

UMEÅ UNIVERSITY MEDICAL DISSERTATIONS

New Series No 1149 – ISSN – 0346-6612 – ISBN 978-91-7264-484-7

The Department of Nursing, Medical Faculty, Umeå University, Umeå Sweden

**SAMVETE I VÅRDEN - ATT MÖTA DET MORALISKA
ANSVARETS RÖSTER**

VERA DAHLQVIST



Umeå 2008

Copyright © 2008 by Vera Dahlqvist
ISBN 978-91-7264-484-7

Printed by: Print & Media, Umeå, 2007:2003805

Till Anders

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
SAMMANFATTNING	3
ABSTRACT IN ENGLISH	5
ORIGINALARTIKLAR	7
INLEDNING	8
BAKGRUND	10
Samvete	10
<i>Olika perspektiv på samvete</i>	10
<i>Samvete i vården</i>	14
<i>Moralisk känslighet, etisk känslighet och etisk sensibilitet i vården</i>	15
<i>Moralisk stress och samvetsstress i vården</i>	17
Tröst	19
<i>Tröst i vården</i>	19
<i>Tröst som hanteringsstrategi</i>	20
MOTIV FÖR STUDIEN	21
ÖVERGRIPANDE SYFTEN OCH DELSYFTEN	23
METOD	23
Design	23
Deltagare	27
<i>Delstudie I</i>	27
<i>Delstudie II</i>	27
<i>Delstudie III</i>	27
<i>Delstudie IV</i>	27
<i>Delstudie V</i>	28
Etiska överväganden	28
Datainsamling	29
Enkäter	29
<i>Skrifliga redogörelser</i>	30
<i>Intervjuer</i>	30
Analys av data	31
<i>Statistisk analys</i>	31
<i>Tolkning av text</i>	31
RESULTAT	33
<i>Delstudie I</i>	34
<i>Delstudie II</i>	35
<i>Delstudie III</i>	37
<i>Delstudie IV</i>	39
<i>Delstudie V</i>	40
DISKUSSION OCH REFLEKTION	41
<i>Att leva med det dåliga samvetet</i>	41
<i>Att svara an på det etiska kravet</i>	41
<i>Känslans, förnuftets och viljans röst</i>	42
<i>Otillräcklighet, skam och skuld</i>	44
<i>Tröst, försoning och praktisk visdom</i>	46
Metodologiska överväganden	47
<i>De kvantitativa metoderna</i>	47

<i>De kvalitativa metoderna</i>	49
Slutsatser	50
Betydelse för vården.....	50
SUMMARY IN ENGLISH.....	52
TACK	55
REFERENSER.....	57
APPENDIX	68
ORIGINAL ARTIKLAR I-V	72

SAMMANFATTNING

Avhandlingen omfattar fem delstudier och har som övergripande syfte dels att utveckla och validera enkäter som används för att studera samband mellan syn på samvetet, moralisk känslighet och utbrändhet, dels att tolka innebörder av dåligt samvete mot bakgrund av kunskap om självtröst. I delstudie I konstruerades en ny enkät "Syn på samvete" (PCQ), eftersom inga enkäter som fångar både positiva och negativa aspekter i samvete fanns att tillgå. Enkäten bygger på explorativa intervjuer (n = 10) och genomgång av relevant litteratur och validerades bland vårdare (n = 444) i olika verksamheter. Enkäten består av 15 påståenden om samvetets ursprung, funktion och betydelse. Resultatet av delstudie I visar att vårdarna ser på sitt samvete som auktoritet, varningssignal, känslighetskrävande, tillgång, börda och som kulturberoende och vår slutsats är att enkäten är valid. I delstudie II reviderades en befintlig enkät "Moralisk känslighet" för att kunna användas inom i olika verksamhetsområden i vården (MSQ-R). Den reviderade enkätens nio påståenden validerades bland vårdare (n = 278) i olika verksamheter. Svaren i båda enkäterna har analyserats med hjälp av deskriptiv statistik och faktoranalys. Resultatet av delstudie II visar att vårdarna upplever sin moraliska känslighet som känsla av moralisk börda, känsla av moralisk styrka, och känsla av moraliskt ansvar och vår slutsats är att också denna reviderade enkät är valid.

I delstudie III användes de två enkäterna (PCQ och MSQ-R) tillsammans med en vanligt förekommande enkät om utbrändhet (MBI) för att samla in data från psykiatrisk verksamhet inom två sjukvårdsdistrikt i norra Sverige (n = 101). Data analyserades med hjälp av deskriptiv statistik och klusteranalys för att studera samband mellan vårdarnas skattningar av syn på samvete (PCQ), moralisk känslighet (MSQ-R) och utbrändhet (MBI). Resultatet av delstudie III visar samband mellan skattningar i PCQ, MSQ-R och MBI i två kluster: upplevelser av moralisk integritet (A), och upplevelser av betungande ansvarsskyldighet (B). Skattningarna av betungande ansvarsskyldighet visar positiva samband med skattningarna av emotionell utmattning (EE) och depersonalisation (DP), två subskalor av MBI. Resultatet kan tolkas utifrån K. Lögstrups, E. Fromms och skolastikens teorier om samvetets betydelse för människor och ger underlag för vidareutveckling av PCQ och MSQ-R.

För delstudie IV samlades data genom skriftliga redogörelser bland vårdare och blivande vårdare (n = 168) och kvalitativ innehållsanalys användes för att studera strategier för självtröst i stressfyllda situationer. Resultatet av delstudie IV visar att vårdare och blivande vårdare beskriver tröst i två olika riktningar: som förmåga att visa omsorg om sig själva (ingression) och som

förmåga att känna samhörighet med livet, människor och/eller Gud (transcendens). Båda dessa förmågor kan relateras till Winnicotts objektrelations teori. Utifrån uppfattningen om samvete, självskattad i delstudie III, valdes tio vårdare för personlig intervju i samtalsform för delstudie V. Intervjuerna tolkades med hjälp av fenomenologisk hermeneutisk metod. Resultatet visar att en innebörd i att leva med dåligt samvete är att inse att ens otillräcklighet gör att man oavsiktligt sviker patienter samt att kämpa för att behålla sin självrespekt. Två teman ”att konfronteras med sin otillräcklighet” och ”att kämpa för att se sig själv som god nog” formades i strukturanalysen. Den sammanvägda förståelsen pekar mot att otillräcklighet - egen och organisationens - kan skapa känslor av skam snarare än skuld och den pekar även mot vårdarnas förmåga att genom tröst komma till försoning och kunna behålla sin känsla av moralisk integritet och professionell stolthet.

Både de kvantitativa och kvalitativa delstudierna i denna avhandling fördjupar förståelsen av två olika sätt att leva med dåligt samvete. Om vårdarna uppmärksammar känslan och tolkar samvetets budskap så upplever de sitt samvete som en tillgång. Om de å andra sidan känner att de måste döva sitt samvete för att kunna stanna kvar i vården, finns det samband med emotionell utmattning och depersonalisation. Såväl de kvantitativa som de kvalitativa delstudierna pekade mot vikten av att vårdare varseblir och erkänner sin sårbarhet och felbarhet och att de själva, eller med stöd från andra, finner tröst och försoning. Försonade med sin och andras otillräcklighet kan de utveckla nya möjligheter att gottgöra dvs. de utvecklar praktisk visdom.

Nyckelord: enkäter, moralisk känslighet, praktisk visdom, samvete, samvetsstress, tröst, utbrändhet, vårdare

ABSTRACT

The overall aim of this thesis is twofold: first, to develop and validate questionnaires that could be used for investigating relationships between perceptions of conscience, moral sensitivity and burnout and second, to describe patterns of self-comfort used to ease stress and illuminate meanings of living with a troubled conscience. The thesis comprises five studies and is based on both quantitative and qualitative data.

In study I, a questionnaire was constructed to assess perceptions of conscience; the Perceptions of Conscience Questionnaire (PCQ). This 15 item-questionnaire was distributed to 444 care providers. Statistical analyses of responses showed sufficient distribution and a stable six-factor solution congruent with reviewed literature. The six factors were labelled: 'the voice of authority', 'warning signal', 'demanding sensitivity', 'asset', 'burden' and 'depending on culture'. The findings suggest that the PCQ is a valid questionnaire. The aim of study II was further development of an existing questionnaire assessing care providers' moral sensitivity, enabling its use in various care contexts. The revised nine-item questionnaire, the Moral Sensitivity Questionnaire Revised version (MSQ-R), was distributed to 278 care providers with various professional backgrounds. Statistical analyses of responses showed sufficient distribution and a three-factor solution congruent with reviewed literature. The three factors were labelled: 'sense of moral burden', 'sense of moral strength,' and 'sense of moral responsibility.' The findings suggest that MSQ-R is valid for use in various healthcare contexts. In study III, the PCQ, the MSQ-R and the Maslach Burnout Inventory (MBI) were distributed to a population of psychiatric care providers (n=101) to investigate relationships between perceptions of conscience and moral sensitivity and levels of burnout. The hierarchical cluster analysis shows two clusters with Pearson's $r \geq .50$. Cluster A comprising items such as: being sensitive, interpreting and following the voice of conscience that warns us against hurting others or ourselves and developing as human beings was labelled 'experiencing a sense of moral integrity'. Cluster B comprising items such as: feeling inadequate, doing more than one has strengths for, feeling always responsible, having difficulties to deal with wearing feelings, perceiving that conscience gives wrong signals and express social values, having to deaden one' conscience, were all related to scores of the MBI subscales emotional exhaustion (EE) and depersonalisation (DP). Cluster B was labelled 'experiencing a burdening accountability'. The results show that levels of 'experiencing a burdening accountability' are closely related to levels of being at risk of burnout.

The aim of study IV was to describe patterns of self-comforting measures used to ease stress. The written accounts of 168 care providers and healthcare students were analysed by means of qualitative content analysis. The findings disclose two dimensions: an ability to use early learned measures to take care of oneself (ingression) and an ability to feel intimately related to life, other

human beings and universe or God (transcendence). The findings provide valuable knowledge about self-comfort as a coping strategy. The aim of study V was to illuminate meanings of living with a troubled conscience. Ten psychiatric care providers, respondents of study III with various perceptions of conscience were interviewed. The interviews were interpreted using phenomenological - hermeneutical method. The findings show that one meaning of living with a troubled conscience is being confronted with inadequacy and struggling to view oneself as 'good enough.' The comprehensive understanding indicates that inadequacy, both one's own and that of organization one represents, infuse feelings of shame rather than feelings of guilt. Shame concerns one's identity and need of reconciliation.

Conclusions: The results reveal two ways of encountering a troubled conscience. One is being unable to interpret the ethical demand from a troubled conscience. This is indicated by connections between levels of moral burden and levels of burnout. The other way is being able to interpret the ethical demand and using one's troubled conscience to develop practical wisdom. This means facing shame of feeling inadequate, reconciling images of the ideal self and self-contempt, and becoming realistic about what one can do. In this process comfort seems to be a mediator of reconciliation.

Keywords: burnout, questionnaire, moral sensitivity, practical wisdom, conscience, stress of conscience, comfort, care provider

ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen baserar sig på följande artiklar. I texten hänvisas till respektive artikel med dess romerska siffra.

- I. Dahlqvist V, Eriksson S, Glasberg AL, Lindahl E, Lützén K, Strandberg G, Söderberg A, Sørle V, Norberg A (2007). Development of the Perceptions of Conscience Questionnaire. *Nursing Ethics* 14 (2), 181-193
- II. Lützén K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. (2006) Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics* 13 (2), 187-196
- III. Dahlqvist V, Eriksson S, Lützén K, Söderberg A, Norberg A. Perceptions of conscience, moral sensitivity and burnout among psychiatric staff (Manuscript)
- IV. Dahlqvist V, Söderberg A, Norberg A (2007). Dealing with stress: patterns of self-comfort among health care students. *Nursing Education Today*, in press
- V. Dahlqvist V, Söderberg A, Norberg A. Facing inadequacy and being 'good enough': psychiatric therapists' narratives about living with a troubled conscience (Submitted manuscript)

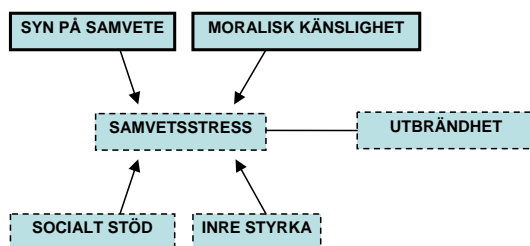
Artiklarna har tryckts med tillstånd från respektive tidskrift

INLEDNING

”Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. De har utrustats med förnuft och samvete och bör handla gentemot varandra i en anda av gemenskap” säger artikel 1 i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter. Under min uppväxt i det socialistiska Tjeckoslovakien beundrade jag dem som hade modet att öppna sin ställning mot regimens förtryck. När jag i yngre tonåren kände mig tvungen att ansöka om medlemskap i det socialistiska ungdomsförbundet, upplevde jag att jag svek mig själv och indirekt även de jag kände aktning för och jag tog omsider tillbaka min ansökan. Detta blev en personlig upplevelse av samvetsnöd men också en läxa att det kostar något att ha ett samvete. När jag som vuxen arbetade i vården drabbades jag ibland av dåligt samvete när jag tyckte att jag handlade fel eller när patienter verkade missnöjda. Under arbetet med magisteruppsatsen blev jag medveten om att också mina kolleger kämpade med smärtsamma känslor när de inte förmådde hjälpa lidande patienter. Jag lärde mig att det dåliga samvetet kan vara både konstruktivt och destruktivt och att vi kan behöva tröst när vi inte lyckas göra det goda vi vill göra. Vården ställer stora krav på vår medicinska, sociala och etiska kompetens och det är inte möjligt att alltid vara god och att alltid göra rätt. Den egna oförmågan och vårdens begränsade resurser är bara några av hindren. Det finns många tillfällen i vårdarbetet då otillräckligheten ger dåligt samvete och som väcker behov av tröst.

Denna avhandlings delstudier ingår i två större studier vid Institutionen för omvårdnad, ledda av professor Astrid Norberg; *Samvetsstress i vården* och *Tröstprojektet*. Att delta i projektet *Samvetsstress i vården* gav mig möjlighet att fördjupa mig i samvetets betydelse samtidigt som *Tröstprojektet* gav mig möjlighet att fördjupa mig i hur tröst kan göra det möjligt att leva med sitt dåliga samvete. Avhandlingens delstudier har ett vårdarperspektiv. Projektet *Samvetsstress i vården* undersöker sambandet mellan den stress som det dåliga samvetet kan ge upphov till (samvetsstress) och utbrändhet (utmattningssyndrom) i vården (Glasberg et al 2006; 2007a; b; c; Juthberg et al 2007a; b; Ericson-Lidman et al 2007 a; b; Gustafson et al 2007). I tidigare intervjuer om etiskt svåra situationer i vården har vårdare spontant talat om sitt dåliga samvete. Det spontant omnämnda dåliga samvetet och en växande psykisk ohälsa bland vårdare ledde till följande projektidé: ”Vårdare som har hög moralisk känslighet kan uppleva etiska krav som kan ge dem dåligt samvete när de inte handlar i överensstämmelse med dessa krav. Hur de sedan reagerar på dåligt samvete är relaterat till deras uppfattning om samvetets ursprung och betydelse. Hög grad av inre styrka och gott socialt stöd kan hjälpa dem att hantera samvetsstress” (Norberg 2003 E2003-033; K 2006-27X-20068-01-3) (Figur 1). Denna avhandlings delstudier fokuserar

inom projektet *Samvetsstress i vården* specifikt på vårdarnas uppfattningar om och upplevelser av samvete och moralisk känslighet.



Figur 1. Skiss över projektet *Samvetsstress i vården*

Tidigare intervjuer om etiskt svåra situationer i vården pekade också på betydelsen av tröst för både patienter och vårdare. I *Tröstprojektet* har en modell skapats och tröst undersöks från olika perspektiv: intensivvård, hospicevård, vård vid demenssjukdom, vård vid stroke, vård i samband med upprepade självmordsförsök, hög ålder, kronisk sjuka barn och barn med cancersjukdom (Söderberg et al 1999; Rasmussen et al 2000; Norberg et al 2001; Norberg 2001; Sundin et al 2002; Talseth et al 2003; Talseth & Gilje 2007; Gilje & Talseth 2007; Santamäki Fischer et al 2007; Ångström-Brännström et al 2007). Denna avhandlings delstudier fokuserar inom *Tröstprojektet* specifikt på blivande vårdares uppfattningar om vad som tröstar i stressfyllda situationer.

Avhandlingen utgår från två antaganden. Det första antagandet är att vårdares uppfattning om samvetets ursprung och betydelse samt erfarenheter av moralisk känslighet har betydelse för uppkomsten av samvetsstress och utbrändhet. Det andra antagandet är att tröst är en bland många andra hanteringsstrategier, som kan hjälpa vårdare att lindra samvetsstress och leva med dåligt samvete (t.ex. skuld och skam).

I avhandlingen förekommer termer och begrepp som kan användas på olika sätt. *Etik* avser i avhandlingen teoretiskt tänkande om värden, normer och principer medan *moral* avser tillämpning av värden, normer och principer i handlingar. I citat används termer i samma betydelse som författaren använder det. Med termen *vårdare* avses personer med direkt patientkontakt dvs. vårdbiträde, undersköterska, sjuksköterska, läkare, mentalsköterska, psykoterapeut, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator. Analogt med de engelska

termerna self-comfort och self-consolation benämns den typ av tröst som människan själv initierar *självröst*.

BAKGRUND

Samvete

Olika perspektiv på samvete

Fenomenet samvete har sannolikt alltid funnits som en förutsättning för fungerande mänsklig gemenskap. Det finns många teorier om samvete som på olika sätt bidrar till den samlade kunskapen om samvetet. Nedan beskrivs några teorier som på olika sätt påverkar vårt tänkande om samvetet. Enligt Costigane (1999 pp 3-4) går begreppet samvete att spåra tillbaka till de antika grekiska texterna. Där används ordet *syneidesis* ungefär ”att veta tillsammans”(syn = med, eido = jag vet) för att beskriva den mogna människans medvetenhet om det onda hon har gjort mot en annan och den obehagliga smärtan som inte går att resonera bort. Latinet använde ordet *conscientia* med liknande innebörd som *syneidesis* (con = med och scio = jag vet). Detta är upphov till det engelska ordet *conscience* (Costigane 1999 p 3) och via tyska *Gewissen* också till det svenska ordet samvete (SAOB 2007).

Västerländska uppfattningar och teorier om samvete verkar, förutom av idéer från antiken, även vara påverkade av kristendomen. I bibeln förekommer begreppet samvete i Paulus’ epistlar. Det finns en kristen teori om att samvete är en *naturlig lag*, inskriven av Gud i människans hjärta. Tomas av Aquinos’ skrifter förenar både den grekiska och den latinska traditionen. Samvetet ses både som ett medfött anlag för att göra gott (synderesis) och som en bedömning av vad som är gott i en konkret situation (conscientia). Synderesis felar aldrig, däremot kan den mänskliga tillämpningen, conscientia, fela (Leal 1999 p 27; Langston 2001 pp 39-40). Företrädare för katolicismen menar att man alltid bör följa sitt samvete och framhåller betydelsen av ett ständigt pågående sökande efter sanning i ljuset av Guds kärlek och förlåtelse (Hoose 1999 pp 79-81; Langston 2001 pp 110-115; Ratzinger 2007 pp 30-38). Ratzinger (2007) framhåller samvetets felbarhet och nödvändigheten att granska och upplysa samvetet. Skuld eller skam är inte skadliga för människan även om det kostar på att arbeta sig igenom sådana känslor. Däremot är det skadligt om hon alltid upplever sig som moraliskt säker. Luther ser samvetet som en del av människans relation till Gud. Att följa sitt samvete kan vara fel om anledningen till att följa det inte är tron på Jesus utan endast tron på samvetets auktoritet som sådant (Langston 2001 pp 73-77).

Allt sedan upplysningstiden har olika filosofer utvecklat antikens och kristendomens syn på samvete. Ansvar i relation till andra (moralisk känsla och sam-vetande) och till sig själv (integritet) verkar ha ersatt de två medeltida aspekterna på samvetet – den moraliska känslan (synderesis) och tolkningen av den moraliska känslan (conscientia). Jenkins (1955) pekar på mångfald och motsägelser i teorier om samvete och menar att ha samvete innebär att känna ansvar. Samvete relaterar till det ansvar vi upplever gentemot andra människor, både för de konkreta individer vi möter och för mänskligheten i stort (Jenkins 1955; Ramsay 2001) och gentemot djur (Osborne 1999). Samvete beskriver också det ansvar vi känner att bibehålla värdighet inför oss själva (Childress 1979) och det ansvar vi har inför Gud (Ratzinger 2007). I en begreppsanalys av det svenska ordet samvete föreligger viss men låg synonymitet med begrepp som rättskänsla, ansvarskänsla, pliktkänsla och hederskänsla (Edman 2005).

Under 1700-talet tog Moral Sense-skolan upp samvetet relaterat till en moralisk *känsla* riktad mot andra (Segerstedt 1937). Moral Sense-skolan betonar det intuitiva, det relationella, det medskapande och det gränsöverskridande i människan samt hennes vilja att göra gott (benevolence). Moral Sense-skolan hävdar att moralisk känsla och samvete är intimt bundna till varandra; samvetet kan inte utvecklas om vi inte erfar medkänsla och en osjälvisk vilja att hjälpa andra. Om vi inte har ett system av värden som vi intuitivt kan luta oss mot, skulle varje moralisk utmaning innebära att vi är tvingade att skapa ett nytt sådant system för varje tillfälle (Tymieniecka 1986 pp 38-40). Hume (1711-1776) menade att medan förnuftet behandlar det sanna och det falska handlar den moraliska känslan, som vi vinner genom erfarenhet, om det värdefulla (Segerstedt 1937 ss 81-103). Enligt Moral Sense-skolan blir människan människa först genom sin relation till konkreta andra, till abstrakta andra och till hela skapelsen (Segerstedt 1937 s 18). Filosofen Shaftesbury (1675-1713) ansåg att varje individ har en medfödd naturlig kapacitet att handla moraliskt som måste kultiveras i och genom relationer med andra för att en intuitiv kunskap – en moralisk känsla - ska kunna växa fram (Segerstedt, 1937 ss 18-27). Hutcheson (1694-1747) menade att människan har instinkter som handlar om att osjälviskt älska andra människor (Segerstedt 1937 ss 62-63). Dessa instinkter handlar om en inre känsla som ”begär det goda” (Greene 1997). Butler (1692-1752) framhåller människans vilja - för att vara en moralisk agent måste hon vilja göra det rätta. Men viljan vore meningslös om den inte ledde till handlingar; att vara medskapande och delaktig i Guds verk (Segerstedt 1937 ss 55-56). Filosofen Adam Smith (1723-1790) betonade sympati som det moraliska kunskapsorganet (Segerstedt 1937 s 112). Moral Sense-skolan har enligt Segerstedt (1937 s 492) influerat svensk filosofi under 1700-talets senare del innan kantianismen och dess betoning på förnuftet tog över. Under 1900-

talet togs Moral Sense-skolan teorier upp igen och inspirerade t.ex. fenomenologen Tymieniecka (1986) och sociologen Wilson (1997).

Shaftesburys och Hutchesons syn på moral utgör det teoretiska ramverket för begreppet moralisk känslighet i världen som utvecklats av Rest (1994) och Lützén (1993). Tymieniecka (1986 pp viii-44) har inspirerats av Shaftesbury och beskriver det ömsesidiga beroendet och den intuitiva upplevelsen av välvilja mot andra människor, som väcker medvetenhet om de gemensamma livsvillkoren och driver oss att ta ansvar för varandra. Wilson (1997) har inspirerats av Smith och menar att moralisk känsla finns i generna hos människor i hela världen och omfattar sympati, rättvisa, självkontroll och plikt.

Kants filosofi utmärker sig av diskussionen om plikt, lag och förnuft. Kant (1793/1964 pp 311 - 312) såg samvetet i ljuset av plikt som behöver *förnuft* och liknar samvetet vid en tribunal inför vilken människan ställs till svars. Även om Kant, enligt Purviance (1999), inte förnekar känslans betydelse för samvetet, är det endast genom förnuftet vi skaffar oss kunskap. Purviance (1999) tolkar Kants tankar som att den komplexa moraliska sensibiliteten ger insikter som vi annars inte skulle få. Nietzsche opponerar sig mot tesen att det finns ett samband mellan Gud och samvete och menar att samvetet är en del av den slavmentalitet som prästerna tvingat på människor (Nykänen 2002 p 321). Nietzsches syn kan ha influerat Freud (1930/1989) som såg samvete som ett nödvändigt ont. Enligt Freud (pp 84-112) utvecklas samvetet genom att det lilla barnet internaliserar föräldrarnas (eller deras surrogats) normer i det omedvetna skikt i människan som han kallar *super-ego*. Han ser samvetet som civilisationens sätt att stoppa människans aggressivitet och beskriver samvetet som "väktare av en besegrad stad". Med hjälp av samvetet avväpnas människans aggressiva impulser men priset är den alltid närvarande ångesten över att ha brutit mot normerna eller haft en intention att bryta mot dem. Man har varit "olydig" och svikit internaliserade ideal och känner därför skam och skuld. Den psykoanalytiska synen på samvete, introducerad av Freud, anses av Langston (2001 p 88) ha påverkat den samtida synen på samvete. Frankl (2000) som också är psykoanalytiker, skiljer dock mellan *super-ego* och äkta samvete.

Några filosofer har fortsatt diskussionen om människans samvete som en källa till moralisk mognad. De använder ofta metaforen röst för att beskriva samvete. Ricoeur (1992 p 342) anser att samvetets röst kommer ovanifrån samtidigt som det också finns inuti oss, "the voice, at once inside me and higher than me". Det säger oss att något är fel men inte vad som är fel eller hur vi bör göra. Heidegger (1927/1992 ss 56-64) ser samvetet som en röst som ropar från mig själv till mig själv att värna om sin äkthet. Rösten konfronterar oss med frågan om livets mening eller,

med andra ord, hur vi ska uttrycka vårt innersta väsen genom våra liv (Hyde 2001 pp 25-30). Lyssnar vi till rösten blir vi också medvetna om vår skuld (being-guilty). Utan den grundläggande förmågan att uppleva skuld kan vi aldrig bli moraliska. Enligt Hyde (2001 p 83) utvecklade Levinas Heideggers tanke genom att tillägga att också mänskligheten, och inte enbart självet, ropar till oss att vara äkta. Tanken om att samvetet hjälper oss att värna vår äkthet eller vårt "sanna jag" är jämförbar med Childress (1979) tanke om att samvetet angår människans djupaste skikt (självet), hennes upplevelse av helhet och harmoni (integritet). Fromm (1949/1982 ss 124-146) skiljer mellan auktoritärt samvete och humanistiskt samvete. Det auktoritära samvetet representerar värden som vi tar för givna utan egen reflektion. Att följa enbart oreflekterade värden kan vara destruktivt för utvecklingen av den egna personen. Det humanistiska samvetet såg Fromm som en appell till oss själva. Det humanistiska samvetet omfattar essensen av vår moraliska erfarenhet – det bevarar de livsmål vi vill uppnå. Principerna har vi själva upptäckt eller lärt oss av andra och bejakat dem. Frankl (2000 ss 49-56) för fram det irrationella och gränsöverskridande (transcendent) i samvetet. Det kopplar han till det omedvetnas djup som han menar är den omedvetna religiositeten. Samvetet är den andliga sfären i människan genom vilken hennes ansvarighet inför hela skapelsen träder fram. Där finns vad Frankl kallar en premoralisk värdeuppfattning. Eftersom människan uppfattar samvetet som en röst som inte härrör från henne själv frågar hon sig varifrån ansvarigheten eller samvetet härstammar. Också McIntyre och Ricoeur (1970 p 71) skriver om en preetisk värdeuppfattning.

Samvetets *integrativa funktion* för människans moraliska utveckling betonas av vissa psykologer och sociologer. Samvetet möjliggör val bland inre impulser och impulser från den sociala miljön. Jag-föreställningen och den ideala jag-föreställningen integreras med hjälp av samvete (Allport 1955 pp 68-74). Barnets "måste" omvandlas till den vuxnes "bör" och rädsla för bestraffning ersätts av vilja att göra sin moraliska plikt. Utvecklingen av samvetet kan avstanna hos vissa individer och yttrar sig som skuld p.g.a. olösta konflikter med tidiga auktoriteter i barndomen. Skuld, tvivel och ångest är priset vi betalar för att ha samvete oavsett hur väl utvecklat det än är (Allport 1955). Kohlberg (1981; 1987) beskrev samvetets utveckling som en del av den moraliska utvecklingen och fann tre nivåer med vardera två stadier: den prekonventionella nivån handlar om rädslan för straff och om att tillfredsställa de egna behoven, den konventionella handlar om att lyda auktoriteter och upprätthålla den sociala ordningen och den postkonventionella nivån handlar om att utveckla egna moraliska principer och respektera andras. Sammanställning av senare forskning pekar på att utvecklingen av samvetet inte enbart handlar om föräldrarnas normer eller rädsla för bestraffning utan om samspel mellan föräldrar och barn. Barn utvecklar redan i 3-4 års ålder empati, ånger och behov av att bli förlåtna och utvecklar samvetet i en

ömsesidig och levande dialog om rätt och fel och glädje över att lyckas kontrollera impulser (Kochanska & Aksan 2004; Rose 1999).

Många filosofer, psykologer och sociologer är överens om att utan människors samvete skulle samhället inte fungera. Samvete är ett allmänmänskligt fenomen som de flesta människor (om inte alla) har erfarenhet av. Till exempel förutsätter FN:s deklaration om mänskliga rättigheter att människor har samvete (Regeringskansliet 2007). Samvete förknippas med en drivande kraft för att ta ställning mot ondskan (Arendt 1971; Bauman 1995 ss 301-308). Men som t.ex. Freud (1930/1989 pp 84-101) visar, förknippas samvete också med ångest, skam och skuld eller, enligt exempelvis Heidegger (1927/1992 ss 65-75), med existentiell skuld. Samvetet kan förknippas med värderingar som tas för givna eller som vi reflekterat över (t.ex. Fromm 1982 ss 124-46).

Den syn vårdare har på samvete påverkar sannolikt deras upplevelse av samvete och hur stressade de känner sig av det dåliga samvetet liksom vilka strategier de har för att leva med dåligt samvete. Synen på samvete påverkar upplevelsen av moralisk integritet som enligt Childress (1979), Sundström (1996 ss 87-88) och Brown (1996) handlar om vårdarnas självrespekt som också kommer patienter till godo. Teoriens olika sätt att beskriva och förklara samvetets ursprung och betydelse utgör grunden för det första antagandet i denna avhandling - att vårdarens uppfattning om samvetets ursprung, kvalitéer och betydelse samt erfarenheter av moralisk känslighet har betydelse för uppkomsten av samvetsstress och utbrändhet.

Samvete i vården

Redan Nightingale (1959) betonade vikten av att vårdare är samvetsgranna. På senare år har värdet av att arbeta samvetsgrant lyfts fram i texter om evidensbaserad medicin som: ”conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients” (Sackett et al 1996 pp 71-72). Att vara samvetsgrann beskrivs som ”lyhördhet för samvetets röst, vara mån om att handla rätt i moraliskt avseende, strävan att handla i överensstämmelse med samvetets bud” och används ibland som synonym till noggrannhet (SAOB 2007). Riley och Manias (2002) kallar noggrannhet att bibehålla sterilitet i operationssalen för ”det kirurgiska samvetet”. Få forskare fokuserar på samvetet i vården som enbart en tillgång. De beskriver samvetet som viktigt för vårdarens upplevelse av moralisk integritet och självrespekt (Childress 1979; Roach 1992; Nelms 1996; Childress 1997; Faunce et al 2004). Roach (1992 pp 72-74), Nelms (1996) beskrev samvetet som vårdarens drivkraft att visa engagemang och äkthet och Faunce et al (2004) såg samvetet som drivkraft för att slå larm

när patientsäkerheten äventyras. I ett flertal studier problematiseras rätten att följa sitt samvete. Rätten finns inskriven i lagstiftningen i USA (Wicclair 2007) och i etiska koder för sjuksköterskorna i Australien (2001) men inte i svenska etiska koder (se t.ex. Arlebrink 1996). Rätten att följa sitt samvete ger möjlighet att vägra att delta i handlingar som strider mot ens samvete. Forskarna som diskuterar frågan menar att trots att detta är en viktig rättighet, skapar den också problem för patienter, andra vårdare och för organisationen (Adams 2002; Brown 1996; White 1998; Dickens & Cook 2000; Wicclair 2000; May 2001; Adams 2002; Jennell 2002; van Bogaert 2002; Waller-Wise 2005; La Follette & La Follette 2007). Bland annat diskuteras samvetets felbarhet och dess privata natur. I Sverige har t.ex. Aldén (2001 ss 39-43) berört debatten om vårdarnas rätt att vägra delta i vissa utbildningsmoment.

Det finns ett fåtal studier, som använder uttrycket dåligt samvete. I dessa studier beskriver vårdarna dåligt samvete som en följd av att vara i situationer där patienter inte får vård eller blir behandlade på ett ovärdigt sätt, när resurserna är otillräckliga, när de upplever att de handlar i motsats till det de själva anser vara rätt eller har lärt sig under utbildningen och när de inte kan tillhandahålla det ”lilla extra” (Jansson et al 1995; von Post 1998; Sørlie et al 2004; Sørlie et al 2005; Lindahl et al 2007). Lindahl et al (2004) beskriver sjuksköterskornas dåliga samvete som en känsla av orenhet. Läkarna beskriver dåligt samvete för patienter i den geriatriska vården (Nordam & Sørlie 2005) och när de själva inte mår bra och vill sjukskriva sig (Thompson et al 2001). Ibland beskriver vårdarna sin vända på så sätt att dåligt samvete finns med men en annan terminologi används såsom skuld eller skuld känslor (Severinsson 1995; Rasmussen et al 1997; Strandberg et al 2003; Valente 2003; Nordam et al 2005).

Moralisk känslighet, etisk känslighet och etisk sensibilitet i vården

I vården har moralisk känsla behandlats som ett begrepp separat från samvete. Känslans betydelse för moral beskrivs genom begreppen moralisk känslighet (Lützén 1993; Jaeger 2001), etisk känslighet (Rest 1994; Weaver 2007), etisk sensibilitet (Nortvedt & Grimen 2006) och moralisk sensibilitet (Bem 2001). Dessa begrepp används enligt Weaver (2007) ofta synonymt. Moralisk känslighet är en förutsättning för att kunna reflektera över sitt samvete. Som Moral Sense-skolan hävdar (se tidigare avsnitt) är moralisk känsla och samvete sammanbundna och i samvetet möts känsla, förnuft och vilja. Känslan är riktad mot andra och innefattar den intuitiva, medskapande och gränsöverskridande upplevelse som vi människor har i relationer med andra och vår vilja att göra dem gott (Tymieniecka 1986). Förnuftet däremot behandlar det sanna och falska i det egna agerandet (jfr Segerstedt 1937). I vårdens praxis verkar det emellertid ha funnits ett behov av att

specifikt lyfta fram den intuitiva känsla som vårdaren upplever i mötet med lidande och den välvilja och kraft som känslan väcker. Lützén (1993) argumenterar utifrån iakttagelsen att vårdaren har att fatta moraliska beslut utan att kunna ägna tid åt reflektion innan besluten tas och använder sig av intuition för att uppfatta även små hot mot patientens integritet.

Etisk känslighet har enligt Weaver (2007) alltid varit förknippat med läkareetik. Rest (1994 pp 1-26) har operationaliserat begreppet i vården som en affekt, känsla eller emotion som aktiverar kognition. Rest bygger sin modell på Kohlbergs teori om den kognitiva moraliska utvecklingen. Modellen redovisar fyra psykologiska komponenter som bestämmer moraliskt handlande: moralisk känslighet (tolkning av situationen), moralisk omdöme (bedöma rätt/fel), moralisk motivation (prioritera mellan värden), moralisk karaktär (mod, uthållighet, fokus, förmågor). Lützén (1993) beskriver moralisk känslighet som en kapacitet baserad på intuition och känsla. Lützén menar att moralisk känslighet handlar om att uppfatta och strukturera den moraliska innebörden i situationen och att låta sig vägledas av intuition, känslor, välvilja och äkthet. I psykiatrisk vård, där Lützén utvecklade begreppet, omfattar moralisk känslighet också förmåga att modifiera patientens autonomi för att skydda honom eller henne från skador. Utifrån begreppet utvecklade Lützén et al (1994) enkäten *Moralisk känslighet* som skattar känslor, intuition, välvilja och äkthet i den psykiatriska vården.

Ett gammalt begrepp som t.ex. Kant använder (1960 p 310) är etisk sensibilitet (Purviance 1999). Nordvedt (2003) ser etisk sensibilitet som den moraliska människans sårbarhet och receptivitet. Nortvedt och Grimen (2006 ss 43-49) menar att etisk sensibilitet är svår att artikulera. Den kommer till uttryck i handlingar och tas därför för given. Förståelse för andra människors erfarenhet förmedlas genom en empatisk föreställningsförmåga. Med hänvisning till Hoffman (2001) beskriver Nortvedt och Grimen det centrala i empatin: nämligen att den handlar om ”den upplevelse av obehag som man själv känner inför andras obehag” (s 51). Deras beskrivning korresponderar delvis med Moral Sense-skolans beskrivning av samvete och den känsla som föregår reflektionen. Jaeger (2001) beskriver moralisk känslighet som en förmåga som medicinstuderande behöver utveckla för att ge god vård och som omfattar medvetenhet om att de egna värdena inte nödvändigtvis delas av andra. Moralisk känslighet, tillsammans med externa faktorer som hindrar vårdare att göra vad de tror är bäst för patienter och känsla av brist på kontroll, har visat sig bidra till att vårdare upplever moralisk stress (Lützén et al 2003). Varken samvete eller moralisk känslighet är en garanti för att vårdare också handlar moraliskt (de Raeve 1998).

Moralisk stress och samvetsstress i vården

Moralisk stress förknippas med etiska dilemman (Cohen & Ericson 2006). Känslor som uppstår i mötet med etiskt svåra situationer har beskrivits tidigare utan att termen stress har använts (Åkerlund 1990; Åström et al 1994; Söderberg 1999; Weiner et al 2003; Danerek et al 2005). I litteraturen har stress relaterad till värden oftast beskrivits som moralisk distress (t.ex. Jameton 1984), moralisk stress (Lütznén et al 2003), etisk stress (Raines 2000) eller etisk distress (Genuis 2007). Termen moralisk stress används nedan för samtliga dessa termer (jfr Kälvmemark-Sporrong 2007). Moralisk stress har definierats av Jameton (1984 p 6) som stress i situationer där ”man vet vad som är rätt men institutionella hinder omöjliggör den rätta handlingen”. Corley et al (2001 pp 250-251) utvidgar definitionen till ”smärtsam psykologisk obalans som uppstår när man är medveten om den rätta handlingen, men hindras att vidta den på grund av tidsbrist, ledningens motstånd, inhibitoriska maktstrukturer, organisationens policy eller juridiska hänsyn”. Moralisk stress och samvetsstress har vissa likheter och det verkar rimligt att moralisk stress är förknippad med dåligt samvete. Hanna (2004) inleder sin översiktsstudie om moralisk stress med att diskutera samvetet. Det finns skillnader i vad man anser vara källan till moralisk stress respektive samvetsstress. Enligt Lütznén et al (2003) och Hanna (2004) fokuserar forskningen om moralisk stress på *organisationen* som hinder för vårdare att ge den vård de vill och tror på.

Samvetsstressforskningen fokuserar på det dåliga samvetet och den stress det dåliga samvetet genererar oavsett om det är organisationen, egen oförmåga eller samvetets motstridiga budskap som är ursprung till det dåliga samvetet (Glasberg 2007). Ansvar som vårdare inte kan leva upp till och handlingar i strid med egna värderingar leder till moralisk stress som antingen stimulerar till åtgärder som t.ex. ändring av praxis, eller leder till stressrelaterade psykiska och fysiska symtom (Jameton 1984; 1993; Wilkinson 1987-1988; Severinsson & Hummelvoll 2001; Corley 2002; Austin et al 2003; Lütznén et al 2003; Hanna 2004; Kälvmemark Sporrong et al, 2006; Austin et al 2007; Cronqvist & Nyström 2007). Att handla i strid med egna värderingar kan jämföras med att handla i strid med sitt samvete. När Puntillo et al (2001) studerade sjuksköterskors moraliska övertygelser uppgav 34 % av de 906 som deltog i studien att de ibland handlade i strid med sitt samvete och 6 % uppgav att de ofta handlade i strid med sitt samvete. Att handla i strid med sitt samvete angår vårdarnas integritet (Childress 1979).

Roach (1992) skriver att i möten med lidande i vården väcks medlidande som appellerar till vårdaren. Om vårdaren känner sig förhindrad att visa sitt medlidande i konkreta handlingar på grund av t.ex. tidsbrist eller stor arbetsbelastning, kan detta skapa moralisk stress åtföljd av känslor av vanmakt och utmattning (Austin et al 2003). I likhet med Roach (1992) menar

Nortvedt och Grimen (2006 s 194) att ”patientens sjuklighet är en nöd som också är en bön om hjälp”. Att uppfatta bönen om hjälp och inte kunna handla eller att inte förstå bönen innebär kan skapa dåligt samvete. Samvetet gör vårdaren medveten om det lidande han bär skuld till, inte svarat an på eller inte kunnat avhjälpa. Rasmussen et al (1997) visade att upplevelsen av att inte kunna ge den vård man ville förknippades med skuld och skulden med känslor av ovärdighet och orenhet. Tangney et al (2007) fann att framförallt skam framkallar kroppsliga stressreaktioner och kopplas ihop med t.ex. låg självkänsla, depression och ångest. Litteraturen om moralisk stress beskriver allvarliga psykiska och kroppsliga symtom när man inte kan handla i samklang med sina värderingar (Jameton 1984; 1993; Wilkinson 1987-1988; Severinsson & Hummelvoll 2001; Corley 2002; Austin et al 2003; Lützén et al 2003; Hanna, 2004; Kälve mark Sporrang et al, 2006).

På senare tid sammanlänkar studier teoretiskt moralisk stress med utbrändhet (McClendon & Buckner 2007; Pendry 2007). Människor som utsätts för alltför stora påfrestningar har sannolikt alltid drabbats av ”utbrändhet”. Maslach et al (1996; 1997) beskrev utbrändhet i arbetslivet som ett syndrom bestående av emotionell utmattning, depersonalisering och nedsatt prestation och operationaliserade begreppet i enkäten Maslach Burnout Inventory (MBI). Deras forskning har fått stor spridning. Enkäten har använts i ett stort antal studier i Sverige t.ex. av Söderfeldt et al (1996), Perski et al (2002) och Hallsten (2005). Perski et al (2002) har t.ex. funnit att var tredje anställd i geriatrisk vård befann sig i avancerad riskzon för emotionell utmattning och hade multipla besvär såsom sömnbesvär, trötthet och kognitiva störningar. Hallsten (2005) har funnit att ”utbrändhet” förekommer också bland människor som inte är anställda, t.ex. bland arbetslösa. Stressrelaterade besvär har ökat markant. Antal människor sjukskrivna för stressrelaterade sjukdomar har fyrdubblats mellan 1997 och 2004, särskilt i vården (Arbetsmiljöverket 2005). Enligt Arbetsmiljöverket utgjorde år 2004 de psykosociala besvären 73 % och utbrändhet 8 % av alla rapporterade arbetsrelaterade besvär för personal inom hälso- och sjukvård. Som bidragande faktorer angavs arbetstakt, krav, relationer, traumatiska upplevelser som hot eller upplevelser av rädsla. Hög belastning och upplevelsen av begränsad autonomi i relation till andra aktörer i sjukvården anses bidra till moralisk stress (Pendry 2007), vilket sannolikt har samband med upplevelser av dåligt samvete som t.ex. ånger, skam och skuld.

Utan förmåga att uppleva ånger, skam och skuld skulle vi inte kunna handla moraliskt och inte heller reflektera över vår moral men upplevelserna framkallar psykisk smärta. Skam och skuld beskrivs som snarlika men inte identiska. Okkenhaug (2003) beskriver skuld som närmare knuten till att *göra* fel medan skam handlar om känslan av att *vara* fel. Upplevelser av ånger, skam och

skuld är starka krafter som upptar människans psykiska sfär och leder till psykobiologiska stressreaktioner (Tangney et al 2007). I en översiktstudie om moraliska emotioner konstaterar Tangney et al (2007) att strategier att hantera skam och skuld är ett dåligt utforskat område. Maslow (1968) menar att till människans mognadsprocess hör att lära sig att hantera känslor såsom skam och skuld. En hanteringsstrategi som stärker människans inre kraft är att söka tröst (Lazarus & Folkman 1984).

Tröst

Tröst i vården

Människan kan behöva tröst både vid svårt lidande och i vardagliga motgångar. Tröst har empiriskt studerats i många sammanhang men inte i samband med dåligt samvete. Tröst beskrivs redan i bibeln när Job drabbas av lidande (se Roxberg 2005). Under tidigare delen av medeltiden sökte den dödsdömde Boethius tröst i filosofi (Duclow 1979). Borgenhammar (1993 s 67) för fram behovet av tröst när han diskuterar 2000-talets förändring av sjukdomspanorama i riktning mot ”tillitsbristsjukdomar” dvs. sjukdomar, som kan härledas från existentiell problematik. Tröst beskrivs kunna lindra lidande (Eriksson 1994), erbjuda vila (Roxberg 2005), motverka stress (Kolcaba 1994) och bedöms vara viktig för upplevelse av hälsa (Gropper 1991). Tröst uppvisar stor komplexitet och översätts till engelska som *comfort* (Kolcaba 1991; Morse 1992; Horton 2002; Tutton & Seers 2004; Ångström-Brännström 2007), *consolation* (Söderberg et al 1999; Norberg et al 2001; Gilje & Talseth 2005; Gilje & Talseth 2007; Santamäki Fischer et al 2007), *solace* (Horton 1981; Horton et al 1988) och *soothing* (Gallop 2002). En begreppsanalys av det svenska ordet tröst visar släktskap med begrepp som hugsvalelse, lindring, lisa – förtröstansfull – uppmuntran och mod - hjälp (Mattsson 1999). Kolcaba (1991; 1994) beskriver tröst som holistisk, omfattande dimensionerna fysisk, psykisk-andlig, social och miljöbetingad tröst. Den svarar an på stress och resulterar i upplevelser av vila, lindring eller transcendens. Roxberg (2005) beskriver misslyckade försök till tröst som stum tröst. Alfredson et al (1995) drar slutsatsen att tröst handlar om att kunna tillfälligt avleda lidande, ge utrymme för att vila och skapa beredskap att åter möta lidandet. En människa som stressas av dåligt samvete och dess negativa effekter försöker på olika sätt att lätta sin börda. Enligt Kolcaba (1994) motverkar tröst stress och bidrar därmed till hälsa.

Tröst är inte en linjär process. Den kan initieras av personen som behöver tröst och/eller förmedlas av andra. Norberg et al (2001) har beskrivit en modell av tröst i kontakt med andra personer. De menar att tröst förutsätter öppenhet (trösfärdighet) för att ”såret” ska bli tydligt

både för den som förmedlar tröst och för den som tar emot den. Tröstfärdighet handlar om att stå ut med att se det svåra och om en insikt eller ett accepterande av att det svåra som hänt verkligen har hänt. Genom kommunionen som upplevs som kontakt med en annan dimension (helighet, ljus, skönhet och hopp) och en tröstande dialog når den lidande människan ett perspektivskifte som ger möjlighet att se "såret" på ett nytt sätt och uppleva mening trots lidande. Den lidande människan känner sig hemmastadd med sig själv och med omvärlden. Rasmussen et al (2000) har funnit att miljö på hospice kan upplevas som tröst. Talseth et al (1997; 2000; 2003) har visat att den som tröstar kan behöva tröst. I andra studier om svåra etiska situationer kunde vårdare finna tröst när de fokuserade på patientens sårbarhet i stället för enbart på det tragiska i situationen och på det sättet bevara sin och patientens värdighet (Söderberg et al 1996;1999).

Tröst som hanteringsstrategi

Tröst kan användas som hanteringsstrategi (coping). Lazarus och Folkman (1984 p 196) beskriver tröst som "ett bra exempel på strategier som stärker andan". Hantering innebär enligt Lazarus och Folkman (1984 p 140) en kraftansträngning eller insats att hantera ett stressande krav. Lazarus och Folkman menar att eftersom "många orsaker till stress inte kan bemästras, blir effektiv hanteringsstrategi det som gör det möjligt att tolerera, minimera, acceptera eller ignorera det man inte kan ändra på" (p 139). Självtröst som en hanteringsstrategi har främst studerats bland småbarn (Nachmias et al 1996; Lewis & Ramsey 1999; Goodlin-Jones et al 2001; Pölkki et al 2003) och bland unga människor (Hänninen & Aro 1996; Horton 2002). Studier visar på de friska barnens och ungdomarnas självklara förmåga till självtröst genom att använda sig av välkända handlingar som t.ex. att sova, läsa, se TV, spela musik, avleda och prata med andra.

Vuxna människor finner tröst i samvaro med människor, naturen (Wood 2002), i samvaro med husdjur (Brodie & Bailey 1999), i litteratur (Pearl 2001), i musik (Stein 2004) eller i förtrostan på Gud (Santamäki-Fischer et al 2007a). Religiös tröst beskrivs som religiös coping (Bush et al 1999). En filosofisk dialog med sig själv kan vara en källa till tröst (Duclow 1979) liksom att använda ett "filosofierande" sätt att se på sina egna svårigheter (Melley 1998). Liksom tröst genom förmedling av andra kan även självtröst övergå till att bli falsk om man dövar smärtan med överkonsumtion av mat, shopping, spel, alkohol, droger etc. (Hänninen & Aro 1996). Förmåga till självtröst har också diskuterats i psykiatriskt sammanhang där brist på självtröst till exempel kopplats till bulimi (Esplen et al 1999) och självskadebeteende (Gallop 2002). Esplen et al (1999) och Gallop (2002) utgår från att om patienter har låg förmåga att använda självtröst för att hantera vardaglig stress, använder de i stället destruktiva sätt. På liknande sätt som Kolcaba

(1991) anser att tröst motverkar stress, ser också Horton et al (1988) självtröst som en psykologisk immunitet som skyddar människan från stressens negativa inverkan. Tröst kan vara en möjlig hanteringsstrategi bland många andra, som kan hjälpa vårdaren att lindra samvetsstress och leva med dåligt samvete, t.ex. skam och skuld utan att upptas av självförelöser.

MOTIV FÖR STUDIEN

Vårdarnas samvete utmanas av både yttre krav såsom lagstiftning, etiska riktlinjer och prioriteringar, krav från patienter, anhöriga och medarbetare och inre krav från egna ideal och normer. Dåligt samvete kan upplevas stressande och det finns risk att fastna i samvetskonflikter som ger upphov till destruktiva skuld- och skamkänslor. Childress (1997) har visat att prioriteringar kan bli en källa till samvetskonflikter på grund av osäkerhet om vilka plikter som bör uppfyllas och vems intresse som i första hand bör skyddas i organisationer som eftersträvar kostnadseffektivitet. Särskilt i den psykiatriska vården finns potentiella källor till samvetsstress: svåra känslor i samband med patienternas självmord (Valente 2003; Talsset & Gilje 2007); risk att gränsen mellan professionell och privat relation blir otydlig i en långvarig terapeutisk relation (Peternelj-Taylor & Yonge 2003), skyldighet att använda tvång eller våld för att skydda patienten (Olofsson 2000) och personalens utsatthet för våld (Duxbury 2002). Därför kan den psykiatriska vården vara en källa till kunskap om samvete, samvetskonflikter och hantering av det dåliga samvetet.

Mängden av olika teorier om samvete, som också omfattar den moraliska känslans betydelse för samvetet, bidrar till att olika uppfattningar om samvete existerar sida vid sida, påverkar förhållningssättet till samvete och därmed också stressupplevelse. I intervjuer om etiskt svåra situationer talade personalen om dåligt samvete och om skuld (Åström et al 1994; Jansson et al 1995; Söderberg et al 1996; Strandberg et al 2003). Ett ökande antal studier om moralisk stress visar på moralisk stress som vanligt förekommande och på stressens betydelse för vårdarnas hälsa (Cronqvist & Nyström 2007; Edward & Hercelinskij 2007; Hamric & Blackhall 2007; Janvier et al 2007; Källemark-Sporrong 2007; Pendry 2007). Studier om moralisk stress pekar på den belastning personalen upplever och dess samband med utbrändhet men klargör varken samvetets betydelse för stressupplevelse eller studerar samband mellan moralisk känslighet och samvete, trots att sådana samband rimligen finns. Ett stort antal vårdare är sjukskrivna för stressrelaterade sjukdomar i Sverige (Arbetsmiljöverket 2005). För att kunna förbättra metoder för att förebygga stress är det viktigt att studera hur dåligt samvete påverkar vårdare: hur synen på samvete och moralisk känslighet påverkar utbrändhet och vilka samband det finns mellan syn på samvete,

moralisk känslighet och utbrändhet. Det behövs lämpliga instrument för både kartläggning av samvete och för att se olika samband. De befintliga enkäter som studerar dåligt samvete fokuserar enbart på förekomsten av skam och skuld (Mosher 1968, Boye et al 2002). Det finns också enkäter som undersöker moralisk utveckling (Stilwell et al 1991). Vi har inte funnit några enkäter som tar upp både positiva och negativa funktioner av samvete eller kartlägger olika syn på samvete. Enkäten om moralisk känslighet (Lützén et al 1994) gällde psykiatrisk vård och behöver anpassas till olika typer av vård för att kunna jämföra olika personalgrupper.

Ett annat problem forskningen står inför är hantering av arbetsrelaterad stress. I översiktstudier visade Edwards och Burnard (2003) och Chang et al (2005) att forskning om stresshanteringsinterventioner visar resultat som är svåra att dra slutsatser från. Raines (2000) menar, med hänvisning också till annan forskning, att etikrelaterad stress har ökat på grund av alla oförutsedda problem som följer med vårdens expansion samt att forskningen om hantering av etisk stress behöver utvecklas. Horton (1981; 2002) menar att forskningen om självtröst visar på människans inneboende förmåga att hantera och uthärda svårigheter men att kunskapen behöver utvecklas. Forskningen visar att skam och skuld upptar energi medan tröst som hanteringsstrategi stärker människans inre och ger handlingskraft. Tröst kan därför ses som en friskfaktor (jfr Groper 1991; Kolcaba 1994; Santamäki Fischer et al 2007a). Forskning om självtröst kan bidra med beskrivningar av olika strategierna för att minska stress. Kunskap om uppfattningar om samvete och moralisk känslighet och om att leva med dåligt samvete kan hjälpa oss att utveckla strategier för att motverka negativa konsekvenser av samvetsstress.

ÖVERGRIPANDE SYFTEN OCH DELSYFTEN

Det övergripande syftet med avhandlingen är tvådelat: (1) att utveckla och validera enkäter som kan användas för att studera samband mellan syn på samvete, moralisk känslighet och utbrändhet och (2) att tolka innebörder av att leva med dåligt samvete mot bakgrund av kunskap om självtröst.

Avhandlingen omfattar fem delstudier med följande specifika syften:

Delstudie I. Att utveckla och validera en enkät om syn på samvete bland vårdare

Delstudie II. Att vidareutveckla en enkät som skattar moralisk känslighet bland vårdare

Delstudie III. Att studera sambandet mellan syn på samvete, moralisk känslighet och utbrändhet i psykiatrisk verksamhet

Delstudie IV. Att beskriva självtröst bland vårdare och vårdyrkesstuderande

Delstudie V. Att belysa innebörder av att leva med dåligt samvete i psykiatrisk verksamhet

METOD

Design

I avhandlingen ingår delstudier vars syfte var att konstruera och validera enkäter, att använda enkäterna för skattningar och att undersöka samband mellan skattningarna i enkäterna och skattningar av utbrändhet, att beskriva självtröst och belysa innebörder av att leva med dåligt samvete. I avhandlingen används både kvantitativa och kvalitativa metoder för att på olika sätt belysa det komplexa problemområdet som samvete i vården omfattar. Den kvantitativa ansatsen ger en bred kunskap om mönster och samband medan den kvalitativa ansatsen ger kunskap om innehåll och innebörd (jfr Polit & Beck 2006 pp 52-54).

I ett första steg närmade vi oss problemområdet kvantitativt. Den första frågan vi ställde oss var hur vi skulle kunna ta reda på syn på samvete och upplevelse av moralisk känsla. Vi sökte och fann instrument som enbart skattade negativa utfall av dåligt samvete såsom graden av skam och skuld och inte vilken syn på samvete människor hade. Vi fann en enkät om moralisk känslighet som var avsedd för psykiatrisk vård och som behövde utvecklas för att kunna jämföra olika vårdformer. Vår avsikt var inte att skapa mätinstrument som skulle kunna ange rätt eller fel sätt att se på moral utan att skapa enkla enkäter som skulle hjälpa oss att fånga förekomsten av olika sätt att se på samvete och olika upplevelser av moralisk känsla, användbara i olika verksamheter i vården. Enkäterna skulle användas för att se om några specifika uppfattningar eller upplevelser

kunde kopplas till skattningar av utbrändhet och därefter följas av intervjuer med specifika personer om att leva med dåligt samvete.

Ett sätt att innehållsvalidera en enkät är att skaffa sig kunskap via litteratur eller via personer med förstahandskunskap (jfr Polit & Beck 2006 p 329). Vi startade därför med en omfattande litteraturgenomgång och tio explorativa intervjuer om samvete som båda gav upphov till 64 påstående om samvete. Dessa påstående testades i en pilotstudie och i en expertpanel av erfarna forskare och vårdare, reducerades och delades upp i två enkäter, den föreliggande och Stress of Conscience Questionnaire (se Glasberg et al 2006). Kommentarer i inlämnade enkäter i pilotstudien visade att besvarande av enkäten utlöste reflektioner och därför bedömdes reliabilitetstest med hjälp av test-retest metoden som inte lämplig. I nästa steg begreppsvaliderades enkäten med hjälp av faktoranalys (jfr Polit & Beck 2006 p 382). Faktoranalys är liksom klusteranalys ett begreppsvalideringsverktyg som identifierar besläktade påstående i en skala och grupperar dem (Polit & Beck 2006; Dawson & Trapp 2001 p 255). Enligt Dawson och Trapp kräver både faktoranalys och klusteranalys forskarnas empiriska kunskap för att tolka faktorer och bestämma hur många och vilka faktorer som fångar begreppet. För att testa faktorernas stabilitet, delades ifyllda enkäter in i slumpmässigt valda grupper och faktoranalys genomfördes på varje grupp med liknande mönster av faktorer som hela gruppen uppvisade. I klusteranalysen användes faktoranalys för att testa stabilitet. På liknande sätt formulerades och begreppsvaliderades justeringen av enkäten Moralisk känslighet.

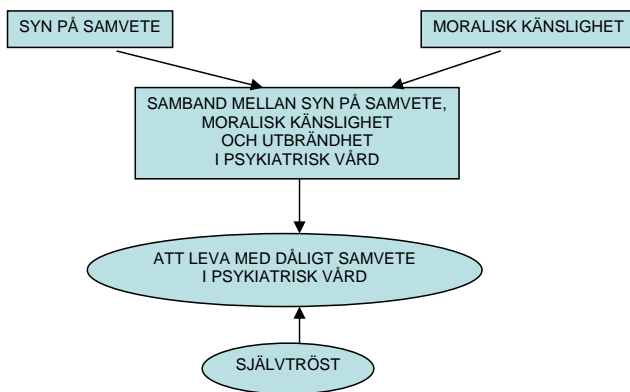
De två nya enkäterna PCQ och MSQ-R validerades i tvärsnittsstudier (I, II). De första två delstudierna (I, II) väckte en ny fråga - om dessa två enkäter innehöll samma eller olika information eftersom samvete och moralisk känslighet teoretiskt anses höra ihop. Frågan gav upphov till den tredje kvantitativa delstudien, där vi sökte samband mellan de båda enkäternas innehåll samt hur påståendena förhöll sig till summa index av MBI. Klusteranalys bedömdes relevant för att visuellt åskådliggöra de komplexa sambanden mellan samtliga påstående i PCQ och MSQ-R i relation till MBI (jfr Gordon 1999). På så sätt växte kunskap och design fram allt eftersom (se Figur 2).

I ett nästa steg närmade vi oss problemområdet kvalitativt utifrån kunskap genererad i delstudierna I-III. Kunskapen om tröst som motverkar stress genererades i delstudie IV i vilken vårdare och blivande vårdare ombads att beskriva vilka tröststrategier de använde vid vardaglig stress. Deras beskrivningar gav en förståelse inför sista delstudien, där innebörden i att leva med dåligt samvete var i fokus. Urvalskriteriet för intervjupersonerna i den sista delstudien (V) var

deras svar på påståendet: ”Jag måste döva mitt samvete för att kunna stanna kvar i vården” i PCQ. Höga poäng på det påståendet har i den kvantitativa delstudien (III) och i andra studier (Glasberg et al 2007a, b; Jutberg et al 2007a, b) visat samband med höga poäng på utbrändhetsskalan. Här användes alltså ett observerbart, kvantitativt mått för att finna personer som utifrån sin erfarenhet av att leva med dåligt samvete och av att behöva döva, respektive inte behöva döva sitt samvete, kunde hjälpa oss att kvalitativt belysa vad dessa upplevelser innebär.

Forskningsfrågorna var:

- Hur ser vårdarna på samvetet och hur skattar de sin moraliska känslighet?
- Hur ser sambanden ut mellan syn på samvete, moralisk känslighet och utbrändhet?
- Hur beskrivs självtröst?
- Vad är innebörden i att leva med dåligt samvete?



Figur 2. Avhandlingens struktur. De kvantitativa delstudierna omges av en rektangel medan de kvalitativa delstudierna omges av en ellips.

En översikt över deltagare och metoder i avhandlingens delstudier ges i Tabell 1.

Tabell 1. Översikt över syfte, deltagare, metod, datainsamlingsår, analys och status i avhandlingens delstudier.

Delstudie	Syfte	Deltagare	Metod för insamling	Insamlingsår	Analys	Status
I	Att utveckla och validera en enkät om syn på samvete bland vårdare.	444 undersköterskor, sjuksköterskor, barnmorskor och läkare	Enkät Syn på samvete (Perceptions of Conscience Questionnaire PCQ)	2002-2003	Deskriptiv statistik och explorativ faktoranalys (Principal Component Analysis PCA)	Publicerad
II	Att vidareutveckla en enkät som skattar moralisk känslighet bland vårdare.	278 undersköterskor, sjuksköterskor och läkare	Enkät Moralisk lyhördhet (Moral sensitivity Questionnaire MSQ-R)	2002-2003	Deskriptiv statistik och explorativ faktoranalys (Principal Component Analysis PCA)	Publicerad
III	Att studera sambandet mellan syn på samvete, moralisk känslighet och utbrändhet i psykiatrisk verksamhet.	101 mentalskötare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer, läkare, psykoterapeuter, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och arbetsledare inom psykiatrisk vård	PCQ, MSQ-R och Maslach utbrändhets instrument (Maslach Burnout Inventory MBI)	2003	Deskriptiv statistik och kluster analys (dendrogram)	Manus
IV	Att beskriva självtröst bland vårdare och vårdrykesstudierande.	168 vårdare och vårdrykesstudierande	Skrivna redogörelser	2002	Kvalitativ innehållsanalys	Publicerad
V	Att belysa innebörden av att leva med dåligt samvete i psykiatrisk verksamhet.	Tio mentalskötare, sjuksköterskor och andra professioner inom psykiatrisk vård valda utifrån skattningar av samvetet sett som en börda resp. icke börda	Narrativa intervjuer	2006	Fenomenologisk hermeneutik	Inskickad

Deltagare

Delstudie I

Urvalet av deltagare i delstudierna I och II var ett bekvämlighetsurval eftersom vi antog att alla vårdare oavsett yrken, har erfarenhet av dåligt samvete och moralisk känslighet och därför kan ta ställning till enkäternas påståenden. Deltagare i delstudie I (n = 444) var bosatta i olika regioner i Sverige med övervikt på norra Sverige. Tre olika grupper av vårdare ingick i delstudien: (1) alla vårdare som arbetade inom den kommunala vården i en medelstor kommun i norra Sverige (n = 155), (2) ett bekvämlighetsurval som bestod av barnmorskor i norra Sverige (n = 120) och 30 erfarna vårdare inom ett sjukhus (n = 150), (3) deltagare i en nationell sjukvårdskonferens som valde att besvara enkäterna ”Samvete i vården” (bestående i sin helhet av enkäterna PCQ, SCQ, MSQ-R, MBI, Inre styrka och Socialt stöd, se Glasberg 2007) vid konferenstillfället eller via post (n = 139).

Delstudie II

Deltagare i delstudie II (n = 278) var samma som i delstudie I med undantag för grupp (2) som endast besvarade första enkäten. I delstudien ingick således (1) vårdare som arbetade inom den kommunala vården i en medelstor kommun i norra Sverige (n = 155) och (2) deltagare i en nationell sjukvårdskonferens som valde att besvara enkäterna ”Samvete i vården” endast vid konferenstillfället (n = 123).

Delstudie III

Delstudie III var en tvärsnittstudie av all vårdare (n = 167) som hösten 2003 arbetade inom den psykiatriska vården i två sjukvårdsdistrikt i norra Sverige. Av de 107 som besvarade enkäterna exkluderades sex sekreterare som inte hade terapeutisk kontakt med patienter. I delstudien ingick 101 vårdare inom psykiatrisk vård: mentalskötare och sjuksköterskor (n = 65), psykologer (n = 12), socionomer (n = 11), läkare (n = 4), psykoterapeuter (n = 3), arbetsterapeuter (n = 3), sjukgymnaster (n = 1) och arbetsledare med patientkontakt (n = 2). Den genomsnittliga åldern var 50 år (28-65 år) och den genomsnittliga erfarenheten av vårdarbete var 21,4 år (0-42 år).

Delstudie IV

Urvalet för delstudie IV var också ett bekvämlighetsurval eftersom vi även här antog att människor har erfarenhet av att använda egna strategier när de behöver tröst och de studerande var tillgängliga

och villiga att delta i delstudien. Deltagarna i delstudie IV var 168 studenter inom olika vårdyrken (erfarna sjuksköterskor som studerade till specialistsjuksköterskor, blivande sjuksköterskor med erfarenhet från klinikförlagd utbildning och arbetsterapeut-, sjukgymnast-, biomedicinska analytiker- samt läkarstuderande) som befann sig på Institutionen för omvårdnad under juni 2002 och som valde att skriftligt besvara frågan om vad de gör när de behöver tröst i stressfyllda situationer.

Delstudie V

I delstudie V ingick tio av de deltagare som hade besvarat enkäten i delstudie III, gett samtycke till intervju och representerade en variation av svar på påståendet i PCQ ”jag måste döva mitt samvete för att kunna stanna kvar i vården” i faktorn ”börda”. Både Glasberg et al (2007a; b), Juthberg et al (2007a; b) och delstudie III har visat att denna uppfattning korrelerade statistiskt signifikant med skattning av utbrändhet. Att behöva respektive inte behöva döva sitt samvete för att kunna stanna kvar i vården bedömdes därför vara ett viktigt urvalskriterium för att fånga en så bred erfarenhet som möjligt av att leva med dåligt samvete. Vid likvärdiga poäng togs hänsyn till poäng i det andra påståendet som utgör den faktor i PCQ som kallas ”börda” nämligen: ”mitt samvete är alltför strängt”. Sju kvinnor och tre män ingick i delstudien. Nio var sjuksköterskor respektive skötare som arbetade med terapeutiska samtal. En deltagare tillhörde en annan profession och arbetade också med terapeutiska samtal.

Etiska överväganden

Delstudierna har godkänts av etiska kommittén vid medicinska fakulteten, Umeå universitet (I-III och V – dnr 01-386, IV dnr 98-356). Deltagare i delstudierna I, II och III har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien (deltagare i delstudien IV endast muntlig och deltagare i delstudien V endast skriftlig) där också möjligheten att avstå från och avbryta påbörjat deltagande meddelades. Konfidentiell behandling av data utlovades. En returnerad och besvarad enkät betraktades som ett medgivande. Deltagare i delstudie IV hade fått en skriftlig förfrågan om de kunde tänkas ställa upp för en intervju. Enkäter och intervjuer avidentifierades och kodnyckeln förvarades inlåst. De skrivna berättelserna innehöll förutom kön och ålder ingen identifikationsuppgift. Alla data har behandlats konfidentiellt och förvarats i låsta utrymmen.

I en intervjusituation finns risk för att intervjupersoner kan uppleva obehag när svåra känslor berörs. Beredskap för att följa upp intervjun fanns. Ingen av intervjupersonerna har tagit kontakt med

intervjuaren för uppföljning och de muntliga kommentarerna efter avslutad intervju har visat på en uppskattning av att få tala om situationer som inte annars berörs och att kunna dela med sig av sin erfarenhet.

Datainsamling

För delstudierna I och II samlades data med hjälp av två nykonstruerade enkäter PCQ och MSQ-R. Dessa två enkäter presenteras i sin helhet i Appendix eftersom konstruktion och validering ingår som delstudie I och II i föreliggande avhandling. För delstudie III samlades data med hjälp av PCQ, MSQ-R och MBI (Maslach's Burnout Inventory). I delstudierna I och II insamlades data i tre respektive två olika grupper där vårdarna muntligt och/eller skriftligt ombads att besvara enkäten i häftet. I båda fallen delades också skriftlig information ut om studiens syfte och mål. I delstudierna III och V blev först klinikernas ledning tillfrågade och informerade om studien. Efter deras medgivande skickades enkäter till samtliga personer som var anställda i den öppna och slutna psykiatriska vården i två sjukvårdsregioner i norra Sverige, åtföljda av information om studiens syfte, mål och kontaktpersoner.

Enkäter

Syn på samvete (Perceptions of Conscience Questionnaire PCQ) utvecklades som en del av denna avhandling. Syn på samvete (PCQ) består av 15 påståenden om samvete, som reflekterar olika vanliga uppfattningar om samvetets ursprung, funktion och betydelse. Svaren ges på en sexgradig Likert-skala där 1 står för ”nej, tar helt avstånd” och 6 för ”ja, instämmer helt”. I delstudie I utvecklades och validerades enkäten och i delstudie III användes den i en annan grupp deltagare för att undersöka relationen mellan moralisk känslighet och syn på samvetet samt relationen mellan skattningar av syn på samvete, moralisk känslighet och utbrändhet. Enkäten bedöms vara valid för svenska förhållanden och har använts av Glasberg et al (2007 a; b) och Juthberg et al (2007a; b) (se Appendix).

Moralisk känslighet (Moral Sensitivity Questionnaire MSQ-R) utvecklades som en del av denna avhandling. Moralisk känslighet (MSQ-R) är en vidareutveckling av tidigare enkät om moralisk känslighet (Moral Sensitivity Questionnaire, Lütznén et al 1994) och består av nio påståenden som deltagarna tog ställning till genom att markera den siffra som bäst överensstämde med deras uppfattning på en sexgradig Likert-skala där 1 står för ”instämmer inte alls” och 6 för ”instämmer helt och hållet”. I delstudie II utvecklades och validerades enkäten och i delstudie III användes den i

en annan grupp av deltagare för att undersöka relationen mellan skattningar av moralisk känslighet och syn på samvete samt relationen mellan skattningar av moralisk känslighet, syn på samvete och utbrändhet. Enkäten bedöms vara valid för svenska förhållanden och har använts av Glasberg et al (2007 b) (se Appendix).

Utbrändhet skattades med hjälp av den svenska översättningen av Maslach Burnout Inventory (MBI) (Hallsten 1985, Maslach et al 1996) och användes i delstudie III för att undersöka sambandet mellan skattningar av syn på samvete, moralisk känslighet och utbrändhet. MBI består av tre subskalor: *emotionell utmattning* (Emotional Exhaustion EE) som innehåller nio av totalt 22 påståenden, *depersonalisation* (Depersonalisation DP) som innehåller fem av totalt 22 påståenden och *arbetsprestation* (Personal Accomplishment PA) som innehåller åtta av totalt 22 påståenden. Deltagarna tar ställning till påståenden på en sjugradig Likert skala genom att markera hur ofta de känner sig i enlighet med ett antal påstående, där 0 står för "aldrig" och 6 för "dagligen". Det finns kritik riktad mot arbetsprestationsskalan (PA subskalan) på grund av dess instabilitet (Shirom 2003). I likhet med andra svenska forskare (t.ex. Perski et al 2002) använde vi endast EE subskalan och DP subskalan i delstudie III. Höga poäng på EE subskalan och låga poäng på DP subskalan indikerar ökad risk för utbrändhet.

Skrifliga redogörelser

För delstudie IV samlades data med hjälp av skriftliga redogörelser om tröst. Deltagarna ombads muntligt att så utförligt som möjligt skriva ner vad de gjorde när de upplevde att de behövde tröst och instruerades att relatera till vardagliga situationer som genererar stress. En del deltagare poängterade att tröst kan se olika ut i olika situationer och angav sina vanligaste sätt att söka tröst. Andra beskrev vad de gjorde i specifika situationer. Åter andra valde att endast punktvis beskriva olika sätt att finna tröst. Totalt inlämnades 168 skriftliga redogörelser som varierade mellan några få punkter till två A 4 sidor handskrivna text.

Intervjuer

För delstudie V genomfördes intervjuer med tio vårdare inom psykiatrisk vård. De besvarade enkäterna PCQ, MSQ-R och MBI refererade i delstudierna I-III och samtyckte till att bli intervjuade. Deltagarna kontaktades via telefon för att bestämma tid och plats för intervju. Intervjuerna genomfördes i deltagarnas hem, på deras arbetsplats eller i annan lämplig lokal.

Deltagarna ombads att fritt berätta om arbetssituationer i sitt arbete som skapar dåligt samvete. Öppna frågor liksom utforskande frågor användes för att stimulera berättandet som t.ex. "Hur tänkte du då?" och "Vad gjorde du då?" (jfr Mishler 1986). Intervjuerna tog i genomsnitt en timme, spelades in på band och skrevs ut ordagrant, inklusive icke-verbal information såsom tystnad, pauser, skratt eller suckar. Totalt omfattade de tio utskrivna intervjuerna 56 720 ord.

Analys av data

Statistisk analys

Beskrivande statistik och principal komponentanalys (PCA) tillämpades i delstudierna I och II för validering av de nya enkäterna. För analyserna användes dataprogrammet SPSS, version 11.0 (I, II), version 15 (III) (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) och statistiskt programspråk R (R Development Core Team 2005). Deskriptiv statistik som medelvärde, median, standard- deviation, frekvenser och range användes för att ge en översikt av data. I delstudierna I och II användes PCA för begreppsvalidering dvs. för att visa strukturen i enkäterna och kongruens med teori och empiri (jfr Polit & Beck 2006 p 382; Dawson & Trapp 2001 p 255). Det stora antalet deltagare i delstudie I möjliggjorde en intern validering där faktorernas stabilitet prövades. Fyra slumpmässigt valda grupper av deltagare kunde skapas och PCA genomfördes med liknande resultat i varje grupp som i den ursprungliga gruppen. I delstudie III användes hierarkisk klusteranalys (Gordon 1999) för att visa mönstret i relationen mellan olika påståenden i enkäterna PCQ och MSQ-R och hur dessa påståenden relaterade till summa index av utbrändhet. För de multivariata beräkningarna i delstudie III transformerades data med skev distribution (jfr Tabachnick & Fidell 2001) och summa index på subskalorna EE och DP i MBI beräknades. Resultaten standardiserades med hjälp av Pearsons korrelationskoefficient r . För att validera den hierarkiska klusteranalysen internt, genomfördes också PCA med i grunden liknande mönster som den hierarkiska klusteranalysen visade.

Tolkning av text

Texterna i delstudierna IV och V analyserades med hjälp av de kvalitativa metoderna tematisk innehållsanalys (IV) och fenomenologisk hermeneutik (V).

Tematisk innehållsanalys är en systematisk kvalitativ metod för att beskriva ett fenomen (Polit & Beck 2006 pp 404-5). Den kvalitativa tematiska innehållsanalysen fokuserar på beskrivning av både likheter och skillnader i en text (Graneheim & Lundman 2004). Ett sätt att använda metoden är att

texten bildar en analysenhet som delas in i meningsenheter - ord, utsagor eller delar av text relaterade till samma innebörd – som kodas och abstraheras till subtema och tema (cf Baxter 1994). Koder används som etiketter som beskriver innehållet i meningsenheterna. Ett antal koder förs samman till subteman. Subteman abstraheras till teman. Det kontextuella sammanhanget ger mening som är viktig för tolkning (Graneheim & Lundman 2004). Tematisk innehållsanalys valdes för att analysera de skriftliga redogörelserna om tröst.

All text i de skriftliga redogörelserna utgjorde en analysenhet och lästes igenom flera gånger. Vid genomläsningen markerades meningsenheter som utgjordes av ord, meningar eller stycken som relaterade till syftet. Meningsenheterna kodades utifrån innebörd. Koderna jämfördes utifrån likheter och olikheter, sorterades och abstraherades till subteman. Då texten handlade om det mänskliga fenomenet att trösta sig var koderna inte alltid ömsesidigt uteslutande utan vissa meningsenheter kunde sorteras in under flera koder. Till exempel kunde ”jag brukar gråta en skvätt” sorteras under flera koder: att få ur sig, att få lätta sina känslor eller att uttrycka sina känslor. När beskrivningarna enbart innehöll enstaka aktiviteter t.ex. jag gråter, sorterades de utifrån den förståelse som de mera utförliga beskrivningarna gav t.ex. Att gråta ger lättnad. Reflektion över identifierade subteman pekade mot ett sätt att finna tröst som påminde om tröst till barn. Genomgång av litteratur om tröst ledde till begreppen ”regression i jagets tjänst” och ”objektrelation” dvs. den tidigt inlärd förmåga att hantera obehag och ångest, sammanfattad av Winnicott (1953, 1971). Winnicotts teori vägledde tolkningen som mynnade ut i temana Ingression och Transcendens. Olika sätt att beskriva och tolka data prövades och analysprocessen innebar en pendling mellan text och subteman som så småningom länkades ihop till två teman, som vi ansåg utgjorde den bästa beskrivningen av data. Delstudien fungerade som en del av förståelse i tolkningsprocessen i den sista delstudien (V).

Fenomenologisk hermeneutik är en metod för tolkning av innebörder inspirerad av Ricoeur (1976). Metoden har utvecklats av Lindseth och Norberg (2004) och har använts upprepade gånger för tolkning av etiskt svåra situationer som innehåller ”den levda etiken” dvs. moral och det etiska tänkandet som inte alltid låter sig enkelt beskrivas utan uttrycks både verbalt i berättelserna och non-verbalt i pauser, suckar, gråt etc. (t.ex. Åström et al 1994; Ericson-Lidman et al 2007a). Texten tolkas för att blottlägga den mening som texten pekar mot. I dialektiken mellan förståelse av textens helhet och förklaring av dess delar framväxer en tolkning av innebörder i den mänskliga erfarenheten av

olika fenomen. Enligt Ricoeur (1976 p 16) kan en levd erfarenhet inte överföras direkt från en person till en annan. Det som kan förmedlas är innebörden av den levda erfarenheten.

De bandade intervjuerna skrevs ut ordagrant till text, inklusive pauser, suckar, skratt eller gråt. Tolkningen av intervjutexterna gjordes i tre steg: naiv läsning som leder till naiv förståelse, strukturanalys som leder till subteman och teman och en kritisk läsning som leder till sammanvägd helhetstolkning. Först lästes texten flera gånger med en öppenhet för innebörder av att vara i situationer i den psykiatriska vården som ger dåligt samvete. I strukturanalysen, som utgör den förklarande delen av analysen, verifierades eller falsifierades den naiva förståelsen. Textavsnitt som uttryckte mening – meningsenheter - relaterade till den preliminära förståelsen noterades. Meningsenheterna kunde bestå av allt från några ord till meningar och till hela stycken av text. Meningsinnehållet i meningsenheterna kondenserades och abstraherades. Meningsenheter med likartad innebörd länkades ihop i flera omgångar tills möjliga subteman, som uttryckte innebörder av fenomenet, kunde utformas. På så sätt växte förståelsen för innebörder av det studerade fenomenet successivt fram. I ett nästa steg abstraherades subtemana till teman. Under hela strukturanalysen är texten dekontextualiserad. Sist vidtog en kritisk läsning då förförståelse, forskningsfrågan, naiv förståelse, teman, relevant litteratur och kontexten ledde till en sammanvägd förståelse, alltså en djupare förståelse av hela texten i sitt sammanhang (jfr Lindseth & Norberg 2004; Ricoeur 1976).

RESULTAT

Resultaten visar att båda enkäternas (PCQ och MSQ-R) påståenden bildar faktorer med positiv innebörd ”tillgång” eller ”styrka” men också faktorer med negativ innebörd ”börda” (I, II). Påståenden i Syn på samvete (PCQ) och i Moralisk känslighet (MSQ-R) visar flera gemensamma grupperingar när det gäller uppfattningar som kan relateras till betungande ansvarsskyldighet (faktorer ”börda”) än när det gäller uppfattningar som kan relateras till upplevelse av moralisk integritet (faktorer ”tillgång eller ”styrka”) (III). De påståenden som representerar ”börda” i båda enkäterna visar samband med summa index av påståendena som representerar emotionell utmattning och depersonalisation (EE och DP) i Maslachs utbrändhetsinventorium (MBI) (III). Upplevelser av ansvar, otillräcklighet och maktlöshet väcker självanklagelser och tvivel på sig själv, men samma upplevelser utmanar självrespekt och kräver försoning (V). Vägen till försoning går via tröst: tröst av andra för att utvärda och en tröstande dialog med sig själv för att bekräfta sin egen värdighet (IV, V). Nedan redovisas de fem delstudierna var för sig.

Delstudie I

Syftet med delstudie I var att konstruera och validera en ny enkät avsedd för självskattning av syn på samvetets ursprung, funktion och betydelse. Fokus var inte på vad samvete *är* utan på vad vårdarna *anser* om samvetets ursprung, funktion och betydelse. Påståendena baserades på explorativa intervjuer (n = 10) samt på genomgång av litteratur om samvete. Femton påståenden begreppsvaliderades med hjälp av faktoranalys i en grupp av 444 vårdare (för påståenden se Appendix). En explorativ principal komponentanalys visade sex faktorer som pekar på sex underliggande strukturer av syn på samvete. De sex faktorerna med Eigenvalue >0,9 utgjorde 61,5 % av kumulativ varians och benämnde samvete sett som (förklarad varians inom parentes): 1) *Auktoritet* (19,2 %) som omfattar påståendena 6, 10, 14, 15; 2) *Varningssignal* (12,0 %) som omfattar påståendena 3, 4, 5; 3) *Känslighetskrävande* (9,3 %) som omfattar påståendena 1, 2, 10; 4) *Tillgång* (7,7 %) som omfattar påståendena 7,8; 5) *Börda* (7,2 %) som omfattar påståendena 11, 12 samt 6) *Kulturberoende* (6,1 %) som omfattar påståendena 9, 13 (Tabell 2). Varje faktor omfattar således två till fyra påståenden med laddningar >0,45. Som en intern validering av faktorernas stabilitet genomfördes principal komponentanalys på fyra slumpmässigt valda grupper inom de 444 besvarade enkät. Alla fyra grupper visade liknande mönster av faktorer.

Tabell 2. Faktorer och påstående i enkäten Syn på samvete (PCQ)

FAKTOR	PÅSTÅENDE			
Auktoritet	6. Samvetet bör följas oavsett vad andra tycker	10. Samvetet tystnar om man inte lyssnar till det	14. Gud talar genom samvetet	15. Genom att följa samvetet utvecklas jag som människa
Varningssignal	3. Det går inte att komma undan samvetets röst	4. Samvetet varnar oss för att skada <u>oss själva</u>	5. Samvetet varnar oss för att skada <u>andra</u>	
Känslighetskrävande	1. Samvetets röst måste tolkas	2. Det behövs inre stillhet för att kunna höra samvetets röst	10. Samvetet tystnar om man inte lyssnar till det	
Tillgång	7. På min arbetsplats kan jag uttrycka vad mitt samvete säger	8. Jag följer samvetet i mitt arbete		
Börda	11. Jag måste döva mitt samvete för att kunna stanna kvar i vården	12. Mitt samvete är alltför strängt		
Kulturberoende	9. Samvetet kan ge felaktiga signaler	13. Samvetet ger uttryck för samhällets värderingar		

Sammanfattningsvis kan sägas att spridning av svar och litet internt bortfall (<12 %) talar för tillräcklig känslighet och acceptans bland informanter. Det finns inte något ”rätt” eller ”fel” sätt att se på samvete och något index kan därför inte beräknas. Faktorerna är konsistenta med teorier om samvete och med empiriska studier om vårdarnas uppfattningar och upplevelser i etiskt svåra situationer.

Delstudie II

Syftet med delstudie II var att vidareutveckla och validera en enkät avsedd för självskattning av moralisk känslighet. Vidareutveckling innebar anpassning till olika verksamheter och till dagens vård. Relevant litteratur och en redan existerande enkät (Moral Sensitivity Questionnaire, Lützen et al 1994), avsedd främst för psykiatrisk kontext, användes för att formulera nya påstående. Nio

påståenden valdes efter diskussioner inom Samvetsstressprojektets forskargrupp och testades bland 278 vårdare. En explorativ principal komponentanalys visade tre faktorer som pekar på tre underliggande strukturer: 1) *Känsla av moralisk börda* som omfattar påståendena 4, 6, 7, 8; 2) *Känsla av moralisk styrka* som omfattar påståendena 2, 3, 5; 3) *Känsla av moraliskt ansvar* som omfattar påståendena 1, 9 (Tabell 3). De tre faktorerna hade Eigenvalue >1. Varje faktor omfattar således två till fyra påståenden med laddningar >0,55.

Tabell 3. Faktorer och påstående i enkäten *Moralisk känslighet (MSQ-R)*

FAKTOR	PÅSTÅENDE			
Känsla av moralisk börda	4. Min förmåga att uppfatta patienters behov medför att jag ofta gör mer än jag orkar	6. Jag upplever det som mycket tungt att bära de känslor som väcks i mötet med en patient som har det svårt	7. I mitt möte med patienter är jag alltid uppmärksam på balansen mellan möjligheten att göra gott och risken att göra ont	8. Min förmåga att uppfatta patienters behov medför att jag ofta hamnar i situationer där jag känner mig otillräcklig
Känsla av moralisk styrka	2. Min förmåga att uppfatta patienters behov är till stor hjälp i mitt arbete	3. Jag har en mycket god förmåga att känna hur jag kan tala om svåra saker med patienten	5. Jag har en mycket god förmåga att uppfatta när en patient far illa	
Känsla av moraliskt ansvar	1. Jag upplever alltid att jag har ansvar för att patienten får god vård även om resurserna är otillräckliga	9. Det är lätt att veta vad som är gott eller ont för patienten när jag kan arbeta efter fastställda rutiner och regler		

Sammanfattningsvis kan sägas att spridning av svar och litet internt bortfall talar för tillräcklig känslighet och acceptans bland informanter. Det finns inte något ”rätt” eller ”fel” sätt att se på moralisk känslighet och något index kan därför inte beräknas. Faktorerna är konsistenta med teorier om moralisk känslighet och med empiriska studier av vårdarnas upplevelser i etiskt svåra situationer. Resultatet lyfte fram nya frågor om den moraliska känslighetens samband med dåligt respektive gott samvete.

Delstudie III

Syftet med delstudie III var att studera samband mellan påståenden i Syn på samvete (PCQ), påståenden i Moralisk känslighet (MSQ-R) och summa index i Utbrändhet (EE och DP subskalorna av MBI) i öppen och sluten psykiatrisk verksamhet (Tabell 4 och 5, för samtliga påståenden se appendix). Svarefrekvenserna (Figurer 1 och 2 i III) visar vid dikotomisering av den sex-gradiga Likert-skalan, att ca 90 % helt eller delvis instämde i påståendena som utgjorde faktorerna ”tillgång” i PCQ och ”moralisk styrka” i MSQ-R, samtidigt som ca 36 % helt eller delvis instämde i påståendena som formade faktorn ”börda” i PCQ och ca 65 % i påståenden som formade faktorn ”moralisk börda” i MSQ-R. Medelvärde av EE-skalan var 22 (range 1-48) och av DP-skalan 5 (range 0-23). Enligt Maslach et al (1996) är gränsvärden för höga värden på EE-skalan 21 och för höga värden på DP-skalan 8 för vårdare inom psykiatrisk verksamhet. I klusteranalysen bildades tre kluster (Figur 3 i III). Endast två av klustren (A och B Tabellerna 1 och 2) hade korrelationskoefficient Pearson's $r \geq 0,50$. Det tredje klustrets påståenden med Person's $r < 0,50$ kan representera påståenden som ”blev över” i analysen och dessa tas inte hänsyn till i tolkningen. Kluster A bestod av PCQ påståenden och ett MSQ-R påstående, samtliga med positiv innebörd och tolkades som upplevelse av *moralisk integritet*. Kluster B bestod av PCQ påståenden och MSQ-R påståenden med negativ innebörd samt summa index av EE och DP-skalorna och tolkades som upplevelse av *betungande ansvarsskyldighet*.

Tabell 4. Kluster A visar påståenden i PCQ och MSQ-R, tolkade som upplevelser av moralisk integritet

Kluster A	
<i>Sub-kluster A 1</i>	<i>Sub-kluster A 2</i>
PCQ 1. Samvetets röst måste tolkas (känslighetskrävande)	MSQ-R 2. Min förmåga att uppfatta patientens behov är till stor hjälp i mitt arbete (känsla av moralisk styrka)
PCQ 7. På min arbetsplats kan jag uttrycka vad mitt samvete säger (tillgång)	PCQ 2. Det behövs inte stillhet för att kunna höra samvetets röst (känslighetskrävande)
PCQ 8. Jag följer samvetet i mitt arbete (tillgång)	PCQ 4. Samvetet varnar oss för att skada oss själva (varnande)
PCQ 15. Genom att följa samvetet utvecklas jag som människa (auktoritet)	PCQ 5. Samvetet varnar oss för att skada andra (varnande)
PCQ 3. Det går inte att komma undan samvetets röst (känslighetskrävande)	
PCQ 6. Samvetet bör följas oavsett vad andra tycker (auktoritet)	

Tabell 5. Kluster B visar påståenden i PCQ, MSQ-R och summa index i EE och DP, tolkade som upplevelser av betungande ansvarsskyldighet.

Kluster B	
<i>Sub-kluster 1 B</i>	<i>Sub-kluster 2 B</i>
MSQ-R 8. Min förmåga att uppfatta patientens behov medför att jag ofta hamnar i situationer där jag känner mig otillräcklig (känsla av moralisk börda)	Summa index Depersonalisation (DP)
MSQ-R 4. Min förmåga att uppfatta patienters behov medför att jag ofta gör mer än jag orkar (känsla av moralisk börda)	MSQ-R 1. Jag upplever ALLTID att jag har ansvar för att patienten får god vård även om resurserna är otillräckliga (känsla av moraliskt ansvar)
Summa index Emotionell utmattning (EE)	PCQ 13. Samvetet ger uttryck för samhällets värderingar (kulturberoende)
MSQ-R 6. Jag upplever det som mycket tungt att bära de känslor som väcks i mötet med en patient som har det svårt (känsla av moralisk börda)	
PCQ 11. Jag måste döva mitt samvete för att kunna stanna kvar i vården (börda)	
PCQ 12. Mitt samvete är alltför strängt (börda)	
PCQ 9. Samvetet kan ge felaktiga signaler (kulturberoende)	

Sammanfattningsvis kan sägas att sammansättningen av klustren A och B kan förstås utifrån Lögstrups (1956/1994) etiska teori om det outtalade, ensidiga och radikala etiska kravet. Det verkar som om vårdarna uppskattade sitt samvete när de lyckades tolka det etiska kravet (kluster A) och kände betungande ansvarsskyldighet när de hade svårt att tolka det etiska kravet. Lögstrup menar att det dåliga samvetet kan smärta så mycket att vi frestas att stänga av det. Fromm (1947/1982) anser att försök att tysta sitt samvete är förenat med känslor av trötthet, likgiltighet och ångest. Fromm menar också att om vi har mera av det auktoritära samvetet som oreflekterat anammar andras värden, påverkas vår person (self) destruktivt. Det verkar som de vårdare som var alltför tyngda av sitt samvete och dödade det, löpte större risk för emotionell utmattning medan de vårdare som alltid kände ansvar men uppfattade samvetet endast som en kulturfaktor, löpte större risk för depersonalisation.

Delstudie IV

Syftet med delstudie IV var att beskriva självtröst bland vårdare och vårdyrkesstuderande. Resultatet visar att vårdare och blivande vårdare beskriver tröst i två olika riktningar: som förmåga att visa omsorg om sig själva (ingression) och som förmåga att känna samhörighet med livet, människor och/eller Gud (transcendens) (Tabell 4). Utifrån den speciella situation som initierade behov av tröst, beskrev informanter *ingression* som förmåga att avlasta eller avleda svåra känslor, ta hand om sig själv och dra sig undan för att vila, eller försöka bekräfta sin värdighet. *Transcendens* beskrevs som förmåga att kunna öppna upp sina sinnen för havet, fågelsång, dofter och vyer som riktar uppmärksamhet mot ögonblicket och närvaro och som en förmåga att finna nya perspektiv som skapar mening och realistiska proportioner på deras problem.

Tabell 6. Teman och subteman i delstudie IV

Teman	Subteman	Koder
<i>Ingression</i>	Att avlasta	Att få ur sig, att lätta sitt sinne, att uttrycka sina känslor
	Att avleda	Att vara aktiv, att använda konst för att drömma sig bort, att har roligt
	Att ha omsorg om sig själv	Att ha det bekvämt, att unna sig, att få vara med sina kära och må gott
	Att dra sig undan	Att vilja vara ensam, att stärka sig, att ta time-out
	Att bekräfta sin värdighet	Att stärka sitt självförtroende, att söka bekräftelse, att belöna sig själv
<i>Transcendens</i>	Att öppna upp	Att kontemplera, att söka sig till livets källor
	Att finna nya perspektiv	Att ändra perspektiv, att förstå sammanhang, att uppleva mening

Både *ingression* och *transcendens* kan förstås utifrån Winnicotts (1953) objektrelations teori om hur barn lär sig att hantera ångest och obehag. Även Sterns (1985) teori om spädbarnets pre-verbala jag och sättet att tona in världen kan ses som bakgrund till hur tröst kommer till uttryck med hjälp av icke-verbala strategier. De tidigt förvärvade kroppsliga förmågelerna av behag är en viktig del i tröst. Det lilla barnets inlärda förmåga omvandlas i vuxenlivet till att söka tröst i natur, kultur eller i förmåga till *transcendens*. Samtidigt finns mogna former av de tidigare lärda mönstren som tröstadade t.ex. att söka tröst hos föräldrar och bli visad omsorg, kärlek och uppmuntran.

Delstudie V

Syftet med delstudie V var att belysa innebörder av att leva med dåligt samvete i psykiatrisk verksamhet. Resultatet visar att en innebörd av att leva med dåligt samvete är att inse att ens otillräcklighet gör att man oavsiktligt sviker patienter samt att kämpa för att behålla sin självrespekt. Denna innebörd bygger på två teman som presenteras i Tabell 5. Det första temat *Att konfronteras med sin otillräcklighet* innebär att bli medveten om sin makt på som har använts till att övertala patienter vilket leder till oönskade konsekvenser; att uppleva sig maktlös och inte kunna följa sitt samvete och därmed svika dem man känner moraliskt ansvar för; och vidare, att känna sig anklagad och anklaga sig själv när man möter kritik och kritiserar sig själv. I det andra temat *Att kämpa för att se sig själv som "god nog"* uttrycks en kamp för att uthärda genom att dela sina känslor av skuld och maktlöshet med betrodda kolleger dvs. visa sin sårbarhet och finna tröst i en "vi-känsla"; och vidare, att söka gränser för sitt moraliska ansvar och komma fram till försoning med egen och andras otillräcklighet.

Tabell 7. Teman och subteman i delstudie V

Teman	Subteman
<i>Att konfronteras med sin otillräcklighet</i>	Att utöva sin makt på gränsen till maktmissbruk Att inte kunna följa sitt samvete Att känna sig anklagad och anklaga sig själv
<i>Att kämpa för att se sig själv som "god nog"</i>	Att dela känslor av skuld och maktlöshet Att försonas med egen och andras tillkortakommanden

Den sammanvägda förståelsen pekar på att vårdare upplever dåligt samvete som ett svek mot det ansvar som det tysta men radikala etiska kravet lägger på dem i mötet med sårbara patienter och deras familjer (jfr Lögstrup 1956/1994). Det dåliga samvetet konfronterar vårdare med otillräcklighet och känslor av skuld och skam. De sviker utan att vilja det och de känner sig själva svikna. Motsägelsefulla budskap från samhället (vården ska vara god men får inte kosta), ständigt ökande krav som organisationen lastar på dem, kritik från ledning och massmedia, anmälningar, överfall och självkritik skapar en diffus känsla av att inte duga, som individ och som kollektiv. Vårdare kämpar för att se sig själva som "goda nog". För att uthärda sin otillräcklighet söker de tröst hos kolleger. Skulden går att hantera men skammen angår identiteten. Den kräver ett frikännande som kommer från samvetet, en försoning mellan den ideala självbilden och det självförakt som strävan att motsvara

idealet kan ge upphov till, och visar sig som en försoning med otillräckligheten. Försoningen går via tröst. I kommunion med sig själv och andra söker och finner vårdare ett fungerande förhållningssätt. Som goda nog kan de vända uppmärksamheten från sin otillräcklighet till sina patienter och uppleva meningsfullhet och yrkesstolthet.

DISKUSSION OCH REFLEKTION

Att leva med det dåliga samvetet

Avhandlingen utgick från två antaganden, dels att vårdares uppfattning om samvetets ursprung och betydelse samt erfarenheter av moralisk känslighet har betydelse för uppkomsten av samvetsstress och utbrändhet, och dels att tröst är en hanteringsstrategi bland många andra, som kan hjälpa vårdare att lindra samvetsstress och leva med dåligt samvete (t.ex. skam och skuld). Resultaten pekar på att samvetet påverkar både positivt och negativt det välbefinnande som vanligtvis beskrivs som moralisk integritet eller som känsla av helhet och harmoni (III) (jfr Childress 1979). Vidare pekar resultaten på att skattningar av syn på samvete och skattningar av moralisk känslighet utgör en moralisk enhet som uttrycker känslans, förnuftets och viljans ibland motstridiga röster (III). Samspelet mellan känsla och förnuft stämmer väl med skolastikens sätt att beskriva samvete som bestående av synderesis och conscientia. Resultaten visar upplevelser av samvetets krav och det ibland tunga ansvaret som skapar känslor av otillräcklighet, skam och skuld. Resultaten visar också tillit till samvetets vägledning som ger självrespekt och självaktning (I, II, III, V). Att leva med de ibland intensiva känslor som samvetet väcker kräver en praktisk visdom (phronesis). Denna praktiska visdom visar sig som en självrannsakande process i vilken känslorna tolkas och den ideala självbilden jämkas med upplevelser av det självförakt, som jämförelser med idealbilden kan skapa. Försoningen av de två stridande bilderna är en försoning med mänsklig otillräcklighet, den egna och den som organisationen lider av (V). Den praktiska visdomen medverkar till att tolka känslan på ett sätt som bejaktar sårbarhet utan att rasera självrespekt och omformar misslyckanden till användbar lärdom. Nedan refererar jag "samvete" och dess känslomässiga aspekt "moralisk känslighet" som samvete utom när användning av endera eller båda termerna behövs för förståelsen.

Att svara an på det etiska kravet

Upplevelser av ansvar, makt, skam, skuld samt vikten av att tolka känslan som samvetet förmedlar kan härledas till det etiska kravet, beskrivet av den danske teologen Lögstrup (1956/1994). Det etiska kravet handlar om tolkning av den moraliska känslan och handling utifrån tolkningen. Lögstrup

(1956/1994) utgår från att tillit är grundläggande i allt mänskligt umgänge. Tillit gör oss sårbara – vi blottar oss inför den andre och vi förväntar oss att den andre ska svara an på ett sätt som skyddar vår värdighet. Att inte uppfylla denna tysta förväntan handlar om sveket att inte bli tillmöteskommen, sedd och bekräftad (s 42). Lögstrup använder sig av metaforen att människan även vid ett kort möte ”håller något av den andra människans liv i sin hand”(s 48). I vården innebär möten med lidande människor att vårdare på ett mycket påtagligt sätt håller deras öde i sina händer. Patienter i utsatta situationer måste förlita sig på att vårdare brukar sin makt med kunskap och inlevelse. Mötet med lidande kan skapa osäkerhet och ångest över att ha makt över andras liv och därmed ett moraliskt ansvar. Resultat i delstudie V visar att samvetet sa ifrån vid svek. Om vårdaren, om än oavsiktligt, upplevde sig ha svikit patientens tillit eller missbrukat sin makt, slog det dåliga samvetet till, omedelbart eller i efterhand, med känslor av ånger, skam och skuld.

Samvetet gör oss också medvetna om vårt ansvar på förhand. Medvetenhet om ansvar kunde få vårdare att göra mer än de orkade (II). Den goda viljan att inte svika patienten gjorde att vårdare tog på sig ett alltför stort ansvar och kände skyldighet att själv behöva lösa alla problem. Sådan skyldighet blev så småningom så tung att den kunde leda till behov av att döva sitt samvete för att kunna stanna kvar i vården (I, III). Känsla av ansvar, som upplevdes orimligt i förhållande till det som var möjligt, skapade diffusa känslor av att inte vara god nog (V). Att inte kunna själv eller med hjälp av andra reflektera över och tolka gränserna för ansvaret utan leva med en gnagande känsla att inte duga tröttade ut (III, V). Samvetets budskap liksom det etiska kravet måste lyssnas till och tolkas (jfr I). Enligt Lögstrup (1956/1994) är det etiska kravets röst riktat mot mig för att göra mig medveten om att något står på spel, samtidigt som tolkningen av vad som krävs av mig är upp till mig själv. För att kunna tolka det etiska kravet förutsätts, förutom empati, också insikt eftersom vi kan förväxla det etiska kravets radikalitet med ett gränslöst ansvar för allt och alla (Lögstrup 1965/1994). Att lätta sitt dåliga samvete med hjälp av betrodda kolleger som kunde ta emot de kval vårdare kände utan att moralisera, gav möjlighet att uthärda svåra känslor och reflektera över ansvaret (V).

Känslans, förnuftets och viljans röst

Den första förnimmelsen av det dåliga samvetet är känslan att något är fel. Skattningarna visade att vårdare upplevde känslan av moralisk börda (II) och en betungande ansvars skyldighet (III) som sannolikt var vägledda av deras empatiska förmåga. Den moraliska känsligheten har sin grund i utvecklingen av empatisk förmåga (Lovecky 1997) som i sin tur är en del av samvetet (Stilwell et al

1997). Att förnimma och känna kan ses som en förutsättning för att kunna tolka och reflektera. Den hierarkiska klusteranalysen (se Tabell 4 eller figur 3 i artikel III) visade att i kluster B var följande påstående relaterade till känslomässig utmattning och depersonalisation: upplevelser av otillräcklighet, brist på ork, överväldigande ansvar, tunga känslor, behov av att döva sitt samvete samt samvetets opålitlighet. I detta kluster blandades skattningarna från PCQ, MSQ-R och MBI. I kluster A handlade påstående om vikten av att lyssna till, tolka och följa sitt samvete för att utvecklas som människa. Även i kluster A blandades skattningarna från PCQ och MSQ-R, om än i betydligt mindre omfattning. Medan kluster A tydde på reflektion, tydde kluster B på känslor som samvetet väcker i människan. Klustrens innehåll kan belysas med den teori som går tillbaka till skolastiken och som beskriver samvetet som bestående av två nivåer – *synderesis* och *conscientia*. *Synderesis* avser moralisk känsla och *conscientia* avser den reflektiva sfären som kräver moralisk kunskap för att tolka vad känslan pekar på (Fromm 1947/1982 s 123; Leal 1999 p 27; Langston 2001 pp 39-40; Ratzinger 2007 pp 30-38). Känslan behöver vi ge akt på eftersom den varnar oss för att skada (jfr I) och den kräver tolkning som kan bli fel. Det är tolkningen som gör att samvetet är felbart (jfr I). Tolkningen kräver kunskap som förutom faktakunskap och åtgärds kunskap också bör innefatta insikt, omdöme, inlevelse och förståelse (jfr Pörn 1992). Lögstrup (1956/1994 ss 184-185) framhåller att tolkningen av samvetets röst har betydelse för att införa oss själva klargöra motiv för våra handlingar.

Enligt vår tolkning av resultatet representerar kluster A (III) situationer där vårdarna lyckades med att tolka känslan och handla utifrån sina tolkningar och därför upplevde de moralisk integritet. Moralisk integritet representerar det vardagliga välbefinnandet vi erfar när vi, förankrade i samvetets värdesystem, intuitivt följer vårt samvete och uttrycker i handling det vi upplever som gott (jfr Tymieniecka 1986 pp 38-42). Det goda samvetet förblir tyst och skapar känsla av inre jämvikt, harmoni och helhet (Childress 1979). Moralisk integritet var förknippad med att lyssna till, tolka och följa sitt samvete och därmed utvecklas som människa (jfr III). Söderberg et al (1996) beskriver etisk integritet som öppenhet, medvetenhet, ansvar, engagemang, gemenskap med patienten och aktivt försvar av dennes värdighet. Wiklund (2001) har visat att i arbetet med människor kan ansvaret i den mellanmänskliga relationen ge oss upplevelse av mening och personligt värde vilket kan ses som att vara god nog som vårdare (jfr V).

Vi tolkade kluster B (III) som betungande ansvarsskyldighet i situationer när vårdarna inte lyckades komma vidare i tolkningen av sitt moraliska ansvar. Ansvarsskyldighet kunde uppstå i etiska

dilemman, där risken att ta på sig personligt ansvar för situationer utan bra lösningar alltid är stor (III, V). Betungande moralisk ansvarsskyldighet (III) kan jämföras med studier om moralisk integritet i vilka vårdare beskriver upplevelser av osäkerhet och tvivel på sig själva (Kelly 1998; Georges & Grypdonck 2002). Enligt Lögstrup (1956/1994 s 83) kan vi inte slippa ångest över det ansvar som följer av makt. Ansvarsskyldighet (III) kan också relateras till Baumans (1995 ss 63-70) tes om att ensamhet utmärker det moraliska ansvaret. Enligt Bauman existerar det moraliska ansvaret enbart som ett individuellt buret ansvar. Ingen hänvisning till ett ”vi” kan befria oss från samvetskval om ansvaret inte uppfylls. Det individuellt burna ansvaret visar sig också i det dåliga samvete vårdare hade för kollektivet trots att de själva bedömde att de inte gjort något fel (V).

Otillräcklighet, skam och skuld

Skattningarna av för mycket ansvar i förhållande till vad man mäktar med, att ständigt känna otillräcklighet och behov av att döva sitt alltför stränga samvete var i delstudie III relaterade till skattningarna av emotionell utmattning och depersonalisation. Sambanden indikerar att dåligt samvete kan vara så svårt att leva med att de alltför tunga känslorna innebär risk för vårdarnas psykiska hälsa. Liknande mönster ses också i studier av Glasberg et al (2007a, b) och Juthberg et al (2007a, b) som har påvisat statistiskt signifikanta samband mellan nivåer av samvetsstress och nivåer av utbrändhet samt att uppfattningen om att vara tvungen att döva sitt samvete för att kunna stanna kvar i vården hade statistiskt signifikanta samband med både samvetsstress och utbrändhet. Glasberg et al (2007a) har funnit att även andra uppfattningar om samvete hade statistiskt signifikanta samband med samvetsstress – att känna hur samvetet varnade för att inte skada andra samtidigt som vårdare inte kunde följa sitt samvete. Känslor av otillräcklighet och maktlöshet som ledde till dåligt samvete fanns även i berättelserna i delstudie V. Att inte kunna leva upp till de värderingar, som är internaliserade i samvetet, kan utlösa känslor som kan hota identiteten (Childress 1979). Wiklund (2001) har funnit att uttrycket ”att inte räcka till” kan vara ett sätt att formulera en frustration inför överväldigande krav som hotar den egna personen. Otillräcklighet och/eller maktlöshet har rapporterats i studier knutna till stress (t.ex. Edwards & Burnard 2003, Chang et al 2006). Att arbeta i vården innebär att ständigt konfronteras med det dåliga samvetet eftersom patienternas behov kan omfatta problematik som vårdaren vill men inte alltid kan avhjälpa (jfr V). Det ovillkorliga och oändliga moraliska ansvaret kan kännas som en ständig ångest över att inte ha gjort tillräckligt (Bauman 1995 ss 306-307). Det radikala kravets egentliga uppfyllbarhet konfronterar oss med skuld (Lögstrup 1956/1994 ss 185, 237-41).

Det dåliga samvetet uppstod i situationer präglade av osäkerhet, bristande engagemang, överbelastning, kritik, våld, anmälningar och känslor av att vara maktlös och otillräcklig. Vårdarna kämpade emot en diffus känsla av att inte duga, som vi tolkade som skam (V). För några vårdare kunde dåligt samvete samspela med risk för emotionell utmattning och depersonalisation (III). För andra vårdare kunde dåligt samvete vara en utmaning att hitta nya möjligheter för att bevara sin självrespekt och därmed moralisk integritet (III, V). Vi känner skuld för det vi gör och skam för det vi är (Okkenhaug 2003). Skam hotar påtagligare än skuld vår identitet och vi kan använda oss av olika strategier för att undgå skam: perfektionism, själv rättfärdighet, makt och kontroll, skambeläggning av andra, martyroll och isolering (Okkenhaug 2003). Även om skam och skuld vanligtvis är svåra att särskilja, skiljer dock intensiteten i upplevelsen (Tangney et al 2007). Enligt Nathanson (1992 pp 49-50) är skam en blandning av *affekt* dvs. den biologiska förnimmelsen, *känsla* dvs. organismens medvetenhet om affekt, och *emotion* som förutom affekt och känsla innehåller alla våra minnen av liknande situationer och de affekter som skammen i sin tur utlöser. På grund av skammens djupa rötter i vår biologi (kropp), i vårt medvetande och i alla våra minnen, erfar vi skam smärtsammare än skuld (jfr också Tangney et al 2007). Våra olika erfarenheter av skam gör att skammens repertoar är stor - från ett generat leende till en tillintetgörande upplevelse (Nathanson 1992 p 158). Kanske är det så att alla minnen förknippade med skam gjorde att några vårdare hade svårt att frigöra sig från känslan medan andra kände sig sporrade av den indignation som skammen väckte (jfr III, V).

Det dåliga samvetet kunde vårdare känna även för kollektivet som de var representanter för (V). Morgan (2005) menar att det inte är ovanligt med upplevelser av kollektiv skam. Tangney et al (2007) har funnit att kollektiv skam kan vara motiv till konstruktiv handling för att återupprätta gruppens anseende. Till vår existens hör skuld som samvetet gör oss medvetna om (Lögstrup 1956/1994 s 197; Heidegger 1927/1992 ss 65-74; Ricoeur 1992 pp 346-356). Det dåliga samvetet som stundtals upplevdes betungande (II, III) kunde också spegla den erfarenhet som Heidegger kallar existentiell skuld. Den existentiella skulden är en naturlig del av vår tillvaro och att vi måste bejaka den för att vara hela personer. Eftersom det etiska kravet inte går att uppfylla måste vi förhålla oss till det utan att bli absorberade av vår skuld.

Tröst, försoning och praktisk visdom

Det etiska kravets radikalitet gör att vi aldrig kan göra nog och att vi alltid kommer att utsättas för intensiva förmimmelser av otillräcklighet, ånger, skuld eller skam. Det dåliga samvetet går inte att komma undan (jfr I) men vi kan lära oss att leva med det (jfr V). Känslan av otillräcklighet och maktlöshet kunde vårdare antingen fly ifrån eller tolka och förhålla sig till (III). Det dåliga samvetet var en hjälp att arbeta sig igenom känslorna, försonas med sin otillräcklighet och kunna se sig själv som god nog (V). Att lyssna till sitt samvete, uttrycka dess budskap, följa det och därmed utvecklas som människa (I) kan ses som att visa omsorg om sig själv (jfr IV). Berättelser om dåligt samvete visade på processen från upplevelse av svek, otillräcklighet och maktlöshet, vilket vi tolkade som skam, till upplevelse av mening och professionell stolthet, vilket vi tolkade som försoning (V). För att kunna försonas behövde vårdare gå i kommunion med andra och med sig själv, dvs. få erfara en upplevelse av kärleksfull samhörighet, för att kunna se sin otillräcklighet utifrån ett perspektiv som gav mening åt upplevelserna (IV, V) (jfr Norberg et al 2001). Samvetet både mistänkliggör våra handlingar och ger bekräftelse på att vi duger som människor (Ricoeur 1992 pp 177-180). Tröst möjliggjorde försoning med otillräckligheten som då blev en av livets realiteter i stället för ett hot (V). Enligt Benner (1997) handlar tröst om samspelet mellan kropp, själ, person och värld på ett sätt som bidrar till människans helande. Moralisk integritet upplevs som en känsla av helhet och harmoni (Childress 1979) och är jämförbar med hemmastaddhet uppnådd genom tröst (jfr Duclow 1979; Norberg et al 2001). Behov av tröst för att uthärda och komma vidare (IV, V) kan jämföras med andra studiers resultat som visat att vårdare själva först behöver finna tröst för att bevara sin öppenhet för patienternas lidande och hjälpa dem att finna tröst (Söderberg et al 1999; Gilje et al 2005; Gilje & Talseth 2007; Talseth & Gilje 2007). Försoningen med egna och andras otillräcklighet innebar att se sig själv som god nog (V) och handlade om att få en realistisk syn på sig själv och sina möjligheter dvs. att finna en balans mellan sin idealbild och det självförakt man upplever när man inte når sin idealbild. Försoning beskrivs som enande av två motsägelser eller som en process som strävar efter att ena två stridande parter (Hardimon 1992; Bloomfield et al 2003).

Etiska dilemman är inte ovanliga i vården och det dåliga samvetet kan göra så ont att det måste dövas eller tolkas (jfr I, III). Tolkningen av det etiska kravet sker enligt Lögstrup (1956/1994 s 54) utifrån egen existens med inlevelsens och förståelsens hjälp. Att använda sig av känsla och förnuft för att kunna svara an på den konkreta utmaningen i vården relateras av Benner (1997) till praktisk visdom (phronesis). Samvete jämförs av vissa filosofer med praktisk visdom. Enligt Heidegger (1922/1997 p

39; Smith 2003) är praktisk visdom ”nothing other than conscience set into motion”. Ricoeur (1992 pp 177-180; 1995) liknar den praktiska visdomen med en hermeneutisk spiral där förståelse växer fram i dialektiken mellan våra handlingar och erfarenheter av livet som helhet. Ricoeur (1992 pp 341-356) ser det ifrågasättande men också bekräftande samvetet som en hjälp till att utveckla praktisk visdom. Langston (2001 pp 173-177) menar att emotioner aktiverar förnuftet som i sin tur kan initiera handling. Samvetet både initierar och utvärderar handlingen, vilket gör samvetet till praktisk visdom. Dåligt samvete innebar betungande känslor av att svika sitt ansvar och en reflektion över sådana känslor som ledde till tolkning (jfr II, III, V). Samvetet handlar inte bara om värderingar utan också om kunskap som hjälper oss att tolka vad som blev fel. Samvetet behöver upplysas dvs. det behöver kunskap (Ratzinger 2007 p 62). Det verkar som om många vårdare i våra delstudier har lärt sig att leva med sitt stundtals dåliga samvete med hjälp av sina erfarenheter, sin förmåga att söka tröst för att behålla öppenhet för andras lidande och genom att värna om sin moraliska integritet. Erfarenheter, insikt och omdöme har format deras moraliska kunskap.

Metodologiska överväganden

I denna avhandling används både kvantitativa och kvalitativa metoder. Övergripande kvalitetsbedömningar av de kvantitativa metoderna handlar om validitet och reliabilitet och i de kvalitativa metoderna om trovärdighet (Polit & Beck 2006).

De kvantitativa metoderna

I två delstudier konstruerades och validerades nya enkäter (I, II). Konstruktion och begreppsvalidering av enkäter med hjälp av faktoranalys bygger huvudsakligen på forskarnas erfarenhet från det område som studeras (jfr Dawson & Trapp 2001 p 255). Den forskargrupp som står bakom utvecklingen av dessa två enkäter består av erfarna forskare inom omvårdnadsforskning, vårdetik och medicinsk statistik såväl som forskarstuderande och experter som har anlitats för att bedöma enkäternas innehåll. Enkäterna har inte kriterievaliderats eftersom vi inte, för kriterievalidering av PCQ, hittade några enkäter som handlade om syn på samvete. Det är möjligt att kriterievalidering av MSQ-R mot den ursprungliga enkäten hade varit fruktbar trots att den ursprungliga enkäten tydligt riktar sig till en specifik verksamhet.

Vi konstruerade påståendena i PCQ utifrån tankar om samvetets ursprung, funktion och betydelse men dessa kategorier återfanns inte tydligt i resultatet av faktoranalysen som visade på andra

intressanta dimensioner, kongruenta med teori och empiri. Faktorernas stabilitet testades genom faktoranalys i var och en av fyra slumpmässigt valda grupper. Resultaten av denna faktoranalys visade liknande mönster som faktoranalysen där hela gruppen var representerad. Påståendena i PCQ gäller både syn på samvete i allmänhet (samvetet) och syn på det egna samvetet. Vi hade ambitionen att formulera påståendena så brett som möjligt för att fånga många olika sätt att se på samvete och ville undvika alltför känsliga påståenden som respondenterna inte skulle kunna svara på. Med facit i hand tror vi att omformulering av frågorna till att gälla "mitt samvete" kan i framtiden bättre visa de personliga uppfattningar som vi menar samspelar med samvetsstress och utbrändhet. Avsikten med att utveckla MSQ-R var att konstruera påståenden som både handlade om positiva och negativa uppfattningar om respondenternas moraliska känslighet. De positiva respektive negativa uppfattningarna bekräftades till stor del i faktoranalysen. Vid upprepad användning av MSQ-R såg vi att skattningar av vissa påståenden inte alltid fick tillfredställande spridning. Den möjliga förklaringen är att respondenterna skattade dessa påståenden utifrån social önskvärdhet och ansåg som det önskvärda t.ex. att "alltid ha ansvar för patienter oavsett resurser" eller att deras "förmåga att uppfatta patienters behov var till stor hjälp i deras arbete". Enkäter som bygger på självskattning medför risk för att respondenter missförstår, underskattar, överskattar eller svarar utifrån social önskvärdhet.

Undersökning av samband mellan skattningar på PCQ, MSQ-R och MBI (III) inriktades på att söka associativa samband (jfr Polit & Beck 2006 p 39). Vi bedömde att associativa samband bäst åskådliggjordes med hjälp av hierarkisk klusteranalys i vilken alla variabler betraktas som oberoende variabler och ett mönster av samband synliggörs. Hierarkisk klusteranalys bygger på avstånd mellan olika variabler. Vi har använt oss av Pearsons korrelationskoefficient för att ge en konkret siffra på avstånd. Analysen är inte hypotestestande och inga signifikansnivåer kan anges. Vi bedömde att Pearsons korrelationskoefficient $r \geq 0,50$ var tillräcklig gräns för att hävda att sambandet inte var slumpartat. För en intern validering genomförde vi också en faktoranalys som visade liknande utfall som den hierarkiska klusteranalysen. Konstruktion av PCQ var det första steget till att utforska syn på samvete och dess samband med moralisk känslighet (MSQ-R) och utbrändhet (MBI). De psykometriska egenskaperna som tillräcklig spridning, litet internt bortfall, acceptans bland respondenter samt faktorernas kumulativa varians, egenvärde, laddningar och deras kongruens med teori och empiri gjorde att vi bedömde enkäterna som valida. Skattningar av komplexa företeelser som syn på samvete och moralisk känslighet kan inte vara precisa utan blir ett riktmärke som vägleder

fortsatt forskning (jfr Polit & Beck 2006 p 16). Validering är ett ständigt pågående arbete och kunskaper från delstudierna i denna avhandling bidrar till vidareutveckling av enkäterna.

De kvalitativa metoderna

Den centrala kvalitetsbedömningen i kvalitativ forskning är trovärdighet, som gäller såväl datainsamling, analys och tolkning av data. Som forskare är jag själv verktiget i datainsamling, analys och tolkning av data samt presentation av resultat och min förförståelse är med nödvändighet en del i processen. Utan förförståelse kan vi inte förstå det som texten talar om direkt eller indirekt. Vi kan sträva efter att genom reflektion öka vår medvetenhet om förförståelsens betydelse för både formulering av forskningsfrågor och för tolkning. Vi kan dock inte fullt ut nå insikt om vår förförståelse (jfr Lindseth & Norberg 2004). I denna avhandling analyserades och tolkades skriftliga redogörelser (IV) och narrativa intervjuer (V). Det finns för- och nackdelar med skriftliga redogörelser. Fördelen var att många beskrivningar lämnades in och att det var enkelt att samla data. Nackdelen var att jag inte kunde ställa klagörande följdfrågor. Därför fick de längre beskrivningarna av självtröst vara vägledande för tolkningen. Olika kodningar och tematiseringar prövades innan vi tre författare kom till konsensus. Förståelsen från denna delstudie blev en del av min förförståelse som påverkade tolkningen av delstudie V där narrativa intervjuer genomfördes.

De narrativa intervjuerna (V) utgick från självskattningar i PCQ. De intervjuade vårdarna gav olika perspektiv på fenomenet att leva med dåligt samvete. En begränsning var att endast mycket erfarna vårdare anmälde sig som frivilliga till att låta sig intervjuas. Därför har berättelserna handlat om innebörder av deras mer än 20-åriga erfarenhet av att leva med dåligt samvete som vårdare. Vi vet inte hur oerfarna vårdare skulle ha berättat om att leva med dåligt samvete. Mishler (1986) ser den narrativa (berättande) intervjun som en form av diskurs. Diskursen utformas gemensamt mellan intervjuare och intervjuperson. Jag har ingen egen erfarenhet av att arbeta i psykiatrisk vård, vilket kunde vara både en fördel och en nackdel. Intervjupersonerna var experter, fria att inviga mig i sin värld där jag var gäst. De berättade om sin levda erfarenhet och hade frihet att presentera för mig det de själva valde i relation till ingångsfrågan. De klagörande frågorna jag ställde syftade till att motverka eventuella missförstånd (jfr Lindseth & Norberg 2004). Jag förstod deras berättelser utifrån min förförståelse och kanske inte kunde ställa fördjupade följdfrågor utifrån en delad yrkeserfarenhet.

Berättelserna hade en rikedom som medgav tolkning med fenomenologisk hermeneutisk metod. Strukturanalys, som är en del av den fenomenologisk hermeneutiska metoden, var ett sätt att skapa trovärdighet i tolkningen (jfr Lindseth & Norberg 2004). Ett annat sätt att skapa trovärdighet var att vi tre författare regelbundet träffades för att diskutera framväxande tolkning av intervjuerna (jfr Polit & Beck 2006 p 333). Den hermeneutiska spiralen blev tydlig för mig när den första förståelsen öppnade upp för nästa förståelse och för nästa. Vi gick mellan den naiva förståelsen, temana från strukturanalysen och relevant litteratur i en dialektisk rörelse och prövade olika tolkningar tills vi enades om den tolkning som bäst stämde med hela texten.

Slutsatser

Avhandlingsarbetet utgick från att vårdares uppfattning om samvetets ursprung och betydelse samt erfarenheter av moralisk känslighet har betydelse för uppkomsten av samvetsstress och utbrändhet. Både de kvantitativa och kvalitativa delstudierna ingick i en hermeneutisk spiral som fördjupade förståelsen av två olika sätt att leva med dåligt samvete. Om vårdarna uppmärksammar känslan (synderesis) och tolkar samvetets budskap (conscientia) så upplever de sitt samvete som en tillgång. Om de å andra sidan känner att de måste döva sitt samvete för att kunna stanna kvar i vården, finns det samband med emotionell utmattning och depersonalisering. Om det är så att samvete har att göra med djupt integrerade värden och vi stänger av det, så är det logiskt att vi upplever depersonalisering då vi stänger av en viktig del av oss själva. De skolastiska idéerna om de två nivåerna av samvete, som fortfarande är aktuella (t.ex. Ratzinger 2007), liksom Lögstrups (1956/1994) beskrivning av det etiska kravet var värdefulla för förståelsen.

Avhandlingsarbetet utgick också från att tröst är en av flera hanteringsstrategier som kan hjälpa vårdare att lindra samvetsstress och leva med dåligt samvete (t.ex. skam och skuld). Såväl de kvantitativa som de kvalitativa delstudierna pekade mot vikten av att vårdare varseblir och erkänner sin sårbarhet och felbarhet och att de själva, eller med stöd från andra, finner tröst och försoning. Försonade med sin och andras otillräcklighet kan de upptäcka nya möjligheter att gottgöra sitt dåliga samvete genom handlingar i framtiden dvs. de utvecklar praktisk visdom.

Betydelse för vården

Denna avhandling bidrar med kunskap som är viktig för vårdares välbefinnande. Avhandlingen belyser några viktiga aspekter som kan komma till användning i undervisning och i det praktiska arbetet med

etiska dilemman och samvetskonflikter. Avhandlingen visar att samvetet är en auktoritet som hjälper vårdare att reflektera över och lära av sina misstag och på så sätt utvecklas. Att omsätta egna och andras misstag i ny kunskap skapar mening, stolthet och en känsla av positiv makt att använda till patienters bästa. Den medeltida modellen som visar två nivåer i samvetet kan hjälpa oss att på ett konstruktivt sätt diskutera vad samvetet egentligen vill oss. Vi kan lära oss att skilja på de realistiska och orealistiska krav samvetet ställer.

I världens många och komplexa situationer kan det vara svårt att urskilja vilket ansvar som är rimligt att lägga på sig själv. Det kollegiala stödet är mycket viktigt för klargörande och tolkning av ansvaret. Även om det på vissa arbetsplatser finns handledningstillfällen, kräver det dåliga samvetets omedelbarhet att det finns någon betrodd kollega tillgänglig just när det behövs. Den betrodda kollegans roll är att ta emot den som har drabbats av dåligt samvete utan att döma, dvs. att trösta. Ständiga omorganisationer kan bryta sönder inarbetade stödjande funktioner kolleger emellan. Likaså kan strävan efter effektivitet ta bort vilopauser där vårdare kan reflektera över känslor som väckts och deras betydelse. Att arbeta med människor i nöd kräver vårdares fulla uppmärksamhet och tro på att han eller hon har något att bidra med, dvs. att känna sig god nog. Att ständigt tyngas av dåligt samvete hotar självbilden och kan bidra till utbrändhet.

Ett något oväntat resultat i avhandlingen var att vårdare snarare kopplade dåligt samvete till upplevelser av maktlöshet och otillräcklighet (det de inte förmådde att göra) än till de faktiska fel och misstag de gjorde. Det ger anledning att fundera över om det finns skambeläggande mekanismer i vården som ger vårdare dåligt samvete – orimliga administrativa krav, anmälningar eller den svepande negativa kritik som förekommer i massmedia. Det är viktigt med konstruktiv kritik men vårdare behöver också beröm. De behöver känna bekräftelse från arbetskamrater och ledning men också från sitt eget inre. Samvetets röst kan upplevas som motsägelsefull, men det bräckliga och svårbegripliga samvetet är ett skydd mot självishet och omoral.

SUMMARY IN ENGLISH

The background of this thesis is findings from a number of interviews about ethically difficult care situations. In these interviews care providers narrated about a troubled conscience and feelings of guilt, shame and unworthiness. A number of care providers are on sick leave because of stress-related illness and it is reasonable to assume that moral conflicts are involved in stress. Therefore a *Stress of Conscience Study* has been initiated by Professor Astrid Norberg to investigate relationship between a troubled conscience and burnout. Other interviews showed that care providers use consolation to manage ethically difficult situations and another study, the *Consolation Study*, investigates consolation from various perspectives. This thesis is a part of both these projects. Thus there are two underlying assumptions. First, care providers' perceptions of the origin and significance of conscience and of their moral sensitivity have significance for their wellbeing. Second, self-comfort is one coping strategy that helps care providers to appease the stress of guilt and shame.

The overall aim of this thesis is twofold: first, to develop and validate questionnaires that could be used to investigate relationship between perceptions of conscience, moral sensitivity and burnout and second, to describe patterns of self-comfort used to ease stress, and to illuminate meanings of living with a troubled conscience. The thesis presents results of five studies.

There were no questionnaires to be found that assess both positive and negative aspects of conscience. The aim of the first study (I) was to construct and validate a new questionnaire to assess perceptions of the origin, nature and significance of conscience, the Perceptions of Conscience Questionnaire (PCQ). The 15 items, comprising this new questionnaire, were based on explorative interviews (n = 10) and literature review. The questionnaire was validated in a group of 444 care providers. The responses of the care providers were analysed using descriptive statistics and factor analysis. The analysis revealed six factors i.e. dimensions of how conscience can be perceived. These factors were 'the voice of authority', 'warning signal', 'demanding sensitivity', 'asset', 'burden', 'culture dependency.' The findings suggest that the PCQ is a valid and reliable questionnaire. The aim of the second study (II) was to further develop an existing questionnaire to the Moral Sensitivity Questionnaire Revised version (MSQ-R), to assess care providers' views on their moral sensitivity in a variety of care contexts. The nine items comprising this questionnaire were agreed on in a research group of the Stress of Conscience Study. The responses of 278 care providers were analysed using descriptive statistics and factor analysis. The analysis revealed three factors i.e. dimensions of how

moral sensitivity can be perceived. These factors were 'sense of moral burden', 'sense of moral strength', and 'sense of moral responsibility.' The findings suggest that MSQ-R is valid for use in various healthcare contexts. In the third study (III), the PCQ, the MSQ-R and a questionnaire about burnout (Maslach Burnout Inventory MBI) were distributed to a population of psychiatric care providers in two health care districts in the north of Sweden. The aim was to investigate relationship between responses to these three questionnaires. The responses of 101 psychiatric care providers were analysed using descriptive statistics and cluster analysis. The result shows two main clusters. Cluster A consisting mainly of items of the PCQ such as: listening to and interpreting the warning voice of conscience, following it and developing as human beings. The clustering was interpreted as 'experiencing a sense of moral integrity'. Cluster B consisting of items of the PCQ and the MSQ-R such as: feeling often inadequate, doing more than one has strengths for, feeling always responsible even if the resources are inadequate, having difficulties to deal with feelings aroused when patients are suffering, perceiving that conscience gives wrong signals and express social values, and having to deaden one's conscience. These items were related to the scores of two subscales of the MBI. The clustering was interpreted as 'experiencing a burdening accountability'.

The approach of study IV and V is qualitative. The aim of study IV was to describe patterns of self-comfort that are used to reduce stress. The written accounts were collected among 168 care providers and healthcare students. The accounts described what the care providers and students do when they need comfort in stressful situations of everyday life, and were analysed by means of qualitative content analysis. The result shows that the respondents described comfort in two dimensions. The first was an ability to take care of oneself (ingression). The second was an ability to feel intimately related to life, other human beings and universe or God (transcendence). The findings show that comforting measures are familiar and ordinary but sufficient for allaying feelings of worry, sorrow, shame, guilt, tension. Ingression and transcendence can be compared to the Winnicott's theory of object-relation. The aim of study V was to illuminate the meaning of living with a troubled conscience as a psychiatric care provider. Ten psychiatric care providers were interviewed. They represented a variety of responses on the item concerning need to deaden one's conscience in the study III. The interviewees were asked to narrate situations in their work that troubled their conscience. The interviews were analyzed using a phenomenological - hermeneutical interpretation. The study shows that the meaning of living with a troubled conscience is being confronted with one's inadequacy, and struggling to view oneself as good enough. The text revealed a sense of

unintentional betrayals because of inadequacy and powerlessness. The text revealed also a sense of being betrayed – overloaded with increasing demands, criticized, reported, exposed to violent patients all of which infused diffuse feelings of shame. In sharing wearing feelings of inadequacy with coworkers, care providers felt comforted enough to endure. However, to keep their self-respect, they needed approval also from their conscience. In a consoling dialogue they found confirmation of being good enough, felt reconciled and experienced meaning and professional pride.

Conclusions

Both quantitative and qualitative studies became a part of the hermeneutical spiral that deepens the understanding of two ways of living with a troubled conscience. One way is feeling responsibility but not being able to interpret the claim of conscience. These feelings can be so burdening that the only way to keep working is to silence the voice of conscience. However, as conscience is vital for experiencing moral integrity i.e. the sense of wholeness and harmony, there is risk of ‘falling apart’ and becoming exhausted and depersonalized. The other way is feeling responsibility and being able to interpret the claim of conscience. This requires practical wisdom i.e. learning from shortcomings and using such knowledge to gain professional skills and also to evolve as a human being.

TACK

Så är denna resa snart över. Min tid som doktorand vid Institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet närmar sig sitt slut. När jag blickar tillbaka så är det många som jag uppriktigt vill tacka för att ni på olika sätt har bidragit till att genomföra avhandlingsarbetet. Jag vill särskilt tacka:

Min handledare och så småningom bihandledare professor Astrid Norberg för all inspiration, för att du delat med dig av ditt imponerande kunnande och klokskap och för ditt outtröttliga stöd. Du har stöttat mig när det kändes motigt, glatt dig med mig när det gick bra, förstått vart jag var på väg innan jag förstod det själv och haft tålamod att läsa igenom alla mina manus. Det har varit en stor förmån att få vara doktorand i dina projekt. Jag har sedan barnsben längtat efter att läsa de stora filosoferna. Tack att du har introducerat mig i deras värld!

Min bihandledare och så småningom handledare lektor Anna Söderberg för all tilltro till vikten av mina studier och till min förmåga och för din känslighet för det viktiga i data. Du har delat med dig av ditt kunnande och hjälpt mig att se och förstå det som jag annars inte skulle ha förstått. Din noggrannhet, inlevelseförmåga och uppmuntran har betytt mycket för mig. Tack för all din hjälp och ditt engagemang i slutspurten!

Docent Sture Eriksson för att du med stort tålamod har guidat mig i statistikens värld. Du har övertygad mig att statistik verkligen är fruktbart. Tack att du så entusiastiskt nappade på alla idéer och gjorde dem till intressanta möjligheter.

Professor Kim Lützn för att du så generöst delade med dig av din kunskap om moralisk känslighet, för trevligt samarbete och hjälp med engelskan. Mina andra kolleger och medförfattare i projektet Samvetsstress i vården, lektorerna Gunilla Strandberg och Karin Sundin, Ann-Louise Glasberg, numera PhD, doktoranderna Eva Ericson-Lidman, Gabriella Gustafsson, Christina Juthberg, Elisabeth Lindahl och förste amanuensis Venke Sörlie för alla värdefulla synpunkter, för det kreativa klimat som våra träffar har präglats av och all vänskap. Jag vill också tacka docent Lars Olle Armgard för vänlig uppmuntran och intressanta diskussioner.

Mina kollegor på Institutionen för omvårdnad, professorer, lektorer, adjunkter, doktorander och sekreterare för att ni delat med er av ert kunnande och av er mänskliga värme. Särskilt vill jag tacka

mina rumskamrater under denna resa Björn Nygren och Pia Hedberg för samtal om livet och om forskning och mina ”grannar” Outi Häggqvist, Lisbeth Lundström och Susanne Backteman för er omtanke och vänskap. Ulf Isaksson, du har varit räddare i nöden. Tack för att du alltid tagit dig tid när jag inte förstod mig på min dator.

Vårdalinstitutet för ekonomiskt stöd som möjliggjort mitt avhandlingsarbete och för det goda klimatet vid alla seminarier. Tack alla ledare, seniora forskare och doktorander för intressanta diskussioner och för den gemenskap vi har haft. Jag kommer att sakna er! Särskilt tack vill jag rikta till docent Annika Dahlgren Sandberg för hennes omtanke och hennes sätt att leda vår plattform och till min bihandledare från Vårdalinstitutet Mats Johansson för värdefulla synpunkter.

Jag vill också tacka alla er som har tagit er tid att fylla i enkäter eller så generöst berättat om era erfarenheter. Jag har lärt mig mycket av er!

Och så till sist tack, Anders för att du alltid finns för mig, beredd att lyssna, stötta och krama. Tack för att du har trott på det jag gör, för alla våra samtal och för dina tålmodiga rättelser av min förtjeckskade svenska. Du har lärt mig mycket om tröst, tillit till livet och trygghet. Till våra barn Josefin, Klara och Eric - utan er vore livet grått. Tack för all er kärlek, värme, omtanke, långa söndagsfrukostar där livsfrågorna dryftas, för hjälp med det praktiska och numera för er gästfrihet, för att ni är stolta över er mamma och jag kan vara stolt över er. Tack Daniel och Anna för att ni har blivit en del av mitt liv och till min stora syster Ivanka för all omsorg och all härligt skratt.

Denna avhandling fick ekonomiskt stöd från Vårdalinstitutet, Vetenskapsrådet (K2006-27X-20068-01-3, Vårdastiftelsen (E2003003) och Medicinska fakulteten, Umeå universitet

REFERENSER

- Adams KE (2002). Ethical issues in gynecology: adolescent confidentiality, provider conscience and abortion, a patient choice of provider gender. *Current Women's Health Reports* 2 (6), 423-428
- Aldén M (2001). *Samvete och samvetsfrihet* (Conscience and freedom of conscience). Lund Sweden: Lund University
- Alfredson E, Wirén B, Lützén K (1995). Tröst "en våg av välönskan och välbefinnande". *Vård i Norden* 2, 34-39
- Allport GW (1955). *Becoming: Basic considerations for a psychology of personality*. New Haven & London: Yale University Press
- Arbetsmiljöverket (2005). *Organisatoriska eller sociala faktorer i vården*. Korta sifferfakta 5. 2005. www.av.se. Hämtad 2007-12-01
- Arendt H (1971). Thinking and moral considerations. A lecture. *Social Research* 38 (3), 417-446
- Arlebrink J (1996). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Austin W, Bergum V, Goldberg L (2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry* 10 (3), 177-183
- Austin WJ, Kagan L, Rankel M, Bergum V (2007). The balancing act: psychiatrics' experience of moral distress. *Medicine, Health Care and Philosophy*. DOI 10. 1007/s11019-007-9083-1 (2007-10-24)
- Australian Nursing Council Inc (2001) (revised 2002). *The code of ethics for nurses in Australia*. www.anci.org.au. Hämtad 2007-06-30
- Bauman Z (1995). *Postmodern etik* (Engelsk original publicerat 1993). Göteborg: Daidalos
- Baxter LA (1994). Content analysis. I BM Montgomery & S Duck *Studying interpersonal interaction*. London: The Guilford Press
- Bem C (2001). Moral sensibility and ethics. *Bulletin of Medical Ethics* 173 (Nov), 20-24
- Benner P (1997). A dialogue between virtue ethics and care ethics. *Theoretical Medicine* 18 (1-2), 47-61
- Bloomfield D, Barnes T, Huysse L (2003). *Reconciliation after violent conflict. A handbook*. Stockholm: International IDEA
- Borgenhammar E (1993). *Att vårda liv. Organisation, etik, kvalitet*. Stockholm: SNS Förlag
- Boye B, Bentsen H, Malt UF (2002). Does guilt proneness predict acute and long-term distress in relatives of patients with schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106 (5), 351-357
- Brodie SJ, Biley FC (1999). An exploration of the potential benefits of pet-facilitated therapy. *Journal of Clinical Nursing* 8 (4), 329-337
- Brown JM (1996). Conscience: the professional and the personal. *Journal of Nursing Management* 4 (3), 171-177
- Bush EG, Rye MS, Brant CR, Emery E, Pargament KI, Riessinger CA (1999). Religious coping with chronic pain. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 24 (4), 249-260

- Chang EM, Hancock KM, Johnson A, Daly J, Jackson D (2005). Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing and Health Sciences* 7 (1), 57–65
- Childress JF (1979). Appeals to conscience. *Ethics* 89 (4), 315-335
- Childress JF (1997). Conscience and conscientious actions in the context of MCOs. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 7 (4), 403-411
- Cohen JS, Erickson JM (2006). Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 10 (6), 775-782
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing* 33 (2), 250–256
- Corley MC (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* 9 (6), 636–650
- Costigane H (1999). A history of the western idea of conscience. I J Hoose (ed) *Conscience in world religions* (pp 3-20). Leominster, England: Gracewing
- Cronqvist A, Nyström M (2007). A theoretical argumentation on the consequences of moral distress. *Journal of Nursing Management* 15 (4), 458-465
- Danerek M, Udén G, Dykes AK (2005). Sympathetic responsibility in ethically difficult situations. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 84 (12), 1164-1171
- Dawson B, Trapp RG (2001). Basic and Clinical Biostatistics (3rd ed.). New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill Inc.
- deRaeve L (1998). Maintaining integrity through clinical supervision. *Nursing Ethics* 5 (6), 486-496
- Dickens BM, Cook RJ (2000). The scope and limits of conscientious objection. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 71 (1), 71-77
- Duclow DF (1979). Perspective and therapy in Boethius's Consolation of Philosophy. *Journal of Medicine and Philosophy* 4 (3), 334-343
- Duxbury J (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9 (3), 325-337
- Edman M (2005). *Samvete – människans kravbrev och frisedel*. Pro gradu avhandling i vårdvetenskap. Enheten för vårdvetenskap Åbo Akademi, Vasa
- Edward KL, Hercelinskyj G (2007). Burnout in the caring nurse: learning resilient behaviours. *British Journal of Nursing*, 16 (4), 240-242
- Edwards D, Burnard P (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 42 (2), 169-200
- Ericson-Lidman E, Norberg A, Strandberg G (2007a). Meanings of being a female co-worker to a person developing burnout. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21 (2), 155–162
- Ericson-Lidman E, Strandberg G (2007b). Burnout co-workers' perceptions of signs preceding workmates' burnout. *Journal of Advanced Nursing* 60 (2), 199-208
- Eriksson K (1994). *Den lidande människan* (The suffering human being). Arlöf: Liber

- Espen MJ, Gallop R, Garfinkel PE (1999). Using guided imagery to enhance self-soothing in women with bulimia nervosa. *Bulletin of the Menninger Clinic* 63 (2), 174-190
- Faunce T, Bolsin S, Chan WP (2004). Supporting whistleblowers in academic medicine: training and respecting the courage of professional conscience. *Journal of Medical Ethics* 30 (1), 40-43
- Frankl VE (2000). *Gud och det omedvetna. Psykoterapi och religion*. (Tysk original publicerat 1985). Stockholm: Natur och Kultur
- Freud S (1989). Civilization and its discontents. In J Strachey (ed) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp 5–112). (Original work in German published 1930). New York: Norton
- Fromm E (1982). *Är människan ond eller god?* (Engelsk original publicerat 1947). Stockholm: Natur och Kultur
- Gallop R (2002). Failure of the capacity for self-soothing in women who have a history of abuse and self-harm. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 8 (1), 20-26
- Genius SJ (2006). Dismembering the ethical physician. *Postgraduate Medical Journal* 82 (966), 233–238
- Georges JJ, Grypdonck M (2002). Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nursing Ethics* 9 (2), 155-178
- Gilje F, Talseth AG, Norberg A (2005). Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: struggling with self and sufferer. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (5), 519–526
- Gilje F, Talseth AG (2007). Mediating consolation with suicidal patients. *Nursing Ethics* 14 (4), 546-557
- Glasberg AL, Eriksson S, Dahlqvist V, Lindahl E, Strandberg G, Söderberg A, Sørliie, V, Norberg A (2006). Development and initial validation of the Stress of Conscience Questionnaire. *Nursing Ethics* 13 (6), 633-648
- Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A (2007a). Burnout and "stress of conscience" among health care personnel. *Journal of Advanced Nursing* 57 (4), 392-403
- Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A (2007b). Factors associated with 'stress of conscience' in healthcare, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, accepted for publication
- Glasberg AL, Norberg A, Söderberg A (2007c). Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers, *Journal of Advanced Nursing* 60 (1), 10-19
- Glasberg A-L. (2007). *Stress of conscience and burnout in healthcare: the danger of deadening one's conscience*. Umeå University Medical Dissertation New Series No 1101, ISSN 0346-6612 <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-1111> (2007-10-29)
- Goodlin-Jones BL, Burnham M, Gaylor E, Anders T (2001). Night waking, sleep-wake organization, and self-soothing in the first year of life. *Journal of Developmental & Behavioural Pediatrics* 22, 226-233
- Gordon AD (1999) *Classification*. (2nd ed). London: Chapman and Hall/CRC
- Graneheim UH, Lundman B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2), 105–112

- Greene RA (1997). Instinct of nature: natural law, synderesis, and the moral sense. *Journal of the History of Ideas* 58 (2), 173-198
- Gropper EI (1992). Promoting health by promoting comfort. *Nursing Forum*, 27 (2), 5-8
- Gustafsson G, Norberg A, Strandberg G (2007). Meanings of becoming and being burnout - phenomenological-hermeneutic interpretation of female healthcare personnel's narratives *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, accepted for publication
- Hallsten L (1985). *Utbränt i jobbet*. Stockholm: Arbetsmarknadsinstitutet, Länsarbetsnämnden
- Hallsten L (2005). Burnout and wornout: concepts and data from a national survey. I ASG Antoniou & CL Cooper (eds). *Research companion to organisational psychology* (pp 516-536). Northampton MA: Edward Elgar Publishing
- Hamric AB, Blackhall LJ (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine* 35 (2), 422-429
- Hanna DR (2004). Moral distress: the state of the science. *Research and Theory for Nursing Practice* 18 (1), 73-93
- Hardimon MO (1992). The project of reconciliation: Hegel's social philosophy. *Philosophy and Public Affairs* 21 (2), 165-95
- Heidegger M (1992). *Varat och tiden*. Del 2. (Tysk original publicerat 1927). Göteborg: Daidalos
- Heidegger M (1997). *Plato's "sophist"*. (Original work published in German 1922). Indianapolis: Indiana University Press
- Hoffman ML (2001). *Empathy and moral development: implications for caring and justice*. Cambridge: Cambridge University Press
- Hoose J (Ed.). (1999). *Conscience in world religions*. Leominster, England: Gracewing
- Horton PC (1981). *Solace – the missing dimension in psychiatry*. Chicago: University of Chicago Press
- Horton PC, Gewirtz H, Kreutter KJ (1988). *The solace paradigm. An eclectic search for psychological immunity*. Connecticut, Madison: International Universities Press
- Horton PC (2002). Self-comforting strategies used by adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic* 66 (3), 259 -272
- Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M (2005). How physicians face ethical difficulties: a qualitative analysis. *Journal of Medical Ethics* 31 (1), 7-14
- Hyde MJ (2001). *The call of conscience. Heidegger and Levinas, rhetoric and the euthanasia debate*. Columbia South Carolina: University of South Carolina Press
- Häninen V, Aro H (1996). Sex differences in coping and depression among young adults. *Social Sciences & Medicine* 43 (10), 1453-1460
- Jaeger SM (2001). Teaching health care ethics: the importance of moral sensitivity for moral reasoning. *Nursing Philosophy* 2 (2), 131-142
- Jameton A (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall
- Jameton A (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing* 4 (4), 542-551

- Jansson L, Norberg A, Sandman PO, Åström G (1995). When the severely ill elderly patient refuses food. Ethical reasoning among nurses. *International Journal of Nursing Studies* 32 (1), 68–78
- Janvier A, Nadeau S, Deschenes M, Couture E, Barrington KJ (2007). Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experiences. *Journal of Perinatology* 27 (4), 203-208
- Jenkins I (1955). The significance of conscience. *Ethics* 65 (4), 261-270
- Jennell C (2002). Ethical consideration. Mandatory overtime: conflicts of conscience? *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation* 4 (1), 10-12
- Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K (2007a). Perceptions of conscience in relation to stress of conscience. *Nursing Ethics* 14 (3), 329-343
- Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K (2007b). Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care providers in elderly care. *Journal of Clinical Nursing*, accepted for publication
- Kant I (1964). *Formula of Humanity. Groundwork of the Metaphysics of Morals*. (Original work in German published 1785). New York: Harper and Row
- Kelly B (1998). Preserving moral integrity: A follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing* 28 (5), 1134–1145
- Kochanska G, Aksan N (2004). Conscience in childhood: past, present and future. *Merrill Palmer Quarterly* 50 (3), 299-310
- Kohlberg L (1981). *Essays on moral development, Vol. 1. The philosophy of moral development*. San Francisco: Harper & Row
- Kohlberg L (1987). Conscience as principled responsibility: On the philosophy of stage six. In G Zecha & P Weingartner (eds). *Conscience: an interdisciplinary view* (pp 3–15). Dordrecht: Reidel
- Kolcaba KY, Kolcaba, RJ (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing* 16 (11), 1301-1310
- Kolcaba KY (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 19 (6), 1178-1184
- Kälvemark-Sporrong S, Höglund AT, Arnetz B (2006). Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing Ethics* 13 (4), 416-427
- Kälvemark-Sporrong S (2007). *Ethical competence and moral distress in the health care sector. A prospective evaluation of ethics rounds* Avhandling. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala ISBN 978-91-554-6797-5
- LaFollette E, LaFollette E (2007). Private conscience, public acts. *Journal of Medical Ethics* 33 (5), 249-254
- Langston D (2001). *Conscience and other virtues*. PA: Penn State University Press
- Lazarus RS, Folkman S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Leal D (1999). Against conscience: a protestant view. I J Hoose (ed). *Conscience in world religions* (pp 21-61). Leominster, England: Gracewing

- Lewis M, Ramsey D (1999). *Soothing and stress*. Mahwah, N. J: L. Erlbaum Associates
- Lindahl E, Gilje F, Norberg A (2004). Striving for purity: shared understandings in retired Swedish care providers' narratives on nursing care around 1950. *Journal of Holistic Nursing* 22 (4), 333-350
- Lindahl E, Norberg A, Söderberg A (2007). The meaning of living with malodorous exuding ulcers. *Journal of Clinical Nursing* 16 (3A), 68-75
- Lindseth A, Norberg A (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (2), 145-53
- Lovecky DV (1997). Identity development in gifted children: moral sensitivity. *Roeper Review* 20 (2), 90-94
- Lützné K (1993). *Moral sensitivity: a study of subjective aspects of the process of moral decision making in psychiatric nursing*. Dissertation. Karolinska Institute: Stockholm
- Lützné K, Nordin C, Brolin G (1994). Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 4 (4), 241-248
- Lützné K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics* 10 (3), 312-322
- Lögstrup KE (1994). Det etiska kravet. (Dansk original publicerat 1956) Göteborg: Daidalos
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3rd ed, 1st ed 1981). Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- Maslach C, Leiter MP (1997). *The truth about burnout: how organisations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass
- Maslow AH (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand
- Mattsson B (1999). *Tröst. En helande kraft i gemenskapens famn*. Pro gradu avhandling i vårdvetenskap. Enheten för vårdvetenskap Åbo Akademi, Vasa
- May T (2001). Rights of conscience in health care. *Social Theory and Practice* 27 (1), 111-128
- McClendon H, Buckner EB (2007). Distressing situations in intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(5), 199-206
- McIntyre A, Ricoeur P (1970). *The religious significance of atheism*. New York, London: Columbia University Press
- Melley C (1998). Some philosophies can console: an old but forgotten message. *Theoretical Medicine and Bioethics* 19, 35-45
- Mishler E (1986). *Research interviewing: context and narrative*. London: Harvard University Press
- Morgan ML (2005). Shame, holocaust, and dark times. In JK Roth (ed). *Genocide and human rights: a philosophical guide*. New York and Basigstoke: Palgrave Macmillan
- Morse JM (1992). Comfort: The refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research* 1 (1), 91-106
- Mosher DL (1968). Measurement of guilt in females by self-report inventories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 32 (6), 690-695

- Nachmias M, Gunnar M, Mangelsdorf S, Hornik Parritz R, Buss K (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: the moderating role of attachment security *Child Development* 67 (2), 508-522
- Nathanson DL (1992). *Shame and pride. Affects, sex, and the birth of the self*. London: W W Norton & Company
- Nelms TP (1996). Living a caring presence in nursing: A Heideggerian hermeneutical analysis. *Journal of Advanced Nursing* 24 (2), 368-374
- Nightingale F (1959). *Notes on nursing*. (First published 1860). London: Harrison
- Norberg A (2001). Consoling care for people with Alzheimer's disease or another dementia in the advanced stage. *Alzheimer's Care Quarterly* 2 (2), 46-52
- Norberg A, Bergsten M, Lundman B (2001). A model of consolation. *Nursing Ethics* 8 (6), 544-553
- Norberg A (2003). *Samvetsstress i relation till moralisk lyhördhet, inre styrka, socialt stöd och utmattningssyndrom hos läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*. Vårdalstiftelsen, Etik i vården-programmet dnr E2003 033, Vetenskapsrådet dnr K2006-27X-20068-01-3
- Nordam A, Sørli V (2005). Prioritisation and quality of care for elderly people – male physicians' narratives. *Vård i Norden* 25 (1), 42-47
- Nordam A, Torjuul K, Sørli V (2005). Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *Journal of Clinical Nursing* 14 (10), 1248-1256
- Nortvedt P (2003). Subjectivity and vulnerability. Reflections on the foundation of ethical sensibility. *Nursing Philosophy* 4 (3), 222-230
- Nortvedt P, Grimen H (2006). *Sensibilitet och reflektion. Filosofi och vetenskapsteori för vårdprofessioner*. Göteborg: Daidalos
- Nykänen H (2002). *The "I", the "you" and the soul. An ethics of conscience*. Akademisk avhandling. Åbo Akademi, Vasa: University Press
- Okkenhaug B (2003). Skam i et teologisk og sjesørgerisk perspektiv. *Tidsskrift for sjesørg* 1, 17-27
- Olofsson B (2000). *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. Umeå University Medical Dissertations New Series No 655 ISSN 0346-6612
- Osborne CA (1999). How can we practice veterinary medicine conscientiously? *Journal of American Veterinary Medical Association* 215 (9), 1238-1239
- Pearl N (2001). In tragedy's wake: literature's consolation. *Library Journal* 126, 136-138
- Pendry PS (2007). Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nursing Economics* 25 (4), 217-221
- Perski A, Grossi G, Evengård B, Blomkvist V, Yilbar B, Orth-Gomér K (2002). Emotionell utmattning vanlig bland kvinnor i offentlig sektor. *Läkartidningen* 18 (99), 2047-2052
- Peternej-Taylor CA, Yonge O (2003). Exploring boundaries in the nurse-client relationship: professional roles and responsibilities. *Perspectives in Psychiatric Care* 39 (2), 55-66
- Polit, DF, Beck CT (2006). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilisation* (6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

- Puntillo KA, Benner P, Drought T, Drew B, Stotts N, Stannard D, Rushton C, Scanlon C, White C (2001). End-of-life issues in intensive care units: a national random study of nurses' knowledge and beliefs. *American Journal of Critical Care* 10 (4), 216-229
- Purviance SM (1999). The apriority of moral feeling. *Idealistic Studies: an International Journal of Philosophy* 29 (1-2), 75-87
- Pölkki T, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K (2003). Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. *International Journal of Nursing Studies* 40 (1), 33-44
- Pörn I (1992). Om kunskapsformer. I J Jansson (red) *Inlärnning och kunskap* (ss 63-69) Helsingfors: Utbildningsstyrelsen
- Raines ML (2000). Ethical decision making: relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA's Health Care Law, Ethics, and Regulation* 2 (1), 29-41
- Ramsay H (2001). Conscience: Aquinas – with a hint of Aristotle. *Sophia* 40 (2), 15–29
- Rasmussen BH, Sandman PO, Norberg A (1997). Stories of being a hospice nurse: a journey towards finding one's footing. *Cancer Nursing* 20 (5), 330-341
- Rasmussen BH, Jansson L., Norberg A (2000). Striving for becoming at-home in the midst of dying. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 17 (1), 31-43
- Ratzinger J (2007). *On conscience*. San Francisco: The National Catholic Bioethics Center and Ignatius Press
- Regeringskansliet (2007). *Mänskliga rättigheter*. <http://www.regeringen.se/sb/d/2665/a/14590>. Hämtad 2007-12-12
- Rest JR (1994). Background: theory and research. In JR Rest, D Narváez (eds). *Moral development in the professions. Psychology and applied ethics* (pp 1-26). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Ricoeur P (1976). *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth: Texas University Press
- Ricoeur P (1992). *Oneself as another* (Original work in French published 1990) Chicago: University of Chicago Press
- Ricoeur P (1995). Makten, rättvisan och det goda livet. Samtal med Paul Ricoeur. *Ord & Bild* 2, 13-19
- Riley R, Manias E (2002). Foucault could have been an operating room nurse. *Journal of Advanced Nursing* 39 (4), 316-324
- Roach MS (1992). *The human act of caring. A blueprint for the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press
- Rose SR (1999). Towards the development of an internalized conscience: Theoretical perspectives on socialization. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 2 (3), 15–28
- Roxberg Å (2005). *Vårdande och icke-vårdande tröst*. Doktorsavhandling i vårdvetenskap. Institutionen för vårdvetenskap, Abo Akademi, Vasa
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 312 (7023), 71-72

- Santamäki Fischer R, Nygren B, Lundman B, Norberg A (2007a). Living amidst consolation in the presence of God. Perceptions of consolation among the oldest old: The Umeå 85 Study. *Journal of Religion, Spirituality and Aging* 19 (3), 3-20
- SAOB (2007). *Svenska Akademiens ordbok*. Hämtad 27.10.2007 från <http://www.saob.se>
- Segerstedt TT (1937). *Moral Sense-skolan och dess inflytande på svensk filosofi*. Lund: CWK Gleerup
- Severinsson E (1995). The phenomenon of clinical supervision in psychiatric health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2, 301-309
- Severinsson E, Hummelvoll JK (2001). Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing and Health Sciences* 3 (2), 81-90
- Shirom A (2003). Job-related burnout: a review. In JC Quick & LE Tetrick (eds). *Handbook of occupational health psychology* (pp 245-264). Washington: American Psychological Association
- Smith DL (2003). Intensifying phronesis: Heidegger, Aristotle, and rhetorical culture. *Philosophy and Rhetoric* 36 (1), 77-102
- Stein A (2004). Music, mourning, and consolation. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 52 (3), 783-811
- Stern DN (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books
- Stilwell BM, Galvin M, Kopta SM (1991). Conceptualization of conscience in normal children and adolescents, ages 5 to 17. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30 (1), 16-21
- Stilwell BM, Galvin M, Kopta SM, Padget RJ, Holt JW (1997). Moralization of attachment: a forth domain of conscience functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (8), 1140-1147
- Strandberg G, Norberg A, Jansson L (2003). Meaning of dependency on care as narrated by ten patients. *Research and Theory for Nursing Practice* 17 (1), 65-84
- Sundin K, Jansson L, Norberg A (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry* 9 (2), 93-103
- Sundström P (1996). *Sjukvårdens etiska grunder*. Göteborg: Daidalos
- Söderberg A, Norberg A, Gilje F (1996). Meeting tragedy. Interviews about situations of ethical difficulty in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing* 12 (4), 207-217
- Söderberg A, Gilje F, Norberg A (1999). Transforming desolation into consolation: the meaning of being in situations of ethical difficulty. *Nursing Ethics* 6 (5), 357-73
- Söderberg A (1999). *The practical wisdom of enrolled nurses, registered nurses and physicians in situations of ethical difficulty in intensive care*. Umeå University Medical Dissertations New Series No 603 ISSN 0346-6612
www.umu.se/omvardnad/forskning/Kappor/Annasoderberg.pdf
- Söderfeldt M, Söderfeldt B, Warg L, Ohlson, C (1996). The factor structure of the Maslach Burnout Inventory in two Swedish human service organizations. *Scandinavian Journal of Psychology* 37 (4), 437-433

- Sørli V, Kihlgren AL, Kihlgren M (2004). Meeting ethical challenges in acute care work as narrated by enrolled nurses. *Nursing Ethics* 11 (2), 179–188
- Sørli V, Kihlgren AL, Kihlgren M (2005). Meeting ethical challenges in acute care work as narrated by registered nurses. *Nursing Ethics* 12 (2), 133-142
- Tabachnick BG, Fidell LS (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed). Boston, MA: Allyn and Bacon
- Talseth AG, Lindseth A, Jacobsson L, Norberg A (1997). Nurses' narrations about suicidal psychiatric patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 51 (5), 359-364
- Talseth AG, Jacobsson L, Norberg A(2000). Physicians' stories about suicidal psychiatric inpatients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14 (4), 275-283
- Talseth AG, Gilje F, Norberg A (2003). Struggling to become ready for consolation: Experiences of suicidal patients. *Nursing Ethics* 10 (6), 614-623
- Talseth AG, Gilje F (2007). Unburdening suffering: responses of psychiatrists to patients' suicide deaths. *Nursing Ethics* 14 (5), 620-636
- Tangney JP, Stuewig J, Mashek DJ (2007). Moral emotion and moral behavior. *Annual Review of Psychology* 58, 345-372
- Thompson WT, Cupples ME, Sibbet CH, Skan DI, Bradley T (2001). Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study *BMJ* 323 (7315), 728-731
- Tutton E, Seers K (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing* 46(4), 380-389
- Tymieniecka AT (1986). The moral sense and the human person within the fabric of communal life. In A Tymieniecka (ed) *Analecta Husserliana The yearbook of phenomenological research. Volume XX. The moral sense in the communal significance of life* (pp. 3-100). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company
- Valente SM (2003). Aftermath of a patient's suicide: a case study. *Perspectives in Psychiatric Care* 39 (1), 17-22
- Van Bogaert LJ (2002). The limits of conscientious objections to abortion in the developing world. *Developing World Bioethics* 2 (2), 131-143
- von Post I (1998). Perioperative nurses' encounter with value conflicts. A descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 12(2), 81–88
- Waller-Wise R (2005). Conscientious objections. Do nurses have the right to refuse to provide care? *AWHONN Lifelines* 9 (4), 283-286
- Weaver K (2007). Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. *Nursing Ethics* 14 (3), 141-155
- Weiner C, Tabak N, Bergman R (2003). Use of restraints on dementia patients: an ethical dilemma of a nursing staff in Israel. *JONA's healthcare law, ethics, and regulation* 5 (4), 87-93
- White KA (1999). Crisis of conscience: reconciling religious health care providers' beliefs and patients' rights. *Stanford Law Review* 51 (6), 1703-1749
- Wicclair MR (2000). Conscientious objection in medicine. *Bioethics* 14 (3), 205–227

- Wicclair MR (2007). Reasons and healthcare professionals' claims of conscience. *The American Journal of Bioethics* 7 (6), 21-22
- Wiklund P (2001). *Skuld, ensamhet och bristande tillit. Tre mönster av relationen mellan arbetsvillkor och psykisk ohälsa*. Stockholm: Rapport från Yrkesmedicinska enheten 2001:4. www.sl.se/yrkesmedicin
- Wilkinson JM (1987/1988). Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum* 23 (1), 16–29
- Wilson JQ (1997). *The moral sense*. New York: Simon and Schuster
- Winnicott DW (1953). Transitional objects and transitional phenomena; A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis* 34 (2), 89-97
- Winnicott DW (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications
- Wood C (2002). On landscape painting: reflections of an art teacher. http://www.opendemocracy.net/oncology-landscape/article_420.jsp
- Åkerlund BM (1990). *Dementia care in an ethical perspective: An exploratory study of caregivers' experiences of ethical conflicts when feeding severely demented patients*. Umeå University Medical Dissertations New Series No 229 ISSN 0346-6612
- Ångström-Brännström C, Norberg A, Jansson L (2007). Narratives of children with chronic illness about being comforted. *Journal of Pediatric Nursing*, in press
- Åström G, Norberg A, Jansson L, Hallberg I (1994). Nurses' narratives about difficult care situations. Interpretation by means of Lögstrup's ethics. *Psycho-Oncology* 3 (1), 27–34

APPENDIX

Samvete

För varje påstående nedan ringa in den siffra som du anser bäst stämmer överens med din åsikt/syn på vad samvete är. Använd skalan nedan som hjälp när du fyller i.

1	Nej, tar helt avstånd
2	Nej, tar nästan helt avstånd
3	Nej, tar delvis avstånd
4	Ja, instämmer delvis
5	Ja, instämmer till stor del
6	Ja, instämmer helt

1. Samvetets röst måste tolkas	1 2 3 4 5 6
2. Det behövs inre stillhet för att kunna höra samvetets röst	1 2 3 4 5 6
3. Det går inte att komma undan samvetets röst	1 2 3 4 5 6
4. Samvetet varnar oss för att skada <u>oss själva</u>	1 2 3 4 5 6
5. Samvetet varnar oss för att skada <u>andra</u>	1 2 3 4 5 6
6. Samvetet bör följas oavsett vad andra tycker	1 2 3 4 5 6
7. På min arbetsplats kan jag uttrycka vad mitt samvete säger	1 2 3 4 5 6
8. Jag följer samvetet i mitt arbete	1 2 3 4 5 6
9. Samvetet kan ge felaktiga signaler	1 2 3 4 5 6
10. Samvetet tystnar om man inte lyssnar till det	1 2 3 4 5 6
11. Jag måste döva mitt samvete för att kunna stanna kvar i världen	1 2 3 4 5 6

12. Mitt samvete är alltför strängt	1 2 3 4 5 6
13. Samvetet ger uttryck för samhällets värderingar	1 2 3 4 5 6
14. Gud talar genom samvetet	1 2 3 4 5 6
15. Genom att följa samvetet utvecklas jag som människa	1 2 3 4 5 6

Kommentarer	

Moralisk lyhördhet

Uppskatta grad av överensstämmelse med nedanstående påståenden, utifrån din EGEN erfarenhet och upplevelse, och ringa in det svarsalternativ som passar bäst in på dig. Det finns inget rätt eller fel svar.

1. Jag upplever ALLTID att jag har ansvar för att patienten får god vård även om resurserna är otillräckliga

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

2. Min förmåga att uppfatta patienters behov är till stor hjälp i mitt arbete

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

3. Jag har en mycket god förmåga att känna hur jag kan tala om svåra saker med patienten

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

4. Min förmåga att uppfatta patienters behov medför att jag ofta gör mer än jag orkar

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

5. Jag har en mycket god förmåga att uppfatta när en patient far illa

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

6. Jag upplever det som mycket tungt att bära de känslor som väcks i mötet med en patient som har det svårt

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

7. I mitt möte med patienter är jag ALLTID uppmärksam på balansen mellan möjligheten att göra gott och risken att göra ont

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

8. Min förmåga att uppfatta patienters behov medför att jag ofta hamnar i situationer där jag känner mig otillräcklig

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

9. Det är lätt att veta vad som är gott eller ont för patienten när jag kan arbeta efter fastställda rutiner och regler

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

Kommentarer	