bli bättre på att möta kvinnorna.	Hög
Prosman, G.-J., Lo Fo Wong, S. H., & Lagro-Janssen, A. L. M.	Nederländerna, 2014	Kvalitativ ansats	14 kvinnor intervjuades med 30 frågor angående tillfällena då våld förekommit. Tio av kvinnorna hade upplevt våld i nära relationer förr, och fyra av kvinnorna upplevde våld i nära relationer då intervjun togs vid.	Kvalitativ semistrukturerad intervju	Rädsla och osäkerhet kring hur sjukvården och familjen kommer möta kvinnor som blivit utsatta våld i nära relationer påverkar kvinnans benägenhet att söka vård. Kvinnorna behöver stöd från familj och sjukvården, dock uttrycker kvinnorna att de behöver mer psykologisk hjälp.	Medelhög