Röda Korsets Högskola
1867
SVENSKA RÖDA KORSET

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Slutseminarium: 2026-01-14
Examinerat och godkänt: 2026-01-23

Sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta kvinnor som är utsatta för våld i nära relation

- En litteraturstudie

Nurses' experiences of caring for women exposed to intimate partner violence

- A Literature Study

Författare: Angel Hanna
Nada Jama Omar

Handledare: Tommy Carlsson, Lektor, Docent

Examinerande lärare: Birgitta Mc Ewen, Docent

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Våld i nära relationer är ett omfattande folkhälsoproblem och sjuksköterskor har en central roll i att upptäcka och stödja utsatta kvinnor.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att bemöta kvinnor som har utsatts för våld i nära relationer.

Metod: Metoden utgjordes av en allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats, där tio kvalitativa vetenskapliga artiklar identifierades genom systematiska databassökningar, kvalitet granskades och analyserades med tematisk analys.

Resultat: Resultatet identifierade tre övergripande teman: Att identifiera våld när resurser och rutiner brister, Att skapa trygghet och möjliggöra förtroende och Emotionella och etiska utmaningar i bemötandet av våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor beskrev osäkerhet kopplad till bristande utbildning och organisatoriskt stöd, kvinnors tystnad och rädsla som hinder för avslöjanden samt en betydande emotionell samt en betydande emotionell och känslomässig belastning i arbetet.

Slutsats: Studien visar att sjuksköterskor behöver mer utbildning, tydligare rutiner och bättre organisatoriskt stöd för att kunna identifiera och tryggt bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Nyckelord: Bemötande, identifiering, omvårdnad, sjuksköterskor, våld i nära relation.

ABSTRACT

Background: Intimate partner violence is a major public health issue, and nurses play a key role in identifying and supporting affected women.

Aim: The aim was to describe nurses' experiences of caring for women who have been exposed to intimate partner violence.

Method: The method consisted of a general literature study with a qualitative approach, where ten qualitative scientific articles were identified through systematic database searches, quality was reviewed and analyzed with thematic analysis.

Results: The results identified three overarching themes: Identifying violence when resources and routines are lacking, Creating safety and enabling trust, and Emotional and ethical challenges in encounters with women exposed to violence. Nurses described uncertainty related to insufficient education and organizational support, as well as a significant emotional and psychological burden in their work.

Conclusion: The study shows that nurses require increased knowledge, clearer guidelines, and stronger organizational support to effectively identify and safely care for women exposed to intimate partner violence.

Keywords: Care, identification, intimate partner violence, nurse, patient encounter.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION 1
BAKGRUND 2
Våld mot kvinnor 2
Våld i nära relation 2
Konsekvenser av våld i nära relationer för kvinnor 3
Hälso och sjukvårdens ansvar och roll 3
Identifiering av våldsutsatta kvinnor 4
Kvinnors sårbarhet och vårdpersonalens bemötande 5
Bärande begrepp 6
Vårdande relation 6
Problemformulering 7
SYFTE 8
METOD 9
Design 9
Urval 9
Datainsamling 10
Dataanalys 11
Tematisk analys 11
Etiska aspekter 13
RESULTAT 14
Att identifiera våld när resurser och rutiner brister 15
Otillräcklig kunskap och osäkerhet kring att identifiera våldet 15
Brist på tid, resurser och organisatoriska begränsningar 15
Att skapa trygghet och möjliggöra förtroende 16
Kvinnors tystnad och rädsla i mötet med vården, betydelsen av förtroende och lyhördhet 16
Att säkerställa integritet vid dokumentation och hänvisning 17
Emotionella och etiska utmaningar i bemötandet av våldsutsatta kvinnor 18
Emotionell påverkan, professionell sårbarhet och rädslan för att göra fel 18
Etiska balansgångar i mötet med våldsutsatta kvinnor 18
DISKUSSION 20
Metoddiskussion 20
Resultatdiskussion 22
SLUTSATSER 24
REFERENSER 25
BILAGOR 1
BILAGA I. SBU granskningsmall för kvalitativa studier (2022) 1
BILAGA II. Sökmatris CINAHL 5
BILAGA III. Sökmatris Pubmed 7
BILAGA IV. Artikelmatris 8

INTRODUKTION

Våld i nära relationer är ett allvarligt samhällsproblem med långvariga konsekvenser för individen. Det omfattar olika former av våld såsom psykiskt, fysisk och/eller sexuellt våld. Kvinnor är särskilt utsatta för denna typ av våld. Globalt har en betydande andel kvinnor någon gång under sin livstid utsatts för våld i nära relation, många av kvinnorna väljer inte att rapportera på grund av individuella faktorer. Hälso- och sjukvården har en betydande roll i att identifiera och stödja utsatta kvinnor, där sjuksköterskans professionella ansvar inkluderar att skapa en trygg vårdmiljö och ge adekvat stöd. Sjuksköterskans etiska och professionella ansvar innefattar att skapa en trygg vårdmiljö, identifiera tecken på våld samt ge adekvat stöd och vägledning till mera hjälp.

Anledningen till att vi valde detta ämne är att våld i nära relationer utgör en folkhälsofråga med allvarliga fysiska och psykiska konsekvenser för de drabbade kvinnorna. Genom att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor och identifiera samt stödja dem, kan denna studie bidra till en ökad förståelse av de utmaningar och möjligheter som finns inom vården.

BAKGRUND

Våld mot kvinnor

Våld mot kvinnor utgör ett omfattande och allvarligt folkhälsoproblem och är en kränkning av kvinnors mänskliga rättigheter (World Health Organization [WHO], 2024). Förenta Nationerna definierar våld mot kvinnor som "varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i, eller troligen leder till fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet" (WHO, 2024). Bengesai & Chikhungu (2024) skriver att hur våldet tar form påverkas i hög grad av samhällssynen på kvinnor och de normer som styr deras vardag. De skriver vidare att i de samhällen där män har mer makt än kvinnor, där kvinnan känner sig ekonomiskt beroende eller social begränsad är risken för våld högre (Bengesai & Chikhungu, 2024). WHO (2025) framhåller att våld mot kvinnor även förstärks av bristande lagstiftning och otillräckliga stödinsatser, vilket kan försvåra kvinnans möjliheter att söka hjälp (WHO, 2025). Enligt UN Women (2012) är våld mot kvinnor inte en privat fråga utan ett samhällsproblem som kräver lagar och skydd för utsatta kvinnor och ansvar från myndigheter (UN Women 2012).

Tan et al. (2024) beskriver att våld mot kvinnor består av fysiskt, sexuellt, psykiskt våld, men främst intimt partner våld (Tan et al., 2024). UN Women (2025) betonar detta och skriver att nästan en tredjedel av alla kvinnor över världen utsätts för fysisk och/eller sexuellt våld minst en gång i livet, detta motsvarar cirka 840 miljoner. De skriver vidare att nästan 16 procent av flickorna mellan 15-19 år har utsätts för partner våld, och 4-5 procent av äldre kvinnor utsätts fortfarande för våld (UN Women, 2025).

Våld i nära relation

Enligt Dhollande et al. (2025) är våld i nära relationer ett omfattande problem internationellt (Dhollande et al., 2025). Våld i nära relation definieras som skadliga handlingar som utsätts inom en nära relation och kan ta sig uttryck i fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld. Psykiskt våld är den vanligaste formen av våld och omfattar förolämpningar, nedvärderingar, hot samt kontrollerande beteenden, exempelvis social isolering, övervakning och begränsning av tillgång till arbete, utbildning eller hälso- och sjukvård. Fysiskt våld omfattar handlingar som slag, sparkar och misshandel, medan sexuellt våld innefattar påtvingade sexuella handlingar, inklusive våldtäkt (WHO, 2012). Inom forskning betonas ofta att våld i nära relationer sällan är begränsat till en enda form, utan ofta består av en kombination av flera typer av våldsutövning. Studier visar att emotionellt, fysiskt, sexuellt och ekonomiskt våld ofta förekommer samtidigt inom samma relation (Dhollande et al., 2025).

Enligt Masih et al. (2024) kännetecknas våld i nära relationer av ett mönster av kontrollerande, nedvärderande och hotfulla handlingar. Dessa handlingar kan uttryckas genom både fysiska, psykiska, sexuella och ekonomiska former av kontroll, där syftet är att upprätthålla makt och dominans över partnern. Författarna beskriver att våld ofta normaliseras inom relationen, vilket gör att det kan pågå under lång tid innan det uppmärksammas av omgivningen (Masih et al., 2024). Forskning visar även att konsekvenserna av våld i nära relationer inte alltid är synliga genom fysiska skador, utan ofta tar sig uttryck i psykiskt lidande, vilket kan bidra till att kvinnors våldsutsatthet inte identifieras i ett tidigt skede (Dhollande et al., 2025).

Masih et al. (2024) påpekar också att våld i nära relationer inte alltid utövas enbart av partnern. I vissa situationer kan även andra familjemedlemmar vara involverade, särskilt i sammanhang där familjestrukturer kännetecknas av stark hierarki. Detta kan innebära kontroll och påtryckningar från exempelvis föräldrar eller andra närstående. Denna våldsutsatthet beskrivs som nära kopplad till

sociala och kulturella faktorer som ytterligare kan begränsa den utsatta kvinnans handlingsutrymme (Masih et al., 2024). I Sverige betraktas våld i nära relationer ofta som ett komplext socialt problem som kan yttra sig på olika sätt och påverkas av både individens livssituation och den sociala kontexten (Hoppstadius et al., 2020).

Våld i nära relationer har komplexa orsaker som kan förstås utifrån individuella, relationella och samhälleliga perspektiv. Forskning framhåller exempelvis att ojämlika maktförhållanden, social utsatthet och en kultur som normaliserar våld är centrala faktorer för att förklara våldets mångfacetterade karaktär (Hoppstadius et al., 2020). Detta ligger i linje med internationell forskning som beskriver hur våld i nära relationer sällan kan förklaras av en enskild faktor, utan snarare genom samverkan mellan flera riskfaktorer (WHO, 2012).

Konsekvenser av våld i nära relationer för kvinnor

Våld i nära relationer kan få allvarliga konsekvenser för kvinnor såsom fysiska skador, psykisk ohälsa, social isolering och ekonomisk utsatthet (Tan et al., 2024). De psykiska konsekvenserna kan bland annat omfatta smärta, minnesförlust, depression och ångest. Risken för självmordstankar förblir dessutom förhöjd även när hänsyn tas till faktorer som ålder, hushållsinkomst och utbildningsnivå (Vung et al., 2009). Utöver detta kan våldet leda till långvarig psykisk stress, posttraumatiska stressyndrom och försämrad självkänsla (Alquaiz et al., 2023). Kvinnor som utsätts för våld av en nära anhörig upplever ofta en komplex situation fylld av skam, rädsla och känslomässiga beroenden, vilket gör det svårare att söka hjälp och lämna relationen (Coker et al., 2000).

Piispa (2004) skriver att lämna en våldsam relation är svårt, inte bara för att förövaren kan utöva hot och kontroll, utan även för att den emotionella anknytningen till partnern försvårar förmågan att bryta sig fri. Rädslan för avvisning och att vara beroende av den som utövar våldet gör att kvinnan känner sig fången och maktlös (Piispa, 2004). Alquaiz et al. (2023) skriver att känslan av lojalitet gentemot partner kan göra det svårt för kvinnan att lämna den våldsamma relationen. De skriver vidare att när kvinnans självkänsla påverkar negativt kan hon börja tvivla på sin egen förmåga och få känsla av skuld över att bryta relationen (Alquaiz et al., 2023).

Enligt Vung et al. (2009) kan normaliseringen av att familjeproblem ska hållas privat göra det svårt för kvinnan att lämna relationen. Vidare beskriver att rädslan för sociala konsekvenser såsom att bli ifrågasatt eller förlora relationer samt möta negativa reaktioner från omgivningen, gör att kvinnan kvarstannar trots psykiska och fysiska besvär (Vung et al., 2009). Piispa (2004) skriver att kvinnor isolerar sig från vänner, familj eller kollegor och det kan kännas svårt att be om hjälp. Denna isolering förstärker känslan av ensamhet och utsatthet, vilket gör att många tvekar inför att lämna relationen eller söka stöd från andra (Piispa, 2004). Coker et al. (2000) skriver att i denna utsatta situation kan vissa kvinnor utveckla missbruksproblem. De hävdar att alkohol och droger används ibland som ett sätt att hantera den psykiska stressen och ensamheten som våldet medför (Coker et al., 2000).

BRÅ (2024) beskriver att våld i nära relationer leder till fysiska skador såsom blåmärken, sår, frakturer och andra kroppsskador, vilka i många fall kräver kontakt med hälso- och sjukvården (BRÅ, 2024). Utöver synliga skador är den långvariga psykiska stress som våldet medför också kopplad till fysiska hälsoproblem, såsom magbesvär, kronisk smärta och högt blodtryck (Coker et al., 2000). Masih et al. (2024) visar att våldsutsatta kvinnor rapporterar långvariga kroppsliga symtom, däribland huvudvärk, magproblem och sömnsvårigheter (Masih et., 2024).

Hälso och sjukvårdens ansvar och roll

International Council of Nurses (ICN) utformar en etisk kod för sjuksköterskor som fungerar som ett ramverk för etiskt uppförande och vägleder sjuksköterskor i deras roller. Dessa koder definierar och

styr omvårdnad, praktik samt nämner etiska värderingar, ansvarsområden och professionella skyldigheter som sjuksköterskan ska följa. ICN:s etiska koder består huvudsakligen av fyra huvudområden, att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidandet med en underliggande respekt för mänskliga rättigheter. Omvårdnaden ska ges respektfullt och fri från begränsningar (ICN, 2021).

WHO (2013) hävdar att vårdpersonalen bemöter våld genom att i första hand erbjuda stöd till kvinnor som rapporterar våldet, detta kallas första linjens stöd. Det inkluderar att vara icke-dömande, stöttande och bekräfta det kvinnan berättar. Det erbjuder praktisk vård och stöd som svarar på hennes behov. Sjuksköterskan hjälper kvinnan att få tillgång till information om resurser hon kan behöva. Det som kvinnan informerar om behandlar även konfidentiellt, WHO betonar även att sekretessen har gränser, till exempel vid livshotande situationer. Om inte detta kan erbjuds av hälso- och sjukvårdspersonalen säkerställer de att någon annan form av stöd kan ges (WHO, 2013).

Många kvinnor som utsätts för våld söker vård för symtom som kan vara relaterade till våldsutsatthet, exempelvis stress, smärta, sömnbesvär och psykisk ohälsa. Forskning visar att våld ofta ligger bakom dessa hälsoproblem, även om det inte alltid uttrycker sig direkt i vårdmötet (Vung et al., 2009). Hälso- och sjukvården har en betydande roll i att tidigt identifiera tecken på våld och ge adekvat information, rådgivning och vägledning. Utbildning om våldets konsekvenser och om hur vårdpersonal kommunicerar på ett tryggt och stödjande sätt är centralt för att skapa gynnsamma förutsättningar för kvinnor som söker vård (Coker et al., 2000).

Möten med kvinnor som utsätts för våld innebär ofta komplexa kliniska och etiska överväganden. Kvinnor som utsätts för våld befinner sig ofta i kris, har psykisk ohälsa eller har sociala och ekonomiska svårigheter. Vården i sådana situationer bygger på ett helhetsperspektiv där både fysiska, psykiska och sociala aspekter uppmärksammas. Det är viktigt att vårdpersonalen har kännedom om hur våld erfarenheter påverkar kvinnans upplevelse och beteenden, för att kunna skapa trygghet och tillit, eftersom detta påverkar hur kvinnan upplever vårdmiljön, personalen och kommunikationen (Dhollande et al., 2025).

Identifiering av våldsutsatta kvinnor

Screening för våld inom hälso- och sjukvården syftar till att rutinmässigt identifiera individer som upplever eller utsätts för våld i nära relation. Sjuksköterskan har ansvar att uppmärksamma tecken på våld och vågar ställa frågor om våld. Guiget-Auclair et al. (2021) skriver att förekomsten av våld i nära relation underskattar av hälso- och sjukvårdspersonal. Behovet av mer systematiska och effektiva metoder för att identifiera våldsutsatta är allt större (Guiget-Auclair et al., 2021). Detta innebär att sjuksköterskan är uppmärksam på kliniska symtom som kan indikera våld i nära relation, såsom psykisk ohälsa, PTSD, suicidalitet, kronisk smärta utan tydlig orsak, oförklarliga skador eller förekomst av en kontrollerande partner under vårdkontakten. Frågor om våld bör ställas i ett enskilt och tryggt samtal där patienten informerar om konfidentialitet och eventuella lagstadgade begränsningar (WHO, 2013).

Att identifiera våld är en central del av hälso- och sjukvårdens ansvar, även om kvinnor som utsätts för våld inte alltid själva berättar om sin situation. Forskning visar att våld ofta förblir oupptäckt, eftersom kvinnor sällan söker vård med våldsrelaterade problem som huvudanledning, utan istället visar diffusa fysiska eller psykiska symptom. Detta kan innebära att våldsutsatthet riskerar att normaliseras och förblir osynlig i vårdens vardag, trots att återkommande vårdkontakter skapar möjligheter till tidig upptäckt (Wild et al., 2022). Lima och Pacheco (2016) framhåller också att identifiering av våld försvårar kvinnors tystnad, rädsla för negativa konsekvenser samt vårdpersonalens osäkerhet och brist

på kunskap om hur våld ska uppmärksammas och hanteras. Studien visar att vårdpersonal först uppmärksammar våld när det finns synliga skador eller tydliga förändringar i beteende, vilket innebär att psykiskt, sexuellt och ekonomiskt våld kan gå obemärkt förbi (Lima & Pacheco, 2016).

Identifieringen av våldsutsatthet stärker när sjuksköterskan kombinerar strukturerade frågor med kliniska observationer och återkommande bedömningar. Genom att följa en konsekvent rutin vid varje vårdkontakt ökar möjligheten att upptäcka våld även när tecknen är otydliga eller saknar fysiska skador. Kortare screeningsverktyg fungerar då som ett stöd och bidrar till att synliggöra situationer som annars förbises (Saberi et al., 2024). Vidare betonar Wild et al. (2022) att vårdpersonal även behöver kunna identifiera indikatorer som inkonsekventa skadebeskrivningar, beteendesignaler och bristande överensstämmelse mellan symtom och förklaring. När strukturerade frågor kombinerar med denna kliniska bedömning skapar en mer tillförlitlig och heltäckande identifieringsprocess (Wild et al., 2022).

Kvinnors sårbarhet och vårdpersonalens bemötande

Kvinnor som lever med erfarenheter av våld samtidigt som psykisk ohälsa befinner sig ofta i en särskilt komplex situation. Samsjukligheten kan påverka hur våldserfarenheterna bearbetas och uttrycks, vilket gör att kvinnans berättelse om våldet inte alltid framträder som sammanhängande eller tydligt. Trauma, rädsla och tveksamhet inför att avslöja våldet kan bidra till att berättelsen är fragmenterad, osäker eller ofullständig (Poreddi et al., 2021).

Psykisk ohälsa kan vidare påverka kvinnans uppfattning om sig själv och hennes förmåga att känna tillit till andra, vilket kan motverka möjligheten att sätta ord på vålds erfarenheter i vårdsammanhang. Upplevelser av skuld och skam kan begränsa vad kvinnan väljer att berätta samt påverka hur hon besvarar frågor om våld, särskilt i situationer där hon upplever rädsla att bli ifrågasatt eller inte tas på allvar. Detta kan medföra att våldsutsattheten endast delvis uppmärksammas, trots upprepade kontakter med hälso- och sjukvården (Zamora et al., 2021). Tidigare forskning visar att hälso- och sjukvårdspersonal ofta utgör en av de första professionella kontaktpunkterna för kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Våldet framkommer dock sällan spontant under vårdmötet, vilket kan försvåra upptäckt och stödinsatser. Kvinnor med erfarenhet av våld har generellt fler kontakter med hälso- och sjukvården än kvinnor utan sådana erfarenheter, vilket understryker vårdens centrala roll i att identifiera våldsutsatta kvinnor och erbjuda adekvat stöd (Kalra et al., 2021).

I detta sammanhang blir bemötandet från vårdpersonal av central betydelse. Ett förhållningssätt som visar empati, respekt och lyhördhet bidrar till att skapa en trygg och icke-dömande miljö där kvinnan vågar uttrycka sina upplevelser. Att vårdpersonal bekräftar kvinnans berättelse och visar förståelse för hennes situation stärker hennes förtroende för vården och underlättar att hon tar emot stöd (Wild et al., 2022). Goldblatt (2009) betonar även vikten av att vårdorganisationer erbjuder stödstrukturer för personalen, såsom möjligheter till handledning, reflektion och utbildning i screening och intervention vid våld i nära relationer. Sådana strukturer kan bidra till att säkerställa att vårdpersonal har adekvata resurser och kompetens för att ge professionellt stöd till våldsutsatta kvinnor (Goldblatt, 2009).

Bärande begrepp

Vårdande relation

Som bärande begrepp kan den vårdande relationen bidra till att skapa en fördjupad förståelse för sjuksköterskors erfarenheter i mötet med patienter där lidande och sårbarhet är framträdande. Begreppet används därför som ett analytiskt stöd för att belysa och diskutera resultatet i relation till omvårdnadens professionella ansvar (Berg & Lepp, 2022, s. 377-380).

Enligt Berg och Lepp (2022, s. 377-380) är den vårdande relationen central för att uppnå omvårdnadens mål, såsom att främja hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande. Relationen utgör en grund för vårdandet och formas i mötet mellan vårdare och patient genom närvaro, dialog och patientens berättelse. I denna relation balanseras patientens sårbarhet med bevarandet av värdighet, och den innefattar ansvar, empati, bekräftelse, delaktighet och trygghet (Berg & Lepp, 2022, s. 377-380).

Denna teoretiska förståelse av den vårdande relationen fördjupas av Willman (2022, s. 179), som betonar den känslomässiga dimensionen i mötet mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan möter människor som lider i vården, vilket påverkar både patient och vårdare. Patienter kan känna trygghet när vårdaren visar förståelse och engagemang, men också oro för att bli missförstådda. För att relationen ska upplevas som vårdande krävs medlidande och ett känslomässigt gensvar, samtidigt som sjuksköterskan behöver upprätthålla en professionell balans. Willmans beskrivning kompletterar därmed Berg och Lepps syn på relationen genom att synliggöra de emotionella krav som ställs på sjuksköterskan i mötet med patienters lidande (Willman, 2022, s.179).

Samtidigt kan den vårdande relationen vara utmanande för vårdaren, särskilt i vårdsituationer som präglas av utsatthet och lidande (Berg & Lepp, 2022, s. 377-380). Vårdarens etiska förhållningssätt och personliga ansvar är därför avgörande för hur relationen utvecklas. Detta perspektiv stöds av tidigare forskning som belyser sjuksköterskors egna erfarenheter i mötet med patienter i svåra livssituationer. Häggblom och Möller (2006) visar hur sjuksköterskors vilja att möta patienter i utsatta situationer, liksom deras upplevelse av kompetens och stöd, påverkar vårdmötet. Därigenom tydliggörs att den vårdande relationen inte enbart är beroende av patientens situation, utan även av sjuksköterskans professionella och personliga förutsättningar (Häggblom & Möller, 2006).

Problemformulering

Våld i nära relationer är ett omfattande globalt problem som framför allt drabbar kvinnor och leder till allvarliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser. Trots att hälso- och sjukvården ofta utgör den första kontaktpunkten för kvinnor som utsätts för våld, visar forskning att många fall förblir oupptäckta. Sjuksköterskor har en central roll i att identifiera våldsutsatthet och ge adekvat stöd, men de möter flera utmaningar i detta arbete. Om våld inte uppmärksammas på ett adekvat sätt finns en betydande risk att kvinnors utsatthet och lidande fortsätter. Det finns därför ett behov av att fördjupa förståelsen för hur sjuksköterskor upplever sitt arbete med att identifiera och stödja kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Att undersöka dessa erfarenheter bidrar till att utveckla metoder och strategier som stärker vårdens förmåga att ge adekvat stöd.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att bemöta kvinnor som har utsatts för våld i nära relationer.

METOD

Design

Studien baserades på en allmän litteraturstudie med en kvalitativ ansats där befintlig forskning inom det aktuella ämnet identifieras, granskas och sammanfattas (Polit & Beck, 2021, s.85). En litteraturöversikt ger en överblick över tidigare forskning och sammanfattar vad som hade studerats, till exempel om sjuksköterskors upplevelser och arbete. Den belyste både de metoder och strategier som användes för att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor, de utmaningar som sjuksköterskor mötte, samt områden där mer kunskap behövdes (Polit & Beck, 2021, s. 82-83). Kvalitativ forskning valdes för att förstå sjuksköterskors erfarenheter av möten med kvinnor som utsattes för våld i nära relationer, eftersom denna metod fokuserade på människors upplevelser i deras naturliga sammanhang (Polit & Beck, 2021, s.42). Författarna följde Polit and Becks (2021) niostegsmodell (se figur 1) i denna studie för att samla in, granska och analysera relevant litteratur. Studiens syfte och problemformuleringen utformades enligt steg ett i Polit and Becks (2021) niostegsmodellen.

1) Formulera syfte och problemformulering	**2) Val sökstrategi. identifiera sökord och databaser**	**3) Sökning av litteraturartiklar**
4) Läs titel, abstrakt, avgör relevansen	**5) Läs de utvalda artiklarna**	**6) Sammanfattning av artiklarna i matris**
7) Kvalitetsgranskning de utvalda artiklarna	**8) Analysering av artiklarna, sammanställning av information**	**9) Resultat granskas och sammanställ**

Figur 1. Niostegsmodell för litteraturstudier, översatt av författarna (Polit & Beck, 2021, s. 85).

Urval

Urvalsprocessen i denna studie utgick från sökstrategi enligt steg två i Polit och Becks (2021, s. 85), där relevanta sökord identifierades och val av databaser genomfördes (Polit & Beck, 2021, s. 85). Urvalet baserades därefter på tydligt formulerade inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterierna omfattade kvalitativa, fackgranskade artiklar publicerade mellan åren 2010 och november 2025. Studierna skulle ha ett tydligt fokus på sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Artiklar med hög kvalitet som uppfyllde de flesta kriterier enligt SBU:s granskningsmall (2022) inkluderades. Även artiklar med medelkvalitet, som inte uppfyllde 2-3 kriterier enligt samma granskningsmall (se bilaga I), inkluderades.

Exklusionskriterier omfattade artiklar vars titlar inte var relevanta för studiens syfte, eller dess abstrakt inte var relevanta mot syftet att undersöka sjuksköterskans erfarenhet med våldsutsatta kvinnor. Vidare exkluderades artiklar då resultatet inte var tydligt gentemot studiens syfte. Artiklar exkluderades utifrån de exklusionskriterierna som presenteras i(bilaga II och bilaga III).

Datainsamling

I steg två i Polit och Becks niostegsmodell planerades sökstrategier utifrån litteraturöversiktens syfte. Relevanta nyckelord identifierades och översattes från svenska till engelska, exempelvis "nurse", "violence against women" och "experience". PubMed och CINAHL valdes eftersom de användes inom vård- och omvårdnadsforskning och innehöll strukturerade indexeringstermer, såsom MeSH-termer i PubMed och Subject Headings (SH) i CINAHL. Dessa termer är kopplade till standardiserade ämneskoder och stödde systematiska sökningar. För att bredda sökningen användes både fritextord och indexeringstermer och frassökning med citattecken användes när databasen stödde det (Polit & Becks, 2021, s. 90-93).

I steg tre användes de booleska operatorerna AND och OR för att strukturera och kombinera sökorden, vilket bidrog till mer relevanta sökresultat (Polit & Becks, 2021, s.89-90). För att avgränsa urvalet till relevanta källor tillämpades filter som enbart fackgranskade artiklar samt publiceringsår mellan 2010 och november 2025. I CINAHL (se bilaga II) användes sökblock ("Encounter" OR "Experiences" OR "View" OR "Perspective") AND ("Nurse" OR "Nursing" OR "Nurses") AND ("Women" OR "Woman") AND ("Violence in close relationships" OR "Intimate partner violence"), vilket resulterade i 191 träffar. I PubMed (se bilaga III) användes sökord ("Nurse" OR "Nurses" OR "Nursing care") AND ("Nurses experience" OR "Nurses attitude") AND ("Intimate partner violence") AND ("Violence against women"), vilket gav 53 träffar.

I steg 4 genomfördes urvalsprocessen gemensamt för att möjliggöra att artiklarna var relevanta utifrån studiens syfte och frågeställning. Inledningsvis lästes samtliga titlar från sökresultaten för att få en överblick och göra en första bedömning av relevans. Därefter granskades 42 abstrakt från CINAHL och 23 abstrakt från PubMed, där artiklar som inte svarade mot studiens syfte exkluderades.

Steg 5 bestod av en fulltextgranskning, där 16 artiklar från CINAHL lästes i sin helhet, varav 9 inkluderades, samt 7 artiklar från PubMed, där 1 bedömdes relevanta och inkluderades medan 6 exkluderades. Totalt resulterade urvalsprocessen i 10 inkluderade artiklar, vilka ansågs vara mest relevanta för att besvara studiens syfte. Datainsamlingen genomfördes gemensamt av de två författarna i samtliga steg, inklusive formulering av sökord, databassökning samt granskning av titlar och abstrakt. Urvalet av artiklar gjordes i dialog utifrån studiens syfte och inklusionskriterier. De slutligt utvalda artiklarna delades därefter upp mellan författarna för individuell fulltextläsning, följt av gemensam diskussion och beslut om vilka studier som skulle inkluderas.

Enligt steg 6 i Polit och Becks niostegsmodell (2021, s.85) identifierades och sammanställdes relevant data från de inkluderade studierna som presenteras i en artikelmatris (se bilaga IV). I steg 7 enligt Polit och Becks niostegsmodell genomfördes en systematisk kvalitetsgranskning av de artiklar som inkluderats i litteraturöversikten. SBU:s (2022) granskningsmall för kvalitativa studier användes, vilken omfattar åtta kriterier som rör metodologisk tydlighet, urval, analysprocess, etiska aspekter och resultatens tillförlitlighet (se bilaga IV). Varje artikel granskades först individuellt och därefter jämfördes bedömningarna, där eventuella skillnader diskuterades tills gemensam uppfattning uppnåddes.

Kvalitetsnivån bestämdes utifrån hur många kriterier i SBU:s (2022) varje studie uppfyllde. Studier som uppfyllde de flesta kriterierna enligt SBU:s (2022) granskningsmall (bilaga I), det vill säga inte mer än 2 brister bedömdes ha hög kvalitet, medan de med tre brister klassificerades som medelhög kvalitet. Studier med större brister bedömdes ha låg kvalitet och togs bort. Kvalitetsgranskningen resulterade i att 7 av 10 artiklar var hög kvalitet och 3 av 10 var medelkvalitet (SBU, 2022).

Dataanalys

Tematisk analys

Analysen av de utvalda artiklarna i steg 8 av Polit & Becks niostegsmodell följde Braun och Clarkes (2024, s.35-36) modell för tematisk analys (se figur 2). Tematisk analys består av sex faser som syftar till att identifiera, analysera och rapportera mönster eller teman i kvalitativt material (Braun & Clarke, 2024, s.34).

• Genomgång av data	• Kodning av data	• Sökning av tema
• Granskning och utvärdering av tema	• Definiering av tema	• Analysera och dokumentera resultat

Figur 2. Braun och Clarkes tematiska analys (2024, s.35-36) översatt av författarna.

Första steget inleddes med en granskning av artiklarna, där de lästes flertal gånger för att författarna skulle få en helhetsförståelse av innehållet. Under denna fas fördes anteckningar om första intryck, analytiska idéer och potentiella mönster. Det andra steget genomfördes genom en strukturerad genomgång av artiklar där centrala och återkommande avsnitt identifierades och klassificerades med korta koder. Koder var små enheter i artikeln som fångar idéer som är relevanta för studiens syfte och gavs korta namn. Koder togs fram genom att forskaren noggrant gick igenom artikeln och markerade textavsnitt där betydelsefull information eller idéer framträdde. Varje markerat avsnitt får en kort benämning som sammanfattar innehållet och gjorde det möjligt att senare analysera mönster och teman i materialet (Braun & Clarke 2024, s. 52-54). Målet var att tydliggöra mönster och teman som återfanns i flera artiklar, vilket underlättar jämförelser och analys. I det tredje steget sorterades liknande koder för att identifiera återkommande mönster, som sedan formulerades till övergripande teman. I det fjärde steget granskades och utvärderades dessa teman för att säkerställa att de korrekt representerade artiklarnas innehåll och variationer. I det femte steget definierades och namngavs teman tydligt för att tydligt återspegla deras innehåll och innebörd i artiklarna. Slutligen analyserades och dokumenterades resultaten (se tabell 1) för att sammanfatta och presentera de identifierade teman och mönster i artiklarna (Braun & Clarke, 2024, s. 35-36). Samtliga steg genomfördes i samarbete mellan författare.

Tabell 1. Exempel från analysprocessen

Dataextrakt	**Kod**	**Subtema**	**Tema**
"It comes to my mind as I talk, I can identify the IPV, but I don't know what to do I guess." (Uysal et al., 2024)	Osäkerhet kring hur våld ska hanteras	Otillräcklig kunskap och osäkerhet kring att identifiera våldet.	Att identifiera våld när resurser och rutiner brister
"When nurses suspected IPV but did not consider it their duty to ask, they transferred the responsibility for asking to other professionals they thought could better meet the women's needs, mainly physicians or medical social workers." (Sundborg et al., 2015)	Osäkerhet kring hur våld ska hanteras	Otillräcklig kunskap och osäkerhet kring att identifiera våldet.	Att identifiera våld när resurser och rutiner brister
"We [nurses] have to earn the trust of the user, that is, they do not come fully trusting the professional they have in front at first. Then, it is necessary another interview or two more interviews – at least in my experience – so that that person is able to let everything go and relax and know, well, that you are a health professional, that you are going to respect their privacy and that nothing will come out of here, and then, when they already feel confident enough, they tell you." (Maquibar et al., 2022)	Att bemötandet börjar med att bygga en trygg relation	kvinnors tystnad och rädsla i mötet med vården, betydelsen av förtroende och lyhördhet	Att bemöta kvinnor utsatta för våld i nära relation

Etiska aspekter

Enligt Polit och Beck (2021, s. 133-135) är det av stor betydelse att forskning genomförs i enlighet med etiska riktlinjer för att skydda individer från skada och säkerställa forskningens trovärdighet. En central etisk princip är att deltagare inte ska utsättas för fysiska eller psykiska risker i samband med forskning. Forskarens ansvar omfattar att identifiera, förebygga och minimera potentiella risker samt att utforma studien på ett sådant sätt att den inte orsakar onödigt lidande, stress eller påfrestning för deltagarna. Detta innefattar även ett ansvar att reflektera över studiens syfte, genomförande och möjliga konsekvenser ur ett etiskt perspektiv (Polit & Beck, 2021, s. 133-135).

Vid litteraturstudier är de etiska aspekterna främst kopplade till hur redan publicerad forskning hanteras och presenteras. Eftersom inga nya deltagare involveras, ligger det etiska ansvaret på forskarens förhållningssätt till källmaterialet. Detta innebär att forskaren ska använda vetenskapliga källor på ett korrekt och ansvarsfullt sätt, undvika plagiat samt säkerställa att tidigare forskningsresultat återges på ett rättvisande och transparent sätt. Vidare är det av etisk betydelse att respektera upphovsrätt och att redovisa källor korrekt enligt gällande referenssystem. Ett objektivt och kritiskt förhållningssätt till källorna är nödvändigt för att undvika förvrängning av resultat och för att stärka studiens vetenskapliga och etiska kvalitet (Polit & Beck, 2021, s. 133-135).

RESULTAT

Resultatet av denna litteraturstudie baserades på 10 studier som utfördes i olika vårdkontexter i Sverige (n=1), Turkiet (n=2), Spanien (n=1), USA (n=1), Brasilien (n=2), Sydafrika (n=2) och Kanada (n=1). Analysen resulterade i tre huvudteman (se tabell 2) med tillhörande subteman. Det första temat, att identifiera våld när resurser och rutiner brister, omfattade otillräcklig kunskap och osäkerhet kring att identifiera våldet samt brist på tid, resurser och organisatoriska begränsningar. Det andra temat, att skapa trygghet och möjliggöra förtroende, inkluderade kvinnors tystnad och rädsla i mötet med vården, betydelsen av förtroende och lyhördhet samt att säkerställa integritet vid dokumentation och hänvisning. Det tredje temat, emotionella och etiska utmaningar i bemötandet av våldsutsatta kvinnor, belyste emotionell påverkan, professionell sårbarhet och rädslan för att göra fel samt etiska balansgångar i mötet med våldsutsatta kvinnor.

Tabell 2. Tema med tillhörande subteman

Huvudtema	**Subtema**
Att identifiera våld när resurser och rutiner brister	- Otillräcklig kunskap och osäkerhet kring att identifiera våldet - Brist på tid, resurser och organisatoriska begränsningar
Att skapa trygghet och möjliggöra förtroende	- Kvinnors tystnad och rädsla i mötet med vården, betydelsen av förtroende och lyhördhet - Att säkerställa integritet vid dokumentation och hänvisning
Emotionella och etiska utmaningar i bemötandet av våldsutsatta kvinnor	- Emotionell påverkan, professionell sårbarhet och rädslan för att göra fel - Etiska balansgångar i mötet med våldsutsatta kvinnor

Att identifiera våld när resurser och rutiner brister

Detta huvudtema belyser de svårigheter sjuksköterskor mötte i arbetet med att identifiera våld i nära relationer när kunskap, resurser och organisatoriska rutiner var otillräckliga. Sammanlagt visade studierna att osäkerhet kring tolkning av tecken på våld, bristande riktlinjer, tids- och resursbegränsningar samt avsaknad av strukturellt stöd begränsar sjuksköterskors handlingsutrymme och kan leda till att våldsutsatthet förblir oupptäckt (Amarijo et al., 2021; Beynon et al., 2012; Brykczynski et al., 2011; Maquibar et al., 2022; Sprague et al., 2015; Sundborg et al., 2015; Uysal et al., 2024; Vieira et al., 2011).

Otillräcklig kunskap och osäkerhet kring att identifiera våldet

Osäkerhet kring hur våld i nära relationer skulle hanteras utgjorde en betydande barriär i sjuksköterskors arbete med att identifiera och stödja utsatta kvinnor (Maquibar et al., 2022; Sundborg et al., 2015). Denna osäkerhet omfattade tvekan kring hur frågor om våld skulle formuleras, hur tidiga signaler skulle tolkas och vilka åtgärder som var lämpliga. I vissa fall ledde detta till att ämnet inte togs upp. Osäkerheten förstärktes dessutom av brist på tydliga riktlinjer, strukturerade rutiner och handlingsplaner för hur våld i nära relationer skulle identifieras och hanteras (Amarijo et al., 2021; Beynon et al., 2012; Sprague et al., 2015; Uysal et al., 2024). När tecken som undvikande blickar, rädsla i kroppsspråket, en kontrollerande partners närvaro eller psykiska och somatiska symtom framträdde, saknade sjuksköterskor ibland tillräckliga strukturella och organisatoriska förutsättningar för att avgöra om dessa indikerade våld. Detta bidrog till osäkerhet i identifieringsprocessen och innebar att våldsutsatthet riskerade att förbli oupptäckt tills mer tydliga tecken, såsom synliga skador, uppstod eller tills kvinnan själv valde att berätta om sin situation (Maquibar et al., 2022; Uysal et al., 2024). Samtidigt har tidigare forskning visat att tillgång till organisatoriskt stöd, tydliga rutiner och professionellt handlingsutrymme är avgörande för sjuksköterskans möjligheter att agera när våld väl har identifierats. Dessa faktorer var också viktiga för att kunna erbjuda adekvata insatser (Amarijo et al., 2021).

Sjuksköterskors osäkerhet ledde till att observationer som var konkreta och lätta att tolka prioriterades framför mindre tydliga uttryck för våld, särskilt psykiska och sociala symtom. Osäkerheten kunde även skapa känslor av otillräcklighet och stress, vilket påverkade det professionella förhållningssättet i mötet med den våldsutsatta kvinnan (Maquibar et al., 2022; Uysal et al., 2024).

Brist på tid, resurser och organisatoriska begränsningar

Sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta kvinnor utsatta för våld i nära relation påverkas av flera organisatoriska begränsningar. Studier beskrev hur strukturella och organisatoriska hinder begränsade möjligheten att skapa förtroendefulla samtal som krävdes för att våld skulle kunna identifieras. Hög arbetsbelastning, tidsbrist och ett högt patientflöde innebar att akuta medicinska behov ofta prioriteras, vilket minskade utrymmet att uppmärksamma subtila tecken på våldsutsatthet och att ge kvinnan tillräckligt med tid att berätta om sin situation (Sprague et al., 2015; Uysal et al., 2024).

Utöver tidsrelaterade begränsningar framkom att bristande resurser påverkade sjuksköterskors handlingsutrymme. Otillräcklig tillgång till psykosocialt stöd och andra stödinsatser gjorde att kvinnor som behövde uppföljning eller specialiserade insatser inte fick hjälp i rätt tid, vilket skapade en känsla av otillräcklighet (Sprague et al., 2015; Uysal et al., 2024). Samtidigt bidrog avsaknaden av tydliga rutiner och vägledande riktlinjer till ytterligare osäkerhet kring hur våld skulle tas upp och hanteras, vilket förstärkte de organisatoriska hinder som påverkade arbetet (Sundborg et al., 2015).

Sjuksköterskor beskrev att bristen på resurser och fungerande strukturer gjorde att de själva behövde hitta individuella lösningar. Det handlade om att ge information, skapa informella stödformer eller stärka kvinnors självkänsla. Dessa insatser byggde på enskilda initiativ snarare än på ett organiserat

stöd från verksamheten (Amarijo et al., 2021; Sprague et al., 2015). När rutiner för att identifiera och hantera våld saknades, föll ansvaret i praktiken på den enskilda sjuksköterskan. Detta skapade osäkerhet kring hur våld skulle upptäckas, vilket sjuksköterskorna upplevde att de inte fullt ut kunde leva upp till när strukturellt stöd saknades (Brykczynski et al., 2011; Vieira et al., 2011).

Sjuksköterskors arbete med våldsutsatta kvinnor påverkades av flera samverkande hinder som begränsar deras handlingsutrymme i mötet. Tidsbrist, resursbrist och otillräckligt organisatoriskt stöd skapade en arbetsmiljö där sjuksköterskor ofta behövde improvisera och kompensera för strukturella brister (Brykczynski et al., 2011; Sprague et al., 2015). Möjligheten att erbjuda ett sammanhållet och stabilt stöd varierade och försvårades av yttre omständigheter som låg bortom sjuksköterskornas kontroll (Sprague et al., 2015).

Att skapa trygghet och möjliggöra förtroende

Detta huvudtema belyser betydelsen av att skapa trygghet och möjliggöra förtroende i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Sammanlagt visade studierna att kvinnors tystnad, rädsla och förnekelse utgör centrala hinder för att våld ska uppmärksammas, samtidigt som ett lyhört, icke-dömande bemötande, respekt för integritet samt trygg dokumentation och hänvisning framstår som avgörande för att kvinnor ska våga berätta och ta emot stöd (Alaçam & Baykal, 2025; Amarijo et al., 2021; Brykczynski et al., 2011; Maquibar et al., 2022; Sprague et al., 2015; Sundborg et al., 2015; Uysal et al., 2024; Van der Wath et al., 2013; Vieira et al., 2011).

Kvinnors tystnad och rädsla i mötet med vården, betydelsen av förtroende och lyhördhet

Kvinnors tystnad, förnekelse och rädsla beskrevs i flera studier som centrala och sammanhängande hinder för sjuksköterskors möjligheter att identifiera våld i nära relationer. Forskning visade att kvinnor ofta undvek att berätta om sin utsatthet, även när tecken tydligt pekade mot våld (Amarijo et al., 2021; Sprague et al., 2015; Vieira et al., 2011). I studier av Sprague et al. (2015) och Vieira et al. (2011) framkom att kvinnors tystnad kan kopplas till skam och oro, men också till behovet av trygghet innan de vågar berätta om sin situation (Sprague et al., 2015; Vieira et al., 2011).

Utöver tystnaden framgick att vissa kvinnor kan tveka att anmäla våldet eller ta emot stöd, vilket kan försvåra vårdpersonalens möjlighet att agera och ge adekvat hjälp (Amarijo et al., 2021). Studier visar att våldet ibland uppfattas som en del av vardagen, och att kvinnor tenderar att tona ned sin utsatthet som en följd av långvarig kontroll och maktobalanser (Sprague et al., 2015; Vieira et al., 2011). Denna förnekelse fungerade både som en skyddsstrategi och som ett hinder för tidig identifiering. Rädsla för partnerns reaktioner, negativa konsekvenser eller att inte bli trodd framträdde samtidigt som ett betydande hinder, vilket gör tystnaden till ett sätt att skydda sig och samtidigt försvårar upptäckt av våldet i vårdmötet (Alaçam & Baykal, 2025; Amarijo et al., 2021). Tystnad, förnekelse och rädsla samverkar och gör att våld förblir dolt tills situationen blir akut eller tills kvinnan känner tillräcklig trygghet för att berätta. Därför behövde sjuksköterskor arbeta lyhört och trygghetsskapande för att kunna uppfatta även subtila signaler på våldsutsatthet (Amarijo et al., 2021; Sprague et al., 2015; Vieira et al., 2011).

Att bygga förtroende blev därmed centralt för att kvinnor skulle våga berätta. Studier betonade att detta krävde ett icke-dömande och empatiskt bemötande där sjuksköterskans förmåga att lyssna aktivt och bekräftande minskade skuld och skam och skapade utrymme för avslöjanden (Brykczynski et al., 2011; Van der Wath et al., 2013). Att ställa frågor om våld beskrevs som en process där timing och upprepning var betydelsefullt, eftersom kvinnors beredskap varierade och frågor ibland behövde återkomma utan press (Brykczynski et al., 2011). I akuta möten blev processen särskilt känslig, kvinnan befann sig ofta i kris, vilket både kunde öppna ett ”fönster” för stöd och samtidigt krävde extra

varsamhet och stabilitet från sjuksköterskan (Van der Wath et al., 2013). När sjuksköterskan lyckades skapa trygghet kunde relationen i sig blev ett första stöd och ge kvinnan en känsla av att bli sedd och tagen på allvar (Brykczynski et al., 2011; Van der Wath et al., 2013).

Förtroende växte ofta fram stegvis, och sjuksköterskans närvaro och lyhördhet blev avgörande. Genom att uppmärksamma subtila tecken som kroppsspråk, tvekan och oro kunde samtalet varsamt öppnas även när kvinnan hade svårt att uttrycka sin utsatthet (Brykczynski et al., 2011; Maquibar et al., 2022). Samtidigt beskrev sjuksköterskor en osäkerhet kring när och hur frågan om våld skulle ställas. Rädsla att säga något fel eller skapa obehag gjorde att vissa tvekade, särskilt i det första mötet, vilket kunde påverka möjligheten att upptäcka våld. Erfarenhet och trygghet i bemötandet minskade denna osäkerhet (Brykczynski et al., 2011; Sundborg et al., 2015). I akuta situationer kunde kvinnans kris både underlätta och försvåra samtalet, men genom att skapa lugn och bekräftelse kunde sjuksköterskan bidra till att hon kände sig trygg och sedd, och relationen blev då inte bara en väg in till samtalet utan även ett första stöd (Maquibar et al., 2022; Van der Wath et al., 2013).

Att säkerställa integritet vid dokumentation och hänvisning

Sjuksköterskor strävade efter att skapa en trygg och privat miljö där kvinnor utsatta för våld i nära relation kunde uttrycka sig fritt. Ett enskilt samtal ansågs vara av stor betydelse, eftersom anhörigas närvaro kunde begränsa kvinnans möjlighet att tala öppet. För att möjliggöra detta ordnade sjuksköterskor en avskild plats och betonade kvinnans känsla av lugn och skydd när frågor om våld togs upp (Maquibar et al., 2022; Vieira et al., 2011). Bemötandet var respektfullt, lyhört och anpassat utan press eller dömande frågor, vilket gjorde att kvinnan kunde berätta i sin egen takt och känna förtroende (Maquibar et al., 2022; Uysal et al., 2024).

Sjuksköterskor uppmärksammade även diskreta signaler som oro, undvikande blickar och otydliga uppgifter. Dessa observationer bidrog till att stegvis förstå kvinnans situation genom öppna frågor och bedömningar av säkerhet, psykiskt mående och behov av vidare vård eller andra insatser (Maquibar et al., 2022; Sprague et al., 2015; Uysal et al., 2024). Vid behov informerades kvinnan om stödresurser eller hänvisades till socialtjänst, psykolog eller andra instanser som kunde ge skydd och fortsatt hjälp (Sprague et al., 2015; Sundborg et al., 2015). Personliga erfarenheter eller tidigare möten med våld kunde också bidra till en fördjupad förståelse för kvinnans situation (Maquibar et al., 2022; Sprague et al., 2015).

Dokumentation, hänvisning och säkerhetsplanering bestod av liknande osäkerhet och strukturella brister som arbetet med att identifiera våld. Otydliga riktlinjer, bristande utbildning och begränsat organisatoriskt stöd gjorde dessa moment svåra att utföra konsekvent (Maquibar et al., 2022; Sprague et al., 2015; Sundborg et al., 2015; Uysal et al., 2024). Dokumentation upplevdes som särskilt känsligt eftersom sjuksköterskor tvekade kring vad som borde skrivas, hur information skulle formuleras och vilka konsekvenser anteckningarna kunde få. Detta ledde ibland till att dokumentationen uteblev eller blev fragmentarisk, men när rutiner var tydliga fungerade dokumentationen som ett viktigt verktyg för kontinuitet (Maquibar et al., 2022; Sundborg et al., 2015).

Hänvisningar påverkades också av varierande förutsättningar. Sjuksköterskor ville involvera psykosocialt stöd, socialtjänst eller specialiserade resurser, men avsaknaden av tydliga remissvägar och otillgängliga stödfunktioner gjorde att hänvisningar ibland blev informella eller inte genomfördes. Oro för kvinnans säkerhet och för möjliga negativa konsekvenser bidrog till att hänvisning till vidare stöd ibland inte genomfördes (Maquibar et al., 2022; Sprague et al., 2015; Uysal et al., 2024).

Emotionella och etiska utmaningar i bemötandet av våldsutsatta kvinnor

Detta huvudtema belyste de emotionella och etiska utmaningar som sjuksköterskor mötte i bemötandet av kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Mötet innebar en betydande känslomässig belastning, professionell sårbarhet och komplexa etiska avvägningar kring ansvar, självbestämmande, sekretess och kvinnans säkerhet, vilket framkom i flera studier (Alaçam & Baykal, 2025; Amarijo et al., 2021; Beynon et al., 2012; Brykczynski et al., 2011; Maquibar et al., 2022; Sprague et al., 2015; Sundborg et al., 2015; Uysal et al., 2024; Van der Wath et al., 2013; Vieira et al., 2011).

Emotionell påverkan, professionell sårbarhet och rädslan för att göra fel

Sjuksköterskor beskrev att mötet med våldsutsatta kvinnor innebar en tydlig emotionell påfrestning. Känslor som sorg, oro, frustration och maktlöshet uppstod särskilt när kvinnans lidande var återkommande och när sjuksköterskor upplevde att deras möjligheter att påverka situationen var begränsade (Brykczynski et al., 2011; Van der Wath et al., 2013). Den emotionella pressen ökade när bristande resurser, organisatoriska hinder och oklara handlingsvägar gjorde det svårt att ge det stöd som behövdes, vilket väckte frustration och otillräcklighet (Amarijo et al., 2021; Brykczynski et al., 2011; Sprague et al., 2015). Etiska dilemman och osäkerhet kring när och hur frågor om våld skulle ställas bidrog ytterligare till den emotionella belastningen (Alaçam & Baykal, 2025; Sundborg et al., 2015).

Flera studier visade att sjuksköterskor påverkades av kvinnornas berättelser och i vissa fall utvecklade en känsla av personligt misslyckande när de inte nådde fram eller när kvinnan valde att stanna i relationen. Detta skapade stress och en konflikt mellan vad sjuksköterskan önskade kunna göra och vad som faktiskt var möjligt inom vårdens ramar (Brykczynski et al., 2011; Sundborg et al., 2015; Van der Wath et al., 2013). I vissa fall växte frustration eller hopplöshet över att våldet fortsatte trots upprepade insatser, vilket kunde påverka deras engagemang (Brykczynski et al., 2011).

Samtidigt visade forskning att starka känslomässiga reaktioner inte alltid var negativa, för vissa fungerade de som en drivkraft att förbättra bemötandet, söka mer kunskap och utveckla ett mer empatiskt och stödjande förhållningssätt. Trots detta kvarstod känslan av otillräcklighet när stödstrukturer som utbildning, stöd och tydliga rutiner saknades (Alaçam & Baykal, 2025; Uysal et al., 2024). Arbetet med våldsutsatta kvinnor innebar därmed en komplex emotionell påverkan som påverkade sjuksköterskors professionella och personliga välbefinnande (Brykczynski et al., 2011; Sundborg et al., 2015).

Den emotionella belastningen förstärktes av en uttalad rädsla för att göra fel och riskera kvinnans säkerhet. Sjuksköterskor beskrev att de kände oro för att ställa frågor på fel sätt eller väcka obehag, vilket ibland ledde till att de avstod från att fråga trots misstanke om våld (Amarijo et al., 2021; Sundborg et al., 2015). Sundborg et al. (2015) beskrev detta som en ”tvekanprocess”, där rädslan att göra fel eller skada relationen med kvinnan påverkade sjuksköterskans handlingsförmåga (Sundborg et al., 2015). Sjuksköterskor vägde ofta sina ord noggrant och anpassade kommunikationen efter kvinnans reaktioner för att undvika att skapa ytterligare oro eller press (Alaçam & Baykal, 2025; Amarijo et al., 2021; Sundborg et al., 2015). Rädslan för att göra fel framstod som ett återkommande mönster och påverkade både hur samtalet fördes och vilka steg sjuksköterskor vågade ta, grundat i en stark omsorg om kvinnans säkerhet och en vilja att undvika att förvärra situationen (Maquibar et al., 2022; Uysal et al., 2024).

Etiska balansgångar i mötet med våldsutsatta kvinnor

Sjuksköterskor upplevde ett stort ansvar och stark empati, men mötte samtidigt organisatoriska begränsningar och etiska dilemman som kunde skapa känslor av maktlöshet och otillräcklighet (Alaçam & Baykal, 2025; Brykczynski et al., 2011). Detta visade behovet av förbättrad utbildning, regelbunden

handledning och stöd för att minska den emotionella belastningen och stärka sjuksköterskors förutsättningar att ge tryggt och professionellt stöd till kvinnor som utsatts för våld (Alaçam & Baykal, 2025; Sundborg et al., 2015). I mötet med våldsutsatta kvinnor beskrev sjuksköterskor hur de ofta hamnade i svåra etiska avvägningar. Ett återkommande dilemma handlade om att stödja kvinnan på ett sätt som både respekterade hennes självbestämmande och samtidigt tog hänsyn till risken för fortsatt våld. När kvinnan uttryckte osäkerhet eller valde att stanna kvar i relationen upplevde sjuksköterskor ibland att hennes beslut stod i konflikt med deras vilja att skydda henne, vilket skapade en känslomässig och moralisk spänning i mötet (Amarijo et al., 2021; Maquibar et al., 2022).

De behövde kontinuerligt väga kvinnans egen vilja och gränser mot de risker de uppfattade, vilket gjorde att bemötandet formades av små nyanser i kvinnans respons och situationens komplexitet. Detta skapade ett behov av att hela tiden justera samtalet och anpassa insatserna så att både kvinnans självbestämmande och hennes trygghet beaktades (Amarijo et al., 2021; Vieira et al., 2011). Sjuksköterskor beskrev även svårigheter med att avgöra hur mycket de kunde fråga och hur direkt de kunde vara utan att gå över kvinnans gränser. De försökte noggrant läsa av kvinnans reaktioner för att undvika att skapa press, samtidigt som de ville ta tillvara de stunder då hon visade tecken på att vilja öppna sig. Detta skapade en känslig balans, där samtalet fördes med varsamhet och där små signaler och ordval fick stor betydelse (Brykczynski et al., 2011; Maquibar et al., 2022; Vieira et al., 2011).

En etisk utmaning i omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor rörde behovet av att balansera respekt för kvinnans integritet med sjuksköterskans ansvar att agera vid risk för skada (Beynon et al., 2012). Sjuksköterskor upplevde osäkerhet i bedömningen av när vidare åtgärder var nödvändiga för att skydda kvinnans säkerhet (Beynon et al., 2012; Sprague et al., 2015). Sprague et al. (2015) visade däremot hur sjuksköterskor, vid oro för allvarlig fysisk eller psykisk skada, ofta prioriterade skydd och remitterade till vidare stöd framför att avstå från handling (Sprague et al., 2015).

DISKUSSION

Metoddiskussion

I denna studie genomfördes en litteraturöversikt av kvalitativ forskning, med målet att sammanställa och fördjupa förståelsen av sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Enligt Polit och Beck (2021, s.83-84) syftar en litteraturöversikt till att identifiera, granska och syntetisera tidigare forskning för att skapa en sammanhållen förståelse av fenomenet. Kvalitativa studier användes för att få en djup och nyanserad förståelse av ämnet, eftersom denna metod ger insikt i hur människor själva upplever och beskriver sina erfarenheter. Denna metoddiskussion utgår från kriterierna Tillförlitlighet (Credibility), Pålitlighet (Dependability), Verifierbarhet (Confirmability), Överförbarhet (Transferability) och Autenticitet (Authenticity) enligt Lincoln och Guba (1985; 1994, refererade i Polit och Beck, 2021, s. 569-570).

Tillförlitlighet (Credibility), handlar om att resultaten på ett tillförlitligt sätt speglar sanningen i materialet och att tolkningarna är väl grundade (Lincoln & Guba, 1985; 1994, refererat i Polit och Beck, 2021, s. 569). Tillförlitligheten i studiens resultat stärktes genom att arbetet genomfördes på ett systematiskt och transparent sätt där varje moment dokumenterades utifrån Polit och Becks niostegsmodell (Polit & Beck, 2021, s.85). Sökningen planerades strukturerat med definierade sökord, databaser och avgränsningar, vilket ökade möjligheten att hitta relevanta artiklar. Urvalet av titlar, abstrakt och fulltexter gjordes av båda författarna tillsammans, vilket kan ha reducerat risken att bedömningarna påverkades av egna tolkningar. Dessutom genomfördes kvalitetsgranskningen med stöd av SBU:s (2022) bedömningsmall först individuellt och därefter gemensamt, vilket bidrog till mer enhetliga bedömningar (se bilaga IV). Den tematiska analysen utfördes enligt Braun och Clarkes modell (2024, s. 52-54), där återkommande jämförelser mellan data och kodning användes för att behålla kopplingen till originaldata. En begränsning är att endast två databaser inkluderades. Avgränsningen till artiklar publicerade mellan 2010 och 2025 kan ha ökat relevansen i det inkluderade materialet.

Pålitlighet (Dependability) syftar till att bedöma om studiens resultat är konsekventa och om samma slutsatser skulle kunna uppnås vid en upprepad undersökning (Lincoln och Guba, 1985; 1994, refererade i Polit och Beck, 2021, s. 569). Metodarbetet genomfördes enligt Polit och Becks etablerade niostegsmodell, vilket kan ha gjort forskningsprocessen transparent och möjlig att upprepa. Systematisk dokumentation av sökningar, urval och analytiska beslut gav en översikt över processen. Genom att båda författarna deltog gemensamt i datainsamling och analys begränsades påverkan från individuella tolkningar. Pålitligheten stärktes även genom den systematiska kvalitetsgranskningen av de inkluderade studierna med hjälp av SBU:s (2022) bedömningsmall (se bilaga I) för kvalitativa studier. Detta bidrog till en mer enhetlig och strukturerad bedömning av studiernas vetenskapliga kvalitet. Att endast studier med hög eller medelhög kvalitet inkluderades kan ha bidragit till mer stabila och tillförlitliga resultat. Kvalitativ forskning är dock tolkningsbaserad, vilket kan ses som en svaghet i pålitligheten eftersom andra personer skulle kunna identifiera teman utifrån samma material.

Verifierbarhet (Confirmability), handlar om att resultatet formas av det insamlade materialet snarare än av författarnas egna värderingar (Lincoln och Guba, 1985; 1994, refererade i Polit och Beck, 2021, s. 570). En styrka i denna studie är att de inkluderade artiklarna analyserades först individuellt och därefter jämfördes och diskuterades gemensamt, vilket bidrog till en mer välgrundad och gemensam tolkning. SBU:s (2022) granskningsmall utgjorde en styrka i kvalitetsgranskningen, eftersom den gav en strukturerad metod för att bedöma metodkvaliteten i inkluderade studier. Detta bidrog till att bedömningarna blir mer transparenta, även om kvalitetsgranskning av kvalitativa studier innebär viss subjektiv tolkning. Analysen följde en stegvis process där dataextrakt först identifierades, därefter kodades och till sist organiserades i övergripande teman. Detta bidrog till att begränsa påverkan av författarnas förståelse på resultatet. Samtidigt är studiens tolkningsbaserad ansats en svaghet, eftersom valet av koder, identifierade mönster och hur teman formuleras innebär en viss grad av subjektiv tolkning. Fullständig objektivitet är därför svår att nå inom kvalitativ forskning. För att minska påverkan av denna begränsning har analysprocessen dokumenterats transparent, där varje analyssteg, metodologiskt beslut och övervägande beskrivits.

Överförbarhet (Transferability), innebär i vilken utsträckning studiens resultat kan tillämpas i andra sammanhang än det studerade (Lincoln & Guba, 1985; 1994, refererade i Polit & Beck, 2021, s. 570). I denna litteraturöversikt finns både omständigheter som stärker och som begränsar överförbarheten. En begränsning som kan anses vara en svaghet är att majoriteten av de inkluderade studierna genomfördes i höginkomstländer, där vårdens organisation, resurstillgång och strukturer kan skilja sig från förhållanden i låg- och medelinkomstländer. Detta kan ha påverkat resultaten och innebär att de identifierade erfarenheterna inte nödvändigtvis fullt ut speglar sjuksköterskors arbete i andra typer av vårdkontexter. Däremot stärks överförbarheten genom att studier från flera olika vårdkontexter och geografiska områden inkluderas, vilket bidrar till en bredare förståelse av sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Den kvalitativa metoden gav beskrivningar av erfarenheter, vilket gör det lättare att avgöra om resultaten kan passa i andra sammanhang. Vidare bidrar den tydliga redovisningen av studiens design, urval, datainsamling och analys till att läsaren själv kan avgöra i vilken utsträckning resultaten är överförbara till andra vårdmiljöer.

Autenticitet (Authenticity), handlar om att studien ska ge en rättvisande och nyanserad bild av deltagarnas perspektiv (Lincoln & Guba, 1985; 1994, refererade i Polit & Beck, 2021, s. 570). I denna litteraturöversikt stärks autenticiteten genom att de inkluderade studierna bygger på sjuksköterskors egna berättelser och att citat från originalstudierna används för att tydliggöra deras erfarenheter och perspektiv. Den tematiska analysen möjliggjorde även att återkommande mönster identifierades utan att enskilda röster tappades bort, vilket bidrog till en mer nyanserad framställning av fenomenet. Samtidigt kan autenticiteten påverkas eftersom analysen bygger på redan publicerade studier, där andra forskare har valt ut vilka citat och tolkningar som används.

Resultatdiskussion

Syftet var att syntetisera kvalitativ forskning om sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde osäkerhet och hade begränsade resurser samt att deras möte bestod av emotionella och etiska utmaningar. Tidigare forskning visar att våld i nära relation underskattas av hälso- och sjukvården vilket kan leda till att kvinnans våldsutsatthet inte uppmärksammas trots de återkommande vårdkontakterna (Guiget-Auclair et al., 2021). Di Giacomo et al. (2016) visade att sjuksköterskorna var medvetna om att våld mot kvinnor är ett allvarligt problem men att de samtidigt upplevde osäkerhet kring hur och när frågor om våldet bör tas upp i mötet med kvinnan, denna osäkerhet kan bidra till att våld inte identiferades i tid (Di Giacomo et al., 2016).

Resultatet i denna studie visade även att sjuksköterskors osäkerhet kring att identifiera våld hängde ihop med både bristande kunskap och organisatoriska hinder. Tidigare forskning visade även att våld i nära relationer består av återkommande mönster av kontroll och nedvärderingar, vilket kan vara svårt att upptäcka inom hälso- och sjukvården (Masih et al., 2024). Vidare visar forskning att vårdens fokus i hög grad riktas mot akuta och synliga skador, vilket innebär en risk att andra former av våld, såsom psykiskt, sexuellt och ekonomiskt våld inte uppmärksammades i samma utsträckning (Di Giacomo et al., 2016). Resultatet visade att begränsad tid även försvårade sjuksköterskors möjlighet att ge tillräckligt och sammanhållet stöd till kvinnan. Tidigare forskning visar att kvinnor som lever med våld ofta söker vård för psykiska och kroppsliga symtom, men att våldutsattheten riskerar att förbli oupptäckt när vårdmöten påverkas i hög grad av tidsbrist (Vung et al., 2009). Tidigare forskning har visat att tidsbegränsningar inom vården leder till snabba bedömningar och akuta åtgärder, vilket begränsar möjligheten till samtal om komplexa och känsliga frågor, såsom våld i nära relationer (Di Giacomo et al., 2016). Hög arbetsbelastning och ständig tidsbrist påverkade sjuksköterskans beredskap att ta upp frågor om våld eftersom dessa samtal upplevs som tidskrävande och svåra att genomföra när arbetstempo är högt (Renner et al., 2019).

Resultatet visade även att sjuksköterskors osäkerhet inte enbart handlade om bristande vilja utan om begränsad tillgång till resurser. Tidigare forskning beskriver att våld i nära relation visar sig genom otydliga symtom som exempelvis psykisk ohälsa, långvarig smärta eller återkommande kroppsliga besvär utan tydlig orsak (WHO, 2013). Wild et al. (2022) beskriver även att möjligheten att identifiera våld ökade när sjuksköterskor använde sig av strukturerade frågor i kombination med sin kliniska bedömning. Vidare påpekas att när tydliga rutiner och utbildning saknas kan detta begränsa sjuksköterskors förmåga att agera (Wild et al., 2022). I studiens resultat visade sig att brist på organisatoriskt stöd och otillräcklig utbildning framkom som orsak till att sjuksköterskors förutsättning att agera begränsades. Alshammari (2023) beskriver att sjuksköterskor upplever känslor av maktlöshet och otillräcklighet när rutiner och handlingsplaner saknas (Alshammari, 2023). Forskning visade även att sjuksköterskor kunde ha grundläggande kunskap om våld i nära relation, men att brist på praktisk träning försvårar möjligheten att använda denna kunskap i kliniska arbeten (Poreddi et al., 2020). Svårigheter i identifieringen uppstår även när kvinnorna är ovilliga att berätta om våldet, när våldet normaliseras samt att tydliga riktlinjer kring våldet saknas kan sjuksköterskans känsla av otillräcklighet förstärkas (Dhollande et al. 2025).

Samtidigt visar resultaten att riktade åtgärder kan öka sjuksköterskans förmåga att agera och deras trygghet i yrkesrollen. Emma et al. (2025) visar att sjuksköterskors självförtroende och uppmärksamhet i möten med våldsutsatta kvinnor kan stärkas genom inriktad utbildning. Enligt Li et al. (2023) är det avgörande för sjuksköterskors säkerhet i agerandet att de får stöd från organisationen, möjlighet att reflektera och att ansvarsfördelningen är tydlig. Resultaten belyser att osäkerheten till stor del är kopplad till organisatoriska förutsättningar snarare än till individuella brister.

Resultaten visade även att kvinnors tystnad, oro och känsla av skam kan ha hindrat ett öppet vårdmöte. Enligt Piispa (2004) kan kvinnors möjligheter att berätta om våldet begränsas av hot, kontroll och känslomässiga band till förövaren, vilket förekommer i relationer där skuld och tvekan förekommer (Piispa, 2004). Kvinnor kan undvika att berätta om sin situation inom vården på grund av skam och rädsla för att inte bli trodda eller bli ifrågasatta (Vung et al., 2009). Alquaiz et al. (2023) visar att kulturella normer och sociala förväntningar kan leda till att våld uppfattas som normalt, vilket ytterligare minskar kvinnors möjlighet att erkänna sig själva som våldsutsatt. Denna normalisering kan dessutom innebära att kvinnor inte alltid uppfattar sina upplevelser som våld, vilket försvårar identifiering även vid kontakt med vården (Masih et al., 2024).

Coker et al. (2000) lyfter att långvarig psykisk problem och de fysiska följderna av våld kan göra det utmanande för kvinnor att uttrycka sina erfarenheter på ett sammanhängande och begripligt sätt. Zamora et al. (2021) framhåller dessutom att känslor av skuld och skam kan göra att berättelser blir osammanhängande och otydliga, vilket kan försvåra för sjuksköterskor att uppfatta subtila signaler och avgöra hur situationen bör hanteras. Resultatet belyser att möten med kvinnor som utsatts för våld kan medföra en stark emotionellt krävande för sjuksköterskor. Christensen et al. (2021) framhåller att när kvinnor har begränsad förmåga eller ovilja att berätta om sina erfarenheter kan detta ge upphov till känslor av otillräcklighet, sorg och frustration hos sjuksköterskor. Detta kan i sin tur påverka både det professionella bemötandet och sjuksköterskornas möjlighet att agera. Resultaten visar att sjuksköterskor behöver begränsa sitt känslomässiga engagemang för att kunna hantera den emotionella påfrestning som uppstår i mötet med våldsutsatta kvinnor (Van Wyk, 2015). Den emotionella påfrestningen förvärras av tidsbegränsningar, hög arbetsbelastning och bristande stöd inom organisationen (Li et al., 2023).

Resultaten visar att kvinnor är mer villiga att dela med sig av erfarenheter av våld i nära relationer när de möts med respekt, lyhördhet och utan att bli dömda. Häggblom och Möller (2006) betonar att trygghet i vårdmötet byggs genom sjuksköterskans närvaro, engagemang och respektfulla bemötande. Detta kan förstås utifrån begreppet vårdande relation, som framhåller hur relationen mellan vårdare och patient är central för vårdens kvalitet och utfall (Berg & Lepp, 2022, s. 377-380). Den vårdande relationen utvecklas genom närvaro, dialog och patientens berättelse, där sjuksköterskan uppmärksammar både tystnad, osäkerhet och kroppsliga signaler som uttryck för patientens upplevelser. Genom detta skapas en balans mellan patientens sårbarhet och vårdarens professionella ansvar, där empati, delaktighet och bekräftelse bidrar till att patienten känner trygghet och blir lyssnad på (Berg & Lepp, 2022, s. 377-380). Samtidigt visar Li et al. (2023) att organisatoriska tidskrav och arbetsbelastning kan begränsa sjuksköterskans möjlighet att bygga denna vårdande relation, vilket kan stå i konflikt med vårdandets etiska principer (Li et al., 2023).

Enligt WHO (2013) kräver situationer med våld i nära relationer att vården noggrant balanserar sitt ansvar att ingripa med behovet av att skydda kvinnans säkerhet. Enligt ICN (2021) har sjuksköterskor ett professionellt ansvar att både kunna identifiera och ge stöd för våldsutsatta kvinnor och ge dem stöd, samtidigt som deras rätt till självbestämmande respekteras. Resultaten visar att otydligt organisatoriskt ansvar kan göra att sjuksköterskor tvingas fatta komplexa etiska beslut på egen hand, vilket kan påverka både vårdkvalitet och deras professionella hållbarhet (Renner et al., 2019).

SLUTSATSER

Denna litteraturstudie visar att sjuksköterskor möter betydande utmaningar i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relationer, där våld förblir dolt till följd av rädsla, skam och tystnad. Samtidigt försvårar bristande organisatoriska strukturer och otydliga rutiner sjuksköterskors möjlighet att agera tryggt i mötet med kvinnorna. Sjuksköterskans arbete karaktäriseras av emotionella och etiska balansgångar, där ansvarskänslan för kvinnans säkerhet kan väcka oro och känslor av maktlöshet. Inom klinisk verksamhet behövs tydliga rutiner, utbildning och stöd för att sjuksköterskor ska kunna bemöta kvinnor på ett lyhört och respektfullt sätt. Sådana åtgärder kan minska sjuksköterskors upplevelse av osäkerhet och maktlöshet samt stärka deras handlingsförmåga i etiskt och emotionellt krävande situationer. Fortsatt forskning bör därför undersöka hur riktade utbildningsinsatser, tydliga handlingsrutiner och strukturerat organisatoriskt stöd kan implementeras i klinisk verksamhet samt hur dessa påverkar sjuksköterskors handlingsförmåga i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relationer.

REFERENSER

Artiklar som markeras med # framgår i studiens resultat

#Alaçam, B., & Baykal, Ü. (2025). Opinions of nurse managers on impact of domestic violence on work life: a qualitative study. *BMC Nursing, 24,* 1153. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03735-0

Alshammari, A., Evans, C., & Mcgarry, J. (2023). Nurses' experiences of perceiving violence and abuse of women in Saudi Arabia: A phenomenological study. *International Nursing Review, 70*(4), 501-509. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/inr.12859

Alquaiz, A. M., Kazi, A., Almeneessier, A., Alhalal, E., Almuneef, M., & AlHabib, Y. (2023). Relationship Between Violence Against Women, Social Support, Self-Esteem, and Mental Health in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of interpersonal violence, 39*(1-2), 431-457. https://doi.org/10.1177/08862605231197135

Bengesai, A. V., & Chikhungu, L. (2024). Violence Against Women and Girls in Zimbabwe: A Review of a Decade of the Empirical Literature. *Trauma, violence & abuse, 26*(4), 769-788. https://doi.org/10.1177/15248380241291074

Berg, L. & Lepp, M. (2022). Den vårdande relationen. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (Red.), Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik (3. uppl., s. 377-392). Studentlitteratur

#Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M. et al. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health 12*, 473. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-473

Braun, V., & Clarke, V. (2024). Thematic analysis: A practical guide (2:a uppl.). SAGE Publications.

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

BRÅ. (2024). *Brott i nära relationer: Kartläggning av utsatthet under 2022 och under livstiden (Rapport 2024:4). Brottsförebyggande rådet*. Hämtad 18 mars från https://bra.se/download/18.63eed38e192716a4afc1536/1728997063093/2024_4-Brott-i-nara-rela

Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R., & McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of family medicine*, 9(5), 451-457. https://doi.org/10.1001/archfami.9.5.451

Christensen, M., Metcalfe, L., & O'Reilly, R. (2021). Emergency department nurses experiences of female domestic violence presentations: A review of the qualitative literature. *Nursing Forum, 56*(4), 925-937. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/nuf.12632

Dhollande, S., Sapkota, D., Meyer, S., Clarke, K., & Atiénzar, P. M. (2025). Exploring Emergency Healthcare for Women Experiencing Intimate Partner Violence With Comorbid Psychological Distress. *International Journal of Mental Health Nursing, 34*(2), 1-6. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/inm.70050

Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2016). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 26*(15-16), 2307-2316. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jocn.13625

Emma, E. M., Jeanette, J., & Katarina, S. (2025). Ambulance Nurses' Experience of a Simulation Exercise Concerning Intimate Partner Violence. International Nursing Review, 72(2), 1-9. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/inr.70030

Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell), 65*(8), 1645-1654. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x

Guiget-Auclair et al. (2021). Validation of the French Women Abuse Screening Tool to routinely identify intimate partner violence. *European Journal of Public health,* 31(%), 1064-1069, https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab115

Hoppstadius, H., Niclas Olofsson & Majen Espvall (2020). Professional Knowledge on Violence in Close Relationship in Swedish Social Services. *Journal of Social Service Research, 47*(1), 131-142. https://doi.org/10.1080/01488376.2020.1725219

Häggblom, A. M., & Möller, A. R. (2006). On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative health research, 16*(8), 1075-1090. https://doi.org/10.1177/1049732306292086

International Council of Nurses. (2021). The Icn code of ethics for nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., Di Tanna, G. L., & García-Moreno, C. (2021). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *The Cochrane database of systematic reviews, 5*(5), CD012423. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2

Li, Q., Zeng, J., Zhao, B., Perrin, N., Wenzel, J., Liu, F., Pang, D., Liu, H., Hu, X., Li, X., Wang, Y., Davidson, P. M., Shi, L., & Campbell, J. C. (2023). Nurses' preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study. *Journal of Nursing Scholarship, 56*(1), 174-190. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jnu.12929

#Lopes Amarijo, C., Daiane Silva, C., Ferreira Acosta, D., Dias Cruz, V., Tomaschewski Barlem, J. G., & Devos Barlem, E. L. (2021). Power Devices Used by Nurses to Fight Domestic Violence against Women. *Texto & Contexto Enfermagem, 30*, 1-12. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0389

#Maquibar, A., Estalella, I., Romero-Serrano, R., Macías-Seda, J., Gil-García, E., & Lancharro-Tavero, I. (2022). Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts. *Journal of Advanced Nursing, 79*(4), 1399-1413. https://doi.org/10.1111/jan.15406

Masih, M., Wagstaff, C., & Kaur-Aujla, H. (2024). The global psychological and physical effects of domestic abuse and violence on South Asian women: a qualitative systematic review. *Frontiers in Global Women's Health,* 1-13. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.3389/fgwh.2024.1365883

Piispa M. (2004). Age and meanings of violence: women's experiences of partner violence in Finland. *Journal of interpersonal violence, 19*(1), 30-48. https://doi.org/10.1177/0886260503259048

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11uppl.). Philadelphia. Wolters Kluwer.

Poreddi, V., Gandhi, S., Reddy, S. N., Palaniappan, M., & BadaMath, S. (2020). Effectiveness of nurses training in routine screening of violence against women with mental illness: A randomized controlled trail. *Archives of Psychiatric Nursing, 34*(4), 200-205. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.apnu.2020.05.003

Poreddi, V., Reddy, S. S. N., Gandhi, S., Marimuthu P., & BadaMath, S. (2021). "Unheard voices": Perceptions of women with mental illness on nurses screening routinely for domestic violence: A qualitative analysis. *Investigacion & Educacion En Enfermeria, 39*(3), 23-35. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.17533/udea.iee.v39n3e03

Renner, L. M., Wang, Q., Logeais, M. E., & Clark, C. J. (2019). Health Care Providers' Readiness to Identify and Respond to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(19/20), 9507-9534. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/0886260519867705

Saberi, E., Hutchinson, M., & Hurley, J. (2024). Rising to the challenge: The motivation to champion routine intimate partner violence screening in rural emergency departments. *Australian Journal of Rural Health, 32*(5), 1018-1030. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/ajr.13176

Souza de Oliveira Lima, N. de J., & Rezende Pacheco, L. (2016). Domestic Violence against Women in Community Health Agents Perspective. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 10*, 4279-4285. https://research-ebsco-com.till.biblextern.sh.se/c/7vfal5/viewer/pdf/uekgtalrun

#Sprague, C., Hatcher, A. M., Woollett, N., & Black, V. (2015). How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(11), 1591-1619. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/0886260515589929

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2022). Bedömning av studier med kvalitativ metod. Hämtad 11 november från https://www.sbu.se/sv/granskningsmallar/

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

Tan, C. Y. T., Choo, A. L., Lim, V. P. C., & Wilson, I. M. (2024). The Relationship Between Speech and Language Disorders and Violence Against Women: A Scoping Review. *Trauma, violence & abuse, 26*(5), 1027-1045. https://doi.org/10.1177/15248380241299432

UN Women. (2012). Handbook for legislation on violence against women. [Broschyr]. UN Women. https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2012/12/UNW_Legislation-Handbook%20pdf.pdf

UN Women. (2025). Facts and figures: Ending violence against women. Hämtad 20 december från https://www.unwomen.org/en/articles/facts-and-figures/facts-and-figures-ending-violence-against-women

#Uysal Yalçin, S., Aksoy, S. D., Zonp, Z., & Bilgin, H. (2024). Views of nurses and midwives working in primary healthcare services on intimate partner violence against women. *Australian journal of primary health, 30*, PY24007. https://doi.org/10.1071/PY24007

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

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

#Vieira, L. B., de Paula, C. C., Padoin, S. M. de M., & Souza, I. E. de O. (2011). Perspectives for nursing care to women that report violence experiences. *Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 15*(4), 678-685. http://www.ean.periodikos.com.br/article/doi/10.1590/S1414-81452011000400004

Vung ND, Ostergren PO, & Krantz G. (2009). Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. *European Journal of Public Health, 19*(2), 178-182. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1093/eurpub/ckn136

Willman, A. (2022). *Teorier för omvårdnad*. Studentlitteratur. Wiklund Gustin, L. (2022). Medlidande och närliggande begrepp. I L.Wiklund, Gustin & M. Asp (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 179-194). Studentlitteratur.

Wild, K., Young, F., de Araujo, G., Fernandes, A., Gomes, L., Kelly, L., & Taft, A. (2022). Healthcare responses to gender-based violence in Timor-Leste: Women want empathy, information and safety from an integrated support system. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(23-24), NP22175-NP22198. https://doi.org/10.1177/08862605211072156

World Health Organization. (2025). *RESPECT WOMEN: Preventing violence against women (2nd ed.)*. [Broschyr]. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/90fcb5c1-3b08-4ce6-99d5-bf6a7c243229/content

World Health Organization (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clincial and policy guidelines*. [Broschyr]. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7685869e-cd94-4a24-acaa-4245f89482b7/content

World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women; overview*. [Broschyr]. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77433/WHO_RHR_12.35_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2024). Violence against Women. Hämtad 18 mars från https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

Zamora, J. C., Curia, B. G., Ruoso, A., Ligório, I., Dias, V., & Habigzang, L. F. (2021). Themes and Techniques in Cycles of Change in the Psychotherapy Treatment of Women Who Experienced Violence: An Exploratory Study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 30*(9), 1167-1186. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1080/10926771.2020.1832174

BILAGOR

BILAGA I. SBU granskningsmall för kvalitativa studier (2022)

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:
Obetydliga eller mindre ❑ Måttliga ❑
Stora brister, studien ingår inte i syntesen ❑
Kommentarer:

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien[1]

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

	Ja	Nej	Oklart
Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	❑	❑	❑

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	❑	❑	❑
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

	Ja	Nej	Oklart
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	❑	❑	❑
Validerades tolkningarna?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	❑	❑	❑
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

Frågor som används i samband med bedömning i CERQual

Bedömningarna görs enbart för studier som ska ingå i syntesen.

6. Relevans	
Studien är relevant	❑
Studien har partiell relevans	❑
Studien har indirekt relevans	❑
Relevansen går inte att bedöma	❑

Kommentarer:

7. Koherens			
Stödfrågor:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Användes huvuddelen av data i analysen?	❑	❑	❑
Hanterades motstridiga data på ett lämpligt sätt?	❑	❑	❑
Underbyggde insamlade data resultatet?	❑	❑	❑
Sammantaget, finns det allvarliga svagheter som kan leda till bristande koherens i det sammanvägda vetenskapliga underlaget?	❑	❑	❑

Kommentarer:

8. Tillräckliga data			
Stödfrågor:	**Ja**	**Nej**	**Oklart**
Var antalet studiedeltagare tillräckligt stort? (t.ex. om mättnad uppnåtts)			
Har formen för datainsamling varit sådan att den medger möjlighet till rika data?			

Kommentarer:

BILAGA II. Sökmatris CINAHL

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL 7/11-2025 S1	"Encounter" OR "Experiences" OR "View" OR "Perspective"	Inga	411 243	0	0	0	0	.
CINAHL 7//11-2025 S2	“Nurse” OR "Nursing ” OR " Nurses"	Inga	1 075 855	0	0	0	0	.
CINAHL 7/11-2025 S3	“Women” Or “Woman”	Inga	522 677	0	0	0	0	.
CINAHL 7/11-2025 S4	“Violence in close relationships” Or “Intimate partner violence”	Inga	22 863	0	0	0	0	-

CINAHL 7/11-2025 S5	S1, S2, S3,S4	Peer-reviewed 2010- Novemeber 2025	191	191	42*	16**	9***	#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 #9

149* exkluderades eftersom deras titlar inte var relevanta till studiens syfte

26** exkluderades då dess abstrakt inte hade tillräckligt med fokus på sjuksköterskans erfarenhet av våldsutsatta kvinnor

7*** exkluderades eftersom resultatet inte svarade tydligt mot syftet med denna studie

BILAGA III. Sökmatris Pubmed

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
Pubmed 7/11-2025 S1	“Nurse OR Nurses OR Nursing care	Inga	616 926	0	0	0	0	.
Pubmed 7/11-2025 S2	"Nurses experience OR Nurses attitude”	Inga	1 584	0	0	0	0	.
Pubmed 7/11-2025 S3	“Intimate Partner violence”	Inga	13 773	0	0	0	0	.
Pubmed 7/11-2025 S4	Violence against women	Inga	5 150	0	0	0	0	-
Pubmed 7/11-2025 S5	S1,S2,S3,S4	2010 - November 2025	53	53	23*	7**	1***	#10

30* exkluderades eftersom dess titlar inte var relevanta till studiens syfte

16* exkluderades då abstrakten inte var relevanta mot syftet att undersöka sjuksköterskans erfarenhet med våldsutsatta kvinnor

6*** exkluderades då resultatet inte var tydlig gentemot studiens syfte

BILAGA IV. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	**Titel**	**Syfte**	**Metod (Design, urval, datainsamling, analys)**	**Resultat**	**Kvalitet**
#1 Alaçam, B., & Baykal, Ü. (2025), BMC Nursing, Turkiet	Opinions of nurse managers on impact of domestic violence on work life: a qualitative study	This study aimed to explore the perspectives of nurse managers on how domestic violence impacts employees' work lives.	*Design: Kvalitativ design* *Urval: 52 kvinnliga sjuksköterskor chefer från tre olika typer av sjukhus i Turkiet.* *Datainsamling: Semiinstrukterade indivudella intervjuer* *Analays: Induktiv innehållsanalys*	Studien visar att chefer upptäcker våld på olika sätt, att våld i hemmet påverkar arbete och närvaro, och att chefer ger stöd genom anpassningar och säkerhetsåtgärder. Den betonar behovet av tydliga rutiner och utbildning.	Hög
#2 Amarijo, C. L., Silva, C. D., Acosta, D. F., Cruz, V. D., Barlem, J. G. T., & Barlem, E. L. D. (2021). Texto & Contexto Enfermagem, Brasilien.	Power devices used by nurses to fight domestic violence against women.	Att identifiera vilka maktredskap sjuksköterskor använder för att motverka våld i nära relationer mot kvinnor, utifrån ett perspektiv som betonar modet att tala öppet	*Design: Kvalitativ, deskriptiv och analytisk studie.* *Urval: 20 sjuksköterskor från 13 primärvårdsenheter i staden Rio Grande, södra Brasilien.* *Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer genomförda mellan april och juni 2018, inspelade och transkriberade ordagrant.*	Två huvudkategorier av maktredskap identifierades: kunskapsrelaterade och administrativa/institutionella. De kunskapsrelaterade handlade om att stärka kvinnor genom information, undervisning, dialog och gruppaktiviteter som främjar självständighet. De administrativa redskapen omfattade våldspreventiva aktiviteter, samarbete med andra	Medel hög

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat	Kvalitet
		och stödja kvinnors egenmakt.	*Analys: Diskursiv textanalys*	professioner samt stöd i att skapa sociala nätverk och trygghet.	
#3 Charlene E. Beynon, Iris A. Gutmanis, Leslie M. Tutty, C. Nadine Wathen, Harriet L. MacMillan. (2012). BMC Public Health, Kanada.	Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis	Undersöka läkare och sjuksköterskors erfarenheter av att fråga om IPV, skillnader mellan grupperna och konsekvenser för praktik, policy och utbildning.	*Design: kvalitativ analys* *Urval: 1000 läkare + 1000 sjuksköterskor slumpmässigt utvalda i Ontario* *Datainsamling: postenkät, 43 frågor, mars-juni 2004* *Analys: Induktiv innehållsanalys*	De främsta hindren för att fråga om våld i nära relationer var tidsbrist, brist på utbildning, språk- och kulturbarriärer samt partnerns närvaro. Sjuksköterskor lyfte behovet av utbildning och stöd. Möjliggörare var utbildning, tillgång till resurser, professionellt stöd och tydliga rutiner. Studien betonar vikten av fortbildning och en stödjande arbetsmiljö.	Hög
#4 Courtenay Sprague, Abigail M. Hatcher, Nataly Woollett och Vivian Black (2015). Journal of Interpersonal Violence, Johannesburg.	How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income	Att undersöka hur och varför sjuksköterskor i Johannesburg bemöter kvinnor som utsatts för våld i nära relationer (IPV), särskilt i en kontext utan nationella riktlinjer för	*Design: Deskriptiv studie* *Urval: 25 kvinnliga sjuksköterskor från fem offentliga vårdinrättningar i Johannesburg* *Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer (augusti 2013-augusti 2014).* *Analys: Tematisk analys*	Studien identifierade fyra huvudteman: sjuksköterskor bemötte våld i nära relationer genom samtal, identifiering och remiss, ofta motiverade av plikt, patienters behov och egen erfarenhet av våld. Bristande polisskydd gjorde att de kände ansvar att ge stöd. Trots avsaknad av riktlinjer agerade de rutinmässigt med omsorg, vilket understryker behovet av utbildning och nationella riktlinjer.	Hög

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat	Kvalitet
	Country Health Systems.	vårdpersonal. Studien vill förstå vårdgivarnas faktiska beteenden, motiv och handlingsmönster.			
#5 Maquibar A., Estalella I., Romero-Serrano R., Macías-Seda J., Gil-García E., Lancharro-Taver o I. (2022), Journal of Advanced Nursing, Spain	Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts	To explore the experiences of primary healthcare (PHC) nurses caring for women experiencing intimate partner violence (IPV) in a context of institutional support for the management of this health issue.	*Design : Kvalitativ studie* *Urval: 19 sjuksköterskor inom primärvården i Sevilla, Spanien.* *Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.* *Analys: Tematisk analys.*	Studien visade att sjuksköterskor i primärvården kunde identifiera och hantera subtila former av våld när de fick stöd av ett välutvecklat institutionellt system. Deras arbete krävde tid för att bygga förtroende, men innebar samtidigt en betydande emotionell belastning för sjuksköterskorna.	Hög
#6 Karen A. Brykczynski, Patricia Crane,	Intimate partner violence: Advanced	Syftet med studien var att öka förståelsen	*Design: Kvalitativ studie*	Studien visade att specialistsjuksköterskor upplever både framgångar och utmaningar i arbetet	Medel hög

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat	Kvalitet
Cindy K. Medina & Dora Pedraza (2011). Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, USA.	practice nurses' clinical stories of success and challenge.	för hur avancerade specialistsjuksköterskor upplever arbetet med kvinnor och deras familjer som lever med våld i nära relationer. Målet var att omvandla resultaten till mer effektiva vårdande och hälsofrämjande arbetssätt för sjuksköterskor som möter detta komplexa problem i sin kliniska praktik.	*Urval: 10 avancerade specialistsjuksköterskor, alla med över 10 års klinisk erfarenhet.* *Datainsamling: Djupintervjuer genomfördes med tio avancerade specialistsjuksköterskor.* *Analys: Tematisk analys*	med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. De betonade vikten av att lyssna utan att döma, skapa trygghet och främja säkerhet. Att känna igen mönster, ställa frågor flera gånger och bygga förtroende var centralt. Samtidigt upplevdes brist på tid, resurser och stöd som hinder. Erfarenheterna visade att små framsteg och kvinnors egna vändpunkter gav hopp och motivation i arbetet.	
#7 Sundborg E., Törnkvist L., Saleh-Stattin N., Wändell P., Hylander I. (2015), Journal	To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering	To improve the understanding of district nurses' experiences of encountering women exposed	*Design: Kvalitativ studie* *Urval: 11 distriktssköterskor inom svensk primärvård.*	Distriktssköterskor tvekade först att fråga om våld på grund av osäkerhet, men med utbildning och stöd blev de tryggare och vågade till slut ställa frågan.	Hög

Författare, årtal, tidskrift, land	**Titel**	**Syfte**	**Metod (Design, urval, datainsamling, analys)**	**Resultat**	**Kvalitet**
of Clinical Nursing, Sverige	women exposed to intimate partner violence	to intimate partner violence.	*Datainsamling: Individuella djupintervjuer* *Analys: Grounded theory med öppen och fokuserad kodning.*		
#8 Uysal Yalçin, S., Aksoy, S. D., Zonp, Z., & Bilgin, H. (2024). Australian journal of primary health, Turkiet	Views of nurses and midwives working in primary healthcare services on intimate partner violence against women	Att identifiera hinder och underlättande faktorer för att hantera våld i nära relationer (IPV) bland kvinnor i primärvården, samt utmaningar och behov för att förbättra praxis ur sjuksköterskors och barnmorskans perspektiv.	*Design: Kvalitativ deskriptiv studie* *Urval: 19 sjuksköterskor/barnmorskor inom primärvården* *Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer* *Analys: Tematisk analys*	Primärvårdens sjuksköterskor och barnmorskor känner generellt inte ansvar för att upptäcka och hantera våld i nära relationer (IPV). De som är villiga behöver mer resurser som tid och lämpliga lokaler. Hinder för att hantera IPV inkluderar kulturella normer, juridiska aspekter och ekonomiska faktorer, samt ett behov av mer utbildning och stöd från psykologer och socialarbetare.	Hög
#9 Van der Wath, Neltjie van Wyk & Elsie Janse van	Emergency nurses' experiences of caring for	Att undersöka akutsjuksköterskors erfarenheter av att vårda	*Design: Deskriptiv fenomenologisk analys*	Sjuksköterskorna bevittnade patienternas lidande, vilket väckte starka känslor och sekundär traumatisk stress. Brist på emotionell reglering	Hög

Författare, årtal, tidskrift, land	**Titel**	**Syfte**	**Metod (Design, urval, datainsamling, analys)**	**Resultat**	**Kvalitet**
Rensburg. (2013). Journal of Advanced Nursing, Sydafrika	survivors of intimate partner violence	överlevare av våld i nära relationer.	*Urval: 11 akutsjuksköterskor från två offentliga sjukhus* *Datainsamling: strukturerade, öppna intervjuer (45-70 minuter) genomfördes under december 2010.* *Analys: Fenomenologisk analys*	ökade risken för utmattning, varför stödprogram och utbildning i empati föreslås.	
#10 Vieira, L. B.; Padoin, S. M. M.; Souza, I. E. O.; Paula, C. C. (2011). Escuela Anna Nery Revista de Enfermagem, Brasilien.	Perspectives for nursing care to women that report violence experiences	Att belysa perspektiv för omvårdnad av kvinnor som har anmält våld de utsatts för, genom att förstå innebörden i kvinnornas handling att göra en anmälan.	*Design: Kvalitativ studie* *Urval: 13 kvinnor mellan 18-59 år som hade anmält våld från sin partner i en stad i delstaten Rio Grande do Sul i Brasilien.* *Datainsamling: Fenomenologiska intervjuer genomfördes i mars–april 2010 på plats i polisstationerna* *Analys: Tematisk analys*	Kvinnorna som anmälde våld beskrev att de inte längre kunde stå ut med situationen och ville avsluta relationen. De främsta motiven var att få slut på våldet, återfå fred och självständighet, skydda sig själva och sina barn samt söka rättvisa. Många upplevde anonymitet i relationen till partnern men sökte nya, trygga relationer för att hantera våldet. Studien framhåller vikten av omvårdnad som tar utgångspunkt i kvinnans sociala verklighet och bidrar till att bryta normaliseringen av våld.	Medel hög

Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsovägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se