



Elin Thunberg och Madeleine Kastlund

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, HT2017

Nivå: Grundnivå

Handledare: Monica Rydell-Karlsson

Examinator: Lars Andersson

När sjuksköterskan hindras från att göra rätt

En litteraturöversikt om moralisk stress hos sjuksköterskan

When the nurse is prevented from doing the right thing

A literature review about moral stress among the nurse

Sammanfattning

- Bakgrund:** Moralisk stress är ett begrepp som först kom att definieras av Jameton (1984) och anses uppstå när sjuksköterskor inte kan handla i enlighet med det de anser vara det rätta på grund av organisatoriska eller institutionella barriärer. Den legitimerade sjuksköterskan ansvarar för ett stort kunskaps- och arbetsområde som ska präglas av ett etiskt förhållningssätt och en personcentrerad vård. En inre konflikt uppstår när sjuksköterskan hindras att arbeta utifrån de rådande värdena, vilket ger upphov till känslor av moralisk stress. En större kunskap och förståelse inom problemområdet är nödvändig för att åstadkomma framtida förbättringar.
- Syfte:** Syftet var att belysa moralisk stress hos sjuksköterskan.
- Metod:** För att uppnå syftet har en litteraturöversikt genomförts. Sökningar efter relevanta artiklar i enlighet med den engelska översättningen av *moralisk stress* utfördes. Artiklar med kvalitativa och kvantitativa ansatser har använts.
- Resultat:** Ur analysen urskildes tre olika huvudkategorier: *bakomliggande orsaker till moralisk stress*, *konsekvenser av moralisk stress* och *strategier för hantering av moralisk stress*.
- Diskussion:** I resultatdiskussionen diskuteras moralisk stress hos sjuksköterskor utifrån Jean Watsons teori om mänsklig omsorg samt andra relevanta artiklar. Uppkomsten av moralisk stress hos sjuksköterskor diskuteras ur olika perspektiv. Skillnader i miljö och ledningens betydande roll avseende sjuksköterskors känslor av moralisk stress diskuteras vidare. Konsekvenser av moralisk stress hos sjuksköterskor diskuteras med betoning på patientsäkerhet och bemötandet av patienter. Medvetenheten kring moralisk stress hos sjuksköterskor behöver bli större. Ett fokus på moralisk stress hos sjuksköterskor kan med fördel lyftas redan under sjuksköterskeutbildningen.
- Nyckelord:** Arbetsklimat, Jean Watson, moralisk stress, sjuksköterskor, vårdetik

Abstract

Background: Moral stress is a term that was first defined by Jameton (1984) and is considered to occur when individuals are unable to act in accordance with what they consider to be right due to organizational or institutional barriers. The registered nurse is responsible for a large area of knowledge and work that needs to be characterized by an ethical approach and person-centered care. An internal conflict occurs when the nurse is prevented from working on the basis of these values, which causes feelings of moral stress. A greater knowledge and understanding of the problem area is necessary to achieve future improvements.

Aim: The aim was to illustrate moral stress among the nurse.

Method: To achieve this goal, a literature review has been conducted. Searches for relevant articles in accordance with the English translation of moral stress were performed. The databases Cinahl, PsycINFO and PubMed were used. Articles with qualitative and quantitative approaches have been used.

Results: The analysis revealed three different main categories: *underlying causes for moral stress, consequences of moral stress and strategies for managing moral stress.*

Discussion: In the result, moral stress is discussed among nurses based on Jean Watson's theory of human care and other relevant articles. The appearance of moral stress in nurses is discussed from different perspectives. Differences in the environment and management's significant role regarding nurses' feelings of moral stress are discussed further. The consequences of moral stress in nurses are discussed with emphasis on patient safety and the encounter of patients. Awareness about moral stress in nurses needs to be greater. A focus on moral stress in nurses should be emphasized during nursing education.

Keywords: Jean Watson, moral stress, nurses, nursing ethics, work climate

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
BEGREPPSGENOMGÅNG.....	1
SJKSKÖTERSKANS ANSVARSOMRÅDE	2
FÖRFATTNINGAR OCH DET ETISKA ARBETSKLIMATET FÖR SJKSKÖTERSKAN.....	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	6
METOD	7
DATAINSAMLING OCH URVAL.....	7
ANALYS.....	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	10
BAKOMLIGGANDE ORSAKER TILL MORALISK STRESS.....	10
<i>En bristande arbetsmiljö</i>	10
<i>Kommunikation och ledarskap</i>	11
<i>Individuella faktorer</i>	12
KONSEKVENSER AV MORALISK STRESS	12
<i>Fysiska konsekvenser</i>	13
<i>Psykiska konsekvenser</i>	13
STRATEGIER FÖR HANTERING AV MORALISK STRESS.....	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION.....	15
RESULTATDISKUSSION	16
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	21
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	22
SLUTSATSER	22
REFERENSFÖRTECKNING	24
BILAGA 1. SÖKMATRIS	28
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	29

Inledning

Att som människa arbeta med något som känns meningsfullt är viktigt för att uppleva välbefinnande (Seligman, 2004). Arbetet inom hälso- och sjukvården har rapporterats upplevas som meningsfullt (Danielsson et al., 2009). Det meningsfulla arbetet kan dock ha sitt pris. I Socialstyrelsens folkhälsorapport framkommer det att arbete inom hälso- och sjukvården i hög grad upplevs som stressigt och psykiskt påfrestande. Psykisk påfrestning var en stor orsak till att många sjuksköterskor lämnade yrket (Statistiska centralbyrån, 2017). De två vanligaste orsakerna var bristen på möjlighet att styra över sin arbetssituation och den höga arbetsbelastningen. Andra viktiga bidragande orsaker var för låg lön och bristfälligt ledarskap. Vi upplever att samhällsdebatten idag till stor del handlar om den arbetsbelastning som ligger på våra sjuksköterskor och bidrar till att många lämnar yrket eller hittar andra arbetsplatser som är mer välorganiserade. Vi har hört vittnesmål från sjuksköterskor som tvingats flytta eller ställa in sina semestrar, som beordras in av arbetsgivaren eller där ledningen är osynlig för sina anställda. Detta kan ha en stor negativ påverkan på vårdpersonalen.

Känslor av att inte räcka till kan upplevas vara en del av sjuksköterskeyrket. Astrid Norberg (2011) benämner dessa känslor som *samvetsstress*. Liknande känslor identifieras även som *moralisk stress* (Ulrich, 2017). Vi har uppfattat det som att dessa negativa känslor följer sjuksköterskorna både på och efter arbetet samt att de inte försvinner utan ständigt byggs på. Detta vill vi undersöka närmare för att få en tydligare bild av fenomenet, dess uppkomst och dess påverkan på individen och på vården.

Bakgrund

Begreppsgenomgång

Begreppet *samvetsstress* eller *stress of conscience* (eng.) definieras som ett syndrom som visar sig då vårdaren bär med sig patientens känsla av smärta, ångest och lidande (Todaro-Franveschi, 2015). Samvetsstress är ett begrepp som behöver uppmärksammas och diskuteras då det är ett fenomen som är näst intill omöjligt att känna igen utan att ha medvetenhet om det. Norberg (2011) definierar begreppet som *stress över dåligt samvete som inte går över*, det kan uppstå då vårdpersonalen inte lyckas ge patienterna den vård och omsorg de behöver.

Moralisk stress är ett begrepp som kom att definieras för första gången av Jameton (1984). Begreppet syftar till en situation då personen vet vad som är rätt sak att göra och vill handla därefter, men inte kan göra det på grund av organisatoriska begränsningar. Moralisk stress på

arbetet uppstår alltså då personen vet vad denne skulle vilja göra men inte kan eller får genomföra det. För att moralisk stress inom vården ska uppkomma finns tre kriterier som benämns av Lützén, Cronqvist, Magnusson och Andersson (2003). Det första kriteriet är känslighet för patientens sårbarhet och autonomi, det andra kriteriet är upplevelser av yttre faktorer som hindrar från att göra rätt och det tredje kriteriet är att uppleva att inte ha kontroll över situationen.

De engelska begreppen *moral distress*, *moral stress* och *stress of conscience* diskuterades av Lützén och Ewalds Kvist (2012). *Moral distress* beskrevs som en slags moralisk ångest med en teoretisk utgångspunkt kopplat till ett psykologiskt perspektiv och som främst leder till negativa effekter. *Moral distress* uppkommer ofta när externa faktorer hindrar en person från att göra det som personen anser är moraliskt rätt. *Moral stress* är ett begrepp som liknar *moral distress* men som istället har en teoretisk utgångspunkt som är mer kopplat till ett fysiologiskt perspektiv och som leder till både negativa och positiva effekter. Ett exempel på en positiv effekt är att bli påmind om sina moraliska plikter. *Stress of conscience* beskrivs som ett begrepp med ett teologiskt och filosofiskt perspektiv. Begreppet utgår ifrån det personliga samvetet och varje persons uppfattning om vad som är rätt eller fel. Ett dåligt samvete som inte går över kan utvecklas till *stress of conscience*.

Samvetsstress är ett mångtydigt begrepp som i litteraturen definieras på många olika sätt, dessutom finns det mycket begränsad forskning om fenomenet *samvetsstress/stress of conscience* hos sjuksköterskor. Begreppet *moralisk stress* har en mer konkret definition och passar tydligare in på det område som författarna till detta arbete är intresserade av. Begreppet beskrivs vara ett välkänt fenomen inom vårdprofessionerna (Hamric & Epstein, 2017) och har enligt flertalet vetenskapliga studier visat sig vara ett globalt problem inom sjukvården (Wocial & Weaver, 2013). Då begreppet *moralisk stress* används i detta arbete kommer både betydelsen av de engelska begreppen *moral distress* och *moral stress* att räknas in för att få en så bred betydelse som möjligt.

Sjuksköterskans ansvarsområde

Den legitimerade sjuksköterskans specifika kompetens är omvårdnadsvetenskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I denna kompetens ingår både det vetenskapliga kunskapsområdet och det patientnära arbetet som utgår från en humanistisk syn på människan. Sjuksköterskan har som arbetsuppgift att självständigt ansvara för de kliniska beslut som erbjuder patienter att förbättra, bibehålla eller återställa sin hälsa. Sjuksköterskan

ska i sitt hälsofrämjande arbete hjälpa patienter att hantera sin sjukdom, funktionsnedsättning eller hälsoproblem. Utifrån patientens unika behov ska sjuksköterskan hjälpa dem att bibehålla bästa möjliga livskvalitet och välbefinnande, för att leva ett för patienten meningsfullt liv fram till döden. Utöver omvårdnadsarbetet behöver sjuksköterskan ha kunskap om medicinsk vetenskap och beteendevetenskap som är av relevans för patientens hälsa och välbefinnande.

Arbetet som sjuksköterska styrs av gällande lagar, författningar samt övriga dokument som styr hälso- och sjukvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan är en omvårdnadsledare och ska i sitt arbete självständigt leda omvårdnadsprocessen, i vilken sjuksköterskan integrerar i en teamsamverkan med övrig vårdpersonal och tillsammans med patienten och närstående. I omvårdnadsprocessen ska sjuksköterskan ansvara för bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad.

Sjuksköterskan ska i arbetet ha en helhetskunskap kring patientens situation och alltid fokusera på att utöva omvårdnaden på ett individuellt sätt och utgå från en personcentrerad omvårdnad. Den personcentrerade omvårdnaden innebär att sjuksköterskan ska genomföra omvårdnaden i enlighet med patientens egen vilja och i vissa fall med samråd från närstående. Patienten och närstående skall uppleva sig sedda som unika personer med individuella problem, värderingar, behov och resurser.

Sjuksköterskan samverkar i team med andra yrkeskategorier och ska vara en ledare för omvårdnadsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan ansvarar för att omvårdnadsarbetet som utförs alltid genomförs på ett säkert sätt och ska alltid se till att omvårdnad som ges är evidensbaserad. Att omvårdnaden alltid ska utföras evidensbaserat innebär att sjuksköterskan ska använda metoder som är baserade på bäst uppdaterade vetenskap och beprövade metoder. Omvårdnadsarbetet kan ses som en moralisk verksamhet då grundvisionen inom omvårdnad är att handla på ett sätt som är moralisk rätt och som gör gott för patienten (Sarvimäki & Stenbock - Hult, 2008). Vad som anses vara moraliskt rätt grundar sig i samhällets rådande normer och värderingar om vad som är rätt sak att göra.

En säker vård innebär att sjuksköterskan alltid ska vara handlingsberedd för att förebygga att patienter inte drabbas av skador relaterade till vården som ges (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Detta sker genom att följa regelverk och alltid arbeta på ett patientsäkert sätt. Sjuksköterskan ska i sitt omvårdnadsarbete ta med det egna ledarskapet och ansvara för att leda, prioritera och samordna omvårdnadsarbetet kring patienten. Vidare ska sjuksköterskan i sin ledarroll motivera, leda och utbilda medarbetare, patienter och studenter. Sjuksköterskans omvårdnadsarbete präglas av ett *etiskt förhållningssätt* där respekten för

patientens autonomi, integritet och värdighet, tro och värderingar ständigt ska vara i fokus. För att sjuksköterskan ska lyckas ha ett etiskt förhållningssätt krävs att denne har ett etiskt kunnande, de vill säga att sjuksköterskan har en uppfattning om vad som är det etiskt goda och kunna handla där efter (Sarvimäki & Stenbock - Hult, 2008). Det *etiskt goda handlandet* har sin grund i att sjuksköterskan har en god moralkänsla, är en person med stadig karaktär, har god kunskap om det egna självet och insikt om sin egen sårbarhet. Dessutom har en sjuksköterska med förmåga att tillämpa det goda etiska handlandet utvecklat en så kallad *integrerad etisk kunskap*. En kunskap som består av fyra delar; teoretisk etikkunskap, personlig etikkunskap, etisk situationskunskap och etisk handlingskunskap. *Teoretisk etikkunskap* innebär en kunskap om etiska principer samt en reflekterande förmåga. Den teoretiska kunskapen ligger till grund för det moraliska handlandet i kommande situationer. Den *personliga etikkunskapen* speglar hur vi är som människor och utgår från hur vi väljer att agera och handla i etiska situationer. *Etisk situationskunskap* handlar om hur människan förstår den etiska innebörden av en situation och hur denne förstår konsekvenserna av en situation. Den *etiska handlingskunskapen* utgår från den etiskt teoretiska kunskapen och visar sig i hur sjuksköterskan väljer att handla enligt det som är etiskt rätt.

Författningar och det etiska arbetsklimatet för sjuksköterskan

Det har påvisats ett samband mellan ett dåligt etiskt arbetsklimat och moralisk stress (Humphries & Woods, 2016). Sjuksköterskans etiska arbetsklimat påverkades bland annat av personalbemanning, patientgenomströmning och chefernas attityd mot personalen. Det fysiska och psykiska arbetsklimatet som sjuksköterskor och annan vårdpersonal utsätts för kan vara påfrestande, vilket riskerar att negativt påverka den omvårdnad och vård som ges (Mohammadi, Peyrovi & Mahmoodi, 2017). Ett arbetsklimat som främjar god psykisk hälsa främjar även en bättre vårdmiljö där risken att patientsäkerheten att försämrars minimeras.

Patientsäkerhetslagen (2010) är en författning som finns för att säkerhetsställa att vården som ges sker med så hög patientsäkerhet som möjligt. I lagen står att vårdgivaren ska vidta åtgärder för att undvika att patientsäkerheten brister. Arbetsgivaren är också ansvarig för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt så att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen följs. Förutom patientsäkerhetslagen styrs arbetet inom sjuksköterskeprofessionen av två andra lagar; hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Hälso- och sjukvårdslagen existerar för att verksamheter inom hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kravet på en god vård uppfylls. Vården som

ges ska tillgodose patienters behov av trygghet, säkerhet och kontinuitet. Vården ska även vara tillgänglig och ha som funktion att skapa goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Socialtjänstlagens (2001:453) värdegrund påtalar att människor som är i behov av omsorg skall få omsorg och stöd som skapar en värdig tillvaro och välbefinnande. Utöver dessa författningar följer även International Council of Nurses (ICN:s) etiska kod för professionen (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Det finns fyra grundläggande ansvarsområden för sjuksköterskan: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Koden är också väl förankrad i de mänskliga rättigheterna. Den revideras ofta och ändras efter det behov som finns hos befolkningen. ICN:s etiska kod finns till för att guida och samla världens alla sjuksköterskor till ett gemensamt etiskt förhållningssätt. Sjuksköterskan har ett personligt ansvar för sina beslut och bedömningar och bör skaffa sig ett personligt förhållningssätt till den etiska koden. Sjuksköterskan ska även vara en länk med patienter, anhöriga och andra yrkeskategorier.

Moralisk stress har visat sig vara vanligt förekommande på många vårdavdelningar och skulle kunna uppstå ur många olika situationer i vårdmiljön (Rice, Rady, Hamrick, Verheijde & Pendergas, 2008). Upplevelser av moralisk stress verkar också var mer vanligt förekommande bland sjuksköterskor än hos läkare, skälet skulle kunna vara att de i större utsträckning arbetade närmare patienterna (Whitehead, Herbertson, Hamric, Epstein & Fisher, 2015).

Problemformulering

Sjuksköterskan har ett stort ansvarsområde där det ställs krav på god kompetens inom omvårdnad, medicinsk teknik och att handla etiskt rätt i arbetsrelaterade situationer. Sjuksköterskor ska i samtliga situationer arbeta för att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Utöver detta ska sjuksköterskor vara en levande länk med patienter, anhöriga och andra yrkeskategorier. Moralisk stress yttrar sig när en individ vet vad som är det rätta att göra men hindras från att göra detta genom organisatoriska eller andra institutionella faktorer. Att som sjuksköterska utsättas för moralisk stress skulle kunna ge negativa konsekvenser på individuell nivå samt för vården i stort. Moralisk stress och samvetsstress är båda begrepp som det forskars allt mer på och som börjar bli mer synliggjorda inom sjuksköterskeyrket.

Detta arbete syftar till att belysa moralisk stress hos sjuksköterskor för att nå en djupare förståelse om fenomenet. En djupare förståelse gör det mer begripligt och mer hanterbart,

vilket skulle kunna bidra till bättre verktyg för att förhålla sig till problematiken. Arbetet kan också bidra till att ge en större allmän kunskap och då bidra till att problematiken på sikt förändras till det bättre. Förhoppningen är att detta arbete kan komma att bidra till framtida förbättringar inom problemområdet *moralisk stress hos sjuksköterskan*.

Syfte

Syftet var att belysa moralisk stress hos sjuksköterskan.

Teoretiska utgångspunkter

Denna studie har utgått från Jean Watsons teori om mänsklig omvårdnad vilken är en teori som ser omvårdnad utifrån ett humanvetenskapligt och konstnärligt sammanhang (Watson, 1993). Teorin utgår från de mellanmänskliga relationerna där vårdandet handlar om samspel mellan *självet* hos både sjuksköterskor och hos patienter och har den mänskliga omsorgsrelationen som moraliskt ideal. Watson beskriver mänsklig omsorg som det moraliska idealet för omvårdnaden. Vårdandet är förankrat i en moralisk förpliktelse där det ingår att skydda människans värdighet. Teorin betonar ett av omvårdnadens viktigaste fokus, det ömsesidiga samspelet där lidande kan lindras. Sjuksköterskor behöver för att lyckas med sina omvårdnadsprocesser ha kunskap om deras egna styrkor och begränsningar. Samtidigt behövs det också visas känslighet gentemot det egna själv. Sjuksköterskor behöver behandla sig själva med värdighet och visa varsamhet innan en respektfull och värdig omsorg kan ges åt andra. Sjuksköterskor behöver även ha en djup självkänsla för att ge en god mänsklig omsorg.

För att sjuksköterskor ska kunna ge en god omvårdnad krävs det att de ser till sina egna behov (Watson, 2008). För att uppnå ett omsorgsfullt vårdande och inte tyngas ner av patienternas lidande behöver sjuksköterskor behandla sig själva med omsorg och vara i kontakt med sina egna känslor. När sjuksköterskorna tar hand om sig själva orkar de ge ett större stöd åt patienterna och skapa en omsorgsfull vårdande miljö. Att vara lyhörd för sina egna behov och känslor hjälper sjuksköterskor att vara mer lyhörd för patientens behov och förstå dennes känslor på ett djupare plan. Detta kan kopplas samman med de sjuksköterskor som upplever moralisk stress och är ett motiv till varför Watsons teori passar att användas som teoretisk utgångspunkt i detta arbete. Sjuksköterskorna måste värna om deras egenomsorg för att klara av att vara engagerade i deras vårdrelationer. För att kunna vara lyhörd gentemot patienternas känslor och upplevelser behöver sjuksköterskorna vara uppmärksamma på de egna känslorna. Att en god mellanmänsklig omvårdnad ges är en

grundläggande del i Watsons omvårdnadsteori och för att sjuksköterskor ska kunna utföra det krävs att miljön vårdandet utförs i är stödande för både sjuksköterskorna och patienterna. Centralt för Watsons teori är *de tio karativa omvårdnadsfaktorerna*. Denna studie har fokuserats särskilt på de två karativa faktorerna *känslighet gentemot självet och andra* och *att ge uttryck för positiva och negativa känslor* då författarna anser att dessa kan kopplas ihop med studiens syfte. Detta kommer att diskuteras vidare i arbetets diskussionsdel.

Metod

En litteraturöversikt med utgångspunkt i Fribergs (2012) metod för litteraturöversikter utfördes för att besvara studiens syfte. Litteraturöversikten som är en översikt av vetenskapliga studier, baserades på redan befintlig forskning om moralisk stress. I denna litteraturöversikt granskades det insamlade urvalet av den befintliga forskningen kritiskt. Efter granskningen kategoriserade, analyserade och tematiserade författarna materialet för att sammanställa det i ett resultat. Metoden användes för att skapa en överblick över problemområdet moralisk stress hos sjuksköterskor. Genom att kartlägga det aktuella kunskapsläget och identifiera kunskapsluckor kan litteraturöversikten bidra till att moralisk stress hos sjuksköterskor synliggörs och uppmärksammas enligt Friberg (2012). Detta kan leda till att en ökad förståelse uppnås inom det aktuella problemområdet för vidare användning i fortsatt forskning eller klinisk verksamhet.

Datainsamling och urval

För att i inledningen av denna litteraturöversikt få en förståelse och ett helhetsgrepp om det aktuella problemområdet och vad som tidigare forskats om inom området, utfördes sökningar som kunde tänkas vara av relevans för det valda syftet i olika sökmotorer och databaser. En begreppsanalys gjordes med hjälp av relevant litteratur för att komma fram till vilket begrepp som var lämpligast att användas för att generera sökningar som besvarade litteraturöversiktens syfte.

Enligt Forsberg och Wengström (2016) innehåller databaserna CINAHL, PubMed samt PsycINFO ett stort antal vårdvetenskapliga artiklar, varför författarna valde att utföra sökningar efter artiklar i dessa databaser. I sökningarna som inledningsvis utfördes i denna litteraturöversikt användes sökordet "*stress of conscience*" (samvetsstress). Det beslutades efter begreppsgenomgång att begreppet "moralisk stress", på engelska "*moral distress*" och "*moral stress*", fortsättningsvis skulle användas i syftet, sökningarna och därmed i resterande

delen av arbetet. Författarna använde båda de engelska begreppen som sökord för att generera ett bredare sökresultat då begreppen liknar varandra men utgår från olika teoretiska utgångspunkter. De slutliga sökorden som härledde till en tillräcklig mängd med artiklar för att utvinna ett resultat som besvarade litteraturöversiktens syfte var “*moral stress*”, “*moral distress*”, *nurses* och *experience*. I PubMed användes ämnesordet *nurses* från svenska MeSH och sökorden ”*moral stress*” eller “*moral distress*” och *experience* som en fritextsökning. I CINAHL användes ämnesordet *nurses* från databasens ämnesordslista och sökorden “*moral stress*” eller “*moral distress*” och *experience* som en fritextsökning. I PsycINFO användes fritext för alla sökord.

En boolesk sökteknik enligt Östlundh (2012) användes i samtliga databaser för att få en tydlig och avgränsad sökning, “OR” och “AND” användes för att koppla ihop sökorden. “AND” användes då båda orden skulle finnas med i träffarna, “OR” användes då någon eller båda sökorden skulle finnas med i träffarna. Sökorden och söktekniken genererade i sammanlagt 186 träffar med dubletter på vetenskapliga artiklar från samtliga databaser. Sökningarna presenteras för att skapa förståelse och för möjlighet av granskning i en sökmatrix (se *Bilaga 1*).

För att litteraturöversikten skulle få ett resultat som är relevant i vår moderna tid sattes en tidsbegränsning på artiklarna mellan år 2005–2017. Författarna valde ett tidsspänn på 13 år för att trots den moderna relevansen inte missa värdefulla artiklar. Det fanns ytterligare inklusionskriterier för artiklarna till litteraturöversikten. I de två databaserna PsycINFO samt CINAHL användes filtret “peer reviewed” som innebär att artikeln blivit granskad av en annan eller/ flera andra forskare. I PubMed fanns detta filter inte tillgängligt, varför den artikel som togs med därifrån granskades att den var “peer reviewed”. Denna granskning skedde i enlighet med tidskriften *Nursing Ethics* där den publicerats, som enbart publicerar artiklar som blivit tidigare granskade. Vidare begränsningar för sökningarna var att de var skrivna på engelska samt filtren “abstract available” och “full text”.

Då litteraturöversikten syftade till att belysa fenomenet moralisk stress hos sjuksköterskor genomfördes i första hand sökningar efter kvalitativa artiklar, då Friberg (2012) menar att kvalitativ forskning är lämpligt när det eftersträvas att förstå ett fenomen. Eftersom det inte fanns tillräckligt många relevanta artiklar av kvalitativ design för att besvara litteraturöversiktens syfte, söktes även kvantitativa artiklar.

I inledningen lästes de olika artikelrubrikerna som sökningarna genererade och av de som verkade passa in på syftet lästes artiklarnas (55) abstract av båda författarna. Det resulterade i att 21 artiklar valdes för närmare läsning där författarna delade upp dessa mellan sig och läste

samtliga artiklar för att få en gedigen bild av innehållet. Efter att författarna läst dem diskuterade författarna dess relevans och vetenskapliga kvalitet. Av de 21 artiklarna valdes elva artiklar till resultatet som redovisas i en resultatmatris (se *Bilaga 2*). De artiklar som valdes bort var dubletter, saknade forskningsetiska överväganden eller ansågs inte besvara litteraturöversiktens syfte på ett relevant sätt.

Analys

Resultatet i denna litteraturöversikt genomfördes genom en integrerad analys utifrån Kristenssons (2014) metod för analys och resultatsammanställning i litteraturstudier. En integrerad analysmetod gör det möjligt för författarna att presentera resultatet i arbetet på ett överskådligt sätt. Analysen genomfördes i tre olika steg, inledningsvis läste författarna igenom de artiklar som skulle vara med i litteraturöversiktens resultat flertalet gånger. När de valda artiklarna var lästa identifierades olikheter och likheter i dessa, vilka antecknades ner av författarna. Dessa diskuterades sedan för att säkerställa att en samsyn rådde inför en sammanställning av det som Kristensson (2014) benämner som kategoribildningen. Därefter bildades olika kategorier, etiketter, med hjälp av färgkodning som sammanställde resultatet i de artiklar som relaterade till varandra. Resultat som berörde samma upplevelser eller ämnen hamnade under samma etikett. Tre huvudkategorier med underkategorier skapades utifrån denna sammanställning. I det sista steget sammanställdes resultaten under de kategorier som framkommit, resultat som berörde samma upplevelser eller ämnen hamnade under samma kategori. En ny resultatbeskrivning med relevanta huvudkategorier och tillhörande underkategorier skapades för att få en struktur som var lättöverskådlig, vilket resulterade i denna litteraturöversikts resultatdel.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Forsberg och Wengström (2016) bör etiska överväganden göras innan ett arbete med en litteraturöversikt påbörjas. Friberg (2012) menar att urvalet av artiklar utgör de forskningsetiska övervägandena i en litteraturöversikt. Under urvalet av artiklar till denna litteraturöversikt granskade författarna att samtliga artiklar som inkluderades hade tillstånd av etisk kommitté eller råd, och att etiska överväganden noggrant gjorts i förväg. Med de forskningsetiska övervägandena menas att studiernas deltagare deltagit frivilligt, att de samtyckt till att delta, samt att de när som helst hade möjlighet till att dra sig ur. Informerat samtycke krävs från samtliga deltagare för att forskning ska få genomföras enligt *Lagen om*

etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Artiklar som vilade på forskningsetiskt godtagbara grunder och som besvarade denna litteraturöversikts problemområde och syfte valdes med till analysen. Författarna reserverar sig för eventuella tolkningsfel som uppstått i genomförandet av denna litteraturöversikt då samtliga av de valda artiklarna var skrivna på det engelska språket. De ord som var svåra att förstå översattes med hjälp av lexikon samt digitala hjälpmedel. Detta för att motsätta att data förvrängdes.

Denna litteraturöversikt har genomförts med ett öppet samt opartiskt förhållningssätt där det initierades att författarnas egna åsikter eller förförståelse inte skulle påverka utgången. Resultatet i denna litteraturöversikt baserades på resultatet i artiklarna.

Resultat

Syftet i denna litteraturöversikt var att belysa moralisk stress hos sjuksköterskan. Ur analysen urskildes tre olika huvudkategorier: ***bakomliggande orsaker till moralisk stress*** med tillhörande underkategorier *en bristande arbetsmiljö, kommunikation och ledarskap* och *individuella faktorer*, ***konsekvenser av moralisk stress*** med tillhörande underkategorier *fysiska konsekvenser* och *psykiska konsekvenser* och ***strategier för hantering av moralisk stress***.

Bakomliggande orsaker till moralisk stress

Under denna kategori beskrivs de orsaker som utifrån artiklarna identifierats som sjuksköterskornas upplevelse av vad som bidrog till känslor av moralisk stress.

En bristande arbetsmiljö

Sjuksköterskorna beskrev en stressad arbetsmiljö där patienterna endast fick den mest nödvändiga vården och där ett holistiskt förhållningssätt var svårt att få med i den dagliga vårdverksamheten (Storaker, Nåden & Sæteren, 2016). Det fanns inte heller tid för reflektion av moraliska dilemman vilket ledde till känslor av frustration hos sjuksköterskorna. Speciellt sjuksköterskor som arbetade natt hade extra svårt att hitta tid för samtal och reflektion, de hade också mindre möjlighet att medverka vid träffar som ledningen organiserade för att diskutera moralisk stress (Cronqvist, Lützen & Nyström, 2006).

Bristen på personal medförde att sjuksköterskorna tvingades att arbeta med en tyngre arbetsbörda och mer frekvent, vilket påverkade arbetsmiljön negativt och ledde till att arbetsuppgifterna inte kunde utföras på ett moraliskt tillfredsställande sätt (Atashzadeh

Shorideh, Ashktorab & Yaghmai, 2012; Maluwa, Andre, Ndebele & Chilemba, 2012). Otillräckligt med resurser såsom läkemedel och adekvat utrustning bidrog till att sjuksköterskorna inte kunde ge den vård de önskade och bidrog till känslan av otillräcklighet. På de arbetsplatserna där det inte fanns ett tillfredsställande organiserat stöd för att motverka och hantera moralisk stress kände sig sjuksköterskorna övergivna och tvingade att själva ta initiativ att söka stöd (Cronqvist et al., 2006; Maluwa et al., 2012). Bristen kunde bero på dåligt engagemang från ledningen men också på grund av att sjuksköterskorna själva inte tog tillfället i akt och att medverka när tillfälle gavs. Ett mer utvecklat stödsystem där frågor och funderingar kunde fångas upp av ledningen var någonting som efterfrågades av sjuksköterskorna. Detta troddes kunna bidra till en ökad delaktighet och en större lyhördhet på arbetsplatsen.

Kommunikation och ledarskap

En bristande kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare var en orsak som sjuksköterskorna upplevde som bidragande till moralisk stress (Bernhofer och Sorrell, 2014). Sjuksköterskorna upplevde frustration då läkarna inte var tillgängliga eller inte förstod det som sjuksköterskorna försökte förmedla. Frustrationen uppkom också av att sjuksköterskorna visste vad som borde göras men saknade möjlighet att genomföra detta utan läkares medgivande. När sjuksköterskornas etiska värderingar inte överensstämde med läkarnas beslut ökade nivån av moralisk stress (Atashzadeh Shorideh et al., 2012; de Veer, Francke, Struijs & Willems, 2013; Storaker et al., 2016). Sjuksköterskorna upplevde frustration och moralisk stress när läkarna inte avslutade den medicinska behandlingen trots att patienten, enligt sjuksköterskorna, inte längre skulle få fördelar av den. Trots detta tog inte sjuksköterskorna initiativ till att diskutera detta med läkarna utan lät situationen bero (Storaker et al., 2016). Då sjuksköterskorna blev tvungna att genomföra avancerade behandlingar som upplevdes ansträngande och krävande för patienten kände de sig maktlösa (Elpern, Covert och Kleinpell, 2005). Om behandlingen dessutom inte längre gjorde någon nytta för patientens hälsa upplevde sjuksköterskorna en rädsla för att göra patienten mer skada än nytta.

Kommunikationsproblem fanns både mellan kollegor, patienter och närstående (Atashzadeh Shorideh et al., 2012). Sjuksköterskorna var den profession som i störst omfattning interagerade med såväl patienter, närstående och andra yrkesgrupper. Detta ledde till att sjuksköterskorna var mer drabbade än andra yrkesgrupper av kommunikationsproblem och dess negativa effekter. Sjuksköterskorna upplevde även att anhöriga genom höga

förväntningar och felaktiga och olämpliga kommentarer kunde bidra till ökad moralisk stress (Elpern et al., 2005; Atashzadeh Shorideh et al., 2012). När patienter inte kunde uttrycka sina behov så att sjuksköterskorna förstod vad de ville kände sig sjuksköterskorna oförmögna att ge den vård patienten behövde, vilket ledde till att sjuksköterskorna blev upprörda och kände sig otillräckliga (Atashzadeh Shorideh et al., 2012). Sjuksköterskorna upplevde att kollegor bidrog till den moraliska stressen genom att komma försent till arbetet, vara otrevliga i närvaro av patienter och anhöriga samt visa bristfällig förståelse för sina kollegor (Maluwa et al., 2012). De upplevde också frustration och kände sig obekväma när kollegor av högre rang beordrade arbetsuppgifter som gick emot sjuksköterskans personliga moraliska övertygelse (Atashzadeh Shorideh et al., 2012).

Individuella faktorer

Sjuksköterskornas utbildning spelade en betydande roll för upplevelserna av moralisk stress (Atashzadeh Shorideh et al., 2012; de Veer et al., 2013; Bernhofer & Sorell, 2014; Hamaideh, 2014). En högre utbildningsnivå (specialistutbildning) bidrog till en högre nivå av moralisk stress hos sjuksköterskorna. Samtidigt gav en brist på relevant fortbildning, som till exempel smärtutbildning eller HLR, också en ökad nivå av moralisk stress. Arbetslivserfarenhet som sjuksköterska hade ett betydande samband med moralisk stress (Elpern et al., 2005; Hamaideh, 2014). Detta kunde ses hos sjuksköterskorna med kort arbetslivserfarenhet vilka hade en högre nivå av moralisk stress än de sjuksköterskorna med lång arbetslivserfarenhet. Å andra sidan fanns det enligt de Veer et al. (2013) inget signifikant samband mellan arbetslivserfarenhet och moralisk stress.

Sjuksköterskornas ålder hade enligt Clerici Radzvin (2011) och Hamaideh (2013) ett samband med moralisk stress. Yngre sjuksköterskor hade en hög nivå av moralisk stress, ju äldre sjuksköterskorna var ju lägre var nivåerna av moralisk stress. de Veer et al. (2013) hävdade dock att det inte fanns någon signifikant relation mellan ålder och moralisk stress bland sjuksköterskor.

Konsekvenser av moralisk stress

Denna kategori tar upp konsekvenser av moralisk stress hos sjuksköterskan. En stor del av sjuksköterskorna upplevde konsekvenser av fysisk och psykisk karaktär som både drabbade dem själva och patienterna (Elpern et al., 2005; Clerici Radzvin et al., 2011; Atashzadeh

Shorideh et al., 2012; Maluwa et al., 2012; Hamaideh, 2013; Bernhofer & Sorell, 2014; Robinson & Kellam Stinson, 2016; Storaker et al., 2016; Henrich et al., 2017).

Fysiska konsekvenser

Den upplevda moraliska stressen hos sjuksköterskorna ledde till trötthet till följd av orolig sömn och sömnbrist (Elpern et al., 2005; Atashzadeh Shorideh et al., 2012; Maluwa et al., 2012; Henrich et al., 2017). Andra fysiska symtom relaterat till moralisk stress var upplevelser av sjukdomskänslor hos sjuksköterskorna (Elpern et al., 2005; Clerici Radzvin et al., 2011; Maluwa et al., 2012). Sjukdomskänslorna kunde yttra sig som huvudvärk och magsmärtor samt muskelsmärtor. En minskad aptit påvisades även hos sjuksköterskorna som ett fysiskt symtom.

Sjuksköterskorna kände att upplevelserna av moralisk stress stal uppmärksamhet och energi och gjorde dem distraherade och mindre fokuserade. Den minskade uppmärksamheten och energin hos sjuksköterskorna ledde till att den basala omvårdnaden för patienterna prioriterades bort (Robinson & Kellam Stinson, 2016; Storaker et al., 2016). Detta uppmärksammades av anhöriga som klagade på en bristande basal hygien, specifikt munhygien och nedre toalett.

Psykiska konsekvenser

Känslor av frustration och maktlöshet var återkommande känslor hos sjuksköterskorna som upplevde moralisk stress, vilket rapporterades i en hög frekvens (Clerici Radzvin., 2011; Hamaideh., 2013; Bernhofer och Sorell., 2014; Storaker et al., 2016; Henrich et al., 2017). Sjuksköterskorna upplevde även känslor av skuld (Clerici Radzvin, 2011; Robinson & Kellam Stinson, 2016; Storaker et al., 2016). De kände skuld då de upplevde att de inte orkade engagera sig emotionellt i sina patienter eller inte ville vårda specifika patienter (Robinson & Kellam Stinson, 2016). Skuld kunde också upplevas då sjuksköterskorna inte lyckades upprätthålla den attityd de önskade (Storaker et al., 2016). Skam var en annan känsla som upplevdes då standarden på vården inte var så hög som sjuksköterskorna önskade (Henrich et al., 2017). Sjuksköterskorna upplevde ilska som i vissa fall kunde gå ut över sjuksköterskornas egna familjemedlemmar (Clerici Radzvin, 2011; Maluwa et al., 2012; Henrich et al., 2017)

Moralisk stress hade ett starkt samband till att sjuksköterskorna distanserade sig emotionellt gentemot patienterna de vårdade samt i andra vårdsituationer (Robinson &

Kellam Stinson, 2016; Storaker et al., 2016; Henrich et al., 2017). Tillståndet kan kallas *emotionellt immun*, vilket innebar att arbetsuppgifterna prioriterades efter ledningens principer trots att de gick emot sjuksköterskornas professionella etiska värderingar (Storaker et al., 2016). Sjuksköterskorna ”stängde av” sina känslor för att bli kapabla till att utföra sina arbetsuppgifter. Många sjuksköterskor uttryckte också att de grät under eller efter arbetspasset (Clerici Radzvin et al., 2011; Robinson & Kellam Stinson, 2016).

Strategier för hantering av moralisk stress

Sjuksköterskorna använde olika strategier för att orka bära på eller för att undvika att drabbas av moralisk stress (Elpern et al., 2005; Cronqvist et al., 2006; Clerici Radzvin, 2011; Maluwa et al., 2012; Robinson och Kellam Stinson, 2016; Storaker et al., 2016; Henrich et al., 2017). Att emotionellt distansera sig var ett sätt för sjuksköterskorna att undvika dåligt samvete och för att kunna fortsätta utföra sina arbetsuppgifter (Elpern et al., 2005; Robinson och Kellam Stinson, 2016; Storaker et al., 2016; Henrich et al., 2017). Att undvika och ignorera moraliskt laddade situationer var ett annat sätt för sjuksköterskorna att utföra sitt arbete och undfly den moraliska stressen (Clerici Radzvin, 2011; Maluwa et al., 2012; Henrich et al., 2017). Den moraliska stressen påverkade sjuksköterskorna så att de undvek kontakt med patienter och anhöriga i situationer där de ställdes inför etiska svårigheter. Sjuksköterskorna undvek dessa patienter för att spara tid, det ledde till en sämre vårdkvalitet både för patienterna och för dess anhöriga (Henrich et al., 2017).

En vanligt förekommande strategi var att diskutera och ta stöd från kollegor (Elpern et al., 2005; Cronqvist et al., 2006; Maluwa et al., 2012; Henrich et al., 2017). Det inofficiella stödet från kollegor var det mest tillgängliga stödet, speciellt då det inte fanns något officiellt stöd från ledningen. Stödet från kollegor var det mest uppskattade och fördelaktiga enligt många sjuksköterskor. Andra strategier för att klara av att arbeta trots moralisk stress var att med humor lätta upp arbetet med kollegor och patienter (Elpern et al., 2005; Robinson & Kellam Stinson, 2016). En del sjuksköterskor dövade även sina negativa känslor genom att dricka alkohol efter avslutat arbetspass. Genom att söka tröst och förlåtelse genom sin tro och religion kunde sjuksköterskorna lätta sitt samvete och klara av sitt arbete (Elpern et al., 2005; Maluwa et al., 2012; Robinson & Kellam Stinson, 2016). Till följd av moralisk stress hos sjuksköterskorna funderade ett betydande antal av dessa på att byta arbetsplats eller till och med lämna sjuksköterskeprofessionen helt och hållet för att slippa den moraliska stressen (Elpern et al., 2005; Clerici Radzvin et al., 2011; Maluwa et al., 2012; Henrich et al., 2017).

Diskussion

Nedan presenteras en metoddiskussion med syfte att diskutera tillvägagångssättet av den valda metoden samt diskutera styrkor och svagheter i denna litteraturöversikt (Friberg, 2012). Därefter följer en diskussion av det uppkomna resultatet i litteraturöversikten i enlighet med Jean Watsons teori om mänsklig omsorg, samt mot innehållet och resultatet i andra befintliga vetenskapliga artiklar.

Metoddiskussion

Denna litteraturöversikts syfte var att belysa fenomenet moralisk stress hos sjuksköterskor. Inledningsvis riktades litteraturöversiktens syfte på att belysa sjuksköterskors upplevelser av samvetsstress. Då detta visades vara ett ämne där det fanns begränsad forskning, fick författarna utforska begreppet ytterligare. Samvetsstress är ännu ett relativt nytt begrepp som har kommit att användas i vårdvetenskapliga sammanhang. Då författarna ville rikta in sina sökningar till att besvara syftet krävdes ett mer vedertaget begrepp som genererade en större mängd träffar. En begreppsanalys utfördes för att finna det begrepp som lämpades bäst till att besvara författarnas syfte. I sökningarna som inledningsvis utfördes användes sökordet *stress of conscience*. Då sökordet gav ett mycket begränsat sökresultat och efter begreppsanalysen visade sig vara ett mångtydigt och svårdefinierat begrepp ändrades sökordet istället till “*moral stress*” och “*moral distress*”. Sökordet *experience* användes då författarna från början hade som syfte att belysa sjuksköterskors upplevelser. När resultatet analyserades framkom att insamlad data behandlade hela fenomenet moralisk stress, varför översiktens syfte ändrades. Hade syftet från början varit att belysa fenomenet i sin helhet så hade sökorden till viss del ändrats för att från början ge en bredare sökning. För att besvara syftet genomfördes en litteraturöversikt som enligt Friberg (2012) är en strukturerad metod för att skapa en beskrivande sammanställning och få en helhetsförståelse för ett problem eller fenomen.

Studierna som låg till grund för resultatet i denna litteraturöversikt kom från åtta olika länder; Iran (1), Jordanien (1), Kanada (1), Malawi (1), Nederländerna (1), Norge (1), Sverige (1) samt USA (4). Detta kan ses som en styrka i litteraturöversikten då det styrker att moralisk stress är ett mångfaldigt begrepp och att resultatet kan implementeras i ett större sammanhang. Något som stärker att litteraturöversiktens resultat till viss del kan generaliseras var att artiklarna undersökte moralisk stress inom många specifika kontexter där intensiv- och akutsjukvården var främst förekommande. Utöver det fanns även artiklar från

anestesi, psykiatri, geriatrik och medicinska och kirurgiska vårdavdelningar. Resultatet kan dock inte generaliserat helt på vården då det existerar desto fler kontexter där fenomenet moralisk stress kan upplevas på olika sätt. Att flertalet artiklar var av kvalitativ design ansågs som positivt då Friberg (2012) menar att kvalitativ forskning är lämpligt när det eftersträvas att förstå ett fenomen. Dessutom togs även kvantitativa artiklar med då det enligt Forsberg & Wengström (2016) stärker trovärdigheten att få med både kvalitativ och kvantitativ forskning, eftersom att resultatet blir mer brett och applicerbart.

Författarna valde att tidsbegränsa sökningarna till en period av 13 år (2005–2017) då forskning ständigt är under utveckling och avsikten för denna litteraturöversikt var att belysa det aktuella fenomenet moralisk stress hos sjuksköterskor. Tidsbegränsningen kan ses som en styrka då det är tydligt att det var artiklar aktuella i vår moderna tid och samhällskontext som utgjorde resultatet. Sjukvården är även ständigt under förändring varför ett tidsspann bör vara begränsat.

En svaghet är att ett par artiklar inte enbart riktat in sig på sjuksköterskan utan även hos läkare och annan vårdpersonal. Författarna har tagit hänsyn till det och specifikt lyft ut sjuksköterskornas upplevelser ur artiklarna. Någoting som ytterligare kan ha påverkat utgången i litteraturöversikten och det följande resultatet var att deltagarna i de aktuella artiklarna till en majoritet var kvinnor. Det kan ifrågasättas om resultatet blivit annorlunda ifall det varit lika stor andel kvinnor som män hade deltagit i studierna. O'Connell (2014) stärker detta påstående genom att påvisa en signifikant högre nivå av moralisk stress hos de kvinnliga sjuksköterskorna än hos de manliga i en studie med inriktning på genuskillnader i upplevelser av moralisk stress.

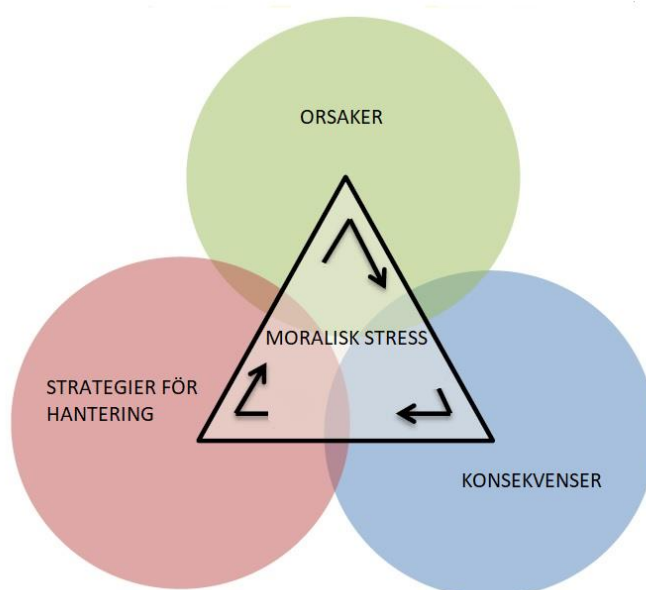
Någoting som uppmärksammades redan i litteraturöversiktens forskningsetiska överväganden var att samtliga artiklar var skrivna på engelska, vilket är något som kan ha påverkat resultatet då författarna har svenska som modersmål. Ord som inte förstods och som var tolkningsbara slogs därför upp och kontrollerades i lexikon. Författarna till denna litteraturöversikt intygar att arbetet dem emellan skett med ett gediget samarbete och lika stort engagemang från båda parter.

Resultatdiskussion

I litteraturöversiktens resultat framkom tre huvudkategorier; *bakomliggande orsaker till moralisk stress*, *konsekvenser av moralisk stress* och *strategier för hantering av moralisk stress*. Dessa kategorier belyser innebörden av moralisk stress hos sjuksköterskor. En

koppling verkar kunna ses mellan dessa tre kategorier. De bakomliggande orsakerna till moralisk stress hos sjuksköterskorna ledde till konsekvenser. Konsekvenserna ledde i sin tur till olika strategier för att hantera den moraliska stressen. Strategierna kunde i många fall bidra till nya orsaker som ökade den moraliska stressen ytterligare. Ett exempel på denna koppling skulle kunna vara att sjuksköterskorna saknade tid och resurser för att tillfredsställa patienternas behov, vilket kunde leda till att den basala omvårdnaden blev lidande. Sjuksköterskorna kunde då uppleva känslor av frustration och dåligt samvete över att de inte kunde handla enligt vad de ansåg som moraliskt rätt. Känslorna ledde till upplevelser av moralisk stress. För att hantera dessa känslor distanserade sig sjuksköterskorna emotionellt från patienterna och situationen. Att sjuksköterskorna distanserade sig emotionellt gav i sin tur ytterligare känslor av frustration och dåligt samvete och stärkte upplevelsen av moralisk stress. Utifrån detta kan den moraliska stressen ses som en negativ kedjereaktion som behöver brytas för att komma ur.

Kopplingen illustreras i *Figur 1*.



Figur 1.

Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde moralisk stress som följd av att veta vad som borde göras men saknar möjligheter att genomföra det. Detta tycks vara ett vanligt och återkommande problem som sjuksköterskorna inte hade tillräckligt med kunskap och resurser för att kunna hantera. Litteraturoversiktens resultatartiklar har sitt ursprung i en rad olika länder där nivån på vården och landets ekonomi är väldigt varierande. Författarna reflekterar över att den moraliska stressen inte verkade påverkas av vilken nivå vården är på eller av vilken välfärdstatus landet hade. Istället verkar den moraliska stressen påverkas mer av

sjuksköterskans personliga ambition och hur den ställs emot möjligheten att åstadkomma det sjuksköterskan önskar.

Moralisk stress inom vården kan definieras utifrån tre kriterier; känslighet för patientens sårbarhet och anatomi, upplevelser av yttre faktorer som hindrar från att göra rätt och att uppleva att inte ha kontroll över situationen. Detta kan kopplas till ett sjuksköterskeperspektiv och till resultatets första huvudkategori som är *bakomliggande orsaker till moralisk stress*. Där framkom att sjuksköterskornas arbetsmiljö och brist på kommunikation hade en stark påverkan på höga nivåer av moralisk stress. En stressad arbetsmiljö där brist på personal och resurser gjorde att sjuksköterskorna inte hann med sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt. Kriteriet att *uppleva yttre faktorer som hindrar från att göra rätt* kan tänkas uppfyllas då arbetsmiljö ses som en yttre faktor. Både genom egna erfarenheter, på arbetsplatser och av det som media visar upp upplever författarna att dagens sjukvård ska vara så kostnadseffektiv som möjligt. En vision om kostnadseffektivitet skulle kunna bli på bekostnad av arbetsmiljön, vilket då också skulle försvåra arbetet med att förhindra den moraliska stressen. Att arbeta för att förhindra moralisk stress är något som borde prioriteras av chefer och ledning för att ge en de anställda en bättre miljö men också för patienternas skull. I en studie beskrevs att chefssjuksköterskor hade försökt förbättra miljön för sina kollegor men inte lyckas då de inte hade möjlighet på grund av en begränsad budget (Prestia, Sherman & Demezier, 2017). I dessa situationer upplevde även chefssjuksköterskan moralisk stress. Det kan tänkas att det skulle vara mer gynnsamt att i dagens vårdsituation fokusera mer på att ge sjuksköterskorna bättre verktyg för att hantera den moraliska stressen genom till exempel utbildning och samtalsgrupper.

Reflektion kring den moraliska stressen kan ses som ett sätt att hantera den, dock fanns det oftast inte tid för reflektion kring de moraliska problem som skett under arbetspasset. Att inte ha tid till reflektion kan tolkas utifrån Jean Watsons (1993) *teori om mänsklig omvårdnad* som en svaghet då sjuksköterskan inte har möjlighet att vårda och visa känslighet mot det egna självet och av den anledningen inte kunna ge en tillfredsställande omvårdnad till sina patienter. Att ta hand om det egna självet kan även kopplas till den bristande arbetsmiljön där sjuksköterskorna genom att arbeta mer frekvent och med högre arbetsbelastning under arbetspassen inte fick möjlighet till återhämtning och att ta hand om sig själva. Detta bidrar enligt Watson till en sämre omvårdnad för patienterna. Resultatet av att sjuksköterskorna inte har tid för reflektion och återhämtning skulle också kunna påverka patientsäkerheten på ett negativt sätt.

Brist på kommunikation var ett vanligt förekommande problem och en orsak till moralisk stress. Luckor i kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare kunde vara att sjuksköterskorna inte tog initiativ till att diskutera vad de ansåg vara det moraliskt rätta att göra för en patient. Att sjuksköterskornas tankar och åsikter inte togs i beaktande vid beslutsfattande tror författarna skulle kunna bidra till känslor av att inte ha kontroll över situationen, vilket är ett kriterium för moralisk stress. Detta resultat har tidigare påvisats av Oberle och Hughes (2001) som visade att sjuksköterskorna upplevde moralisk stress då de inte hade möjlighet att påverka läkarnas beslutsfattande kring patienternas vård. De fick då utföra omvårdnadsåtgärder som de själva inte moraliskt stöttade och kände att de fick leva med konsekvenserna av någon annans beslut. En förbättrad kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor skulle alltså kunna sänka nivåerna av moralisk stress. Genom att använda kommunikationsverktyg som till exempel SBAR kan kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare underlättas och bidra till mindre missförstånd (Curtis, Tzannes & Rudge, 2011). Kommunikationen mellan kollegor kunde även förbättras genom att skapa ett arbetsklimat byggt på respekt och tillit. Att redan i grundutbildningen förberedas på att kommunicera med kollegor från andra professioner ansågs som en viktig del i att förbättra kommunikationen i det kliniska arbetet inom vården.

Sjuksköterskorna kan enligt ett kriterium för moralisk stress vara känsliga för patientens sårbarhet och autonomi. Författarna ansåg sig kunna se den känsligheten då patienter inte kunde uttrycka vad de ville och kände, vilket skulle kunna leda till att patienter hamnar i en sårbar situation med risk för att få sin autonomi kränkt. I en sådan situation skulle det kunna tänkas att sjuksköterskorna upplevde känslor av otillräcklighet och maktlöshet. Sjuksköterskornas nivå av moralisk stress ökade då patienternas autonomi kränktes, det beskrevs även att sjuksköterskor i dessa situationer kunde ifrågasätta den egna yrkeskompetensen (Papathanassoglou et al., 2012). Maktlöshet och frustration var vanliga känslor hos sjuksköterskorna som upplevde moralisk stress i situationer där de inte lyckades ge den vård och omsorg som patienterna behövde, vilket även stärks av andra forskningsresultat. Karlsson, Roxberg, da Silva och Berggren (2010) beskrev att sjuksköterskor ofta kände maktlöshet och frustration i situationer där deras personliga värderingar kom i konflikt med de beslut som fattades angående patientens vård. Andra känslor som förekom i samband med moralisk stress var skuld och skam. Skuld över att inte orka engagera sig i patienter eller upprätthålla en moraliskt rätt attityd på jobbet och skam över kvaliteten på vården de gav.

Watsons teori (2008) beskriver att sjuksköterskan behöver vara i kontakt med sina egna känslor och behov för att erhålla en djupare förståelse för patientens känslor och behov och för att undvika att tyngas ned av patientens lidande. Patienten bör kunna ge uttryck för både positiva och negativa känslor och sjuksköterskan ska finnas tillgänglig för att lyssna. Sjuksköterskorna i litteraturöversikten distanserade sig dock emotionellt till sitt arbete, framförallt mot sina patienter men också i andra situationer. Det kan tänkas att de känslor som den moraliska stressen gav upphov till påverkade sjuksköterskorna i den utsträckning att de varken orkade engagera sig i sin roll som sjuksköterska eller i sitt privatliv. För att kunna utföra sitt arbete och inte låta privatlivet bli påverkat blev de tvungna att stänga av sina känslor då de gick in i sin roll som sjuksköterska. Beteendet kan ses som ett sätt att hantera den moraliska stressen för att kunna fortsätta arbeta som sjuksköterska. Detta sätt att hantera sina känslor strider mot Watsons teori då sjuksköterskorna istället för att vara i kontakt med sina känslor stängde av dem. Genom att stänga av sina känslor kan sjuksköterskorna undvika att tyngas ned av patienternas lidande men de hindrar dem också från att förstå patienternas känslor och behov på ett djupare plan. Den moraliska stressen och att hantera den genom att stänga av sina känslor bidrar alltså till att sjuksköterskorna blir mindre engagerade i sina patienter. Frågan är då hur den personcentrerade omvårdnaden som ingår i sjuksköterskans ansvarsområde blir påverkad. Författarna frågar sig om den personcentrerade omvårdnaden blir lidande och mindre personlig när sjuksköterskorna stänger av sina känslor. Det kan tänkas att patienter upplever sjuksköterskor som stänger av sina känslor som mindre empatiska och frånvarande. Detta kan ge intryck av ett bristande engagemang från sjuksköterskans sida. Istället skulle andra sätt att hantera moralisk stress vara önskvärt. Sjuksköterskor hade utvecklat många olika strategier för att hantera den moraliska stressen och den vanligaste och mest uppskattade strategin var att samtala med kollegor. Strategierna för att hantera moralisk stress var oftast något som sjuksköterskorna blev tvungna att utveckla på egen hand och en del av sjuksköterskorna efterfrågade mer organiserat stöd. Det finns idag ännu inte tillräckligt med evidensbaserade strategier för att hantera moralisk stress bekräftar Hamric & Epstein (2017). Detta behövs lyftas och utvecklas för att finna fler lösningar innan sjuksköterskan drabbas för hårt av känslor som moralisk stress ger upphov till. Ledningen kan med fördel anordna workshops för att hjälpa sjuksköterskorna att hantera moralisk stress (Beumer, 2008). På träffarna diskuteras fenomenet moralisk stress, hur sjuksköterskorna upplever det och hur de tror att fenomenet kan förhindras. Klinisk handledning har visat sig vara effektivt som forum att mötas för sjuksköterskor som tenderar att uppleva moralisk stress (Hyrkäs, Appelkvist- Schmidlechner & Haataja, 2006).

Den blivande sjuksköterskerollen etableras redan i utbildningen till sjuksköterska. Det kan därför tänkas vara positivt att utbildningsaktörer anammar problematiken kring moralisk stress och gör den till ett givet inslag i utbildningen. Detta för att tidigt ge blivande sjuksköterskor möjlighet att finna strategier till hantering av moralisk stress inom den framtida sjuksköterskerollen. Att lära sig skilja mellan de olika livsrollerna är viktigt för att inte ta med de betungande känslor och tankar som arbetet kan medföra hem. Att lämna sjuksköterskerollen just på arbetet, kan hjälpa sjuksköterskor att återhämta sig mellan arbetspassen och uppleva ett starkare välbefinnande. Som Watson (1993) betonar är det av största vikt att sjuksköterskan värnar om och vårdar sig själv för att vara kapabel att vårda andra.

Kliniska implikationer

Författarna till denna litteraturöversikt vill öka kunskapen och förståelsen för fenomenet moralisk stress hos sjuksköterskor. Genom att läsa om fenomenet och förstå dess uppkomst kan det leda till att människor relaterar till det som tagits upp i arbetet och känna igen sig i liknande situationer. Således är denna litteraturöversikt användbar hos verksamma sjuksköterskor och de som arbetar med sjuksköterskor. Det skulle även vara givande för blivande sjuksköterskor att redan under utbildningen bli uppmärksammade på fenomenet moralisk stress och dess problematik.

Uppsatsen tar upp specifika orsaker till att sjuksköterskor upplever moralisk stress, där arbetsmiljö har en stor bakomliggande roll. Genom en ökad förståelse för hur moralisk stress uppstår genom en bristande arbetsmiljö, kan denna litteraturöversikt bidra till att förändra och skapa en mer gynnsam arbetsmiljö både för personal och patienter. För att skapa en mer gynnsam arbetsmiljö krävs det att personer med ett chefs- eller ledaransvar får med personalen och att alla är delaktiga. Sjuksköterskor uttrycker ett behov av att få tid till att reflektera kring arbetsrelaterade känslor och situationer som orsakar moralisk stress. Ett sätt att uppnå detta önskemål skulle kunna vara genom schemalagda arbetsplatsmöten, där det samtalas kring specifika situationer och upplevelser. För att någonting ska kunna förändras krävs det att det samtalas öppet om problematiken. Vår förhoppning med denna uppsats är att innehållet ska öppna upp för nya insikter och en djupare förståelse hos sjuksköterskor och deras arbetsgivare. Vi skulle även se att innehållet kommer till nytta för andra professioner som arbetar tillsammans med sjuksköterskor.

Förslag till fortsatt forskning

Moralisk stress är inte ett nytt fenomen, men forskningen kring problemet är förhållandevis ny. Det finns ett behov av att definiera begreppet i sig då aktuell forskning använder sig av olika begrepp inom samma problemområde. Initialt i detta arbete hade författarna svårigheter med att reda ut begreppen inom problemområdet, vilket bidrog till viss konfusion. Genom en tydligare definition av begreppen blir de olika betydelseerna bli lättare att förstå, därmed skulle problematiken kunna te sig mer verklig och greppbar i flera sammanhang. En tydligare definition kan även förenkla och förtydliga forskning kring problemområdet. Resultatet i denna litteraturöversikt visar ett behov av ytterligare forskning kring moralisk stress relaterat till problematiken den medför. Forskning kring fenomenet inom fler vårdkontexter och eventuellt andra yrkeskategorier skulle vara intressant för att uppmärksamma problematiken. Det skulle vidare vara fördelaktigt med forskning som visar hur moralisk stress påverkar det interprofessionella teamarbetet inom vården. Forskning som inriktar sig på hur arbetet inom de interprofessionella teamen påverkar upplevelser av moralisk stress är något som skulle vara intressant för att förstå problematiken på en högre nivå. Fler studier som undersöker moralisk stress ur ett genusperspektiv skulle vara viktigt för att få en tydligare bild av problematiken på genusnivå. Det skulle vidare vara gynnsamt med forskning som undersöker sambandet mellan moralisk stress och utmattning eller att sjuksköterskor flyr arbetsplatserna. Det finns dessutom ett kunskapsgap kring *evidensbaserade* strategier för att handskas med moralisk stress, vilket skulle vara intressant att fylla.

Slutligen önskar författarna till denna litteraturöversikt att en djupare forskning kring fenomenet görs. Fler kvalitativa studier som kartlägger sjuksköterskors individuella problematik kan bidra till bättre förståelse och hantering av moralisk stress. Detta skulle exempelvis kunna uppnås genom intervjuer med en fenomenologisk inriktning. Kvantitativa studier i större utsträckning skulle kunna bidra till att problematiken kring moralisk stress synliggörs även på politisk nivå. Dessa studier skulle kunna genomföras med hjälp av riksomfattande enkäter.

Slutsatser

Upplevelser av moralisk stress härstammar från att sjuksköterskor förhindras att handla på det sätt de själva anser vara rätt. Fenomenet har sin grund i sjuksköterskans yrkesroll som till stor del innebär att handla moraliskt rätt, att utöva vårdvetenskap på ett sätt som sätter patientens behov i det främsta rummet. Dock hindras sjuksköterskan i sitt moraliska handlande av

institutionella barriärer som gör att de inte kan eller får handla på det sätt de anser vara det moraliskt rätta.

Den moraliska stressen som sjuksköterskorna upplever, tillsammans med de andra förväntningar och krav som ställs på professionen, kan utöver en bristande arbetsförmåga och patientsäkerhet leda till ett nedsatt välbefinnande och försämrad hälsa. Detta kan i sin tur leda till utmattning och rentav en flykt från yrket som sjuksköterska. För att förhindra detta bör fenomenet därför tas upp i en större utsträckning och behandlas utifrån att skapa strukturella och organisatoriska förändringar.

Referensförteckning

* = Artiklar som utgör resultatet

- * Atashzadeh Shorideh, F. A., Ashktorab, T., & Yaghmaei, F. (2012). Iranian intensive care unit nurses' moral distress: A content analysis. *Nursing Ethics*, *19*(4), 464–478. doi:10.1177/0969733012437988
- *Bernhofer, E., & Sorell, M. (2014). Nurses managing patients' pain may experience moral distress. *Clinical Nursing Research*, *24*(4), 401–414. doi:10.1177/1054773814533124
- Beumer, C. (2008). Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *(27)*6, 263–267. doi:10.1097/01.DCC.0000338871.77658.03
- *Clerici-Radzvin, L. (2011). Moral distress in certified registered nurse anesthetists: Implications for nursing practice. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, *79*(1), 39–45. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- *Cronqvist, A., Lützen, K., & Nyström, M. (2006). Nurses lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*, *14*(5), 405 – 413. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00631.
- Curtis, K., Tzannes, A., & Rudge, T. (2011). How to talk to doctors: A guide for effective communication. *International Nursing Review*, *58*(1), 13–20. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00847.x
- Danielsson, M., Heimerson, I., Lundberg, U., Perski, A., Stefansson, C.-G., & Åkerstedt, T. (2009). Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär. (Socialstyrelsen Folkhälsorapport 2009) Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>
- *de Veer, A. J., Francke, A. L., Struijs, A., & Willems, D. L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(1), 100-108. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017
- *Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, *14*(6), 523-530. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- *Hamaideh, S. (2014). Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 33-41. doi:10.1111/inm.12000
- Hamric, A., & Epstein, E. (2017). A health system-wide moral distress consultation service: Development and evaluation. *HealthCare Ethics Committee Forum*, 29(2), 127-143. doi: 10.1007/s10730-016-9315-y
- *Henrich, J., Dodek, P., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S., Reynolds, S., & Rodney, P. (2017). Consequences of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *American Association of Critical-care Nurses*, 26(4), 48-57. doi:10.4037/ajcc2017786
- Humphries, A., & Woods, M. (2016). A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising is an uncompromising environment. *Nursing Ethics*, 23 (3), 265–276. doi:10.1177/0969733014564101.
- Hyrkäs, K., Appelkvist-Schmidlechner, K., & Haataja, R. (2006). Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing* 55(4): 521-535. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03936.x
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the Ethical issues*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Karlsson, M., Roxberg, Å., da Silva, A., & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: A Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), 224–231. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: För studenter inom hälso - och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lützén, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral stress: Synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3), 312–322. doi:10.1191/0969733003ne608oa
- Lützén, K., & Ewalds Kvist, B. (2012). Moral distress: A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HealthCare Ethics Committee Forum*, 24(1), 13-25. doi:10.1007/s10730-012-9178-9
- *Maluwa, V. M., Andre, J., Ndebele, P., & Chilemba E. (2012). Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics*, 19(2), 196-207. doi:10.1177/0969733011414968
- Mohammadi, M., Peyrovi, H., & Mahmoodi, M. (2017). The relationship between professional quality of life and caring ability in critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(5), 273-277. doi:10.1097/DCC.0000000000000263
- Norberg, A. (2011). Att känna sig otillräcklig: Om samvetsstress hos vårdpersonal. I H. Fällman., & B. Born (Red.), *Depressioner: Vanligare än vi vill tror* (s. 64–73). Umeå: Medicinska fakulteten
- Oberle, K., & Hughes, D. (2001). Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 707-715. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01710.x

- O'Connell, CB. (2014). Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nursing Ethics*, 22(1), 32 – 41. doi: 10.1177/0969733013513216
- Papathanassoglou D.E, E., Karanikola N.K, M., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., & Albarranm W. J. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*, 21(2), 41-52. doi:0.4037/ajcc2012205
- Prestia; A., Sherman, R., & Demezier, C. (2017) Chief nursing officer's experiences with moral distress. *Journal of Nursing Administration*, 47(2), 101-107. doi:10.1097/NNA.0000000000000447
- Rice, E., Rady, M., Hamrick, A., Verheijde, J., & Pendergas, D. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 360–373. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00798.x
- * Robinson, R., & Kellam Stinson, C. (2016) Moral distress: A qualitative study of emergency nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(4), 235-240. doi:10.1097/DCC.0000000000000185.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Seligman, M. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Simon & Schuster.
- SFS 2017:30. (1982). Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Rikstryckeriet.
- SFS 2001:453. (2001). Socialtjänstlag. Stockholm: Rikstryckeriet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:659. (2010). *Patentsäkerhetslag*. Stockholm: Sveriges riksdag.
- Statistiska Centralbyrån. (2017). *Sjuksköterskor utanför yrket*. Stockholm: SCB, Enheten för statistik om utbildning och arbete. Från http://www.sverigeisiffror.scb.se/contentassets/a5ea39c65d9b49748834329da112581f/uf0549_2016a01_br_a40br1703.pdf
- *Storaker, A., Nåden, D., & Sæteren, B. (2016). From painful busyness to emotional immunization: Nurses experiences of ethical challenges. *Nursing Ethics*, 24(5), 556–568. doi: 10.1177/0969733015620938
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförening. [Broschyr] Stockholm: Åtta.45 Tryckeri AB. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk->

sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-
sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-
legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf

- Sarvimäki, A., & Stenbock - Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik: Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber AB.
- Todaro-Franveschi, V. (2015) *Samvetsstress och utmattningssyndrom inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Ulrich, B. (2017). Recognizing and dealing with moral distress. *Nephrology Nursing Journal*, 44(4), 291–291. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder: University Press of Colorado.
- Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G., & Fisher, J. M. (2014). Moral distress among healthcare professionals: Report of an institution-wide survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 117-125. doi:10.1111/jnu.12115
- Wocial, L., & Weaver, M. (2013). Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: The moral mistress thermometer. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 167–174. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06036.x
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57–79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL	*HD:Nurses AND "moral distress" OR "moral stress" AND experience	65	Peer reviewed, Full text, 2005-2017, English	21	7	7
PsycINFO	"moral distress" OR "moral stress" AND nurses AND experience	96	Peer reviewed, Full text, 2005-2017, English	30	13	3
PubMed	*HD:Nurses AND "moral distress" OR "moral stress" AND experience	25	Full text, 2005-2017, English	4	1	1

**HD står för HEADINGS (ämnesord), används i CINAHL och PubMed.*

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Atashzadeh Shorideh, S., Ashktorab, T., & Yaghmai, F.	Iranian intensive care unit nurses' moral distress: A content analysis	2012, Iran, Nursing Ethics	Studiens syfte var att undersöka fenomenet moralisk stress hos intensivvårdssjuksköterskor i Iran.	Design: En kvalitativ design. Urval: En avsiktlig provtagningsteknik (purposive sampling technique) för att få till ändamålsinriktade resultat. 28 kliniskt arbetande sjuksköterskor och tre utbildare (21 kvinnliga, 10 manliga) som var verksamma i 12 olika städer i Iran. Datainsamling: Djupgående intervjuer med förutbestämda men öppna frågor. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet indikerade att intensivvårdssjuksköterskor i Iran upplever moralisk stress utav en mängd olika orsaker. Den främsta orsaken till att sjuksköterskorna upplevde moralisk stress kom av institutionella begränsningar. Sjuksköterskorna i studien hade viljan att engagera sig fullt i patienterna och dess anhöriga, men upplevde praktiska begränsningar som medförde att de kände sig maktlösa och upplevde moralisk stress vilket påverkade kvalitén på omvårdnaden.
Bernhofer, E., & Sorrell, J.	Nurses managing patient's pain may experience moral distress	2014, USA, Clinical nursing research	Att efter en tidigare studie vidare utforska hur sjuksköterskorna i den tidigare studien upplevde moralisk stress i situationer då de kände sig tvungna att smärtlindra sina patienter optimalt	Design: En kvalitativ sekundär analys av en tidigare GT studie. Urval: 48 legitimerade sjuksköterskor från medicin/kirurgavdelningar och akutmottagningen på ett stort sjukhus. Utvalda genom att de nyligen upplevt erfarenhet av att behandla patienter med akut eller kronisk smärt. Datainsamling: Intervjuerna från den tidigare studien användes i originalformat. Analys: Kvalitativ sekundär innehållsanalys av en tidigare grounded theory studie.	Resultatet indikerar att många sjuksköterskor upplever frustration och moralisk stress då de inte kan ge patienten adekvat smärtlindring. Hindren som sjuksköterskorna upplever för att lyckas med smärtlindring är dålig kommunikation med läkarna och brist på kunskap hos de olika professionerna.
Clerici Radzvin, L.	Moral distress in certified registered nurse anesthetists:	2011, USA, American Assosiation of	Syftet med studien var att undersöka huruvida legitimerade anestesijuksköterskor upplevde	Design: En undersökande deskriptiv studie. Urval: Randomiserat urval av 800 legitimerade anestesijuksköterskor	Resultatet i studien indikerar på att förekomst av moralisk stress existerar hos legitimerade anestesijuksköterskor. Sjuksköterskorna i studien upplevde

	implications for nursing practice	Nurse Anesthetists Journal	moralisk stress i verksamheten.	kopplade till "American association of nurse anesthetist". 293 sjuksköterskor besvarade enkäten. Datainsamling: Två enkätformulär; ett demografiskt data-enkät samt "Etiska stress-skalan". Analys: Deskriptiv analysmetod.	generellt en moralisk stress som orsakades av att de ansåg sig veta vad som var rätt att göra i vissa situationer, men inte hade möjligheten att följa detta fullt ut. En annan viktig aspekt i resultatet var att de aktuella sjuksköterskorna föredrog att prata om den upplevda moraliska stressen och dess konsekvenser hos sina närstående istället för på arbetsplatsen. Detta kunde till viss del härledas till rädsla av att bli av med arbetet.
Cronqvist, A., Lützen, K., & Nyström M.	Nurses lived experiences of moral stress support in the intensive care context	2006, Sweden, Journal of nursing management.	Syftet var att analysera och beskriva sjuksköterskors levda erfarenhet av stöd relaterat till moralisk stress inom intensivvården.	Design: En utforskande och tolkande studie inspirerad av hermeneutiken. Urval: 36 sjuksköterskor som arbetade på en allmän-, thorax- eller neonatal akutmottagning medverkade i studien. Datainsamling: Data samlades in via öppna och djupa intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet visade dels att stödet vid moralisk stress är väldigt olika beroende på arbetsplats. På en del enheter finns organiserade stödgrupper och på andra enheter finns inget organiserat stöd alls. Den andra delen av resultatet visade att sjuksköterskorna själva behövde engagera sig för att det organiserade stödet skulle bli av. Det visade också att det organiserade stödet ofta krockade med den anställdes lediga tid vilket ledde till ett dilemma för den anställde. Det inofficiella stödet, kollegor emellan, visade sig vara det mest vanliga stödet och var i allmänhet mer lättillgänglig, förutsatt att "rätt" kollegor var i tjänst.
Elpern, E., Covert, B., & Kleinpell, R.	Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit	2005, USA, American journal of critical care	Studiens syften var följande: -Att bedöma nivån av moralisk stress hos sjuksköterskor arbetandes på en medicinsk intensivvårdsavdelning - Identifiera situationer som härledde till upplevelser av moralisk stress - Utforska de eventuella konsekvenser moralisk stress medförde.	Design: En undersökande, deskriptiv, icke-experimentell enkätstudie genomfördes. Urval: Potentiella respondenter till studien identifierades av personalbemanningen för sjuksköterskor på medicinskt centrum på det aktuella sjukhuset. Resulterade i ett deltagarantal på 28 av 39 (72%) deltagare. Datainsamling:	Sjuksköterskorna i studien rapporterade en medelhög förekomst av moralisk stress inom samtliga områden. De högsta nivåerna av upplevd moralisk stress härleddes till att ge en "aggressiv vård" till patienter som inte förväntades att få fördelar av denna. Deltagarna rapporterade även att deras upplevelser av moralisk stress påverkade deras arbetsglädje, psykiska och fysiska hälsa, samt självbild på ett negativt sätt.

				Enkät bestående av en moralisk stress skala samt deltagarnas egna skrivna ord av upplevelser av moralisk stress. Analys: Deskriptiv analysmetod.	
Hamaideh, S.	Moral distress and its correlates among health nurses in Jordan	2014, Jordanien, International journal of mental health nursing	Syftet med studien var att undersöka moralisk stress hos psykiatrisjuksköterskor i Jordanien.	Design: Deskriptiv korrelationell tvärsnittsstudie Urval: Deltagarna valdes från det sjukhus i Jordanien som hade flest antal psykiatrisjuksköterskor anställda. Datinsamling: Anonyma enkäter. Analys: Stegvis regressionsanalys.	Resultatet i studien visade att intensitetsnivån av moralisk stress bland psykiatrisjuksköterskor i Jordanien är relativt hög. I resultatet framkom också ett antal variabler (t. ex. ålder, erfarenhet och inkomstnivå) som korrelerade med moralisk stress.
Henrich, N., Dodek, P., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S., Reynolds & Rodney P.	Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study.	2017, Canada, American association of critical-care nurses	Syftet med studien var att undersöka konsekvenserna av moralisk stress hos personal inom enheter för intensivvård i Vancouver, Kanada.	Design: Kvalitativ design. Urval: Inledningsvis skapades en enkätstudie där läkare och sjuksköterskor på 13 intensivvårdsenheter besvarade frågor om moralisk stress. Ledde till fokusgrupper om 10 med sammanlagt 56 deltagare. Intervjuerna var en timme vid fyra olika tillfällen. Datinsamling: Intervjuer under fyra olika tillfällen. Analys: Påstående/tillskrivningsanalys.	Studiens huvudsakliga resultat talade för att den moraliska stress som vårdpersonal inom den intensiva vården upplever leder till känslor av emotionellt obehag. Det visar också att vården av patienter riskerar att bli påverkad negativt, samt att sjuksköterskor som arbetar inom intensivvård löpte en risk att sluta arbeta inom den typen av vård.
Maluwa, V., Andre, J., Ndebele, P., & Chilemba, E.	Moral distress in nursing practice in Malawi	2012, Malawi, Nursing Ethics	Att utforska förekomsten av moralisk stress bland sjuksköterskor i Lilongwe distriktet i Malawi.	Design: Ett kvalitativt närmande och en deskriptiv forskningsdesign. Urval: 20 kvinnliga Malawiska sjuksköterskor från olika vårdinstitutioner. Alla hade 18 månaders yrkeserfarenhet eller mer och alla var minst 25 år gamla. Datinsamling: Skedde genom att en semistrukturerad intervjuguide användes. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet visar att sjuksköterskor i Malawi upplever moralisk stress relaterat både till patienten och vårdandet. Resultatet delades in i fem olika teman där de största områden handlade om brist på resurser och respekt. Resultatet visade också att sjuksköterskorna i Malawi behöver bli mer medvetna om moralisk stress för att de ska kunna känna igen och hantera det.

Robinson, R., & Kellam Stinson, C.	Moral Distress: A qualitative study of emergency nurses	2016, USA, Dimens Crit Care Nurs	Syftet var att kartlägga hur akutsjuksköterskor definierade moralisk stress, beskriva deras upplevelser av moralisk stress och dess påverkan, samt identifiera möjliga strategier för att stå emot moralisk stress.	Design: En kvalitativ forskningsdesign med fenomenologisk inriktning. Urval: Ett bekvämlighetsurval skedde och resulterade i att åtta legitimerade sjuksköterskor (sex kvinnliga och tre manliga) från tre olika akutmottagningar belägna i en mellanstor stad i södra USA. Datinsamling: En öppen intervjumetod med fem primära frågor användes. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	De intervjuade sjuksköterskorna beskrev den upplevda moraliska stressen som en konflikt mellan det de visste var det rätta och mellan de som bestämde (organisatoriskt). Sjuksköterskorna upplevde ofta moralisk stress när de utförde uppgifter eller gav omvårdnad som de själva inte stod upp för. Det beskrevs att det inte fanns tillräckligt med tid att hinna reflektera över egna känslor under arbetspasset. De upplevde även att de saknades stöd för deras upplevelser av moralisk stress, och att de hanterade dessa känslor genom att samtala med kollegor.
Storaker, A., Nåden, D., & Saeteren, B.	From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges	2016, Norway, "Nursing Ethics"	Att få en djupare förståelse för hur sjuksköterskor hanterar etiska utmaningar i den dagliga verksamheten. Frågeställningen var "Vilka etiska utmaningar möter sjuksköterskorna i den dagliga verksamheten?"	Design: En kvalitativ design med hermeneutiskt perspektiv. Urval: Nio legitimerade sjuksköterskor i åldrarna 25–57 år som arbetade på tre olika avdelningar; två kirurgiska samt en medicinsk, på ett universitetssjukhus i Norge. Kriterierna för urval var minst 2 år yrkeserfarenhet och att vara intresserad av ämnet. Datinsamling: Intervjuer utifrån en förutbestämd mall av frågor med var och en av de nio sjuksköterskorna. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Studiens resultat visade att sjuksköterskorna upplevde att de hade för lite tid för att ägna sig åt deras etiska värderingar i praktiken. Ju mer sjuksköterskorna vände sig vid avdelningens miljö och rutiner, desto mer lärde de sig att inte bli personligt engagerade. Från att ha upplevt sig själva som idealiska och självkritiska upplevde de att de blivit emotionellt immuna.
De Veer, A., Francke, A., Struijjs, A., & Willems, D.	Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey	2012, Netherlands, International journal of nursing studies	Att identifiera individuella och arbetsrelaterade egenskaper kopplade till moralisk stress i daglig sjuksköterskeverksamhet i Nederländerna.	Design: En korrelationell tvärsnittsstudie. Urval: holländsk vårdpersonal (365 deltagare) fullförde två enkät. Datinsamling: en enkät om individuella och arbetsrelaterade egenskaper samt en enkät som undersökte frekvensen och intensiteten av moralisk stress Analys: Stegvis regressionsanalys.	Höga nivåer av moralisk stress var relaterade till en låg nivå av arbetsglädje. Den moraliska stressen upplevs högre när sjuksköterskorna inte har tillräckligt med tid för att ge en god vård till patienterna. Sjuksköterskor som arbetade 30–40 h/vecka upplevde lägre moralisk stress än de sjuksköterskor som arbetade färre timmar/vecka.