JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Att våga se, fråga och agera

En litteraturöversikt om sjuksköterskans erfarenheter av att vårda våldsutsatta kvinnor

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad*

FÖRFATTARE: *Jessica Andersson, Linette Mellén Molldén & Lina Thorén*

HANDLEDARE: *Frida Liabäck*

JÖNKÖPING: *2020 Maj*

Titel: Att våga se, fråga och agera – En litteraturöversikt om sjuksköterskors erfarenhet av att vårda våldsutsatta kvinnor

Sammanfattning

Bakgrund: Våld i nära relation definieras av att begå skadliga handlingar mot en intim partner. Mäns våld mot kvinnor kan leda till omfattande skador. Sjuksköterskan utgör en viktig roll i screeningen av våld, samtidigt är dåligt bemötande är en vanlig upplevelse hos utsatta kvinnor i mötet med vården.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att vårda kvinnor som har utsatts för mäns våld i nära relation.

Metod: En litteraturöversikt av 12 vetenskapliga resultatartiklar med kvalitativ design som induktivt analyserades med hjälp av Fribergs fem steg. Artikelsökningar har genomförts i CINAHL, PsycINFO, och manuellt.

Resultat: Resultatet visade att sjuksköterskorna beskrev bristande kunskaper orsakat av avsaknad av strategier, förutfattade meningar, samt avsaknad av rutiner. Resultatet beskrev även sjuksköterskornas erfarenheter av att vara mänskliga, då känslor och tidsbrist förekom i vårdrelationen med våldsutsatta kvinnor.

Slutsats: När kvinnor utsatta för våld söker vård bär sjuksköterskor en betydelsefull roll i att stötta och hjälpa. Trots detta ansvar, brister sjuksköterskornas förmåga att hantera och vidta åtgärder vid bekräftande av våldsutsatthet. Ytterligare lärdomar inom ämnet visade sig vara nödvändigt för att kunna vårda kvinnorna personcentrerat.

Nyckelord: *erfarenhet, kvalitativ, litteraturöversikt, nära relation, personcentrerad vård, sjuksköterska, våld, våldsutsatta kvinnor*

Title: Dare to see, ask and act – A literary review about the nurse's experience of caring for abused women

Summary

Background: Intimate partner violence, is defined as committing harmful acts towards an intimate partner. Men's violence against women leads to severe damage. The nurse plays an important role when screening for violence, though the experience of poor treatment from nurses is common among abused women

Aim: The aim was to describe the nurse's experiences of caring for women that has been exposed to men's violence in an intimate relationship.

Method: A literary review of 12 articles with qualitative design that were inductively analyzed using Friberg's five steps. Articles has been searched by using CINAHL, PsycINFO, and manually.

Results: The result showed that nurses described insufficient knowledge caused by lack of strategies, preconceptions and lack of routines. The result also described the nurses' experience of being human, caused by the emotions and lack of time in the nurse-patient relationship with the abused women.

Conclusion: When abused women seek care, the nurse plays an important role supporting and helping the woman. Despite this responsibility, the nurses lack ability to manage a confirmation of abuse. More knowledge in the subject showed to be essential when performing person centered care for abused women.

Keywords: *abused women, care, experience, literary review, nurse, person centered, qualitative, relationship, violence.*

Innehållsförteckning

Inledning 1

Bakgrund 1

Mäns våld mot kvinnor i en nära relation 1

Konsekvenser av mäns våld 1

Mötet med vården 2

Omvårdnad 3

Personcentrerad vård *3*

Syfte 3

Metod 4

Design 4

Urval och datainsamling 4

Dataanalys 4

Forskningsetiska överväganden 5

Resultat 6

Att ha bristande kunskaper 6

Avsaknad av strategier *6*

Förutfattade meningar *7*

Avsaknad av rutiner *7*

Att vara mänsklig 8

Känslor i en vårdrelation *8*

Tiden räcker inte till *8*

Diskussion 9

Metoddiskussion 9

Resultatdiskussion 10

Slutsats 13

Kliniska implikationer 13

Referenser 14

Bilagor

Bilaga 1. Sökmatris

Bilaga 2. Protokoll för kvalitetsgranskning

Bilaga 3. Artikelmatris

Inledning

Varje dag utsätts 205 kvinnor för mäns våld i nära relation, vilket motsvarar nästan 9 kvinnor varje timme (Socialstyrelsen, 2019). Våldet innefattar fysisk, psykisk och sexuell handling som orsakar lidande hos den våldsutsatta kvinnan. Mäns våld mot kvinnor i nära relation leder till kostnader upp mot 45 miljarder kronor årligen för samhället (Regeringen, 2016). World Health Organization, (WHO, 2013) konstaterar att mäns våld mot kvinnor i nära relation är ett allvarligt hot mot kvinnans hälsa. Våldsutsatta kvinnor är mer benägna att söka vård, än kvinnor som inte utsätts för våld, trots det framkommer det inte att våld är grundorsaken i den primära vårdkontakten (WHO, 2017). Sjuksköterskan kan vara den första som kommer i kontakt med den misshandlade kvinnan och spelar därmed en avgörande roll vid ingripandet av att synlighetsgöra våldsutsattheten, både genom att vidta medicinska åtgärder och stötta känslomässigt (Ali & McGarry, 2018). En väsentlig förutsättning för att kvinnor som utsätts för mäns våld i nära relation ska få den hjälp de behöver, är att våldet upptäcks och synliggörs. Våldsutsatta kvinnor som söker till hälso- och sjukvården har sjuksköterskan som första vårdkontakt (Nationellt Center för Kvinnofrid, NCK, 2014). Från och med första juli 2018 är det krav på att sjuksköterskeutbildningen ska undervisa om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer (Svensk författningssamling 2017:857).

Bakgrund

Mäns våld mot kvinnor i en nära relation

Mäns våld mot kvinnor innefattar psykisk, fysisk, sexuell, ekonomisk eller materiell handling som resulterar i skada eller lidande riktat mot tjejer och kvinnor (Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer, u.å.). Definitionen av en nära relation innefattar alla typer av parrelationer, där intimt förhållande med en flickvän, pojkvän, hustru eller man räknas in. Likväl som sam- och särboende (Brottsförbyggande rådet, BRÅ, 2019). Att utsättas för våld är ett vanligt förekommande problem, såväl för individen som för samhället (NCK, u.å.). Kvinnor som utsätts av mäns våld i nära relation utgör ett folkhälsoproblem där kvinnors mänskliga rättigheter åsidosätts. En av tre kvinnor i världen har någon gång upplevt fysiskt och/eller sexuellt våld i nära relation. Globalt sett har 38 % av alla kvinnor som utsätts för dödligt våld begåtts av en manlig partner i en nära relation (WHO, 2017). Årligen blir 13 kvinnor i Sverige offer för dödligt våld av en nuvarande eller tidigare partner. Orsaker till mäns våld mot kvinnor i nära relation beskrivs som ojämn maktfördelning mellan kvinnor och män, där kvinnor anses vara svagare än männen (BRÅ, 2015). Händelser där våld begås i offrets bostad är ofta starkt förknippat med alkoholkonsumtion hos förövaren och mörkertalet är stort. Mäns våld mot kvinnor i nära relation är ett omfattande problem som leder till negativa konsekvenser för offrets hälsa (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010).

Konsekvenser av mäns våld

Mäns våld mot kvinnor är inte ett nytt fenomen och inte heller dess konsekvenser det leder till, gällande kvinnans fysiska, psykiska och reproduktiva hälsa (WHO, 2013). Våld kan leda till skador där sjukvård behövs akut, men det kan också leda till fysiska icke akuta symtom, som magproblematik och smärta. Kvinnor som utsätts för våld huruvida det är psykiskt, fysiskt eller sexuellt, upplever sämre hälsa och livskvalitet (Berglund, 2010). Fysiska och psykiska hälsotillstånd som kan drabba våldsutsatta kvinnor kan vara ångest, depression, avslutade samt oönskade graviditeter. Posttraumatiskt stressyndrom, ohälsosamma matvanor samt alkoholproblematik är

vanligt förekommande till följd av mäns våld mot kvinnor (Lawoko, Sanz, Helström & Castren 2011).

Kvinnor som utsatts för våld i nära relation upplever en stor rädsla för att utsättas igen, trots det undgår kvinnorna i många fall från att söka hjälp (Flury, Nyberg & Riecher – Rössler, 2010). Rädsla och oro överväger kvinnans val att avstå från att anmäla brottet då kvinnan hade nuvarande eller tidigare relation till förövaren, samt rädsla för att det skulle leda till negativa konsekvenser. Mer än hälften av våldsbrotten som begås anmäls aldrig och studier visar att offren inte får tillräckligt med stöd och hjälp (BRÅ, 2009).

Enligt en rapport från Regeringen (2016:17/10 s. 39) ger våldets konsekvenser omfattande kostnader för individ och samhälle. Uppskattningsvis kostar mäns våld mot kvinnor i nära relationer samhället 5-45 miljarder kronor årligen. Kostnadsintervallet beror på vilka faktorer som har inkluderas till beräkningen. Faktorer inkluderar både direkta kostnader, så som sjukvård och rättsväsende, men också indirekta kostnader som minskad eller ingen arbetsinkomst för offret.

Mötet med vården

Det uppskattas att 18–25 % av alla vårdsökande kvinnor på akutmottagningen är utsatta för våld, oavsett vad de söker vård för (Fanslow, Norton & Sponola, 1998). Våldsutsatta kvinnor som söker vård beskriver att vården inte tar ansvar. Upplevelserna inkluderar känslan av att bli missförstådd, förbisedd och inte tagen på allvar. Dömande blickar och dåligt bemötande är förekommande vid samtal med sjuksköterskan. Detta resulterar i att kvinnorna upplever skuld över att utsättas för brott, istället för att känna trygghet (Ali & McGarry, 2018). År 1998 infördes lagen mot brottet grov kvinnofridskränkning i Sverige, för att motarbeta mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Syftet med implementeringen av lagen var att skydda kvinnor mot våld, övergrepp och kränkningar av en nuvarande eller en tidigare partner. Idag har mer kunskap om olika former av våld, samt orsaker till mäns våld mot kvinnor i nära relationer framkommit. Trots det uppger kvinnor att hälso- och sjukvården behöver ha större kunskap gällande mötet med våldsutsatta kvinnor (BRÅ, 2019:8). Det är av stor vikt att bibehålla kvinnans integritet och värdighet genom hela vårdprocessen, vilket kräver ömsesidiga relationer under hela vårdförloppet. Prioriteras inte integriteten och värdigheten av sjuksköterskan finns ytterligare risk för att kvinnan upplever övergrepp. Kvinnorna beskriver känslan av en existentiell ensamhet relaterat till att lidandet ignoreras av vårdpersonal. Tidigt upptäckande av våld kan lindra lidande, minska risken för posttraumatisk stress samt skapa bättre förutsättningar för återhämtning. Detta underlättar så att kvinnor som blir offer för våld kan återgå till en normal vardag (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014). Den svenska regeringen har infört flera obligatoriska moment om hur mäns våld i nära relation ska upptäckas och förebyggas. Momenten berör bland annat att utbildningar i hälso- och sjukvårdsyrken inkluderar undervisning gällande våld. Målsättningen med framtagna nationella strategier är att studerande inom yrkesgrupperna ska få ökad kunskap om hur mäns våld i nära relation kan upptäckas och förebyggas, vilket är avgörande för att rädda liv (Regeringskansliet, 2017; SFS 1993:100).

Kvinnor som utsätts för våld i nära relation upplever mötet som en besvikelse, sjuksköterskor försvårar dialogen, ställer inte frågor om våld och tror inte på kvinnor som utsätts för mäns våld (Wendt & Enander, 2013). Våldsutsatta kvinnor söker ofta vård för diffusa fysiska och psykiska symtom som i första hand inte alltid går att förknippa med våld (NCK, u.å).

Omvårdnad

Alla patienter har rätt till en god och säker vård vilket utgör en grund omvårdnaden. Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarområde där målet med omvårdnaden är att varje person ska uppleva delaktighet, trygghet och hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska vård ges med respekt för den enskilda människans värdighet, då målet med vården är att alla människor ska få vård på lika villkor. Det är hälso- och sjukvårdens uppgift att upptäcka och identifiera möjliga orsaker bakom vårdsökandet, vid tecken på våld. Att stötta, visa omtanke och empati är av stor vikt vid vårdandet av våldsutsatta kvinnor (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014). Att ställa frågor, lyssna, bekräfta, dokumentera och hänvisa till ytterligare hjälp, utgör faktorer för personcentrerad vård. Att vårda personcentrerat lämpar sig särskilt väl för våldsutsatta kvinnor, då förhållningssättet bygger på partnerskap och patientberättelse. Patienten ska betraktas som en person med flera dimensioner, istället för att bli reducerad till en diagnos (Ekman et al., 2011).

Personcentrerad vård

I sjuksköterskans profession ingår det att vårda personcentrerat, vilket innebär att möta patienten i dess befintliga situation. Personcentrerad vård grundar sig i tre olika nyckelbegrepp, partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Partnerskapet utgör den mest framstående delen inom personcentrerad vård. Det handlar om att inge trygghet och en ömsesidig respekt för varandra. Ena sidan av partnerskapet består av patientens kunskap gällande att leva med sjukdomen eller tillståndet. På andra sidan finns hälso- och sjukvårdens kunskap gällande vården i form av behandling och rehabilitering för sjukdomen eller tillståndet. Det andra nyckelbegreppet i personcentrerad vård är patientberättelse, som syftar till att lyssna till patientens erfarenheter om hur det är att leva med sjukdomen eller tillståndet. Vid eventuell diagnos, sjukdom eller hotande tillstånd ska patienten tillsammans med sjuksköterskan utvärdera hanteringsalternativ som är anpassade till patientens livsstil, värderingar och hälsoproblem. Därefter formas en vårdplan för patienten där både kort- och långsiktiga mål och uppföljningar inkluderas. Det tredje nyckelbegreppet består av dokumentation. Dokumentering ska ske utifrån berättelsen med respekt inför patientens önskningar och hänsyn för eventuell sekretess. Patientens värderingar ska framgå i beslutsfattandet, och en ständig dialog mellan sjuksköterska och patient ska föras. Detta underlättar för att lättsamt kunna följa patienten genom vårdkedjan och samtidigt behålla en kontinuitet (Centrum för Personcentrerad Vård, 2017).

För kvinnor som utsätts för mäns våld i nära relation är berättandet av sin historia en viktig del i frigörelsen. Genom att lyssna på kvinnornas berättelse ges en inblick i deras verklighet, samt en djupare förståelse för deras många olika identiteter (Silvia-Martinez, 2017). Detta motiverade valet att använda förhållningssättet personcentrerad vård som grund för litteraturöversikten. Att vårda personcentrerat och se hela patienten kan vara avgörande vid mötet med kvinnor som utsatts för misshandel, trots detta finns fortfarande osäkerheter hos sjuksköterskan kring vårdandet av våldsutsatta kvinnor.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att vårda kvinnor som utsatts för mäns våld i nära relation.

Metod

Design

Litteraturöversikten bygger på en kvalitativ design, där en sökning och sammanställning av kvalitativa resultatartiklar har genomförts. En induktiv ansats har tillämpats, då det handlar om att sammanställa data utifrån empirin. Induktiv ansats beskriver personers erfarenheter av fenomen, och det var sjuksköterskans erfarenheter som varit av betydelse för analysen av innehållet (Henricson & Billhult, 2017).

Urval och datainsamling

Data har samlats in via följande databaser, CINAHL och PsycINFO. CINAHL är inriktad på omvårdnadsforskning och PsycINFO är en databas som är inriktad på internationell litteratur inom psykologi. Syftet kom att styra sökorden vilket därmed ledde till att följande sökord användes: nurs*, “experience* or attitude”, "battered women" or "domestic abuse" or "domestic violence" or "battered wife" or "wife abuse". Trunkering tillämpades på orden som gick att böja för att alla böjningsformer av ordet skulle visas i sökresultaten. För att få fram ett brett spektrum av sökresultat användes booleska söktermer. Söktermen AND användes för att knyta ihop två sökord, medan OR användes för att visa resultat för båda sökorden och därmed få ett bredare sökresultat (Östlundh, 2017). Artiklar markerade med astrixsymbol i referenslistan utgör arbetets resultat (se bilaga 2).

Inklusionskriterierna för arbetet innefattade artiklar av kvalitativ karaktär. Resultatet kom att avgränsas till artiklar som redogör för mäns våld mot kvinnor i nära relation publicerade mellan 2010 och april 2020, samt var skrivna på engelska. Samtliga inkluderade artiklar var peer reviewed. Peer reviewed innebär att artiklarna är vetenskapligt granskade av en forskare inom ämnet, som säkerställer kvaliteten innan publicering (Henricsson & Billhult, 2017). Artiklar som berörde mäns våld mot kvinnor där en demensdiagnos förekom, barn var inblandade eller där hedersmotiv låg bakom kom att exkluderas från arbetet. Orsaken till detta var att fokus kom att ligga på våld i intima parrelationer, utan annan familj involverad eller att våldet var orsakat av personlighetsförändrande sjukdom. Tillvägagångsättet för screening av artiklar inleddes med att läsa titlar, där titlar som innefattade exklusionkriterierna sållades bort. Vidare lästes abstract hos artiklar som svarade till syftet. Abstract som innehöll exlusionskriterier eller var av kvantitativ karaktär exkluderades. I nästa steg lästes artiklarna i sin fulltext och kvalitetsgranskades. Artiklar som klarade kvalitetsgranskningen gick vidare till resultatet (se bilaga 1).

Kvalitetsgranskning utfördes enligt protokoll för kvalitetsgranskning framtaget av *Hälsohögskolan - Avdelning för omvårdnad, Jönköping*. Protokollet avsåg en kvalitetsgranskning för artiklar av kvalitativ metod. Utförandet av kvalitetsgranskning gjordes för att kritiskt granska studiens uppbyggnad och innehåll, och se ifall kvaliteten upprätthölls utifrån uppsatta kriterier (Friberg, 2017). Mallen för granskning var uppdelad i två delar. Den första delen bestod av fyra kriterier där samtliga kriterier behövde vara uppfyllda för att gå vidare till del två. Den andra delen bestod av åtta kriterier, där sex skulle vara uppfyllda, varav en beskrev etiskt tillstånd, ställningstagande eller förhållningssätt (se bilaga 2).

Dataanalys

Dataanalysen genomfördes med en utgångspunkt i metasyntes, vilket innebär att tidigare publicerade forskningsresultat sammanställs, analyseras och tolkas. För att tolka, analysera och sammanställa data utgick litteraturöversikten från Fribergs fem

steg (Friberg, 2017). Första steget innebär bearbetning av funnet material, där materialet upprepade gånger läses med följsamhet och öppenhet. Samtliga författare till litteraturöversikten läste igenom materialet upprepade gånger för att få ett tydligt grepp om innehållet, för att därmed undvika tolkningsfel. I steg två plockas nyckelfynd ut från resultatet som svarar till syftet, nyckelfynden samlades skriftligt i ett separat dokument och skrevs ut. De utskrivna nyckelfynden klipptes ut och lades ut på ett bord, där gemensamma nämnare kunde urskiljas och bilda kategorier. I tredje steget sammanställs varje studies resultat. Författarna genomförde en schematisk översikt, där varje enskild studies resultat skrevs ut för att få en bra överblick. I fjärde steget jämförs likheter och skillnader i de olika studierna. Författarna jämförde likheter och skillnader i de utklippta resultaten och nyckelfynden. Dessa kunde därmed börja bilda subkategorier, som senare kom att bilda huvudkategorier. I sista steget ska resultatet tydligt presenteras i subkategorier och huvudkategorier. Författarna presenterade resultatet i fem subkategorier och två huvudkategorier, som bildats utifrån resultatartiklarna.

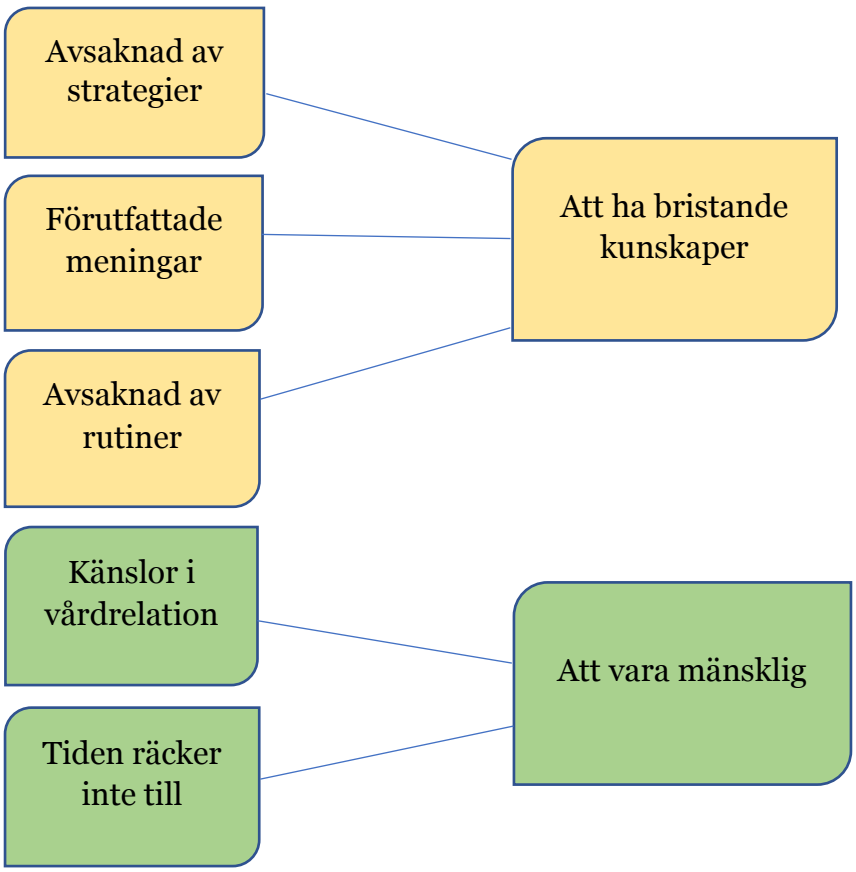
Forskningsetiska överväganden

Forskning som inkluderar människor får enligt lag inte göra skada, samt ska ske med hänsyn och respekt för värdet hos den enskilda människan (SFS 2003: 460). I Helsingforsdeklarationen framgår det att deltagarnas välmående och hälsa prioriteras över vetenskapens och samhällets intressen (World Medical Association, 2013). Detta har tagits hänsyn till under skrivprocessen i litteraturöversikten. Materialet som framställs vid forskning måste ha ett etisk godkännande eller blivit godkända av en etisk kommitté (Forsberg & Wengström, 2016) Samtliga artiklar som blivit utvalda till litteraturöversikten har blivit godkända vid en etisk prövning.

I ett vetenskapligt arbete är hederlighet och ärlighet kärnan. Detta innebär att arbetet inte får vilseleda eller manipulera sanningen. Författarna bakom litteraturöversikten fick inte heller förvränga eller ändra hur arbetet har utförts eller vad resultatet blev. Det är också otillåtet att plagiera annan text, alltså att beslagta text utan att uppge vem upphovsmannen är (Kjellström, 2017). Analysen av artiklarna skulle vara så objektiv som möjligt, trots det gick det inte att undgå att författarnas förförståelse kunde komma påverka resultatet. Detta innebar att författarnas egna erfarenheter och värderingar kunde ha betydelse för hur litteraturöversiktens resultat blev (Priebe & Landström, 2017).

Resultat

Tolv artiklar sammanställdes till ett resultat. Genom kvalitativ analys kunde resultatet indelas i fem subkategorier med två huvudkategorier (se figur 1).



figur.1 Subkategorier och huvudkategorier

Att ha bristande kunskaper

Sjuksköterskors erfarenheter var avsaknad av strategier, förutfattade meningar och avsaknad av rutiner på arbetsplatser, som grundade sig i bristande kunskaper. Följderna medförde att vården för kvinnorna inte blev adekvat.

Avsaknad av strategier

Sjuksköterskorna bar på liknande erfarenheter av att möta kvinnor som utsatts för mäns våld i nära relation, men hade olika kunskaper i identifiering av våldsutsatthet. Sjuksköterskorna använde därför varierande metoder baserat på erfarenheter gällande frågor kring våld, rådgivning och fastställning av övergrepp (Sprauge, Heather, Woollett & Black, 2015).

Sjuksköterskor beskrev att den största anledningen till att hanteringen i mötet med våldsutsatta kvinnor försvårades berodde på brist på kunskaper (Bradbury-Jones, Taylor, Kroll, & Duncan, 2014). Sjuksköterskornas erfarenhet var känsla av otillräcklig kunskap inom ämnet. Vittnesmål om att undvika att undersöka ärendet vid misstanke om våld i nära relation framkom, på grund av okunskap om vad som ska göras ifall det blir bekräftat (Efe, & Taşkın, 2012). Förståelsen för att det professionella ansvarområdet var sjuksköterskans fanns, men samtidigt en tvekan om att fråga på

grund av bristande strategier för hur svaret skulle hanteras (Sundborg, Törnkvist, Salleh, Wändell & Hylander, 2017).

Sjuksköterskans erfarenhet var en vacklan mellan att vara beredd och ambivalent. I vissa situationer kände sjuksköterskan en säkerhet och ett lugn i att fråga om våld, men situationen kunde snabbt förändras till en känsla av osäkerhet. Bidragande faktorer kunde vara ifall det var ett första möte med kvinnan eller ifall situationen var avvikande från vad sjuksköterskan tidigare varit med om (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016; Sundborg et al., 2017). Sjuksköterskor som fick möjligheten att ha en mentor att följa, fråga, dela erfarenheter, problem och framgångar med vittnade om ökad självkänsla inför att sedan självständigt ställas inför mötet med våldsutsatta kvinnor (Brykczynsk, Crane, Medina, & Pedraza, 2011).

Förutfattade meningar

På grund av sjuksköterskornas förutfattade meningar fanns större benägenhet att ställa frågan om våld till kvinnor i de lägre samhällsklasserna, detta trots att våld förekom i alla kulturer och samhällsklasser (Brykczynsk et al., 2011; Robinson, 2010).

Sjuksköterskorna berättade även om fördomar för vad som räknades som våld, framför allt vid vårdandet av kvinnor med andra etniciteter och kulturer. Detta ledde till att sjuksköterskorna valde att inte alltid fråga av rädsla för att ha tolkat signalerna fel (Sundborg et al., 2017). På akutmottagningarna där det fanns rutiner för att screena alla flickor och kvinnor från tolv års ålder för våld hade sjuksköterskorna fördomar om att det var överflödigt i flertalet situationer och valde därför att inte fråga (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & Macmillan, 2012).

Avsaknad av rutiner

Sjuksköterskorna beskrev att det var lättare att fråga kvinnorna om utsatthet av våld om det fanns tydliga riktlinjer på arbetsplatsen om vad som skulle göras då kvinnan bekräftar våldsutsatthet. Brist på riktlinjer ledde till att sjuksköterskorna inte visste när, var och hur frågan om våld skulle ställas (Sundborg et al., 2017). Sjuksköterskorna kände osäkerhet gällande att ställa frågor till våldsutsatta kvinnor, då okunskap fanns gällande hur frågorna skulle ställas. En rädsla fanns för att frågorna skulle kunna leda till obekvämhet och ilska hos kvinnorna (Beynon et al., 2012; Tower, Rowe, & Wallis 2012). Sjuksköterskan beskrev att avsaknad av dedikerade samtalsrum på avdelningen ledde till att vårdmötet blev undermåligt, då det försvårade för att inleda samtal om våld. Sjuksköterskornas erfarenhet var bristen på avskildhet ledde till ett hinder för att inge trygghet och skapa en vårdrelation med kvinnorna (Brykczynsk et al., 2011; van Wyk & van der Wath, 2015).

Sjuksköterskorna beskrev att undermåliga system för hur sjuksköterskor skulle utreda kvinnor som utsattes för våld ledde till att offer inte lyckades fångas upp (Bradbury-Jones, Duncan, Kroll, Moy, & Taylor, 2011). I flertalet av situationerna beskrev sjuksköterskorna att det fanns andra yrkesgrupper som skulle varit mer avsedda att omhänderta våldsutsatta kvinnor, då sjuksköterskorna var av den uppfattning att ansvarområdet låg hos andra professioner, så som socialtjänsten och psykiatriker. Sjuksköterskorna beskrev att plikten såklart fanns hos sjuksköterskan med att tillhandhålla medicinska behandlingar. Dock att verksamheten kräver ett utökat samarbete inom interprofessionella team för att kunna ingripa på rätt sätt i detta (Efe, & Taşkın, 2012). Sjuksköterskor utredde inte våld i nära relation enligt rutinmässiga riktlinjer som var uppsatta av verksamheten, då sjuksköterskorna tolkade riktlinjerna som otydliga. Kunskapen om vilken roll som sjuksköterskan hade i identifiering av våld var inte tydligt och det ledde till att en standardiserad vårdplan inte upprätthölls.

Vården blev därmed inte jämlik för varje kvinna, utan avgjordes av sjuksköterskornas erfarenheter kring av våld i hemmet (Al-Natour et al., 2016; Sprague et al., 2015). Sjuksköterskor beskrev att vidare utbildning inom ämnet våld i nära relation var avsevärt för att kunna upprätthålla en god och säker vård (Efe & Taşkın, 2012). Sjuksköterskor beskrev att ökad förståelse kring olika tecken på våld skulle underlätta för att ge mer adekvat omvårdnad (Bradbury- Jones et al., 2014).

Att vara mänsklig

Sjuksköterskors mänskliga sidor synliggjordes av personliga känslor och värderingar, samt att tiden inte räckte till vid vårdandet av våldsutsatta kvinnor.

Känslor i en vårdrelation

Omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor väckte starka känslor hos sjuksköterskorna vilket ledde till svårigheter att etablera en professionell vårdrelation. Sjuksköterskornas erfarenhet var att det var svårt att synliggöra kvinnornas våldsutsatthet, om kvinnorna hade svårt att se partnerns handlingar som våld (van Wyk, & van der Wath, 2015; Bradbury-Jones et al., 2014). Sjuksköterskorna behövde åsidosätta sina personliga tankar och värderingar, för att kunna vara öppna och förstående gentemot kvinnornas berättelser och val. Sjuksköterskorna vittnade även om erfarenheter gällande känna sympati och förståelse för att kvinnorna hade svårigheter att lämna förhållandet (Tower et al., 2012).

Sjuksköterskor hade erfarenheter av att visad omtanke och lyhördhet ingav förtroende hos kvinnorna. Sjuksköterskornas erfarenhet var att ökad trygghet gjorde kvinnorna mer benägna att medge utsatthet av våld gentemot sjuksköterskan (Brykczynsk, Crane, Medina, & Pedraza, 2011; Sundborg et al, 2017). Sjuksköterskor som ställde frågan till kvinnan om våld i nära relation, hade erfarenhet av att reaktionen var tacksamhet. Responsen från kvinnorna medförde en känsla av hjälpsamhet hos sjuksköterskorna. Undersöktes inte misstanke om våld, beskrev sjuksköterskorna att de drabbades av skuldkänslor över att inte hjälpt till (Al-Natour et al., 2016). När kvinnorna berättade om utsattheten, beskrev sjuksköterskorna personliga känslor av upprördhet. Sjuksköterskor beskrev starka känslor av sympati för kvinnorna och var rädda för att bli för känslomässigt involverade. Detta ledde till att sjuksköterskorna undvek att fråga om våld (Sundborg et al., 2017).

Sjuksköterskor berättade att känslomässiga situationer inom yrket skedde dagligen och att inte engagera sig känslomässigt var svårt. För att undvika emotionell smärta relaterat till sympati för våldsoffren försökte sjuksköterskorna stänga av sina känslor och arbeta på autopilot för att kunna upprätthålla en professionell yrkesroll (Bradbury-Jones et al., 2014; Tower et al., 2012; van der Wath et al., 2013). Hantering av sjuksköterskors egna känslor underlättade genom att ställa upp att vara tillgängliga ifall kvinnorna ville projicera sin ilska mot män (van Wyk, & van der Wath, 2015).

Tiden räcker inte till

För att kunna bidra till ett så tillfredställande vårdmöte som möjligt behövdes tid. Sjuksköterskor beskrev att arbetsbelastningen resulterade i att för lite tid fanns över till att fråga om våld, då känslan av behovet att hjälpa andra patienter fanns. Det var viktigt att kunna avsätta tid när frågor om våldsutsatthet skulle ställas. Om frågan om våld skulle ställas behövdes tid till att lyssna på svaret. Bekräftades frågan var behovet av utrymme stort för att kunna vidta åtgärder, vilket sjuksköterskorna beskrev inte fanns (Beynon et al., 2012; Tower, et al., 2012). Begränsad tid ledde till att sjuksköterskor avstod från att fråga om våld, även fast det fanns flera tecken på det (Sundborg et al., 2017). Sjuksköterskorna beskrev att det var av stor vikt att ge

kvinnorna tillräckligt med tid att berätta genom att lyssna fördomsfritt och agera stöttande (Tower et al., 2012).

Diskussion

Metoddiskussion

För att visa på en god forskningskvalitet i litteraturöversikten har begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet diskuterats. Trovärdighet innebär att resultatet måste vara rimligt och giltigt (Mårtensson & Fridlund, 2017). För att arbetet skulle få en ökad trovärdighet användes granskningsprotokoll framtaget av Avdelning för omvårdnad på Hälsohögskolan i Jönköping. En lägsta gräns sattes för hur många kvalitetskriterier i protokollet som behövde vara uppfyllda för att inkluderas. Gränsvärdet för antal kriterier var 10 av 12. Valet av gränsvärde utgick ifrån kravet att hålla hög kvalitet men samtidigt inte begränsa resultatartiklarna i för hög grad. Pålitlighet har visats i arbetet genom att ta hänsyn till författarnas förförståelse. Att vara medveten om förförståelsens existens förhindrade att analysen av resultatet färgades av författarnas subjektiva tankar. För att visa på en hög bekräftelsebarheten har ställningstagande i analysprocessen vidtagits genom att följa Fribergs fem steg. Överförbarhet innebär att tillvägagångssätt, urval och resultat tydligt framkommer i arbetet.

En induktiv ansats har använts i litteraturöversikten. Induktiv ansats har lämpat sig väl till denna typ av arbete, där resultat från empirin sammanställts för att sedan forma, eller ställas mot en teori. Dess motsats är deduktiv ansats, där författarna istället utgår från en teori som sedan går som en röd tråd genom arbetet (Henricson & Billhult, 2017) Kvalitativa artiklar användes då en ökad förståelse av personers levda erfarenheter inom visst fenomen var önskvärt. Kvalitativa artiklarna som nyttjades gav likvärdigt resultat vilket påvisade ökad trovärdighet. Sökning efter enbart kvalitativa artiklar genererar en minskat bredd i antalet artiklar, det behöver dock inte ses som en svaghet i arbetet (Friberg, 2017). Svagheterna med val av induktiv design är att det är omöjligt att enbart utgå från empirin, alltså går det inte att vara helt förutsättningslös när data bearbetas. Vid användandet av induktiv design finns risk att slutsatserna endast resulterar i upprepningar av det empiriska materialet. Därmed blir det svårt att ge en ökad kunskap om det studerade fenomenet (Priebe & Landström, 2017).

Urvalet i litteraturöversikten baserades på allmänsjuksköterskans erfarenheter, men då det gav för få resultatartiklar expanderades urvalet till att inkludera även distriktsjuksköterskors erfarenheter, vilket medförde ökad överförbarhet. Valet av sökord är central del i en litteraturöversikt. Då syftet var på svenska men sökningarna utfördes på engelska, var det viktigt att finna lämpliga engelskspråkiga sökord som svarade till syftet. Det officiella forskningsspråket är engelska och därmed är de flesta artiklar världen över är skrivna på engelska, blir detta ett inklusionskriterie (Friberg, 2017). För att få en hög trovärdighet begränsades artikelsökningar till att vara peer reviewed. Via sökningen valdes att inkludera artiklar som var publicerade mellan åren 2010 – 2020 med den orsak att den senaste forskningen var av intresse. Översättningar av artiklar har genomförts under arbetets gång. Detta har skett både på fri hand och med stöd av internetbaserade översättningsprogram, samt lexikon.

Databaserna som valdes ut var CINAHL och PsycINFO. Orsaken till valet av databaser grundade sig i deras fokus på Hälso - och vårdvetenskap. CINAHL är inriktad på omvårdnadsforskning och PsycINFO på psykologivetenskap. För att svara till arbetets

syfte som var att ta reda på sjuksköterskans erfarenheter av att vårda kvinnor som utsatts för mäns våld i nära relation, passar de båda databaserna väl in på valt område. I båda databaserna CINAHL och PsycINFO gjordes sökningar med nyckelordet nurs*, samt ämnesord. Användning av ämnesord ger ett specifikt resultat, då det sammanställer flera artiklar med inom ämne under ett ämnesord (Karlsson, 2017). Till en början gjordes sökningar endast i CINAHL där det resulterade i tio användbara artiklar, vilket minskade överförbarheten. För att utöka sökresultaten och även därmed arbetets trovärdighet, gjordes även en sökning i PsycINFO (Henricsson, 2017). Där sökningen gav en användbar artikel. Då det fanns intresse av att finna fler resultatartiklar gjordes en fritextsökning där ytterligare en relevant artikel hittades. Sammanlagt grundar sig arbetets resultat utifrån tolv artiklar. Flera av samma artiklar återkom med de olika sökordkombinationerna på databaserna, vilket visade på hög sensitivitet (Henricsson, 2017). Genom att ha tydliga sökmatriser medför att någon annan kan utföra samma arbeta och därmed ökad överförbarheten (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Flertalet etiska överväganden har vidtagits i litteraturöversikten. Främst gjordes en överblick av artiklarnas trovärdighet där ett hänsynstagande ifall studierna som utförts hade vidtagit etiska överväganden eller granskats av en etisk kommitté. Artiklarna som valdes hade ett syfte med besvarande resultat och sanningsenlig diskussion utan egna värderingar. Detta stärkte trovärdigheten i studiernas genomförande (Forsberg & Wengström, 2016). Analysen genomfördes av att alla tre författare granskade samtliga artiklar. Meningsenheter plockades fram och kodades om till subkategorier som slutligen fick en tillhörande kategori, vilket visar på bekräftelsebarhet. Under analysprocessen uppkom svårigheter att skilja de olika meningsenheterna åt, vilket ledde till subjektiva tolkningar kring vart de olika meningsenheter hamnat relaterat till förförståelse. För att inte påverka resultatet kunde externa personer ha läst och tolkat resultatet, för att få en ökad bekräftelsebarhet. Trots det har arbetet genomgått flertalet granskningar där en handledare kritiskt granskat innehållet vilket blir en styrka i arbetet då pålitligheten stärks.

Studierna som valdes till resultatet genomfördes i Australien (1), Jordanien (1), Kanada (1), Skottland (2), Sydafrika (2), Sverige (1), Turkiet (1), USA (3). Att artiklarna använts från flera olika kontinenter visar på både variationer och likheter gällande sjuksköterskans erfarenheter globalt sett, vilket visar på ökad bekräftelsebarhet. Att resultatet samlades in från olika delar av världen kunde också bli en svaghet för arbetet, detta med hänsyn till skillnader i sjukvårdssystem, normer och kultur som inte gick att tillämpa till svenska sjukvården.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna hade erfarenhet gällande brist på kunskap och att inte vara annat än mänsklig vid vårdandet av våldsutsatta kvinnor. Att som sjuksköterska inte vara säker på vilka frågor som skulle ställas, och vid vilket tillfälle, resulterade i undvikande. Att yrkesutövandet även färgades av sjuksköterskornas känslor och värderingar, kunde också påverka mötet med kvinnorna negativt.

Resultatet visade märkbart att sjuksköterskornas erfarenheter var avsaknad av strategier, relaterat till bristfälliga kunskaper gällande identifiering av våldsutsatta kvinnor. Avsaknaden av strategier hos sjuksköterskan ledde till ett hindrande i ingripandet vid misstanke om våld. Konsekvenserna blev att kvinnorna inte fick adekvat vård (Guruge 2012; Goldblatt, 2009; Läppekoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen,

2010). En av sjuksköterskans kärnkompetenser är personcentrerad vård, vilket är ett förhållningssätt där personen som har behov av vård sätts i fokus (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). När sjuksköterskor inte tar hänsyn till patientens berättelse kan det leda till att den personcentrerade vården inte upprätthålls, då patientberättelsen är en central del i förhållningsättet.

Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att vara obekväm i mötet. Detta grundades i rädsla för hur kvinnorna kom att reagera när frågan om våldsutsatthet ställdes. Sjuksköterskorna hade rädsla för att såra eller kränka kvinnan. Detta fynd kan orsakas av en inre konflikt mellan sjuksköterskans profession och person. I omvårdnadens värdegrund belyses vikten av att som sjuksköterska ha mod (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Att våga fråga om våld kan ibland kräva mycket mod, speciellt i situationer där våldsutsatthet inte är uppenbart. Därmed är det viktigt att som sjuksköterska även ta diffusa signaler på allvar och därmed våga lyfta frågan. En moralisk konflikt mellan att visa mod och personlig osäkerhet kan vara märkbar.

I resultatet framkom det att lyfta frågan om våld kunde vara ett utmanade första steg i identifieringen av våldsutsatta kvinnor. Att även ge rätt respons och agera vidare på det som kvinnorna bekräftar kan vara desto svårare. Andra studier bekräftar litteraturöversiktens resultat gällande att som sjuksköterska inte veta vad som är lämplig respons, och vidare hantering vid ett bekräftande av våldsutsatthet (Di Giacomo, 2017; Läppekoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2010; Parterno & Draughen, 2016).

Hälso- och sjukvårdslagen beskriver alla människors rätt till lika vård. Däremot visar resultatet på att sjuksköterskan var mindre benägen att screena kvinnor med högre socioekonomisk status, jämfört med kvinnor i lägre samhällsklasser. Sjuksköterskan var även mindre benägen att screena kvinnor med utländsk bakgrund. Detta orsakades av fördomar kring att våld oftare förkommer i lägre samhällsklasser eller i utländska kulturer (Sundborg, et al., 2017). Resultatet bekräftas även i en annan studie där det lyfts att negativa stereotyper och myter påverkar sjuksköterskans syn på hur en misshandlad kvinna är, ser ut och beter sig (Di Gaicomo et al., (2017). Förståelse till varför fördomar uppstår förklaras med ett intersektionellt perspektiv. Att tillämpa ett intersektionellt perspektiv innebär att visa medvetenhet kring fördomar, diskriminering och maktstrukturer, såsom kön, etnicitet, bakgrund, sociala klasser och sexualitet (Nationalencyklopedin, NE, u.å.). Att vårda med hänsyn till det intersektionella perspektivet kan innebära att sjuksköterskor är mer medvetna om att fördomar om patienter uppkommer ur en större struktur. Medvetenhet gällande intersektionallitet kan underlätta för sjuksköterskor i att vårda kvinnorna personcenterat och med lika värde. När sjuksköterskor agerar utefter fördomar och stereotyper, kan tillämpningen av personcentrerad vård försvåras.

Sjuksköterskan kände sig osäker i sin yrkesroll gällande vidare hantering efter medgivande av våldsutsatthet, då det saknades tydliga rutiner gällande vårdplanering vid våld. I enlighet med resultatet visade flera studier på att sjuksköterskorna fann att vidare utbildning gällande hantering av våldsutsatta kvinnor var betydelsefullt (Parterno & Draughen, 2016; Guruge, 2012). Sjuksköterskor som genomfört utbildning inom våld i nära relation besatt mer kunskap gällande tillvägagångssätt och rutiner (Di Giacomo et al., 2016).

Brist på rutiner hos sjuksköterskan försvårade mötet med en kvinna som blivit utsatt för våld. Detta kan göra det problematiskt för sjuksköterskan att uppnå en personcentrerad vård. Då sjuksköterskan undgår att fråga om våld, trots att misstanke

finns, försummar sjuksköterskan denna kärnkompetens. Att tillämpa personcentrerad vård grundar sig i att tillsammans med patienten lyfta hälsofrämjande interventioner och samtidigt respektera patientens val, även fast det innebär risker för patienten. Sjuksköterskan ska kunna erbjuda den våldsutsatta kvinnan hjälp, men samtidigt kunna respektera kvinnans val att avstå vidare hjälp.

Att sjuksköterskorna var mänskliga blev extra påtagligt vid mötet med våldsutsatta kvinnor. Orsaker till detta grundade sig både i personliga, och professionella egenskaper och brister. Att inleda en trygg vårdrelation blev avgörande för hur kvinnans förtroende för hur vården skulle bli. Att visa omtanke och lyhördhet var enligt sjuksköterskans erfarenhet det som gav bäst effekt. Sjuksköterskornas erfarenhet var även att ju högre trygghet kvinnorna kände desto högre benägenheten fanns för att medge utsatthet för våld. Att inge trygghet är en viktig del i den personcentrerade vården och kan bli avgörande för hur den kommande vårdrelationen blir. I resultatet framkom det även att sjuksköterskor hade erfarenhet av att bli påverkad känslomässig i arbetet med kvinnor som utsatts för mäns våld. En rädsla av att tappa kontrollen vid ett bekräftande av våld fanns (Di Giacomo, Cavallo, Bagnasco, Sartini & Sasso, 2017).

I enlighet med arbetet som utförts framkom att sjuksköterskorna beskrev mötet med en våldsutsatt kvinna som en känsla av maktlöshet. Sjuksköterskorna beskrev svårigheter att agera professionellt då personliga känslor som ilska gentemot männen kunde dyka upp (Van Wyk & Van der Wath; Goldblatt, 2009). Andra studier kunde också bekräfta att känslor av sympati tog över. Det kändes tungt för sjuksköterskor att höra om kvinnornas utsatthet, då de kände ansvar. Ett för stort engagemang i kvinnornas situation ledde till påverkan i privatlivet. Att som sjuksköterska stänga av sin medkänsla vid vårdmötet blev därför en väl använd strategi (Goldblatt, 2009; van der Wath et. al. 2013). Motsättningar mellan personliga attityder, värderingar, samt den professionella rollen kunden hindra sjuksköterskans ingripande vid omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor. Utbildningsprogram kan lätta den känslomässiga belastningen, samt förbättra beredskap och självförtroendet hos sjuksköterskan (Goldblatt, 2009). I personcentrerad vård utgör patientberättelsen en viktig del. Därför är det av stor vikt att kvinnan vågar dela sin berättelse, utan att sjuksköterskornas personliga känslor och värderingar påverkar samtalet.

Det framkom i resultatet att sjuksköterskorna beskrev sig bära på ett ansvar att hjälpa kvinnorna som berättade om sin utsatthet. För att detta skulle gå att uppnå, krävdes att kvinnorna kände sig trygga i vårdrelationen till sjuksköterskan. Detta stärks i andra studier, då en bidragande faktor till ökad trygghet i vårdrelationen var att sjuksköterskorna kunde ta sig tid. Tidsbrist var en orsak till svårigheter att skapa en relation med kvinnan, där det framkom bekräftande av våldsutsatthet (Goldblatt, 2009: Läppekoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2010). Att bygga en förtroendeingivande relation är viktigt i partnerskapet till den våldsutsatta kvinnan. När sjuksköterskor har brist på tid kan medföra svårigheter att upprätthålla partnerskapet, vilket utgör en central del i förhållningsättet personcentrerad vård.

Resultatet visade att tiden inte räckte till, som en av flera faktorer som påverkar arbetet inom Hälso - och sjukvården. Sjuksköterskorna beskrev att tiden inte räckte till i det dagliga arbetet. Gurugue (2012) beskrev att sjuksköterskor undvek att drabbas av ytterligare tidsbrist genom att inte lyfta frågan om våldsutsatthet. Handlingarna kan ses som moraliskt felaktigt med hänsyn till människovärdesprincipen, som fastställer alla människors lika värde och rätt. Trots att principen är grundläggande,

innebär det inte att den är ensam tillräcklig grund för prioriteringar. Enligt behovs- och solidaritetsprincipen ska vården fördelas till de mest behövande och svaga patienterna (Prop. 1996/97:60). Att arbeta under tidsbrist innebär att sjuksköterskorna måste prioritera mer akuta sjukdomar och skador, över diffusa tecken på våldsutsatthet.

Slutsats

Våld mot kvinnor i nära relationer utgör ett stort hot mot kvinnors hälsa och mänskliga rättigheter. För att som kvinna få hjälp är det av stor vikt att våldshandlingarna synliggörs. Många av kvinnorna väljer att vända sig till sjukvården i hopp om att bli sedda och hjälpta av sjuksköterskan.

Personcentrerad vård utgör en av grunderna i sjuksköterskans profession. Vid vårdandet av våldsutsatta kvinnor är detta förhållningssätt centralt för en god omvårdnad. Sjuksköterskan ska kunna ge utrymme för kvinnan i mötet, visa hänsyn till berättelsen och dokumentera med respekt för kvinnans integritet. I arbetet speglas sjuksköterskans ansvar när det kommer till att se, fråga och agera i dessa situationer, vilket resultatet visade att sjuksköterskorna inte alltid kunde uppfylla. Trots detta ansvar, brister sjuksköterskornas förmåga att hantera och vidta åtgärder vid bekräftande av våldsutsatthet. Resultatet visar att orsakerna grundar sig i brist på strategier, rutiner och tid, samt förutfattade meningar och emotionella hinder hos sjuksköterskorna. Genomförande av utbildningsprogram för sjuksköterskor gällande att möta våldsutsatta kvinnor, skulle kunna leda till att vården blir mer adekvat. Med hänsyn till förordningen framtagit av Svensk Författningssamling (SFS) 2017:857, så ska alla sjuksköterskor besitta kunskap om hantering av våldsutsatta kvinnor när de tagit examen. För att nyutbildade sjuksköterskor ska kunna hantera vårdandet av våldsutsatta kvinnor, krävs det att kunskaper om området redan introduceras under sjuksköterskeutbildningen. Slutsatsen av arbetet speglar att en förbättring på organisationsnivå krävs. Om organisationen hade haft raka och tydliga riktlinjer för hur hantering av våldsutsatta patienter skulle utföras, kunde sjuksköterskornas erfarenheter varit annorlunda.

Kliniska implikationer

Denna litteraturöversikt har uppmärksammat ett fenomen som är nertystat och tabubelagt. Litteraturöversikten har givit upphov till en ökad förståelse för sjuksköterskors erfarenheter av att vårda våldsutsatta kvinnor. Resultatet har även visat att ytterligare kunskap inom ämnet är av nytta. Att vidare forska på organisationsnivån inom sjukvården gällande ansvar, rutiner och riktlinjer vid vårdmötet och uppföljning av våldsutsatta kvinnor. Ett intressant forskningsområde hade även varit att studera om kunskapsnivån skiljer sig gällande mäns våld mot kvinnor hos nyexaminerade sjuksköterskor idag, jämfört med sjuksköterskorna examinerade innan 2018. Då kravet på utbildning inom våld infördes.

Referenser

* = Artiklar som har använts till resultatet.

Ali, P., & McGarry., J. (2018). Supporting people who experience intimate partner violence. *Nursing Standard*. 32(24). doi:10.7748/ns.2018.e10641

*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: 10.1111/inr.12302

Berglund, A. (2010). *Våldets konsekvenser för hälsan*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid. Hämtad från Nationellt centrum för kvinnofrids webbplats: http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/257/NCK_Anamnes_www_kap07_Konsekvenserna_av_vald.pdf#__utma=1.2050831873.1570451018.1571401407.1571405927.8&__utmb=1.16.10.1571405927&__utmc=1&__utmx=-&__utmz=1.1571401407.7.2.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utmk=986417

*Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J. (2011). Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing Standard 25*(43), 35-40. doi: 10.7748/ns.25.43.35.s47

*Bradbury- Jones. C., Taylor, J., Kroll., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal of Clinical Nursing 23*(21-22), 3057-3068. doi: 10.1111/jocn.12534

*Beynon, C.E., Gutmanis, I. A., Tutty, L.M., Wathen, C. N., & Machillan, H.L. (2012). Why psyscians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative ananlysis. *BMC Public Health, 12*(1), 473. doi.org/10.1186/1471-2458-12-473

*Brykczynsk, K., Crane, P., Medina, C., & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitionera 23*(3), 143-152. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x

Brottsförebyggande rådet. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer* (Rapport nr. 12). Hämtad från https://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf

Brottsförebyggande rådet. (2015). *Det dödliga våldet i Sverige 1990–2014* (Rapport nr. 24). Hämtad från: https://www.bra.se/download/18.31d7fffa1504bbffea086b7a/1449670735846/2015_24_Det+d%C3%B6dliga+v%C3%A5ldet.pdf#__utma=1.250831873.1570451018.1571405927.1571647683.9&__utmb=1.2.10.1571647683&__utmc=1&__utmx=-&__utmz=1.1571647683.9.3.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utmk=209641746

Brottsförebyggande rådet. (2019). *Grov kvinnofridskränkning* (Rapport nr. 8). Hämtad från: https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e23bd7/1560418491128/2019_8_Grov_kvinnofridskrankning.pdf

Brottsförebygganderådet. (2019). *Våld i nära relation*. Hämtad från https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-

relationer.html
Centrum för personcentrerad vård, GPCC, (2017) Hämtad 2020-04-18 från: https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-vard
Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017) Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.) 26*(15-16), 2307-2316. doi.org/10.1111/jocn.13625
*Efe, S., & Taskin, L. (2012). Emergency Nurses` Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study. Sexuality & Disability. *Sexuality and Disability 30*(4), 441-451. doi: 10.1007/s11195-012-9269-1
Ekman, I., Swedberg, K, Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink,E., . . . Stilbrant Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care- ready for prime time. *Europa journal Cardiovascular Nursing*, *10*(4), 248-51. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
Fanslow, J., Norton, R., & Spínola, C. (1998). Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department. *Annals of emergency medicine 32*(3), 341-348. doi:10.1016/S0196-0644(98)70011-3
Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rössler, A. (2010) Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly 2010;140: w13099*. doi.org/10.4414/smw.2010.13099
Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. Uppl.) Stockholm: Natur & kultur.
Goldbratt, H. (2009). Caring for abused women impact on nurses´ professional and personal life experience. *Journal of Advanced Nursing 65* (8), 1645-1654. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x
Guruge, S. (2012). Nurses' role in caring for women experiencing intimate partner violence in the Sri Lankan context. *ISRN Nursing, 2012* doi.org/10.5402/2012/486273
Helsingforsdeklarationen. (2013). *World Medical Association Decleration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Reaserch Involving Human Subjects*. Hämtad från https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/
Henricson M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 411-419). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.
Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111–117). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.
Intersektionalitet. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2020-05-06 från https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/intersektionalitet
Karlsson, E-K. (2017) I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination* (s. 81–96). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB
Kjellström, S. (2017). Forskingetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination*. (s. 57-80). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.
Lawoko, S., Sanz., Hellström, L., & Castren, M. (2011). Screening for intimate partner violence aganst women in helalthcare Sweden: prevalence and

determinants. *ISRN Nursing, 1-7.* doi.org/10.5402/2011/510692
Leplege A, Gzil F, Cammelli M, Lefeve C, Pachoud B, Ville I. Person-centredness: conceptual and historical perspectives. (2009). *Disabil Rehabil 29*(20-21), 1555–65.
Läppekoski, T., Åstedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2010). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. Scandinavian Journal of Caring Sciences, *24*(4), 638-647. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00754.x.
Nationellt centrum för kvinnofrid (2014). *Våldets kostnader*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid. Hämtad 2019-10-22 från: https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-kostnader/
Nationellt centrum för kvinnofrid (2014). Hälso-sjukvårdens ansvar. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid. Hämtad 2019-10-22 från https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/halso--och-sjukvardens-ansvar/
Nationellt centrum för kvinnofrid (u.å). *Våld i nära relation*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid. Hämtad 2019-10-18 från https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/
Mårtensson, J., & Fridlund, B. Vetenskaplig kvalité i examensarbete. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 421–437). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.
Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal Of Qualitative Studies On Health & Well-Being*. doi: 10.3402/qhw.v9.23166
Paterno, M, T., & Draughon, J. (2016) Screening for intimate partner violence. *Journal of Midwifery & Womens Helath. 61*(3), 370-375. doi: 10.1111/jmwh.12443
Priebe, G., & Landström, C. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination* (s. 25–42). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB
Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden_GK0360/html?fbclid=IwAR0RY6c64bthQCLZQAPAdc3ufxwVoqJyz9czHziRLFdVEpa01FDrDN3GlIM#totop
Regeringen (2016) *Makt, mål och myndigheter - feministisk politik för en jämställd framtid* (Regeringens skrivelse 2016/17:10). Stockholm: Regeringen. Hämtad 18 oktober 2019 från: https://www.regeringen.se/4ace09/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/jamstalldhet/makt-mal-och-myndighet---feministisk-politik-for-ett-jamstallt-samhalle-skr.-2016_17-10.pdf
Regeringskansliet, (2017) *Kunskap om mäns våld mot kvinnor obligatoriskt i jurist- och läkarutbildningarna*. Hämtad 2019-10-22 från https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/03/kunskap-om-mans-vald-mot-kvinnor-obligatoriskt-i-jurist--och-lakarutbildningarna/
Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige. (u.å.) *Mäns våld mot kvinnor*. Hämtad 2019-10-22 från https://www.roks.se/om-roks-roks-stallningstaganden/mans-vald-mot-kvinnor

*Robinson, R. (2010). Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *Emergency Nursing Advocacy 36*(6) 572-576. doi: 10.1016/j.jen.2009.09.008.
Silva-Martínez, E. (2017). "Allow me to speak": Stories of courage among immigrant Latina survivors of intimate partner violence. *Journal of women and social work, 32(4)* doi: 10.1177/0886109917721140
SFS 2009: 400 *Offentlighets- och sekretesslagen*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400
SFS 2016:1298. *Hälso-sjukvårdslagen*. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
SFS 2017:30 *Hälso och sjukvårdslagen*. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
Socialstyrelsen. Senast uppdaterad (2019). *Kompetensstöd om våld i nära relationer till kommuner och ideella organisationer*. Hämtad 2019-10-08 från: https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/kompetensstod/
Socialstyrelsen, (2017). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*. Hämtad 2019-10-22 från: https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/upptacka-vald/
*Sprague, C. M., Hatcher, A., Woollett, N., & Black, V. (2015) How Nurses in Johannesburg Adress Intimate partner violence in female patients: Understanding IPV responses in Low – and middle- income country health systems. *Journal of Interpersonal violence, 32*(11), 1591-1619. doi :10.1177/0886260515589929
*Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh, S. N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing 26*(15-16), 2256-2265. doi: 10.1111/jocn.12992
Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Omvårdnad och god vård*. Hämtad 2020-04-18 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssfom-publikationer/om.omvardnad.och.god.vard_april_2014.pdf
Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Värdegrund för omvårdnad. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf
Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/personcentrerad_vard/personcentrerad-vard-2019_digital.pdf?fbclid=IwAR3r5wvin4qEXFRmlNXKrNVSI1jTS67kCceZHR1TPlgDvnxA42GnBWAeMFA
*Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary nurse: a*

journal for the Australian nursing profession, 42(2), 216-225. doi: 10.5172/conu.2012.42.2.216

*van der Wath, van Wyk, & Janse van Rensburg. (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, & van der Wath. (2015). Two male n` experience of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective. Urses *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession, 50*(1), 1-10 doi: 10.1080/10376178.2015.1010254

World Health Organization. (2013.) *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* Hämtad från: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=B112B11A52700E0B7744CC29BB608CAA?sequence=1

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?fbclid=IwAR0_tFo7F9304ANJPw7ZiG7hEnTKfbdT5OJgwnVy3Y8BNfIjGCmXTVNpOQ0

Wendt, E & Enander, V. (2014). *Övergiven eller stöttad?* Visby, Sverige: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

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

Bilagor

Bilaga 1. Sökmatris

Databas: *Cinahl* **2020-03-27**	**Antal träffar:**	**Lästa titlar:**	**Dubbletter:**	**Lästa abstract:**	**Kvalitetsgranskade:**	**Till resultat:**
Nurs* AND experience* AND battered women	94	94	0	15	11	3
Nurs* AND experience or attitude AND "battered women" or "domestic abuse" or "domestic violence" or "battered wife" or "wife abuse"	281	281	7	41	12	7
Manuell sökning					1	1

Begränsningar: Peer review, English Language, år 2010–2020

Databas: *PsycINFO* **2020-04-06**	**Antal träffar:**	**Lästa titlar:**	**Dubbletter:**	**Lästa abstract:**	**Kvalitetsgranskade:**	**Till resultat:**
Nurs* AND experience or attitude AND "battered women" or "domestic abuse" or "domestic violence" or "battered wife" or "wife abuse"	260	260	5	7	2	1

Bilaga 2. Protokoll för kvalitetsgranskning

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel:	
Författare:	
Årtal:	
Tidskrift:	

Del I.

Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning?	Ja	Nej
Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet?	Ja	Nej
Är syftet relevant till ert examensarbete?	Ja	Nej
Är urvalet beskrivet?	Ja	Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II

Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod?	Ja	Nej
Hänger metod och syfte ihop? (Kvalitativt syfte – kvalitativ metod)	Ja	Nej
Beskrivs datainsamlingen?	Ja	Nej
Beskrivs dataanalysen?	Ja	Nej

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ställningstagande? Ja Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen? Ja Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?
Ja Nej

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen? Ja
Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

……
……
……

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

……
……
……

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

…….

……

Deltagarkarakteristiska

Antal……

Ålder……....

Man/Kvinna…….

Granskare sign: …….

Framtaget vid Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping/henr

Bilaga 3. Artikelmatris

	Författare, Årtal, Land	Titel	Syfte	Metod	Antal deltagare	Resultat	Kvalitetsgranskning
1.	Al – Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G.L 2016 Jordanien	Nurses`roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study.	"To describe Jordanian nurses' roles and practices in screening for intimate partner violence."	Fenomoligisk metod. Semistrukuerade intervjuer	12	Resultatet gav fyra teman: (1) screeningmetoder och roller för misstänkta IPV-fall, (2) fördelar för screening och nackdelar för att inte screena för intimt partnervåld, (3) faktorer som hindrar screeningpraxis och (4) känslor för screening inom intimt partnervåld.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
2.	Bradbury-Jones. C., Taylor, J., Kroll., & Duncan, F. 2014 Skottland	Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation	"The aim of the study was to explore primary healthcare professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure."	Kvalitativ två fas studie. Fas 1 - semistruktuererad intervju med sjukvårdspersonal. Fas 2 - fokusgruppsintervjuer med kvinnor som upplevt våld i hemmet. Data analyserades med hjälp av ramanalysmetod	29 sjukvårdspersonal deltog i fas 1. 14 kvinnor deltog i fas 2	Resultatet visade att de fanns olika nivåer av medvetenhet kring våld mot kvinnor hos sjuksköterskorna kring existensen av våld.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
3.	Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J. 2011 Skottland	Improving the health care of women living with domestic abuse	"To explore the healthcare experiences of women living with domestic abuse, specifically in relation to the primary care setting"	Kvalitativ studie som innefattade semistrukturerade intervjuer med kvinnor som hade upplevt våld i hemmet. Data analyserades med hjälp av ett tematiskt ramverk.	17	Tre teman gick att länka till upplevelser av sjukvården: systembaserade interpersonella och psykologiska problem. Dåliga kommunikationssystem kan ibland misslyckas med att nå de misshandlade kvinnorna, samt att lågt självförtroende och rädsla för att stigmatisera gör det	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8

						svårt för kvinnor att prata om misshandel.	
4.	Brykczynsk, K., Crane, P., Medina, C., & Pedraza, D 2011 USA	Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge.	”This qualitative study presents knowledge from clinical experiences of advanced practice nurses (APNs) working with women who have experienced intimate partner violence (IPV)”	Kvalitativ intervjustudie. Intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av tolkande fenomenologi.	10	Sjuksköterskor hade både erfarenheter av utmaningar och framgångar när det kom till att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Fynden består av tolkningar av kliniska berättelser för att avslöja kunskap inbäddad i praktiken. Läkningspraxis och sätt att överleva som underlättande för kvinnor och barn identifieras och beskrivs.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
5.	Efe, S., & Taskin, L 2012 Turkiet	Emergency Nurses` Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study. *Sexuality & Disability*	“The aim of the current study was to delineate provision of nursing services to women subjected to domestic violence”	Kvalitativ studie med djupgående intervjumetod	30	Resultatet visade att faktorer som påverkade akutsjuksköterskor agerande var; brist på kunskap, brist på tid och att det var utanför deras ansvarsområde att ta hand om våldsutsatta kvinnor.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
6.	Robinson, R. 2010 USA	Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence.	“To identify how nurses screen for intimate partner violence in the emergency department, what the barriers are to screen and what’s resources are available to nurses, what resources are still needed, how the nurse perceives	Kvalitativ intervjustudiestudie med.	13	Resultatet visade på att akutsjuksköterskor inte använder sig av de protokoll som finns för att ta reda på om kvinnan utsätts för våld, utan snarare utgår från sina egna misstankar och fördomar hur vida vissa kvinnor skulle vara utsatta för våld.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8

			victims of intimate partner violence”				
7.	Sprague, C., M. Hatcher, A., Woollett, N., & Black, V. 2017 USA	How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Lowand Middle-Income Country Health Systems	“The study aimed to understand the responses of nurses toward IPV in female patients, for example, screening for violence, case finding, counseling, or lack of action.”	Kvalitativ intervjustudie. Semistrukturerade intervjuer.	25	Resultatet grundar sig i fyra olika teman. (1) Hur sjuksköterskor svarar till IVP hos våldsutsatta kvinnor. (2) Varför sjuksköterskor svarar på ett visst i förhållande till IVP. (3) Erfarenheter av IVP (4) Pressen utifrån samhället ökar pressen på sjuksköterskans respons.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
8.	Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh, S. N., Wändell, P., & Hylander, I. 2017 Sverige	To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence.	“The purpose of this study was to improve the understanding of district nurses` experiences of encountering women exposed to intimate partner violence.”	Kvalitativ studie med randomiserat urval. Öppna intervjuer	12	Resultatet visade på att sjuksköterskor bär på flera barriärer och förutfattade meningar som påverkar hur och ifall de ställer frågan om (IVP). Resultaten beskriver också hur sjuksköterskorna i studien gick från att inte vara medvetna om att deras professionella ansvar också inkluderar att identifiera IVP, till att känna sig säkra och beredda att fråga.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
9.	Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. 2012 Australien	Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence	“This study aimed to explore the experiences of nurses caring for women experiencing domestic violence"	Kvalitativ studie med semi-strukturerade intevjuer.	12	Resultatet visade på sjuksköterskor erfarenhet gällande kvinnor som drabbades av våld i hemmet och hur sjuksköterskorna kunde märka på att kvinnorna var drabbade av våld i hemmet.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8

10.	van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E 2013 Sydafrika	Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence.	"To report a study of emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence."	Kvalitativ intervjustudie.	11	Resultatet visade på att akutsjuksköterskor i Sydafrika ofta är vittnen till de känslomässiga och fysiska effekterna av intimt partnervåld. Exponering för överlevanders sårbarhet och lidande väcker sympati och emotionell ångest.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
11.	van Wyk, N., & van der Wath, A 2015 Sydafrika	Two male nurses` experience of caring for female patients after intimate partner violence: a soutch African perspective	" The aim of the research was thus to explore and describe the experiences of male nurses from a South African perspective who are taking care of female patients who have suffered intimate partner violence."	Kvalitativ fenomenologisk metod. Ändamålsenligt urval; två manliga sjuksköterskor. Ostruktuerad öppen intervju med en frågeställning	2	Resultatet visade på att sjuksköterskorna beskrev svårigheter att både vara en roll i samhället och inom vården. Att både vara man, alltså samma kön som förövaren till offren och vara man, som i sjuksköterska och ta hand om offren.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8