

Beteckning: \_\_\_\_\_



**Akademien för hälsa och arbetsliv**

# Sjuksköterskans kunskaper om kvinnovåld -en litteraturstudie

*Karin Andersson & Petra Hedlund  
Mars 2010*

Examensarbete, 15hp, grundnivå  
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Examinator: Birgitta Ljunggren  
Handledare: Inger Andersson**

## Abstract

Violence against women is wide and often well hidden behind home's walls. In 2007, 19600 cases reported of violence against women in which the perpetrator was a man with a relationship to the woman. The purpose of this literature study was to illuminate the knowledge needed to nurse to identify / discover women victims of violence in close relationship and provide good care for them when they searched to health care. From the reviewed articles the authors identified five themes "Distinguish women at risk for violence in close relationships", "Facing the female victims of violence," "Battered women's experiences of care", "Nurses' need of guidance and training" and "Nurse's attitude to ask the question". The authors discovered that nurses need guidance and education / experience to identify and provide a good care to women victims of violence in close relationship. Proper care for these women meant that nurse dare to question about the circumstances, dared to receive the answer and supply further contact. One conclusion the authors draw after this literature study that research on nurses' skills/ knowledge in this area should be further explored. Furthermore, also researched in the knowledge about this subject nursing students receive in their education to nurse.

Keywords: Abused Women, Domestic violence, Domestic violence  
AND nurses' knowledge, Battered women.

## Sammanfattning

År 2007 anmäldes 19600 fall av våld mot kvinnor där förövaren var en manlig bekant till kvinnan. Mörkertalet är stort och våldet är ofta väl dolt bakom hemmets väggar. Syftet med denna litteraturstudie var att belysa vilka kunskaper sjuksköterskan behövde för att kunna identifiera/urskilja kvinnor utsatta för våld i nära relation samt ge en god omvårdnad till dessa när de sökte till hälso- och sjukvården. Ur de granskade artiklarna utläste författarna fem teman "Urskilja kvinnor utsatta för våld i nära relation", "Att möta våldsutsatta kvinnor", "Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vården", "Sjuksköterskans behov av riktlinjer och utbildning" och "Sjuksköterskans inställning till att ställa frågan". Det framkom att sjuksköterskor behövde riktlinjer och utbildning/erfarenhet för att kunna identifiera och ge en god omvårdnad till kvinnor utsatta för våld i nära relation. En god omvårdnad för dessa kvinnor innebar att sjuksköterskan vågade fråga om deras situation, vågade ta emot svaret och förmedla vidare kontakt.

En slutsats författarna drar efter denna litteraturstudies genomförande är att forskning om sjuksköterskors kunskaper inom detta område bör undersökas ytterligare. Vidare bör det även forskas om vilken kunskap om detta ämne sjuksköterskestudenter erhåller i sin utbildning till sjuksköterska.

**Nyckelord:** Misshandlade kvinnor, Våld i hemmet, Våld i hemmet OCH sjuksköterskors kunskaper, Våldsutsatta kvinnor.

<b>Innehållsförteckning</b>	<b>Sid.</b>
<b>1. Introduktion</b>	<b>1</b>
1.1 Definition av våld mot kvinnor	3
1.2 Problemområde	3
1.3 Syfte	4
1.4 Frågeställningar	4
<b>2. Metod</b>	<b>4</b>
2.1 Design	4
2.2 Litteratursökning	4
2.3 Urval	5
2.4 Dataanalys	6
2.5 Forskningsetiska överväganden	6
<b>3. Resultat</b>	<b>6</b>
3.1 Urskilja kvinnor utsatta för våld i nära relation	10
3.2 Att möta våldsutsatta kvinnor	12
3.3 Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vården	13
3.4 Sjuksköterskans behov av riktlinjer och utbildning	14
3.5 Sjuksköterskans inställning till att ställa frågan	15
<b>4. Diskussion</b>	<b>16</b>
4.1 Huvudresultat	16
4.2 Resultatdiskussion	16
4.3 Metoddiskussion	18
4.4 Allmän diskussion	20
<b>5. Referenslista</b>	<b>22</b>
Bilaga 1	

## 1. Introduktion

Kvinnovåld finns i allas vår närhet men är väl dolt och de drabbade kvinnorna känner ofta skam över sin situation. Att denna form av våld sker i det undångömda och ofta innanför hemmets väggar gör det svårare för samhället att upptäcka detta problem. Kvinnornas enda kontakt med samhället kan vara då de uppsöker sjukvården för vård av sina skador som uppkommit till följd av misshandeln (Eliasson, 2003).

Det finns skillnader mellan män och kvinnors attityder när det gäller kvinnovåld. Generellt sett är män mer benägna att tro på myter som stöder rättfärdigandet för våld mot kvinnor, ser inte på kvinnovåldet lika allvarligt och visar mindre empati för offret än vad kvinnor gör. Gamla normer gör det även acceptabelt för män att vara dominanta i hemmet. Mannen har rätt att bestämma i sitt eget hus och det är han som ska ta beslut i viktiga frågor. Attityder påverkades också av religioner, massmedia mm. En del religioner rättfärdigar mannen att slå kvinna om hon inte ”sköter sig”. I länder där kvinnors rättigheter är mer ifrågasatta är våld mot kvinnor också mer förekommande. Kvinnorna i dessa länder är själva mer ”toleranta” mot våldet och anser att det är mannens rätt. Det finns våldtäktsdomar som mildras p.g.a. att kvinnan varit lättklädd, burit kort kjol och därmed fått skylla sig själv. I pornografi är ofta mannen den dominanta och kvinnan ska bara vara till lags, vilket också leder till ett felaktigt synsätt (Flood & Pease, 2009).

Mäns våld mot kvinnor förekommer i alla samhällsklasser, länder och religioner. Män utsätts oftast för våld utanför hemmet och då av okända män. I de flesta fall finns även vittnen som sett hela situationen. Flickor och kvinnor däremot utsätts oftast för våld i hemmen av en man de känner vilket bidrar till att våldet blir ”osynligt” för omvärlden och på grund av detta är det svårt att skydda dessa flickor/kvinnor. Då många kvinnor också kan vara beroende både ekonomiskt och socialt av förövaren var det komplicerat för dessa kvinnor att anmäla mannen. Våld mot kvinnor var/är ett stort problem i samhället. Under år 1994 polisanmälde 18567 kvinnor en nära man de hade en sexuell relation med för misshandel, enligt Statistiska Centralbyrån. Mörkertalet uppskattades till 70 000 – 80 000 fall under samma år. Kvinnojourerna detta år (1994) hade ca 40 000 kontakter med hjälpsökande kvinnor. Brottoffer -undersökningen som genomfördes 1987 visade att ensamstående kvinnor med barn var den tredje största riskgruppen i fråga om våld (Eliasson, 2003).

Olika begrepp används när det gäller kvinnomisshandel och begreppen varierar beroende på vem som använder sig av uttrycket. Inom polis och rättsväsende kallas det ofta för lägenhetsbråk, villabråk förekom dock inte som uttryck. Ofta används uttrycket familjevåld när det gäller kvinnomisshandel vilket ger en felaktig bild då det inte belyser mannens våld mot kvinnan. Risken att bli våldtagen av en man i bekantskapskretsen, sin sambo eller make var betydligt större än att bli våldtagen av en för kvinnan helt okänd man (Eliasson, 2003).

Sjuksköterskan har en viktig roll i mötet med den misshandlade kvinnan och hennes/hans kunskap i hur man hanterar denna situation är av största vikt. Som sjuksköterska i denna situation har vi till uppgift att se kvinnan som den enskilda individ hon är, minska hennes lidande, ge ett professionellt bemötande och inte utsätta henne för mer lidande. Dessa aspekter kan härledas till J. Travelbees omvårdnadsteorier (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Kvinnor som är gravida eller fostrar barn är särskilt utsatta för våld i nära relation. Mer än hälften av kvinnorna som uppger att de utsätts för våld i nära relation lever med barn som är under 12 år gamla (DeJonghe, Bogat, Levendosky & von Eye, 2008). Barnen blir i dessa fall vittnen till våldet mot mamman vilket även gör barnen till indirekta offer för våldet. Detta gör att barnen påverkas negativt både mentalt och känslomässigt (Buckley, Holt & Whelan, 2007). Det finns ett starkt samband mellan våld i nära relation och risken för kvinnan att utveckla post-traumatiskt stressymtom. Desto fler sorters våld i nära relation, sexuellt, fysiskt eller/och psykiskt som kvinnan utsätts för desto fler symtom på post-traumatiskt stressymtom uppkommer (DeJonghe, Bogat, Levendosky & von Eye, 2008). Vanligtvis reagerar patienter positivt om man i samband med kommunikation rör vid patienten, en hand på armen till exempel. Kvinnor som blivit misshandlade kan reagera rakt motsatt då beröringen kan påminna om beröringstillfällena med negativa konsekvenser. Sjuksköterskan ska ha en medvetenhet om hur beröring kan uppfattas av dessa kvinnor då de kan uppleva obehag om beröringen utförs på så sätt att det av kvinnan associeras till tidigare negativa upplevda händelser (Borch & Hillervik, 2005).

Kvinnor utsatta för våld i nära relation har svårt att definiera sina erfarenheter vilket beror på att våldsbilden i en nära relation är komplex. Det beror även på att kvinnan och mannen förändras av att leva i en våldsrelation och deras förståelse och tolkning av våldet förändras. Kvinnorna känner mycket skam, skuld och rädsla. I en relation där våldet finns närvarande flyttas gränser och våldshandlingarna som utförs får en annan betydelse än från början. Flera

kvinnor förklarar det som att de var tvungna att nå botten innan de kunde göra något åt sin situation (Enander & Holmberg, 2008). Mannen lyckas genom våldsprocessen få kvinnan att söka fel hos sig själv, att hon är ansvarig för våldet hon får utstå. Kvinnan övertar mannens tolkning av våldet vilken är att våldet är ett uttryck för hennes misslyckande som kvinna. Kvinnorna som lever i dessa relationer har svårt att se sig som misshandlade kvinnor. De kan inte identifiera sig i den rollen och inte heller sina män/sambos som misshandlare. När kvinnorna och männen i dessa relationer omdefinierar våldet minimerar de också allvarligheten i det, men det kan vara ett sätt att hantera våldet. Det som sker när våldet bearbetas på detta sätt och pågår systematiskt under tid i relationen är att normaliseringsprocessen förstärks ytterligare. Normaliseringsprocessen innebär att mannen får kvinnan att överta hans värderingar och förklaringar om våldet, varför det sker och så vidare. Mannen växlar mellan våld och värme, isolerar kvinnan och även hjärntvättar henne. Detta tillsammans med våldet gör att kvinnan till slut inte vet eller vågar försöka skaffa sig en egen uppfattning om vad som pågår. Detta sammantaget gör att kvinnor som befinner sig i denna situation har svårt att beskriva vad som pågår på grund av att deras uppfattning om det är skev (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001).

### **1.1 Definition av våld mot kvinnor**

FN:s definition av mäns våld mot kvinnor lyder: ”Varje form av könsrelaterat våld som resulterar i, eller kan resultera i, fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, inklusive hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckliga frihetsberövanden, vare sig det sker i det offentliga eller i det privata livet”. Denna definition finns med i FN:s deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor som antogs år 1993 (NCK, 2009).

### **1.2 Problemområde**

Våld mot kvinnor innebär ett fysiskt och psykisk lidande för kvinnan och även en stor kostnad för samhället. I hälso- och sjukvården finns konkreta omedelbara kostnader i såväl öppen- som slutenvården, vidare tillkommer också kostnader för mediciner, behandlingar och sjukskrivningar. Att sjuksköterskan har kunskaper om våld mot kvinnor är av största vikt då hon i mötet med kvinnan har en avgörande roll i om kvinnan får förtroende för hälso- och sjukvården eller känner sig illa bemött. Sjuksköterskans bemötande av den våldsutsatta

kvinnan kan vara avgörande för om hon väljer att berätta vad hon utsatts för. Sjuksköterskor i dag har brist på kunskaper och information om hur man ska möta dessa kvinnor vilket även kan leda till att det finns förutfattade meningar om hur en våldsutsatt kvinna ska vara, se ut, social status, utbildningsnivå osv. Kunskapsbristen kan få till följd att dessa kvinnor upptäcks och får hjälp i mindre utsträckning än andra patientgrupper vilket leder till stort personligt lidande för kvinnan och stora ekonomiska kostnader för samhället. Adekvat utbildning i ämnet erhålls inte idag av alla sjuksköterskestudenter vilket författarna ställer sig frågande till.

### **1.3 Syfte**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva vilka kunskaper sjuksköterskan behöver för att kunna identifiera och ge god omvårdnad till kvinnor utsatta för våld i nära relation.

### **1.4 Frågeställning**

Hur kan sjuksköterskan urskilja dessa kvinnor utsatta för kvinnovåld när de söker hälso- och sjukvården?

Vilka kunskaper om ämnet kvinnovåld behöver sjuksköterskan ha för att kunna ge god omvårdnad till dessa kvinnor?

## **2. Metod**

### **2.1 Design**

Studien har genomförts som en deskriptiv litteraturstudie med artikel- och litteraturgranskning (Forsberg & Wengström, 2008).

### **2.2 Litteratursökning**

Artiklar söktes i PubMed med mesH-termen battered women, domestic violence och domestic violence AND nurses´ knowledge. Artiklar söktes även i CINAHL med sökorden battered women, abused women samt domestic violence AND nurses´ knowledge (tabell 1). Till viss del olika sökord i olika databaser för att minska risken för dubletter av artiklar.



Tabell 1. Utfall av sökning

Databas	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2
PubMed	Battered women	2034	21 av 237	5
PubMed	Domestic violence	28924	15 av 2980	2
PubMed	Domestic violence AND nurses' knowledge	166	3 av 11	1
CINAHL	Domestic violence AND nurses' knowledge	40	2 av 10	1
CINAHL	Battered women	1943	12 av 498	6
CINAHL	Abused women	784	18 av 277	2

### 2.3 Urval

Använda databaser är PubMed och CINAHL. Sökningar i dessa på valda sökord gav sammanlagt 33891 träffar, 4013 artiklar var tillgängliga i fulltext. Av de 4013 artiklarna i fulltext valde författarna ut 71 stycken artiklar med titlar och abstract som överensstämde med litteraturstudiens frågeställningar och syfte. Båda författarna läste abstract och titel i de 71 artiklarna och enades om 17 som ansågs belysa och ge svar på denna studies frågeställningar. Artiklarna söktes utan begränsning i periodicitet, de skulle vara skrivna på engelska eller svenska och vara vetenskapligt granskade. Rubrikerna på artiklarna skulle ha anknytning till det aktuella området och så även abstracten. Då ämnet som granskades i litteraturstudien är världsomspännande, kulturöverskridande och förekommande i alla samhällsklasser var det av intresse att få artiklar med geografisk spridning. Författarna valde att ha med både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

## **2.4 Dataanalys**

Författarnas litteratursökning resulterade i 17 artiklar. För att få svar på studiens frågeställningar användes manifest innehållsanalys. Genom att systematiskt studera de 17 artiklarna kunde författarna identifiera och utläsa teman ur texterna (Forsberg & Wengström, 2008). För att få fram artiklar med bra/hög kvalitet granskade författarna dessa efter Forsberg och Wengströms (2008) checklistor för kvantitativa, kvalitativa och randomiserade artiklar. Utifrån dessa checklistor skapade författarna en modifierad tabell där artiklarnas kvalitet redovisas (tabell 2). I tabellen presenteras även artiklarnas författare, titel, design, metod och syfte. Vidare lästes artiklarna som ansågs uppfylla kriterierna av författarna var för sig. Varje författare bedömde artiklarna utifrån Forsberg och Wengströms (2008) checklistor och utläste teman. Därefter lästes artiklarna tillsammans och författarna diskuterade om de kommit fram till samma bedömning och teman gällande de valda artiklarna. Författarna bearbetade artiklarna återigen och fick fram fem teman som båda författarna ansåg svarade på studiens frågeställningar och syfte. De framarbetade temana används som rubriker i studiens resultat.

## **2.5 Forskningsetiska överväganden**

Författarna har gjort ett systematiskt urval av artiklar. De artiklar författarna använt sig av i litteraturstudien är vetenskapliga artiklar som godkänts för publicering. Författarna har som mål att återge innehållet i artiklarna så sakligt som möjligt. Detta oavsett författarnas egna åsikter och värderingar.

## **3. Resultat**

Ur de valda artiklarna som berör sjuksköterskans kunskaper om kvinnovåld har författarna fått fram fem teman, ”Urskilja kvinnor utsatta för våld i nära relation”, ”Att möta våldsutsatta kvinnor”, ”Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vården”, ”Sjuksköterskans behov av riktlinjer och utbildning” och ”Sjuksköterskans inställning till att ställa frågan”. Temana redovisas som rubriker med efterföljande text. Tabell innehållande granskade artiklars syfte och resultat (tabell 3) finns som bilaga 1.

Tabell 2. Kvalitetsbedömning av granskade artiklar.

	<b>Författare/ Årtal/ Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Design/ Metod</b>	<b>Undersöknings- grupp</b>	<b>Dataanalys</b>	<b>Kvalitets- bedömning</b>
1	Gutmanis I Beynon C Tutty L Wathen C-N Mac Millan H  2007 Canada	Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses.	Kvantitativ Enkät Modifierad Dillman Tailored design	597 sjuksköterskor 328 läkare	Crohnbach`s Alpha Dunnetts` t-test ANOVA Item analys Principal Components analysis	1 2 3 4 5 6
2	Richardson J Coid J Petrukevitch A Chung W Moorey S Feder G  2002 England	Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care	Kvantitativ Enkät Tvärsnittsstudie	1207 kvinnor	Chi-2-test SPSS	1 2 3 4 6
3	Svavarsdottir E-K Orlygsdottir B  2008 Island	Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives	Kvantitativ Enkät Tvärsnittsstudie	14 sjuksköterskor 10 barnmorskor 101 kvinnor	Beskrivande statistik	1 2 3 4 6
4	Goldblatt.H  2009 Haifa, Israel	Caring for abused women: impact on nurses` professional and personal life experiences	Kvalitativa djupintervjuer Fenomenologisk metod	22 kvinnor	Tematisk innehållsanalys Öppen kodning Axial kodning Integration	1 2 3 4 7
5	Eberhard- Gran M Schei B Eskild A  2007 Norge	Somatic Symtoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence.	Kvantitativ Tvärsnittsstudie	2730 kvinnor	Chi-square test ANOVA Regressionsanalys	1 2 3 4 6

	<b>Författare/ Årtal/ Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Design/ Metod</b>	<b>Undersöknings- grupp</b>	<b>Dataanalys</b>	<b>Kvalitets- bedömning</b>
6	Vatnar S Björkly S  2008 Norge	An Interactional Perspective of Intimate Partner Violence: An In-depth Semi- structured Interview of a Representative Sample of Help-seeking Women	Kvalitativ Djupintervjuer Semi- strukturerade	157 kvinnor	Mc Nemar test Mann-Whitney U-test Chi Square test Kendalls tau-b test Wilcoxon signed- rank test	1 2 3 4 7
7	Vatnar S Björkly S  2009 Norge	Interactional Aspects of Intimate Partner Violence Result in Different Help-seeking Behaviors in a Representative Sample of Women.	Kvantitativa semi- Strukturerade enkäter Kvalitativa Intervjuer	157 kvinnor	Kruskal-Wallis test Friedman test Kendall´s tau-b Hosmer- Lemeshow test SPSS	1 2 3 4 7
8	Häggbloom A Hallberg L Möller A  2005 Sverige	Nurses´ Attitudes and Practices Towards Abused Women	Kvantitativ Enkät	133 sjuksköterskor	SPSS Chi-squared test Beskrivande statistik	1 2 3 4 6
9	Bengtsson- Tops A Tops D  2007 Sverige	Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care.	Kvantitativ och kvalitativ tvärsnittstudie Enkät	1382 kvinnor	Mann-Whitney U-test Beskrivande statistik Innehållsanalys	1 2 4 5 6 7
10	Chang J Decker M Moracco K Martin S Petersen R Fraiser P  2003 North Carolina Pennsylvania USA	What Happens When Health Care Providers Ask About Intimate Partner Violence? A Description of Consequences From the Perspectives of Female Survivors.	Kvalitativ Intervjuer	41 kvinnor Fokusgrupper	Triangulation Atlas.ti Innehållsanalys	1 2 3 7

	<b>Författare/ Årtal/ Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Design/ Metod</b>	<b>Undersöknings- grupp</b>	<b>Dataanalys</b>	<b>Kvalitets- bedömning</b>
11	Chang J Cluss P Ranieri L-A Hawker L Buranosky R Dado D McNeil M Scholle S  2005 USA	Health Care Interventions for Intimate Partner Violence: What Women Want.	Kvalitativa Intervjuer	21 kvinnor	Innehållsanalys Triangulering	1 2 3 4 7
12	McCloskey L Williams C Lichter E Gerber M Ganz M Sege R  2006 USA	Abused Women Disclose Partner Interference with Health Care: An Unrecognized Form of Battering	Kvantitativ Enkät Tvärsnittstudie	4245 kvinnor	Pearsons x2 test	1 2 7
13	McCord-Duncan E Floyd M Kemp E Bailey B Lang F  2006 USA	Detecting Potential Intimate Partner Violence: Which Approach Do Women Want?	Kvantitativ enkät Kvalitativa djupintervjuer Filmvisning	97 kvinnor	ANOVA Chi-square analys T-test Wilcoxon Kvalitativ metodanalys Innehållsanalys	1 2 4 5 7
14	Wilson K Silberberg M Brown A Yaggy S  2007 North Carolina	Health Needs and Barriers to Healthcare of Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence.	Kvalitativa intervjuer kvantitativ enkätstudie.	25 kvinnor 10 anställda	Atlas.ti version 5.0 Bivariat analys Frekvensanalys Innehållsanalys	1 2 3 7
15	Liebschutz J Battaglia T Finley E Averbuch T  2008 USA	Disclosing intimate partner violence to health care clinicians- What a difference the settings makes: A qualitative study.	Kvalitativa djupintervjuer	27 kvinnor,	Innehållsanalys Grounded theory	1 2 3 4 7

	<b>Författare/ Årtal/ Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Design/ Metod</b>	<b>Undersöknings- grupp</b>	<b>Dataanalys</b>	<b>Kvalitets- bedömning</b>
16	Woods S Hall R Campbell J Angott D  2008 USA	Physical Health and Posttraumatic Stress Disorder Symtoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence.	Kvantitativ Jämförande design. Enkät Correlational- predictive design	157 kvinnor	Pearsons Cronbach´s Alpha	1 2 3 4 5 6
17	Bonomi A Andersson M Rivara F Thompson R  2009 USA	Health Care Utilization and Costs Associated with Physical and Nonphysical- Only Intimate Partner Violence.	Kvantitativ jämförande design Telefon- intervjuer	3333 kvinnor	Kruskall-Wallis test X2-test	1 2 3 4 6

Samtliga artiklar har kvalitetsbedömts utifrån:

- 1= beskrivning av studiens metod och resultat
- 2=beskrivning av urvalsförfarandet
- 3= studien har godkänts av en forskningsetisk nämnd
- 4=eventuellt bortfall diskuteras i studien

Kvantitativa artiklar bedöms även utifrån:

- 5 = mätinstrumentets reliabilitet är diskuterad
- 6 = mätinstrumentets validitet är diskuterad

Kvalitativa artiklar bedöms även utifrån:

- 7= forskarna har vidtagit åtgärder för att stärka trovärdigheten  
(modifierad, Forsberg & Wengström, 2008)

### 3.1 Urskilja kvinnor utsatta för våld i nära relation

Kvinnor utsatta för våld i nära relation sökte oftare sjukvården än kvinnor som inte var utsatta för våld i nära relation. Det fanns en tydlig koppling mellan våldets art och grad i förhållande till hur ofta eller för vilka symtom och skador kvinnorna uppsökte vården. Kvinnor som varit utsatta för våld av fysisk och/eller sexuell art var mer benägna att söka vård för somatiska symtom som de själva uppgav var hjärtrusning, diarré, smärta vid samlag, huvudvärk, yrsel. Vanliga fysiska symtom och skador som visade sig förekomma hos denna grupp kvinnor var blåmärken, sår, svullnader, blödningar och frakturer. Kvinnor som utsatts för fysiskt våld och sexuellt våld i kombination fick också mer symtom och skador. De kvinnor som hade psykiska problem till följd av våldet sökte också vården för fler fysiska symtom, skador och sjukdomar. De psykiska symtomen och sjukdomarna kvinnorna led av var depression, bipolär sjukdom och posttraumatiskt stressymtom. Gemensamt för kvinnorna var att de tyckte att de psykiska besvären var värre än de fysiska (Eberhard-Gran, Schei & Eskild, 2007; Woods,

Hall, Campbell & Angott, 2008; Wilson, Silberberg, Brown & Yaggy, 2007; Vatnar & Bjorkly, 2008).

Kvinnor som blev utsatta för psykiskt och fysiskt våld där de kände fara för sitt liv sökte hjälp hos sjukvården. Det kunde ha pågått våld under lång tid men det avgörande steget att söka sjukvård kom när de psykiska och fysiska skadorna blev så grova att kvinnorna fruktade för sitt liv. När våld mot kvinnan förekom under längre tid blev det till ett hälsoproblem för kvinnan. Ungefär hälften av kvinnorna var gifta eller sambo och hade även barn boendes i hemmet. Hemmet var också den vanligaste platsen där övergreppen ägde rum (Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008; Vatnar & Bjorkly, 2009; Bengtsson-Tops & Tops, 2007 ).

Få av kvinnorna var påverkade av alkohol eller droger när de sökte sjukvården för sina skador och i de fall de var påverkade så var även partnern som utsatt dem för misshandeln påverkad av alkohol eller droger. Många sjuksköterskor tror trots detta att alkohol och droger är orsaken till att kvinnor utsätts för fysiskt våld av man i nära relation (Vatnar & Bjorkly, 2008; Häggblom, Hallberg & Möller, 2005).

Sjuksköterskor kunde inte utgå från att utbildningsnivån i sig skulle vara ett risktecken hos kvinnor som sökte sjukvården till följd av våld i nära relation. Det visade sig att utbildningsnivån följde jämförande grupper i samhället av kvinnor som inte utsatts för våld i nära relation. Kvinnor utsatta för fysiskt våld i nära relation hade dock lägre inkomstnivå än kvinnor som inte utsattes för våld i nära relation. De kvinnor som levde i en relation där våldet pågick var de som mest använde hälso- och sjukvården. Ytterligare ett tecken som framkom var att det fanns kvinnor som sökte sig till sjukvården men hade stora svårigheter att komma i kontakt med vården. Svårigheten bestod i att mannen som utsatt kvinnan för våldet försvårade och/eller förhindrade kvinnans kontakter med vården. Av dessa kvinnor levde hälften av dem i ett förhållande där våldet var pågående (Bonomi, Anderson, Rivara & Thompson, 2009; McCloskey, Williams, Lichter, Gerber, Ganz & Sege, 2007 ).

Våld i nära relation upphörde inte när kvinnan blev gravid, istället eskalerade det fysiska våldet under graviditeten. Följderna av våldet blev i vissa fall missfall. Då våldet eskalerade under graviditeten menade man att screening för våld i nära relation var lämpligt att genomföra på mödrarvårdcentraler där man hade en kontinuerlig kontakt med kvinnan under graviditeten. Sjukvårdspersonal som deltagit i studier menade på att användandet av riktlinjer

och frågeformulär hjälpte dem i identifieringen av misshandlade kvinnor och underlättade för dem i det praktiska arbetet. Trots att de hade konkreta riktlinjer att arbeta efter ansåg de till en början att det var svårt att fråga om utsattheten för våld hos de kvinnliga patienterna (Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008; Richardson, Coid, Petruckevitch, Chung, Moorey & Feder, 2002).

Kvinnor som sökte hjälp hos olika vårdgivare för i grunden samma problem visade sig vara en grupp som i vissa fall varit offer för våld i nära relation. När de hos en vårdgivare blivit tillfrågade om utsattheten för våld i nära relation och kvinnan känt sig ”avslöjad” valde hon att söka sig vidare till anan vårdgivare. I den nya vårdrelationen valde kvinnan att inte berätta om sin situation, detta på grund av rädslan för att mannen skulle komma på att hon avslöjat detaljer om deras liv (Liebschutz, Battaglia, Finely & Averbuch, 2008).

### **3.2 Att möta våldsutsatta kvinnor**

Enligt kvinnor som utsatts för våld i nära relation önskades att vårdpersonalen frågade om de utsatts för våld. Sjukvårdspersonalen skulle även visa intresse för vad de berättade, kunna ge förslag och råd om olika möjligheter/resurser. Kvinnorna önskade även att en god attityd skulle kvarstå efter att kvinnan gjort sitt ”avslöjande”. Uppföljande telefonsamtal ansågs också vara en av de faktorer som bidrog till att kvinnorna upplevde att vårdpersonalen brydde och engagerade sig i dem (Liebschutz m.fl., 2008; Chang m.fl., 2003).

Genom att vårdgivare ställde frågan ”såddes ett frö”, en insikt om att våldet inte var ”normalt”. Kvinnorna uttryckte även en lättnad över att få berätta då ”hemligheten” var tung att bära. En kvinna beskrev det som ”I wasn’t looking for any answers. I just wanted to get it off my chest and let everybody know what a rat he was, OK?” (Chang m.fl., 2003, s78).

Genom att vårdpersonal varit stöttande, uppmuntrande, omsorgsfulla gav de kvinnorna bättre självkänsla/självförtroende vilket ledde till att vissa av dem så småningom kunde lätta sitt hjärta och berätta om våldet. Det skapade förtroendet gjorde att kvinnorna kunde se på sin situation utifrån, med distans. Kvinnorna blev också öppna för att ta emot förslag på alternativa lösningar som skulle kunna bli en väg ut, detta gjorde att kvinnorna stärkte sin självkänsla och i några fall stärkte dem att påbörja en distans till det destruktiva förhållandet. (Liebschutz m.fl., 2008; Chang m.fl., 2003).



Det visade sig att vårdpersonal ofta accepterade ett nekande svar eller att kvinnan inte svarade alls på direkt fråga om kvinnan utsatts för våld i nära relation. Vårdpersonal som arbetat flera år inom yrket, inom akutsjukvård och primärvård, uppgav att de aldrig mött kvinnor utsatta för våld i nära relation. Vårdpersonal som inte frågade kvinnor menade att de inte gjorde det av respekt till kvinnans identitet. Kvinnor kände sig kränkta när de enligt dem själva uppenbart blivit utsatta för våld i nära relation och sjuksköterskan inte frågade om detta. Kvinnorna utsatta för våld uppgav att oavsett vilka frågor vårdpersonalen ställde om utsattheten för våld var det den personliga kontakten kvinna – vårdpersonal som avgjorde hur kvinnan svarade (Hägglom m.fl., 2005; McCord-Duncan, E, Floyd,M, Kemp,E, Bailey,B & Lang,F, 2006).

### **3.3 Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vården**

Kvinnor utsatta för våld i nära relation uppgav vissa negativa konsekvenser av bemötandet inom hälso- och sjukvård. Kvinnor skrämdes av vårdgivare som ville hjälpa dem när dessa berättat om våldet, genom att t.ex. uppmana kvinnorna att uppge adressen så de kunde skicka dit polisen. Kvinnorna var i detta läge livrädda då de inte visste vad som kunde hända efter att mannen släppts från polisen och återvände hem. Flera av kvinnorna hade dessutom negativa erfarenheter av möten med polisen. Kvinnorna menade att det inte var extrema lösningar de ville ha när de berättade om våldet utan att de skulle få förståelse för sin situation, hur de hade kunnat finna sig i en sådan situation och råd hur de skulle undvika ytterligare våld. Vidare kände sig några av kvinnorna utlämnade och avslöjade när de undersöktes vilket gjorde att de lämnade vårdgivaren (Liebschutz m.fl., 2008; Chang, Cluss, Ranieri, Hawker, Buranosky, Dado, McNeil & Scholle, 2005).

Ett flertal kvinnor upplevde dålig kontakt med vårdpersonalen vilket gjorde att kvinnorna menade att personalen inte vidtog tillräckliga säkerhetsåtgärder. Vidare blev bedömningen av kvinnans situation och eventuella skador bristfällig vilket gjorde att eventuella uppföljningar uteblev. Kvinnorna upplevde även att vårdpersonalen inte höll sig till sekretessen gällande kvinnan och allt detta skadade förtroendet för vården allvarligt för dessa kvinnor som redan hade svårt med förtroende och tillit på grund av situationen de levt eller lever i. Kvinnor uppgav även att det fanns tillfällen då det varit uppenbart att de utsatts för våld i nära relation där vårdpersonalen trots detta inte frågat om det vilket gjorde att eventuellt stöd kvinnan hoppats på från vården uteblev (Liebschutz m.fl., 2008; Chang m.fl., 2005).

Kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation och tillfrågade av sjukvårdspersonal om detta uppgav att de blev lättade och att en börda lättade från deras axlar. Kvinnorna uppgav även att de kändes som männen förlorade lite makt över dem när de vågade berätta för sjuksköterskan om sin situation. Vidare menade några av kvinnorna att det var ett stort avgörande när sjuksköterskan frågade dem om utsattheten för våld i nära relation. Det blev början på kvinnans frigörelse och uppbyggnad från mannen som utsatte henne för våldet (Chang, Decker, Moracco, Martin, Petersen & Fraiser, 2003).

Kvinnor utsatta för våld kände förvirring och oro vid förfrågan om det utsatts för våld då de inte visste konsekvenserna av sitt avslöjande. Flera kvinnor kände även fruktan för att deras barn skulle tas ifrån dem vid ett avslöjande. Kvinnorna ville inte att sjukvården agerade på så sätt att situationen kom utom kontroll för kvinnan eller att den akuta situationen förvärrades (Chang m.fl., 2005).

### **3.4 Sjuksköterskans behov av utbildning och riktlinjer**

Vårdpersonal uppgav att dåliga kunskaper p.g.a. brist på utbildning, känsla av maktlöshet, tidsbrist, rädsla för att förolämpa kvinnan, oro för att inte kunna garantera kvinnans säkerhet och brist på effektiva interventioner var faktorer som påverkade omvårdnaden (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007; Goldblatt, 2009; Wilson, Silberberg, Brown & Yaggy, 2007).

Avgörande för om sjuksköterskorna vågade fråga eller inte för utsattheten om våld i nära relation när kvinnor sökte sjukvården var om sjuksköterskan hade erfarenhet av ämnet och/eller om de hade någon form av utbildning i ämnet. Sjuksköterskans bedömning av hur allvarligt skadad kvinnan var påverkade om de frågade om utsattheten för våld i nära relation eller avböjde att fråga. Tydliga samband identifierades när det gällde om sjuksköterskan hade förståelse/kunskaper om processen en kvinna som utsatts för våld i nära relation gick igenom. Sjuksköterskor som erhållit utbildning i ämnet våld i nära relation, hade ett annat förhållningssätt till den utsatta kvinnan och en ökad förståelse för situationen kvinnan befann sig i (Hägglöm m.fl., 2005; Gutmanis m.fl., 2007). En majoritet av de medverkande sjuksköterskorna och barnmorskorna i en studie från Island upplevde kliniska riktlinjer/guider/formulär som god hjälp och en trygghet vid samtal där frågan om våld i nära relation uppkom/ställdes (Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008).

Anställda på en kvinnojour i USA uppmärksammade att kvinnor som sökte sig till dem istället för att söka sjukvården ofta led av psykiska besvär till följd av våld i nära relation. Dessa kvinnor självmedicerade ibland med droger/alkohol för att döva eller dämpa sitt dåliga mående. Detta gjorde att situationen blev svår att reda ut. Vilket var symtomet/åkomman kvinnan sökte vård för? Denna kunskap var viktig att beakta för sjuksköterskan som mötte dessa kvinnor som patienter (Wilson m.fl., 2007).

### **3.5 Sjuksköterskans inställning till att ställa frågan**

En israelisk studie visade att sjuksköterskorna valde att inte fråga kvinnor om de utsatts för våld i nära relation då de ansåg sig inte ha tid till att följa upp dessa kvinnor. Några av sjuksköterskorna identifierade sig så starkt med kvinnorna att de hade svårt att vara professionella i sitt yrke som sjuksköterska, samtidigt som andra inte visste hur de skulle bemöta kvinnorna och kände att det blev för känslomässigt berörda. De hade inte redskap eller verktyg att tillgå och därför inte ställde frågan (Goldblatt, 2009). Liknande fenomen framkom, att sjuksköterskor inte alltid ställde frågan även om de misstänkte att kvinnan utsatts för våld. Anledningar till att inte frågan ställdes var brist på erfarenheter i detta ämne, svårigheter att formulera frågan, tidsbrist och rädsla för att kränka kvinnan. Ett flertal uppgav att om de frågade, berodde det på hur allvarligt skadad kvinnan var (Hägglom, Hallberg & Möller, 2005). Sjuksköterskor på en akutmottagning och barnmorskor inom specialistmödravården utvärderade ett frågeformulär och riktlinjer som var menade att användas i deras dagliga arbete. Frågeformuläret var konkret där det var förslag på hur de skulle inleda diskussionen och frågorna om kvinnans eventuella utsatthet för våld i nära relation. Sjuksköterskorna menade att riktlinjerna och frågeformulären underlättade att fråga om utsattheten för våld i nära relation. De båda yrkesgrupperna upplevde sig hjälpta av dessa formulär efter att de läst in sig på formulären och använt sig av dem. Vidare menade de även att de kände sig mindre besvärade att ställa frågorna efter att ha utbildats i dessa formulär/riktlinjer. Det var positivt att det fanns kortversioner av guider att bära med sig på arbetet. Den enda fråga som de fortsatte känna sig besvärade att fråga om var frågan om utsatthet för sexuellt våld. De upplevde att utbildningen och användandet av dessa instrument positiv och menade att denna utbildning de fått genomgå borde vara obligatorisk för all vårdpersonal som nyanställdes (Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008).

## 4. Diskussion

### 4.1 Huvudresultat

Ur de 17 granskade artiklarna utläste författarna fem teman ”Urskilja kvinnor utsatta för våld i nära relation”, ”Att möta våldsutsatta kvinnor”, ”Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vården”, ”Sjuksköterskans behov av riktlinjer och utbildning” och ” Sjuksköterskans inställning till att ställa frågan”.

### 4.2 Resultatdiskussion

Flera studier visade att sjuksköterskor behövde och ville ha kunskaper om vilka symtom kvinnor utsatta för våld i nära relation uppvisade när de sökte hälso- och sjukvården. Dessa kunskaper skulle ha underlättat för sjuksköterskorna att urskilja kvinnor utsatta för våld i nära relation. Symtomen visade sig vara både psykiska och fysiska och inte alltid ”självlara misshandelsskador” såsom blåmärken, blåttiror m.m. Mer diffusa symtom dessa kvinnor sökte vård för kunde vara huvudvärk, yrsel och hjärtrusning. Dessa kunskaper i kombination med en ”helhetsblick” underlättade för sjuksköterskan att identifiera och ha möjlighet att urskilja dessa kvinnor. (Eberhard-Gran m.fl., 2007; Woods m.fl., 2008; Wilson m.fl., 2007; Vatnar & Bjorkly, 2008).

Kvinnor som blivit utsatta/utsattes för våld i nära relation bytte ofta vårdgivare trots att det var samma symtom/besvär de sökte hjälp för. Om sjuksköterskan hade kunskaper om detta tecken ökade möjligheten att sjuksköterskan uppmärksammade kvinnans situation. Byten av vårdgivare skedde då rädslan för att bli ”påkommen” om sin ”hemlighet” var stor hos kvinnan (Liebschutz m.fl., 2008). Kvinnorna sökte ofta inte vården förrän läget/situationen var riktigt allvarlig och de fruktade för sitt eller barnens liv (Vatnar & Bjorkly, 2009). Fördomar som att dessa kvinnor ofta var låginkomsttagare visade sig inte stämma utan dessa kvinnor fanns i alla samhällsklasser och med varierande utbildningsnivå. Att gravida skulle vara mer skyddade från att bli utsatta för våld i nära relation visade sig vara fel, ofta ökade våldet mot kvinnan sedan hon blivit gravid (Bonomi m.fl., 2009). En kontrollerande man som följde kvinnan när hon sökte vården eller försvårade för kvinnan att söka vård kunde vara ett varningstecken värt att observera för sjuksköterskan (McCloskey m.fl., 2007).

I mötet med en misshandlad kvinna var sjuksköterskans agerande avgörande för om kvinnan vågade berätta om/avslöja sin situation. Om sjuksköterskan visade ett genuint intresse för

kvinnan resulterade det oftare i att kvinnan vågade anförtro sig, vilket också beskrevs av Heimer och Sandberg (2009). Vidare menade de även att kvinnorna ville prata om våldet om miljön kändes trygg och säker samt om vårdgivaren visade empati och inte pressade henne, vilket även framkom i en studie från USA (Liebschutz m.fl., 2008; Heimer & Sandberg, 2009). I annat fall kanske sjuksköterskans visade omsorg och goda omhändertagande ledde till att kvinnan började fundera/reflektera över sin situation och på sikt fann kraft till förändring. Det fanns fall där kvinnor uppgav att vårdpersonalen inte frågade om utsattheten för våld trots att det var för det hon sökte vården. Kvinnor som upplevt detta tappade förtroendet för vården och ville helst undvika att söka hälso- och sjukvården igen. Många kvinnor var rädda för att bli illa och nonchalant bemötta efter att de berättat om sin situation. Kvinnans möte med vården och vårdens bemötande av kvinnan var avgörande för om kvinnan valde att berätta om sin situation eller inte (Chang m.fl., 2003; Liebschutz m.fl., 2008). Enligt J. Travelbee ska sjuksköterskan inte utsätta en person som lider för ännu mer lidande, därför var det av vikt att inte kränka kvinnan i mötet med vårdpersonal eller i omvårdnaden. Genom att sjuksköterskor lyssnade, visade respekt, empati, omtanke och omsorg förmedlades hopp och kvinnans självkänsla stärktes i de fall där mötet upplevdes som positivt av kvinnan. Sjuksköterskor önskade kunskaper om olika diagnoser samt situationer de utsatta kvinnorna råkade ut för i syfte att kunna se varje kvinna som unik och utgå från hennes livssituation. Detta för att kunna ge en bra omvårdnad. Önskan att se varje individ som unik stöds av J. Travelbees omvårdnadsteori, men för att detta skulle kunna ske i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relation krävdes att sjuksköterskan hade erfarenhet och/eller kunskaper om våld mot kvinnor. Enligt Travelbee är lidande något oundvikligt och alla människor stöter någon gång i livet på svårigheter som kan leda till lidande. Sjuksköterskan har då möjlighet att hjälpa kvinnan att finna en mening i den situation hon befinner sig i (Kristoffersen m.fl., 2006; Chang m.fl., 2003).

Kvinnor utsatta för våld i nära relation beskrev hur negativa erfarenheter av vården påverkade förtroendet för denna. Det fanns situationer där kvinnor känt att hälso- och sjukvården "agerat" utan att ta hänsyn till kvinnans vilja genom att t.ex. kontakta polis eller andra myndigheter. Flertalet kvinnor kände sig då rädda för konsekvenserna av vad ett sådant agerande kunde leda till. Dessa stora och avgörande beslut ville kvinnan själv ta då hon inte ville tappa kontrollen över den redan utsatta situationen (Chang m.fl., 2005). Vidare menade flera av kvinnorna att de blev lättade när vårdpersonal frågat om deras situation. Det fanns dock ett mindre antal kvinnor som menade att deras erfarenheter var negativa av att bli

tillfrågade av vårdpersonal om sin situation (Chang m.fl., 2003; Liebschutz m.fl., 2008). Författarna till föreliggande studie menar att resultatet ändå visar på att om sjuksköterskan hade kunskaper om ämnet gav det positiva erfarenheter för kvinnorna när de sökte vården.

Frågeformulär och riktlinjer underlättade sjuksköterskornas arbete med att fråga och urskilja kvinnorna utsatta för våld. Vårdpersonal uppgav i flera studier att de hade brist på utbildning och kunskaper om hur de skulle bemöta och ta hand om dessa kvinnor (Hägglom m.fl., 2005; Gutmanis m.fl., 2007). Där sjuksköterskor i studier hade använt sig av riktlinjer och guider visade det på att det underlättade för sjuksköterskan. Guiderna och riktlinjerna gjorde att sjuksköterskorna kände sig tryggare i mötet med den våldsutsatta kvinnan.

Sjuksköterskorna menade även att de vågade möta kvinnorna i samtal på ett annat sätt än vad de gjort innan de fått utbildning, guider och riktlinjer. Sjuksköterskorna påtalade även att dessa kvinnor ofta kom till vården med en komplex symtombild och utbildningen underlättade för sjuksköterskorna att utreda vad det egentligen var kvinnan sökte vård för (Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008; Wilson m.fl., 2007).

Sjuksköterskor valde att inte ställa frågan om utsatthet för våld till kvinnor på grund av rädsla för att inte kunna fullfölja situationen som då uppstod. Sjuksköterskorna ansåg sig inte ha kompetens och verktyg för att hjälpa dessa kvinnor. Även svårigheter för sjuksköterskan att upprätthålla sin professionella yrkesroll och känslomässiga påverkan gjorde att de valde att inte fråga om utsattheten för våld (Goldblatt, 2009). I "Våldsutsatta kvinnor- samhällets ansvar" beskrevs i likhet med en amerikansk studie om svårigheten att få tala enskilt med den våldsutsatta kvinnan när hon sökte vård. Kvinnor utsatta för våld i nära relation uppgav att de var utsatta för en kontroll av mannen som var svår att hantera. Kontrollen mannen hade över kvinnan försvårade situationen för sjuksköterskan att identifiera kvinnorna med hjälp av direkta frågor (McCloskey m.fl., 2007; Heimer & Sandberg, 2009).

#### **4.3 Metoddiskussion**

Författarna sökte artiklar i databaserna PubMed och CINAHL med hjälp av Mesh termer. I PubMed var sökorden battered women, domestic violence och domestic violence AND nurses' knowledge. I CINAHL var sökorden battered women, abused women och domestic violence AND nurses' knowledge. Sökorden valdes för att författarna ansåg att de skulle kunna ge svar på föreliggande studies frågeställning. Författarnas syfte var att genom

granskning av vetenskapliga artiklar belysa vilka kunskaper sjuksköterskan behövde för att kunna urskilja och ge en god omvårdnad till kvinnor utsatta för våld i nära relation.

I urvalsprocessen valdes artiklar där abstract och titel ansågs ge möjlighet till svar på föreliggande studies frågeställning. Den etiska diskussionen saknades i tre av artiklarna. Dessa artiklar uppfyllde dock de andra kriterierna på bedömningsskalan varför författarna valde att ändå ta med dem. Då det varit stora bortfall i vissa artiklar ställde sig författarna tveksamma till att ta med dessa. Det som var avgörande för att dessa artiklar trots bortfallet valdes med i litteraturstudien var att det diskuterades och motiverades för bortfallet på ett tydligt och konkret sätt som uppfattades som relevant och stärkte trovärdigheten.

Tillförlitligheten i urvalsprocessen anser författarna var god då det var en hög överensstämmelse av resultaten i de 17 artiklar av både kvalitativ och kvantitativ ansats som författarna valde att granska.

Artiklar som analyserades i studien presenteras i en översiktstabell (tabell 3) som bilaga 1. Denna tabell inkluderar författare, årtal, land, syfte och resultat. Valda artiklar granskades av båda författarna och kvalitén på artiklarna värderades enligt en sjugradig skala. Bedömningsskalan är kvalitativ enligt Forsberg och Wengström (2008) och kvalitén på de valda artiklarna är granskade enligt deras checklistor. Artiklarna är av olika metodologisk ansats såsom enkätstudier, intervjustudier, djupintervjuer och tvärsnittstudier. Ämnet och frågeställningarna som behandlas i denna litteraturstudie är av kvalitativ karaktär, därav en blandning av kvantitativa och kvalitativa artiklar för att på så sätt uppnå största möjliga mättnad. Vidare gjorde författarna en innehållsanalys av de funna artiklarna där de stegvis och systematiskt identifierade och utläste teman, en så kallad manifest innehållsanalys (Forsberg & Wengström, 2008). En manifest innehållsanalys valdes för att denna metod ansåg författarna lämpligast för att få svar på syfte och frågeställningar.

En bedömning av studiens kvalitet är gjord utifrån Forsberg och Wengström (2008) där författarna har bedömt studien utifrån pålitlighet, överensstämmelse och noggrannhet. Författarna valde att analysera vetenskapligt granskade artiklar för att trovärdigheten i studien skulle bli så tillförlitlig som möjligt. Författarna läste och analyserade artiklarna var för sig och tog ut teman, manifest innehållsanalys. Tillsammans granskades temana för att se om de samstämde. Författarna valde denna ordning för att trovärdigheten i litteraturstudien skulle säkerställas. Vidare menade författarna att då detta resultat pekade i samma riktning som

andra studier visade detta på rimlighet i författarnas resultat. Författarna har under hela processen haft som mål att granska och analysera artiklarna objektivt för att kunna redovisa ett noggrant resultat (Forsberg & Wengström, 2008).

#### **4.4 Allmän diskussion**

Sjuksköterskor arbetar med omvårdnad av människor. Oavsett inom vilken specialitet vi väljer att vara yrkesverksamma kommer vi att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation. Då vår erfarenhet är att detta ämne fortfarande i dag år 2010 är känsligt att diskutera och även tabubelagt i vissa sammanhang anser vi att det är av stor vikt att ämnet lyfts upp till ytan och exponeras och diskuteras. Med tystnad kommer vi ingenstans i utvecklingen och tystnaden medverkar till att detta våld mot kvinnor får fortgå inom hemmets väggar. En uppfattning som finns är att våld mot kvinnor är resultatet av mannens svårigheter att styra sina impulser, han agerar i vredesmod. Detta ställer författarna sig mycket frågande till då mannen kontrollerar vem han ska slå, han slår inte vänner eller arbetskamrater. Det är frun, sambon han slår och han kontrollerar tidpunkten för våldshandlingen och även mängden våld han använder. Han ser också till att det sker inom hemmets väggar utan vittnen, i värsta fall ser dock barnen vad som händer. Kvinnor utsatta för våld i nära relation är en grupp som förekommer flitigt inom hälso- och sjukvården, kvinnorna är dock inte alltid synliga som våldsutsatta kvinnor därför har sjuksköterskan ett stort ansvar att våga fråga. För att sjuksköterskan ska få verktyg och våga fråga krävs kunskaper i ämnet vilket erhålls genom utbildning. Utbildning och kunskaper anser författarna skulle stötta sjuksköterskan i denna arbetssituation som för flera sjuksköterskor känns främmande och obekvämt. Av vikt är att sjuksköterskan erhåller kunskaper om våldets normaliseringsprocess, vad som sker med kvinnans självkänsla och bild av sig själv och sin situation. Sjuksköterskors okunskap leder till många förutfattade meningar om hur en misshandlad kvinna ska se ut, vara utbildad och bete sig. Kvinnor utsatta för våld kan vara vem som helst, grannen, släktingen, chefen, arbetskamraten osv. När sjuksköterskan möter en kvinna skadad från ett "lägenhetsbråk" vad tänker sjuksköterskan då? Får vi någonsin möta kvinnor som är skadade efter "villabråk"?

Kvinnor som lever i en våldsam situation kan ofta komma till vården i sällskap med förövaren. Förövaren är med som ett vakande öga vilket kan göra det svårt för sjuksköterskan att fråga om utsatthet för våld och även få ett svar från kvinnan. Sjuksköterskan behöver i sådana situationer hjälpmedel/verktyg att använda sig av. Dessa kan vara förtryckta



protokoll/riktlinjer med instruktioner om hur man ska gå till väga, vilka man kan erbjuda som stöd och vart kvinnan kan få stöd om hon önskar. Vidare är det av stor vikt att sjuksköterskan i mötet med en kvinna utsatt för våld påtalar att det hon utsätts för är ett brott och det finns andra alternativ än att gå tillbaka till förövaren. Även om kvinnan inte verkar ta emot det så är det av stor vikt att det påtalas då det på sikt kan stärka kvinnan att ändra sin livssituation.

I vår utbildning till sjuksköterska har vi inte erhållit utbildning i ämnet våld i nära relation. Vilka redskap har vi med oss ut i arbetslivet när vi möter dessa kvinnor? Att som kvinna bli skadad fysiskt och/eller psykiskt av en närstående man är oerhört kränkande och skamfyllt. Sjuksköterskan får inte lägga mer börda på kvinnan utan ska ingjuta hopp och förtroende. Inom vården måste vi våga fråga om kvinnans situation. Mannens kontroll över kvinnan är ett allvarligt hot och denna hotbild kan öka om mannen får reda på eller misstänker att kvinnan anförtrott sig till någon utomstående. Sjuksköterskan kanske är den enda utomstående kontakten kvinnan får och det är då av vikt att sjuksköterskan förstår allvaret och utsattheten i kvinnans situation. Agerar vi inom vården fel i denna situation kan det i värsta fall indirekt leda till kvinnans död. Den vårdsökande kvinnan har redan utsatts för tillitsbrott och har svårt med tilliten till andra människor, så även vården. Har sjuksköterskan kunskaper om våldsutsatta kvinnor ökar sannolikheten att hon vågar fråga om kvinnans situation och att kvinnan vågar anförtro sig. Kunskap inom detta ämnesområde underlättar för sjuksköterskan att identifiera dessa kvinnor i ett tidigare skede. Kvinnor kan erhålla professionell hjälp, bryta upp ur ett destruktivt förhållande vilket leder till ett minskat personligt lidande för kvinnan. För sjuksköterskan kan kunskaperna medföra att arbetsituationen känns mindre obekvämt, frågorna lättare att ställa och stressen över att utsättas för dessa situationer minskas.

Författarna anser att det är av vikt att den framtida forskningen undersöker hur utbildningen om kvinnovåld ser ut för sjuksköterskestudenter? Ser den lika eller olika ut i Sverige, Norden, Världen? Det vore av intresse om empiriska studier gjordes för att få en uppfattning om nyutexaminerade sjuksköterskors kunskaper om våld mot kvinnor.

## 5. Referenslista

- Bengtsson-Tops, A., & Tops, D. (2007). Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care. *International journal of mental health nursing*. 16, 35-43.
- Bonomi, A., Andersen, M., Rivara, F., & Thompson, R. (2009). Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health services research*. 44, 3.
- Borch, E., & Hillervik, C. (2005). Upplevelser av kroppslig beröring i omvårdnadsarbetet - patienter berättar. *Vård i Norden*. 78, 25, 4, 4-9.
- Buckley, H., Holt, S., & Whelan, S. (2007). Listen to me! Childrens experiences of domestic violence. *Child Abuse Review*. 16, 296-310.
- Chang, J., Decker, M., Moracco, K., Martin, S., Petersen, R., & Fraiser, P. (2003). What happens when health providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors. *Journal of the American medical womens association*. 58, 2.
- Chang, J., Cluss, P., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M., & Scholle, S. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Womens Health Issues*. 15, 21 – 30.
- DeJonghe, ES., Bogat, GA., Levendosky, AA., & von Eye, A. (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *Journal of Postgraduate Medicine*. 54, 4, 294-300.
- Eberhard-Gran, M., Schei, B., & Eskild, A. (2007). Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *JGIM*. 22, 1668-73.
- Eliasson, M. (2003). *Mäns våld mot kvinnor*. Viborg; Norhaven A/S.
- Enander, V., & Holmberg, C. (2008). Why does she leave? The leaving process(es) of battered women. *Health Care For Women International*. 2, 200-226.
- Flood, M., & Pease, B. (2009). Factors influencing attitudes to violence against women. *Trauma, Violence & Abuse*. 10,2, 125-142.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm; Natur och Kultur.
- Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (8).

- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, N., & MacMillan, H. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 7, 12.
- Heimer, G., & Sandberg, D. (2009). *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hägglom, A., Hallberg, L., & Möller, A. (2005). Nurses attitudes and practices towards abused women. *Nursing and health sciences*. 7, 235-242.
- Kristoffersen, N-J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (2006). *Grundläggande omvårdnad, del 4*. Stockholm: Liber AB.
- Liebschutz, J., Battaglia, T., Finley, E., & Averbuch, T. (2008). Disclosing intimate partner violence to health care clinicians- What a difference the settings makes: A qualitative study. *BMC Public health*. 8, 229.
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen Dam. Mäns våld mot kvinnor I jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå;
- McCloskey, L., Williams, C., Lichter, E., Gerber, M., Ganz, M., & Sege, R. (2007). Abused women disclose partner interference with health care: An unrecognized form of battering. *JGIM*. 22, 1067-1072.
- McCord-Duncan, E., Floyd, M., Kemp, E., Bailey, B., & Lanf, F. (2006). Detecting potential intimate partner violence: Which approach do women want? *Family Medicine*. 38, 6, 416-22.
- NCK, Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). Hämtad 2010-03-12, från: <http://www.nck.uu.se/node6>
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W., Moorey, S., & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*. 324, 1-6.
- Svavarsdottir, E, K., & Orlygsdottir, B. (2008). Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*. 65(4).
- Vatnar, S., & Bjorkly, S. (2008). An interactional perspective of intimate partner violence: An in-depth semi-structured interview of a representative sample of help-seeking women. *Journal of family violence*. 23, 265-279.
- Vatnar, S., & Bjorkly, S. (2009). Interactional aspects of intimate partner violence result in different help-seeking behaviors in a representative sample of women. *Journal of family violence*. 24, 231-241.

- Wilson, K., Silbernerg, M., Brown, A., & Yaggy, S. (2007). Health needs and barriers to healthcare of women who have experienced intimate partner violence. *Journal of womens health*. 16, 10.
- Woods, S., Hall, R., Campbell, J., & Angott, D. ( 2008). Physical health and posttraumatic stress disorder sytoms in women experiencing intimate partner violence. *J Midwifery Womens Health*. 53, 6, 538-546.

## Bilaga 1

Tabell 3. Översikt av artiklar som ingår i studien.

	<b>Författare/ Årtal/Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Resultat</b>
1	Gutmanis m.fl. 2007. Canada	Att undersöka sjuksköterskor och läkares attityder, bemötande och agerande när de möter kvinnor utsatta för våld i nära relation.	Studien ger kunskap om vilka faktorer som förhindrar eller underlättar sjukvårdspersonalens beslut att ta upp frågan om våld i nära relation med kvinnliga patienter.
2	Richardson m.fl 2002 England	Att mäta förekomsten av våld i hemmet mot kvinnor som söker på allmänmottagning. Prova sambandet mellan erfarenheten av våld i nära relation och demografiska faktorer. Bedöma omfattningen av allmän registrering av våld i hemmet i journaler på vårdmottagningen. Även bedöma vilket accepterande kvinnor har när det gäller att sjuksköterskor eller läkare screenar för våld i hemmet mot kvinnor.	Nästan hälften av kvinnorna i undersökningen hade någon gång upplevt fysiskt våld från nuvarande eller tidigare partner, och hälften av dessa hade upplevt våld det senaste året. Om kvinnan varit gravid det gångna året ökade riskerna i det pågående våldet. Våldet ökade. Där det uppdagades i och med denna undersökning att kvinnor utsattes för våld i hemmet fördes det också in i deras journaler. En femtedel av kvinnorna som medverkade i undersökningen ansåg inte att screening mot våld i hemmet var bra och motsatte sig det.
3	Svavarsdottir E Orlygsdottir B 2008 Reykjavik Island	Att kartlägga förekomsten av våld mot kvinnor som söker hälso-och sjukvården och utvärdera användandet av kliniska riktlinjer för att identifiera våld i nära relation.	Screening vid akut- och mödravårdsmottagningar är avgörande både för att kunna ge kvinnorna de omedelbara insatser som behövs. Vidare är det avgörande för att kunna ge adekvat stöd och vård för dessa kvinnor i framtiden när de söker hälso- och sjukvården.
4	Goldblatt 2009 Israel	Är/blir sjuksköterskornas professionella och personliga liv påverkat av att ta hand om våldsutsatta kvinnor?	Dissonansen mellan personliga värderingar, attityder och känslor och det önskade professionella bemötandet hindrar sjuksköterskor i vården av misshandlade kvinnor. Om man inför utbildningsprogram för screening och hur man möter kvinnor som utsatts för våld/misshandel i nära relation kan man minska den psykiska/känslomässiga belastning det kan innebära för sjuksköterskan att möta dess kvinnor. På så sätt kan man stärka sjuksköterskan i sin yrkesroll och även möjliggöra för dennes personliga utveckling.
5	Eberhard-Gran m.fl. 2007 Norge	Att undersöka sambandet mellan nyligen och tidigare upprepad utsatthet för våld med fysiska symtom och sjukdomar hos kvinnor.	Desto mer en kvinna är utsatt för våld desto större är antalet somatiska sjukdomar och symtom som kvinnan lider av.

	<b>Författare/ Årtal/Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Resultat</b>
6	Vatnar & Björkly 2008 Norge	Genom intervjustudie kartlägga 3 olika aspekter som spelar in när kvinnor blir offer för våld i nära relation.	Risken att kvinnan hamnade i ett misshandelsförhållande som vuxen ökar om hon som barn upplevt våld i föräldrarnas relation. Även om kvinnan varit utsatt för sexuella övergrepp som barn stiger chansen med 25 gånger att hon hamnar i en relation där hon utsätts för våld. En större del (75 %) av undersökningsgruppen gjorde klart att ingen alkohol eller droger varit inblandade i situationerna med våld.
7	Vatnar & Björkly 2009 Molde Norge	Är det skillnad i hur kvinnor utsatt för våld i nära relation som kommer från olika socialgrupper söker hjälp? Ringer de polis, går till psykolog, går till husläkaren?	Det är skillnader i var och hur kvinnorna söker hjälp. Det som är avgörande för vilken hjälp de söker är inte socialgruppsbetingat utan istället andra faktorer som avgör. Den gemensamma nämnaren var dock att oavsett social status, att vid fruktan för sitt eget liv kontaktade alltid kvinnan polisen.
8	Hägglom m.fl. 2005 Sverige	Att beskriva sjuksköterskors kunskaper, rutiner och utbildning med anknytning till övergrepp mot kvinnor.	Resultatet pekar på att det finns behov av utbildningsprogram i ämnet våld i nära relation för sjuksköterskor. Detta skulle underlätta för sjuksköterskorna att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation. Utbildning skulle även ge sköterskorna redskap att hjälpa dessa kvinnor till bättre hälsa.
9	Bengtsson-Tops Tops 2007 Sverige	Att undersöka förekomsten av känslomässiga, sexuella och fysiska övergrepp hos kvinnor som behandlas inom psykiatrisk vård. Att undersöka relationen mellan missbruk, självkänsla och självrapporterade konsekvenser av missbruk samt undersöka kvinnors självrapporterade behov av stöd.	Kvinnor som har kontakt med den psykiatriska vården utgör en utsatt grupp när det gäller våld/övergrepp. För att tillgodose kvinnornas behov bör sjukvården ha ett bemötande som inbegriper personliga, sociala och samhälleliga faktorer.
10	Chang m.fl. 2003 USA	Att ur kvinnors perspektiv beskriva positiva och negativa konsekvenser de upplevde när hälso- och sjukvården screenade för våld i nära relation	Positiva konsekvenser var att man upptäckte att våldet var ett problem, att isoleringen minskade när problemet uppmärksammades och att vården brydde sig om kvinnorna. Negativa konsekvenser var att kvinnorna kände sig dömda av undersökaren. Att de fick en ökad oro för det okända och att protokollet som de besvarade var besvärligt, påträngande och även att responsen från de som undersökte frågan var dålig.
11	Chang m.fl. 2004. USA	Att försöka avgöra vad kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation vill ha för insatser av hälso- och sjukvården och förstå varför kvinnorna anser att vissa insatser är användbara/viktiga och andra inte.	Kvinnorna beskriver vilken hjälp de vill ha, hur de vill ha tillgång till den. Det viktigaste för kvinnorna är den personliga säkerheten, anonymitet och att deras integritet upprätthålls.

	<b>Författare/ Årtal/Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Resultat</b>
12	McCord-Duncan m.fl 2006 USA	Studien vill undersöka hur kvinnor föredrar att det undersöks /screenas för att upptäcka våld i nära relation.	En patient-centrerat förhållningssätt var den mest uppskattade screeningmetoden då två tredjedelar av kvinnorna som medverkade i studien föredrog det. Efter det kom ett instrument som rekommenderats primärvården att använda i screeningen om våld i nära relation.
13	McCloskey m.fl 2007 USA	Att bedöma om misshandlade kvinnor uppger när deras partner försvårar för kvinnan och stör hennes relation med hälso- och sjukvården. Även att beskriva de riskfaktorer som förekommer och konsekvenserna det får för kvinnans hälsa.	Kvinnor som upplevt fysiskt våld det senaste året uppgav i större grad att partnern motarbetade eller försvårade deras kontakt med hälso- och sjukvården. En liten del (2%) av de kvinnor som medverkade och inte blivit utsatta för fysiskt våld någonsin uppgav att deras partner försvårade kontakten med hälso- och sjukvården. När partnern försvårade dessa kontakter för kvinnan ökade riskerna för kvinnans hälsa.
14	Wilson m.fl. 2007. North Carolina	Att bedöma behov och hinder för kvinnor som söker hälsovård och har erfarenhet av våld i nära relation.	Kvinnor som upplevt våld i nära relation har både fysiska och psykiska problem. Vården ska kunna möta båda dessa områden. Större samordning mellan hälso- och sjukvården och övriga instanser som möter dessa kvinnor behövs för att kunna möta dessa kvinnors behov.
15	Liebschutz m.fl. 2008 USA	Vågar kvinnor avslöja att man blivit utsatt för våld i nära relation när man kommer i kontakt med vården? Hur viktig är vårdpersonalens attityd och agerande när kvinnan berättar?	De kvinnor som känner att de får en bra kontakt och bra bemötande vågar ofta göra något åt sin besvärliga situation. De kvinnor som känner att de blir dåligt bemötta gör inget åt sin situation och tappar även förtroendet för vården.
16	Woods m.fl. 2008. USA	Att undersöka om det finns samband mellan våld i nära relation och fysisk hälsa/ohälsa och posttraumatiskt stressymtom.	De undersökta kvinnorna som upplevt våld i nära relation har olika fysiska symtom och posttraumatiska stressymtom. Dessa symtom anser författarna beror på kvinnornas utsatthet för hot om våld, hot om våld med dödlig utgång.
17	Bonomi m.fl. 2009 Washington USA	Att uppskatta hur mycket vården används och kostar när en kvinna utsatt för våld i nära relation söker vård.	Fysisk och ickefysisk (psykisk) misshandel bidrar till mer nyttjande av vården, särskilt psykiatrisk vård.