



Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för  
Kandidatexamen i omvårdnad  
VT 2020

## **Sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor**

En allmän litteraturstudie

Louise Körkkö och Zara Karlsson

**Författare**

Louise Körkkö och Zara Karlsson

**Titel**

Sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor: En allmän litteraturstudie

**Engelsk titel**

Nurses' experience of encountering battered women: A general literature study

**Handledare**

Anna Pålsson

**Examinator**

Marie Nilsson

**Sammanfattning**

**Bakgrund:** Mäns våld mot kvinnor leder till stora konsekvenser för samhället, men framför allt för den våldsutsatta kvinnan som individ. Det förekommer emellertid brister inom öppenvården som kan komma att påverka mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan. Öppenvårdens struktur gynnar inte alltid förutsättningen för att skapa ett gott möte. Hur skiljer sig sjuksköterskans erfarenheter åt baserat på öppenvårdens kontext? **Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom öppenvård. **Metod:** Allmän litteraturstudie baserad på tio kvalitativa artiklar. Analys utifrån Fribergs analysmodell för litteraturstudier. **Resultat:** Resultatet består av fyra huvudkategorier respektive tio underkategorier. Resultatet visar på att sjuksköterskor bygger på sin erfarenhet genom att möta våldsutsatta kvinnor. Erfarenheter hos sjuksköterskor skiljer sig åt beroende på yrkesverksam öppenvårdskontext och emotionell beredskap. Det framkommer att det är av betydelse för sjuksköterskors erfarenhet att få möjlighet att följa den våldsutsatta kvinnan genom hennes process. **Diskussion:** Genom att möta våldsutsatta kvinnor bygger sjuksköterskor på sin erfarenhet och kan därtill få möjligheten att tillämpa ett salutogent förhållningssätt i mötet. Mötet kan påverka sjuksköterskor emotionellt vilket kan leda till att sjuksköterskor begår ett integritetsövertramp i mötet med kvinnan. Det kan vara mer fördelaktigt att vara kvinnlig sjuksköterska i mötet med våldsutsatta kvinnor då kvinnan riskerar att associera den manliga sjuksköterskan med våldsförövaren.

**Sökord**

Sjuksköterska, erfarenhet, möte, våldsutsatta kvinnor, litteraturstudie.

## Innehåll

INLEDNING .....	5
BAKGRUND .....	5
Våld mot kvinnor.....	5
Våldets normaliseringsprocess .....	6
Våldets konsekvenser .....	7
Mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan.....	8
Hinder i mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan.....	9
Studiens relevans .....	10
SYFTE.....	11
METOD.....	11
Design.....	11
Sökvägar och Urval .....	11
Granskning och Analys .....	13
Etiska överväganden.....	14
Förförståelse .....	15
RESULTAT.....	15
Livsavgörande möten med våldsutsatta kvinnor .....	17
Sjuksköterskans betydande roll i mötet.....	17
En samverkande länk i mötet med våldsutsatta kvinnor .....	17
Betydelsen av att vara erfaren i mötet med våldsutsatta kvinnor.....	18
Att handla utifrån intuition .....	18
Gynnsamma egenskaper och strategier i mötet.....	19
Modet att vara tyst.....	20
Mötet med våldsutsatta kvinnor väcker känslor.....	20

Övergång till ett sympatiskt förhållningssätt.....	20
Sjuksköterskors emotionella distansering .....	21
Känslan av att kunna påverka.....	22
Organisatoriska faktorer påverkar mötet med våldsutsatta kvinnor.....	23
Brist på adekvat handlingsberedskap .....	23
Det tidspressade mötet.....	24
Genomgående tema .....	25
DISKUSSION .....	26
Metoddiskussion.....	26
Resultatdiskussion .....	31
SLUTSATS .....	36
REFERENSER.....	38
Sökschema .....	47

## **INLEDNING**

Mäns våld mot kvinnor leder till stora konsekvenser för samhället, men framför allt för den våldsutsatta kvinnan som individ. World Health Organization (WHO, 2017) redovisar i en rapport att våld mot kvinnor är ett globalt folkhälsoproblem och var tredje kvinna beräknas någon gång ha blivit utsatt för våld. Detta verifierar även Socialstyrelsen (2016a) som menar att kvinnor ofta blir utsatta för upprepande våldsbrott, i synnerhet av en partner. Rapporten betonar därförutom våld mot kvinnor som ett folkhälsoproblem som genererar i allvarsamma konsekvenser så som fysiska skador men också underliggande psykosomatiska besvär och psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2016a). Till följd av dessa konsekvenser söker sig våldsutsatta kvinnor till vården (Moser Hällen & Sinisalo, 2018). Då våldet kan te sig i diffusa symtom kräver detta stor kompetens och kunskap hos vårdpersonal. Detta skriver även Berglund och Witkowski (2019) som menar att sakkunskap är nödvändigt för att identifiera våldet och därmed upprätta en god kontakt. Sjuksköterskor är ofta den profession som initialt kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor (Woodtli, 2001). Det förekommer emellertid brister inom öppenvården baserat på kunskapsbrist beträffande mäns våld mot kvinnor (Berglund & Witkowski, 2019) Ytterligare hinder i mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan kan uppstå till följd av yttre faktorer, då öppenvårdens struktur inte alltid gynnar förutsättningen för att skapa ett gott möte. Det är därför av betydande vikt att belysa sjuksköterskors erfarenheter av mötet med våldsutsatta kvinnor.

## **BAKGRUND**

### **Våld mot kvinnor**

Våld kan ge sig uttryck i olika former. Detta definieras av Socialstyrelsen (2019) som skriver att ”våld i nära relationer är ofta ett mönster av handlingar som kan vara allt ifrån subtila handlingar till grova brott” (Socialstyrelsen, 2019). Dessa våldsformer kan vara fysiska handlingar så som knuffar, sparkar och slag men också sexuellt och

psykiskt våld. Det sexuella våldet kan innebära påtvingade sexuella handlingar vilka kvinnan inte vågar neka till. Gällande det psykiska våldet kan detta definieras som maktutövande, till exempel användande av härskartekniker och direkta eller indirekta hot. Vidare skriver Socialstyrelsen (2019) att både kvinnor och män utsätts för partnerbaserat våld, men kvinnor utsätts mer systematiskt för grövre våldsbrott där män är överrepresenterade våldsutövare. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK, 2014) genomförde en omfattande enkätstudie där 5681 kvinnor deltog. Resultatet visade bland annat på att 14 procent av kvinnorna blivit utsatt för fysiskt våld utav nuvarande eller dåvarande partner. 20 procent uppgav att de någon gång under livet blivit utsatta för grovt sexuellt våld. Slutligen påvisade studien att 20 procent utav kvinnorna blivit utsatta för psykiskt våld, då också av nuvarande eller dåvarande partner.

En förklaring till det omfattande våldet mot kvinnor har sin grund i existerande maktstrukturer i samhället som verkar ofördelaktigt för kvinnor. Detta menar också Valentin (2013) som skriver att det kontinuerliga våldet mot kvinnor i alla dess former är grundat i patriarkala strukturer. Liknande skriver Johnsson-Latham (2019) som menar att en central norm i samhället är att män ses som överordnad kvinnor vilket ger ett skevt maktförhållande. Ett icke jämställt samhälle försvårar situationen för våldsutsatta kvinnor som riskerar att mötas av oförståelse från omgivningen. Det kan ses som problematiskt att kvinnan inte tar ansvar för att lämna en våldspräglad relation. Detta bygger till stor del på omgivningens och kvinnans okunskap kring en normaliseringsprocess som våldsutsatta kvinnor ofta utvecklar för att överleva.

## **Våldets normaliseringsprocess**

Denna normaliseringsprocess bygger på att våldet i alla dess former blivit en del av kvinnans vardag (Nordborg, 2019). Mönster av våldshandlingar mot kvinnan gör att gränserna för vad som upplevs acceptabelt förskjuts successivt för både kvinnan och förövaren. Detta i sin tur gör att våldet kan eskalera och över tid blir mer allvarligt. Perioder av våld, kontroll och avskärmning varvas med perioder av kärlek och värme från mannen. Detta gör att kvinnan får ett skevt perspektiv av den våldsfria perioden och ett utvecklar en känsla av att vilja vara mannen till lags. Lundgren (2004) menar att

våldet medför att både kvinnan och mannen utvecklar strategier som förstärker normaliseringsprocessen. Kvinnans strategier handlar till en början om att anpassa sig efter mannens behov innan det slutligen leder till en internalisering. Nordborg (2019) beskriver internalisering som en komplex anpassning. Kvinnan antar mannens syn på våldet och skulden förskjuts således från mannen till kvinnan och detta blir en vedertagen verklighet för båda parterna. I internaliseringen tvivlar kvinnan på sig själv och utvecklar en känsla av skuld och skam till följd av en gemensam skuldbeläggning där kvinnan ses som våldets orsak. Kvinnans självkänsla och självförtroende bryts gradvis ner och efter en långvarig våldsprocess har kvinnan förlorat sin syn på sig själv och sitt värde. Då kvinnan inte är medveten om kopplingen mellan våldet och hennes upplevda ohälsa kan detta orsaka kommunikationshinder i mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan. För att kunna besörja en god omvårdnad i det skede kvinnan befinner sig är det av stor vikt att ha kunskap om normaliseringsprocessen. Trots riktlinjer kring bemötande och omhändertagande ses det emellertid att personal inom hälso- och sjukvård har låg kännedom kring ämnet (NCK, 2010). Kunskap om ämnet krävs därtill för att tidigt identifiera tecken på en normaliseringsprocess samt internalisering. Lundgren (2004) menar att en våldsutsatt kvinna inte är införstådd om situationens allvarlighetsgrad och lever därmed på gränsen mellan liv och död. Att lämna mannen ses inte längre som ett alternativ och kan i värsta fall resultera i att våldets konsekvenser blir så pass omfattande att den våldsutsatta kvinnan dör.

## **Våldets konsekvenser**

I dagens samhälle ska ingen kvinna falla offer för våld, trots detta visar en sammanställd rapport från 2018 att 22 kvinnor föll offer till följd av dödligt våld i nära relation (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2019). Garcia-Moreno och Watts (2011) menar också att våldsutsatta kvinnor indirekt dödas av våldet genom fullbordat suicid. Att kvinnan avlider till följd av våld, direkt eller indirekt, är den mest allvarliga formen av våldets konsekvenser, men oftast söker sig kvinnorna till sjukvården tidigt med både specifika och ospecifika symtom relaterat direkt eller indirekt till våldet. Det är därför viktigt som sjuksköterska att ha sakkunskap och vara medveten för att kunna identifiera våldets tidiga tecken. Detta betonar också WHO (2014) som skriver att vårdpersonal bör

vara medvetna om vanligt förekommande symtom som kan uppmärksammas hos en våldsutsatt kvinna. Fysiska skador som inte överensstämmer med uttalad orsak bör observeras. Upprepade sjukvårdsbesök där långvarig smärtproblematik, exempelvis magsmärter, inte förbättras bör väcka misstanke om våldsutsatthet. Även sexuell problematik så som upprepade sexuellt överförbara sjukdomar eller oönskad graviditet kan grunda sig i våld. Vidare menar WHO (2014) att en koppling mellan våldsutsatthet och missbruk av droger och alkohol kan uppmärksammas hos dessa kvinnor. Psykisk ohälsa är vanligt förekommande och ter sig främst som ångest, långvarig stress eller depression. Att möta dessa våldsutsatta kvinnor är komplext då många faktorer spelar in. Sjuksköterskors förförståelse, attityder och erfarenheter kring våldsutsatta kvinnor kan därför ha en avgörande roll i mötet.

## **Mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan**

Andersson (2019) beskriver ett möte som en relationsuppkomst mellan sjuksköterskan och kvinnan. Under detta möte bör sjuksköterskan och kvinnan tillsammans identifiera ett problemområde för att sedan kunna utforma ett vidare omhändertagande. Berglund och Witkowski (2019) menar att ett omhändertagande innefattar att se till hela kvinnans situation och att följa samt stödja kvinnan från det första mötet till avslutad vårdkontakt. Detta framgår också tydligt i Patientlagen (SFS 2014:821), 1 §, kap. 5, som fastställer att utformandet av vård ska främja patientens delaktighet. Det förekommer dock att våldsutövaren medföljer kvinnan på hennes möten med sjukvården, vilket kan tyda på mannens maktutövande av kontroll. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) bör mötet med den våldsutsatta kvinnan därför ske i enrum där en god kontakt kan etableras.

I mötet bör sjuksköterskan ha insikt i kvinnans situation, då hon till följd av våldet sannolikt skadats och hennes integritet kränkts. Detta menar Birkler (2007) som uppger att det är sjuksköterskans åliggande att tillsammans med kvinnan upprätta hennes förlorade integritet för att kvinnan således ska återfå egenmakt. Sjuksköterskan kan främja kvinnans egenmakt genom att tillämpa ett salutogent förhållningssätt. Detta förhållningssätt kan eftersträvas genom Antonovskys teori salutogenes, där friskfaktorer



lyfts för att stärka kvinnan i den situation hon befinner sig. Eriksson (2015) skriver att salutogenes teori grundar sig i ett fokus på hälsa och att stärka resurser hos den enskilda individen. Eriksson (2015) menar fortsatt att teorin bygger på tre nyckelbegrepp: resiliens, inre styrka samt empowerment. Resiliens syftar till motståndskraft hos kvinnan och förmågan att kunna anpassa sig till livskris. Om kvinnan besitter en inre styrka kan de våldspräglade perioderna ses som överkomliga. Vidare kan denna inre styrka generera i starka motståndsresurser för att bearbeta och hantera en livskris. Empowerment kan i sin tur ses som egenmakt och möjliggörande. Det främjar kvinnans förmåga att påverka de egna valen och därmed återfå makt över sin egen hälsa och sitt liv. Empowerment stärker kvinnans självkänsla, självförtroende och en tillit på henne som individ (Eriksson, 2015). Genom att som sjuksköterska tillämpa detta förhållningssätt i mötet med den våldsutsatta kvinnan kan en grund till ett gott möte skapas där fokus på kvinnan är central, således inte förövaren och de våldsbrott som begåtts. Om kvinnan återfår sin identitet och tron på sig själv som individ kan mönster av våld brytas och hälsa återskapas.

## **Hinder i mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan**

Ytterligare en förutsättning till att skapa ett gott möte med den våldsutsatta kvinnan är att sjuksköterskan ser till hela kvinnans situation (Socialstyrelsen, 2016a). För att skapa gynnsamma förutsättningar till ett gott möte mellan sjuksköterskan och kvinnan bör sjuksköterskan också besitta kunskap beträffande mäns våld mot kvinnor. Dock så menar Berglund och Witkowski (2019) att det förekommer kunskapsbrist hos sjuksköterskan, vilket kan resultera i att hinder uppstår i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskans egna erfarenheter kan utgöra ytterligare hinder i mötet. Beroende på vilka tidigare erfarenheter som sjuksköterskan besitter, kan detta komma att påverka mötets utgångsläge samt kvinnans vidare situation. Berglund och Witkowski (2019) skriver att sjuksköterskan exempelvis riskerar att identifiera sig med den våldsutsatta kvinnan om sjuksköterskan själv erfarit våldsutsatthet. Det är därför av största vikt att sjuksköterskan är medveten om vilka erfarenheter som hen bär med sig

sedan tidigare, detta för att minimera risken för att dessa erfarenheter ska påverka mötet.

Moser Hällen och Sinisalo (2018) skriver att sjuksköterskor inom öppenvården är de som vanligtvis kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor först då kvinnorna söker sig dit för bedömning. Med öppenvård menas den hälso- och sjukvård där patienten inte kräver inläggning på sjukhusavdelning eller har behov av sjukvård i hemmet (Blomqvist & Petersson, 2014). Vårdcentraler och akutmottagningar definieras i denna studie som öppenvård. Socialstyrelsen (2016b) skriver att vårdcentralens uppdrag inom svensk hälso- och sjukvård är att vara patienters första kontakt med vården. Här följs patienten kontinuerlig och sjuksköterskan ser till patientens förutsättningar och behov av vård. Vidare tar akutmottagningar emot de patienter som söker för akuta åkommor och har behov av behandling inom 24 timmar (Socialstyrelsen, 2013). Det förekommer emellertid stor belastning hos sjukvårdspersonalen på akutmottagningar till följd av många patienter i rörelse, vilket riskerar att resultera i ett bristande omhändertagande. På grund av den belastning som förekommer uppstår ett hinder i mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan då tiden för mötet är begränsad (Garpenby & Carlsson, 2019). Den begränsade tiden kan generera i att sjuksköterskan frånsäger helheten kring kvinnans situation. Beroende på var kvinnan söker sig skiljer sig förutsättningarna åt för att skapa ett gott möte mellan sjuksköterskan och kvinnan. På vårdcentralen har sjuksköterskan möjlighet till kontinuerlig kontakt med den våldsutsatta kvinnan, detta till skillnad från en akutmottagning där sjuksköterskans tid är begränsad och de akuta åkommorna prioriteras i mötet.

## **Studiens relevans**

Det är av stor betydelse att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor. Det finns ett stort behov av denna kunskap kring sjuksköterskors erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor, detta då det idag förekommer brister i mötet till följd av öppenvårdens organisatoriska struktur samt sjuksköterskors kunskapsbrist beträffande det aktuella ämnet. Genom att ta del av resultatet kring sjuksköterskors erfarenheter av mötet kan detta leda till en kunskapsutveckling hos sjuksköterskor men även annan vårdpersonal som kommer i kontakt med dessa kvinnor. I resultatet ses

brister och styrkor i mötet mellan sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnor. Genom att lyfta detta kan ett förbättringsarbete utvecklas där sjuksköterskors erfarenheter bearbetas och ny kunskap kan frambringas. Kunskap som studien genererar kan appliceras i verksamheter inom öppenvården för att gynna arbetet med att identifiera och möta våldsutsatta kvinnor.

## **SYFTE**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom öppenvård.

## **METOD**

### **Design**

En litteraturstudie har gjorts, inspirerat av ett kvalitativt arbetssätt. Enligt Friberg (2017a) handlar en litteraturöversikt om att skapa sig en uppfattning om redan befintlig kunskap, i detta fall inom ett omvårdnadsrelaterat område. Genom ett förvalt ämne formuleras en problematisering som syftet sedan grundar sig i. Utifrån syftet hämtas sedan insamlingsdata från tillgänglig forskning (Friberg, 2017a). De artiklar som används i en litteraturöversikt bör vara primärkällor med hög kvalitet och pålitlighet (Olsson & Sörensen, 2011). Artiklar i denna litteraturstudie baseras på kvalitativa, vetenskapliga artiklar. Gällande kvalitativ studie skriver Henricson och Billhult (2017) att en kvalitativ studie genomförs för att frambringa förståelse kring det fenomen som studeras, nämligen sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor.

### **Sökvägar och Urval**

Inledningsvis formulerades nyckelord utifrån syftet som också sedan kom att användas som sökord. Dessa ord blev våldsutsatta kvinnor, sjuksköterskor, erfarenhet och möte. Då de flesta databaser är baserade på det engelska språket översattes nyckelorden till engelska. Östlundh (2017) skriver att en databas används vid sökning av dokument, i detta fall artiklar. En systematisk pilotsökning genomfördes i databasen Cinahl

Complete för att utvärdera huruvida sökorden kom till att omfatta tillräckligt många artiklar för att kunna genomföra studien. Karlsson (2017) skriver att Cinahl Complete innehåller bland annat artiklar och avhandlingar specifikt riktade mot omvårdnadsdomänen. Sökningen innehöll begränsningar i form av peer-reviewed samt årtal 2010-2020. Denna pilotsökning genererade i 42 relevanta träffar, vilket bedömdes utgöra en grund för vidare sökning inom området. Inför den huvudsakliga sökningen justerades årtalsbegränsningen till 2005–2020, detta då sökningen behövde breddas för att hitta väsentliga artiklar. Den huvudsakliga sökningen utfördes i fyra block med ämnesorden Headings (MH) och tillhörande synonymer i form av fritext (*se Bilaga 1*). Ämnesord grundar sig i det valda ämnesområdet och är kopplat till den databas där sökningen sker (Östlundh, 2017). Trunkering användes för att få fram relevanta artiklar kopplade till syftet. Karlsson (2017) beskriver trunkering som ett ord som kapas vid dess stam och sedan läggs trunkeringstecken (\*) till för att få fram ordets böjningar. Exempel på detta i pilotsökningen är trunkering av ordstammen nurs\*, vilket leder till artikelträffar där ordets olika böjningar framkommer, så som nurse, nurses eller nursing. Försättningsvis användes booleska sök-operatorerna AND och OR som enligt Östlundh (2017) används för att bestämma vilka samband blocken ska ha till varandra. AND används för att begränsa en sökning genom att kombinera de olika sökblocken medan OR används för att söka efter begrepp med flera synonymer. Vidare begränsades sökningarna med hjälp av peer-reviewed som enligt Olsson och Sörensen (2011) är en oberoende granskare gentemot artikeln. Ytterligare begränsning som användes var årsbegränsning från 2005–2020. Denna sökning genererade i 91 relevanta träffar varav nio artiklar valdes ut för granskning. Urvalet skedde baserat på artiklarnas titel, abstract samt syfte. Henricson och Mårtensson (2017) skriver att abstract innehåller en kort sammanfattning av väsentlig information i artikeln. Då artikelgranskning utförts valdes åtta av de nio artiklar ut för nedskrivning i artikelöversikt och för analys. Den artikel som valdes bort svarade inte på studiens syfte.

Vidare sökning skedde även i databasen PubMed. Karlsson (2017) skriver att detta är en databas som innefattar information kring omvårdnad, tandvård och medicin. Sökningen genomfördes i två block med ämnesord, MeSH (*se Bilaga 2*). Då begränsningar inte

kunde tillämpas, exkluderades istället de artiklar publicerade innan 2005 samt de artiklar som inte var granskade enligt peer-reviewed. Sökningen genererade i 321 artiklar varav en artikel valdes ut baserat på titel, abstract och syfte. Merparten av artiklarna som denna sökning frambringade fanns även att tillgå i databasen Cinahl Complete, där första strukturerade sökningen genomfördes. Till följd av detta blev mängden utvalda artiklar större i Cinahl Complete än i PubMed.

Slutlig sökning genomfördes i databasen PsychINFO, vilket är en databas som inkluderar forskning inom områden som bland annat medicin och omvårdnad (Eriksson Barajas, Forsberg & Wengström, 2013). Sökningen genomfördes även här i två block med fritext, command line (*se Bilaga 3*). Begränsningar som användes i sökningen var peer-reviewed. Då årtalsbegränsning inte kunde tillämpas exkluderades istället artiklar skrivna innan 2005. Sökningen genererade i 26 relevanta träffar varav en artikel valdes ut baserat på titel, abstract och syfte. Även i denna sökning framkom artikeldubletter från databasen Cinahl Complete.

Studiens exkluderingskriterier var artiklar utan etiskt övervägande eller godkännande av etisk kommitté samt kvantitativa artiklar då de inte ger en bra beskrivning kring fenomenet erfarenhet. De artiklarna med medicinskt fokus kring våldsutsatta kvinnor exkluderades. Även de artiklar som berörde våld mot kvinnor och barn exkluderades, då omvårdnad av barn inte ingår i ramen för en allmänsjuksköterska. Urvalet utgjordes av en öppenvårdskontext, i vilken vårdcentraler och akutmottagningar ingick. De artiklar som inkluderades var de med omvårdnadsfokus ur ett sjuksköterskeperspektiv, detta för att kunna besvara studiens syfte. Artiklarna inkluderade både allmänsjuksköterskor samt sjuksköterskor med vidareutbildning inom distrikt och akutsjukvård.

## **Granskning och Analys**

De artiklar som valdes ut för studiens ändamål granskades huruvida de uppfyller god kvalitet. Artikeln bör inrymma vissa kvalitetsbegrepp för att indikera på en god vetenskaplig kvalitet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Dessa begrepp är trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet samt överförbarhet. Vidare definieras trovärdighet

huruvida rimlig forskning presenteras i resultatet. Pålitlighet påvisas bland annat genom att forskarna redovisat sin förförståelse samt möjlighet att vinkla resultatet.

Bekräftelsebarhet innebär att forskarna objektivt redovisat och bearbetat forskningsprocessen. Slutligen bestäms överförbarheten huruvida resultatet kan generaliseras till annan population, vilket kräver att forskarna tydligt redovisat resultatet samt säkerställt tidigare begrepp (Mårtensson & Frilund, 2017).

Artiklarna kvalitetsgranskades med utgångspunkt utifrån Fribergs granskningsmall för kvalitativa studier (*se Bilaga 4*). Artikelgranskningarna utfördes tillsammans i par.

Vidare skrevs artiklarna ned på en artikelöversikt för att läsaren ska erhålla en överskådlig bild över de valda artiklarna och dess kvalité (*se Bilaga 5*).

Analysarbetet skedde i fem steg med stöd utav Fribergs analysmodell (2017b). För att stärka studiens pålitlighet utfördes analysarbetet av båda i skrivparet. Enligt Friberg (2017b) är syftet med analysarbetet att bryta ner artiklarnas resultat i små beståndsdelar som sedan genererar i nya insikter. Artiklarna lästes först i sin helhet på varsin dator.

Därefter lästes specifikt artiklarnas resultat, för att sedan diskutera fynden och plocka ut de delar som berörde sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor. De nyckelfynd som identifierades sammanfattades sedan på ett word-dokument. Därefter påbörjades en process där artiklarnas resultat sattes i relation till varandra, detta för att identifiera likheter och olikheter. När likheter identifierats, färgkodades dessa i samma färg. Vidare i processen slogs alla likheter samman för att behandlas och diskuteras.

Detta resulterade i fyra huvudkategorier och därtill även tio underkategorier (*se Figur 1*). Underkategorierna skapades först utifrån gemensamma komponenter.

Underkategorierna som benämnde liknande områden bildade en huvudkategori. Detta genom att författarna studerade underkategorierna för att hitta ett gemensamt tema som slutligen kom till att bilda en summerande huvudkategori.

## **Etiska överväganden**

Forskningen ska präglas av medvetna etiska val genom alla processer. Detta menar Kjellström (2017) som skriver att god kännedom krävs av forskarna, så väl om etiska

principer som de egna värderingarna kring valt ämne. Då förförståelsen formulerades innan studiens start stärker detta studiens pålitlighet. De artiklar som ingick i denna studie innehöll etiska överväganden eller var granskade av en etisk kommitté. World Medical Association (2019) via Declaration of Helsinki betonar att forskning ska granskas av en oberoende kommitté för att säkerställa att forskningen är etisk försvarbar och följer principerna. Principerna främjar bland annat deltagarnas autonomi och integritet genom att de informeras om frivilligt deltagande, samtycke samt studiens ändamål. Avslutningsvis redovisades samtliga artiklar i resultatet. Detta menar Forsberg och Wengström (2015) är av största vikt för att inte riskera att rikta studien mot önskat resultat.

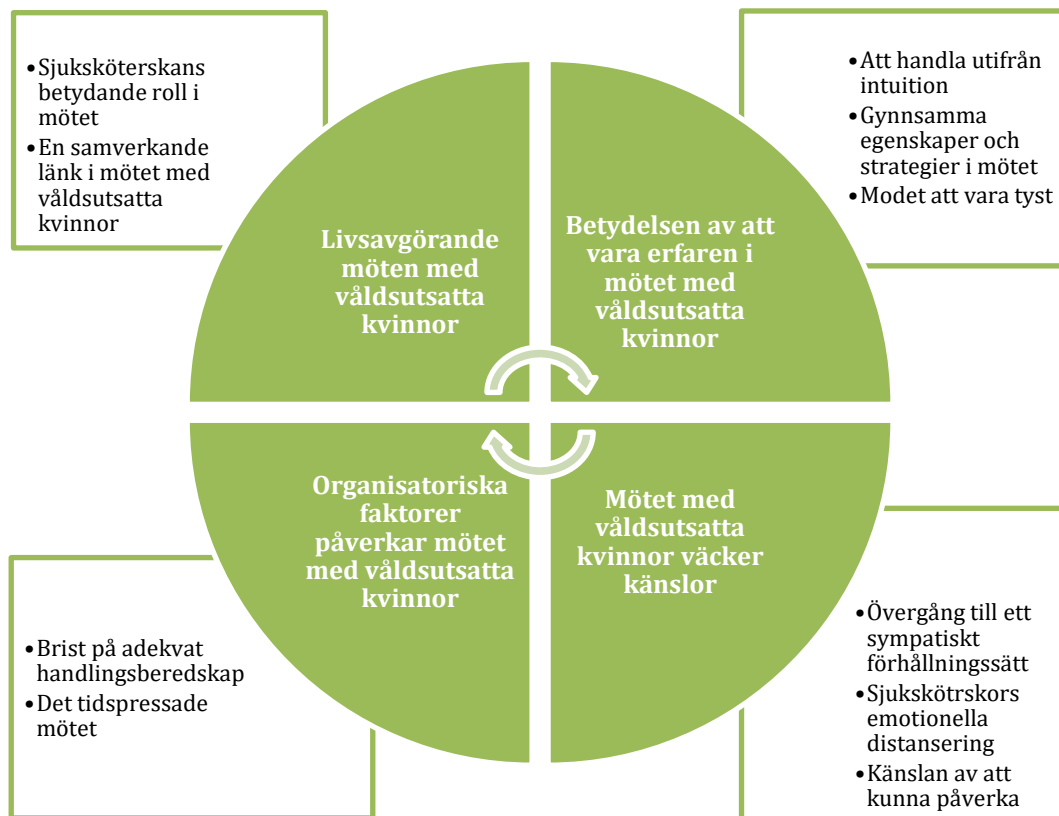
## **Förförståelse**

Vår förförståelse grundar sig främst i intresset för kvinnors rättigheter och lika värde i den nuvarande samhällsstrukturen där män är överordnade kvinnor. Genom att se maktstrukturen är vi också medvetna om att våld mot kvinnor förekommer i stor utsträckning i samhället, både synligt men också i ett stort mörkertal. Vår strävan ligger i att kunna identifiera och möta dessa kvinnor i vår framtida yrkesroll som sjuksköterskor. Vår befintliga kunskap kring ämnet är främst inhämtad från utbildningen samt externa föreläsningar kring ämnet. Vi upplever att det finns kunskapsbrist i vårdförloppet, det vill säga från att kvinnan söker vård till dess att kvinnan erhållit adekvat hjälp. Kunskapsbrist kan leda till att det holistiska perspektivet riskerar att utebli. Skildringar ur media är vanligt utifrån både den våldsutsatta kvinnans och våldsutövarens perspektiv, men vi upplever att vårdförloppet sällan synliggörs. Utifrån detta vill vi få kunskap om sjuksköterskans perspektiv av mötet med våldsutsatta kvinnor för att på så vis stärka vår beredskap.

## **RESULTAT**

Resultatet bygger på tio kvalitativa vetenskapliga artiklar. Primärvård och akutsjukvård utgjorde studiernas kontext där intervjuer användes som datainsamlingsmetod på samtliga artiklar. Tre av de valda artiklarna var gjorda i Finland, en i Jordanien, en i

Sydafrika, en i Sverige, en i Storbritannien, en i USA, en i Kanada och en i Israel. Alla artiklarna utgick från perspektivet av att vara professionell i omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor, dock bearbetas endast sjuksköterskornas erfarenheter i detta resultat. Sjuksköterskor som ingick i studierna var framför allt allmänsjuksköterskor, men även akutsjuksköterskor och distriktsköterskor var förekommande. Merparten av deltagarna i studierna var också kvinnor, några enstaka deltagare var män. Resultatet presenteras nedan utifrån fyra huvudkategorier och tio underkategorier. Då kategorierna har en lika stor del i resultatet och är beroende av varandra, utgjordes detta visuellt med en cirkel (se Figur 1).



Figur 1. Resultatens huvudkategorier respektive underkategorier som berör sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor.



## Livsavgörande möten med våldsutsatta kvinnor

Att vara professionell innebär en betydande roll i mötet med våldsutsatta kvinnor. De ser sig själva som en länk mellan kvinnorna och andra professioner samt myndigheter, vilket är viktigt för att hjälpa kvinnan vidare i processen.

### Sjuksköterskans betydande roll i mötet

Sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor var att de ansåg sig själva ha en bytande roll i mötet (Hägglom & Dreyer Fredriksen, 2011; McGarry, 2016; Brykczynski, Crane, Medina, & Pedraza, 2011; Hägglom & Möller, 2006; Webster, Bouck, Wright, & Dietrich, 2006). Sjuksköterskorna menade att kvinnorna kunde anförtro sig till dem med sin situation. Vidare framkom erfarenheter av att sjuksköterskors hjälp var ovärderlig, ibland också livsavgörande för den våldsutsatta kvinnan. De såg sin egen profession som den mest betydande i arbetsteamet på vårdcentralen (Hägglom & Möller, 2006). Sjuksköterskor kunde hjälpa kvinnorna att bli medvetna om allvaret i den eskalerade våldssituation som kvinnorna befann sig i. Detta kunde leda kvinnorna in på en väg där mönstret av våld kunde brytas och där de sedan förmådde sig att lämna den våldspräglade relationen. En sjuksköterska berättade kring sin syn på den roll hon besatt i mötet med våldsutsatta kvinnor:

*That role is extremely important because it is me who attend the person first and it is often I who see the patient last, who says goodbye at the ward ...* (Hägglom & Möller, 2006, s. 1084).

### En samverkande länk i mötet med våldsutsatta kvinnor

Sjuksköterskors erfarenhet i mötet med våldsutsatta kvinnor var att de såg sig själva som en länk till samverkan mellan kvinnorna och andra professioner eller myndigheter (Hägglom & Möller, 2006; Webster et al., 2006). Sjuksköterskors samverkan sträckte sig både inom den våldsutsatta kvinnans egna sociala nätverk som till andra samverkande professioner så som polis, socialtjänst och kvinnojourer (Brykczynski et al., 2011; Hägglom & Möller, 2006). I artikeln av Brykczynski et al. (2011) antydde sjuksköterskor att det var viktigt att vara medveten om när i kvinnans process som

samverkan kunde tillämpas. Genom att vara medveten om detta kunde sjuksköterskor bedöma huruvida kvinnan var redo att ta emot den hjälp som kunde erbjudas.

Sjuksköterskors erfarenheter kring viss samverkan kunde även vara ofördelaktig i mötet med våldsutsatta kvinnor då de indirekt påverkades i sin process (Hägglom & Möller, 2006). Sjuksköterskor vittnade om andra professioners oförmåga att samarbeta till följd av negativa attityder och okunskap, vilket ledde till att sjuksköterskor inte kunde föra kvinnan vidare i vårdkedjan.

## **Betydelsen av att vara erfaren i mötet med våldsutsatta kvinnor**

Som professionell utvecklas ständigt erfarenheter genom att möta våldsutsatta kvinnor. De berättar om gynnande strategier och nödvändiga egenskaper som kommer till användning i mötet. Erfarenheterna leder till en större möjlighet att kunna identifiera dessa kvinnor för ett vidare omhändertagande.

### **Att handla utifrån intuition**

Sjuksköterskor beskrev en stark magkänsla, även kallad intuition, i mötet med våldsutsatta kvinnor. Intuitionen bygger inte på ord, utan utgörs av sjuksköterskors kliniska blick och tolkning av att något inte stämmer (Sundborg, Törnkvist, Saleh-Stattin, Wändell & Hylander, 2015; Hägglom & Dreyer Fredriksen, 2011; McGarry, 2016; Hägglom & Möller, 2006). I artikeln av Brykczynski et al. (2012) berättar sjuksköterskor att denna intuition utvecklas genom erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor. Då sjuksköterskor observerar kvinnan kan små tecken väcka en känsla hos sjuksköterskor om att kvinnan är våldsutsatt, vilket vidare leder till handling. En sjuksköterska beskrev känslan som följande:

*Jag har väldigt svårt att konkret säga den saken eller den saken, utan det är ofta en... intuitiv (känsla) som man känner, det här stämmer inte, då... börjar man kanske fråga lite mera just kring den här relationen... och sen när man märker då kanske att det kryper fram att det inte är så himla bra, så får man ju börja fundera då, för att ge den*

*här kvinnan möjligheter överhuvudtaget att få hjälp med det.*

(Hägglom & Dreyer Fredriksen, 2011, s. 70)

Detta berättade också en annan sjuksköterska som använder sin intuition i mötet med den våldsutsatta kvinnan och menade att detta är en del av en observationsprocess som byggs på genom erfarenhet: *"You can learn to observe so you can see or get the feeling of it"* (Sundborg et al., 2015, s. 2259).

### Gynnsamma egenskaper och strategier i mötet

Sjuksköterskors erfarenheter var att deras egenskaper kom till användning i mötet med våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor besatt egenskaper så som att vara lugna, nyfikna och empatiska (Sundborg et al., 2015). Dessa egenskaper ledde till gynnsamma strategier, och ju mer erfarenhet som sjuksköterskor samlat på sig, desto säkrare och bekvämare kände de sig i att använda dessa strategier (Sundborg et al., 2015; Webster et al., 2006). Sjuksköterskor berättade genom att utstråla ett lugn, vara nyfiken och ha ett empatiskt förhållningssätt uppstod en tillit i relationen som slutligen ledde till en öppen dialog. I denna dialog använde sjuksköterskor vidare strategier för att stärka kvinnan i den våldspräglade situation hon befann sig i. Detta gjorde sjuksköterskan genom att vara uppmuntrande, bekräftande och tydlig i sin kommunikation. Mötet resulterade slutligen i en god relation mellan sjuksköterskan och kvinnan. I artikeln av Webster et al. (2006) beskrev en sjuksköterska denna relation som att "gå med kvinnan" istället för att dra henne genom processen.

Sjuksköterskor beskrev att i egenskap av att vara kvinna var det lättare för sjuksköterskor att nå fram till våldsutsatta kvinnor (Husso et al., 2012; Hägglom & Möller, 2006). En manlig sjuksköterska berättade att hans erfarenhet av mötet med en våldsutsatt kvinna var mindre gynnsamt då kvinnan associerade honom med våldsförövaren (Husso et al., 2012). Vidare fanns det kvinnliga sjuksköterskor som själva blivit våldsutsatta och bearbetat detta, för att sedan genom erfarenheten kunna använda detta till en fördel i mötet med våldsutsatta kvinnor (Hägglom & Möller, 2006).

## Modet att vara tyst

Sjuksköterskor hade erfarenhet av att tystnad gav den våldsutsatta kvinnan utrymme i väntan på respons (Hägglom & Dreyer Fredriksen, 2011; Hägglom & Möller, 2006). Sjuksköterskor beskrev ett starkt värde i tystnaden vid tillfällen då frågor om våld ställts. En sjuksköterska beskrev detta följande:

*”Många gånger blir det alldeles tyst tycker jag... länge. Det har jag tagit som en utmaning... att kunna möta den här tystnaden, att kunna sitta tyst jätte länge och ändå finnas kvar, och kunna ha blicken kvar alltså, jag finner det som oerhört viktigt att kunna göra det. Det har tagit mig lång tid alltså”* (Hägglom & Dreyer Fredriksen, 2011, s. 71)

## Mötet med våldsutsatta kvinnor väcker känslor

Professionellas erfarenheter av mötet med våldsutsatta kvinnor är att det har en stark emotionell inverkan hos dem. Det finns de tillfällen då de låter sig påverkas i en negativ emotionell riktning, vilket leder till ett oprofessionellt omhändertagande. De vittnar om att de antar ett sympatiskt förhållningssätt när känslorna blir överväldigande, andra vittnar om en emotionell distansering för att överleva. Gemensamt är att den emotionella inverkan kvarstår även efter mötet. Att kunna påverka i sin profession genererar även i tillfredställande och positiva känslor kring mötet med våldsutsatta kvinnor.

## Övergång till ett sympatiskt förhållningssätt

Mötet med våldsutsatta kvinnor ledde till en stark emotionell påverkan där sjuksköterskor hade svårt att förhålla sig professionellt (van der Wath, van Wyk & Janse van Rensburg, 2013; Hägglom & Dreyer Fredriksen, 2011; Brykczynski et al., 2011; Husso et al., 2012; Hägglom & Möller, 2006; Goldblatt, 2009). Istället antog sjuksköterskor ett sympatiskt förhållningssätt där de hade svårt att urskilja sina egna känslor från den våldsutsatta kvinnan. Känslor som maktlöshet, rädsla och sorg uppstod hos många av sjuksköterskorna då de inte kunde påverka kvinnans situation eller att de i efterhand fått reda på att de missat tecken på våldsutsatthet (Hägglom & Dreyer

Fredriksen, 2011). En sjuksköterska beskrev det emotionella mötet följande: *”You feel like crying as well... you can feel this is too much really... you feel what she is feeling”* (van der Wath et al., s. 2246).

Sjuksköterskor berättade om att de hade svårt att bearbeta känslorna och släppa dessa efter möte med en våldsutsatt kvinna. De tog med sig känslorna hem och lät sig påverkas negativt (Goldblatt, 2009). En sjuksköterska delgav sina tankar kring detta: *”... after she has left it will just kill me alone...”* (van der Wath et al., 2013, s. 2246). De gånger då sjuksköterskorna inte kunde bryta mönstret av denna emotionella påverkan, medförde detta att sjuksköterskorna drabbades av psykisk ohälsa (van der Wath et al., 2013; Häggblom & Möller, 2006; Webster et al., 2006). Vidare berättade en sjuksköterska att hon omvärderat sin egen syn på relationer utifrån de erfarenheterna hon fått av att möta våldsutsatta kvinnor. Hon menade genom att möta dessa kvinnor väcktes starka och utmanande känslor hos henne själv. Hon skildrade detta såhär:

*I feel like I have been really protected, my life has been really protected. It's sort of opening a door to a side of our society that I never knew before and it's uncommon to me and upsetting. So when I hear about it happening... I have a lot of feeling of anger and feelings of fear for the woman* (Webster et al., 2006, s. 143).

### Sjuksköterskors emotionella distansering

Sjuksköterskor vittnade om en erfarenhet av distansering gentemot det emotionella känsloläget för att klara av att möta våldsutsatta kvinnor, detta till följd av brist på emotionell handlingsberedskap (Sundborg et al., 2015). Sjuksköterskor såg detta som ett sätt att skydda sig själva från att bli för engagerad i kvinnans situation. I en artikel berättade sjuksköterskor att då situationen blev för emotionellt överväldigande, distanserade de sig emotionellt för att kunna hantera situationen (Husso et al., 2012). Andra vittnade om att det var ett sätt att överleva (Häggblom & Möller, 2006). I situationer då sjuksköterskor kände sig maktlösa inför den våldsutsatta kvinnans situation, valde de istället att emotionellt distansera sig. Detta medförde emellertid att

mötet blev kallt och opersonligt. En sjuksköterska illustrerade detta: ”... *emotionally we lose touch with the reality of being a human being... it become immoral, people feel heartless... I am a bystander... there’s nothing I can do...*” (van der Wath et al., 2013, s. 2246).

Fortsättningsvis beskrev sjuksköterskor den frustration som uppstod då kvinnan återvände till förövaren (Husso et al., 2012; Webster et al., 2006; Häggblom & Möller, 2006). Några sjuksköterskor beskrev att de endast kunde definiera framgång i de gånger kvinnan valde att lämna förövaren, vilket då resulterade i att sjuksköterskorna kände sig misslyckade i sitt omhändertagande när kvinnan stannade kvar eller återvände till förövaren (Webster et al., 2006). För att hantera denna frustration valde sjuksköterskor att distansera sig emotionellt och avsäga sig sitt ansvar för kvinnan (Husso et al., 2012). Ansvaret lades istället på den våldsutsatta kvinnan då sjuksköterskorna ansåg att kvinnan själv bar skuld för våldet om hon återvände till förövaren.

### Känslan av att kunna påverka

Sjuksköterskor beskrev emellertid tillfredsställande känslor i mötet med våldsutsatta kvinnor (van der Wath et al., 2013; Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016). Dessa känslor uppstod till följd av att sjuksköterskan framgångsrikt kunnat hjälpa kvinnan framåt i hennes process att ta sig ur den våldspräglade relationen hon befann sig i. Sjuksköterskor bar sedan med sig erfarenheten av att kunna påverka, vilket slutligen blev till ett gynnsamt verktyg i mötet med andra våldsutsatta kvinnor. Denna erfarenhet hjälpte sjuksköterskor att hålla modet uppe genom en långdragen process då de bar med sig positiva känslor från tidigare situationer och möten med våldsutsatta kvinnor (Brykczynski et al., 2011). Sjuksköterskor använde sig av dessa positiva känslor för att trycka undan känslor av maktlöshet och förtvivlan som uppstod under processens gång. Sjuksköterskor betonade däremot vikten av kollegialt stöd för att upprätthålla modet och stärka sin egen emotionella handlingsberedskap.

## Organisatoriska faktorer påverkar mötet med våldsutsatta kvinnor

Den organisatoriska inverkan i mötet beskrivs ofta som negativt. Avsaknad av riktlinjer och yrkesansvar genererar i frustration och stress hos professionerna, vilket sedan har en negativ inverkan på mötet med våldsutsatta kvinnor. Erfarenheter av tidspressade möten får de professionella att förbise den holistiska omvårdnaden.

### Brist på adekvat handlingsberedskap

Sjuksköterskor lyfte erfarenheter av organisatoriska brister i mötet med våldsutsatta kvinnor, vilket ledde till att sjuksköterskor fann brist på adekvat handlingsberedskap. Avsaknad av riktlinjer fick sjuksköterskor att känna stor osäkerhet kring sitt professionella ansvar (Sundborg et al., 2015; Al-Natour et al., 2016; Husso et al., 2012). Sjuksköterskor vittnade om att aktivt förbise eventuella symtom på våld hos kvinnor de mötte. En sjuksköterska berättade *"Well, if it was up to me to find women who are exposed to IPV [intimate partner violence], then I think I would find several of them"* (Sundborg et al., 2015, s. 2258). Detta till följd av att de kände stark oklarhet i hur de skulle hantera och tillmötesgå kvinnan om det visade sig att hon befann sig i en våldsutsatthet. När frågan om våld bedömdes göra mer skada än nytta, valde sjuksköterskorna att inte ta sig an ansvaret (Sundborg et al., 2015). I en artikel berättade sjuksköterskor även om sin rädsla för att överträda sitt arbetsansvar, vilket kunde leda till att sjuksköterskorna blev avskedade från sin arbetsplats (Al-Natour et al., 2016). Denna rädsla resulterade i att sjuksköterskorna valde att se till kvinnans fysiska hälsa snarare än den psykiska, de valde att kringgå detaljer kring kvinnans privata situation.

Sjuksköterskor beskrev också en rådande kunskapsbrist kring våld i nära relation och den process som kvinnan genomgår (Sundborg et al., 2015; Al-Natour et al., 2016; Husso et al., 2012; Häggblom & Möller, 2006). Denna kunskapsbrist genererade i stress och ytterligare oklarheter kring vems ansvar det var att ta sig an den våldsutsatta kvinnan. Det visade sig dock att när sjuksköterskorna erhöll stöttning, handledning och

hade adekvata riktlinjer att tillgå, kände de sig tryggare i att möta våldsutsatta kvinnor (Sundborg et al., 2015).

### Det tidspressade mötet

Sjuksköterskor beskrev att de upplevde tidspress i mötet med våldsutsatta kvinnor. I Sundborgs et al. (2015) beskrivs sjuksköterskors erfarenheter av tidspress som ett hinder i mötet med våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor menade att deras ansvarsområde var omfattande till den grad att de var tvungna att prioritera andra arbetsuppgifter före att identifiera eller fråga kvinnor om våldsutsatthet. Trots att det fanns en väckt misstanke hos sjuksköterskor om att kvinnan utsatts för våld, undvek sjuksköterskor att fråga om detta med anledning av den tidspress de upplevde. McGarry (2016) skriver vidare om sjuksköterskors tidspress relaterat till mötet med våldsutsatta kvinnor. Akutmottagningar ansågs vara en viktig plats för att identifiera våldsutsatta kvinnor, men sjuksköterskor berättade att tiden för varje patientmöte var begränsad vilket hindrade dem från att identifiera eller omhänderta dessa kvinnor på ett korrekt sätt. En sjuksköterska redogjorde för detta:

*If you're working in ED [emergency department] and you get someone and they start divulging lots of information to you, you can't just say sorry I can't talk to you. So in the back of your mind, although it shouldn't be, you are thinking I've got to get to the next patient. So I don't know whether sometimes ED is the best place to have these long conversations (McGarry, 2016, s. 2270).*

Detta nämns även av Husso et al., (2012) där det framkom att sjuksköterskors erfarenheter av tidspress genererade i att sjuksköterskor inte var mentalt närvarande, då de redan hade tankarna på mötet med nästkommande patient. Sjuksköterskor berättade även att de ofta valde att delegera vidare mötet med den våldsutsatta kvinnan till andra professioner, detta som en strategi för att vinna tid.



## Genomgående tema

Det är alltigenom märkbart att alla komponenter i den visuella cirkeln (*se Figur 1*) är väsentliga för att sjuksköterskan ska kunna forma en holistisk erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor. Om en av dessa komponenter brister eller saknas, kan det medföra att sjuksköterskan inte erhåller denna essentiella erfarenhet. Som en följd av detta blir mötet och relationen med den våldsutsatta kvinnor inte fördelaktig för vare sig sjuksköterskan eller kvinnorna. Det framgår också uttalat i resultatet att om en komponent fattas i mötet kan hela processen bli lidande. Baserat på vilken komponent som fattas kan bristen ses i olika skeden av kvinnans process. Om komponenten *”livsavgörande möten med våldsutsatta kvinnor”* fattas, detta om sjuksköterskan exempelvis inte ser sig själv som en viktig person, så brister mötet redan från början. Således är alla komponenter av betydande värde och beroende av varandra för att sjuksköterskan ska åstadkomma ett gott bemötande och därmed uppnå en holistisk erfarenhet.

Som ett genomgående tema i studiens resultat sågs det att sjuksköterskor utvecklar sina erfarenheter genom att få följa våldsutsatta kvinnor över tid och därmed kan en holistisk helhetsbild utvecklas. Denna erfarenhet kan på så vis komma att gynna framtida möten med våldsutsatta kvinnor. Detta möte utgör inte endast enstaka situationer utan innefattar en hel process, vilken emellertid kan sträcka sig under en längre tid. Denna process innefattar den våldsutsatta kvinnans resa inom hälso-sjukvård, från det första mötet till dess att kvinnan avslutar sin vårdkontakt. Om sjuksköterskan får möjlighet att följa kvinnans utveckling under processens gång kan detta generera i en större erfarenhet och kunskap beträffande mäns våld mot kvinnor och dess komplexitet i mötet.

Förutsättningarna för att skapa ett gott möte skiljer sig åt beroende på var i denna process kvinnan befinner sig, likaså är det avgörande var någonstans kvinnan söker vård. Sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor skiljer sig åt beroende på i vilken kontext mötet äger rum. Det framkommer av resultatet att mötet

blir mer kontinuerligt och fördelaktigt om kvinnan söker sig till en vårdcentral, detta då sjuksköterskan över tid får möjlighet att följa kvinnan i hennes process. Detta leder således till att sjuksköterskan utvecklar en bredare kunskap och erfarenhet beträffande de kvinnornas situation. Följaktligen kan detta generera i ett holistiskt omhändertagande där sjuksköterskan ser till hela kvinnans situation.

Avslutningsvis får sjuksköterskan på vårdcentralen, genom att följa kvinnans utveckling över tid, möjlighet att bearbeta intryck och emotionella reaktioner under processens gång. Då sjuksköterskan får vara med och bevittna kvinnans framsteg kan detta generera i en god erfarenhet, vilket sjuksköterskan således tar med sig till framtida möten med våldsutsatta kvinnor. Detta till skillnad från att möta en våldsutsatt kvinna på en akutmottagning. Den erfarenhet som sjuksköterskan samlar på sig under kvinnans begränsade vårdtid på akutmottagningen grundar sig endast i ögonblicksbilder. När sjuksköterskan inte får möjlighet att följa kvinnans framsteg, kan sjuksköterskan inte bilda sig en djupare förståelse för kvinnan och den situation hon befinner sig i. Detta medför således att sjuksköterskan inte erhåller den goda kunskap och erfarenhet att ta med sig till framtida möten med våldsutsatta kvinnor. Följaktligen kan detta leda till att sjuksköterskan lämnas ovetandes och orolig över kvinnans fortsatta situation.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor, detta med hjälp av tio kvalitativa artiklar. Nedan diskuteras studiens metod utifrån de tidigare beskrivna kvalitetsbegreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet.

#### **Trovärdighet**

Då denna studie avsåg att studera fenomenet erfarenhet gjordes en litteraturstudie inspirerad av kvalitativ metod. Henricson och Billhult (2012) skriver att en kvalitativ

metod används just när fenomen som erfarenhet ska beskrivas. Trovärdigheten stärks då den valda metoden var mest lämpad för att kunna svara på syftet. Vidare hade de tio valda artiklarna likaså en kvalitativ metod, vilket var till fördel i denna studie. Rosén (2017) menar att det blir lättare att ställa resultaten mot varandra och jämföra om de valda metoderna är lika. Trovärdigheten stärks vidare genom att studiens resultat utgår från sjuksköterskans perspektiv, vilket är i enhet med studiens syfte.

För att uppnå en bredd i artikelträffar användes tre databaser för sökning av artiklar, Cinahl Complete, PubMed respektive PsychINFO. Henricson (2017) menar att sökning i flera databaser stärker trovärdigheten då det ökar möjligheten att finna väsentliga artiklar. För att ytterligare stärka trovärdigheten användes ämnesord i sökningarna i Cinahl Complete och PubMed. Östlundh (2017) skriver att det är fördelaktigt att använda sig utav ämnesord i den strukturerade sökningen då det bidrar till att sökningen blir mer exakt gentemot syftet. Dock användes inga ämnesord i PsychINFO till följd av bristande kunskap huruvida ämnesordssökning tillämpas i denna databas, vilket emellertid sänker trovärdigheten. Det är därför väsentligt att fördjupa sig i användandet av databaser innan en strukturerad sökning påbörjas. Något som ytterligare sänker trovärdigheten var att inga manuella sökningar genomfördes. Östlundh (2017) betonar att detta är en metod som bör tillämpas vid artikelsökningar för att vidare kunna hitta relevanta artiklar samt för att kunna inspireras kring valda ämnesord för vidare sökning. Fortsättningsvis valdes begränsningar i form av peer-reviewed för att säkerställa att artiklarna vetenskapligt granskats av oberoende forskare. Henricson (2017) menar att detta stärker studiens trovärdighet. Det var först tänkt att använda årsbegränsning 2010–2020 för att få den mest tidsaktuella forskningen. Detta resulterade i för få relevanta artiklar, därav justerades begränsningen till 2005–2020. Om manuell sökning hade tillämpats hade det funnits möjlighet att precisera den strukturerade sökningen för att hitta fler relevanta och aktuella artiklar, vilket hade kunnat generera i ett annat resultat. Genom att sökschema för de olika databassökningarna kan visuellt granskas av läsaren stärker detta studiens trovärdighet.

Nio av de tio artiklar som ingick i studiens resultat var skrivna på engelska. Då engelska

inte utgör modersmål för någon av författarna kan detta till följd av språkförbistringar generera i feltolkning. För att undvika större feltolkningar lästes artiklarna först enskilt och sedan diskuterades meningsenheterna gemensamt.

Under forskningsprocessen har flera handledningstillfällen tillhandahållits, både grupphandledning och individuell handledning. Vid dessa handledningstillfällen har studien granskats och författarna erhållit konstruktiv kritik som de sedan haft i åtanke för att föra processen vidare. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) är det fördelaktigt att låta sitt arbete granskas av en utomstående part för att stärka studiens trovärdighet. Genom att denna studie granskats av utomstående har författarna kunnat föra resultatets kategorier närmare syftet.

### Pålitlighet

Förförståelsen bearbetades och formulerades innan studien påbörjades för att minska risken av att rikta analys mot önskat resultat baserat på förförståelsen. Detta stärker pålitligheten enligt Mårtensson och Fridlund (2017). Dock går det inte att omöjliggöra att förförståelsen ändå färgar och påverkar studiens analys och resultat. Genom att då ta hjälp av handledningstillfällena, kan handledare och studiekamrater förvissa sig om att resultatet är grundat i adekvat data. Då studiens resultat skiljer sig från förförståelsen visar det på att författarna har hanterat sin förförståelse vid analysprocessen vilket också stärker studiens pålitlighet. Genom att analysen därtill utfördes gemensamt av båda författarna, minimerades risken att rikta resultatet mot förförståelsen. Samtliga författare till de artiklar som utgjorde resultatet presenterade emellertid inte sin förförståelse, vilket sänker pålitligheten. Dessa artiklar bedömdes ändå utifrån granskningsmall vara kvalitetssäkrade samt kunde etiskt resonemang och granskning påvisas.

### Bekräftelsebarhet

Studiens analys är väl beskriven och omfattande, vilket enligt Mårtensson och Fridlund (2017) stärker studiens bekräftelsebarhet. Författarna har dessutom förhållit sig neutrala igenom forskningsprocessen genom att de bearbetat och skrivit gemensamt under förloppets gång. Studien har därförutom granskats av utomstående vid

handledningstillfällen vilket också främjat studiens bekräftelsebarhet.

Vidare har artikeln av Häggblom och Möller (2006) fått merparten av utrymme i resultatdelen. Denna artikel innehöll omfattande fynd som svarade på studiens syfte och genererade därmed i en övervägande del av resultatets referenser. Författarna har noga övervägt beslutet att nyttja artikeln i en större omfattning. Mårtensson och Fridlund (2017) skriver att bekräftelsebarheten även stärks om författarna förhåller sig neutrala i analysprocessen. Detta har författarna åstadkommit genom att aktivt hantera och ifrågasätta den egna förståelsen relaterat till de artiklar som nyttjats i resultatet.

För att belysa begreppet erfarenhet och ge läsaren möjlighet till djupare förståelse, har relevanta citat redovisats. Lindahl & Juhl (2014) skriver att citat kan generera i att läsaren identifierar sig med textens innehåll. Samtidigt kan redovisade citat på dess originalspråk påvisa författarnas objektivitet i resultatet, vilket stärker studiens bekräftelsebarhet.

## Överförbarhet

Inledningsvis menar Mårtensson och Fridlund (2017) att överförbarheten stärks om tidigare kvalitetsbegrepp säkerställts, vilket författarna redovisat och motiverat för ovan. De artiklar som utgör resultatet har sitt ursprung i olika länder och kontinenter, vilket kan sänka studiens överförbarhet. Då öppenvårdskontexten kan skilja sig åt beroende på vilket land som artikelns studie genomförts i, är möjligheten att överföra resultatet begränsad. Emellertid kan sjuksköterskors emotionella erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor vara liknande oberoende landets öppenvårdskontext och den organisatoriska strukturen. Detta ses genomgående i resultatet som en emotionell inverkan hos de sjuksköterskor som möter våldsutsatta kvinnor, vilket stärker studiens överförbarhet då detta är en förenande faktor. Den emotionella faktorn skulle även kunna överföras till alla de professioner som kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor, exempelvis som socionom eller inom rättsväsendet. Vidare kan resultatet i sin helhet överföras inom svensk öppenvårdskontext då det organisatoriska är uppbyggt på liknande vis över hela landet.

Studiens överförbarhet sänks då resultatet endast baseras på tio kvalitativa artiklar. Denscombe (2018) skriver att överförbarheten är beroende av ett större urval som slutligen kan representera en bredare population. Överförbarheten hade kunnat stärkas om författarna inkluderat fler antal artiklar, vilket emellertid inte kunde utföras till följd av kandidatuppsatsens tidsbegränsning. Fortsättningsvis baseras resultatet främst på kvinnliga sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor, vilket kan både stärka och sänka studiens överförbarhet. Överförbarheten stärks genom att majoriteten av världens population av sjuksköterskor utgörs av kvinnor. Emellertid kan överförbarheten sänkas då möjligheten att överföra resultatet till manliga sjuksköterskor är begränsad. Om fler artiklar som berört manliga sjuksköterskors erfarenhet, hade resultatet kunnat frånskilja sig studiens befintliga resultat.

Vidare utgjordes studiens urval av sjuksköterskor med grundutbildning samt vidareutbildning som distrikt- och akutsjuksköterskor. Då denna studie utförs av sjuksköterskestudenter på grundnivå var rekommendationen att inte nyttja artiklar där sjuksköterskor med vidareutbildning var förekommande. Likväl kan allmänsjuksköterskor arbeta inom samma kontext som sjuksköterskor med dessa två vidareutbildningar. Därmed inkluderades även de artiklarna med vidareutbildade sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor.

### Etiska ställningstaganden

Denna studies resultat är endast baserat på artiklar som granskats av en etisk kommitté eller var etiskt övervägda av artikelförfattarna. Vidare skriver Mårtensson och Fridlund (2017) att författarna bör värna om svaga individer och grupper, vilket författarna har tagit hänsyn till genom att välja artiklar där sjuksköterskor möter våldsutsatta kvinnor över 18 år. Vidare har författarna noga övervägt sina ordval genom hela studien för att inte förminska eller frånta någons upplevelse eller erfarenhet. Tilläggas kan att resultatet påvisar ny kunskap som kan implementeras i de berörda öppenvårdkontexterna. Författarna kan dessutom ta med sig nyfunnen kunskap ut i framtida verksamhetsområden. Enligt Sandman och Kjellström (2018) bedöms en studie

etiskt försvarbar om den tid författarna disponerat resulterat i en djupare kunskap. Detta anser studiens författare vara uppfyllt, då de har disponerat sin tid i syfte att få en djupare kunskap om ämnet våldsutsatta kvinnor och fenomenet erfarenhet.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med föreliggande studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom öppenvård. Sammanfattningsvis påvisade resultatet att sjuksköterskors erfarenheter var att de berördes emotionellt av att möta våldsutsatta kvinnor, oberoende land och kontext. Emellertid visade resultatet en signifikant skillnad i sjuksköterskors erfarenhet beroende på den öppenvårdskontext som sjuksköteran var yrkesverksam i. Detta baserades på om sjuksköterskan kunde följa den våldsutsatta kvinnan genom hennes process. Tre huvudfynd från resultatet kommer diskuteras nedan.

I resultatet framkommer det genom att sjuksköterskor får möjlighet att följa den våldsutsatta kvinnan över tid, utvecklar sjuksköterskor en bredare erfarenhet och kunskap som sedan kan komma till användning i framtida möten med våldsutsatta kvinnor. Resultatet påvisade att sjuksköterskor som hade möjlighet att följa den våldsutsatta kvinnan under en längre tid, utvecklade en mer holistisk erfarenhet som fördelaktigt kunde användas i omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor.

Sjuksköterskor som kunde påverka en kvinnas situation till det bättre, kände sig tillfredsställda och använde sedan den positiva erfarenheten i framtida möten med andra våldsutsatta kvinnor. Liknande resonemang har förts i en artikel av Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen och MacMillan (2007) som menade genom att möta våldsutsatta kvinnor kunde sjuksköterskor bygga på sin erfarenhet som de sedan bar med sig till framtida möten.

Om sjuksköterskor ska kunna följa den våldsutsatta kvinnan genom processen bör förutsättning för tid i mötet finnas. I en studie av Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen och MacMillan (2012) vittnade sjuksköterskor om tidens betydelse i mötet med våldsutsatta kvinnor. Förutsättning för tid behövdes för att sjuksköterskorna skulle uppleva att

kvinnorna erhållit en god och adekvat vård. Sjuksköterskor som är yrkesverksamma inom vårdcentral har ett arbetsupplägg där de har chans att följa kvinnan över en längre tid, detta genom exempelvis kontinuerliga uppföljningssamtal. Detta i motsats till det arbetsupplägg som ses på en akutmottagning där tiden för patientkontakt är begränsad. Av detta skäl är det svårt för sjuksköterskor att upprätta en betydande relation med kvinnan. Detta betonas även i studien av Beynon et al. (2012) där sjuksköterskor beskriver svårigheter att upprätta en relation med våldsutsatta kvinnor på en akutmottagning till följd av tidspressat möte. Om möjlighet ges att följa kvinnan kan sjuksköterskor skapa sig en uppfattning om vilka förhållningssätt som praktiskt kan gynna både mötet och kvinnans hälsoresurser. Ett förhållningssätt som med fördel skulle kunna tillämpas i mötet är Antonovskys teori salutogenes. Eriksson (2015) menar att teorin grundar sig i ett fokus på hälsa och att stärka hälsan hos den enskilde individen. Empowerment, som är ett av tre huvudbegrepp inom salutogenes, innebär i stort att sjuksköterskor tillsammans med kvinnan återskapar hennes hälsoresurser och stärker dessa. Genom att tillämpa empowerment kan sjuksköterskan stärka kvinnans inre styrka och därmed också resiliens. Om sjuksköterskan tillsammans med kvinnan hjälper henne att identifiera och stärka dessa faktorer, kan kvinnan ta steget ut ur den våldspräglade relationen. Detta stärker även studiens resultat som visar på att sjuksköterskor kan stärka kvinnan som individ genom att vara uppmuntrande, bekräftande och tydlig i sin kommunikation.

Likväl behöver sjuksköterskan inneha kunskaper huruvida kvinnan är i ett mottagligt skede för tillämpning av empowerment. En risk är emellertid att empowerment inte kan tillämpas med en större inverkan hos kvinnan innan en god relation upprättats mellan sjuksköterskan och kvinnan. I resultatet framkommer det att en god relation upprättas genom att sjuksköterskan visar empati och nyfikenhet för kvinnans situation. När en god relation väl etablerats, är det av betydelse att sjuksköterskan inte driver på kvinnan i önskad riktning. Nordborg (2019) menar att det är viktigt att inte forcera kvinnan mot ett uppbrott, utan att istället ge kvinnan förutsättning och möjlighet att reflektera kring hennes situation utan våldsförövarens närvaro. Genom empowerment kan sjuksköterskan stärka kvinnans möjlighet till insikt beträffande hennes



självbestämmande och således stärka hennes egenvärde. Den positiva effekt som kan ses i tillämpandet av empowerment, bär sjuksköterskor med sig som en god erfarenhet till framtida möten med våldsutsatta kvinnor.

Resultatet påvisar att sjuksköterskor kan påverkas emotionellt av att möta våldsutsatta kvinnor. Det framkom att sjuksköterskor som mötte våldsutsatta kvinnor ofta hade svårt att förhålla sig professionellt. Sjuksköterskor kom att hantera den emotionella påverkan olika, antingen genom att emotionellt distansera sig eller anta ett sympatiskt förhållningssätt. Gemensamt för dessa förhållningssätt var att båda utgjorde ett hinder i mötet. Detta bekräftas likaså av Reeves och Humphreys (2018) som i sin studie beskrev att sjuksköterskors emotionella förhållningssätt kunde utgöra ett hinder i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Om sjuksköterskan förhöll sig emotionellt distanserad gentemot kvinnan kunde kvinnan känna sig förminskad och ignorerad. Ytterligare studie av Reisenhofer och Seibold (2013) påvisade att våldsutsatta kvinnor önskade att bli bemötta med empati och förståelse. I motsats till detta visade det sig att majoriteten av studiens deltagande kvinnor ofta möttes av känslökall vårdpersonal utan medkänsla.

Oavsett om sjuksköterskor emotionellt distanserar sig eller förhåller sig sympatiskt, kan detta medföra att sjuksköterskor begår ett integritetsövertramp hos kvinnan. Då kvinnans integritet redan är sårbar till följd av hennes våldsutsatthet, krävs det att sjuksköterskan är finkänslig för kvinnans situation och relationens betydelse. Enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult (2008) har den våldsutsatta kvinnan rätt till den egna integriteten, såväl fysisk som psykisk. Sjuksköterskan har således ingen rätt att inkräkta på kvinnans egna tankar och känslor kring den våldspräglade situationen. Om sjuksköterskor väljer att emotionellt distansera sig, medvetet eller omedvetet, riskerar de att verka känslökalla inför kvinnan. Detta skriver även NCK (2008) i en rapport som tar upp att sjuksköterskor och annan vårdpersonal kan anta undvikande beteenden i mötet med våldsutsatta kvinnor till följd av att de blir emotionellt överväldigande. Detta medför att sjuksköterskor frångår ett professionellt förhållningssätt. Det kan vidare antas att i detta känsloläge kan övertramp av kvinnans integritet ske, detta då sjuksköterskan kan sakna känsla för situationen och etisk sensitivitet till följd av den

emotionella distanseringen. Sjuksköterskan riskerar dessutom att förminska kvinnans känslor och upplevelser till följd av integritetsövertrampet. Om kvinnan kränks i sin integritet kan detta skada relationen och förtroendet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan. Om tillit och trygghet saknas i relationen kan väsentlig information om kvinnans våldsutsatthet utebli. Detta kan i sin tur resultera i att kvinnan inte erhåller adekvat hjälp och således kvarstannar i den våldspräglade relationen.

Likaså om sjuksköterskan förhåller sig sympatiskt kan ett integritetsövertramp inträffa. Om sjuksköterskan identifierar sig med kvinnan och hennes känslor kan detta leda till att sjuksköterskan frångår det professionella förhållningssättet. Santamäki Fischer och Dahlqvist (2014) menar att sjuksköterskan kan bli påmind om sin egen utsatthet och därför få svårt att möta den våldsutsatta kvinnan i hennes utsatthet. Genom att sjuksköterskan tar över kvinnans känslor och personliga upplevelser kan det medföra att mötet fokuserar mer på sjuksköterskans hantering av känslor istället för kvinnan. Sjuksköterskan riskerar att bli emotionellt överväldigad vilket påverkar omhändertagandet och relationen i en ogynnsam riktning. Kvinnan kan således välja att skärma av sig för att inte vidare emotionellt belasta sjuksköterskan. Sjuksköterskan kan i sin tur bli handlingsförlamad till följd av bristande emotionell handlingsberedskap. Slutligen kan kvinnans omvårdnad utebli och relationen till sjuksköterskan brytas.

Studiens resultat visar på att vara kvinnlig sjuksköterska kan vara mer fördelaktigt och ge en bättre utgångspunkt för mötet med våldsutsatta kvinnor. De manliga sjuksköterskor som ingick i studiens resultat vittnade om hinder i mötet baserat på deras manliga kön. De våldsutsatta kvinnorna såg mer till kön än profession, vilket genererade i att de associerade de manliga sjuksköterskorna med sin våldsförövare. Resultaten från denna studie tycks överensstämma med tidigare forskning som funnit att deltagande sjuksköterskor av manligt kön upplevde att våldsutsatta kvinnor förknippade dem med manliga våldsförövare (Robinson, 2010). De manliga sjuksköterskor upplevdes således mer bekväma med att ombesörja kvinnans fysiska skador hellre än de emotionella trauman som kvinnan upplevde.

Det kan ses som fördelaktigt att vara kvinnlig sjuksköterska i mötet med våldsutsatta kvinnor. Detta till skillnad från manliga sjuksköterskor i en studie av van Wyk och van der Wath (2015) som vittnar om ambivalens i mötet med våldsutsatta kvinnor. Detta då de upplevde en inre konflikt beträffande att vara sjuksköterska och samtidigt vara man som kunde associeras med kvinnornas våldsförövare. Vidare kan erfarenheten av att vara kvinna i ett patriarkalt samhälle ge en djupare förståelse för den utsatthet den våldsutsatta kvinnan upplever. Det kan emellertid diskuteras om det är en nackdel med denna djupare förståelse, då det skulle kunna innebära att kvinnliga sjuksköterskor blir emotionellt involverade på ett personligt plan. Samtidigt kan detta ses som en spegling av samhällets förväntningar om hur en kvinnlig sjuksköterska bör förhålla sig. Kvinnor ses generellt som mer vårdande till naturen, medan deras manliga kollegor upplevs mer professionella med ett rationellt tänkande. Detta menar även Määttä och Öresland (2009) som skriver att män och kvinnors egenskaper ofta ställs i motpart till varandra. Detta överväger inte det faktum att de manliga sjuksköterskorna har svårare att relatera och identifiera sig med den våldsutsatta kvinnan till följd av det manliga könet och samhällets patriarkala strukturer. Detta kan i sin tur leda till att den manliga sjuksköterskan riskerar att förbise och förminska kvinnans våldspräglade situation. Det kan också utifrån den våldsutsatta kvinnans perspektiv ses som ett hinder i mötet att sjuksköterskan är av manligt kön då kvinnan lättare riskerar att associera sjuksköterskan med våldsutövaren. Baserat på den tillitsproblematik som den våldsutsatta kvinnan känner gentemot det manliga könet, tyr kvinnan emellertid sig hellre till en kvinnlig sjuksköterska för skydd och omvårdnad.

En inrotad grund inom vård- och omsorg är medvetna och omedvetna antaganden om genus och vilka egenskaper respektive kön har, även kallat genusbias. Määttä och Öresland (2009) skriver att trots ökad kunskap i samhället kring genusperspektiv, har sjukvården ännu inte framgångsrikt kunnat förbättra synen på genusförhållanden. Genom att då medvetengöra vårdpersonalens genusbias kan det resultera i höjd kvalitet av den vård och omsorg som ombesörjs. Genom att vårdpersonalen blir mer medvetna kan konsekvenser för omvårdnaden baserat på föreställningar om genus, kön eller könsneutralitet undvikas.

## SLUTSATS

Resultatet visar på att sjuksköterskor anser sig vara en viktig person i mötet med våldsutsatta kvinnor. De utvecklar en holistisk erfarenhet genom att få följa kvinnorna genom deras process. Sjuksköterskor erfarenheter skiljer sig dock åt beroende på yrkesverksam kontext, där arbete på vårdcentral ses mer fördelaktigt för möjlighet att utveckla den holistiska erfarenheten. Avslutningsvis påverkas sjuksköterskor emotionellt av att möta våldsutsatta kvinnor, detta oberoende vårdkontext.

### Klinisk betydelse

Genom att studien skildrar sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor lyfts tillika styrkor och brister i mötet. Den genererade kunskapen visar på att utgångsläget för mötet ger olika erfarenheter. Denna vetskap kan till fördel nyttjas i de berörda öppenvårdsverksamheterna. Genom att sjuksköterskor och annan vårdpersonal får ta del av studien får de djupare insikt huruvida erfarenheter kan komma att påverka möten med våldsutsatta kvinnor. Denna insikt kan möjligen gynna framtida möten med våldsutsatta kvinnor. Studiens resultat kan därtill agera som ett startskott i verksamheter där sjuksköterskor möter våldsutsatta kvinnor. Genom att studien visar på framgångsrika komponenter i mötet kan dessa eftersträvas i praktiken.

Genomgående i studien ses det att sjuksköterskor påverkas emotionellt av att möta våldsutsatta kvinnor. För att sjuksköterskor ska utveckla en god emotionell handlingsberedskap bör arbetsgivare möjliggöra reflektionstid efter varje arbetspass, också kallad spegling. Genom att sjuksköterskor får möjlighet att reflektera med kollegor kan de bearbeta känslor under arbetstid men också få möjlighet att reflektera kring etiska aspekter och framgångsrika strategier i mötet med våldsutsatta kvinnor. Detta kan i sin tur förebygga psykisk ohälsa samt minska risken för att ta med sig dessa känslor hem.

### Förslag på vidare forskning

Resultatet påvisar att sjuksköterskor har bristande kunskap kring våldsutsatta kvinnor,

samt avsaknad av tydliga riktlinjer. Dessa riktlinjer finns att tillgå i de flesta verksamheter, men trots detta ses brister kring riktlinjernas implementering. Således är vidare forskning att rekommendera kring hur dessa riktlinjer kan implementeras och komma till användning i praktiken. Det föreligger likaså behov av forskning i de verksamheter där riktlinjer är tydligt implementerade, detta för att utvärdera huruvida riktlinjerna följs och är till stöd för personalen.

## REFERENSER

\* Avser artiklar som ingår i resultatet.

\* 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. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hkr.se/10.1111/inr.12302>

Andersson, S-O. (2019). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation – samtal och bemötande i vården* (3 uppl. 123–156). Lund: Studentlitteratur.

Berglund, A., & Witkowski, Å. (2019). Vårdens ansvar. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért & Y. Hardalddotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (4 uppl. s. 165–198). Lund: Studentlitteratur.

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), 1-12.  
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=2138f8c5-2c00-41b7-8263-68af3bafba32%40sessionmgr4006>

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad – etik och människosyn*. (A. Björkander Mannheimer, Övers.). Stockholm: Liber AB.

Blomqvist, K., & Petersson, P. (2014). Vårdkedjans aktörer och organisering. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder – ansvar och utveckling* (2 uppl. s. 167–194). Lund: Studentlitteratur.

Brottsförebyggande rådet. (2019). *Konstaterade fall av dödligt våld – En granskning av anmält dödligt våld 2018*. Hämtad från  
[https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e50a0/1553781831679/Sammanfattning\\_D%C3%B6dligtv%C3%A5ld\\_2018.pdf](https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e50a0/1553781831679/Sammanfattning_D%C3%B6dligtv%C3%A5ld_2018.pdf)

\* 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(3), 143-152. doi: <https://doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x>

Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken – För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (P. Larsson, Övers. 4 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eriksson Barajas, K., Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Systematiska litteraturstudier i utbildningsvetenskap – Vägledning vid examensarbeten och vetenskapliga artiklar*. Natur & Kultur: Stockholm.

Eriksson, M. (2015). Salutogenes är mer än känsla av sammanhang. I M. Eriksson (Red.), *Salutogenes – om hälsans ursprung* (s. 92–104). Stockholm: Liber AB.

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

Friberg, F. (2017b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl. S. 129–139). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2011). Violence against women: an urgent public health priority. *Bull World Health Organ*, 89(2), 2-3. doi:10.2471/BLT.10.085217

Garpenby, P., & Carlsson, P. (2019). Organisationsförändringar och prioriteringar i svensk sjukvård. I P. Blomqvist (Red.), *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård* (2 uppl. s. 187–221). Lund: Studentlitteratur.

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

Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 7(12). doi:10.1186/1471-2458-7-12

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod och design – Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s. 111–119). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Mårtensson, J. (2017). Publicering av examensarbete. I I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod och design – Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s. 495–506). Lund: Studentlitteratur.

\* Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health and Social Care in the Community* 20(4), 347-355. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x

\* Häggblom, A., & Dreyer Fredriksen, S-T. (2011). ”Der bliver ofte stille” – sygeplejerskers møde med kvinder, som har været udsat for vold. *Klinisk Sygepleje*, 25(1), 67–76.



\* Häggblom, A. M. E., & Möller, A. R. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. *Qualitative Health Research* 16(8), 1075-1090. doi: 10.1177/1049732306292086

Johnsson-Latham, G. (2019). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért & Y. Hardalddotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (4 uppl. s. 21–56). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod och design – Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s. 81–97). Lund: Studentlitteratur.

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

Lindahl, M., & Juhl, C. (2014). *Från argumentation till uppsats – För vårdvetenskap*. (J. Retzlaff, Övers.). Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Lundgren, E. (2004). *The process of normalising violence*. (S. Lundgren, Övers.). Linköping: Tryckeriet AB.

\* McGarry, J. (2016). Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care service. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2266-2273. doi:10,1111/jocn.13203

Moser Hällen, L., & Sinisalo, E. (2018). Hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. I E. Sinisalo & L. Moser Hällen (Red.), *Våld i nära relationer* (s. 271–288). Stockholm: Liber AB.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod och design – Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s. 421–438). Lund: Studentlitteratur

Määttä, S., & Öresland, S. (2009). Genuskoll i omvårdnad. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt* (1 uppl. s. 90-106). Lund: Studentlitteratur.

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2008). *Handbok – Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. (NCK-rapport 2008:1). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK).

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. (NCK-rapport 2010:4). Hämtad från <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/492/nck-rapport-att-fraga-om-valdsutsatthet-som-en-del-av-anamnesen-2010-4.pdf>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa – En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. (NCK-rapport 2014:1). Hämtad från [http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/487/nck-rapport-vald-och-halsa-2014-1.pdf#\\_utma=1.2102588931.1583406700.1583406700.1583406700.1&\\_utmb=1.14.10.1583406700&\\_utmc=1&\\_utmz=1.1583406700.1.1.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&\\_utmv=-&\\_utmh=161644732](http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/487/nck-rapport-vald-och-halsa-2014-1.pdf#_utma=1.2102588931.1583406700.1583406700.1583406700.1&_utmb=1.14.10.1583406700&_utmc=1&_utmz=1.1583406700.1.1.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmh=161644732)

Nordborg, G. (2019). Mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért & Y. Hardalddotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (4 uppl. s. 57–95). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3 uppl.). Stockholm: Liber AB.

*Patientlag* (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. (2018). Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1170-1182. doi: 10.1111/jocn.14152

Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2013). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2253-2263. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x

Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572-576. doi: 10.1016/j.jen.2009.09.0008

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod och design – Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s. 375–389). Lund: Studentlitteratur.

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

Santamäki Fischer, R., & Dahlqvist, V. (2014). Tröst och trygghet. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt* (2 uppl. s. 297–321). Lund: Studentlitteratur.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik – Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber AB.

Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar – Rapport december 2013* (2013-12-2). Hämtad från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2013-12-2.pdf>

*Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer* (SOSFS 2014:4). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2014-5-7.pdf>

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

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

Socialstyrelsen. (2016b). *Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade* (2016-3-2). Hämtad från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2020-03-04 från

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

\* Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattn, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2015). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering woman exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2256-2265. doi:10.1111/jocn.12992

Valentin, M. (2013). *Women, Violence and State Responsibility: A closer look at Sweden's obligations under international law*. Stockholm: Juridiska fakulteten, Stockholms universitet.

\* van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2242-2252. doi: 10.1111/jan.12099

van Wyk, N., & van der Wath, A. (2015). Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective. *Journal Contemporary Nurse*, 50(1), 94-103. doi: 10.1080/10376178.2015.1010254

\* Webster, F., Bouck, M. S., Wright, B. L., & Dietrich, P. (2006). Nursing the social wound: public health nurses' experiences of screening for woman abuse. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38(4), 137-153.

<https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2023/2017>

Woodtli, M.A. (2001). Nurses' Attitudes Toward Survivors and Perpetrators of Domestic Violence. *Journal of Holistic Nursing*, 19(4), 340-359.  
doi:10.1177/089801010101900404

World Health Organization. (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence: A clinical handbook*. Hämtad från  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO\\_RHR\\_14.26\\_eng.pdf;jsessionid=4B01D63154BF609A92CFCAB696351296?sequence=1#\\_utma=1.1549795785.1583924635.1583924635.1583924635.1&\\_utmb=1.2.10.1583924635&\\_utmc=1&\\_utmx=-&\\_utmz=1.1583924635.1.1.utmcsr=\(direct\)|utmccn=\(direct\)|utmcmd=\(none\)&\\_utmv=-&\\_utmh=151624377](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf;jsessionid=4B01D63154BF609A92CFCAB696351296?sequence=1#_utma=1.1549795785.1583924635.1583924635.1583924635.1&_utmb=1.2.10.1583924635&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1583924635.1.1.utmcsr=(direct)|utmccn=(direct)|utmcmd=(none)&_utmv=-&_utmh=151624377)

World Health Organization. (2017). *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A manual for health managers*. Hämtad från

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf?sequence=1#\\_utma=1.1820103174.1583311083.1583311083.1583311083.1&\\_utmb=1.2.10.1583311083&\\_utmc=1&\\_utmz=1.1583311083.1.1.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&\\_utmv=-&\\_utmh=223253915](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf?sequence=1#_utma=1.1820103174.1583311083.1583311083.1583311083.1&_utmb=1.2.10.1583311083&_utmc=1&_utmz=1.1583311083.1.1.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmh=223253915)

World Medical Association. (2019). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2020-03-13 från

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

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

## Sökschema

Se guiden *Stöd för informationssökning i examensarbeten på sjuksköterskeprogrammet* som finns på kursytan för information om hur sökschemat ska fyllas i.

<b>Databas: Cinahl Complete</b>			
<b>Datum: 2020-03-26</b>			
<b>Syfte:</b> Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom öppenvård.			
<b>Sökning nr och namn</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
1 – Våldsutsatta kvinnor	”Domestic violence” [MH] OR ”intimate partner violence” [fritext] OR ”battered women” [fritext] OR ”abused women” [fritext]	21,816	
2 - Erfarenhet	”Qualitative Studies” [MH] OR interview [fritext] OR experienc* [fritext] OR “Nurse Attitude” [MH] ”nurse attitude*” [fritext]	868,062	
3 - Sjuksköterskor	Nurses [MH] OR Nurs* [fritext]	961,033	
4 - Möte	“Nurse-patient relations” [MH] OR encounter* [fritext]	77,316	
5 -	1 AND 2 AND 3 AND 4	128	
Begränsningar	Peer-reviewed, årtal 2005-2020	91	8

<b>Databas: PubMed</b>			
<b>Datum: 2020-04-03</b>			
<b>Syfte:</b> Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom öppenvård.			
<b>Sökning nr och namn</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
1 – Våldsutsatta kvinnor	Domestic violence [MeSH] OR Intimate partner violence [MeSH]	45,544	
2 - Möte	Nurse-patient relations [MeSH]	35,177	
3 –	1 AND 2	321	8 (7)
<b>Totalt</b>			1

(x) = externa dubletter, avser antalet artiklar som påträffats mer än en gång.



<b>Databas: PsychINFO</b>			
<b>Datum: 2020-04-06</b>			
<b>Syfte:</b> Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom öppenvård.			
<b>Sökning nr och namn</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
1 – Våldsutsatta kvinnor	Domestic violence [command line] OR intimate partner violence [command line]	26,684	
2 - Möte	Nurse patient relations [command line]	8200	
3 -	1 AND 2	47	
<b>Begränsningar</b>	Peer-reviewed	26	7 (6)
<b>Totalt</b>			1

(x) = externa dubletter, avser antalet artiklar som påträffats mer än en gång.

## Febe Fribergs granskningsmall

### Kvalitativa studier:

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden?
- Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Är metoden beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur analyserades data?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det något etiskt resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antagande, t. ex vårdvetenskapliga antagande?

## Artikelöversikt

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Al-Natour, A., Quandil, A. & Gillespie, G.L.  Nurses' roles in screening for intimate partner violence  Jordanien, 2016.	Syftet var att beskriva jordanska sjuksköterskors roll och utövande vid screening för våld i nära relationer.	Ändamålsenligt urval. 12 sjuksköterskor, sex kvinnor och sex män. Inklusionskriterier: vara jordanier, arbetat minst 1 år som sjuksköterska, patientnära arbete med våldsutsatta kvinnor. Semistrukturerade, individuella intervjuer.	Forskarna tillfrågade sjuksköterskorna på arbetet och fick muntligt medgivande. Intervjuarna hade ingen relation med deltagarna. Intervjuerna utfördes på arabiska. Fenomenologisk analys.	Framkom att det inte fanns tydliga riktlinjer eller yrkesbeskrivning för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor samt att jordansk kultur sågs som ett potentiellt hinder för screening.	Trovärdighet: <u>Stärks</u> då resultatet är rimligt relaterat till syftet. Pålitlighet: <u>Sänks</u> då forskarna inte redovisar sin förförståelse. Bekräftelsebarhet: <u>Stärks</u> då metod och analys är väl beskrivet. Överförbarhet: <u>Sänks</u> då resultatet endast går att applicera i jordansk kontext.
Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., & Pedraza, D.  Intimate partner violence: Advanced practice nurse clinical stories of success and challenge.  2011, USA.	Syftet var att öka förståelsen för hur APN's (advanced practice nurse) upplever att arbeta med kvinnor och deras familjer som lever i våld i nära relation.	Ändamålsenligt urval. Tio praktiserande sjuksköterskor, med mer än 10 års erfarenhet. Fokusgrupper.	Deltagarna kontaktades av forskarna, och forskarna fick även förslag om potentiella deltagare. Fokusgrupper i bibliotek där deltagarna fick berätta om 25 olika situationer om arbete med våldsutsatta kvinnor. Första författaren höll i dessa fokusgrupper. Narrativ analys, fokusgrupper.	Att vårda våldsutsatta kvinnor genererade känslor så som sorg och ilska, samtidigt som sjuksköterskorna var tvungna att spegla professionalism i form av empati. Det var viktigt att skapa en trygg plats för kvinnorna att kunna delge sin situation.	Trovärdighet: <u>Stärks</u> då resultatet är omfattande och rimligt. Pålitlighet: <u>Stärks</u> då det framgår vem som utfört analysen. <u>Sänks</u> då forskarna inte redovisar sin förförståelse. Bekräftelsebarhet: <u>Sänks</u> då beskrivning av datainsamling är bristfällig. <u>Stärks</u> då urvalet var väl beskrivet. Överförbarhet: <u>Sänks</u> då forskarna inte själva resonerar kring detta. Metod är bristfällig och gör det därmed svårt att överföra i annan kontext.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Goldblatt, H.  Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences.  Israel, 2009.	Syftet var att undersöka hur sjuksköterskors professionella och individuella upplevelser påverkas av att vårda våldsutsatta kvinnor.	Ändamålsenligt urval. 22 kvinnliga sjuksköterskors deltog, uppdelat på nio sjukhus. Yrkeserfarenhet mellan 1-25 år. Individuella intervjuer med intervjuguide.	Deltagarna rekryterades av 14 sjuksköterskestudenter inne på sitt fjärde år, under deras praktik. Deltagarna fick information om studien och skrev under ett samtycke. Intervjuerna genomfördes på hebreiska. Tematisk analys,	Mötet med våldsutsatta kvinnor suddade ut gränsen mellan sjuksköterskornas professionella och privata liv. Det framkom att sjuksköterskorna hade svårt att distansera sig från kvinnans situation, vilket resulterade i att sjuksköterskan antog ett sympatiskt förhållningssätt.	Trovärdighet: <u>Stärks</u> då resultatet är giltigt gentemot syftet. Pålitlighet: <u>Stärks</u> då det framgår vem som utfört intervjuerna. <u>Sänks</u> då författaren inte redovisar sin förförståelse. Bekräftelsebarhet: <u>Stärks</u> då metoddelen är väl detaljerad och utformad. Överförbarhet: <u>Sänks</u> då forskaren själv inte för resonemang kring överförbarhet.
Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Latila, A., & Mäntysaari, M.  Making sense of domestic violence intervention in professional health care.  2012, Finland.	Syftet var att utforska legitimerad personals process av ingripande vid våld samt organisationens praxis kring våld.	Ändamålsenligt urval. 30 deltagare, varav 22 kvinnor och åtta män från fyra yrkesgrupper: sjuksköterskor, läkare, socialarbetare och psykologer. Intervjuer genom sex olika fokusgrupper. Yrkesgrupperna var för sig (fyra) samt två mixade.	Deltagarna rekryterades på ett möte kring studien. Några volonterade, andra rekommenderades av sjukhusets kontaktperson. Sex fokusgrupper bildades, och kodades. Intervjuerna var inspelade, filmade och manuellt nedskrivna. Kvalitativ inramningsanalys.	I mötet med våldsutsatta kvinnor finns barriärer som tidsbrist, personalbrist samt personalens attityder. Detta leder till att personalen känner sig osäkra i mötet med våldsutsatta kvinnor. Osäkerheten grundar sig även i kunskapsbrist. Olika professioner ser problemet på olika sätt.	Trovärdighet: <u>Stärks</u> då resultatet svarar på syftet. Forskarna har god kunskap om ämnet sen tidigare. Pålitlighet: <u>Sänks</u> då forskarna inte redovisar sin förförståelse. Bekräftelsebarhet: <u>Stärks</u> då urvalet och datainsamling är väl beskrivet. Överförbarhet: <u>Sänks</u> då forskarna själva inte för resonemang kring överförbarhet.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Hägglblom, A., & Fredriksen, S-T D.  ”Der bliver ofte stille” – sygeplejerskers møde med kvinder, som har været udsat for vold.  Finland, 2011.	Syftet var att beskriva och undersöka samt tolka sjuksköterskors upplevelse och ingivelser i mötet med våldsutsatta kvinnor.	Ändamålsenligt urval. Tio sjuksköterskor deltog. Medelålder 46 år, medel yrkeserfarenhet på 24 år. Individuell intervju i dialogform, öppna frågor.	Tre första sjuksköterskorna ingick i studien på förslag av vårdchef, resterande via muntlig kontakt med forskaren. Skriftligt medgivande. Intervjuerna utfördes på neutral plats. Kvaless analysmetod (1997).	Sjuksköterskor handlar ofta utifrån ingivelser. När de var öppna för sinnesintryck blev det ett gott möte. Vid miss av identifiering av våldsutsatta kvinnor uppstod känslor av misslyckande och sorg hos sjuksköterskorna.	Trovärdighet: <u>Stärks</u> då resultatet är rimligt gentemot syftet. Pålitlighet: <u>Sänks</u> då forskarna inte redovisat sin förförståelse. <u>Stärks</u> då det framgår vem som utfört intervjuerna. Bekräftelsebarhet: <u>Stärks</u> då det framgår vem som utfört analysen. Väl beskriven datainsamling. Överförbarhet: <u>Sänks</u> då författarna inte diskuterar överförbarhet.
Hägglblom, A. M. E., & Möller, A. R.  On a Life-Saving Mission: Nurses’ Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse.  Finland, 2006.	Syftet var att utforska sjuksköterskors upplevelser av fenomenet våld mot kvinnor, samt sjuksköterskornas roll som vårdgivare till dessa kvinnor.	Ändamålsenligt urval. Tio sjuksköterskor deltog, alla kvinnor. Anställning på nuvarande arbetsplats varierade mellan 2-33 år, medel 18 år. Åldersspann mellan 36-56 år, medel 46. Individuella intervjuer med fyra öppna frågor.	En av forskarna (AH) tog kontakt med utvalda enheter genom dess huvudansvariga sjuksköterska. Forskaren förklarade studiens syfte och bad om namn på eventuella deltagare som sedan blev kontaktade via telefon. De gav sitt medgivande och bestämde tid för intervju. Grounded Theory.	Sjuksköterskorna såg sig själva som en viktig nyckelperson i att möta våldsutsatta kvinnor. Mötena genererade i frustration och stress hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna upplever etisk stress som påverkar deras professionalism.	Trovärdighet: <u>Stärks</u> då resultatet är rimligt gentemot syftet. Pålitlighet: <u>Sänks</u> då forskarna inte redovisat förförståelse. Bekräftelsebarhet: <u>Stärks</u> då metoddelen är väl beskriven. Överförbarhet: <u>Sänks</u> då författarna själva inte för resonemang kring överförbarheten. <u>Stärks</u> då studiens metoddel är väl beskriven samt att studiens kontext liknar den sjukvårdskontext som finns i de nordiska länderna.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings-metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>McGarry, J.</p> <p>Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care service.</p> <p>2016, Storbritannien.</p>	<p>Syftet var att utforska sjukvårdpersonals erfarenheter av handlingsberedskap vid våld och misshandel i hemmet, samt att utvärdera effektiviteten av utbildning och stöd från specialistutbildad sjuksköterska inom våld i nära relation.</p>	<p>Ändamålsenligt urval. Elva sjukvårdspersonal deltog, alla kvinnliga, med en anställning på nuvarande arbetsplats mellan sex månader och 30 år. Semistrukturerade individuella intervjuer, med intervjuguide.</p>	<p>Ett regionsjukhus i Storbritannien valdes ut. Deltagarna rekryterades under en utbildning om våld. Information om studien delades ut och deltagarna erhöll ett förtryckt kuvert att skicka tillbaka om medverkan till forskarna med kontaktuppgifter. Informerat samtycke från alla deltagare. Tematisk analys.</p>	<p>Den specialistutbildade sjuksköterskans inverkan och uppbackning sågs som ovärderligt hos personalen. Organisatoriska och miljömässiga hinder förekom i mötet mellan sjukvårdspersonal och våldsutsatta individer.</p>	<p>Trovärdighet: <u>Stärks</u> då resultatet är relevant gentemot syftet. <u>Sänks</u> då tolkning av analysen inte har granskats av utomstående. Pålitlighet: <u>Sänks</u> då författaren inte redovisat sin förförståelse. Bekräftelsebarhet: <u>Sänks</u> då urval och analys var kortfattat och saknade detaljerad information. Överförbarhet: <u>Stärks</u> då forskaren för resonemang kring överförbarheten.</p>
<p>Sundborg, E., Thörnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., &amp; Hylander, I.</p> <p>To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence.</p> <p>Sverige, 2015</p>	<p>Syftet var att förbättra förståelsen för distriktsköterskors upplevelser av att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation.</p>	<p>Ändamålsenligt urval. Elva kvinnliga sjuksköterskor intervjuades med öppna frågor + intervjuguide. Modell togs fram utifrån dessa, sedan intervjuades en specialistsjuksköterska. Slutligen intervjuades också 15 anställda inom primärvården för att bekräfta modellens trovärdighet.</p>	<p>20 vårdcentraler i Stockholm blev randomiserat utvalda. Vårdcentralen fick själv utse en frivillig representant, resulterade i elva deltagare. Informerat samtycke. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplats. Grounded Theory.</p>	<p>Visade att det fanns en stor brist i att fråga om våld. Modellen skapades utifrån detta behov och ökade förståelsen kring de barriärer som hindrade sjuksköterskorna från att fråga om våld. Detta ska hjälpa sjuksköterskorna att reflektera över sina tankar och sin roll i situationen.</p>	<p>Trovärdighet: <u>Stärks</u> då resultatet är relevant relaterat till syftet. Pålitlighet: <u>Sänks</u> då forskarna inte redovisar förförståelse. <u>Stärks</u> då det framgår hur och vem som genomfört intervjuerna. Bekräftelsebarhet: <u>Stärks</u> då urval, datainsamling samt analys är väl beskrivet. Överförbarhet: <u>Stärks</u> då forskarna diskuterar överförbarheten. Kan överföras till liknande kontext, men bör testas och kontrolleras först.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Van der Wath, A., van Wyk, N., & van Rensburg, E.J  Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence – a  Sydafrika, 2013.	Syftet var att utforska och beskriva det centrala i akutsjuksköterskans erfarenheter av att ta hand om överlevande från våld i nära relationer.	Ändamålsenligt urval. Elva akutsjuksköterskor deltog. Ålder 25-50 år. Inklusionskriterier: Haft kontakt med våldsutsatt kvinna året innan studiens datainsamling. Individuell intervju med öppna frågor.	Forskarna valde sjukhusen utifrån att de kontinuerligt har kontakt med våldsutsatta kvinnor. Öppen fråga ställdes inledningsvis. Forskaren förde anteckningar om egna känslor samt om deltagarens icke- verbala beteende. Deskriptiv analys.	Resultatet visade att sjuksköterskor som arbetade med våldsutsatta kvinnor löpte större risk att drabbas av psykisk ohälsa. De blev stressade och känslomässigt påverkade. Sjuksköterskorna antog ofta ett sympatiskt förhållningssätt.	Trovärdighet: <u>Stärks</u> då resultatet är rimligt relaterat till syftet. Pålitlighet: <u>Sänks</u> då ingen förförståelse redovisas. <u>Stärks</u> då forskaren skriver sina reflektioner under intervjun. Bekräftelsebarhet: <u>Sänks</u> då det inte framgår vem som utfört analysen. Överförbarhet: Kontext är beskrivet ( <u>stärks</u> ), dock ej fullständigt urval ( <u>sänks</u> ). Kan överföras till liknande kontext.
Webster, F., Bouck, M. S., Wright, B. L., & Dietrich, P.  Nursing the Social Wound: Public Health Nurses' Experiences of Screening for Woman Abuse  Kanada, 2006.	Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att screena för kvinnomisshandel inom sin kliniska praxis.	Ändamålsenligt urval. Elva sjuksköterskor deltog. Semistrukturerade, individuella intervjuer med intervjuguide.	En av forskarna informerade sjuksköterskorna om studien på ett arbetsplatsmöte som sedan fick kontakta forskaren för deltagande. Intervjuerna skedde under arbetstid. Grounded Theory.	Det är av största vikt att sjuksköterskorna har en beredskap för att möta och screena kvinnor som utsatts för våld. Samverkan är av betydande vikt. Sjuksköterskan kunde bli emotionellt engagerad i patientens situation.	Trovärdighet: <u>Stärks</u> då forskarna låtit deltagarna ta del av insamlad data för att bekräfta resultatet. Pålitlighet: <u>Stärks</u> då forskarna redovisar sin inverkan och objektivitet gentemot deltagarna och studien. <u>Sänks</u> då de inte redovisat förförståelsen i text. Bekräftelsebarhet: <u>Stärks</u> då metod är detaljerad och väl genomarbetad. Överförbarhet: <u>Sänks</u> då författarna själva inte diskuterar kring överförbarhet.