



Att identifiera våldsutsatta kvinnor.

Sjuksköterskans upplevda hinder i identifiering och bemötande av kvinnor utsatta för våld i nära relation

- En litteraturstudie

To identify battered women.

The nurse perceived obstacles in the identification and treatment of women victims of intimate partner violence

- A literature study

Kajsa Näsström

Moa Larsson

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskaper

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

Grundnivå/15 hp

Mona Fackel & Anna Willman

Christina Sällström

2014-03-12 – inlämningsdatum

SAMMANFATTNING

Titel:	Att identifiera våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskans upplevda hinder i identifiering och bemötande av kvinnor utsatta för våld i nära relation. En litteraturstudie. To identify battered women. The nurse perceived obstacles in the identification and treatment of women victims of intimate partner violence. A literature study.
Fakultet:	Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskaper
Institution:	Institutionen för Hälsovetenskaper
Ämne:	Omvårdnad
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå
Författare:	Moa Larsson, Kajsa Näsström
Handledare:	Mona Fackel & Anna Willman
Sidor:	34
Nyckelord:	Våld i nära relation, sjuksköterska, hinder, identifiering

Våld i nära relation är ett folkhälsoproblem och en av de främsta orsakerna till kvinnors ohälsa. Tidig upptäckt av våldet förbättrar hälsan för den våldsutsatta kvinnan varav sjuksköterskans identifiering och bemötande spelar en viktig roll. **Syftet** med denna litteraturstudie är att belysa sjuksköterskans upplevelse av hinder i identifierandet av kvinnor som är utsatta för våld i nära relation. **Metoden** som användes var en litteraturstudie enligt Polit & Becks niostegsmodell. Studiens resultat bygger på tolv vetenskapliga artiklar uppsökta från databaserna CINAHL och Pubmed. Artiklarna är kritiskt granskade och utvalda efter hur de svarat mot studiens syfte. Vid databearbetning kunde sex teman framträda. **Resultatet** presenteras i två utarbetade huvudkategorier, vilka var individuella och externa faktorer. De individuella faktorer som hindrade sjuksköterskan i identifiering och bemötande var känslomässig påverkan, bristande kunskap, fördomar och attityder och sjuksköterskans ansvar. De externa faktorerna som påvisades var bristande arbetsmiljö och tidsbrist. **Slutsatsen** var att det är av stor vikt att sjuksköterskan utbildas och får stöttning i identifiering, bemötande och omhändertagande av kvinnor som är utsatta för våld i nära relation.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	4
Definitioner	4
Lagtext	4
Statistik och samhällskostnader	5
Orsaker till våldets uppkomst	5
Våldets konsekvenser på kvinnors hälsa	5
Vårdande och icke vårdande	6
Hälso- och sjukvårdens roll samt omhändertagande	6
Problemavgränsning	7
Syfte	7
METOD	8
Litteratursökning	8
Urval	10
Databearbetning	10
Etiskt ställningstagande	10
RESULTAT	12
Individuella faktorer	12
Bristfällig kunskap och utbildning	12
Sjuksköterskans ansvar	13
Sjuksköterskans fördomar och attityder	13
Sjuksköterskans känslomässiga påverkan	14
Externa faktorer	15
Bristande arbetsmiljö	15
Tidsbrist	15
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	20
Klinisk betydelse	21
Förslag till fortsatt forskning	21
Slutsats	22
REFERENSLISTA	23

INTRODUKTION

Våld i nära relation är ett folkhälsoproblem med såväl psykiska som fysiska konsekvenser. I största utsträckning är det kvinnor som utsätts för våld av nuvarande eller tidigare partner, dock påverkas hela familjen av våldet som utövas (Socialstyrelsen 2014; Frenzel 2014). Nästan var fjärde kvinna har någon gång under sin livstid blivit utsatt för våld i nära relation (Frenzel 2014).

Definitioner

Våld kan definieras på följande sätt:

The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation. (Krug et al. 2002, s.5)

Garcia-Moreno et al. (2005) har vidare arbetat med kriterier för att definiera våldet. Vanligast är att fokus ligger på klassificering utifrån själva handlingen. Till exempel delas våldet in efter fysiskt våld såsom slag, sparkar, knuffar med mera. Psykiskt eller emotionellt våld innefattar förnedring, isolering samt hot. Sexuellt våld inkluderar påtvingat sex, kränkande sexuella handlingar och våldtäkt.

Enligt Krug et al. (2002) finns en stor variation i definitionen av våld i nära relation. Fenomenet är komplext och i många fall osäkert vilket medför att det krävs kunskap. Det våld som förekommer mot våldsutsatta kvinnor är annorlunda än det våld som män upplever. Kvinnorna är mer benägna att utsättas för fysisk misshandel eller mord från en bekant så som familjemedlem eller partner (Krug et al. 2002). Våld i nära relation förekommer även i samkönade relationer (Flinck et al. 2003).

Enligt Förenta Nationerna [FN] (1994) definieras våld mot kvinnor på följande sätt:

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

Begreppet våld i nära relation avser det fall då gärningsmannen är kvinnans nuvarande eller före detta partner (Ryng 2001).

Lagtext

Vid brutet kontaktförbud, upprepade kränkande handlingar samt fysiskt och psykiskt våld som är menat för att kränka personens integritet kan gärningsmannen dömas till grov fridskränkning. Straffet innebär fängelse i lägst nio månader och högst sex år. Har dessa gärningar begåtts av en man mot en kvinna han har haft en relation till under äktenskapsliknande förhållanden döms denna man till grov kvinnofridskränkning där straffet innebär detsamma (SFS 1962:700).

Grov kvinnofridskränkning infördes i brottsbalken 1998 och fokuserar på upprepade kränkningar som begås av en man emot en kvinna i nära relation. Bestämmelsen är utformad så att flera enskilda handlingar kan leda till ett grovt brott. Misshandel, hot

och tvång samt sexuellt ofredande eller sexuellt utnyttjande är handlingar som faller under grov kvinnofridskränkning. Även skadegörelse och överträdelse av kontaktförbud räknas som kränkande handling. Kärnan i bestämmelsen bygger på att våldet är upprepat och systematiskt. För att räknas som upprepade handling måste det vara minst två utförda gärningar. Ju allvarligare handling och kränkning desto färre handlingar krävs. Förutsättningarna för att våldsutövaren ska kunna bli straffad är att denna är en man som begått kränkande handlingar mot en närstående kvinna. Där våld förekommer mot en man av en kvinna eller i samkönade relationer faller detta under grov fridskränkning (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK] 2015).

Statistik och samhällskostnader

Antalet anmälda misshandelsfall har ökat över lång tid. Under 2013 uppgick antalet misshandelsbrott mot kvinnor som är 18 år och äldre till 27 100 fall, 17 000 av dessa fall framgicks ha begåtts inomhus och av en bekant. Av de som misstänkts för misshandel mot kvinnor är 85 % män (Brottsförbyggande rådet [BRÅ] 2014).

Vanligaste åldern bland våldutsatta kvinnor är 25-34 år. Även om det förekommer våld mot män i relationer är kvinnor mer utsatta för upprepat våld. Vid psykisk misshandel uppger 56 % av kvinnorna att våldet har förekommit fler än en gång. Gällande fysiskt våld uppger 26 % av de våldutsatta kvinnorna att detta är återkommande handlingar. Kvinnor utsätts oftare för grövre våld än vad män gör. Konsekvenserna av våldet för kvinnor leder till att de tvingas uppsöka vård i större utsträckning, detta som följd av grov misshandel (Frenzel 2014). Utöver mänskligt lidande uppskattats de samhällsekonomiska kostnaderna för våld mot kvinnor i nära relationer till tre miljarder per år. 38 miljoner stod för de direkta sjukvårdskostnaderna (Socialstyrelsen 2006). Det identifierade våldet utgör sannolikt bara en bråkdel av kostnaderna som uppkommer för hälso- och sjukvården (Berglund & Witkowski 2014).

Orsaker till våldets uppkomst

Våldet som drabbar kvinnorna är ofta både sexualiserat och könsrelaterat (Grände et al. 2009). Mäns våld mot kvinnor beror på en bristande jämställdhet mellan de olika könen (Eliasson 2008; Grände et al. 2009). Eliasson (2008) menar fortsättningsvis att Sverige i jämförelse med andra länder kommit långt i frågan om jämställdhet. Trots det kvarstår problemet med våld i nära relation. Förutom en utveckling av existerande program för våldsamma män krävs kraftfulla insatser på många fronter så som lärdomar och förståelse från den tid vi en gång levde i och fortfarande präglas av (Eliasson 2008). Män som slår finns i alla samhällsnivåer (Eliasson 1997). Många av dessa män besitter positioner där såväl intelligens som känslomässigt engagemang erfordras. Många, men inte alla av de våldsutövande männen kan kopplas till ett missbruk eller det faktum att de blivit slagna under barndomen. Våld mot kvinnor är ofta ett försök att skapa känsla av makt och kontroll. Detta kan ses som ett förtryck mot kvinnor och manligt maktutövande (Eliasson 2000).

Våldets konsekvenser på kvinnors hälsa

Våld i nära relation är förknippat med allvarliga hälsoeffekter och är en de främsta orsakerna till kvinnors ohälsa (Krug et al. 2002). Våld i nära relation medför flertalet komplikationer såsom ångest, depression, post-traumatisk stress (Vos et al 2006; Hovelius 2009) samt kroniska smärttillstånd och underlivsproblem (Hovelius 2009). Dessutom löper dessa kvinnor högre risk för att begå självmord (Vos et al. 2006).

Missbruk i form av mat, alkohol och droger kopplas också samma som komplikationer vid våld. Därav kan andra ohälsosfaktorer såsom högt blodtryck, övervikt samt rökning ses som en konsekvens av våldet (Vos et al. 2006).

Vårdande och icke vårdande

Halldórsdóttir (1996) har i sin avhandling belyst olika dimensioner av ett vårdande möte. Hon beskriver de olika komponenter som patienter anser som viktiga för ett vårdande möte. Dessa komponenter har hon liknat vid en bro. De broar som ger förutsättningar för vårdande är till exempel att sjuksköterskan uppfattas som vårdande, att det skapas en relation mellan patienten och sjuksköterskan och att den bygger på en ömsesidig tillit. En av de främsta förutsättningarna för det vårdande mötet är att sjuksköterskan besitter kunskap kring professionell vård samt att stärka patienten i dennes situation. Då ett möte uppfattas som icke vårdande saknar ofta sjuksköterskan rätt kompetens och/eller förmågan att bemöta patienten med respekt. Halldórsdóttir (1996) liknar detta med murar som står i vägen för det vårdande mötet. Värsta formen av icke vårdande beskriver hon som ignorans, utebliven behandling samt omänskligt bemötande.

Hägglom och Möller (2007) har genom intervjuer med våldsutsatta kvinnor belyst deras möte med sjuksköterskan. Någon kvinna har berättat om ett möte där hon känt sig respekterad och sedd och sjuksköterskan har gett henne stöd och hjälp för att lösa hemsituationen. Dessvärre finns det även många kvinnor som upplevt sig som icke bemötta. Svårt misshandlade kvinnor har inte tillfrågats om våld och de kvinnor som själva valt att berätta om det våld de varit utsatta för har upplevt en utebliven respons. En kvinna berättar att sjuksköterskan sagt att hon kunde gå hem efter att ha lagt om hennes sår (Hägglom & Möller 2007). Många kvinnor väljer dessutom att inte berätta för hälso- och sjukvårdspersonal på grund av känslan av skam, en rädsla för att lyfta ämnet och för hur de ska bli bemötta. Dock beskriver många kvinnor att de har en vilja att diskutera sin erfarenhet av våld. De kvinnor som valt att diskutera våld upplever sig i många fall dåligt bemötta och omhändertagna samt är missnöjda med mottagandet de fick (Bacchus et al. 2003).

Hälso- och sjukvårdens roll samt omhändertagande

Sjuksköterskan har ett primärt ansvar för att ge god vård. Vidare skall sjuksköterskan arbeta för en miljö där mänskliga rättigheter, sedvänjor, värderingar och trosuppfattningar inom individ, familj och samhälle bejakas och respekteras (International Council of Nurses [ICN] 2012). I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor beskrivs det vidare att det ingår i yrkeskunnandet att vara uppmärksam och bemöta patienters sjukdomsupplevelser och lidande. Sjuksköterskan bör utefter detta lindra lidande så långt det går genom att sätta in adekvata åtgärder. Med detta finns alltså ett ansvar för sjuksköterskan att upptäcka, bemöta och hjälpa våldsutsatta kvinnor (Socialstyrelsen 2005). Enligt Eliasson och Ellgrim (2006) beskrivs hälso- och sjukvården som den första instans som utsatta kvinnor kommer i kontakt med, varpå det vilar ett stort ansvar på sjuksköterskan.

Kvinnorna är drabbade av skam, skuld och vanmakt därför finns det ett stort mörkertal eftersom få anmäler händelsen. Dessutom har dessa kvinnor svårt att koppla ihop sina

problem med våldet de utsätts för (NCK 2014). Våldsutsatta kvinnor söker inte endast vård i den akuta fasen utan även för diffusa, fysiska och psykiska symtom (Socialstyrelsen 2014). Kvinnorna som söker hjälp och vård kan dyka upp var som helst inom vården, på vårdcentraler, specialiserade kliniker och akutmottagningar (Campbell 2002; NCK 2014). Undersökningar visar att beredskapen för att ta emot dessa kvinnor varierar stort inom och mellan landsting (NCK 2014). Tidig upptäckt av våldet förbättrar hälsan för den utsatta kvinnan (Campbell 2002; WHO 2013). Här spelar hälso- och sjukvårdspersonalen samt deras bemötande en viktig roll (WHO 2013).

Problemavgränsning

Kvinnor som utsatts för våld i nära relation är ett folkhälsoproblem och en av de främsta orsakerna till att kvinnor upplever ohälsa. Undersökningar visar att nästan var fjärde kvinna någon gång under sin livstid blivit utsatt för våld i nära relation. Dessutom finns det ett stort mörkertal bland förekomsten av detta våld. Våldet leder till att dessa kvinnor tvingas uppsöka vård vilket bidrar till att hälso- och sjukvården spelar en betydande roll i identifieringen av dess kvinnor. Det är därför av stor vikt att beskriva mötet mellan den våldsutsatta kvinnan och sjuksköterskan.

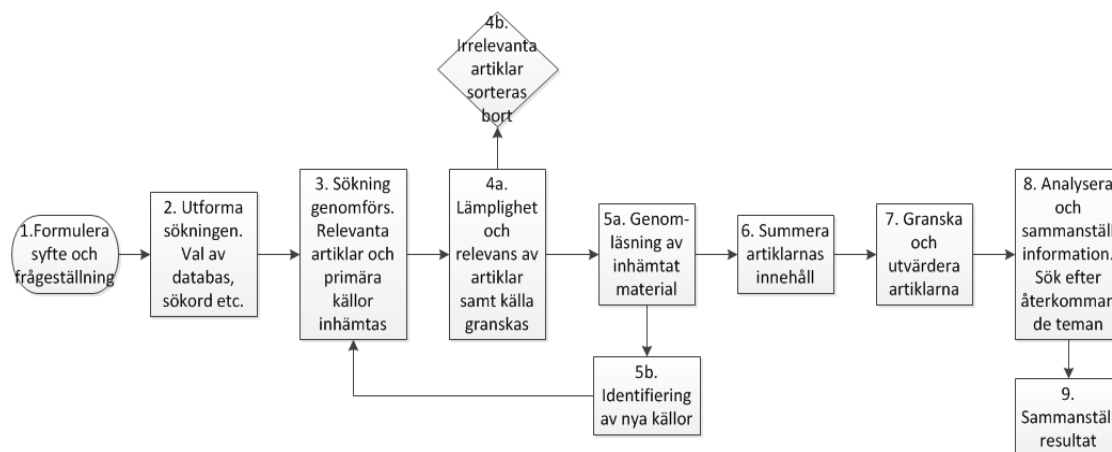
Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa sjuksköterskans upplevelse av hinder i identifierandet av kvinnor som är utsatta för våld i nära relation.

METOD

Metoden som använts är litteraturstudie. En litteraturstudie kan ligga som underlag för flera olika ändamål och används för att få svar på ett syfte vid undersökningar av brister eller inkonsekvenser. Denna typ av studie bygger på undersökning av tidigare studier som undersökt samma ämne med liknande syfte (Polit & Beck 2012).

Studiens process är uppbyggd genom Polit & Becks (2012) nio steg.



Figur 1. Fri översättning av Polit & Becks (2012) modell för litteraturstudie.

Litteratursökning

Först av allt bör ett syfte av studien formuleras som passar det ämne som valts att studeras. Sedan kommer arbete med passande sökord till de valda databaser som passar för ämnet omvårdnad. Valda databaser är CINAHL och PubMed. Dessa är användbara för sjuksköterskor och är viktiga vid omvårdnadsforskning och medicinsk vård (Polit & Beck 2012).

I Cinahl har vi använt oss av "Headings" för att precisera vår sökning till syftet. Headings som har använts är "Domestic violence", "Intimate partner violence" och "Battered women" som kombinerats med "Nurse attitudes" och "Nurse-patient relations". I PubMed har "MeSH" använts. Sökorden i "MeSH" var "Domestic violence", "Spouse abuse" och "Battered women" där Boelska operatoren AND användes tillsammans med "Nurse-patient relations", "Nursing staff" samt "Nursing assesement". Sökningen är begränsad med hjälp av inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara peer reviewed samt att artiklarna ska vara publicerade mellan 090101 och 141231. Artiklarna skall vara skrivna på engelska eller nordiska språk, dock ej finska eller isländska. Exklusionskriterierna är studier gjorda på personer under 18 år. Träffar samt artikelsökningar visas i tabell 1.

Tabell 1: Resultat av artikelsökning.

DATABAS	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR	URVAL 1	URVAL 2	URVAL 3
Cinahl	Domestic violence (S1)	1572			
	Intimate partner violence (S2)	2274			
	Battered women (S3)	863			
	Nurse attitudes (S4)	6011			
	Nurse-patient relations (S5)	4590			
	S1 OR S2 OR S3	3790			
	S1 OR S2 OR S3 AND S4 OR S5	47	14	10	10
Pubmed	Domestic violence (S1)	8986			
	Battered women (S2)	712			
	Spouse abuse (S3)	2177			
	Nurse – patient relations (S4)	5988			
	Nursing staff (S5)	10312			
	Nursing assessment (S6)	3857			
	S1 OR S2 OR S3	9119			
	S1 OR S2 OR S3 AND S4 OR S5 OR S6	178	17 ((3))	1	1
Manuell sökning			1	1	1
Summa			32	12	12

(()) = varav externa dubletter. inkluderade i redovisningen

Urval

Urval 1

Efter att ovannämnda databassökningar är utförda genomförs det första urvalet. Systematiskt granskas artiklarnas titel och abstrakt (Forsberg & Wengström 2013). Irrelevanta artiklar som ej svarar till studiens syfte förkastas. Vid granskning av studiers källhänvisning kan nya referenser uppkomma som då kan användas till manuell sökning (Polit & Beck 2012). Artiklarnas abstract och titel lästes igenom. Efter detta urval kvarstod 32 artiklar. De artiklar som valdes bort syftade till ett annat resultat än den litteraturstudien belyser eller byggde på respondents från andra professioner än allmänsjuksköterskan.

Urval 2

Vid urval två, motsvarande **steg 5** och **6** (Figur 1) lästes samtliga artiklars metod och resultatdel igenom. Därefter jämfördes artiklarna gentemot litteraturstudien. Granskningen genomfördes först var för sig och sedan gemensamt. Under urvalet undersöks källorna samt deras trovärdighet och efter detta väljs de studier som inte är tillförlitliga bort (Polit & Beck 2012). Sammanlagt granskades 32 artiklar från urval 1 varav tolv behölls.

Urval 3

I det sista urvalet, se **steg 7**, granskas samtliga artiklar. Med hjälp av granskningsmallarna ”*Guide to an overall critique of quantitative research report*” och ”*Guide to an overall critique of qualitative research report*” säkerställs artiklarnas kvalitet (Polit & Beck 2012).

Databearbetning

I det åttonde steget enligt Polit & Beck (2012) skall den insamlade data analyseras och teman skall framträda. Under databearbetningen lästes artiklarna separat. Detta för att säkerställa att viktig data inte gick förlorad. Stycken, meningar och citat som speglar litteraturstudiens syfte markerades. Alla artiklar som ingick märktes med ett nummer mellan ett till tolv, detta för att ej blanda ihop de olika resultatdelarna. Artiklarna jämfördes, det delar utifrån artiklarna som båda markerats diskuterades ännu en gång och klipptes därefter ut. I steg 9 enligt Polit & Beck (2012) gjordes en sammanställning av urvalet till mindre grupper av kategorier. Utifrån de urklipp som gjorts och numrerats sammanställdes de teman som låg som grund till resultatet. De urklipp som sa samma sak, styrkte varandra samt besvarade litteraturstudiens syfte lades i högar. Somliga av urklippen resandes bort då de inte ansågs svara på valt syfte. Ommöblering i identifierade teman skedde flera gånger för att skapa relevanta och tydliga teman samt för att möjliggöra för alla urklipp att ta plats i teman. Alla urklipp som svarade till syftet inkluderades. I detta steg framträdde sju kategorier. Den kategoriserade data bearbetades ytterligare och efter diskussion framträdde sex teman som besvarade litteraturstudiens syfte.

Etiskt ställningstagande

Denna litteraturstudie redovisar det som utlästs i valda artiklars resultat och det som forskarna skrivit. Stor vikt har lagts vid att referera korrekt för att undvika plagiering. Enligt Forsberg & Wengström (2013) skall alla artiklar som ingår i litteraturstudien

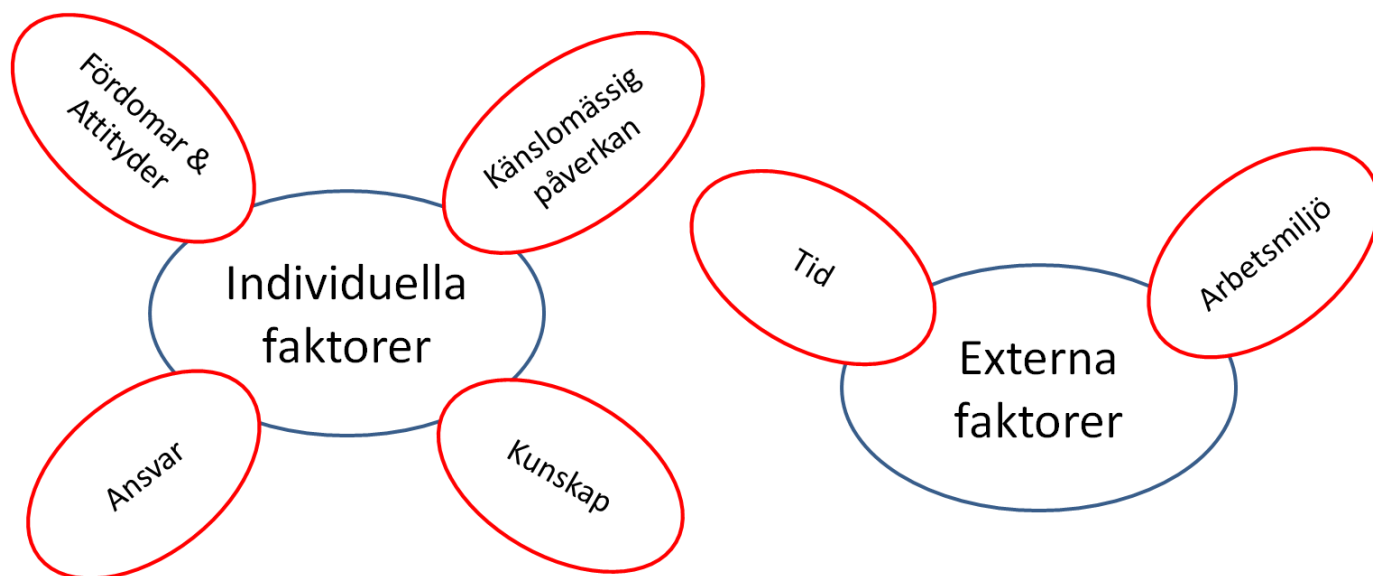
redovisas. Det är viktigt att inte artiklar som endast stödjer författarnas åsikter eller förväntningar presenteras, detta för att få ett objektiva resultat som speglar verkligheten (Forsberg & Wengström 2013).

Det är av stor vikt att noggrant välja sitt material och under studiens gång använda materialet på ett regelriktigt sätt så att plagiering inte sker. Betonas bör att fusk och plagiat absolut inte får förekomma inom forskning. Vid litteraturstudie bör hela tiden etiska överväganden göras beträffande urval och presentation av resultat (Forsberg & Wengström 2013). Enligt CODEX (2014) är det av stor vikt att inte fusk, stöld och plagiering förekommer samt är förvrängning av forskningsprocessen är otillåten. Eftersom andrahandskällor kan förvränga data har därför endast primärkällor använts.

På grund utav att alla förutom en av artiklarna är skriva på engelska finns risk för feltolkning av skriven text. För att minimera risken för detta har citat redovisats på originalspråk (Polit & Beck 2012).

RESULTAT

Resultatet bygger på tolv vetenskapliga artiklar varav åtta med kvalitativ metod och fyra med kvantitativ metod. Syftet var att belysa sjuksköterskans upplevelse av hinder i identifierandet av kvinnor som är utsatta för våld i nära relation. Litteraturstudien har resulterat i två huvudkategorier med sex olika underkategorier som presenteras i figur 2.



Figur 2. Sammanfattning av resultat

Individuella faktorer

Bristfällig kunskap och utbildning

Artiklarna presenterar avsaknad av adekvat kunskap och utbildning kring bemötande och omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor (Natan & Rais 2010; Hughes 2010; Beynon et al. 2012; Efe & Taşkin 2012; Ramsay et al. 2012; Tower et al. 2012).

No, I can't. You need to be trained for this. I don't know, something like a course... I haven't done anything at the moment so I don't know how adequate I would be. (Efe & Taşkin 2012, s.444).

DeBoer et al. (2013) beskriver otillräcklig kunskap och utbildning som den främsta orsaken att inte identifiera våldet som kvinnorna kan vara utsatta för. Detta beskrivs även av Beynon et al. (2012) där otillräcklig utbildning på ämnet är en stor barriär för att identifiera våldet. Påvisas kan att cirka hälften eller mer av respondenterna i respektive studie upplever sig ha otillräcklig eller utebliven utbildning angående ämnen våld i nära relation (Natan & Rais 2010; Beynon et al 2012; Efe & Taskin 2012).

Otillräcklig kunskap resulterar i att sjuksköterskan inte vet vilka frågor som kan eller bör ställas till kvinnor som de misstänker ha varit utsatta för våld, dessutom uppstår en känsla av att inte vara bekväm med att ställa frågor om våld (Hughes 2010; Robinson

2010; Beynon et al 2012; Ramsay et al. 2012; Tower et al 2012) och detta kan bero på en känsla av att inte vara förbered (Ramsay et al 2012). På grund av avsaknaden av kunskap är i många fall sjuksköterskan orolig att frågor kring våldutsatthet ska förnedra kvinnan (Beynon et al 2012). Som följd av bristande kunskap upplever sjuksköterskan svårigheter med att hantera svaret på frågan om våld (Hughes 2010). Ramsay et al. (2010) och Beynon et al. (2012) beskriver även att sjuksköterskan inte har nog med kunskaper om vilka resurser som finns att tillgå. Avsaknaden av kunskap beskrivs även som en brist på erfarenhet i hanterandet av våldutsatta kvinnor (Natan & Rais 2010). DeBoer et al. (2013) presenterar att 56 % av respondenterna blivit tillräckligt utbildade i att identifiera tecken på våldutsatthet.

Som följd av den otillräckliga kunskapen beskrivs riktlinjer och bedömningsinstrument som något många sjuksköterskor saknar och tror sig vara av stor behjälplighet (Hughes 2010; Beynon et al. 2012). Fortsättningsvis beskriver sjuksköterskorna att detta underlättar dels att inleda en diskussion med kvinnor om deras livssituation samt att kunna erbjuda dessa kvinnor ett effektivt och gott stöd. Robinson (2010) skriver i sin studie att specifika policyer för identifiering av våldutsatta kvinnor fanns tillgängliga, trots detta var mer än hälften av respondenterna omedvetna om dessa vilket även det manifesterar bristande utbildning. Enligt Beynon et al. (2012) berättar sjuksköterskorna att rutinmässig tillfrågan om våld i nära relation underlättar för dem att ställa frågan.

Sjuksköterskans ansvar

Många sjuksköterskor upplever att fråga kvinnor om våldutsatthet och bedriva omvårdnad utefter detta inte är deras ansvar eller plikt (Robinson 2010; Efe & Taşkin 2012) utan att detta snarare är psykologens, psykiatrikerens eller socialarbetarens jobb (Efe & Taşkin 2012). Dessutom uttrycker några respondenter att de inte anser detta som deras ansvar då de känner sig mer bekväma med att hantera fysiska skador än de emotionella aspekterna (Robinson 2010).

This should not be our duty, of course... It should not be, of course. It is not something that is our business in the end. We will provide medical treatment but there should be a psychologist that takes care of these... (Efe & Taşkin 2012, s. 445)

En sjuksköterska tror att hennes kollegor inte ser det som sitt ansvar, för att de liknar våldutsatta kvinnor med psykisk ohälsa (Brykczynski et al. 2011). Fortsättningsvis menar Tower et al. (2012) att dessa kvinnors omhändertaganden remiteras till andra instanser som sjukvården anser mer lämplig för att hantera dessa fall.

Det finns dock sjuksköterskor som anser att identifiering av våld i nära relation är ett ansvar som ingår i professionen (Natan & Rais 2010; DeBoer et al. 2013), hela 95 % av respondenterna håller med påståendet att det är deras ansvar att ta hand och identifiera patienter som fallit offer för våld i nära relation (DeBoer et al. 2013). Vidare håller samma procentantal inte med om att detta enbart skulle vara läkarens ansvar (DeBoer et al. 2013).

Sjuksköterskans fördomar och attityder

Vissa respondenter beskriver att de tror sig genom betraktning av kvinnan kunna avgöra om hon lever i en våldsam relation (Robinson 2010; Häggblom & Dreyer 2011). Enligt

Robinson (2010) uttrycker några respondenter att de tror sig kunna bedöma utifrån offret och dess partners beteende och uppträdande om kvinnan utsätts för våld.

Sjuksköterskorna beskriver att de letar efter tecken såsom skygghet (Hägglom & Dreyer 2011), ett underlägset, blygt och tyst beteende samt att den medföljande partnern skulle te sig dominant (Robinson 2010). Brykczynski et al. (2011) hävdar att trots att det finns kunskap om att våld i nära relation förekommer i alla socioekonomiska, kulturella och religiösa grupper lyfter vissa sjuksköterskor frågan om våld då patienten tillhör en lägre socioekonomisk grupp. En sjuksköterska beskriver att det krävdes erfarenhet av att vårda en välutbildad kvinna som berättade om att hon var utsatt för våld i nära relation för att slå hål på myten (Brykczynski et al. 2011). ”People just kind of judge based on what they see; stereotyping is the word I’m looking for” (Robinson 2010, s. 573)

Sjuksköterskans känslomässiga påverkan

Sjuksköterskans erfarenhet av att bemöta kvinnor utsatta för våld i nära relation var att bli starkt känslomässigt påverkad (Goldblatt 2009; van der Wath et al. 2013). En respondent uttrycker att engagemanget leder till att hon finner det svårt att särskilja på kvinnans och sina egna känslor (Goldblatt 2009). Flera sjuksköterskor berättar att de inte ville bli för känslomässigt engagerade (Tower et al. 2012) och i vissa fall upplevde en rädsla för att bli detta (Robinson 2010). Detta resulterar i att sjuksköterskans bemötande blir distanserat. Att behålla distansen och lägga fokus enbart på de fysiska skadorna var det bara ett fåtal av respondenterna som beskrev sig kunna göra (Goldblatt 2009; van der Wath et al. 2013).

I like not to get emotionally involved, because you see so many people and you come across so many potentially distressing situations that the more you can emotionally shut out the better (Tower et al. 2012, s. 220)

Efter mötet med de våldsutsatta kvinnorna var sjuksköterskans erfarenhet att hen lämnades kvar med många ouppklarade känslor (Goldblatt 2009; van der Wath et al. 2013). Att bevittna dessa kvinnor ledde till känslor såsom sorg, rädsla, chock, ilska och sympati. Dessutom upplevde sig sjuksköterskorna deprimerade och stressade över kvinnans situation (van der Wath et al. 2013). Det känslomässiga engagemanget ledde ibland till så djup involvering att sjuksköterskan brast i gråt (Goldblatt 2009; van der Wath et al. 2013). Sjuksköterskan beskriver fortsättningsvis att både lyssna på kvinnans berättelse eller att se de fysiska skador som kvinnan fått i sin våldsamma relation kunde framkalla mycket smärta. Dessutom upplevde sjuksköterskan att även då kollegor berättade om sina erfarenheter från våld i nära relation kände sig sjuksköterskan illa berörd (van der Wath et al. 2013).

En känsla som var återkommande hos sjuksköterskorna var frustration (Natan & Rais 2010; Robinson 2010; Beynon et al. 2012; van der Wath et al. 2013). Vissa sjuksköterskor beskriver frustration på grund utav att kvinnor går tillbaka eller stannar i våldsamma relationer (Beynon et al. 2012; van der Wath et al. 2013) och detta kan resultera i att sjuksköterskorna inte frågar om våldsutsatthet (van der Wath et al. 2013). Dessutom uppkommer känslan frustration vid identifiering av kvinnor utsatta för våld då sjuksköterskan inte upplever sig kunna göra något åt våldet (Natan & Rais 2010; Robinson 2010). Hägglom & Dreyer (2011) beskriver dessutom att de fall då kvinnan

inte identifierats som våldsutsatt lämnas sjuksköterskan med känslan av misslyckande och med en påföljande sorg.

Sjuksköterskorna beskriver även att mötet med kvinnor som lever i en våldsam relation framkallar deras personliga åsikter vilket de själva berättar kan leda till ett oprofessionellt förhållningssätt, där ilska och oförståelse tar överhand (Goldblatt 2009; Beynon et al. 2012). van der Wath et al. (2013) beskriver att sjuksköterskorna känner sig traumatiserade när de tvingas se vilka fysiska skador förövarna åsamkat kvinnan. Framförallt beskrivs det som oerhört smärtsamt då skadorna blir bestående eller leder till att kvinnan avlider.

Externa faktorer

Bristande arbetsmiljö

Flertalet sjuksköterskor påpekar arbetsmiljön som ett hinder för att bemöta och erbjuda våldsutsatta kvinnor ett vårdande möte (Robinson 2010; Beynon et al 2012; Efe & Taşkin 2012; Tower et al. 2012). Arbetsmiljön upplevs inte gynnsam att fråga eller vårda våldsutsatta kvinnor (Tower et al. 2012). Vidare beskrivs även att bristen på utrymme är en barriär samt att arbetsmiljön inte främjar till att fråga då respondenterna uppger att det inte finns plats för enskilda samtal med kvinnorna (Beynon et al. 2012). Dessutom upplevs arbetsmiljön inte som säker, varken för kvinnorna eller varken för sjuksköterskorna att diskutera våld och om deras våldsamma partner (Efe & Taşkin 2012). "... We definitely do not feel secure here. I would ask if I felt secure." (Efe & Taşkin 2012, s. 446).

Tidsbrist

Enligt Beynon et al. (2012) är tidsaspekten ett stort problem enligt flertalet sjuksköterskor för att vårda och fråga kvinnor om våldutsatthet. Avsaknad av tid ansågs av 27,3 % vara en barriär för att utföra det vårdande som kvinnorna är i behov av. "Time issues. If you are going to ask, you have to have the time to listen to the response and deal with the issue." (Beynon et al. 2012, s. 5)

Avsaknad av tid kan i många fall handla om att sjuksköterskorna upplever sig ha för många patienter. Att avsätta den tiden som sjuksköterskorna förväntar sig det ska ta med en våldutsatt kvinna upplever de sig inte ha (Goldblatt 2009; Efe & Taşkin 2012). Detta resulterar i att sjuksköterskor inte frågar om våld samt att vissa inte gillar ta hand om dessa kvinnor (Goldblatt 2009). Hög arbetsbelastning omnämns som en orsak till att kvinnan inte blir bemött utifrån det sättet som sjuksköterskan själv önskar (Robinson 2010; Efe & Taşkin 2012). Det merarbete som följer av en kvinna som berättat om sin våldutsatthet känns inte hanterbart (Robinson 2010). Sjuksköterskorna önskar att de kunde hjälpa till och samtala mer med dessa kvinnor dock upplever de att omständigheterna kring tid inte tillåter detta (Goldblatt 2009). Vilket medför att sjuksköterskorna går hem från sitt arbetspass och känner att de inte gjort sitt allra yttersta för kvinnorna (Beynon et al. 2012). Tidspressen under ett arbetspass leder till frustration över kvinnan som misstänkts eller har identifierats leva i en våldrelation. "I don't have time to hear a 30 minute story about it. You're a grown person: get out of it. That's horrible, I shouldn't be saying that." (Robinson 2010, s. 574).

Sjuksköterskorna upplever att kvinnor som utsätts för våld i nära relation behöver emotionell stöttning, dock upplevs detta komma i skymundan på grund av tidspress och

hög arbetsbelastning (Goldblatt 2009; Beynon et al. 2012). En sjuksköterska beskriver att svaren kring frågor om psykiskt välmående kan ta för mycket tid. Genom att ställa ytliga frågor minskar chanserna för ärliga svar, istället för att ställa frågor om slag och sparkar i kvinnans relation (Brykczynski et al. 2011). Fortsättningsvis uttrycker en sjuksköterska att hen tycker sig se på sina kolleger att de inte vill bli involverade i vad som kallas sociala problem, där många sjuksköterskor placerar våldsutsatta kvinnor, för att dessa inte kan åtgärdas snabbt. Det tar tid och kan inte lösas genom att patient behandlas med läkemedel eller medicinsk vård (Brykczynski et al. 2011). I en av artiklarna upplever dock majoriteten (81 %) av respondenterna ha tillräckligt med tid för att identifiera och ställa frågor kring våldsutsatthet (DeBoer et al. 2013).

DISKUSSION

Syftet med litteraturstudien var att identifiera vilka hinder sjuksköterskan upplever vid identifierandet av kvinnor utsatta för våld i nära relation. Resultatet presenterar ett flertal hinder vilket försvårar identifieringen. Dessa var bristfällig kunskap, sjuksköterskans ansvar, sjuksköterskans fördomar och attityder, sjuksköterskans känslomässiga påverkan, bristande arbetsmiljö samt tidsbrist.

Resultatdiskussion

I resultatet framgår att de flest sjuksköterskorna upplever sig ha dålig kunskap och utbildning kring våld i nära relation. Sjuksköterskornas erfarenhet i mötet med våldsutsatta kvinnor blir därför att de upplever stora svårigheter kring att närma sig dessa kvinnor bland annat på grund av rädsla för att ställa fel frågor (Hughes 2010; Robinson 2010; Beynon et al 2012; Ramsay et al. 2012; Tower et al 2012). Detta leder till att sjuksköterskor ofta undviker att prata om det våld kvinnorna är utsatta för. Kvinnorna lyfter dock sällan upp frågan själva men uttrycker en positiv inställning till att diskutera och prata om deras våldsamma relation. Dessutom uttrycker många att sannolikheten för att de ska svara sanningsenligt på en direkt fråga om våld är större än frågor som är öppna om mående och så vidare (Bacchus et al. 2003). Hänsyn måste tas till kvinnan och vilka frågor som kan ställas. Flertalet kvinnor uttrycker ett missnöje kring bemötande de fått vid erkännande av våld (Bacchus et al. 2003) detta beror främst på en känsla av att bli ignorerade och att de möts av tystnad (Lutenbacher et al. 2003). Sjuksköterskans identifiering av kvinnor som är utsatta för våld i nära relation varierar kraftigt. Det finns en oro bland sjuksköterskorna att kvinnor går oidentifierade (Häggbloom & Möller 2006). Att missa identifiering tycks vara sammankopplat med utbildning. Detta kan ses i en studie av Häggbloom & Möller (2006) där sjuksköterskor som genomgått utbildning i ämnet våld i nära relation upplever att osäkerheten kring mötet med kvinnorna minskar. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskorna får adekvat utbildning kring ämnet så att de känner sig säkra och förberedda på att ta sig an ämnet. Här uttrycker också sjuksköterskorna en längtan efter riktlinjer för att kunna fråga på korrekt sätt. Detta anses stärkande och förenklar för mötet med våld i nära relation (Hughes 2010; Beynon et al. 2012). Svavarsdottir & Orlygsdottir (2009) testar hur sjuksköterskor och barnmorskor upplever det att ställa frågor kring våld i nära relation på rutin med hjälp av utarbetade riktlinjer. Sjuksköterskorna och barnmorskorna beskriver blandade känslor att fråga kvinnor om våld i nära relation. Dock uttrycks känsla av att riktlinjerna förenklar att närma sig diskussionen kring våld i nära relation. Riktlinjerna var användbara för att närma sin patient på ett lämpligt sätt. Sjuksköterskorna och barnmorskorna kände sig dessutom mer självsäkra i att diskutera med kvinnorna om att de eventuellt skulle vara utsatta för våld i nära relation efter att läst riktlinjerna och kunna använda dessa som stöttning (Svavarsdottir & Orlygsdottir 2009). Socialstyrelsen (2014) rekommenderar att rutinmässigt ställa frågan om våld i nära relation inom mödrahälsovården, psykiatrien samt ta upp frågan om våld i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatrien. På alla barnmorskemottagningar samt ungdomsmottagningar i Värmlands landsting skall alla kvinnor som besöker dessa instanser för graviditetsövervakning eller preventivmedelsrådgivning tillfrågas om våldsutsatthet. Det finns även en utarbetad "lathund" med exempel på frågor som kan

ställas till kvinnorna samt viktiga kontakter och telefonnummer till resurser runt om i länet som hjälper våldsutsatta kvinnor (Landstinget i Värmland 2012).

I resultatet beskrivs de föreställningar sjuksköterskor har gentemot våldsutsatta kvinnor och de stereotypa föreställningar sjuksköterskor utgår ifrån gällande socioekonomisk klass, kulturell och religiös tillhörighet (Robinson 2010; Bryczynski et al. 2011). Författarna tror att sjuksköterskans stereotypa syn kan ha sin grund i den okunskap som beskrivits. Ökad kunskap kring våld har visats sig ha förändrande inställning hos sjuksköterskor i deras bemötande och den syn de tidigare haft till våldsutsatta kvinnor (Bournnell & Prosser 2010). Vidare beskrivs att bristande kunskap kan leda till hur vida dessa kvinnor kommer att uppfatta mötet med sjuksköterskan som vårdande respektive icke vårdande. Att inte bli bemött med respekt beskriver Halldórsdóttir (1996) som den mur som för sjuksköterskan kan komma att stå i vägen för ett vårdande möte. Kvinnor har beskrivit en dömande attityd hos sjukvårdspersonal då hon valt att berätta om sin utsatta situation (Lutenbacher et al. 2003).

Sjuksköterskan upplever en stark känslomässig påverkan i mötet med våldsutsatta kvinnor (Goldblatt 2009; van der Wath et al. 2013). Sjuksköterskorna beskriver att de emellanåt hade svårt att skilja på sina egna känslor och kvinnans (Goldblatt 2009) och att hon i efter detta möte upplevde att hon lämnades ensam med ouppklarade känslor (Goldblatt 2009; van der Wath et al. 2013). Flera sjuksköterskor beskriver att de inte vill bli känslomässigt engagerade (Tower et al. 2012) vilket resulterar i ett distanserat bemötande (Robinson 2010). Författarna anser att det saknas möjligheter för stöttning och avlastning till sjuksköterskor som bemöter våld i nära relation. Det bör finnas tillfällen på arbetsplatsen för reflektion och bearbetning. Detta stöds av Lassier et al. (2009) där sjuksköterskor beskriver att de saknade support efter identifierandet och bemötandet av våldsutsatta kvinnor samt att det kände ett stort behov av detta. Respondenterna uttrycker en önskan att patientfall då kvinnan fallit offer för våld i nära relation skulle tas upp och diskuteras på arbetsplatsträffar. Enligt Häggblom & Möller (2006) kan ett starkt känslomässigt engagemang av frustration och ilska beror på att sjuksköterskan själv upplevt våldsutsatthet och lämnats utan professionell hjälp. Vidare beskrivs att sjuksköterskor utan personliga erfarenheter av våld och sjuksköterskor med personlig erfarenhet av våld som hade fått genomgå utbildning berättade själva att de upplevde sig som mindre känslomässigt påverkade i bemötandet av våldsutsatta kvinnor.

Vidare beskrivs i resultatet den otroligt känslomässiga påverkan som de fysiska skadorna som våldsutsatta kvinnor uppvisar orsakar (van der Wath et al. 2013). Något som Häggblom & Möller (2006) beskriver som ett enormt känslomässigt engagemang framkallat av frakturer, brännmärken, krosskador och allvarliga skallskador. Några av de våldsutsatta kvinnorna svävade mellan liv och död efter att nästan ha blivit dränkta eller inlåsta i källaren i flera dagar.

Frustrationen var den känsla som framför allt lyftes fram (Natan & Rais 2010; Robinson 2010; Beynon et al. 2012; van der Wath et al. 2013). Sjuksköterskan beskriver en frustration som grundar sig i att kvinnan väljer att gå tillbaka eller stanna kvar i våldsrelationen (Beynon et al. 2012; van der Wath et al. 2013). Häggblom & Möller (2006) poängterar vikten av att sjuksköterskan har förståelse för kvinnan och hennes långa process i att lämna en våldsam relation. Sjuksköterskan har som uppgift att öka

kvinnans självförtroende, öka kvinnans förståelse av vilka konsekvenserna av våldet blir, hjälpa kvinnan i att inte skuldbelägga sig själv samt stötta kvinnan i att fatta beslutet om att stanna eller lämna den våldsamma relationen.

I resultatet framkom det att sjuksköterskan inte ser identifiering av våldsutsatta som en del av deras ansvar (Robinson 2010; Efe & Taşkin 2012) snarare att dessa kvinnor var mer lämpade inom psykiatrin eller socialtjänsten (Efe & Taşkin 2012). Detta är något som den våldsutsatta kvinnan upplever som smärtsamt. Att remiteras vidare och för varje ny instans vara tvungen att återberätta sin historia var något som gav henne en känsla av att inte bli trodd (Wuest et al. 2003). I en studie av Stenson et al. (2001) beskriver kvinnorna det som bra att våld i nära relation lyfts. De upplever att detta ger en känsla av omhändertagande, att det ger en god information om kvinnliga rättigheter samt att det är skönt att veta om vart man kan vända sig.

I resultatet menar Robinson (2010) att sjuksköterskor upplever sig mer bekväma och dessutom föredrar att omhänderta våldsutsatta kvinnors fysiska skador hellre än att diskutera kvinnans livssituation. Något som enligt Yem & Oradell (2000) våldsutsatta kvinnor även upplever i mötet med sjukvården. De beskriver en god omvårdnad av deras fysiska skador men menar även att de skadats på ”insidan”. De beskriver sig som inte tillfreds med att hälso- och sjukvården fokuserar så starkt på patientens ”utsida”. Författarna till denna litteraturstudie kan även se ett samband mellan att de i en av studier där sjuksköterskan uppger att våld i nära relation inte skulle vara deras plikt även upplever att de ändå inte kan hjälpa dessa kvinnor, att de inte kan stoppa våldet (Robinson 2010). Dock uppger Natan och Rais (2010) samt DeBoer et al. (2013) att identifiering av våldsutsatta kvinnor ingår i sjuksköterskans profession, vilket presenteras i resultatet. Enligt ICN (2012) ingår det i sjuksköterskeyrket att återställa, främja hälsa, förebygga sjukdom samt lindra lidande. Socialstyrelsen (2005) hävdar dessutom att det är sjuksköterskans ansvar att förstå den enskilda individens behov, stödja denne, visa engagemang och vara lyhörd. Något som bör appliceras även på våldsutsatta kvinnor.

Sjuksköterskor upplever att de inte hade tillräckligt med tid för att ta sig an de våldsutsatta kvinnorna (Goldblatt 2009; Robinson 2010; Beynon et al. 2012). Detta styrker Lassier et al. (2009) som i sin studie också beskriver sjuksköterskans brist på tid. Respondenterna beskriver sina arbetspass som en ”kapplöpning” med tiden och alla dagliga ansvar och uppgifter. De lyfter att det är olika faktorer som tillsammans med tid gör att de blundar för våldet, så som ett otillräckligt ledarskap, dåliga löner, en allmänt dålig fysisk miljö, otillräckliga resurser och en hög arbetsbelastning (Lassier et al. 2009). Bristande arbetsmiljö påpekas som en barriär av flertalet sjuksköterskor för att identifiera kvinnor som är utsatta för våld i nära relation (Robinson 2010; Beynon et al. 2012; Efe & Taşkin 2012; Tower et al. 2012). Enligt Ritchie et al. (2009) leder bristen på utrymmen att sjuksköterskorna upplever svårigheter att fråga om våld i nära relation, ibland är det enda som skiljer våldsutsatta kvinnor från de andra patienterna ett skynke. Detta medför att identifiering uteblir. Avsaknaden av utrymmen för avskildhet gör dessutom att sjuksköterskorna upplever ett problem att separera kvinnan från den eventuella våldsamma partnern. Detta gör att sjuksköterskan bedömer situationen osäker att fråga om våld (Ritchie et al. 2009).

Metoddiskussion

I litteraturstudiens resultat har åtta kvalitativa och fyra kvantitativa artiklar speglats. Både kvantitativa och kvalitativa studier ansågs kunna svara på valt syfte, dock ansågs mängden kvalitativa artiklar som en fördel då syftet avsågs undersöka känslor och upplevelser. Det är av stor fördel att använda sig av kvalitativ metod då känslor och upplevelser ska belysas och ett fenomen ska undersökas (Polit & Beck 2012). De artiklar som bygger på intervjuer har transkriberats i dessa artiklars resultat. Då litteraturstudien bygger på dessa transkriberingar kan viss innebörd gå förlorad eller förändras vilket kan ses som en nackdel vid genomförandet av en litteraturstudie (Malterud 2008). Dock eftersträvas i de flesta litteraturstudier att resultatet skall bli så överförbart som möjligt (Backman 2008) vilket också var målsättningen i denna litteraturstudie.

Domestic violence, intimate partner violence och battered women användes i CINAHL samt domestic violence, battered women och spouse abuse i Pubmed som representerar valt ämne. Dessa sökord valdes ut genom kontroll av vetenskapliga artiklar och dess nyckelord. Övriga sökord valdes för att få kombination som skulle matcha syftet. Även dessa uppkom genom kontroll av artiklars keyword. Dessa sökord representerar relationen mellan patient och sjuksköterska, samspel dess emellan samt vilka känslor och åsikter som uppkommer utifrån sjuksköterskan. Därför passar dessa sökord valt syfte. Annat sökord som hade kunnat kombineras med våldsbegreppen är ”barriers”. Detta ord matchar valt syfte. Dock ville inte författarna förutbestämma att det fanns hinder för sjuksköterskan utan ville att texten skulle uppvisa detta. Om ordet ”barriers” hade valts upplever författarna att detta hade kunnat utesluta artiklar som sa motsatsen och därför fått ett vinklat resultat som inte avspeglar verkligheten.

De inklusionskriterier som användes var peer reviewed, artiklar skrivna på engelska eller nordiska språk, dock ej finska eller isländska samt att artiklarna skulle vara publicerade mellan 090101 till 141231. I bejakandes tog att artiklar publicerade tidigare än 2009 kunde ha innehållit värdefull information för litteraturstudien, dock ansågs att få så aktuell forskning som möjligt som mer angelägen. Detta styrks av Socialstyrelsen (2012) som anser att hälso- och sjukvård ständigt utvecklas och går framåt. Östlundh (2006) beskriver även forskning inom medicin och omvårdnad som en färskvara. De databaser som har använts var CINAHL och PubMed som enligt Polit & Beck (2012) avser forskning inom omvårdnad och medicin. Då sökningarna endast gjordes i två databaser är det möjligt att andra relevanta artiklar från andra databaser gått förlorade. Dock ansågs att antalet träffar i databassökningen som tillräcklig för litteraturstudien. Det valdes även att genomföras en manuell sökning.

Artiklarna kontrollerades med granskningsmallarna ”*Guide to an overall critique of quantitative research report*” och ”*Guide to an overall critique of qualitative research report*” (Polit & Beck 2012). Efter granskningen återstod de artiklar som ansågs vara av hög kvalitet, vilket stärker litteraturstudiens tillförlitlighet.

Enbart en av de 12 artiklarna var skrivna på svenska, resterande 11 var skrivna på engelska. Detta medför en risk för att dessa inte översatts korrekt och då även att detta skulle medföra en risk för att data förändrats eller gått förlorad. För att minska den risken användes språklexikon för att översätta engelska ord och termer. Dessutom lästes

alla artiklar igenom separat så att gemensam uppfattning och bredare tolkning kunde diskuteras fram.

Artiklar från alla delar av världen valdes att inkluderas i resultatet då begreppet våld i nära relation ansågs som ett högst angeläget problem i alla länder samt som ett problemområde för sjuksköterskor runt om i världen. Detta styrks vidare av att liknande erfarenheter av att bemöta våldsutsatta kvinnor presenterades. Dock kom ingen av artiklarna från Sverige vilket kan betyda att resultatet ej kan ses som överförbart på svensk hälso- och sjukvård. Detta innebär vidare även att de sjuksköterskor som deltagit i valda artiklars studier har varit verksamma i länder där eventuella kulturella skillnader finns vilket även detta kan leda till en svag överförbarhet på den svenska vården. Författarna anser dock att sjuksköterskan bör ha kompetens att bedriva god omvårdnad trots kulturella skillnader.

Den kontext som speglar artiklarna har varit varierat, dels på akutmottagning, vårdavdelning men även inom primärvård. Vilken arbetsmiljö sjuksköterskan arbetat i kan ge förändrad erfarenhet av bemötandet med våldsutsatta kvinnor. Dock, som ovan nämnt, beskrevs liknande erfarenheter av sjuksköterskorna vilket styrker överförbarheten att sjuksköterskan har liknande erfarenheter trots att kontexten varierar. Flertalet artiklar valdes bort då studiens respondenter utgjordes av flera yrkesgrupper exempelvis sjuksköterskor och läkare och där presenterat resultat inte går att utläsa vad som är gällande för enbart deltagande sjuksköterskor.

För att få ett objektivt resultat samt bearbetning av data som motsvarar studiens syfte har diskussioner först under hela arbetets process. Kritisk granskning av varandra gällande översättning och tolkning av text har genomförts vilket medfört stor noggrannhet. All text i litteraturstudien har skrivits med bådars närvaro för att få korrekta meningsuppbyggnader och även här noggrann tolkning av utvald data.

Klinisk betydelse

Var fjärde kvinna har någon gång under livet blivit utsatt för våld i nära relation. Många av dessa kvinnor söker vård, ofta för symtom som det själva inte kan koppla ihop med sin våldsutsatthet. Det är av stort vikt att dessa kvinnor identifierats då detta har sett som betydande för deras upplevda hälsa. Denna litteraturstudie beskriver hinder som sjuksköterskans upplever försvårar identifierande och bemötandet av kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation. Det saknas kunskap och medvetenhet hos sjuksköterskor idag och det är av stort vikt att yrkesamma sjuksköterskor deltar i utbildning inom ämnet. Det behövs vidare även utarbetas klara riktlinjer för omhändertagandet av dessa kvinnor. Det visar sig även att sjuksköterskor upplever ett starkt känslomässigt intryck i sammanhang av våld i nära relation vilket kan antas leda till en stor påverkan. Det behöver därför öppnas upp möjligheter till utformande diskussioner och handledande samtal på arbetsplatsen gällande våld i nära relation. Det finns också ett behov att formulera en värdegrund för hur sjuksköterskan bedriver likvärdig vård, detta för att våldsutsatta kvinnor inte skall påverkas av de personliga attityderna och den känslomässiga avtrubningen.

Förslag till fortsatt forskning

Intressant forskning och viktiga studier för att uppnå god vård mot kvinnor som är utsatta för våld i nära relation är studier utifrån kvinnans synvinkel. Studierna hade med fördel kunnat belysa både upplevelsen av bemötande samt vad dessa kvinnor känner ett

behov av. För att kunna utveckla bemötandet samt öka identifieringen av våldsutsatta kvinnor är studier som undersöker sambandet mellan riktlinjer och identifiering av stor vikt. Ökar identifieringen med hjälp av tydliga och utarbetade riktlinjer från klinikens sida? Att också titta på kunskapsnivån samt dess samband med övriga teman är viktigt. Exempelvis om ökad kunskap kan öka sjuksköterskans känsla av ansvar och att sjuksköterskan eventuellt inte upplever samma stress och tidsbrist kring kvinnor som är utsatta för våld i nära relation. Intressant fortsatt forskning hade också varit att titta på nyexaminerade sjuksköterskor och graden utbildning under utbildningen. Ger ökad kunskap om ämnet i grundutbildningen ett förbättrat bemötande?

Slutsats

Det är känt att våldsutsatta kvinnor uppsöker vård på grund av sin våldsutsatthet. Det är också känt att kvinnor utsatta för våld i nära relation söker hjälp inom alla instanser. Detta leder till att i högsta grad är alla sjuksköterskors ansvariga att kunna bemöta och identifiera kvinnor som är utsatta för våld i nära relation. Litteraturstudien påvisar att det krävs mer kunskap. En tidig identifiering av våldsutsatthet minskar det personliga lidandet samt minskar de samhällsekonomiska kostnaderna. Det är alltså av stor vikt med tidig upptäckt av våld i nära relation. Vidare är detta ett komplext problem. Sjuksköterskan upplever att det är känslomässigt påfrestande att arbeta kring våld i nära relation. De behöver därför utarbetas möjligheter till reflektion, diskussion och handledning. Dessutom behövs riktlinjer för frågor och resurser utarbetas för kvinnor utsatta för våld i nära relation.

REFERENSLISTA

- Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 11(1), s. 10-18
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur
- Berglund, A. & Witowski, Å. (2014). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I Heimer, G., Björck, A. & Kunosson, C. (red.) *Våldutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur. s. 127-148
- Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M., Wathen, C.N. & MacMillan, H.L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(473), s. 1-12
- Bournsnel, M. & Prosser, S. (2010). Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. *Contemporary Nurse*, 35(1), s. 35-46
- Brottsförebyggande rådet (2014). *Misshandel mot kvinnor*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/kvinnomisshandel.html> [2014-12-15].
- Brykczynski, K.A., Crane, P., Medina, C.K. & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, s. 143-152
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, s. 1331-1336.
- CODEX (2014). *Oredlighet i forskning*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/etik6.shtml> [2015-02-25].
- DeBoer, M.I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A.L. & Rohs, T. (2013). What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence? *Journal of Trauma Nursing*, 20(3), s. 155-160
- Efe, Ş.Y. & Taşkin, L. (2012). Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study. *Sex Disabil*, 30, s. 441-451
- Eliasson, M. (1997). *Mäns våld mot kvinnor*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Eliasson, P.E. (2000). *Män, kvinnor och våld. Att förstå och förändra våldsamt beteende*. Stockholm: Carlsson Bokförlag
- Eliasson, M. & Ellgrim, B. (2006). *Mäns våld mot kvinnor. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Eliasson, M. (2008). Att förstår mäns våld mot kvinnor. I Heimer, G. & Sanberg, D. (red.) *Våldutsatta kvinnor- samhällets ansvar*. (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur. s. 41-57.

- Flinck, A., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experience by women. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), s. 383-393.
- Förenta nationerna. (1994). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. Genève: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Frenzel, A. (2014). *Brott i nära relationer. En nationell kartläggning*. Rapport 2014:8. Stockholm: Bråttförebyggande rådet (BRÅ).
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva: World Health Organisation.
- Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experience. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), s. 1645-1654
- Grände, J., Lundberg, E., Eriksson, M. *I arbete med våldsutsatta kvinnor. En handbok för yrkesverksamma*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Gustavsson, B., Hermerén, G. & Pettersson, B. (2011). *God forskningssed*. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf [2015-01-23].
- Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and Uncaring encounters in nursing and health care-developing a theory*. Linköping: Fakulteten för omvårdnad, Linköpings universitet.
- Hovellius, B. (2009). Den starka kvinnokroppen. I Jarlbro, G. & Erlandsson-Albertsson, C. (red.) *Kvinnors hälsa – fakta och myter*. Lund: Studentlitteratur. s. 13-23
- Hughes, J. (2010). Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(1), s. 34-47
- Hägglom, A. & Dreyer Fredriksen, S-T. (2011). „Der blive ofte stille” – sygeplejerskers møde med kvinder, som har været udsat for vold. *Klinisk Sygepleje*, 25(1), s. 67-76
- Hägglom, A. & Möller, A. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. *Qualitative health research*, 16(8), s. 1075-1090
- Hägglom, A. & Möller, A. (2007). Fighting for survival and escape from violence: Interviews with battered women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2007; 2, s. 169-178
- International Council of Nurses (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Genève: International Council of Nurses.

- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zvi, A.B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Genève: World Health Organisation (WHO).
- Landstinget i Värmland (2012). *Rutinfråga om våld mot kvinnor*.
- Lutenbacher, M., Cohen, A. & Mitzel, J. (2003). Do We Really Help? Perspectives of Abused Women. *Public Health Nursing*, 20(1), s. 56-64
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Natan, M.I. & Rais, I. (2010). Knowledge and Attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and Their Effect on the Identification of Bettered Women. *Journal of Trauma Nursing*, 17(2), s. 112-117
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2014). *Bemötande och behandling*. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/Praktik+och+metod/Hälsa-och+sjukvårdens+ansvar/Bemotande_och_behandling/ [2014-12-15].
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2015). *Grov kvinnofridskränkning*. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Vald_i_nara_relationer/Grov_kvinnofridskrankning_arnesguide/ [2015-02-03].
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidens for nursing practice*. (8th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldrige, S., Sharp, D. & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*. s. e647-e655
- Ritchie, M., Nelson, K. & Wills, R. (2009). Family Violence Intervention within Emergency Department: Achieving Change Requires Multifaceted Process to Maximize Safety. *Journal of Emergency Nursing*, 35(2), s. 97-104
- Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), s. 572-576
- Rying, M. (2001). *Dödligt våld mot kvinnor i nära relationer*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
- SFS 1962:700. *Grov fridskränkning*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor – en samhällsekonomisk analys*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G. & Sidenvall, B. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17, s. 2-10
- Svavarsdottir, E.K. & Orlygsdottir, B. (2009). Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), s. 779-788
- Tower, M., Rowe, J. & Wallis, N. (2012). Reconceptualising health and healthcare for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurse*, 42(2), s. 216-225
- van der Wath, A., van Wyk, N. & Jansen van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), s. 2242-2252
- Vos, T., Astbury, J., Piers, L.S., Magnus, A., Heenan, M., Stanley, L., Walker, L. & Webster, K. (2006). Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the world health organization*, 84(9), s.739-744
- World Health Organisation (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. Genève: World Health Organisation (WHO)
- Wuest, J., Ford-Gilboe, M., Merritt-Gray, M. & Berman, H. (2003). Intrusion: The Central Problem for Family Health Promotion Among Children and Single Mothers After Leaving an Abusive Partner. *Qualitativ health research*, 13(5), s. 597-622
- Yam, M. (2000). Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), s. 464-470
- Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I Friberg, F. (red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur. s. 45-70.

Bilaga 1. Artikelmatris

Författare, land, årtal	Titel	Syfte	Metod	Huvudresultat
Beynon, C. E., Gutmanis, I.A., Tutti, L.M., Wathen, C.N. & MacMillan, H.L. Canada 2012	Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis	Studiens syfte var att belysa barriärer som sjuksköterskan och läkare upplever vid identifieringen av våldsutsatta kvinnor.	Metod: Kvantitativ studie, enkät Urval: Slumpmässigt urval Datainsamling: Frågeformulär med 43 frågor om våld i nära relationer inkluderade två avslutande frågor Antal deltagare: 1000 sjuksköterskor tillfrågades varav 597 fullföljde studien	De främsta barriärerna som identifierades för att fråga om kvinnor om våld i nära relation var tidsbrist, kvinnans inställning till våldet, bristande kunskaper, språk och kulturella skillnader samt partners närvaro.
Brykczynski, K.A., Crane, P., Medina, C.K. & Pedraza, D. USA 2011	Intimate partner violence: advanced practice nurses clinical stories of success and challenge	Syftet var att belysa kunskap från sjuksköterskornas tidigare erfarenheter av att arbeta med våldsutsatta kvinnor och öka förståelsen för deras upplevelser av att arbeta med våld i nära relation	Metod: Kvalitativ studie, individuella intervjuer Urval: Snöbollsurval av 10 sjuksköterskor Datainsamling: Transkribering av intervjuer av 1 författare. Sedan analyserades data med tolkande fenomenologisk ansats Antal deltagare: 10 sjuksköterskor	Sjuksköterskornas upplevelse av att bemöta våldsutsatta kvinnor beskrevs med både svårigheter och framgångar. Sjuksköterskan beskrev vikten av kunskap inom området då kvinnan var öppen och mottaglig för förändring.
DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., Rohs, T. USA 2013	What are the barriers to nurses screening for intimate partner violence	Syftet var att identifiera vilka barriärer sjuksköterskan hade erfarenheter av i mötet med våldsutsatta kvinnor	Metod: Kvantitativ tvärsnittstudie Urval: Slumpmässigt urval Datainsamling: Intervjufrågor via sjukhusets intranät Antal deltagare: 494 sjuksköterskor tillfrågades varav 156 fullföljde studien	Studien resulterade i att identifiering av våldsutsatta kvinnor var viktigt. De barriärer som belystes för detta var tidsbrist, avsaknad av utbildning, avsaknad av enskildhet, rädsla att förolämpa patienten och andras erfarenheter av svårigheter att bemöta området våld i nära relation

Bilaga 1. Artikelmatris

Författare, land, årtal	Titel	Syfte	Metod	Huvudresultat
Efe, S. Y. & Taşkin, L. Turkiet 2012	Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in Turkey: a qualitative study	Att belysa faktorer som hindrar sjuksköterskan från att bemöta våldsutsatta kvinnor	Metod: Kvalitativ studie, fördjupad intervju Urval: Strategiskt urval Datainsamling: 20-30 minuter intervjuer, 1 intervju/dag Antal deltagare: 30 sjuksköterskor	Studien beskrev att sjuksköterskor inte kände sig tillräckligt utbildade att bemöta kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation. De kände att omhändertagande av dessa kvinnor var någon annans ansvar, de jobbade i en stressig miljö där de inte hade nog med tid att bemöta våldsutsatta kvinnor och de beskrev att tillfälle att lämnas ensam med kvinnorna inte fanns.
Goldblatt, H. Israel 2009	Caring for abused women: impact on nurses professional and personal life experience	Att studera sjuksköterskans påverkan av att bemöta misshandlade kvinnor, professionellt samt personligt	Metod: Kvalitativ studien, fenomenologisk ansats Urval: Snöbollsurval Datainsamling: Djupgående intervjuer, 60 minuter Antal deltagare: 22 sjuksköterskor	Studien visade att våldsutsatta kvinnor är känslomässigt påfrestande både vad det gäller på det personlig och professionella planet. De var av stor vikt att sjuksköterskorna kunde balansera sina emotionella upplevelser för att inte bli påverkade i sitt professionella och privata liv.
Hughes, J. Canada 2010	Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence	Utforska och beskriva erfarenheter hos sjuksköterskan i bemötande och omhändertagande av våldsutsatta kvinnor i ett område där hälften av kvinnor utsätts för våld	Metod: Kvalitativ pilot studie Urval: Strategiskt urval Datainsamling: Semistrukturerad intervju Antal deltagare: 6 sjuksköterskor	Studien kunde påvisa att bemötande av våldsutsatta kvinnor var påfrestande och sjuksköterskorna saknade utbildning. Trots detta ansåg sjuksköterskan att det var hennes uppgift att engagera sig i dessa kvinnor.

Bilaga 1. Artikelmatris

Författare, land, årtal	Titel	Syfte	Metod	Huvudresultat
Hägglom, A. & Dreyer Fredriksen, S-T. Finland 2011	„Der blive ofte stille” – sygeplejerskers møde med kvinder, som har været udsat for vold	Beskriva sjuksköterskans ingivelse och erfarenheter av att använda dessa i mötet med våldsutsatta kvinnor	Metod: Kvalitativ studie, fenomenologisk ansats Urval: Strategiskt urval Datainsamling: Semistrukturerad intervju, 60-90 minuter Antal deltagare: 10 sjuksköterskor	Studien beskrev hur sjuksköterskan utifrån erfarenheter och ingivelser agerade i mötet med våldsutsatta kvinnor.
Natan, M.B. & Rais, I. Israel 2010	Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of bettered women	Att studera sjuksköterskans erfarenhet kring kunskap, rutiner och attityder i identifierandet av våldsutsatta kvinnor	Metod: Kvantitativ studie, beskrivande design Urval: Bekvämlighetsurval Datainsamling: Utskickade enkäter. Pilotstudie Antal deltagare: 120 sjuksköterskor tillfrågades varav 100 fullföljde studien	Studien påvisade att sjuksköterskorna tyckte sig ha förmåga att identifiera våldsutsatta kvinnor. Detta trots att de beskriver barriärer såsom bristande färdigheter, kunskap med mera
Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D. & Feder, G. England 2012	Domestic violence: knowledge, attitudes and clinical practice of selected UK primary health care clinicians	Att titta på kunskapsnivå, attityder och kliniska färdigheter på utvalda brittiska primärvårdsinstanser.	Metod: Kvantitativ, tvärsnittstudie Urval: Strategiskt urval Datainsamling: Enkätundersökning Antal deltagare: 272 varav 89 sjuksköterskor	Respondenterna beskrev bristfällig eller endast baskunskap inom området och hade endast deltagit i minimal träning för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. De beskriver dock en positiv attityd till att bemöta och ta hand om dessa kvinnor.
Robinson, R. USA 2010	Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence	Undersöka vilka variabler som försvårar identifiering av våldsutsatta kvinnor samt vilken roll sjuksköterskan upplever sig ha i mötet med dessa kvinnor	Metod: Kvalitativ studie, fenomenologisk ansats Urval: Systematiskt urval Datainsamling: Strukturerad öppen intervju Antal deltagare: 13 sjuksköterskor	De attityder och stereotypa föreställningar som sjuksköterskor har och påverkas av spelar en roll i identifieringen och omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. Det finns en frustration över att inte omedelbart kunna behandla dessa kvinnor.

Bilaga 1. Artikelmatris

Författare, land, årtal	Titel	Syfte	Metod	Huvudresultat
Tower, M., Rowe, J. & Wallis, N. Australien 2012	Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence	Att utforska erfarenheter i omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i nära relation.	Metod: Kvalitativ studie, tolkande interaktionism Urval: Stickprovsurval Datainsamling: Tolkande intervjuer av genomförandet av två stycken Antal deltagare: 12 sjuksköterskor	Beskrev hur sjuksköterskan bemötte och såg på kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation. Sjuksköterskor tar en distanserad roll i mötet med dessa kvinnor och de känner sig osäkra på sin vårdande roll. De upplevde även en bristande utbildning
van der Wath, A., van Wyk, N. & Janse van Rensburg, E. Sydafrika 2013	Emergency nurses' experience of caring for survivors of intimate partner violence	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att vårda kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation	Metod: Kvalitativ, beskrivande fenomenologisk studie Urval: Stickprovsurval Datainsamling: Ostrukturerade intervjuer. 45-70 minuter Antal deltagare: 11 sjuksköterskor	Då sjuksköterskan bevittnat kvinnor som varit utsatta för våld lämnas de med känslor som oro och lidande. Detta kan leda till post-traumatisk stress och plågsamma minnen, något som beskrivs som plågsamt för sjuksköterskorna.

Bilaga 1. Artikelmatris