

# ”Ett slag för kvinnan”

- Sjuksköterskans upplevelser i mötet med våldsutsatta kvinnor

FÖRFATTARE	Jenny Wiklund
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng, Examensarbete i omvårdnad, OM5250. Vt 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Carina Furåker

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Ett slag för kvinnan
Titel (engelsk):	A hit for the woman
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Examensarbete i omvårdnad OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	21 sidor
Författare:	Jenny Wiklund
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Carina Furåker

### **SAMMANFATTNING (svenska)**

Våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem som oftast drabbar kvinnor i heterosexuella relationer. Våldet syns ofta inte och sjukvården är i många fall den enda offentliga instans som kvinnorna kommer i kontakt med. Sjuksköterskans bemötande är därför viktig i mötet med kvinnorna. Det föreligger dock en del hinder mellan hur de våldsutsatta kvinnorna vill bli bemötta och hur sjuksköterskan upplever mötet. Syftet med detta arbete är att beskriva hur våldsutsatta kvinnor och sjuksköterskan upplever mötet. En litteratursökning har genomförts där 12 artiklar ligger till grund för arbetet. Resultatet presenteras i två delar där kvinnornas och sjuksköterskornas begränsningar beskrivs. Kvinnorna upplevde begränsningar som manifesterades i brister i säkerhet, känslor av skam/skuld samt en avsaknad av ett bemötande. Sjuksköterskan upplevde begränsningar i mötet med de våldsutsatta kvinnorna i form av avsaknad av stöd och riktlinjer/kompetens samt motstridiga känslor och en rädsla för konsekvenser av att fråga om våld. För att möta kvinnor som är våldsutsatta krävs en medvetenhet om maktförhållandet där sjuksköterskan besitter kunskap och därmed har en överordnad position. Det föreligger förutsättningar för en jämlik relation i form av den identifiering med de våldsutsatta kvinnorna som många kvinnliga sjuksköterskor upplevde i mötet. Många av de begränsningar som förelåg kan överbryggas genom att sjuksköterskan skapar en relation med kvinnorna. En bra relation är alltså det essentiella och föregår många av de hinder som uppstår. För att skapa en bra relation och därmed eliminera hinder av skam/skuld hos kvinnan kan mötet karaktäriseras av att sjuksköterskan skapar tillit och trygghet.

Nyckelord: *Våld mot kvinnor, sjuksköterska, upplevelser, omvårdnad, makt, kön och genus.*

Förord:

Tack till min handledare Bodil Augustsson för all hjälp och fint stöd.

<b>INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND .....</b>	<b>1</b>
LAGSTIFTNING OCH HISTORIA.....	1
PREVALENS/ETT SAMHÄLLS-, EKONOMISKT OCH GLOBALT	
PERSPEKTIV.....	2
SEKRETESS.....	2
VÅLD	
Definition.....	2
Att vara utsatt för våld.....	3
Normaliseringsprocess/uppbrottsprocess.....	3
Vem är utsatt för våld och vem är förövare.....	3
Tecken och symtom .....	4
Förhållningssätt.....	4
OMVÅRDNAD	
Sjuksköterskan som professionell.....	5
En relation av tillit, trygghet och tröst.....	5
TEORI KRING KÖN OCH GENUS.....	5
Genussystem och kön.....	6
Makt.....	6
<b>PROBLEMFÖRMULERING.....</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE.....</b>	<b>7</b>
<b>METOD.....</b>	<b>7</b>
URVAL.....	7
DATAINSAMLING.....	7
ANALYS.....	9
<b>RESULTAT.....</b>	<b>10</b>
ORGANISATORISKA BEGRÄNSNINGAR	
Kvinnorna.....	10
<i>Brist i överföring av information.....</i>	10
<i>Avsaknad av integritet/rum.....</i>	11
<i>Könet på sjuksköterskan.....</i>	11
ORGANISATORISKA BEGRÄNSNINGAR	
Sjuksköterskan.....	11
<i>Avsaknad av stöd riktlinjer/kompetens.....</i>	11
<i>Närvaro av kvinnans partner.....</i>	12
RELATIONSMÄSSIGA BEGRÄNSNINGAR	
Kvinnorna.....	12
<i>Upplevelse av skam/skuld.....</i>	12
<i>Bemötande.....</i>	13
RELATIONSMÄSSIGA BEGRÄNSNINGAR	
Sjuksköterskan.....	13
<i>Konsekvenser av våld.....</i>	14
<i>Motstridiga känslor/dilemma.....</i>	14

<b>DISKUSSION.....</b>	<b>15</b>
METODDISKUSSION.....	15
RESULTATDISKUSSION.....	17
Organisatoriska begränsningar.....	17
Relationsmässiga begränsningar.....	19
Konklusion.....	20

<b>REFERENSER .....</b>	<b>21</b>
-------------------------	-----------

## **BILAGOR**

### **1 ARTIKELREDOVISNING**

## **INLEDNING**

Våld i nära relationer är ett samhällsproblem och på individnivå ett problem för kvinnor, då våld är den största orsaken till skada bland kvinnor (1). Våld mot kvinnor utgör den största kategorin utsatta av allt det våld som sker i nära relationer, och är anledningen till mitt valda ämne. Våldet syns objektivt sällan i samhället och är ofta något som de utsatta inte visar eller talar öppet om av olika anledningar, som främst föregås av den normaliseringsprocess som våldet i nära relationer innefattas av. Hälso- och sjukvården är vanligtvis den första och eventuellt enda instans som våldsutsatta kvinnor kommer i kontakt med (2). Sjuksköterskan som profession har ett stort ansvar i mötet med patienter som utsatts för våld. Jag har en bakgrund av genusvetenskapliga studier samt erfarenhet av tjejjoursverksamhet. Jag har under mina verksamhetsförlagda studier inom sjukvården vid ett par tillfällen identifierat tecken och symtom på att patienten kan vara våldsutsatt och som ansvarig sjuksköterska vid mitt påpekande enbart negligerat. Enligt en undersökning på tre akutmottagningar i Stockholm existerar det en föreställning bland vårdpersonal att kvinnor som blir utsatta får skylla sig själva, då problemet anses ligga i kvinnans personlighet (3). Det föreligger en diskrepans mellan behovet av omvårdnad för våldsutsatta kvinnor och den utförda omvårdnaden av sjuksköterskan. Intentionen med detta arbete är att identifiera begränsningar och fokusera på möjliga strategier sjuksköterskan kan använda i mötet med patienten för att skapa ett bra möte och kunna utföra omvårdnad utifrån patientens situation. Jag kommer att koppla våld i nära relationer till makt och kön samt undersöka hur relationen mellan patient och sjuksköterskan kan främjas av en relation som baseras på tillit som grund.

## **BAKGRUND**

### **LAGSTIFTNING OCH HISTORIA**

I Sverige är det lagstiftat att kvinnor och män ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter. Detta kommer till uttryck i den jämställdhetspolitik som förs av regeringen, som menar att våld i nära relationer är ett omfattande problem och ett allvarligt hinder för jämställdhet. Regeringen antog som en följd av jämställdhetspolitiken under år 2007, en handlingsplan som innefattar förslag till preventiva åtgärder som består av kompetenshöjningar, lagändringar och utvecklande av kvinnojoursverksamheten i Sverige (2). ” Under 2012 kommer en ny satsning mot våld i nära relationer att göras då regeringen avsätter 20 miljoner för att se över lagstiftningen i Sverige samt en samordning av myndigheterna. Länspolismästare Carin Götblad har fått till uppgift att hålla i uppdraget som handlar om att stödja och koordinera kommuner, landsting och andra organisationer och som kommer avslutas år 2014 (4).

Våld mot kvinnor har på laglig väg förekommit historiskt sett.. Kvinnan har setts som mannens egendom och en eventuell våldtäkt mot en gift kvinna har i första hand setts som ett brott mot mannen i äktenskapet och inte mot kvinnan. Det kom att dröja ända fram till år 1920 tills kvinnan blev myndig och år 1921 blev det allmän rösträtt i Sverige. År 1965 infördes lagen mot våldtäkt inom äktenskapet i och Sverige var som

första land i världen att kriminalisera detta (5). Synen på kvinnan som icke autonom, att kvinnan inte ägt sin egen kropp utan har varit mannens egendom. har alltså fram till nyligen börjats bryta upp genom lagstiftning. År 1982 kom våld mot kvinnor under allmänt åtal. För inte så länge sedan skärptes lagstiftningen då ett nytt brott skrevs in i brottsbalken år 1998 genom en Kvinnofridslagstiftning. Den gäller upprepade kränkningar som riktas mot nära anhöriga eller barn och andra närstående personer där straffet är fängelse, lägst 6 mån och högst 6 år (5).

## **PREVALENS/ETT SAMHÄLLS -, EKONOMISKT OCH GLOBALT PERSPEKTIV**

År 2011 anmäldes 28 000 fall av misshandel mot kvinnor, vilket är en ökning för elfte året i rad (6). Varje år misshandlas 75 000 kvinnor uppskattningsvis i en nära relation och minst 16-17 kvinnor dör varje år till följd av våldet. Ca. 40 % av dessa kvinnor har anmält förövaren tidigare (7). Så många som 46% av alla kvinnor har någon gång efter sin femton-årsdag utsatts för våld (1). Det är alltså nästan varannan kvinna i Sverige. Var tredje kvinna har blivit våldsutsatta när de separerat från sin make eller pojkvän. Forskning visar att våld är den vanligaste skadan bland kvinnor generellt sett och att det alltså till största delen existerar i nära relationer, utförd av en närstående till kvinnan. (1). I Socialstyrelsens rapport om kostnaderna för våldet mot kvinnor från 2006 står våldet för samhället mellan 2,7 – 3,3 miljarder kronor per år (8).

Våld mot kvinnor är en företeelse som existerar i alla länder då varannan till var fjärde kvinna i hela världen blivit utsatt för våld av sin partner. Våldet är ett globalt problem och FN:s generalsekreterare menar i sin rapport 2006 att våldet mot kvinnor är det största uttrycket för ojämställdheten mellan könen (9).

## **SEKRETESS**

Alla som jobbar inom vården har tystnadsplikt som styrs av offentlighets – och sekretesslagen samt patientsäkerhetslagen (10). Vissa undantag råder då det finns misstanke om brott som kan ge fängelse i minst ett år eller till brott som ej är stadgat till lindrigare straff än fängelse i två år, då vårdpersonal har rätt att anmäla brottet samt att svara på frågor från åklagare och polis. Det kan vara exempelvis brott som mord, våldtäkt och grov misshandel. Om man misstänker att ett barn far illa skall istället socialtjänsten kontaktas (10).

## **VÅLD**

### **Definition**

*”Våld är varje handling som genom att den skrämmer, smärtar och skadar, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill” (11).*

Oönskad beröring eller en handling som skadar och orsakar smärta går under benämningen fysiskt våld. Sexuellt våld innebär att någon tvingas närvara eller se på sexuella handlingar mot sin vilja. Det psykiska våldet är ord och handlingar som upplevs kränkande mot människovärdet och som är ämnad mot den utsattes som person eller dennes egendom. Det kan ta sig i en rad olika uttryck i form av muntliga kränkningar och hot mot personen, men även mot materiella saker. Isolering och

kontroll är också inslag som skapar oro och rädsla och som ingår i en del av kränkningar och våld. Även ekonomiskt förtryck går under benämningen våld. Det kan vara hot och begränsningar av gemensamma ekonomiska tillgångar som skapar minskat handlingsutrymme (11).

### **Att vara utsatt för våld**

För att hantera situationen som det innebär att vara utsatt, är det vanligt med olika typer av försvar. Genom bortträngning kan känslorna av sorg, smärta och vrede hållas under kontroll. Att glömma eller förneka vad som hänt är en strategi för att slippa obehaget som det man blivit utsatt för kan uppbringa (12). Även så kallad dissociation är en försvarsmekanism som innebär att man under en smärtsam psykisk eller fysisk upplevelse "lämnar kroppen" och endast blir närvarande i rummet. Resultatet av detta innebär att man ofta inte minns den traumatiska upplevelsen och därmed kan vara svår att återberätta (12).

### **Normaliseringsprocess/uppbrottsprocess**

En förklaring till den utveckling av normalitet som våld i nära relationer innebär beskrivs i normaliseringsprocessen. Våld i nära relationer är en process som ofta börjar med tillfälliga hot och kränkningar i vardagen som gradvis eskalerar över tid, till mer fysiskt upprepade handlingar av våld. Det som sker är en början av begränsning och kontroll av kvinnan som kan ta sig i uttryck av att mannen bestämmer vilka kläder han tycker passar eller inte passar, vilka vänner hon får träffa och inte träffa. Under tiden sker en växling mellan våld och värme som existerar jämsides och inger hopp om förändring och förbättring av mannens beteende (13). Det ständigt närvarande potentiella hotet om våld, får till följd att hon anpassar sig till situationen och honom. Efter en tid sker en isolering av kvinnan då hon inte längre får leva det sociala liv hon brukar ingå i samtidigt som mannens kontroll nu ökar. Efter en tid internaliserar kvinnan mannens värderingar om henne samt att hon är själva orsaken till våldet. Denna successiva upptrappning och upprepning av kränkningar blir till slut sanning för kvinnan vilket gör att en normalisering skapas och till slut blir våldet det normala för kvinnan (13). De olika momenten av fysiskt och psykiskt våld är starkt sammankopplade till varandra och den känslomässiga anspänningen inför det potentiella hotet att våldet kan inträffa igen är ständigt närvarande för kvinnan (12).

Den farligaste våldsepisoden för kvinnan sker ofta när hon försöker att lämna mannen. Omgivningens intresse, stöd och hjälp har visat sig vara avgörande för om kvinnan lämnar (14). Uppbrottsprocessen beskrivs i tre faser. Det första uppbrottet sker då kvinnan fysiskt lämnar mannen. Efter det sker den andra fasen som innebär att kvinnan blir fri från det emotionella bandet till mannen. Den sista fasen är när kvinnan inser vad som skett och vad hon varit med om (15). Det starka emotionella band som kvinnan besitter till den som utsätter, gör situationen än mer komplex och ligger även till grund för den anpassning och det motstånd som föreligger i normaliseringsprocessen (15).

### **Vem är utsatt för våld och vem är förövaren?**

Våld i nära relationer förekommer i alla åldrar och samhällsklasser, är inget specifikt för någon grupp och existerar oberoende yrke, status eller bostadsområde (16). De undersökningar som finns berättar att åtta av tio kvinnor är gift/sambo med en man född



i Sverige när de utsatts för våld. Invandrade kvinnor innefattas ofta av en mer komplex problematik då deras sociala nätverk ofta är sämre och även ibland innefattas av en eventuell risk att bli utvisade om de lämnar mannen vid uppehållsansökan. (17). De flesta män är inte psykiskt sjuka när de utför våldet. En tredjedel av dom som slår sin partner har bevittnat sin mamma bli slagen i barndomen. Företeelsen att våld föder våld existerar, men det kan inte enbart ges som en förklaringsmodell (17). En tredjedel av alla missbrukare som brukade våld mot sin partner utför ändå våld mot sin partner när de är nyktra. De flesta misshandelsfall mot kvinnor sker inte av missbrukare utan av män som är nyktra (17).

### **Tecken och symtom**

Att en kvinna är utsatt för våld syns objektivt inte alltid. Det är därför viktigt att vara uppmärksam på vissa tecken och symtom som eventuellt kan tyda på våldsutsatthet hos en patient. Dessa tecken kan vara att patientens skada/blåmärken inte verkar stämma för hur de angetts ha uppkommit. Vanliga ställen är skada lokaliserat på halsen, bröstet, armarna, bålen och genitalt. (18). Symtom som kvinnan uppvisar kan vara långvarig smärta utan tydlig orsak eller psykiska problem. Andra indikationer kan vara att patienten söker vård upprepade gånger, att patienten väntat länge med att söka vård för en skada samt att det föreligger en oklar skadebild. Det kan vara att kvinnan uppvisar diffusa symtom och inte heller svarar på medicinsk behandling, vilket då innebär att hon kanske inte behandlats för den egentliga skadan (18). Kvinnor som blivit utsatta för våld har ofta även blivit utsatta för sexuellt våld. Som patient kan det yttra sig med att kvinnan har svårt att genomgå en gynekologisk undersökning. Upptäcks ofta i samband med screening på MVC och BVC, det är ofta under eller efter graviditet som våldet startar. Ett annat tecken kan vara att patientens partner verkar vara dominant och har svårt för/inte vill lämna henne ensam (18).

### **Förhållningssätt**

Vårdpersonal ska aldrig fråga patientens partner om han misshandlar eller brukar våld, om mannen är en förövare kan det då upplevas som en provokation och sätta kvinnan i fara (20). Man ska även vara uppmärksam på om det finns barn i hemmet då hälso- och sjukvårdspersonal enligt socialtjänstlagen är skyldiga att anmäla till socialnämnden (19). Våld kan även förekomma i samkönade relationer och kvinnan kan vara förövaren, vilket är viktigt att ha i åtanke. Om patienten inte kan prata svenska, ska man aldrig låta en anhörig tolka, utan använda sig av en mer neutral tolk. Det är även viktigt att dokumentera det eventuella våld patienten varit utsatt för då det kan ha en stor och avgörande betydelse i en framtida rättsprocess (20). Att söka hjälp är något som kan ta tid och i den långa processen är det viktigt att någon finns där och stöttar henne. De utsatta för brott påpekar ofta det centrala i att få berätta utan avbrott, utan att upplevelsen förminskas och utan att bli ifrågasatt. Information från den drabbade kvinnan är ofta avgörande för att adekvata åtgärder av olika instanser i kedjan mot att driva en rättsprocess (12).

### **OMVÅRDNAD**

Omvårdnad som vetenskapligt ämne grundar sig i en mängd olika teoribildningar och begrepp. Det finns även vedertagna föreskrifter och lagar för sjuksköterskan att förhålla

sig till i sin profession. Nedan beskrivs begreppen trygghet, tillit och tröst som essentiella delar i en omvårdnadsrelation.

### **Sjuksköterskan som professionell**

Sjuksköterskan ansvarar för att alla människors lika värde skall tillgodoses i vården. Omvårdnaden skall bedrivas så att patienten är delaktig, känner trygghet och upplever respekt, för att maktförhållandet i vårdsituationen skall kunna balanseras (21). En del av patientens lidande kan lindras genom att ge bekräftelse till patienten i vårdsituationen. Det moraliska ansvar som sjuksköterskan har är att respektera mänskliga rättigheter, människors lika värde och alltid ha patientens hälsa som det främsta målet. (21). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är målet för sjukvården en god hälsa och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare beskrivs att vården ska erhålla en god kvalitet, skapa trygghet för patienten, vara lättillgänglig och framhålla respekt för patientens och självbestämmande och integritet mot dennes kropp (22).

### **En relation av tillit, trygghet och tröst**

I alla möten och relationer finns en ständig närvaro av makt. Patienten har ofta en beroendeställning till sjuksköterskan som besitter en position av ansvar för situationen och patienten (24). I en vårdrelation är det viktigt att en ömsesidighet råder för att en jämlik situation ska föreligga (23). För att ömsesidighet skall råda är det viktigt att patienten känner ett förtroende för sjuksköterskan. Ett förtroende kan byggas upp av tillit och tröst då en trygghet kan skapas i mötet. Öppenhet, engagemang och förtroende är hörnpelare för att tillit skall kunna skapas. Tillit skapar även en förutsättning för att maktbalans kan skapas mellan parterna, då det inger ett förtroende i vårdsituationen där öppenhet och respekt kan råda (21).

Alla människor kommer någon gång i sitt liv hamna i den situationen att de upplever lidande, smärta och sjukdom. Det lidande och smärta som existerar hos en människa är högst individuell och tar sig i helt olika uttryck. Det är i krissituationer som en trygg grund blir viktig och att det existerar någon som kan lyssna, stödja och trösta framträder (24). Varje människa är unik och således även hennes upplevelser. Relationen mellan patienten och sjuksköterskan tenderar att spela en avgörande roll för hur patienten upplever sin situation. Att i mötet inge tröst till patienten kan ge en bekräftelse på att upplevelsen är viktig. Att införliva en trygghet kan stärka patientens makt, vilket främjar patientens välbefinnande och hälsa. Patienten kan uppleva tillit då sjuksköterskan tar ett ansvar för situationen där även patientens vilja respekteras och tillvaratas. Sjuksköterskan kan verka för den trygga grund som patienten behöver (25).

Att uppleva sjukdom är sammankopplat med förluster av olika slag. Förlusterna kan handla om patientens hälsa, förmåga eller relationer och innebär ofta negativa känslor. Tröst kan lindra dessa upplevelser av negativa känslor och verka för trygghet i situationen för patienten. Tröst kan komma till uttryck genom att sjuksköterskan ser personen bakom patienten och samtidigt visar empati och en lyhördhet i mötet (26).

## **TEORIER KRING KÖN/GENUS OCH MAKT**

Det finns ett flertal teorier kring jämlikhet, feminism och relationen mellan män och kvinnor. Det mest utmärkande och det grundläggande skiljetecknet för dessa är om man antar könen för att ha inneboende olikheter eller om man anser att det finns mer likheter och att kön är en social konstruktion. I Sverige har det inom den feministiska forskningen skett en utveckling av teoribildningen till en mer intersektionalistisk hållning där man frångått en rangordning av makt där kön varit orsaken, till att omfatta ett mer svåröverskådlig fokus med flera aspekter som kön, klass, "ethnicitet", funktionshinder, sexualitet mm. (27.) Även queer har etablerats som en ny genusteori, där alla sociala konstruktioner och identiteter som kön, klass och sexualitet istället skall upplösas (28).

### **Genussystem och kön**

Genussystem myntades som begrepp av Hirdman och är en förklaring till den ojämlikhet i makt som existerar mellan könen. Detta system innebär att kategorierna man och kvinna är en social konstruktion och där de två kategorierna tillskrivs olika egenskaper som är särskiljande dessa emellan. (29.). Dessa två kategorier har varsin roll som innefattas av hur man ska agera och leva. Dessa könsroller blir vi tilldelade när vi föds och fortsätter sedan genom hela livet. Genussystemet är även ett hierarkiskt system, där män som grupp är överordnad kvinnan som grupp och således innehar mer makt. Detta maktsystem upprätthålls av patriarkatet, den samhällsordning som existerar. (29).

### **Makt**

Att inneha en socialkonstruktivistisk syn på makt är att anta att makt hela tiden skapas i samspelet mellan människor. Det skall inte ses som något fastslaget och beständigt utan något som är rörligt. Foucault menar att makten alltid skapas i varje situation, i varje relation, och utövas i densamma (30). Då det är människan som aktivt skapar maktojämlikheten kan man även välja ett att agera med motstånd (30). I varje relation där en obalans i makt existerar, finns alltså även en förutsättning till ett motstånd mot densamma.

På samma sätt existerar ett maktområde inom vården, i ett kontinuum från förtryck på ena sidan till ömsesidighet på den andra sidan. För maktutövaren kan den vara osynlig medan den för den som utsätts verkar kränkande. Patienten befinner sig i ett underläge då hon i sitt sjukdomstillstånd saknar kunskap och är i behov av hjälp medan vårdaren har den överordnade positionen då hon förutom att vara frisk även besitter kunskapen (25, 31). Maktrelationen är etablerad genom praktiker och beteenden inom vården. Dessa som kan verka som en oproblematiserad rutin genom de diskurser som föregår kommunikationen. Detta genom de normer och ramar som är vedertagna för hur man som vårdpersonal ska verka och handla. Det föreligger alltså en komplex situation där makten påverkar vården och den kommunikation som finns i relationen. Att kommunicera utifrån en patientkoncentrerad kommunikation kan möjliggöra en jämlikare vård (31.)

## **PROBLEMFORMULERING**

Våld i nära relationer är ett utbrett samhällsproblem och där våld mot kvinnor utgör den största kategorin. Ofta är vården den första offentliga instans som våldsutsatta kvinnor

kommer i kontakt med, problematiken blir inte alltid uppmärksammas. Intention i detta fördjupningsarbete är att undersöka hur sjuksköterskan kan främja relationen med kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva upplevelser av mötet mellan våldsutsatta kvinnor och sjuksköterskan i hälso- och sjukvården.

## **METOD**

Som utgångspunkt för detta arbete har gjordes en litteratursökning baserad på 12 vetenskapliga artiklar sökta i databaserna Pubmed och Cinahl. Två områden att söka artiklar utifrån valdes. Dessa var upplevelsen hos den våldsutsatta kvinnan i mötet med sjukvården som patient samt sjuksköterskans upplevelser i mötet med den våldsutsatta kvinnan.

## **URVAL**

Begränsningen i sökningen gällde artiklar publicerade mellan åren 2000 och 2012, för att begränsa mängden material utifrån den senaste och mest aktuella forskning som finns att tillgå. Ytterligare begränsning var peer reviewed för att få vetenskapligt granskade artiklar. Enbart artiklar på engelska söktes.

Många av studierna var gjorda inom primärvård eller BVC/MVC som en del av en screening, både bland gravida kvinnor och bland barnmorskor. Några få var utförda på akutmottagningar. En begränsning avseende geografiskt undersökning behövdes ej genomföras. Alla artiklar som stämde överens med syftet var alla från Europa och engelskspråkiga länder som USA, Storbritannien och Nya Zeeland, länder som får betecknas vara av samma socioekonomiska ställning som Sverige.

Våld mot kvinnor utifrån fostret/barnets perspektiv har exkluderades då det hade blivit ett alltför stort område att utforska samt att det inte överensstämmer med ämnet. Artiklar om våld i nära relationer i samkönade relationer valdes bort då syftet handlar om heterosexuella relationer. Artiklar om våld mot barn eller ungdomar under 19 år samt våld mot äldre kvinnor över 64 exkluderades för att begränsa materialet samt att dessa två grupper eventuellt kan problematiseras ytterligare som av utrymmesskäl ej är möjligt för detta arbete.

## **DATAINSAMLINGSMETOD**

Artiklar söktes i databaserna Pubmed och Cinahl. Den första delen av sökningarna var på första temat som var kvinnan/patientens upplevelse av vård. Sökord som användes var: healthcare, domestic violence, domestic abuse och experiences.

Den andra delen av sökningarna var fokus på sjuksköterskans upplevelser, då användes sökorden: nurse experiences, patient, domestic violence, nursing\*, awareness.

Efterhand visade sig fler användbara sökord i vissa artiklars titel som jag även använde mig av. Dessa sökord var: intimate partner violence och battered women. Många artiklar som beskrev kvinnans upplevelse även beskrev sjuksköterskans upplevelse. Material fanns alltså även till mitt andra område i den första omgången av sökning, varvid fler sökningar gjordes på det första temat.

I flera artiklar fanns tre referenser som gjordes manuella sökningar på. Dessa var Bacchu, Yam och Häggblom.

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade artiklar	Valda artiklar	Referensnummer
120418	Cinahl	Health care Domestic violence Experiences	Engelska Peer reviewed Human 2000-2012	81	6	2	33,38
120424	Cinahl	Healthcare Domestic abuse Experiences	Engelska Peer reviewed Human Alla sökord i titeln 2000-2012	13	8	1	44
120426	Cinahl	Nurse experiences Patient Domestic violence	Engelska Peer reviewed Human Alla sökord 2000-2012	6	3	1	34
120430	Pubmed	Healthcare Domestic violence Experiences	Engelska Alla sökord Age 19-64 Human Publicerade de senaste	78	3	1	35

			10 åren				
120503	Pubmed	Healthcare Experiences Battered woman	Engelska Alla sökord Age 19-64 Human Publicerad de senaste 10 åren	37	5	1	39
120504	Cinahl	Nursing* Domestic violence Patients*	Engelska Alla sökord Peer reviewed	42	5	1	40
120504	Cinahl	Bacchu	Manuell sökning på författare	29	4	2	41,37
120504	Cinahl	Häggblom	Manuell sökning på författare	10	8	1	42
120504	Cinahl	Yam	Manuell sökning på författare	9	2	1	36
120505	Pubmed	Nursing* Intimate partner violence Awareness*	Engelska Age 19-64 Alla sökord Human Publicerad de senaste 10 åren.	8	2	1	43

## ANALYS

Till en början lästes abstract till artiklarna för att se om de överensstämde med syftet. Därefter valdes de artiklar ut som verkade vara relevanta för syftet för att läsas i sin helhet för att få en uppfattning om innehållet. Därefter bearbetades varje artikel var för

sig utifrån syftet. Resultatet på studierna läste för att kunna utkristalisera alla upplevelser hos både kvinnorna och sjuksköterskorna. där en viktig del var att även citaten noggrant användes och sattes i hos kvinnan och sjuksköterskan. Till en början antecknade jag alla upplevelser, som var 7 stycken hos kvinnorna respektive 24 stycken hos sjuksköterskorna. Exempel på upplevelser för kvinnorna var hur de i olika möten upplevde vissa egenskaper hos sjuksköterskan som de tillskrev som obrydd, stressad, kontrollerande, avsaknad av mänsklighet. Exempel på upplevelser hos sjuksköterskan var rädsla för att sätta kvinnan i en farlig situation, rädsla för att förstöra relationen, rädsla för mannen. Dessa olika upplevelser slogs sedan ihop till ett subtema. En sammanställning av resultatet från varje studie utfördes där de urskiljande likheterna och skillnaderna mellan artiklarna antecknades i form av en översikt. Efter det relaterades de olika artiklarna till varandra och skapade kategorier, subteman och teman som framträdde ur materialet. I sammanställningen av de olika teman som framträdde framkom att de upplevelser som beskrevs kan tolkas som begränsningar i mötet mellan de båda kategorierna kvinnorna och sjuksköterskan. Som tillvägagångssätt gjordes ett försök att hela tiden skifta mellan helhet och delarna vilket är en fördel vid en till kvalitativ analys (32). Kvinnan och sjuksköterskan är olika kategorier och deras upplevelser är indelade i två olika teman, organisatoriska respektive relationsmässiga. Under dessa finns olika subteman som är indelade utifrån skillnader och likheter i varje artikel.

## **RESULTAT**

De olika begränsningar som framkommit föreligger i mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan, har jag valt att kategorisera utifrån kvinnorna samt sjuksköterskan. Två teman finns representerade i form av organisatoriska eller relationsmässiga begränsningar. De organisatoriska begränsningarna behandlar utformningen av miljön i vårdsalen, arbetsbelastning, kompetens eller andra faktorer som är av en övergripande strukturell karaktär och delvis ligger utanför sjuksköterskans område som profession. De relationsmässiga begränsningarna är upplevelser som kan adresseras till hur mötet och kommunikationen gestaltas mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan. Citat har använts för att förstärka upplevelserna i de olika subtemana.

### **ORGANISATORISKA BEGRÄNSNINGAR**

#### **Kvinnorna**

Organisatoriska begränsningar som kvinnorna upplevde kan beskrivas i tre subteman; bristande överföring av information mellan vårdpersonal, avsaknad av integritet/privata rum och könet på vårdpersonalen.

#### ***Bristande överföring av information***

Bradbury-Jones et al (2011) visar att när kvinnorna berättat för vårdpersonal om det våld som de utsatts för, upplevde en otillräcklighet i överförandet av information mellan sjukvårdspersonalen. Den tid det tog mellan de olika parterna i vårdkedjan att följa upp deras ärende gjorde att kvinnorna kände att de blev mer apatiska och oengagerade i sin situation. Kvinnorna upplevde det även påfrestande att behöva berätta vad de varit med om upprepade gånger för olika personer (33).

### ***Avsaknad av integritet/privata rum***

Betydelsen av att få möjlighet att berätta om våldet på en säker plats belyses av Jane Koziol-McLainoch Yam. Kvinnorna upplevde det som begränsande och integritetskränkande att inte kunna berätta för sjuksköterskan i enrum. ( 34, 35). De upplevde det svårt att berätta bland andra patienter med bara ett skynke emellan och vissa valde att inget säga eller förminskade problemet (34, 35). En del kvinnor som berättat upplevde dock en lättnad att äntligen få berätta vad de varit med om och ansåg att bli tillfrågade i sig var det primära (34).

### ***Könet på vårdpersonalen***

Bacchus visar att kvinnorna kände sig reserverade att berätta om vad de blivit utsatta för till manlig vårdpersonal och föredrog helst kvinna till kvinna (36). Några kvinnor ansåg att könet på sjuksköterskan var det sekundära och att bemötandet var det viktiga för om hon skulle berätta (36).

*” I think woman to woman is easier .”  
(36, sid 14)*

## **ORGANISATORISKA BEGRÄNSNINGAR**

### **Sjuksköterskan**

De begränsningar sjuksköterskorna upplevde kan kategoriseras i två subteman, där avsaknad av stöd och riktlinjer/kunskapsbrist samt närvaro av kvinnans partner är representerade.

### ***Avsaknad av stöd och riktlinjer/kunskapsbrist***

Finnbogadottir mfl (33, 38, 39, 40, 41) skriver om sjuksköterskornas avsaknad av stöd och support från sin överordnade/verksamhetschef gjorde att de kände sig exponerade och ensamma med problemet. (33, 38, 39, 40, 41 ). De kände sig mindre säkra och upplevde att de saknade kontroll över sin situation. Riktlinjer saknades för hur de skulle gå till väga, både gällande kommunikationen med kvinnan men även vilka regler de skulle förhålla sig till om de tex var skyldiga att anmäla mannen (33)

*” To sum it all up, this is a rather important question, a difficult question, and it would be helpful with some type of framework (...) secure guidelines and support. When it is difficult, it is very troubling, when it is a difficult case, we are rather alone - ...//...”  
(37, sid 186 )*



Avsaknad av kunskap eller felaktiga föreställningar om våldet var ett problem som sjuksköterskorna upplevde medvetet och omedvetet. Finbogadottír (33) visar att sjuksköterskorna själva upplevde en brist i kunskap att bemöta kvinnorna (33). De kände sig dåligt utrustade och var oroliga för att de skulle göra situationen värre genom att ta upp problemet då de inte visste hur de skulle hantera svaren, samt att de skulle missa något viktigt och avgörande. (40, 43) samt att de efterfrågade mer kunskap innan de började fråga (38).

*"You need knowledge before you start and you have to know where to refer abused women and be aware of your role in it."*

(38, sid 8)

Omedvetet gestaltades kunskapsbrist hos sjuksköterskorna i form av myter och föreställningar om hur den våldsutsatta kvinnan var och att hon var orsaken till problemet. Bacchus visar i en studie (40) hur sjuksköterskorna skiftade i synsätt från att innan studien se på kvinnorna som orsak till våldet till att efter att de deltagit i studien lägga ansvaret på männen och att uttrycka en större förståelse och empati för kvinnorna (40). Att upptäcka att en kvinna var utsatt genererade en större förståelse för kvinnans situation (40). Sjuksköterskorna beskriver efter sin medverkan i studierna en ökad medvetenhet och kunskap och att de genom åren missat att identifiera våldsutsatta kvinnor (37):

*"There are probably many I have missed, for sure...."*

(37, sid 184)

*"There are hidden numbers and I am sure that I have failed to identified many, many."*

(41, sid 1084)

### ***Närvaro av kvinnans partner***

Sjuksköterskorna begränsades även att ta upp ämnet om våld då kvinnans partner ofta var närvarande (33, 38, 40). I många fall hade kvinnorna uppfattningen att sjuksköterskorna ville att deras partner skulle vara med vid besöket. Detta kunde lösas med att sjuksköterskan bad mannen gå ut ur rummet eller att ett besök utan mannen bokades in, dock upplevdes detta ibland som svårt att utföra i praktiken (38).

## **RELATIONSMÄSSIGA BEGRÄNSNINGAR**

### **Kvinnorna**

Relationsmässiga begränsningar som kvinnorna upplevde i mötet med sjuksköterskan kan utgöras av subteman fördelade i två; känslor av skam/skuld och bemötande.

### ***Känslor av skam/skuld***

Känslor av stark skuld och skam fanns närvarande hos de flesta kvinnorna och upplevdes som ett hinder för att berätta om sin situation ( 33, 35, 36). Bradbury-Jones et al menar att många av kvinnorna upplevde dåligt självförtroende vilket fick konsekvensen att de inte tyckte att de var värda någonting och att de enbart slösade med sjuksköterskans tid. De fanns även en rädsla för att inte bli tagna på allvar om de berättade (33.) Kvinnorna kände att om sjuksköterskan gav lite tid, och samtidigt trodde på kvinnorna och det kvinnorna berättade kunde det underlätta väldigt mycket (33). Kvinnorna menade att när man är i deras situation känner man ingen tillit. De upplevde det svårt att tro på någon, och de kände sig skamfyllda och generade över sin situation. (33)

*” It’s so hard to have trust. Trust is a really big thing. When you’re like this you don’t trust nobody... it is hard to come out with it (disclosure of domestic abuse) because you don’t feel good. You’re embarrassed. You’re ashamed ”.*

(33, sid 38)

Kvinnorna uppskattade stödet de fick av sjuksköterskan, när sjuksköterskan avlastade henne från skuldkänslor. De var tydliga med vems fel det var samt att de poängterade att det var oacceptabelt (31).

*” It’s really nice to hear somebody say ”It’s not you. You have n’t done anything. It’s him (the abusive partner) - his behaviour is unacceptable”.*

(33, sid 38)

Kvinnorna vittnar vidare om att männen intalat dom att ingen skulle betro dom om de berättade om situationen för någon. När kvinnorna sökte vård hade de ofta gått väldigt lång tid och att de burit på det de blivit utsatta för utan att berätta för någon (33).

### ***Bemötande***

Kvinnorna kände att bemötandet spelade en avgörande roll för deras välbefinnande. Upplevelser av att sjuksköterskan var oengagerad, stressade, kontrollerande och saknade mänsklighet karaktäriserade kvinnornas möten med vårdpersonalen (35). Ett vårdbesök kunde göra att de mådde sämre efteråt (31). Karin V. Rhodes menar att kvinnorna tyckte att nyckelkomponenterna ska utgöras av respektfullhet, engagemang och att besitta kunskap (35).

Att fråga om våldet upplevdes genomgående som positivt, av både utsatta kvinnor som icke utsatta kvinnor (44). Att fråga upplevdes av kvinnorna som att problemet togs på allvar samt gjorde att kvinnorna kände att våldet inte var deras fel (44).

## **RELATIONSMÄSSIGA BEGRÄNSNINGAR**

### **Sjuksköterskorna**

Utmärkande för vad sjuksköterskorna upplevde som begränsningar i relationen med de våldsutsatta kvinnorna utgörs av två subtema; att de var rädda för konsekvenserna av att fråga om våld samt upplevelser av motstridiga känslor/dilemma.

### ***Rädda för konsekvenser***

Det fanns olika orsaker till sjuksköterskans rädsla för olika konsekvenser av att fråga. Sjuksköterskor upplevde det svårt att engagera sig och sätta sig in i kvinnornas situation för att de saknade tid. De upplevde arbetsmiljön väldigt stressig. (37, 38, 39, 40) och vittnade om att de uteslöt frågan om våld då de inte hade tid att ta hand om eventuella konsekvenser av frågan om kvinnan var våldsutsatt (40). De var rädda för att ha fel i sin misstanke om att kvinnan var utsatt (37, 39). De var även oroliga för att relationen skulle förstöras och att frågan skulle ses som en förolämpning (37, 38, 40, 43), även om kvinnan visade uppenbara tecken på att vara utsatt för våld. (40). En av sjuksköterskorna uttrycker det:

*”...//..., I just couldn't ask her. Also you might ruin the relationship you have with the woman.”*  
(40, sid 749)

Det fanns även en rädsla för att kvinnans partner skulle vara aggressiv mot dom, vilket även vissa sjuksköterskor fick erfara efter att de frågat kvinnan om hon var våldsutsatt (40).

*”...//...and the man said to me when they came again, 'are you trying to put something into my wife's head? Are you trying to put fire into my marriage?'”*  
(40, sid 748)

Sjuksköterskorna uttryckte även en oro och rädsla för vad som skulle hända med kvinnan om de frågade. De var rädda att sätta henne i en farlig situation gentemot mannen (40).

### ***Motstridiga känslor/dilemma***

Motstridiga känslor/dilemma är det andra temat som innefattar alla emotionella uttryck som uppkom i mötet med kvinnorna. Dessa uttryck var upplevelse av otillräcklighet, frustration, ilska och en ledsenhet över situationen (33, 40, 44, 10). Sjuksköterskorna brottades med känslor av att skuldbelägga kvinnan och även känna ilska mot henne då hon inte gjorde något åt sin situation. Samtidigt skämdes de för att de hade dessa tankar och att de dömde kvinnan (44). Dilemmat hade även sin grund i att sjuksköterskorna upplevde en känsla av otillräcklighet genom att kvinnan valde att stanna kvar hos mannen och en ovilja att anmäla honom (33). Vissa sjuksköterskor ifrågasatte om ansvaret för våldsutsatta kvinnor ingår i deras profession. De fysiska skadorna och det medicinska vården var något de ansåg var korrekt att hjälpa kvinnorna med. Det sociala och det emotionella aspekterna kunde vara något att konsultera kurator eller socialarbetare (37, 40). Det kändes lättare att vårda de fysiska skadorna (40). Sjuksköterskorna kände att de hade svårigheter att upprätthålla en professionell hållning (40, 43). De levde sig in i kvinnans situation då de själva var kvinnor. De kände med kvinnorna och uttryckte en stor oro för dom samtidigt som de skattade sig lyckliga över

sin egen situation med att ha en relation utan våld (43). Sjuksköterskan beskriver sina tankar;

*”- It’s very difficult for me. And when I return home from work I can hug and kiss my kids and thank my lucky stars that I am their mother and he their father..”*  
(43, sid 1650)

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Många av de subteman som beskrivs i resultatet förekom i flera artiklar, dock förekom några teman enbart i en artikel. Dessa subteman som inte återkom i flera artiklar är kvinnornas upplevelse att könet på sjuksköterskan har en avgörande betydelse för att skapa en relation samt överföring av information mellan vårdpersonal (36, 33 ). Subteman som endast återkom i en artikel kan stödjas av att ett enskilt forskningsresultat har ett kunskapsvärde, dock kan ett större värde skapas om flera studiers resultat sammanförs (32). En persons upplevelse är unik och kan således utgöra en viktig del i resultatet.

I resultatet i detta fördjupningsarbete presenteras citat för att stärka subtemats betydelse. Citat används med fördel i en ansats till kvalitativ analys för att förstärka värdefull informationen i ett forskningsresultat (32).

Det var fem artiklar som användes som behandlade sjuksköterskans upplevelser av att bemöta kvinnor som är utsatta för våld (38, 39, 40, 41, 44). Två artiklar behandlade både sjuksköterskans och kvinnans perspektiv (34, 43). Det var därför lättare att finna artiklar som behandlade sjuksköterskans upplevelser. Därför utfördes fler sökningar med sökord avseende att hitta artiklar som behandlade kvinnornas upplevelser. I de sökningar som utfördes återkom tre artiklar (33, 37, 43). Detta får tolkas som att de mest relevanta artiklarna har hittats inom mitt valda område. Många träffar utgjordes av artiklar som behandlade förekomsten av våld mot kvinnor genom screening och även hur våldet tar sig i uttryck. Färre artiklar behandlade upplevelsen av bemötandet, vilket kan ses som en nackdel i förhållandet till syftet.

De flesta artiklar som överensstämde med syftet baserades på undersökningar utförda inom Primärvård, BVC/MVC samt på akutmottagningar. Detta får anses överensstämma med den forskning som visar att problemet våld mot kvinnor ofta upptäcks på dessa instanser samt att våldet ofta träder in i relationen vid tidpunkten av graviditet (ref). I den forskning som är utförd inom Primärvården är det ofta barnmorskor (midwives) som är deltagare i studierna. I mitt arbete refererar jag till dom som sjuksköterskor.

I tre artiklar Bradbury – Jones et al (33) och Yam (35) och Loughlyn (42) refererades kvinnors upplevelse av vård till att gälla vårdpersonal, varvid det var svårt att skilja ut om det var i kontakten med läkare eller sjuksköterska som upplevelsen gällde. Jag valde

att använda Yam den då det handlade om kvinnornas (patienternas) upplevelser samt att sjuksköterskor ingår i kategorin vårdpersonal. I artikel med Loughlyn (42) använder jag enbart resultatet som berör sjuksköterskans upplevelser.

En nyare forskning som framkom om ämnet våld i nära relationer var gjord på personer som levde i samkönade relationer och som var utsatta för våld. Då arbetet handlar om mäns våld mot kvinnor i heterosexuella relationer valde jag att inte använda dessa. Även om våldets mekanismer kan te sig likvärdigt i alla relationer oavsett kön, existerar en tyngre evidens i artiklar som berör samma område (32).

I fråga om geografiskt område för de använda artiklarna så är två artiklar Sverige (37, 38). De flesta är från engelsktalande länder som Storbritannien (33, 36, 40), USA (34, 35, 39) och Nya Zeeland (40, 43). En är från Finland (41) och en från Israel (43). Ur en socioekonomisk kontext får dessa artiklar ses som jämställda och jämförbara med varandra och för syftet.

Sökkorden var till viss del relevanta. Domestic violence och intimate partner violence tenderade att ha mer träffar på artiklar som behandlade samkönade relationer än sökorden battered women. Sökningar på ordet awareness utfördes, dock påträffades artiklar längre från syftet då fler artiklar om förekomst och medvetenhet och kunskap om våld anträffades.

Att använda sig av manuella sökningar där de mest frekventa forskarnas artiklar söktes visade sig vara av värde, då alla dessa sökningar gav relevanta artiklar. Dessa var 36, 37, 42. Två sökningar på författare gjordes på enbart efternamn, Bacchus och Häggblom. Den tredje författaren söktes via förnamn och efternamn för att begränsa antalet träffar, då första sökningen på enbart efternamn gav 149 träffar. Den artikeln som funnits mest relevant och användbar är en studie som utförts tillsammans med barnmorskor (37) då de ofta fått en vidare inblick i de våldsutsatta kvinnornas genom att de skett upprepade möten med kvinnorna.

En del likheter och skillnader som framkom i analysen behandlade kvinnorna ur ett perspektiv av etnicitet. Detta kunde vara att mannen vid besök med sjuksköterskan insisterade på att tolka åt kvinnan, vilket då omöjliggjorde för sjuksköterskan att fråga om våld. Jag har i mitt resultat valt att inte använda mig av begreppen etnicitet eller andra maktuttryck än kön/genus på grund av utrymmesskäl. En del artiklar berörde den komplexa situation som kvinnor med funktionshinder och som är våldsutsatta ingår i. Dessa perspektiv är bortvalda och är en medvetenhet finns om hur detta kan påverka resultatet.

En annan brist kan föreligga i det faktum att de flesta artiklar behandlar kvinnliga sjuksköterskors upplevda begränsningar. Manliga sjuksköterskors upplevelser tenderar att falla bort. Jag benämner dock sjuksköterskan som könlös då vissa artiklar (33, 42) även har med manliga sjuksköterskors upplevelser.

Alla artiklar var av kvalitativ karaktär, metoderna var djupintervjuer, observationer i form av ljudupptagningar eller fokusgruppsintervjuer. Antalet deltagare var mellan 5 – 36 kvinnor eller sjuksköterskor. En studie använde sig av 1281 kvinnor och 80 vårdpersonal som medverkande (34). Att använda sig av kvalitativa studier som ofta

beskriver ett fåtals upplevelser kan antas vara svårt att göra till allmängiltiga eller att de utgör begränsningar till att finna resultat som kan appliceras för flertalet. Dock kan det ses till bakgrunden att allas upplevelser är unika och lika mycket värda, varav även ett fåtal utgör relevans i allra högsta grad för syftet.

Etiska råd eller komiteér hade godkänt merparten av artiklarna (33, 36, 37, 43). Forskarna verkade för att förklara studien tydligt och allt deltagande var frivilligt. Det fanns anledningar att skydda kvinnorna som varit utsatta för våld då de kan upplevas känsligt och påfrestande att delta i studier. Speciella strategier antogs som bland annat innebar tid för reflektion och för att kunna upptäcka eventuella stress hos deltagarna. Stöd och grupper för samtal fanns även tillgängligt för deltagarna (40). Ofta var även undersökningsledarna eller intervjuarna kvinnor (33). Både de kvinnliga patienterna och sjuksköterskorna som deltog gavs anonymitet.

Artikel 34, 35, 38, 42 hade ingen etisk diskussion. Däremot var studien godkänd av sjukhuset eller vårdcentralen (studie 38, 39, 41) samt ett skriftligt godkännande från deltagarna (studie 35, 36, 39, 41).

Vissa studier baserades även på att sjuksköterskor (vårdpersonal) studien skulle fråga patienten om våldsutsatthet. Inför dessa var deltagarna med i olika former av träning och/eller utbildningar för att erhålla kompetens om förekomsten av våld samt hur man upptäcker våldsutsatthet (40, 42).

En större teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet av att arbeta med kvalitativa metoder hade underlättat arbetsprocessen vid analys av vetenskapliga artiklar i detta fördjupningsarbetet.

## **RESULTATDISKUSSION**

Resultatet beskrivs i två teman, organisatoriska begränsningar och relationsmässiga begränsningar, avseende kategorierna kvinnor och sjuksköterskor. Under dessa teman behandlas flera olika subteman, dock inte som egna rubriker utan invävd i texten till varje tema, och diskuteras utifrån syftet och deras betydelse i mötet för att skapa en relation. Som grund i analysen ligger omvårdnadsbegreppen tillit, trygghet och tröst samt kön/genus och makt.

### ***Organisatoriska begränsningar***

En trygg och säker miljö kan utifrån resultatet tolkas utgöra en möjlighet. Kvinnorna upplevde brister i överföringen av information mellan vårdpersonalen i sjukvårdssystemet som en begränsning i mötet (33). Detta resulterade i upplevelser av apati och oengagemang hos kvinnorna. Efter att kvinnorna berättat om våldet utsättas få en ny väntetid till uppföljning och handläggning kan innebära att integriteten och tryggheten inte blir uppfylld. Att behöva vänta på uppföljning när man som patient berättat att man blivit utsatt för våld i nära relationer kan vara utlämnande och kan tolkas som att den inte är viktig. Grunden för trygghet rubbas då patienten inte känner något engagemang över sin situation och en brist på tilltro och tillit uppstår (21). Vården

är även i denna mening varken lättillgänglig eller till för patientens bästa vilket HSL framhåller (22). Vården underlättar inte heller respekten för kvinnans självbestämmande eller rätt till sin egen kropp enligt HSL (22) När kvinnan upplever förtroende och känner tilltro till en sjuksköterska kan det upplevas kränkande att behöva tvingas upprepa sin berättelse för ytterliggare en sjuksköterska på en annan (eller samma) avdelning. Att behöva upprepa berättelsen kräver att en ny relation etableras. Detta kan ses med bakgrund av skapandet av en relation där det tar både tid och förtroende att skapa en relation då ny trygg grund behöver utvecklas.

Att erbjuda patienten att berätta i enrum utan anhöriga, mannen eller andra patienter är en viktig del av att skapa en trygg miljö för att kunna etablera en tillitsfull relation. Det är ett sätt att respektera patientens rätt till integritet (22). På vissa avdelningar kan detta vara ett organisatoriskt problem som är svårt att lösa i praktiken då många avdelningar består av flerbäddsrum och en privat miljö kan vara svår att skapa.

Att skapa förutsättning för möten med kvinnan utan hennes partner är även en förutsättning för att en relation ska kunna skapas. Att erbjuda en säker miljö är ett första steg mot ett respektfullt bemötande och inger trygghet för kvinnan. Att vissa kvinnor berättade utan att erhålla enrum och ändå upplevde en tillfredsställelse, kan ses som att berättandet i sig är en essentiell del för kvinnan. En trygg relation skapar en säker miljö även om den fysiska platsen inte är säker. En trygg relation föregår alltså miljön. Även sjuksköterskan begränsades av att kvinnans partner var närvarande (37-39), vilket även var ett hinder i relationsuppbyggandet med kvinnan. Både de våldsutsatta kvinnan och sjuksköterskan var i behov av en säker miljö där integriteten respektive professionen respekterades.

De tillfrågade patienterna berättade helst för en kvinnlig sjuksköterska (36). Att som patient uppleva att en kvinnlig sjuksköterska är lättare att skapa en relation till och inger ett större förtroende kan ses som ett uttryck för den upplevelse av maktojämlighet som existerar. En maktojämlighet där mannen är överordnad kvinnan liksom kvinnan är underordnad enligt det genusystem som beskrivs (29). Den utsatta kvinnan kan uppleva det lättare att berätta för någon som hon har en mer jämlik relation till. Samtidigt är sjuksköterskan i en position av att inneha mer kunskap och således även mer makt än vad kvinnan i egenskap av patient har. Här är det viktigt att sjuksköterskan verkar för en respekt och tillitsfull relation för att skapa en maktbalans i mötet med den våldsutsatta kvinnan (21). Att vissa kvinnor ändå såg bemötandet som det essentiella i mötet och inte könet på sjuksköterskan får ses mot denna bakgrund. En väl fungerande relationen föregår återigen yttre faktorer. Begränsningen i form av könet på sjuksköterskan kan även upphävas om en manlig sjuksköterska identifierar tecken på att patienten är utsatt, att han låter en kvinnlig sjuksköterska ta över omvårdnaden och samtalet. Detta förutsätter dock att den kvinnliga sjuksköterskan kan skapa en tillitsfull relation (21).

En annan begränsning som sjuksköterskorna upplevde var avsaknad av stöd, riktlinjer och kunskap (33). Sjuksköterskorna kände sig ofta utelämnade och efterfrågade även stöd och vägledning av en verksamhetschef eller en person som besitter det större huvudansvaret (33). Detta får ses som att sjuksköterskorna känner ett ansvar över situationen och kvinnorna men att de saknar verktyg för hur de ska agera.

Att som sjuksköterska uppleva en otillräcklighet i kunskaps kan utgöra en osäkerhet och känslor av otillräcklighet. Den upplevda begränsningen av stöd, riktlinjer och kompetens kan tolkas på olika sätt. En medvetenhet om att artiklarna är från en del olika länder med ett eventuellt annorlunda uppbyggt system av dels hur sjuksköterskans profession är uppbyggd i form av kompetenser att förhålla sig till, men även vilka regler och riktlinjer som finns att tillgå. Det finns dock dokument i form av förhållningsregler att tillgå i Sverige i form av HSL och Socialstyrelsens riktlinjer.

### ***Relationsmässiga begränsningar***

Det andra temat av begränsning som fanns i de våldsutsatta kvinnorna och sjuksköterskan upplevelser var hinder i form av olika känslor. Dessa var för sjuksköterskan motstridiga känslor/myter och en rädsla för konsekvenser medan det för kvinnorna karaktäriserades av skam/skuld och bemötandet av sjuksköterskorna.

Motstridiga känslor som sjuksköterskorna upplevde hindrade dem i mötet med kvinnorna (37, 43) får tolkas som att sjuksköterskorna levde sig in i kvinnornas situation men att en svårighet att hantera dessa känslor förelåg. De kände ett ansvar för situationen men samtidigt upplevdes hinder. Sjuksköterskorna insåg att de kunde identifiera sig med kvinnorna vilket skapade problematiska känslor. Identifiering med kvinnorna uttryckte sig genom att de såg sig tillhöra samma kön. Detta kan ses som att de kvinnliga sjuksköterskorna upplever en samhörighet med kvinnorna som grupp (29). Ett sätt kan då vara att distansera sig från kvinnorna och uttrycka att skulden ligger hos kvinnan. På detta sätt skyddar kvinnorna sig från att själva vara en del av den underordnade kategorin, kategorin kvinna (29). Det blir i mötet med kvinnorna uppenbart för sjuksköterskorna att orsaken till att kvinnorna är utsatta för våld är just för att de är kvinnor. Sjuksköterskorna tillhör därmed samma grupp, det underordnade könet. Detta är en del av det genusystem som beskrivs och som de blir medvetna om (29). Genom identifieringen med kvinnorna uttrycks även en medvetenhet om män som grupp som potentiella våldsvärkare/förövare. Samtidigt är sjuksköterskorna själva inte utsatta för våld och är medvetna om att de "haft tur" med sin partner. Svårigheter med att anta en professionell hållning kan ses som att sjuksköterskorna i första hand identifierar sig som kvinnor och inte som sjuksköterskor. Det privata föregår här professionen.

Den rädsla för konsekvenser som sjuksköterskorna upplevde manifesterades i fem olika anledningar till att de kände ett hinder att fråga om våld. Två missuppfattningar var att de skulle ha fel om att våldet förekommit samt att de skulle förstöra relationen med kvinnan (37, 39). I motsats till detta visar undersökningar att kvinnorna ansåg att relationen blev sämre och att de mådde sämre efter besöket om sjuksköterskan inte såg deras situation eller frågade om våld (33). Undersökningarna visade även att kvinnorna upplevde det positivt om sjuksköterskorna frågade om våld, även de kvinnor som inte var utsatta för våld. Sjuksköterskorna var även rädda för konsekvensen att de genom att fråga skulle sätta kvinnan i fara (37, 40). Enligt den uppbrottsprocess som beskrivs är den mest kritiska perioden för kvinnan när hon lämnar mannen (14). Situationen att leva med våldsutsatthet är redan farlig för kvinnan. Att fråga om våld kan möjliggöra ett eventuellt uppbrott för kvinnan. Att som sjuksköterska anta detta resonemang att utsätta kvinnan för fara är fruktlöst då en farlig situation redan föreligger. Frågan kan



snarare ses som en möjlighet. Att kvinnans partner upplevdes som aggressiv kan delvis kopplas till utformning av en säker miljö. Att utesluta en närvaro av kvinnans partner kan ses som en möjlighet för att överbrygga rädslan för partnern. Mannen besitter en form av maktövertag i form av sitt kön och det potentiella hotet om våld som finns närvarande.

Att uppleva tidsbrist (37, 43) är en faktor till att inte kunna etablera en relation då sjuksköterskan inte har tid att bygga upp en trygghet och tillit som en god relation kräver, då de inte ansåg sig kunna ta hand om de eventuella konsekvenser en fråga innebar. Sjuksköterskorna känner härmed ett ansvar för kvinnorna och situationen. De kan inte rättfärdiga det eventuellt uteblivna bemötande som kan bli konsekvensen av att fråga kvinnorna. Att skapa ett välbefinnande hos kvinnorna och se våldet som en angelägenhet, är att som sjuksköterska ta ansvar för hela patientens hälsotillstånd och att försöka se till alltid ha patientens hälsa som främsta mål (22).

De våldsutsatta kvinnorna beskriver starka känslor av skam och skuld över sin situation innebär att sjuksköterskan har ett ansvar att ej befästa dessa känslor i mötet. Verkan för att eliminera dessa negativa känslor är skapa en bekräftande relation som inger tröst till kvinnan. Att ge bekräftelse till patientens är att lindra lidande i vårdsituationen och är en grund för en bra relation (25). Att etablera en relation genom att tro på kvinnan genom att bekräfta berättelsen och ej fördöma samt frilägga kvinnan från skuld. Detta kan göras genom att sjuksköterskan är tydlig med vems fel till våldet det är samt att det är oacceptabelt. Att på detta sätt skapa tröst och utgöra en trygghet för kvinnan är en grund för att tillit kan skapas så att kvinnan ska kunna berätta. Samtidigt är det viktigt att respektera kvinnans autonomi och rätt till självbestämmande i sin situation (22). Att som sjuksköterska inte agera kontrollerande utan se kvinnan är en unik person med rätt att skapa sin egna handlingar. Att sjuksköterskan tar ansvar för situationen men samtidigt tar hänsyn till vad kvinnan vill kan skapa en tillitsfull relation (25).

Kvinnorna upplevde att de saknade ett gott bemötande hos sjuksköterskorna, förorsakat av en rad olika faktorer (35). I mötet saknade de tid, tillit och en mänsklighet av sjuksköterskorna. De önskade att de skulle bli betrodda med det som de berättade. De upplevde det negativt om sjuksköterskan var kontrollerande och berättade för dom hur och vad de skulle göra. Att respektera kvinnans autonomi och rätt till egna individuella känslor och vilja innebär av att stödja utan att skuldbelägga eller att döma hennes beslut. Interaktionen mellan kvinnan och sjuksköterskan kan istället karaktäriseras av tillit och respekt samt utgå från vad kvinnan vill. Att fråga om våld upplevdes genomgående som positivt och många kvinnor upplevde att frågan gjorde att de kunde känna att det inte var deras fel. Detta kan tolkas som att fråga flyttar fokus av skuld från kvinnan till mannen. Att fråga är även att uppmärksamma och se kvinnan och hennes situation samt att ge bekräftelse på det lidande kvinnan upplever (25).

## **Konklusion**

Det föreligger alltså en diskrepans mellan hur patienter som utsatts för våld i nära relationer vill bli bemötta och hur sjuksköterskan bemöter dessa patienter. Diskrepansen består av ett antal begränsningar i organisationen och relationen mellan de våldsutsatta kvinnorna och sjuksköterskorna. För att överbrygga dessa begränsningar framkommer

en del möjligheter för sjuksköterskan i sitt arbete i mötet med våldsutsatta kvinnor. Att vården erbjuder en säker miljö för kvinnor som blivit utsatta för våld och som tillvaratar kvinnans integritet skapar möjligheter till att stärka relationen. Samtidigt finns möjligheter för sjuksköterskan att tillvarata den kompetens och stöd som finns i utbildning och riktlinjer. Sjuksköterskeprogrammet vid Göteborgs universitet har obligatorisk föreläsningar om våld i nära relationer som en del i utbildningen. Riktlinjer finns att tillgå i form av HSL och sjuksköterskans kompetensbeskrivning. Genom detta kan sjuksköterskan även minimera rädslan för konsekvenser av att fråga om våldsutsatthet och upplevelsen motstridiga känslor samt införliva en handlingsfrihet och en trygghet i mötet med våldsutsatta kvinnor. Möjligheter till att upphäva de begränsningar om framkommit i relationen mellan kvinnorna och sjuksköterskan baseras på att erbjuda tröst och trygghet för att skapa en tillit i mötet. Att internalisera detta kan radera de känslor av skuld och skam som är framträdande hos de våldsutsatta kvinnorna samt öka möjligheten för ett bra bemötande. Att vara medveten om maktförhållandet i relationen är en förutsättning för att skapa en tillitsfull relation med våldsutsatta kvinnor. Som den överordnade i den potentiella maktobalans som föreligger i mötet har sjuksköterskan ett ansvar att skapa en god relation. Sjuksköterskan bör därför aktivt verka för att utveckla sin kunskap i mötet med de våldsutsatta kvinnorna för att verka för en god relation.

En fortsatt studie där sjuksköterskan införlivar dessa möjligheter vore intressant för vidare undersökningar. Att vidga området till att innefatta mer komplex problematik som etnicitet, funktionshinder och andra maktuttryck kan ses som en begränsning med även som en möjlighet inför framtida forskning.

## REFERENSER:

1. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A-M. Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfattningsundersökning. Umeå: Åströms Tryckeri; 2001.
2. Våld i nära relationer. (<http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/Toppmeny/Lar-dig-mer/> Hämtad: 12-03-29)
3. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. NCK-rapport 2010:4. Nationellt centrum för kvinnofrod. Uppsala.
4. Sveriges radio. Regeringen satsar mot våld i nära relationer. Publicerat 12-04-25. Ekot. <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=5081481> ).
5. Johnsson-Lathan G. Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I Heimer G, Sandberg D. Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar. Studentlitteratur. Lund: 2008.
6. Brottsförebyggande rådet. <http://www.bra.se/bra/brott--statistik/kvinnomisshandel.html> Hämtad: 12-04-11

7. Sveriges kommuner och landsting, SKL.  
<http://www.skl.se/press/pressmeddelanden/pressmeddelanden-2011/valdsforebyggande-arbete-med-man> Hämtas: 12-04-11
8. Socialstyrelsen, Kostnader för våld mot kvinnor. En samhällsekonomisk analys. 2006. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-131-34>) Hämtad: 12-04-11
9. [www.roks.se/](http://www.roks.se/)
10. Sveriges riksdag. Offentlighets- och sekretesslag (2009:400  
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla\\_sfs-2009-400/?bet=2009:400](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla_sfs-2009-400/?bet=2009:400)
11. Våld i nära relationer. <http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/Toppmeny/ToppTest/Vad-ar-vald/> Hämtad: 2012-04-16
12. Nordborg, G. Våld i vardagen. I Heimer, G. Sandberg, D (red). Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar. Studentlitteratur, Lund: 2009
13. Lundgren E. Våldets normaliseringsprocess. Stockholm: ROKS; 2004.
14. Eliasson, M. Att förstå mäns våld mot kvinnor. I Heimer, G. Sandberg, D (red). Våldsutsatta kvinnor -samhällets ansvar. Studentlitteratur, Lund: 2009.
15. Holmberg, C. Enander, V. "Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser. Studentlitteratur. Lund: 2010.
16. ROKS <http://www.roks.se/mans-vald-mot-kvinnor> Hämtad: 2012-04-16
17. Det är bara att lämna honom. Om vanliga missuppfattningar om våld. ROKS  
[http://www.roks.se/sites/default/files/pdf/det\\_ar\\_bar\\_a\\_ett\\_lamna\\_honom\\_webb.pdf](http://www.roks.se/sites/default/files/pdf/det_ar_bar_a_ett_lamna_honom_webb.pdf) Hämtad: 2012-04-17
18. Björck, A. Heimer, G. Hälso – och sjukvårdens ansvar. Heimers, G. Sandberg, D (red). Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar. Studentlitteratur, Lund: 2009.
19. Sveriges riksdag. Svensk författningssamling 2001:453. Socialtjänstlag (2001:453) [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/) Hämtad: 12-04-04
20. Våld i nära relationer.  
[http://www.valdinararelationer.se/upload/V%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4r%20relationer.se/Utbildningsmaterial/Utbildningsmaterial\\_Fragaomvald.pdf](http://www.valdinararelationer.se/upload/V%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4r%20relationer.se/Utbildningsmaterial/Utbildningsmaterial_Fragaomvald.pdf)  
Hämtad 2012-04-15

21. Svensk sjuksköterskeförening. Värdegrund för omvårdnad. 2010.  
[http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55\\_13okt\\_NYWEB.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55_13okt_NYWEB.pdf) Hämtad 12-04-12
22. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) SFS-nr: 1982:763  
(<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen%28hsl%29>) Hämtad: 2012-04-30
23. Fryklund, B. Lindahl, B. Skyman, E "Kroppen, kroppslig vård och hygien". I: Edberg, A-K. Wijk, H. Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa. Studentlitteratur, Lund: 2009.
24. Nyström, M. Vårdrelationer i vardagsliv med vacklande hälsa. I. Friberg, F. Öhlen, J. Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt. Studentlitteratur, Lund: 2009.
25. Wiklund L, Vårdvetenskap i klinisk praxis. Natur och kultur, Stockholm: 2003.
26. Santamäki Fischer, R. Dahlqvist, V. Tröst och trygghet I Edberg, A-K. Wijk, H. Omvårdnadens grunde – Hälsa och ohälsa. Studentlitteratur, Lund: 2009.
27. de los Reyes, P. Intersektionalitet. Kritiska reflektioner över ojämlikhetens landskap. Liber: 2005
28. Rosenberg, T, Queerfeministisk agenda. Atlas: 2006
29. Hirdman, Y. Genus- om det stabila föränderliga former, Stockholm, Liber: 2001
30. Hörnqvist, M. Foucaults maktanalys, Stockholm Carlssons förlag; 1996
31. Fossum, B (red). Kommunikation, samtal och bemötande i vården. Studentlitteratur; 2007.
32. Friberg, F (red). Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten, Studentlitteratur; 2006.
33. Bradbury-Jones et al (2011) "Improving the health care of women living with domestic abuse." Nursing standard 25, 43, 35-40. Date of acceptance April 1 2011.
34. Koziol-McLain, J. "Intimate partner violence screening and brief intervention: Experiences of women in two New Zealand health care settings". Midwifery womans Health 2008;53:504-510.
35. Rhodes K. "You're not a victim of domestic violence are you?" Provider-patient communication about domestic violence. Annals of Internal Medicine 2007;147(9):620-28

36. Yam M. "Seen but not heard: Battered women´s perceptions of the ED experience". *Journal of Emergency Nursing* 2000;26(5):464-70”
37. Bacchus, L. “Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence.” *Health and social care in the community* 11(1), 10-18, 2002.
38. Finnbogadottir, H. "Midwives´ awareness and experineces regarding violence among pregnant women in Southern Sweden". *Midwifery* 28 (2012) 181-189.
39. Stenson, K. "Midwives´ experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women". *Midwifery*, volume 21, issue 4. december 2005, pages 311-321.
40. Robinson, R. "Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence". *Journal of Emergency Nursing*. Volume 36, Issue6, 2010, pp 572-576.
41. Bacchus, L. "Midwives perception and experiences of routine enquiry for domestic violence." *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, August 2003, Vol. 110, pp. 744-752.
42. Häggblom A, Möller A. "On a life saving mission: Nurses willingness to encounter with intimate partner violence." *Qualitative Health Research* 2006; 16(8):1075-90
43. Loughlyn et al, S. ”Emergency department staff responses to a protocol of care for abused woman”. *Health education & behaviour*, Vol. 27(5): 572-590, 2000.
44. Goldblatt, H. "Caring for abused women: impact on nurse´s professional and personal life experiences". *Journal of advanced nursing* 65(8), 1645-1654. 2009.

## **BILAGOR**

### **BILAGA 1**

#### **VETENSKAPLIGA ARTIKLAR/PUBLIKATIONER**

---

**1**

**Referens i uppsatsen:**

38

**Titel:**

”Midwives´ awareness and experineces regarding violence among pregnant women in Southern Sweden.”

**Författare:** Hafrun Finnbogadotti  
**Tidskrift:** Midwifery (28)  
**Publicerat år:** 2012  
**Land:** Sverige  
**Syfte:** Att utforska barmorskors medvetenhet och erfarenheter avseende våld i nära relationer på gravida kvinnor i södra Sverige.  
**Metod/Urval:** En induktiv kvalitativ design, i fyra fokusgrupsintervjuer.  
**Antal referenser:** 41

---

2  
**Referens i uppsatsen:** 33  
**Titel:** "Improving the health care of women living with domestic violence"  
**Författare:** Bradbury-Jones et al  
**Tidskrift:** Nursing standard  
**Publicerat år:** 2011  
**Land:** U.K. (Scotland).  
**Syfte:** Att utforska upplevelsen av hälsovården (framförallt Primärvården) hos kvinnor som lever med våld i hemmet.  
**Metod/Urval:** Kvalitativ studie där man intervjuat 17 kvinnor som utsatts för våld i hemmet.  
**Antal referenser:** 35.

---

3  
**Referens i uppsatsen:** 44  
**Titel:** "Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences."  
**Författare:** Hadass Goldblatt  
**Tidskrift:** Journal of advanced nursing.  
**Publicerat år:** 2009  
**Land:** Israel  
**Syfte:** Att göra en rapport om inverkan av att vårda utsatta kvinnor för sjuksköterskans profession och personliga livserfarenhet.  
**Metod/Urval:** En fenomenologisk studie från 2005. Datainsamlingen skedde genom djupintervjuer med 22 kvinnliga israeliska sjuksköterskor på sjukhus och "community health care clinics".  
**Antal referenser:** 63

---

4  
**Referens i uppsatsen:** 34

**Titel:** "You´re not a victim of domestic violence , are you?  
Provider-patient communication about domestic violence."  
**Författare:** Karin v. Rhodes  
**Tidskrift:** Annals of Internal medicine.  
**Publicerat år:** 2007.  
**Land:** U.S.A.  
**Syfte:** Att beskriva kommunikationen om våld I nära relationer mellan akutvården och kvinnliga patienter.  
**Metod/Urval:** Analys av ljudupptagning som var gjord ev en randomiserad kontrollerad uttagning av datoriserad screening för våld I nära relationer. 1281 kvinnor och 80 sjukvårdspersonal.  
**Antal referenser:** 32

---

**5**  
**Referens i uppsatsen:** 35  
**Titel:** "Intimate partner violence screening and brief intervention: Experiences of women in two New Zealand health care settings."  
**Författare:** Jane Koziol-McLain  
**Tidskrift:** Journal of midwifery & womans health, volume 53, No 6.  
**Publicerat år:** 2008  
**Land:** New Zealand  
**Syfte:** Att beskriva acceptansen och vilken nytta en sjukvårdsscreening för IVP (intimate partner violence) gör.  
**Metod/Urval:** En kvalitativ deskriptiv försök genom att använda semistrukturerade intervjuer med 36 kvinnor.  
**Antal referenser:** 32

---

**6**  
**Referens i uppsatsen:** 39  
**Titel:** "Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women."  
**Författare:** Kristina Stenson.  
**Tidskrift:** Midwifery, volume 21, issue 4. december, pages 311-321  
**Publicerat år:** 2005  
**Land:** Sverige  
**Syfte:** Att beskriva erfarenheten från barnmorskor som rutinmässigt frågar gravida kvinnor om personligt upplevt våld.  
**Metod/Urval:** Kvalitativa fokusgruppsdiskussioner med 21 barnmorskor.  
**Antal referenser:** 44

---

**7**  
**Referens i uppsatsen:** 40

**Titel:** "Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence."  
**Författare:** Ruthie Robinson.  
**Tidskrift:** Journal of emergency nursing, volume 36, issue 6, page 572-576.  
**Publicerat år:** 2010  
**Land:** U.S.A.  
**Syfte:** Att undersöka rollen som sjuksköterska i akutsjukvården och hur de relaterar till våld i nära relationer.  
**Metod/Urval:** Fenomenologisk kvalitativ ansats genom att intervjua 13 akutsjuksköterskor i södra centrala U.S.A.  
**Antal referenser:** 21

---

**8**  
**Referens i uppsatsen:** 41  
**Titel:** "Midwives perception and experiences of routine enquiry for domestic violence."  
**Författare:** Loraine Bacchus.  
**Tidskrift:** International journal of obstetrics and gynaecology.  
**Publicerat år:** 2003  
**Land:** U.K.  
**Syfte:** Att utforska sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att fråga om våld inom mödravården.  
**Metod/Urval:** Fokusgrupper och semistrukturerade intervjuer av 28 sjuksköterskor.  
**Antal referenser:** 28

---

**9**  
**Referens i uppsatsen:** 37  
**Titel:** "Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence."  
**Författare:** Loraine Bacchus  
**Tidskrift:** Health and social care in the community 11(1), 10-18  
**Publicerat år:** 2002  
**Land:** U.K.  
**Syfte:** Undersöka upplevelsorna av att söka hjälp inom hälsovården från kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer.  
**Metod/Urval:** Kvalitativ studie med intervjuer av 16 kvinnor som lev/lever med våld i nära relationer.  
**Antal referenser:** 62

---

**10**  
**Referens i uppsatsen:** 42



**Titel:** "On a life-saving mission: Nurses willingness to encounter with intimate partner abuse.  
**Författare:** Anette M-E Häggblom, Anders Möller."  
**Tidskrift:** Quality Health research volume 16, no 8.  
**Publicerat år:** 2006.  
**Land:** Finland  
**Syfte:** Att undersöka sjuksköterskors upplevelse av våld mot kvinnor och deras roll som health care providers ("sjukvårdsgivare").  
**Metod/Urval:** Kvalitativ metod baserad på grounded theory. Kvalitativa intervjuer med 10 kvinnliga sjuksköterskor.  
**Antal referenser:** 45

---

**11**  
**Referens i uppsatsen:** 36  
**Titel:** "Seen but not heard. Battered womens perception of the ED experience. "  
**Författare:** Marylou Yam.  
**Tidskrift:** Journal of emergency nursing  
**Publicerat år:** 2000  
**Land:** U.S.A.  
**Syfte:** Att beskriva våldsutsatta kvinnors upplevelser av akutsjukvård.  
**Metod/Urval:** Kvalitativ design med en fenomenologisk ansats. Inspelning av djupintervjuer med 5 kvinnor.  
**Antal referenser:** 20

---

**12**  
**Referens i uppsatsen:** 43  
**Titel:** "Emergency department staff responses to a protocol of care for abused woman".  
**Författare:** Sou Loughlyn et al.  
**Tidskrift:** Health Education & Behaviour, vol27 (5): 572-590 (October 2000)  
**Publicerat år:** 2000  
**Land:** New Zealand  
**Syfte:** En studie för att förbättra identifieringen och vården av våldsutsatta kvinnor.  
**Metod/Urval:** Intervju av 36 kvinnor  
**Antal referenser:** 32

---