

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

**Sjuksköterskors attityder gentemot kvinnliga
patienter som har blivit utsatta för misshandel av
sin partner
– en litteraturstudie**

*Susanne Hallqvist och Therese Wilhelmsson
September 2009*

Examensarbete C 15hp
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Examinator: Ragny Lindqvist
Handledare: Barbro Sundelöf**

Abstract

The aim of this literature study was to describe nurses' attitudes toward female patients who have been victims of spouse abuse. In this descriptive literature study, fifteen scientific articles were used in the result. The articles were of both qualitative and quantitative nature. The nurses felt that domestic violence was a social problem and that they had an important role in the detection of such violence. Several had themselves experienced violence but couldn't believe that so many in their vicinity or in the care were affected. Nurses thought that abused women had low self esteem and factors such as economics and children played into why the woman stayed in the violent relationship. The nurses often had a lack of education about the subject and felt uncomfortable in the situation that routinely screening all female patients for domestic violence. Education increased awareness and nurses felt more confident to talk about domestic violence with their female patients. The study found barriers to routine screening, as time constraints and lack of opportunity to talk separately with the patient. More education and knowledge of the subject is desirable so these women can be discovered and be helped by the health services.

Keywords: Spouse Abuse, Nurses, Attitude of Health Personnel.

Sammanfattning

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors attityder gentemot kvinnliga patienter som har blivit utsatta för kvinnomisshandel av sin partner. I denna beskrivande litteraturstudie användes femton vetenskapliga artiklar i resultatet. Artiklarna var både av kvalitativ och kvantitativ karaktär. Sjuksköterskorna ansåg att kvinnomisshandel var ett samhällsproblem och att de hade en viktig roll när det gällde att upptäcka kvinnomisshandel. Flera hade själva upplevt kvinnomisshandel men de trodde ändå inte att så många i deras närhet eller i vården var drabbade. Sjuksköterskor ansåg att misshandlade kvinnor hade lågt självförtroende och faktorer som ekonomi och barn spelade in i varför kvinnan stannade kvar i det våldsamma förhållandet. De saknade i många fall utbildning om ämnet och många kände sig obekväma i situationen att rutinmässigt screena alla kvinnliga patienter för kvinnomisshandel. Utbildning om kvinnomisshandel ökade medvetenheten och sjuksköterskor kände sig mer självsäkra att tala om kvinnomisshandel med sina kvinnliga patienter. Studier fann hinder för rutinmässig screening, som tidsbrist och bristen på möjligheten till att samtala avskilt med patienten. Mer utbildning och kunskap inom ämnet är önskvärt för att dessa kvinnor ska kunna upptäckas och bli hjälpta av hälso- och sjukvården.

Nyckelord: Kvinnomisshandel, Sjuksköterskor, Attityder.

Innehållsförteckning:

1. Introduktion	s. 1
1.1 Problemformulering	s. 2
1.2 Syfte	s. 3
1.3 Frågeställning	s. 3
2. Metod	s. 3
2.1 Design	s. 3
2.2 Urval av litteratur	s. 3
Tabell 1. Databas, söktermer, antal träffar och valda källor.	s. 4
2.3 Urvalskriterier	s. 4
2.4 Dataanalys	s. 4
2.5 Forskningsetiska överväganden	s. 5
3. Resultat	s. 5
3.1 Sammanfattning av valda artiklar	s. 5
3.2 Sjuksköterskors attityder till kvinnomisshandel	s. 5
3.2:1 Sjuksköterskors attityder gentemot kvinnliga patienter som har blivit misshandlade av sin partner	s. 7
3.2:2 Hur sjuksköterskors attityder kan påverkas av utbildning	s. 8
3.2:3 Attityder till screening	s. 9
3.2:4 Hinder och barriärer mot screening	s. 11
4. Diskussion	s. 12
4.1 Huvudresultat	s. 12
4.2 Resultatdiskussion	s. 12
4.3 Metoddiskussion	s. 14
4.4 Allmän diskussion	s. 16
5. Referenser	s. 18
6. Bilaga 1. Tabell 2. Författare, publ. år och land, titel, design, undersökningsgrupp, urval och bortfall, datainsamlingsmetod och dataanalys, kvalitet.	s. 21
7. Bilaga 2. Tabell 3. Syfte och resultat.	s. 25

1. Introduktion

Våld mot kvinnor i nära relationer anses vara ett hot mot folkhälsan (American Medical Association, 1992). Mer än hälften av de kvinnor som är utsatta för misshandel uppges ha sämre hälsa än de kvinnor som inte blir misshandlade. Konsekvenserna av våldet visar sig inte enbart på de fysiska skadorna som kvinnorna får utan det påverkar även kvinnornas långsiktiga hälsa (Campbell, Jones, Dienemann, Kub, Schollenberger, & O'Campo, 2002). Offer för kvinnomisshandel löper större risk att drabbas av psykiska och beteendemässiga problem som innefattar depression, alkoholmissbruk och självmordsbenägenhet (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002).

World Health Organizations (WHO) 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”*(WHO, 1994).

Brottsförebyggande rådet har i en undersökning kommit fram till att 25 % av förvärvsarbetande kvinnor i Sverige blir utsatta för våld av en närstående under ett år (Nilsson, 2002). En annan svensk studie (Lundgren, Heimer, Westerstrand, & Kalliokoski, 2001) visar att siffrorna är högre än så när det omfattar allt våld mot kvinnor av män, även utanför relationen. Närmare hälften av alla kvinnor uppger att de någon gång utsatts för våld av män sedan de fyllt 15 år. Endast vart femte fall anmäls till polisen (Nilsson, 2002).

I en amerikansk studie beskrev kvinnorna vilka känslor de utvecklade under misshandeln. De tog på sig skulden och de kände det som att det var deras eget fel att de blev misshandlade. De utvecklade känslor av depression, hopplöshet, ångslan, aggression, förvirring, skamsenhet och förödmjukelse. De kunde utveckla låg självkänsla och osäkerhet (Lutenbacher, Cohen & Mitzel, 2003). Den utsatta kvinnan ville ofta inte lämna sin partner även om han misshandlade henne eller kanske till och med var nära att döda henne. Detta berodde på att hon menade att han inte alltid varit aggressiv, han var hennes make, de hade barn tillsammans, hon ville att allt skulle bli bra igen och hon älskade honom (Mayer, 2000).

Misshandeln syns inte alltid utåt utan kan försiggå hos vanliga familjer och par. Utåt sett kan det se ut som ett perfekt liv, med framgångar och höga poster inom arbetslivet (Lutenbacher, et al, 2003). Campbell, et al., (2002) fann att 40 % av de misshandlade kvinnorna hade någon sorts högskoleutbildning och 25 % hade en fyraårig vidareutbildning

medan endast 1 % enbart hade gått grundskola och inte gymnasium.

I Mayer's (2000) studie fick deltagarna, som bestod av kvinnor på ett skyddsboende, ett frågeformulär där en av frågorna behandlade hur kvinnorna upplevde sjuksköterskornas attityder. Hela 90 % tyckte att sjuksköterskorna hade bråttom men bara två av deltagarna ansåg att hon hade varit otrevlig. Så många som 80 % tyckte att sjuksköterskan hade verkat bekymrad för deltagaren medan 40 % ansåg att sjuksköterskan var hjälpsam, och ungefär hälften beskrev sjuksköterskan som vänlig (Mayer, 2000).

I en undersökning angående kvinnliga patienters inställningar till att bli tillfrågade av sjukvårdspersonal om de har blivit utsatta för misshandel svarade 80 % att de var positivt inställda. Även majoriteten av dem som uppgett att de blivit utsatta för misshandel ansåg att frågan var acceptabel. Kvinnorna ansåg att det innebar en lättnad att frågan ställdes och de kunde berätta sanningen för vårdpersonalen (Stenson, Saarinen, Heimer, & Sidenwall, 2001). Medan de i en annan studie ansåg att det ofta inte var någon idé att berätta något för sjukvårdspersonalen eftersom de ändå inte kunde få någon hjälp av dem (Lutenbacher, et al., 2003) och att det också berodde på att den utsatta kvinnan var för rädd för att hennes förövare skulle göra henne mer illa och kanske till och med döda henne (Mayer, 2000).

Kronisk smärta, upprepade skador och gastrointestinala problem var kroniska besvär som majoriteten (80 %) av misshandlade kvinnor i en studie hade. Mer än 60 % av dessa deltagare rapporterade att de gick på hälsoundersökningar regelbundet men endast en kvinna hade blivit tillfrågad om misshandel i hemmet (Lutenbacher, et al., 2003). Sjukvården har skyldighet att erbjuda hjälp till offer för våldet. En omfattande förbättring av akut- och långtidssjukvård behövs för att få rätt gensvar för offer av misshandeln. Det har visat sig att vården av utsatta kvinnor ofta hindras på grund av att detta anses vara tabu att prata om (Krug, et al, 2002).

1.1 Problemformulering

För att motivera sjuksköterskans omvårdnad av misshandlade kvinnor ges hänvisningar till hälso- och sjukvårdslagen, där man beskriver att god hälsa för alla i befolkningen är målet för hälso- och sjukvården (SFS 1997:142). Med detta i åtanke är det av stor vikt för sjuksköterskor att de har kunskap om kvinnomisshandel för att kunna ge en god omvårdnad.

Att beskriva sjuksköterskans attityder gentemot kvinnliga patienter som blir misshandlade av sin partner är viktigt eftersom majoriteten av de misshandlade kvinnorna vänder sig till sjukvården, istället för till polis eller socialtjänst, när de söker hjälp (Lundgren, et al., 2001).

Begreppet attityder innehåller tre olika delar; en kognitiv, en affektiv och en intentionell del. Den kognitiva delen kan vara vad en person tror eller vet om något. Den affektiva delen består av de känslor man känner inför något. Detta visar sig i hur starkt man tar ställning för eller mot saken. Den intentionella delen är hur man till sist avser att agera gentemot saken (Nationalencyklopedin, 1998).

1.2 Syfte

Syftet var att utifrån vetenskaplig litteratur beskriva vilka attityder sjuksköterskor anser att de har gentemot kvinnliga patienter som har blivit misshandlade av sin partner.

1.3 Frågeställning

– Vilka attityder anser sjuksköterskor att de har gentemot kvinnliga patienter som har blivit misshandlade av sin partner?

2. Metod

2.1 Design

En beskrivande litteraturstudie (Polit & Beck, 2008).

2.2 Urval av litteratur

Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna Cinahl och Medline. Se tabell 1 nedan. Svensk MeSH användes för att få en korrekt översättning till engelska sökord (Karolinska institutet, 2009). De vedertagna söktermerna kontrollerades sedan ytterligare en gång i Medlines ”Thesaurus” (Medline, 2009). Sökord som slutligen användes var: ”Spouse abuse” (MeSH) AND ”Attitude of Health Personnel” (MeSH) AND ”Nursing” (MeSH). Sökningen utfördes i februari/mars 2009. Resultatet av sökningen visas i tabell 1. Den automatiska sökningen genererade 12 artiklar. Manuell sökning gjordes sedan genom att relevanta artiklars referenslistor lästes. Detta genererade ytterligare 3 artiklar. Trots att en av dessa artiklar publicerades före begränsningen år 1999, togs den ändå med då författarna ansåg att den tillförde mycket till resultatet.

Tabell 1. Databas, söktermer, antal träffar och valda källor.

Databas	Söktermer	Antal träffar	Valda källor
MedLine	”Spouse abuse” (MeSH) AND ” “Attitude of Health Personnel” (MeSH) AND “Nursing” (MeSH)	79	10
Cinahl	”Spouse abuse” (MeSH) AND ” “Attitude of Health Personnel” (MeSH) AND “Nursing” (MeSH)	8	2
Manuell sökning			3
Summa			15

2.3 Urvalskriterier

Artiklarna valdes utifrån följande kriterier: de vetenskapliga artiklarna skulle vara relevanta för syfte och frågeställning i föreliggande studie och vara skrivna på engelska eller svenska. Artiklarna skulle vara baserade på empiriska studier och vara åtkomliga gratis i fulltext. Vidare skulle artiklarna ha blivit publicerade de senaste tio åren, alltså från 1999 och framåt. Då författarna önskade spegla situationen i den västerländska kulturen, valdes enbart studier gjorda i Europa, USA och Kanada. Studier där barn var inblandade exkluderades också eller studier där syftet enbart fokuserade på den utsatta kvinnans perspektiv. Alla titlar lästes vid den automatiska datasökningen. Mellan 30-35 abstrakt lästes och cirka 20 artiklar lästes i sin helhet. Slutligen valdes 15 artiklar ut som överensstämde med föreliggande studies syfte och frågeställning.

2.4 Dataanalys

De valda artiklarna delades upp mellan författarna som grundligt läste dem i sin helhet. Vid dataanalysen för bearbetning av resultat i föreliggande studie lästes artiklarnas resultat av bägge författarna flera gånger. De vetenskapliga artiklarna granskades kritiskt samt kvalitetsvärderades. Kvalitetsvärderingen fokuserade på metodologiska aspekter som design, undersökningsgrupp, urval, datainsamlingsmetod och studiens kvalitet. Kvalitetsvärderingen har förts in under ”kvalitet” i tabell 2. Författarna utgick från Forsberg och Wengströms (2003) mall, sida 120, för granskningen av kvantitativa artiklar. Artiklarna kategoriserades i hög, medel och låg kvalitet. I den kvalitativa granskningen användes checklistan på sida 152. Denna checklista bestod av 12 frågor. För att få hög kvalitet behövdes minst 9 positiva svar,

för medel kvalitet 5-8 positiva svar och för låg kvalitet 0-4 positiva svar (Forsberg & Wengström, 2003). Artiklarna bearbetades därefter och resultatet presenterades utifrån syfte och frågeställning i föreliggande studie i löpande text samt med hjälp av en sammanfattande tabell i bilaga 1, tabell 3.

2.5 Forskningsetiska överväganden

Urvalet av artiklarna skedde systematiskt. Etiska ställningstaganden som gjordes var att enbart använda artiklar som godkänts av en etisk kommitté. Vidare strävade författarna efter att vara sann mot materialet så att inte data förvrängdes eller plagierades. Studien utfördes med ett objektivt förhållningssätt. Alla valda källors resultat redovisades i den föreliggande litteraturstudien oavsett författarnas egna eventuella intressen (Forsberg & Wengström, 2003).

3 Resultat

3.1 Sammanfattning av valda artiklar.

De 15 valda artiklarna berör sjuksköterskornas attityder till kvinnomisshandel. Sex artiklar har kvalitativ ansats (Goff, et al., 2003; Häggblom & Möller, 2006; Mezey, et al., 2003; Stenson, et al., 2005; Watt, et al., 2008; Woodtli, 2001), nio artiklar kvantitativ ansats (Bryant & Spencer, 2002; Ellis, 1999; Gutmanis, et al., 2007; Häggblom, et al., 2005; Lazenbatt, et al., 2005; Moore, et al., 1998; Schoening, et al., 2004; Sugg, et al., 1999) och en artikel både kvantitativ och kvalitativ ansats (Owen-Smith, et al., 2008). Vid kvalitetsvärderingen fann författarna till föreliggande studie inga artiklar av låg kvalitet, fem artiklar av medelkvalitet och tio artiklar av hög kvalitet. De valda artiklarna sammanfattas i bilaga 1, tabell 2. De valda artiklarnas syfte och resultat presenteras i bilaga 2, tabell 3. Resultatet presenteras nedan i löpande text under huvudrubriken ”sjuksköterskans attityder till kvinnomisshandel” och underrubrikerna ”sjuksköterskors attityder gentemot kvinnliga patienter som blivit misshandlade av sin partner”, ”hur sjuksköterskors attityder kan påverkas av utbildning”, ”attityder till screening” samt ”hinder och barriärer mot screening”.

3.2 Sjuksköterskans attityder till kvinnomisshandel.

Flera studier fann att majoriteten av vårdpersonalen upplevde kvinnomisshandel som ett stort samhällsproblem (Bryant & Spencer, 2002; Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen, & MacMillan, 2007, Häggblom & Möller, 2006). Häggblom och Möller (2006) fann att sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att de själva tog ställning mot kvinnomisshandel.

Två studier visade att sjuksköterskor har en dålig uppfattning om kvinnomisshandelns omfattning (Lazenbatt, Thompson-Cree, & McMurray, 2005; Stenson, Sidenvall, & Heimer, 2005). Lazenbatt, et al., (2005) fann att sjuksköterskorna uppskattade att kvinnomisshandel inte förekom hos mer än en av åtta patienter. I en intervjuundersökning som gjordes av Stenson, et al., (2005) framkom att sjuksköterskorna aldrig övervägt möjligheten att kollegor till dem skulle kunna ha blivit utsatta för kvinnomisshandel. Om så skulle vara trodde deltagarna att den som blivit utsatt skulle kunna agera professionellt i sitt arbete trots personliga erfarenheter.

Flera sjuksköterskor som mött kvinnor som nästan blivit misshandlade till döds har berättat om starka känslor av besvikelse. En sjuksköterska uttryckte det som att hennes tro på mänskligheten hade rämnat. En annan uttryckte det som att hon länge hade varit besviken över mänsklighetens natur och att det inte fanns mycket kvar som kunde göra henne förvånad. Känslor av frustration, oro och psykologisk stress var vanliga reaktioner vid mötet med misshandlade kvinnor. Sjuksköterskorna uttryckte också ilska över läkare som inte brydde sig, att förövaren oftast kom undan och att jämställdhetsprocessen fortskred så långsamt i samhället (Hägglom & Möller, 2006).

I flera studier framkom avslöjanden från deltagande sjuksköterskor att de själva hade blivit misshandlade av sina män (Ellis, 1999; Hägglom & Möller, 2006; Gutmanis et al., 2007; Mezey, Bacchus, Haworth, & Bewley, 2003; Moore, Zaccaro, & Parsons, 1998). Frekvensen av självupplevd kvinnomisshandel i Hägglom och Möllers (2006) studie uppgick till tre av tio deltagare, och ytterligare tre uppgav att deras mor eller styvmor blivit utsatta för kvinnomisshandel. Dessa vittnade om starka känslor av frustration och ilska och betonade betydelsen av tillräcklig hjälp till kvinnorna. I en studie av Ellis (1999) framkom att 35 % av de deltagande sjuksköterskorna hade självupplevda erfarenheter av misshandel. En fjärdedel av gruppen som uppgav att de blivit slagna, sparkade, och knuffade, identifierade detta som kvinnomisshandel. I Gutmanis et al., (2007) studie uppgav hälften av sjuksköterskorna att de, en vän eller familjemedlem någon gång blivit utsatta för kvinnomisshandel. Sjuksköterskorna i Mezey's, et al., (2003) studie som själva upplevt kvinnomisshandel uppgav att deltagandet i studien återväckte gamla minnen och känslor. De sjuksköterskor som kände att de inte lyckats lösa sina problem på ett tillfredsställande sätt, eller att de psykiskt inte bearbetat det, kände sig ofta överväldigade över möjligheten att kunna hjälpa andra kvinnor (Mezey, et al., 2003).

3.2.1 Sjuksköterskors attityder gentemot kvinnliga patienter som har blivit misshandlade av sin partner.

Flera studier beskrev sjuksköterskors attityder gentemot kvinnliga patienter som har blivit misshandlade av sin partner (Hägglom, Hallberg, & Möller, 2005; Hägglom & Möller, 2006; Lazenbatt, et al., 2005; Moore, et al., 1998; Sugg, Thompson, Thompson, Maiuro, & Rivara, 1999; Watt, Bobrow, & Moracco, 2008; Woodtli, 2001). I en studie av Lazenbatt, et al., (2005) testades barnmorskors attityder till rådande myter som omger kvinnomisshandel. Dessa myter var till exempel ”kvinnor provocerar ibland sina män till att slå dem” och ”slagna kvinnor känner sig säkrast när de är gravida eftersom män oftast inte slår gravida kvinnor”. Lazenbatt, et al., (2005) fann då att attityden hos majoriteten av barnmorskorna inte överensstämde med dessa myter.

I två studier framkom att vårdpersonal upplevde det svårare att tala om kvinnomisshandel med sina gravida patienter än icke-gravida (Mezey, et al., 2003; Stenson, et al., 2005). Vårdpersonalen hade den förutfattade meningen att gravida kvinnor skulle vara mindre utsatta för kvinnomisshandel (Mezey, et al., 2003). I Stenson et al., (2005) förklarade vårdpersonalen att det låg något tabu över att misshandla en gravid kvinna och att det därför skulle vara obekvämare att fråga patienten. Graviditeten skulle vara en sådan glädjefull och förhoppningsfull tid i en kvinnas liv, och då är det skamligt och tabubelagt att bli misshandlad av sin partner.

Woodtli (2001) fann att sjuksköterskorna beskrev de misshandlade kvinnorna som personer som ”ropade på hjälp”, hade lågt självförtroende och kände sig isolerade från andra. Samtidigt beskrevs de som vuxna människor som hade egna val och kunde bestämma själva hur de ville leva sina liv. Samma faktorer som i Woodtlis (2001) studie påvisades i Watt, et al., (2008) studie, nämligen att kvinnor som hade barn med sin partner och/eller var ekonomiskt beroende av mannen gjorde deras valmöjligheter mer begränsade. I ytterligare en studie (Watt, et al., 2008) har man funnit samma faktorer som i Woodtlis (2001) studie, nämligen att kvinnan hade barn och eller var ekonomiskt beroende av mannen vilket gjorde att kvinnans valmöjligheter blev mer begränsade. Personlighetsdragen och de olika problemen gjorde att kvinnan saknade insikt om allvaret i våldet och hennes situation sågs som bidragande faktorer till varför hon stannade hos sin partner (Watt, et al., 2008; Woodtli, 2001). I en studie ansåg fyra av fem deltagare att den misshandlade kvinnan inte hade gjort något för att framkalla misshandeln, samtidigt som 15 % menade att de hade haft patienter som hade en personlighet som orsakade misshandeln, och en av fyra menade att offrets

passivt-underordnade personlighet hade inverkan (Sugg, et al., 1999). I en annan studie fanns liknande siffror angående sjuksköterskans syn på den utsatta kvinnan. Där uppgav 25 % av deltagarna att misshandeln var ett resultat av kvinnans hjälplösa personlighet, och 27 % trodde att om en kvinna fann misshandel som obehaglig och kränkande, skulle hon säkerligen lämna mannen (Häggbloom, et al., 2005). I en senare studie av Häggbloom och Möller (2006), undersöktes sjuksköterskors attityder gentemot misshandlade kvinnor som efter varje sjukhusbesök för skador efter misshandel återvände hem till mannen som misshandlat henne. Sjuksköterskorna trodde att kvinnan skämdes, skyllde misshandeln på sig själv eller var rädd för vedergällning. Dessa faktorer trodde sjuksköterskorna spelade in och begränsade kvinnans möjligheter att avslöja källan till skadorna (Häggbloom & Möller, 2006). Rädsla och skam ansågs vara bidragande faktorer till varför kvinnan ej avslöjade misshandeln i Watt's et al., (2008) studie. En tredje orsak till detta ansågs vara att kvinnan levde i förnekelse.

Många av de misshandlade kvinnorna uppsökte vård för skador som de inte kunde förklara orsaken till. En sjuksköterska uttryckte det som att det var något hon kände på sig, en magkänsla, att allt inte stod rätt till då hon träffade dessa kvinnor:

The [women's] history may not match to how her body looks... or what she says or what she requests help for... They are highly health consumers... they return again and again maybe for a foot problem which should have been healed by now... heart problems... sleeping problems (Häggbloom & Möller, 2006. s.1080).

Då kvinnorna avslöjade misshandel trodde sjuksköterskorna att de gjorde det på grund av att de var desperata efter att ha lidit tillräckligt. Deltagarna antog också att kvinnorna kände sig förvirrade och överväldigade då många känslor var involverade, som rädsla, skam, nedstämdhet och hopplöshet. Alla sjuksköterskor var överens om att kvinnor i det läget ville ha uppmuntran, stöd och trygghet (Watt, et al., 2008).

3.2.2 Hur sjuksköterskors attityder kan påverkas av utbildning.

Ett flertal studier visade att utbildning i ämnet kvinnomisshandel saknades helt i grundutbildningen till sjuksköterskor eller uppgavs ha mottagits av ett fåtal deltagare (Goff, Shelton, Byrd, & Parcel, 2003; Gutmanis, et al., 2007; Häggbloom & Möller, 2006; Häggbloom, et al., 2005; Mezey, et al., 2003; Moore, et al., 1998; Schoening, et al., 2004). I en studie av

Moore, et al., (1998) hade 54 % av sjuksköterskor med eller utan vidareutbildning genomgått någon kurs om kvinnomisshandel. Det var mer sannolikt att diskriktssköterskor hade utbildning i ämnet än övriga sjuksköterskor och sjuksköterskor med vidareutbildning i undersökningsgruppen (Moore, et al., 1998). Betydelsen av utbildning och övning på att bemöta misshandlade kvinnor betonades av merparten av sjukvårdspersonalen (Ellis, 1999; Goff, et al., 2003; Gutmanis, et al., 2007; Lazenbatt, et al., 2005; Mezey, et al., 2003; Schoening, Greenwood, McNichols, Heermann, & Agrawal, 2004; Stenson, et al., 2005).

Den bristfälliga utbildningen gjorde att en del sjuksköterskor skaffade sig kunskap om kvinnomisshandel på egen hand (Hägglom & Möller, 2006; Goff, et al., 2003). Genom litteratur och regelverk kunde kunskap införskaffas om juridiska problem och frågor gällande kvinnomisshandel, men tillvägagångssättet för att interagera med en misshandlad kvinnlig patient var svårare i praktiken än i teorin (Goff, et al., 2003).

I några studier (Mezey, et al., 2003; Schoening et al., 2004; Stenson, et al., 2005) genomgick deltagarna en utbildning om kvinnomisshandel och screening. Det som framträdde mer än andra effekter av utbildning var att sjuksköterskornas självförtroende stärktes och att man vågade tala mer med sina patienter om kvinnomisshandel (Mezey, et al., 2003). Ju mer utbildning och erfarenhet vårdpersonalen hade desto mer förberedda och självsäkra kände de sig när det gällde att rutinmässigt screena för kvinnomisshandel (Gutmanis, et al., 2007). Andra effekter av utbildning var att medvetenheten om kvinnomisshandel höjdes. Utbildningen gjorde vårdpersonalen mer medvetna om erfarenheter av kvinnomisshandel bland sina patienter, och flera deltagare förvånades över omfattningen och dess allvarliga karaktär. Attityderna hos vårdpersonalen ändrades så småningom under utbildningstiden, från att ha varit skeptiska och haft tendenser att skylla på offret, till att alltmer tillskriva förövaren ansvar och att uttrycka empati och större förståelse för offrets ställning (Mezey, et al., 2003). Sjuksköterskorna i Häggloms et al., (2005) studie som hade genomgått en utbildning om kvinnomisshandel förstod svårigheten för en misshandlad kvinna att lämna sin man i större utsträckning än de som inte deltagit i utbildningen.

3.2.3 Attityder till screening.

Att rutinmässigt screena alla patienter för kvinnomisshandel betonades som betydelsefullt av sjuksköterskorna i två studier från Finland och Sverige (Hägglom & Möller, 2006; Stenson, et al., 2004). De ansåg att de var rätt person för att utföra uppgiften eftersom det oftast var sjuksköterskan som träffade kvinnan både vid ankomst och vid utskrivning (Hägglom &

Möller, 2006). Mezey, et al., (2003) fann också att sjuksköterskorna ansåg sig vara rätt person för uppgiften men att de kände att all hälso- och sjukvårdspersonal måste bli mer medvetna om problemet och tillsammans dela ansvaret för att upptäcka kvinnomisshandel och att stötta dessa kvinnor.

I två studier (Ellis, 1999; Lazenbatt, et al., 2005) visades att hälften av sjuksköterskorna i undersökningsgrupperna inte ansåg att alla patienter behövde screenas för kvinnomisshandel. De sjuksköterskor i Mezey's, et al., (2003) studie som själva upplevt kvinnomisshandel var något tveksamma inför att delta i studien med att införa rutinscreening i det dagliga arbetet. I en annan intervjustudie (Goff, et al., 2003) uttrycktes också missnöje av några deltagare mot att rutinmässigt screena alla patienter. En person uttryckte sig på följande sätt:

You can't do every patient, because then they will get irate. That has certainly been my experience (Goff, et al., 2003. s. 142).

I två studier (Hägglom, et al., 2005; Sugg, et al., 1999) framkom att patientens kontaktorsak spelade in när det gäller screening. Näst intill hälften (45,2%) av deltagarna screenade inte för kvinnomisshandel om patienten inkom med fysiska skador. I Häggloms et al., (2005) svarade 37,5 % av sjuksköterskorna att de screenade för kvinnomisshandel om patienten inkom med allvarliga fysiska skador. I Sugg et al., (1999) studie tillfrågade mer än hälften av deltagarna sina patienter med depression/ångest om de blivit utsatta för misshandel.

Det var mer sannolikt att sjuksköterskor som arbetade på OB/GYN (obstetrik/gynekologi) eller på kvinnokliniker frågade om misshandel och upptäckte detta i större grad än på andra avdelningar. Lite över 70 % av OB/GYN-sjuksköterskorna frågade gravida kvinnor om våld i hemmet jämfört med 50 % av sjuksköterskorna vid kvinnoklinikerna, 18 % på familjeavdelningar och 0 % på vuxenavdelningar (Bryant & Spencer, 2002). En annan studie visade att det var mindre sannolikt att sjuksköterskor tog upp ämnet och frågan om misshandel än läkarna, speciellt de som arbetade på en akutmottagning och som länge arbetat på samma avdelning (i mindre än 10 år). De sjuksköterskor som arbetade på hälsocentraler tog upp ämnet och frågan oftare än sjuksköterskor inom andra områden och avdelningar (Gutmanis, et al., 2007).

3.2.4 Hinder och barriärer mot screening.

De flesta studier som undersökt frekvenser och attityder till olika screeningformulär för kvinnomisshandel har i sitt resultat kunnat urskönja flera barriärer mot screening (Ellis, 1999; Goff, et al., 2003; Gutmanis, et al., 2007; Häggblom, et al., 2005; Häggblom & Möller, 2006; Lazenbatt, et al., 2005; Mezey, et al., 2003). Det mest förekommande hindret var bristen på möjligheten att samtala avskilt med patienten (Ellis, 1999; Goff, et al., 2003; Gutmanis, et al., 2007; Häggblom, et al., 2005; Häggblom & Möller, 2005; Mezey, et al., 2003). Ett annat vanligt förekommande hinder var tidsbrist (Ellis, 1999; Goff, et al., 2003; Häggblom, et al., 2005). Många upplevde också att de saknade den rätta utbildningen och erfarenheten av att screena patienter (Häggblom, et al., 2005; Gutmanis, et al., 2007; Mezey, et al., 2003). I Lazenbatts et al., (2003) studie saknade sjuksköterskorna självförtroendet att tala om kvinnomisshandel med sina patienter. De yngre sjuksköterskorna hade mindre självförtroende inom detta område än de som var över 56 år (Lazenbatt et al., 2003). Några deltagare i studier var också rädda för att förödmjuka patienten eller inkräkta på deras integritet (Häggblom, et al., 2005; Sugg, et al., 1999). En studie tydde på att det största hindret bland deras sjuksköterskor mot screening var glömska, antingen så glömde de att screena eller så hade de genomfört screeningen men glömt bort att föra in den i journalen (Owen-Smith, Hathaway, Roche, Gioiella, Strojwas, & Silvermann, 2008). Ytterligare några sjuksköterskor uttryckte rädsla och oro för egen säkerhet genom att tala om kvinnomisshandel (Mezey, et al., 2003; Sugg, et al., 1999) eller att de genom att fråga kvinnan skulle utsätta henne för ökad risk om hennes partner skulle få veta att de diskuterat kvinnomisshandel (Mezey, et al., 2003). En sjuksköterska uttryckte sig om oro för egen säkerhet så här:

If a woman comes in and tells me something, I feel scared. I'm scared because if she plans to leave, her partner might think I know where she has gone and come after me (Mezey, et al., 2003. s. 748).

Ytterligare ett hinder för screening som framkom i Owen-Smith et al., (2008) var att det saknades en lämplig plats att dokumentera screeningen på. Deltagarna uttryckte oro för att uppgifterna om kvinnomisshandel kunde komma i orätta händer.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Sjuksköterskor upplevde kvinnomisshandel som ett stort problem och de anser att de har en viktig roll när det gäller att upptäcka kvinnomisshandel. Den allmänna uppfattningen som sjuksköterskor hade gentemot den utsatta kvinnan var att hon är en person med dåligt självförtroende. Flera studier visade att majoriteten av vårdpersonalen var av den uppfattningen att kvinnans personlighet inte bidrog till misshandeln. Ungefär en fjärdedel av de tillfrågade hade motsatta åsikter. Sjuksköterskorna hade uppfattningen att kvinnan inte avslöjade misshandeln eller lämnade mannen berodde på faktorer som ekonomiskt beroende och att barn var inblandade trodde sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna upplevde det som svårare att tala om kvinnomisshandel med sina gravida patienter än icke-gravida. De kände sig obekväma då det låg något tabu över att misshandla en gravid kvinna. Utbildning som berörde kvinnomisshandel hade saknats i grundutbildningen för många av sjuksköterskorna. Vissa hade deltagit i kurser eller sökt information om ämnet på egen hand. Utbildning visade sig ha positiv effekt på sjuksköterskans attityder till kvinnomisshandel. Medvetenheten om kvinnomisshandel höjdes och de kände sig mer självsäkra att tala om kvinnomisshandel med sina kvinnliga patienter. De tillskrev också förövaren mer ansvar och uttryckte mer empati och större förståelse för offrets ställning. Attityden till screening – viljan att rutinmässigt fråga alla kvinnor om de varit utsatta för misshandel skiljde sig åt mellan olika studier. I några studier framkom det att de flesta sjuksköterskor ansåg det viktigt att screena, medan i andra var inställningen negativ. Förekomst av screening var vanligare bland sjuksköterskor vid kvinnokliniker och hälsocentraler. Hinder för screening ansågs vara bristen på möjligheten att samtala avskilt med patienten, tidsbrist, avsaknad av utbildning och erfarenhet, brist på självförtroende, glömska och oro för egen säkerhet eller att genom screeningen utsätta kvinnan för ökad risk för misshandel.

4.2 Resultatdiskussion

Syftet var att utifrån vetenskaplig litteratur beskriva sjuksköterskors attityder gentemot kvinnliga patienter som blivit misshandlade av sin partner. I tre studier uppfattade sjuksköterskorna kvinnomisshandel som ett stort problem. I ytterligare några av de inkluderade studierna kan författarna ana samma attityder, även om det inte skrivs ordagrant i artiklarnas resultat.

I resultatet framkom att sjuksköterskor hade en tendens att underskatta omfattningen av kvinnomisshandel. I en studie framkom att sjuksköterskorna uppskattar att kvinnomisshandel inte förekommer hos mer än en av åtta patienter (Lazenbatt, et al., 2005). och hade aldrig övervägt tanken att kollegor till dem skulle kunna ha blivit utsatta för kvinnomisshandel (Stenson, et al., 2005). Detta kan jämföras med en studie där det framkom att hela 25 % av förvärvsarbetande kvinnor i Sverige blev utsatta för våld av en närstående under ett år (Nilsson, 2002). Ungefär en tredjedel hade själva upplevt kvinnomisshandel (Ellis, 1999; Häggblom & Möller, 2006.), och upp emot hälften av sjuksköterskorna uppgav att en familjemedlem eller nära vän någon gång blivit utsatta (Gutmanis et al., 2007). Med den bakgrunden är det anmärkningsvärt att sjuksköterskorna inte var mer medvetna om kvinnomisshandelns omfattning och förekomst även i vårdarbetet med patienter. De själva rubricerade dock inte det våld som de utsatts för som kvinnomisshandel (Ellis, 1999), vilket är anmärkningsvärt men en tänkbar orsak till deras omedvetenhet.

Uppfattningen om kvinnomisshandel när den utsatte är gravid visade varierande resultat. En studie visade att sjuksköterskornas attityder inte överensstämmer med myter som ”slagna kvinnor känner sig säkrast när de är gravida eftersom män inte slår gravida kvinnor”. Mezey, et al., (2003) fann att sjuksköterskor kunde ha den förutfattade meningen att gravida skulle vara mindre utsatta medan Lazenbatt, et al., (2005) fann att sjuksköterskor var medvetna om att misshandel förekommer även bland gravida kvinnor. En annan studie (Stenson, et al., 2005) visade att kvinnomisshandel under graviditeten ansågs vara tabu, vilket gjorde det svårare för sjuksköterskorna att tala om ämnet och obekvämare att ställa frågor till dessa patienter. En viktig faktor som talar emot några av dessa studiers resultat är att man i en review (Shadigian & Bauer, 2003) funnit att tonårsflickor och gravida kvinnor var de som mest riskerade att bli utsatta för kvinnomisshandel och mord.

Sjuksköterskor ansåg i två studier att det var viktigt att fråga om kvinnomisshandel (Häggblom & Möller, 2006; Stenson, et al., 2005), medan andra studier visade att trots det var det få som i själva verket gjorde det (Ellis, 1999; Goff, et al., 2003; Lazenbatt, et al., 2005; Sugg, et al., 1999). Varför sjukvårdspersonalen agerar på detta sätt tycks ha med de olika barriärerna att göra, så som glömska, obehag och tidsbrist. Dessa har visat sig vara hinder för rutinmässig screening (Ellis, 1999; Goff, et al., 2003; Gutmanis, et al., 2007; Häggblom, et al., 2005; Häggblom & Möller, 2006; Lazenbatt, et al., 2005; Mezey, et al., 2003). Man kan ställa sig frågan om man glömmer och skyller på tidsbrist på grund av att man upplever eget obehag efter självupplevd kvinnomisshandel?

Vid en jämförelse av studier gjorda i USA samt Nordirland och i

Sverige/Finland tycks attityden till screening skilja sig åt mellan länderna. I studier från USA (Ellis, 1999; Goff, et al., 2003) respektive Nordirland (Lazenbatt, et al., 2005) tyckte en stor del av de deltagande sjuksköterskorna att det inte var lika viktigt att screena alla kvinnor. I studierna gjorda i Sverige och Finland (Hägglom & Möller, 2006; Stenson, et al., 2005) uttryckte de flesta sjuksköterskor att screening av alla kvinnliga patienter var av stor vikt. Hinder mot rutinmässig screening tycks därmed både bestå av barriärer så som glömska och tidsbrist men även att sjukvårdspersonalens egna attityder spelar in. Det är intressant att resultaten skiljer mellan olika länder och man kan fundera över om orsaken till detta rör sig om kulturella skillnader?

Trots att 80 % av de kvinnliga patienterna var positivt inställda till att bli tillfrågade om kvinnomisshandel så visade en studie av Stenson et al., (2001) att sjuksköterskorna var rädda för att kvinnan skulle bli förödmjukad av att bli tillfrågad om misshandel. Detta tyder på att sjuksköterskornas rädsla var obefogad och skulle också kunna upplevas som ett svek från sjukvårdens sida utifrån de misshandlade kvinnornas perspektiv.

En undersökning från TCO (Tjänstemännens Centralorganisation) visade att 85 % av männen var med kvinnorna på alla eller nästan alla besök till mödravårdscentralen (Engblom, 2008). Bristen på möjligheten till att samtala avskilt med patienten angavs av sjuksköterskorna som ett vanligt hinder mot screening vilket kan förklaras av TCO:s undersökning. Ett annat vanligt hinder mot screening för kvinnomisshandel var tidsbrist och tyvärr är det ett problem som kan förutspås öka i samband med sjukvårdens alltmer strama budget med nedskärningar av personal som resultat.

Då utbildning har visat sig ha positiva effekter på sjuksköterskors attityder till kvinnor som fallit offer för kvinnomisshandel och screening (Gutmanis, et al., 2007; Häggloms et al., 2005; Mezey, et al., 2003) behövs det mer utbildning för att kunna hjälpa de kvinnor som blir eller har blivit misshandlade av sin partner. Sjuksköterskorna behöver också bearbeta sina egna känslor och eventuella rädslor för att kunna screena dessa kvinnor.

4.3 Metoddiskussion

Studien är en beskrivande litteraturstudie. Författarna sökte artiklar i MedLine och Cinahl med sökorden "Spouse abuse" (MeSH) AND "Attitude of Health Personnel" (MeSH) AND "Nursing" (MeSH). Dessa var de sökord som gav bäst resultat enligt författarna. Det ses som positivt för föreliggande studie att vedertagna MeSH-termer användes vid databassökningen, men det går inte att utesluta att relevanta artiklar sållades bort på grund av att de indexerades annorlunda. Resultatet begränsades till artiklar publicerade de senaste 10 åren och skrivna på

svenska eller engelska. Artiklarna skulle också vara åtkomliga gratis i fulltext eftersom författarna till föreliggande studie inte var villiga att bidra ekonomiskt till litteraturstudien. Dessa begränsningar kan ha påverkat resultatet då det skulle kunna finnas relevanta betalartiklar vars resultat hade kunnat adderas till de valda gratisartiklarna med förstärkande eller motsägorande kunskap om sjuksköterskans attityder till kvinnomisshandel.

Författarna tog beslutet att enbart inkludera artiklar från Europa, USA och Kanada eftersom dessa länder ansågs i stort likna svenska förhållanden socialt och ekonomiskt. Denna begränsning gör att resultatet i föreliggande studie inte är universellt generaliserbart men speglar förhållanden i den västerländska kulturen.

Då sjukvårdssystemen i Sverige, USA och Kanada skiljer sig åt kan detta göra att överförbarheten i vissa avseenden kan ifrågasättas. De avseenden som författarna syftar på är att det i USA krävs att patienten har egna sjukvårdsförsäkringar. Har inte patienten detta så får denne betala sjukvården själv. Från denna synvinkel kan resultaten i studierna gjorda i USA skilja sig åt från de svenska och finska studierna, genom att alla potentiella kvinnomisshandelsoffer inte har råd med sjukvård i samma utsträckning, som i de länder där sjukvården är subventionerad.

Antalet artiklar som återfanns vid den automatiska sökningen var 12 stycken. Ytterligare tre artiklar erhöles via manuell sökning. Många av artiklarna i sökningen fokuserade på den misshandlade kvinnans attityder och erfarenheter av att möta sjukvården eller var studier utförda i länder utanför föreliggande studies geografiska begränsningar.

Föreliggande studies resultat speglar sjuksköterskans perspektiv, alltså vad sjuksköterskan har för attityder till kvinnomisshandel. Av de valda artiklarna var nio kvantitativa och sex kvalitativa. Författarna ansåg det vara ett viktigt och stärkande inslag i resultatet att kunna redovisa både kvalitativa och kvantitativa artiklar. En styrka i föreliggande studie är att samtliga artiklar visade sig vara av medel och hög kvalitet vid kvalitetsvärderingen. Det begränsade antalet artiklar som kunde inkluderas beror på att många studier hade gjorts före den föreliggande studiens tidsbegränsning. Fördelar med denna begränsning är att visa den senaste forskningen inom området. Äldre forskning utanför föreliggande studies tidsbegränsning behöver inte vara inaktuell, då kvinnomisshandel inte är något nytt fenomen. Det skulle dock kunna vara intressant att undersöka hur sjuksköterskans attityder till kvinnomisshandel har förändrats sett över tid.

4.4 Allmän diskussion

Misshandlade kvinnor kommer med största sannolikhet i kontakt med hälso- och sjukvården då de löper högre risk att drabbas av psykiska och beteendemässiga problem som innefattar depression, alkoholmissbruk och självmordsbenägenhet. Vissa lider också av kronisk smärta, upprepade skador och gastrointestinala problem. Detta betyder att sjukvårdspersonal ofta möter dessa kvinnor, men är omedvetna om det. Om sjuksköterskor och annan vårdpersonal i större utsträckning fick utbildning inom området skulle kanske fler offer för kvinnomisshandel upptäckas och bli hjälpta i sjukvården. Flertalet studier visade att utbildning bidrar på ett positivt sätt till sjuksköterskors attityder angående kvinnomisshandel, offren och till screening. Författarna anser att vidareutbildning i ämnet kvinnomisshandel är viktigt liksom att arbeta kontinuerligt med att medvetandegöra problemet och betona vikten av att rutinmässigt screena alla kvinnliga patienter. Utbildningen skulle kunna vara en del i sjuksköterskeprogrammet. För de redan yrkesverksamma sjuksköterskorna skulle föreläsningar kunna hållas och informationsblad eller broschyrer delas ut som hjälp i mötet med patienter som misstänks ha utsatts för kvinnomisshandel.

Sjuksköterskorna upplevde också ilska över läkare som inte brydde sig, att förövaren oftast kom undan och att jämställdhetsprocessen fortskred så långsamt i samhället. Det känns tragiskt att kvinnor nästan kan dö eller dör på grund av att det tar för lång tid att få den hjälp de behöver. Med en humanistisk människosyn, där alla människor har samma värde och att ingen får kränkas, borde aldrig detta få förekomma. Kvinnornas rätt till självbestämmande måste av samma anledning också respekteras. Om kvinnan inte vill lämna det våldsamma förhållandet får inte sjuksköterskan på något sätt uttrycka sina egna åsikter i frågan, utan endast sträcka ut sin hand och visa att det finns information och stöd om kvinnan någon gång i framtiden vill ha det.

Komplexiteten i misshandeln innefattar så mycket mer än kvinnans psykiska och fysiska skador. I många fall finns det barn inblandade och inget barn ska behöva se sin mor bli misshandlad av en närstående man. I FN:s barnkonvention kan man läsa: *”konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har lagligt ansvar för barnet, och skall för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftnings- och administrativa åtgärder”*(FN, 1989). I och med att Sverige skrivit under FN:s barnkonvention bör alla tänkbara och möjliga insatser sättas in för att öka barnens rätt till en familj fri från våld. Där ingår att verka för att misshandlade kvinnors problem uppdagas.

Ytterligare forskning kring sjuksköterskans attityder mot misshandlade kvinnor är önskvärt. Studier som skulle kunna syfta till att hjälpa sjuksköterskor i deras arbete med misshandlade kvinnor. Ämnet är relevant och viktigt för sjuksköterskor och annan vårdpersonal då många kvinnor blir misshandlade och söker sjukvård. Medvetenheten bör ökas, både bland sjukvårdspersonal och bland allmänheten, för detta stora problem som behöver angripas från flera håll.

Avslutningsvis vill författarna påpeka att ansvaret för våldsfria förhållanden bör delas lika av alla människor, män som kvinnor, oavsett yrken och härkomst. Alla bör kämpa för ett samhälle utan våld.

Referenser:

- American Medical Association, Council on Scientific Affairs: *Violence against women: relevance for medical practitioners*. *JAMA* 1992, 267(23), 3184-9.
- Bryant, S. A., & Spencer, G. A. (2002). Domestic Violence: What Do Nurse Practitioners Think? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*, 14(9).
- Campbell, J., Snow Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Carlson Gielen, A., & Wynne, C. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Intern Medicine*, 162(10), 1157-1163.
- Ellis, J. M. (1999). Barriers to Effective Screening for Domestic Violence by Registered Nurses in the Emergency Department. *Critical care nursing quarterly*, 22(1), 27-41.
- Engblom, S. (2008). *Kan pappa följa med till barnmorskan?* (Rapport nr 4/08). Stockholm: TCO.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- FN. (1989). Barnkonventionen. Åtkomst: <http://www.barnombudsmannen.se/adfinity.aspx?pageid=44> Hämtad: 2009-04-02.
- Goff, H. W., Shelton, A. J., Byrd, T. L., & Parcel, G. S. (2003). Preparedness of Health Care Practitioners to Screen Women for Domestic Violence in a Border Community. *Health Care for Women International*, 24, 135-148.
- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C N., & MacMillan, H L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 7:12.
- Hägglom, A. M. E., Hallberg, L.R.-M., & Möller, A. R. (2005). Nurse's Attitudes and Practices towards Abused Women. *Nursing and Health Sciences*, 7, 235-242.
- Hägglom, A. M. E., & Möller, A. R. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter with Intimate Partner Abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090.
- Karolinska institutet. (2009). Svensk MeSH. Åtkomst: http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm Hämtad: 2009-03-02.
- Krug, G. E., Mercy, A. J., Dahlberg, L. L., & Zwi, B. A. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360, 1083-88.
- Lazenbatt, A., Thompson-Cree, M.E.M., & McMurray, F. (2005). The use of Exploatory Factor Analysis in Evaluating Midwives' Attitudes and Stereotypical Myths related to the Identification and Management of Domestic Violence in Practice. *Midwifery*, 21, 322-334.

- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A. M. (2001). *Slagen Dam – mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- Lutenbacher, M., Cohen, A., & Mitzel, J. (2003). Do We Really Help? Perspectives of Abused Women. *Public Health Nursing, 20*(1), 56-64.
- Mayer, B. W. (2000) Female Domestic Violence Victims: Perspectives on Emergency Care. *Nursing Science Quarterly, 13*(4), 340.
- Medline. (2009). MeSH Home. Åtkomst: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh>
Hämtad: 2009-03-02.
- Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., & Bewley, S. (2003). Midwives' Perception and Experiences of Routine Enquiry for Domestic Violence. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 110*(8), 744-752.
- Moore, M, L., Zaccaro, D., Parsons, L, H. (1998). Attitudes and Practices of Registered Nurses Toward Women Who Have Experienced Abuse/Domestic Violence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 27*(2), 175-182.
- Nationalencyklopedin (1998) ver, 2.0 på DVD/CD-ROM.
- Nilsson, L. (2002). *Våld mot kvinnor i nära relationer – en kartläggning* (Rapport 2002:14). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Owen-Smith, A., Hathaway, J., Roche, M., Gioiella, M.E., Strojwas, D. –W., & Silvermann, J. (2008). Screening for Domestic Violence in an Oncology Clinic: Barriers and Potential Solutions. *Oncology Nursing Forum, 35*(4), 625-633.
- Polit, F, D., & Beck, T, C. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 8. edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. (Uppdaterad: t.o.m. SFS 2007:1428). Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen, ”Tack för att ni frågar” – screening om våld mot kvinnor. (Artikelnummer 2002-124-7). Stockholm.
- Schoening, A. M., Greenwood, J. L., McNichols, J. A., Heermann, J. A., & Agrawal, S. (2004). Effect of an Intimate Partner Violence Educational Program on the Attitudes of Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33*, 572-579.
- Shadigian, E.M., & Bauer, S.T. (2003). Screening for Partner Violence during Pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics 84*(2004), 273–280.
- Stensson, K., Saarinen, H., Heimer, G., & Sidenwall, B. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery, 17*, 2-10.

- Stenson, K., Sidenvall, B., & Heimer, G., (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*, 21, 311-321.
- Sugg, N. K., Thompson, R. S., Thompson, D. C., Maiuro, R., & Rivara, F. P. (1999). Domestic Violence and Primary Care. *Archives of Family Medicine*, 8, 301-306.
- Watt, M. H., Bobrow, E. A., & Moracco, K. E. (2008). Providing Support to IPV Victims in the Emergency Department. *Violence Against Women*, 14(6), 715-726.
- WHO, *Declaration on the Elimination of Violence against Women*, (1994).
- Woodtli, M. A., (2001). Nurses' Attitudes toward Survivors and Perpetrators of Domestic Violence. *Journal of Holistic Nursing*, 19(4), 340-359.

Bilaga 1.

Tabell 2. Författare, publ. År och land, titel, design, undersökningsgrupp, urval och bortfall, datainsamlingsmetod och dataanalys, kvalitet.

Författare, publ. år och land.	Titel.	Design.	Undersökningsgrupp, urval och bortfall.	Datainsamlingsmetod och dataanalys.	Kvalitet
Bryant & Spencer, 2002. USA.	Domestic Violence: What Do Nurse Practitioners Think?	Kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie.	300 sjuksköterskor. Sjuksköterskorna valdes ut med slumpmässigt, stratifierat urval. Bortfall: 182 st.	Enkät utvecklad av Pacific Center for Violence Prevention. Analysmetod: variansanalys och chi-2-test.	Hög.
Ellis, 1999. USA.	Barriers to Effective Screening for Domestic Violence by Registered Nurses in the Emergency Department.	Kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie.	101 sjuksköterskor. Bekvämlighetsurval, alla sjuksköterskor vid en akutvårdsavdelning erbjöds delta i studien. Bortfall: 61 st.	Egenkonstruerad enkät. Analysmetod: beskrivande statistik och chi-2-test.	Medel.
Goff, et al., 2003. USA.	Preparedness of Health Care Practitioners to Screen Women for Domestic Violence in a Border Community.	Kvalitativ ansats.	5 sjuksköterskor, 5 läkare och 5 tandläkare. Bekvämlighetsurval, alla sjuksköterskor, läkare och tandläkare i ett samhälle erbjöds delta i studien. Bortfall: nämns ej.	Halvstrukturerade intervjuer med öppna frågor. Analysmetod: innehållsanalys.	Medel.
Gutmanis, et al., 2007. Kanada.	Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses.	Kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie.	1000 läkare och 1000 sjuksköterskor. Slumpmässigt urval av verksamma läkare och sjuksköterskor i Ontario, Kanada. Bortfall: 672 läkare och 403 sjuksköterskor.	Egenkonstruerad enkät. Analysmetod: innehållsanalys.	Medel.
Hägglom, et al., 2005. Finland.	Nurses' Attitudes and Practices towards Abused Women.	Kvantitativ ansats. Beskrivande design.	234 sjuksköterskor. Alla sjuksköterskor verksamma på Åland, Finland, erbjöds delta i undersökningen. Bortfall: 101 st.	Egenkonstruerad enkät. Analysmetod: beskrivande statistik med frekvens- och korstabeller. Chi-2-test.	Hög.
Hägglom & Möller, 2006.	On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to	Kvalitativ ansats. Grounded theory.	10 sjuksköterskor. Strategiskt urval. Kollegor och chefer till	Halvstrukturerade intervjuer. Analysmetod: konstant	Hög.

Finland.	Encounter with Intimate Partner Abuse.		sjuksköterskor som ansågs duktiga att interagera med misshandlande kvinnor tipsade författarna av studien. Bortfall: 0 st (under studiens gång).	jämförande analys.	
Lazenbatt, et al., 2005. Nordirland.	The use of Exploratory Factor Analysis in Evaluating Midwives' Attitudes and Stereotypical Myths related to the Identification and Management of Domestic Violence in Practice.	Kvantitativ ansats.	861 barnmorskor. Alla barnmorskor verksamma på Nordirland inbjöds att delta i studien. Bortfall: 373 st.	Enkät 'Midwives Attitudes to Domestic Violence Scale'. Analysmetod: beskrivande analys, faktoranalys och korstabellanalys.	Hög.
Mezey, et al., 2003. England.	Midwives' Perception and Experiences of Routine Enquiry for Domestic Violence.	Kvalitativ ansats.	28 barnmorskor. Bekvämlighetsurval. 116 barnmorskor som deltog i en utbildning om screening för kvinnomisshandel erbjöds delta i studien. Bortfall: 88 st.	20 barnmorskor deltog i intervjuer i fokusgrupp, 8 barnmorskor i semi-strukturerade intervjuer. Analysmetod: innehållsanalys.	Hög.
Moore, et al., 1998. USA.	Attitudes and Practices of Registered Nurses Toward Women Who Have Experienced Abuse/Domestic Violence	Kvantitativ ansats. Beskrivande design.	275 sjuksköterskor. Bekvämlighetsurval. Sjuksköterskor vid en utbildningskonferens erbjöds delta i studien. Enkäten skickades också till privatkliniker i en region. Bortfall: 117 st.	Enkät, tidigare använd och validitetstestad. Analysmetod: INGRES (en databashanterare).	Medel.
Owen-Smith, et al., 2008. USA.	Screening for Domestic Violence in an Oncology Clinic: Barriers and Potential Solution.	Kvantitativ, retrospektiv registerstudie och kvalitativ undersökning av sjuksköterskorna.	250 patienters journaler och 7 sjuksköterskor. Journaler slumpades fram bland patienter som besökte en gynekolog- och onkologiavdelning. Bekvämlighetsurval.	Utdrag gjordes från patientjournaler. Den kvalitativa undersökningen gjordes med frågor om hinder för screening via email. Analysmetod:	Medel.

			<p>Sjuksköterskor vid samma avdelning erbjöds delta i undersökningen.</p> <p>Bortfall: 46 st. från den kvantitativa undersökningen. 1 st. från den kvalitativa undersökningen.</p>	beskrivande analys och innehållsanalys.	
<p>Schoening, et al., 2004.</p> <p>USA.</p>	<p>Effect of an Intimate Partner Violence Educational Program on the Attitudes of Nurses.</p>	<p>Kvantitativ ansats. Kvasiexperimentell design.</p>	<p>114 sjuksköterskor.</p> <p>Bekvämlighetsurval. Alla sjuksköterskor som deltog i utbildningen erbjöds delta i undersökningen.</p> <p>Bortfall: 62 st.</p>	<p>Ett utbildningsprogram upprättades och ett pretest och posttest gjordes med "Public Health Nurses' Response to Women Who Are Abused scale" för att mäta sjuksköterskornas attityder till kvinnomisshandel.</p> <p>Analysmetod: variansanalys.</p>	Hög.
<p>Stenson, et al., 2005.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Midwives' Experiences of Routine Antenatal Questioning Relating to Men's Violence against Women.</p>	<p>Kvalitativ ansats.</p>	<p>28 barnmorskor.</p> <p>Bortfall: 7 st.</p>	<p>Intervjuer i fokusgrupp.</p> <p>Analysmetod: innehållsanalys.</p>	Hög.
<p>Sugg, et al., 1999.</p> <p>USA.</p>	<p>Domestic Violence and Primary Care.</p>	<p>Kvantitativ ansats. Enkätundersökning</p>	<p>240 hälso- och sjukvårdspersonal.</p> <p>Personal vid fem olika primärvårdskliniker erbjöds delta i studien.</p> <p>Bortfall: 34 st</p>	<p>Egenkonstruerad enkät. En pilotsstudie gjordes. Enkäten besvarades av undersökningsgruppen via brev.</p> <p>Analysmetod: faktoranalys.</p>	Hög.
<p>Watt, et al., 2008.</p> <p>USA.</p>	<p>Providing Support to IPV Victims in the Emergency Department.</p>	<p>Kvalitativ ansats.</p>	<p>16 kvinnor som blivit utsatta för kvinnomisshandel och 10 akutvårdssjuksköterskor.</p> <p>Urval genom annonsering och reklamblad vid ett center för misshandlade kvinnor.</p> <p>Sjuksköterskor vid vald avdelning rekryterades via email, reklamblad och annonsering på personalmöten.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analysmetod: innehållsanalys.</p>	Hög.

			Bortfall: 0 (under studiens gång).		
Woodtli, 2001. USA.	Nurses' Attitudes toward Survivors and Perpetrators of Domestic Violence.	Kvalitativ ansats.	11st sjuksköterskor, 1 socialarbetare, 1 rådgivare. Strategiskt urval. Bortfall: 0 (under studiens gång).	Semistrukturerade intervjuer. Analysmetod: innehållsanalys.	Hög.

Bilaga 2.

Tabell 3. Författare, syfte och resultat.

Författare	Syfte	Resultat
Bryant & Spencer, 2002.	Att undersöka sjuksköterskornas praktiska beteende beträffande att fråga, identifiera, hänvisa och rapportera misshandel hos en patient.	Det var signifikanta skillnader mellan och bland sjuksköterskornas beteende vad gäller att fråga, identifiera och rapportera våld i hemmet. Kvinnohälsa- och ob/gynsköterskor var lämpligast att fråga dessa frågor till patienterna då de träffade dem mest regelbundet.
Ellis, 1999.	Att identifiera eventuella barriärer som hindrar sjuksköterskorna på en akutvårdsavdelning och att screena sina patienter för kvinnomisshandel på en akutvårdsavdelning.	Nio av tio av deltagarna hade gått någon slags utbildning om kvinnomisshandel, ändå tyckte bara 52,5 % att alla kvinnor borde screenas. Tre barriärer mot att screena var brist på att få tala ostört med patienten, tidsbrist och kunskapsbrist för hur man frågar om kvinnomisshandel.
Goff, et al., 2003.	Att undersöka sjukvårdspersonals tro, färdigheter och förväntade resultat gällande utbildning och screening för kvinnomisshandel.	Deltagarna ansåg inte att kvinnomisshandel gavs tillräckligt mycket uppmärksamhet under deras grundutbildning. Screening för kvinnomisshandel utfördes oftare då kvinnan hade uppenbara tecken på misshandel. Några hinder för screening var tidsbrist och brist på privat samtal med patienten. Den kliniska personalen förväntade sig också att i och med screeningen, om misshandel avslöjades, att en förändring skulle ske. Majoriteten av deltagarna trodde att vidare utbildning i ämnet skulle göra att de kände sig mer förberedda och självsäkra att screena för kvinnomisshandel.
Gutmanis, et al., 2007.	Att undersöka sjuksköterskor och läkares attityder och beteende gällande kvinnomisshandel och faktorer som underlättar respektive försvårar screening för kvinnomisshandel.	En tredjedel av sjuksköterskorna och 42% av läkarna uppgav att de rutinmässigt screenade för kvinnomisshandel. Bland sjuksköterskor förekom screeningen oftare bland dem som arbetade inom primärvården än inom andra verksamheter. Faktorer som avgjorde om de tog upp frågan var hur förberedda de kände sig, självförtroende, professionellt stöd, misshandelsindikatorer, konsekvenser av att fråga, konsekvenser av avslöjandet, utövarens brist av kontroll och klinikens krav. Både sjuksköterskorna och läkarna

		<p>efterlyste utbildning i ämnet för att de skulle känna mer självförtroende och därmed mer förberedd för att rutinmässigt screena för kvinnomisshandel.</p>
<p>Hägglom, et al., 2005.</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskans kunskaper, praktik och träning relaterat till misshandel mot kvinnor. Utredning av sjuksköterskornas motivation och färdighet att ta hand om kvinnor som blivit misshandlade.</p>	<p>Visar att sjuksköterskans vård av den misshandlade kvinnan är bristfällig. Många misshandelsfall blir inte upptäckta av sjuksköterskan. Den vanligaste anledningen till att man inte frågar om misshandel beror på respekt för kvinnans integritet.</p>
<p>Hägglom & Möller, 2006.</p>	<p>Att fördjupande undersöka sjuksköterskor som är kända för att vara stöttande till misshandlade kvinnor, deras erfarenheter av fenomenet kvinnomisshandel i vårdssituationer och sjuksköterskans roll i dessa situationer.</p>	<p>Det starkaste temat som framträdde ur datan var sjuksköterskornas starka engagemang och deras angelägenhet att reagera på kvinnor som upplevt kvinnomisshandel. Sjuksköterskan gick ofta på sin intuition när hon mötte vårdsökande kvinnor. Uppsnappade tecken på kvinnomisshandel gjorde att sjuksköterskan agerade och genomförde screening. Sjuksköterskorna uppfattade deras roll som stöttande vårdpersonal till misshandlade kvinnor som väldigt meningsfullt.</p>
<p>Lazenbatt, et al., 2005.</p>	<p>Att undersöka lämpligheten i "Midwives' Attitudes to Domestic Violence Scale" för att utvärdera barnmorskors attityder och stereotypa myter relaterat till identifikationen och handhavandet av kvinnomisshandel i praktiken. Ett annat syfte var att mäta barnmorskornas upplevda roll och erfarenheter av kvinnomisshandel i deras praktik.</p>	<p>"Midwives' Attitudes to Domestic Violence Scale" var ett pålitligt mätinstrument för att mäta barnmorskornas attityder till kvinnomisshandel. Barnmorskorna trodde att frekvensen av kvinnomisshandeloffer inte var högre än en på åtta kvinnor. De tyckte att de spelade en betydande roll för att svara på kvinnomisshandel, men ändå ansåg bara hälften av deltagarna att alla kvinnor skulle screenas. En fjärdedel ansåg sig vara tillräckligt självsäkra för att tala om kvinnomisshandel med sina patienter. Barnmorskorna efterfrågade mer utbildning i ämnet.</p>
<p>Mezey, et al., 2003.</p>	<p>Att undersöka barnmorskans perspektiv och erfarenheter av att rutinmässigt screena för kvinnomisshandel.</p>	<p>Barnmorskorna tyckte att kvinnomisshandel var en viktig fråga. Praktiska och personliga svårigheter träffades på under studien, som tidsbrist, brist på privat, förtrolig tid med kvinnan, säkerhetsfrågor, personalbrist, låg moral hos personalen och personalens egna erfarenheter av</p>

		kvinnomisshandel
Moore, et al., 1998.	Att jämföra perinatalsjuksköterskor från tre vård-instanser om deras attityder till kvinnomisshandel, screening, tillvägagångssätt vid avslöjande av kvinnomisshandel och utbildning om ämnet.	Några skillnader hittades i attityder och känslor av sjuksköterskorna på de olika vårdinstanserna. Sjuksköterskorna på en hälsocentral frågade och pratade mest om kvinnomisshandel, såsom att ge kvinnorna akutnummer, fråga om barnmisshandel, prata om att misshandel är fel, uppföljning av patienten och att låta material som broschyrer om kvinnomisshandel ligga framme.
Owen-Smith, et al., 2008.	Att utvärdera införandet av ett screeningformulär för kvinnomisshandel på en gynekologisk onkologiklinik samt att undersöka sjuksköterskors attityder till screeningformuläret.	Majoriteten (63%) av patientlistorna (engelskans "charts") hade ett screeningformulär närvarande, men endast 7% av alla listor, eller 12% av de patientlistor som hade screeningformuläret närvarande, hade ifyllda formulär. Sjuksköterskorna angav glömska som det största hindret mot screening eller att de glömt att dokumentera trots att de utfört screeningen på kvinnorna. Någon sjuksköterska rapporterade att de kände sig obekväma med att ställa frågan och att utbildning skulle stärka deras självförtroende. Andra hinder var tidsbrist, uppfattningen att patienterna hade allvarigare saker att oroa sig över och brist på privat avskildhet med patienten.
Schoening, et al., 2004	Att utvärdera effekten av en utbildning i kvinnomisshandel på sjuksköterskors attityder till patienter som blivit utsatta för kvinnomisshandel.	Utbildningen förbättrade sjuksköterskans attityder till patienter som blivit utsatta för kvinnomisshandel.
Stenson, et al., 2005.	Att beskriva och använda kunskapen hos barnmorskor som rutinmässigt frågade gravida kvinnor om självupplevd kvinnomisshandel.	Betydelsen av att rutinmässigt fråga om självupplevd kvinnomisshandel betonades i alla grupper. Barnmorskorna upplevde att de hade misslyckats om de inte kunde fråga kvinnan. De två största hindren mot att rutinmässigt fråga var ämnets känslighet och närvaro av kvinnans partner. Andra hinder var tidsbrist, glömska, förutfattade meningar om vilka kvinnor som var utsatta för kvinnomisshandel eller inte och språksvårigheter. Barnmorskorna betonade betydelsen av utbildning, lättillgängliga resurser som stöd till kvinnan och

		<p>personalrådgivning. Barnmorskorna beskrev deras roll som att öka medvetenheten om kvinnomisshandel, reducera känslan av skam hos den misshandlade kvinnan, ge emotionellt stöd, informera och förmedla hjälp.</p>
Sugg, et al., 1999.	Att mäta primärvårdspersonals attityder och tro gentemot identifiering och handhavande av misshandlade kvinnor och deras förövare.	Majoriteten av urvalsgruppen uppskattade att kvinnomisshandel förekom hos mindre än 1 % av deras patienter. Gällande screeningen ansåg mer än 85 % av undersökningsgruppen att frågorna inte inkräktade på patientens privatliv eller att det låg utanför deras roll som hälso- och sjukvårdspersonal. Den misshandlade kvinnans ev. skuld till misshandeln förekom bland 15 % hos de tillfrågade. De trodde att kvinnans passiva och beroendepersonlighet bidrog till misshandeln. Självsäkerheten när det gällde att screena för kvinnomisshandel uttryckte de flesta att de kände sig säkrare att ställa andra rutinfrågor, som rökning, än att ställa frågor om kvinnomisshandel.
Watt, et al., 2008.	Att beskriva möjligheten till socialt stöd för patienter som blivit utsatta för kvinnomisshandel genom att jämföra sjuksköterskors och offer för kvinnomisshandelns perspektiv.	Offer för kvinnomisshandel uttryckte rädsla och emotionellt beroende som ett hinder för handling, då sjuksköterskorna trodde att kvinnan levde i förnekelse eller skämdes för mycket för att erkänna att hon blivit misshandlad. Offren för kvinnomisshandel betonade vikten av emotionellt stöd och respekt av hennes agerande, sjuksköterskorna betonade vikten av informerande och instrumentellt stöd. I situationen där offret för kvinnomisshandel erkände misshandel och ville ha hjälp, gavs uppfattningen från bägge grupper att kvinnan var desperat och ville lämna förhållandet. Vikten av emotionellt stöd och uppmuntrande betonades också hos både sjuksköterskorna och de misshandlade kvinnorna.
Woodtli, 2001.	Att utforska de känslor sjuksköterskor har om våld i hemmet och beskriva den väsentliga kunskapen och förmågan sjuksköterskorna behöver för att kunna ge den	Sjuksköterskan beskriver att de misshandlade kvinnorna "ropar" på hjälp, har lågt självförtroende och känner sig isolerade från omgivningen. Sjuksköterskorna anser att kvinnorna är vuxna

	vård som de inblandade behöver.	människor som själva väljer hur de vill leva sina liv men samtidigt har de förståelse för att problemet är mer komplext än så och nämner några faktorer som ekonomiskt beroende, barn och andra familjeproblem. Sjuksköterskorna tyckte att man skulle bemöta kvinnorna med intresse och medkännande. Vården skulle innefatta en respektfull attityd till kvinnan som person, hennes känslor och rätten till självbestämmande.
--	---------------------------------	--