



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskors erfarenheter av att hantera moralisk stress.

- *En allmän litteraturöversikt.*

Johanna Karlsson
Leonora Peci

Handledare: Johanna Norén Jonasson
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1512
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona, Maj, 2020

Sjuksköterskors erfarenheter av att hantera moralisk stress.

Johanna Karlsson
Leonora Peci

Sammanfattning

Bakgrund: En stor del av sjuksköterskans arbete handlar om att ta moraliska och etiska beslut med syfte att ge bästa omvårdnad och vård till patienten. Det är inte alltid lätt för sjuksköterskan att utföra handlingar i etik och moral när tidsbrist, resurser och medicinska beslut begränsar sjuksköterskan att utföra dem. Resultatet av att veta vilken handling som är moralisk rätt och däremot inte kunna utföra den leder till moralisk stress hos sjuksköterskan. Att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att hantera den moraliska stressen är av vikt för att vidare kunna förhindra konsekvenserna av moralisk stress.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att hantera moralisk stress.

Metod: Allmän litteraturoversikt med kvalitativ design. Analysprocessen följer i tre steg utifrån Fribergs (2017) rekommendationer.

Resultat: Resultatet är baserat på nio vetenskapliga artiklar där sjuksköterskors erfarenheter av att hantera moralisk stress beskrivs. Resultatet består av fyra teman med subteman till respektive tema. De huvudsakliga fynden som upptäcktes var (1) Att ta avstånd genom att distansera sig (2) Att ta avstånd genom att undvika (3) Att ha förmågan att kunna kommunicera (4) Att ha förmågan att kunna ändra sina tankebanor. Samtliga teman beskrev olika sätt för hantering av moralisk stress, varav majoriteten av hanteringsmetoder var negativa.

Diskussion: Studiens trovärdighet har diskuterats utifrån trovärdighetsbegreppen tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet. I resultatdiskussionen har tre centrala fynd diskuterats (1) Att ta avstånd genom att distansera sig (2) Att ha förmågan att kunna kommunicera (3) Att ha förmågan att kunna ändra sina tankebanor. De centrala fynden har därefter kopplats samman till den teoretiska referensramen som är Coping.

Slutsats: Slutsatsen av denna studie är moralisk stress är vanligt problem bland flera sjuksköterskor. Moralisk stress bidrar till ett sämre välbefinnande hos sjuksköterskan på grund av upplevelsen av maktlöshet, som kan leda till att sjuksköterskan istället väljer att säga upp sig för att ta avstånd från det som upplevs som svårt att hantera. Resultatet visar att det finns sätt att hantera den moraliska stressen på, positiv som negativa. Resultatet kan hjälpa nuvarande sjuksköterskor i hantering av moralisk stress.

Nyckelord: Coping, erfarenhet, kvalitativ, moralisk stress, sjuksköterska.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	0
Inledning	2
Bakgrund.....	2
Moralisk stress.....	2
Sjuksköterskans upplevelse av moralisk stress	3
Orsaker till moralisk stress	3
Konsekvenser av moralisk stress.....	4
Centrala värden för omvårdnad.....	5
De fyra etiska principerna.....	6
Teoretisk referensram	7
Coping	7
Känslofokuserad coping	7
Problemfokuserad coping	8
Problemformulering.....	9
Syfte	9
Metod	9
Design.....	9
Datainsamling.....	10
Urval.....	11
Inklusion- och exklusionskriterier	11
Dataanalys	11
Förförståelse	12
Resultat	13
Att ta avstånd genom att distansera sig	13
Att vända sig bort från moraliska svårigheter	13
Att ta avstånd genom att kompensera.....	14
Att ta avstånd genom att lämna arbetet	15
Att ta avstånd genom att undvika.....	15
Att undvika sina känslor	15
Att undvika genom förnekelse.....	17
Att ha förmågan att kunna kommunicera.....	18
Att kunna kommunicera med teamet.....	18
Att överföra kunskap inom teamet	18
Att våga vara modig	19

Att kommunicera med patient och anhöriga.....	19
Att vända sig till högre makter	20
Att ha förmågan att kunna ändra sina tankebanor.....	20
Att finna en acceptans.....	20
Diskussion.....	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion.....	25
Kliniska implikationer.....	32
Slutsats	33
Självständighet.....	34
Referenslista.....	35
Bilaga 1:1 Databassökningar	39
Bilaga 1:2 Databassökningar	40
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	41
Bilaga 3 Artikelöversikt.....	44

Inledning

Den etiska aspekten är en stor del i sjuksköterskans arbete och kommer med ett moraliskt ansvar. Detta innebär att sjuksköterskan behöver fatta moraliska beslut och handla etiskt gentemot sina patienter (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det är inte alltid lätt för sjuksköterskan att utföra handlingar i etik och moral när tidsbrist, resursbrist och medicinska beslut begränsar sjuksköterskan att utföra dem. Resultatet av att veta vilken handling som är moralisk rätt däremot inte kunna utföra den leder till moralisk stress hos sjuksköterskan (Veera, Francke, Struijs & Willems, 2012). Att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att hantera den moraliska stressen är av vikt för att vidare kunna förhindra konsekvenserna av den moraliska stressen. I denna studie kommer begreppet coping att användas vid sökning av sjuksköterskans hantering av moralisk stress.

Bakgrund

Moralisk stress

Begreppen etik och moral används ofta som synonymer som täcker gemensamma normer och värden (Sandman & Kjellström, 2013). Etik handlar om vad som är rätt och fel och med etiken följer även en moralisk plikt och skyldighet. Detta kan hänvisas till de värden en person eller en specifik profession har som mål att uppnå. Grunden i moralisk filosofi är att studera hur en person tar ett beslut och agerar i en viss situation (Deschenes & Konyk, 2019). Den etiska aspekten är en stor del i sjuksköterskans arbete och kommer med ett moraliskt ansvar (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Moralisk stress som begrepp introducerades för första gången i omvårdnadssammanhang av Jameton (1984). Begreppet innebär en smärtsam upplevelse av maktlöshet som orsakas när sjuksköterskan hindras att agera moraliskt korrekt gentemot patienten. Institutionella hinder såsom tidsbrist, juridiska överväganden eller medicinska beslut som sjuksköterskan behöver följa, beskrivs vara vad som begränsar sjuksköterskan att agera moraliskt korrekt gentemot patienten (Veera, Francke, Struijs & Willems, 2012). Jameton (1984) beskriver även i sin definition av begreppet att det finns initial- och reaktiv moralisk stress. Initial moralisk stress är känslorna som uppstår hos sjuksköterskan såsom ilska, frustration samt ångest och reaktiv moralisk stress orsakas när sjuksköterskan inte kan agera på felet som bevittnas (Corley, 2002). En

annan definition enligt Morley (2016) kan vara att moralisk stress beskrivs som ett psykologiskt svar på situationer som anses vara moraliskt utmanande. En annan definition beskriver moralisk stress som en form av inre stress som uppstår när en individs moraliska integritet äventyras på grund av oförmögenhet att agera i enlighet med skyldigheter eller misslyckade försök att uppnå önskat resultat (Morley, 2016).

Sjuksköterskans upplevelse av moralisk stress

Moralisk stress beskrivs som sjuksköterskans maktlöshet att utföra en moralisk handling mot patienten på grund av institutionella hinder. Detta kan i sin tur leda till att sjuksköterskan upplever ett lidande såsom smärtsamma känslor, ångest, ilska, depression och frustration, då rätt handling inte går att utföra. Bortsett från upplevelsorna av smärtsamma känslor rapporteras även huvudvärk, smärtor i nacke och magbesvär (Gallagher, 2011).

Upplevelserna av den moraliska stressen påverkar sjuksköterskor på en personlig och professionell nivå. Ångest, trötthet, utmattning, frustration, skuld och meningslöshet är känslor sjuksköterskan upplever på den personliga nivån och på den professionella nivån tros moralisk stress vara en bidragande orsak till att sjuksköterskor väljer att lämna sina arbetspositioner eller väljer att lämna yrket (Morley, 2016). Vidare beskriver Corley (2002) ytterligare upplevelser av moralisk stress såsom sömnbesvär, depression, hjärtesorg, förlust av självvärde och att sjuksköterskan lider av att deras moraliska integritet äventyras.

De centrala värdena för omvårdnad innefattar att sjuksköterska och vårdpersonal ska ha respekten för personens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Sumner (2010) menar att när en arbetsmiljö gör det svårt för sjuksköterskan att utöva omvårdnad på ett sätt som uppfyller de centrala värdena kan leda till att sjuksköterskor upplever moralisk stress.

Orsaker till moralisk stress

Sjuksköterskans känsla av maktlöshet i omvårdnadssituationer anses vara vad som orsakar moralisk stress. Veer, Francke, Strujis och Willems (2013) skriver i sin studie att sjuksköterskor som arbetar inom slutenvården rapporterar moralisk stress i större utsträckning än kommunal- och psykiatrisjuksköterskor. I situationer där sjuksköterskan står mellan två olika önskemål från patient och närstående utlöste detta moralisk stress hos sjuksköterskan. Även läkares behandlingspolicy var en utlösande faktor för moralisk stress då behandlingen som ordinerades var emot patientens önskemål. En annan situation som orsakade moralisk stress var när sjuksköterskan bar på medicinsk information om en patient

som sjuksköterskan enligt lag inte fick ge till patienten om patienten frågade, då detta var information som skulle ges av ansvarig läkare (Veer et. al., 2013).

Morley (2016) tar upp ett exempel av läkares behandlingspolicy som utlöser moralisk stress hos sjuksköterskan och detta är när läkare ordinerar behandling enligt ett handlingsprogram, vilket inte hjälper patienten. Detta beskrivs vara meningslösa behandlingar och när sjuksköterskor bevittnar detta uppstår moralisk stress. Vidare beskrivs sjuksköterskans känsla av maktlöshet och självtvivel uppstå av interna begränsningar. De andra situationerna som utlöser moralisk stress är att arbeta underbemannat, tidsbrist för dokumentation, överbeläggningar och kostnadsbesparingar inom sjukvården som blockerar sjuksköterskor för att utöva vård på ett etiskt sätt och dessa beskrivs som externa begränsningar (Morley, 2016). Vidare menar Haahr, Norlyk, Martinsen och Dreyer (2020) att orsaker som kan leda till moralisk stress är när värderingarna krockar mellan två olika professioner. Detta är vanligt mellan sjuksköterska och läkare, där sjuksköterskan kan uppleva att läkaren inte lyssnar eller ignorerar sjuksköterskans värderingar. Läkaren har sista ordet gällande det medicinska beslutsfattandet, där sjuksköterskan kan behöva utföra handlingen trots att det kan strida mot den etiska principer. Detta är något som upplevs väldigt svårt att hantera bland sjuksköterskor, eftersom som det strider mot deras strävan efter att bara göra gott (Haahr et. al., 2020).

Konsekvenser av moralisk stress

Schaefer, Lourdes Campos Pavone Zoboli och Vieira (2016) menar att de institutionella begränsningarna är en orsak till att sjuksköterskan upplever moralisk stress dock anses utmattande rutiner, stress, personalbrist och bristande kommunikation påverka sjuksköterskan negativt däremot behöver detta inte betyda att det är tecken på moralisk stress. Schaefer et. al. (2016) beskriver moralisk stress som ett subjektivt fenomen som kan upplevas på olika sätt men som blir mer tydliga i specifika situationer. I de allra flesta fall är den moraliska stressen förknippad med negativitet, både psykiskt och emotionellt, som påverkar vårdens och omvårdnadens kvalitet och säkerhet. Detta kan då även leda till att sjuksköterskan inte upplever en optimal arbetstillfredsställelse och väljer då att säga upp sig, eller i värsta fall avsluta sin karriär som sjuksköterska (Schaefer et. al., 2016).

Oh och Gastman (2015) skriver i sin studie att moralisk stress inte upplevs dagligen i sjuksköterskans arbete utan menar att moralisk stress kopplas till specifika situationer där

sjuksköterskan upplever maktlöshet. Dessa specifika situationer beskrivs som situationer där sjuksköterskan bevittnar meningslös vård eller när en patient vägrar en lämplig behandling. Haahr et. al. (2020) menar att tidspress samt hög vårdtyngd i sjuksköterskans dagliga arbete är påfrestade situationer som orsakar moralisk stress hos sjuksköterskan och att detta i sin tur kan leda till utbrändhet. Exempel på detta kan vara att balansen mellan omvårdnad och administrativt arbete konkurrerar mot varandra. Vid en för hög vårdtyngd samtidigt som det råder exempelvis personalbrist på avdelningen kan leda till en moralisk stress. Detta i sin tur kan leda till att sjuksköterskan inte vill fortsätta arbeta inom sjukvården. Ett annat exempel, enligt Haahr et. al. (2020), kan vara att verksamheten vill lägga in fler patienter trots personalbrist, vilket kan leda till att patienterna inte får deras behov tillgodosedda fullt ut på grund av tidsbrist. Detta påverkar vårdkvaliteten för patienten, eftersom de inte får den omvårdnad de behöver (Haahr et. al., 2020). Sjuksköterskans upplevelser av den moraliska stressen leder till att sjuksköterskan undviker patienten. Den angivna orsaken till undvikandet är en hanteringsmetod sjuksköterskan använder sig av för att hantera den moraliska stressen, vilket också beskrivs vara en negativ hanteringsmetod (Corley, 2002).

Centrala värden för omvårdnad

Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att ett etiskt förhållningssätt utgår både från ett personligt och socialt perspektiv utifrån ett sammanhang eller en kultur där sjuksköterskan verkar. Det etiska förhållningssättet handlar om att utmana sin egen värdegrund för att kunna utvidga sin etiska kompetens genom nytänkande samt att fördjupa sitt tankesätt.

Värdegrunden för omvårdnad beskriver tydligt hur sjuksköterskan ska verka för att uppnå bästa möjliga vård för patient och närstående. Den beskriver även de centrala värdena för omvårdnad utifrån etiskt förhållningssätt för att sjuksköterskan ska kunna handla etiskt korrekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) finns det sju punkter som ingår i de centrala värdena för omvårdnad. De fyra första punkterna riktar sig mot hur sjuksköterskan ska bemöta patienten. Punkterna vid namn är respekt för det sårbara, respekt för värdighet, respekt för integritet samt respekt för självbestämmande. Bemöter sjuksköterskan patienten utifrån dessa fyra punkter kan patienten uppfylla resterande tre punkter, alltså riktar sig de tre sista punkterna sig till patienten. Ett respektfullt bemötande kan leda till att patienten får en upplevelse av tillit, hopp och mening (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

I rollen som sjuksköterska behövs det många gånger, när värderingar ställs mot varandra, att våga yttra sin åsikt när det gäller vilken handling som gagnar patienten bäst.

Begreppet mod beskrivs som är en central del för att sjuksköterskan ska kunna ge en god omvårdnad enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016). Mod kan beskrivas som en dygd och anses vara en önskvärd egenskap hos sjuksköterskan. Modet får sjuksköterskan genom erfarenhet och reflektion, och det framkommer när handlingen som utförs gynnar patienten, men också sig själv. Att vara moraliskt modig innebär att sjuksköterskan ser ett eventuellt eller framtida lidande hos patienten, och handlar sedan så att det gynnar patientens välbefinnande. Motsatsen till detta är att vara feg, vilket kan förknippas med att patientens behov inte blir tillgodosedda, att patienten blir behandlad på ett förminskande sätt eller att en kollega ser en annan kollega utföra en handling som bryter mot etiska principer utan att själv agera (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

De fyra etiska principerna

De Panfilis, Di Leo, Peruselli, Ghirotto och Tanzi (2019) beskriver att de etiska principerna grundades av Beauchamp och Childress som innefattar självbestämmande, att göra gott, att inte skada samt rättvisa. Självbestämmandet innebär att varje individ har en rättighet att fatta egna beslut, att göra gott innebär att alla handlingar ska utföras så att det gynnar den andra individen, att inte skada innebär att alla handlingar ska utföras så att det inte orsakar den andra individen någon skada samt rättvisan innebär att alla människor är lika mycket värda. De Panfilis et. al. (2019) beskriver att samtliga principer relaterar till varandra och går hand i hand. Det beskrivs även att samtliga principer ska beaktas utifrån den enskilda individen, vilket tydligare innebär att alla människor har olika behov. Därav måste det enskilda fallet vara utgångspunkten för hur de etiska principerna ska användas för att bäst kunna gynna den enskilda individen (De Panfilis et.al, 2019).

Som De Panfilis et. al. (2019) beskriver var det Beauchamps och Childress som utformade de fyra grundläggande principerna. Sandman och Kjellström (2013) beskriver detsamma, dock att principerna används som ett verktyg vid etiska överväganden inom hälso- och sjukvård. Principen för autonomi innebär att alla människor har en moralisk skyldighet att visa respekt för alla människors rätt till att själva bestämma över sina liv. Principen för att göra-gott innebär att alla människor har en moralisk skyldighet att förebygga skada, minska skada som uppstått samt att främja det som är gott. Principen för att icke-skada innebär att alla människor har en moralisk skyldighet att inte skada en annan människa samt att värna om

den andra människans liv, som tydligare innebär att handlingar inte får orsaka någon direkt skada för att inte orsaka smärta eller lidande. Principen för rättvisa innebär att alla människor är moraliskt skyldiga att behandla alla jämlikt och rättvist, med innebörden att alla människor är lika mycket värda (Sandman & Kjellström, 2013).

Författarna i denna studie kopplar samman de fyra etiska principerna för att tydligt beskriva vad de innebär. I många fall där moralisk stress inträffar, kan det bero på att de etiska principerna ställs mot varandra och därmed bidrar till konsekvenser oavsett hur sjuksköterskan agerar. Vi anser att det är av vikt att beskriva hur omvårdnadsarbetet ska se ut, utifrån de etiska principerna.

Teoretisk referensram

Coping

Lazarus och Folkman (1984) definierar begreppet coping som en föränderlig kognitiv- och beteende insats en person har för att hantera externa och interna påfrestningar som kan leda till inre konflikter om dessa inte hanteras. Det beskrivs som egenskaper en individ har, som utsätts för stressfulla situationer. Detta innefattar olika strategier en person använder för att bemöta en viss svårighet. Coping definieras som en process med olika steg och beskrivs som en föränderlig process som syftar till att lära sig att hantera problem som uppstår samt känslor och upplevelser kring problemet. Vidare beskriver Lazarus och Folkman (1984) att hanteringsprocessen kan pågå i flera år och att det finns olika strategier att hantera svårigheterna. Dessa svårigheter beskrivs vara alla situationer som anses vara stressfulla eller hotfulla för en individ. Det krävs ansträngning för att kunna hantera en stressfull situation, oavsett resultat, detta innebär att ingen strategi anses vara bättre än den andra. En bra hanteringsmetod bedöms enbart efter effekter i mötet samt dess effekter på lång sikt. Coping har två inriktningar och dessa är känslofokuserad- och problemfokuserad coping.

Känslofokuserad coping

Känslofokuserad coping syftar till att minska emotionella besvär hos en individ. En stor andel av dessa metoder inkluderar även strategier såsom att undvika, minimera problemet samt att ändra tankebanor och välja att göra positiva jämförelser av problemet. En mindre andel av

känslofokuserad coping riktar sig på att öka de emotionella besvären hos individen för att bli medveten om sin ångest och därefter lära sig att hantera den. En del av de känslofokuserade strategierna leder till att svårighetsgraden av en specifik situation minskas. Andra känslofokuserade strategier ändrar inte innebörden av en händelse, utan väljer att ändra tankebanor eller undvika betydelsen av händelsen. Detta innebär i den känslofokuserade copingen att händelsen förblir densamma dock läggs tankar kring mötet åt sidan. På liknande sätt kan detta förklaras genom att släppa fokuset från vad som orsakar svårigheten som upplevs. Detta kan vara att släppa fokus genom att avlägsna sig själv från miljön och utföra en aktivitet eller också ventilera ut känslorna (Lazarus & Folkman, 1984).

Problemfokuserad coping

I den problemfokuserade copingen ingår strategier liksom problemlösning. Denna hanteringsmetod syftar till att identifiera problemet, hitta lösningar, väga för- och nackdelar och därefter agera. Det som skiljer sig mellan problemlösning och specifik problemfokuserad coping är att problemlösning innebär en analytisk process som har sitt fokus på miljön kring problemet, däremot inkluderas känslofokuserade strategier även i problemfokuserad coping för att personen arbetar med hantering av problemet och sina känslor (Lazarus & Folkman, 1984).

Problemfokuserad coping innehåller två strategier, där den ena riktar sig mot miljön och den andra mot det egna jaget. När problemet ligger i miljön, riktar sig strategin mot att förändra belastning i arbetsmiljön, utgöra vilka hinder som finns samt se över de resurser som finns. När problemet istället ligger hos en själv, fokuserar strategin på motiverande eller kognitiva förändringar, som att inte ha för höga krav på sig själv, minska tankarna på att klara av allting själv, hitta alternativa lösningar på tillfredsställelse, utveckla nya normer för beteende eller att lära sig nya färdigheter. Denna form av strategi syftar till att hjälpa personen att själv hantera eller lösa problemet (Lazarus & Folkman, 1984).

Dessa två strategier kan kombineras med varandra, där utfallet både kan vara positivt och negativt. Ett exempel på ett positivt utfall kan vara att en person upplever starka ångestkänslor för att hålla en föreläsning för en stor grupp av människor. Innan personen på börjar föreläsningen, läggs fokus på att djupandas några gånger samt att säga till sig själv att det kommer gå bra. Detta leder till att personen kan hantera problemet både känslomässigt och objektivt, med fokus på själva sammanhanget att det inte är så farligt. Ett exempel på ett

negativt utfall kan vara att en person lider av att utföra ett svårt beslut, som i sin tur leder till en outhärdlig känslomässig stress. När den känslomässiga stressen tar över, leder det till att personen istället tar ett förhastat beslut. Detta kan kännetecknas som ett bristande konsekvenstänk, som istället leder till att det objektiva problemet blir större samt att den känslomässiga stressen ökar (Lazarus & Folkman, 1984).

Problemformulering

Den moraliska stressen är ett problem inom sjukvården och påverkar sjuksköterskor i all sjukvård (Corley, 2002). Dock anses det att sjuksköterskor som arbetar inom slutenvården rapporterar moralisk stress i större utsträckning än kommunal- och psykiatrisjuksköterskor (Veer, et. al, 2013). Bortsett från upplevelserna av ångest, ilska, depression och frustration rapporteras även huvudvärk, smärtor i nacke och magbesvär (Gallagher, 2011). Den moraliska stressen påvisas påverka även patienten då sjuksköterskan undviker patienten på grund av de smärtsamma känslorna som upplevs. Detta är en metod som sjuksköterskan använder för att hantera sin moraliska stress, men anses vara en negativ hanteringsmetod (Corley, 2002) Enligt en studie betonas vikten av att mer forskning krävs kring sjuksköterskors hantering av moralisk stress för att kunna förebygga detta (Oh & Gastmans, 2015). Hittills har tidigare forskning definierat begreppet moralisk stress, sjuksköterskans upplevelser av det samt orsaker till moralisk stress dock anses forskning kring sjuksköterskans erfarenheter av att hantera moralisk stress vara begränsad.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att hantera moralisk stress.

Metod

Design

Den valda designen är baserad på Fribergs (2017a) beskrivning av en allmän litteraturöversikt med kvalitativ ansats. En allmän litteraturöversikt innebär att arbetssättet är strukturerat. Den allmänna litteraturöversikten görs utifrån att skapa en överblick av ett specifikt problemområde, på ett strukturerat arbetssätt sammanställa ett redan publicerat

forskningsresultat samt att skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning inom området (Friberg, 2017a). Valet av en kvalitativ design enligt Friberg (2017c) gjordes för att öka förståelsen av moralisk stress samt för att sammanställa tidigare forskning av sjuksköterskans erfarenheter av att hantera moralisk stress till en ny helhet. Med en kvalitativ design fördjupas förståelsen för det valda fenomenet, och när valda artiklar har granskats ska de analyseras för att sammanställa ett nytt resultat (Friberg, 2017c).

Datainsamling

I denna studie har datainsamling skett via databaserna PubMed, som publicerar tidskrifter bland annat inom medicin och omvårdnad (bilaga 1:1) och CINAHL Complete (bilaga 1:2), som publicerar omvårdnadstidskrifter som innehåller bland annat omvårdnad och sjukgymnastik. Val av databaser samt sökningsstruktur enligt POR-modellen (Tabell 1) härstammar från Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) rekommendationer. POR-modellen innebär att sökningarna struktureras utifrån P – population, O – område samt R – resultat för att precisera och avgränsa sökningarna relaterat till syftet. POR-modellen används huvudsakligen vid kvalitativa studier. Tre sökblock användes där synonyma begrepp till sjuksköterska användes i ett sökblock med den booleska sökoperatorm OR emellan, synonyma begrepp till moralisk stress användes i det andra sökblocket med OR emellan samt synonyma begrepp till coping användes i det tredje sökblocket. De tre sökblocken slogs ihop med AND emellan varje sökblock. Samma sökstrategi användes vid sökning i Pubmed. Dessa sökord översattes till engelska och vissa av begreppen trunckerades för att få fler antal träffar enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011). Avgränsning som gjordes i CINAHL var att artiklarna skulle vara Peer Reviewed, engelskspråkiga, mellan år 2010-2020 samt att artiklarna skulle vara av Research Article. I PubMed gjordes en avgränsning där artiklarna skulle vara mellan år 2010-2020 samt att de skulle vara engelskspråkiga. Artiklarnas kontext är inom slutenvården och hemsjukvården.

Tabell 1. POR-modellen.

Population	Område	Resultat
Grundutbildad sjuksköterska	Moralisk stress	Erfarenheter av hanteringsmetoder, kvalitativ forskning

Urval

Sökningen som gjordes i CINAHL Complete gav den slutgiltiga sökningen 97 träffar (Bilaga 1:2), samtliga titlar lästes, 40 abstrakt valdes ut och av dessa lästes 14 vetenskapliga artiklar i full text där sex artiklar sedan valdes ut. I PubMed gav den slutgiltiga sökningen 216 träffar där samtliga titlar lästes, 74 abstrakt valdes ut och till sist fem artiklar i fulltext. Av de fem artiklarna valdes tre artiklar ut. De 14 respektive tre vetenskapliga artiklarna granskades enligt Fribergs (2017b) rekommendation av SBU:s kvalitetsbedömning av kvalitativa studier (Bilaga 2). Efter granskning behölls nio artiklar som går vidare till analysfasen. Artiklarna har sitt ursprung från Belgien, Brasilien, Malawi, Norge, USA och Taiwan.

Inklusion- och exklusionskriterier

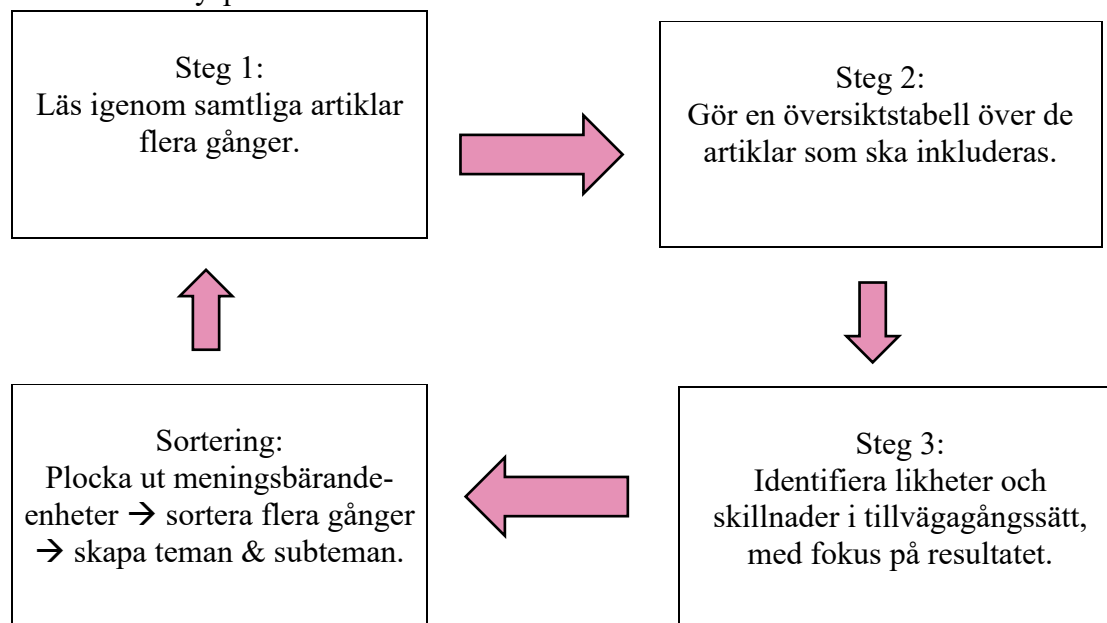
Inklusions- och exklusionskriterier valdes för att avgränsa sökningen som ger svar på syftet vi frågar efter. De valda inklusionskriterierna omfattar sjuksköterskor, moralisk stress, erfarenheter av att hantera moralisk stress samt artiklar med kvalitativ design. Åtta av de valda artiklarna är baserade på intervjuer varav en artikel var baserad på enkäter med kvalitativ design. Artiklarna som valdes är mellan 2010-2020 då de tidigare artiklarna beskriver begreppet samt orsaker till moralisk stress och därför begränsas området till forskning som gjorts de senaste tio åren. Alla valda artiklar ska kontrolleras genom Peer Review samt att de är engelskspråkiga. Exklusionskriterier för denna studie är barnsjukvård.

Dataanalys

Analysen följde Friberg (2017a) samtliga analyssteg. Nio kvalitetsgranskade artiklar lästes flera gånger i steg 1 för att få en helhet sedan sammanfattades artiklarna som stöd i vårt analysarbete. Författarna läste och sammanfattade fyra artiklar var och en artikel tillsammans. I steg två gjordes en översiktstabell. Översiktstabellen skulle innehålla information om författare, teoretisk referensram, problemområde och syfte, metod, urval och analys samt en kort summering av studiernas resultat (Friberg, 2017b). I steg tre skulle likheter och/eller skillnader i teoretiska utgångspunkter, metod, analysgång och syften identifieras, därefter skulle likheter och/eller skillnader i artiklarnas resultat identifieras. Aspekter i innehållet av artiklarna skulle sorteras efter områden som berörde samma aspekter. När samtliga meningsbärande enheter identifierats skulle en sammanställning göras utifrån samtliga artiklars fynd. De meningsbärande enheterna skulle sorteras och liknande enheter skulle

placeras tillsammans under en lämplig rubrik. På detta vis skapades teman eller kategorier, där resultaten sönderdelades för att kunna gå från helhet till delar för att sedan kunna skapa en ny helhet (Friberg, 2017a). Tillvägagångssättet i analysprocessen beskrivs i tabell 2. Det insamlade materialet lästes flera gånger för att se om de mindre temana kunde passa in i ett större temana. Författarna kunde tillslut komma fram till fyra huvudteman som besvarade syftet. Datamaterialet fick läsas igenom ytterligare några gånger för att få väsentliga subteman till respektive teman. De huvudteman som presenterades i denna studie var: (1) Att ta avstånd genom att distansera sig (2) Att ta avstånd genom att undvika (3) Att ha förmågan att kunna kommunicera och (4) Att ha förmågan att ändra sina tankebanor.

Tabell 2. Analysprocessen.



Förförståelse

Birkler (2012) beskriver att förförståelsen anses som förutfattade meningar inför det som ska studeras. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) behöver författarnas förförståelse beskrivas i ett examensarbetet för att sedan diskutera hur förförståelsen kan ha påverkat analysarbetet. Författarna för denna studies förförståelse är relaterad till tidigare arbetslivserfarenhet som

undersköterskor inom slutenvården samt verksamhetsförlagd utbildning vid sjuksköterskeprogrammet vid placering på sjukhus. Båda författarna har observerat situationer där moralisk stress kan förekomma, dock har den huvudsakliga förförståelsen uppkommit när denna studies bakgrund skrevs. Detta var att sjuksköterskor hanterar känslorna som uppstod av den moraliska stressen genom att undvika patienter, som framkommer i bakgrunden. Författarna hade en viss tanke kring den moraliska stressen, dock när datainsamlingen till bakgrunden tog form blev denna förförståelse mer omfattande.

Resultat

För att finna de meningsbärande enheterna i de artiklar som använts i resultatet har författarna följt analysprocessens steg (tabell 2). Efter att samtliga steg var utförda kunde teman och subteman skapas. Teman och subteman kommer att beskrivas i tabell 3 för att få en överblick på resultatets olika fynd.

Tabell 3. Huvudteman och subteman.

Huvudteman	Subteman
1. Att ta avstånd genom att distansera sig	<ul style="list-style-type: none"> - Att vända sig bort från moraliska svårigheter - Att ta avstånd genom att kompensera - Att ta avstånd genom att lämna arbetet
2. Att ta avstånd genom att undvika	<ul style="list-style-type: none"> - Att undvika sina känslor - Att undvika genom förnekelse
3. Att ha förmågan att kunna kommunicera	<ul style="list-style-type: none"> - Att kunna kommunicera inom teamet - Att överföra kunskap inom teamet - Att våga vara modig - Att vända sig till högre makter
4. Att ha förmågan att ändra sina tankebanor	<ul style="list-style-type: none"> - Att finna en acceptans

Att ta avstånd genom att distansera sig

Att vända sig bort från moraliska svårigheter

Ett vanligt förekommande sätt att hantera moraliska svårigheter är att sjuksköterskan vänder sig bort från frågan om moraliska svårigheter. Detta på grund av att frågan ligger utanför ens

grepp samt att det inte finns något sjuksköterskan kan göra åt det. Denna hanteringsmetod yttrar sig på olika sätt. Genom att fokusera på att utföra sina arbetsuppgifter och säga sig inte ha tid att ta itu med moraliska frågor och även att utföra en snabb lösning genom att agera på läkares beslut. Detta förknippas med sjuksköterskans sätt att ta avstånd från konflikter och frågor om moraliska svårigheter (Lievrouw, Vanheule, Deveugele, De Vos, Pattyn, Belle & D. Benoit, 2016). När den moraliska stressen uppstår i sjuksköterskans arbete upplever sjuksköterskan att det inte finns någon att prata med och tror att det är något som behöver hanteras ensam. Denna situation hanteras genom att distansera sig från situationer som orsakar den moraliska stressen (Robinson & Kellam Stinson, 2016). Att distansera sig från arbetet och utföra någon form av fritidsaktivitet som släpper fokus på arbetet var ett sätt som sjuksköterskan använde sig av för att hantera moralisk stress (Luiz Devos Barlem, Lerch Lunardi, Lerch Lunardi, Geri Tomaschewski-Barlem & Silva da Silveira, 2013).

Att ta avstånd genom att kompensera

Sjuksköterskor distanserar sig från känslor som uppstår vid moralisk stress. Denna hanteringsmetod beskrivs som en kompenserande hantering som sjuksköterskan ansåg vara skadlig med en personlig och professionell påverkan (Robinson & Kellam Stinson, 2016). Känslorna av den moraliska stressen komparerades med olämpliga skämt på arbetsplatsen istället för att prata om svårigheterna med en kollega. Sjuksköterskorna menade att de upplevde det tufft att visa sig svag och att denna hanteringsmetod minskade allvaret i moraliska svårigheter och fick dem att må bättre. Sjuksköterskor beskriver denna hanteringsmetod som oroande, dock hjälpte kompensationen sjuksköterskan att förtränga känslorna som sjuksköterskan upplevde vid moralisk stress (Robinson & Kellam Stinson, 2016). En annan kompensation som beskrivs yttrar sig genom att sjuksköterskan ventilerade ut sin frustration i personalrummet för att få utlopp för sina känslor. De moraliska svårigheterna som orsakade smärtsamma känslor hos sjuksköterskan komparerades genom att prata illa om patienterna. Det som ansågs som moraliska svårigheter uppstod på grund av att tid och effektivitet prioriterades före patienternas behov, önskemål och delaktighet. Konflikter uppstod när patienter inte ville äta och anhöriga vände sig till sjuksköterskan med klagomål. En sjuksköterska beskriver detta exempel med följande:

“[...] you could get into trouble if you didn't make sure the patient eats. It happens that they (next-of-kin) complain to you, for example they tell us you are not doing your job or you must

make sure that daddy is eating, and that is problematic at times.” (Rasoal, Kihlgren & Skovdahl, 2018, s. 5).

Patienter som inte ville äta, stiga upp eller duscha blev då övertalade av personalen till att göra som personalen säger för att arbetsuppgifterna skulle bli utförda. Detta ansågs som en effektiv metod när tidsbrist upplevdes för att personalen skulle få sina och anhörigas önskemål beviljade, dock var inte alla medarbetare positiva till denna metoden. För att sjuksköterskan skulle klara av att fortsätta sitt arbete riktades frustrationen gentemot patienterna. Detta kunde vara att namnge patienterna för ”barn” eller ”krävande” (Rasoal, Kihlgren & Skovdahl, 2018).

Att ta avstånd genom att lämna arbetet

På grund av den moraliska stressen tog sjuksköterskan avstånd genom att distansera sig från bland annat patienterna, involvering i förbättringsarbete av vården samt att vara delaktig i andra nödsituationer. Detta förklarades som ett sätt att ge upp, att inte ha förmågan att orka kämpa mer mot de moraliska svårigheterna och de känslor som dyker upp i samband med moralisk stress (Luiz Devos Barlem et. al., 2013). Den moraliska stressen förändrade sjuksköterskan som person och det enda sättet att hitta tillbaka till sig själv igen ansågs vara att lämna den miljö som orsakade moralisk stress. Att lämna miljön beskrevs som ett sätt att distansera sig från arbetet som sjuksköterska helt och hållet under en tid eller att byta till en annan enhet (Robinson & Kellam Stinson, 2016).

Att ta avstånd genom att undvika

Att undvika sina känslor

Sjuksköterskan stänger av sina känslor för att kunna hantera moraliskt svåra situationer. Genom att stänga sina känslor inne kan sjuksköterskan undvika att hamna i en moralisk stress. Att sjuksköterskan undviker som ett sätt för att hantera moraliska svårigheter kan vara på grund av olika anledningar (Lievrouw et. al., 2016). En anledning kan vara att inte bli alltför involverad när exempelvis en patient väljer att avsluta en behandling. Detta kan vara svårt för sjuksköterskan att acceptera, på grund av att främja hälsa och försöka bota eller lindra lidande ingår i sjuksköterskans värderingar. Genom att inte bli känslomässigt involverad och sätta gränser för sina känslor blir då ett sätt att undvika det som är svårt att hantera (Luz, Vargas, Barlem, Schmitt, Ramos & Meirelles, 2016). Några sjuksköterskor såg

bara vissa patienter, och det var de patienter som de själva ansåg behövde deras hjälp. Det upplevdes som en lättnad att endast prioritera vissa patienter, där dessa patienter fick all sjuksköterskans uppmärksamhet och detta gjorde att sjuksköterskorna kunde känna ett visst välbefinnande trots moralisk stress (Luiz Devos Barlem et. al., 2013).

En annan anledning kan vara att sjuksköterskan har mycket att göra under tidspress, som då leder till att sjuksköterskan endast gör de arbetsuppgifter som ordinerats att utföra och på detta sätt anses det att det inte finns någon tid över att filosofera över moraliska svårigheter (Lievrouw et. al., 2016). Detta är ett sätt att hantera genom att sjuksköterskan faktiskt inte vill känna av den moraliska stressen (Robinson & Kellam Stinson, 2016). När sjuksköterskan upplever moralisk stress upplevs även en känsla av maktlöshet över att inte kunna göra något åt situationen, därav är det enklare att blockera sina känslor. Detta kan dock leda till en fasad som utåt visar en person som är känslökall och som inte bryr sig, men denna fasad är egentligen inte den person som sjuksköterskan själv ser sig som (Robinson & Kellam Stinson, 2016). En sjuksköterska beskriver det så här:

” [A young patient] was dying and asked me to hold her. I couldn’t. I just froze. From then onwards, I never let a story come that close again. So, when I experience MD, I just act upon doctor’s orders, and I hope the rest of the team keeps that same distance.” (Lievrouw et. al., 2016, s. 509).

Ett annat sätt att undvika de moraliska svårigheterna är att lämna över det som är svårt till exempelvis en läkare (Lievrouw et. al., 2016). Att lämna över ansvaret kring en moraliskt svår situation gör att sjuksköterskan inte behöver ta sig an det själv, vilket med andra ord blir ett undvikande genom att sjuksköterskan inte behöver uppleva känslor som anses vara svåra att hantera. I relation till att läkaren är i en högre maktposition, kan det även vara så att sjuksköterskan tidigare har ifrågasatt läkaren, men att läkaren i det läget tillrättavisar sjuksköterskan genom att ignorera ifrågasättandet (Lievrouw et. al., 2016). Detta leder då till att det är enklare att inte säga någonting alls för att undvika konflikter samt ett försök till att glömma det som kan utlösa en moralisk stress (Mary, Andre, Ndebele & Chilemba, 2012). Att stänga av sina känslor kan beskrivas som en typ av försvarsmekanism, för att helt enkelt undvika det som är svårt. Genom att stänga av sina känslor, är det enklare att få sina arbetsuppgifter utförda (Robinson & Kellam Stinson, 2016). Sjuksköterskan undviker att känna något för stunden, och skjuter fram det till nästkommande dag. Men när morgondagen

kommer kan ytterligare en moraliskt svår situation inträffa där känslorna återigen skjuts fram. Att ständigt stänga av sina känslor och skjuta fram de till morgondagen resulterar i en ond cirkel som bidrar till något negativt på sjuksköterskan både professionellt och personligt (Robinson & Kellam Stinson, 2016).

Att undvika genom förnekelse

Förnekelse är en hanteringsmetod som sjuksköterskan använder sig av för att undvika moralisk stress. För att undvika att hamna i svåra situationer, undviker sjuksköterskan patientkontakt genom att minska antalet besök hos patienten. Detta är ett sätt att förneka de egentliga värderingarna sjuksköterskan har med innebörden att omvårdnadsyrkets handlingar innebär att sjuksköterskan ska göra personliga uppoffringar (Luiz Devos Barlem et. al., 2013). Ett annat sätt att befinna sig i förnekelse är att inte se hur pass allvarlig patientens sjukdom är (Luz et. al., 2016). Det beskrivs att det är vanligt att patient och anhöriga förnekar sjukdomens allvar, men att det är lika vanligt att sjuksköterskan gör likadant för att undvika att känna något för den patienten. Att bry sig eller att känna för mycket gör det svårt att hantera situationen, därmed är det enklare att förneka att situationen inte är så allvarlig. Det bidrar till en sämre vård för den patienten (Luz et. al., 2016).

Att befinna sig i förnekelse kan också ses som en försvarsmekanism. Sjuksköterskan intalar sig själv att inte påverkas av situationen, genom att tänka ”*jag har andra patienter att ta hand om*”. Detta är ett sätt att ignorera den egentliga situationen, som även här innebär att känslorna får vänta till morgondagen vilket återigen leder till en ond cirkel. Att stänga av eller att förneka sina känslor en gång, gör det lättare att fortsätta göra detsamma nästa gång en moraliskt svår situation uppstår (Robinson & Kellam Stinson, 2016). En sjuksköterska beskriver det så här:

“[...] when you pretend the first time, it makes it easier to pretend the second time. And then it becomes a non-issue and you stop thinking about it and you become numb.” (Robinson & Kellam Stinson, 2016, s. 238).

Att ha förmågan att kunna kommunicera

Att kunna kommunicera med teamet

I ett team är det viktigt att kunna prata om moraliska svårigheter som uppstår.

Kommunikationen där sjuksköterskan och övriga teammedlemmar kan förklara och diskutera kring moraliska svårigheter är en hanteringsstrategi som sjuksköterskan använder för att minska den moraliska stressen (Ko, Tseng, Chin & Hsu, 2020). Att kommunicera om den moraliska stressen, som upplevs i olika sammanhang, är inte alltid lätt för sjuksköterskan.

Vikten av att känna stöd från teammedlemmar samt att kunna kommunicera kring de moraliska svårigheterna förblir viktig för att minska den moraliska stressen (Lievrouw et. al., 2016). Sjuksköterskan beskriver att det är av vikt att kunna kommunicera med andra yrkeskategorier som har en förmåga att uttrycka sina känslor för att lättare kunna öppna upp sig och prata om den moraliska stressen (Lievrouw et. al., 2016; Luz, et. al., 2016).

“I once was involved in a situation where an oncologist had to tell a young woman that she would die within a short period of time. The woman started to cry, I cried, and the doctor cried. To me, that was beautiful. That’s the kind of doctor that I would feel comfortable talking to.” (Lievrouw et. al., 2016, s. 508).

Sjuksköterskan tenderar att agera direkt på känslor och dess upplevelser kring den moraliska stressen kan leda till att sjuksköterskan agerar impulsivt när känslorna upplevs, vilket i sin tur kan leda till konflikt mellan kollegorna i teamet. En annan sjuksköterska beskriver att i moraliskt utmanande situationer är det viktigt att teamet har olika åsikter och att detta kan bemötas med motstånd. Dock är detta av vikt för att kunna komma varandra närmare i teamet samt att detta förbättrar kommunikationen i teamet ur ett långsiktigt perspektiv (Lievrouw et. al., 2016). Att träffas i teamet och dela sina upplevelser, ge feedback och samarbeta kring moraliska svårigheter är ett sätt sjuksköterskan använder sig av för att hantera den moraliska stressen (Luz, et. al., 2016; Luiz Devos Barlem, et. al., 2013; Mary, et. al., 2012).

Att överföra kunskap inom teamet

Ett sätt vid hantering av moralisk stress var att få mer utbildning och dela egna erfarenheter kring moraliska svårigheter till sina kollegor (Luiz Devos Barlem et. al., 2013). Sökandet efter ny kunskap var av vikt vid hantering av moralisk stress för att kunna finna betydande värderingar och en egen medvetenhet kring moraliskt svåra situationer. Detta bidrog till att

hela teamet var motiverade till förändring (Luiz Devos Barlem et. al., 2013). Att erhålla ny kunskap ansågs vara något positivt vid hantering av moralisk stress. Utbyte av ny kunskap kunde ske genom föreläsningar, diskussioner i teamet, att själv ta sitt ansvar av att finna nya hanteringsmetoder samt utbyte av egna erfarenheter kollegorna emellan (Lievrouw et. al., 2016; Luz et. al., 2016; Mary et. al., 2012). Vid utbyte av egna erfarenheter bidrog detta till att sjuksköterskorna kunde uppleva en etisk medvetenhet som gjorde det enklare att hantera den moraliska stressen. Betydande var även att få utbildning i hur sjuksköterskan ska agera på ett ansvarsfullt, humant och etiskt sätt som bidrog till att sjuksköterskornas tankesätt ”att inte göra något som man inte vet” (Lievrouw et. al., 2016; Luz et. al., 2016). Vidare beskrivs det att det även var viktigt att öva kring hur en etisk medvetenhet kunde uppnås samt i att lyssna på andra, och detta gjordes i diskussioner och reflektioner med hela teamet (Heinze, Rushton, L. Bunting & L. Bunting, 2017).

Att våga vara modig

Att vara modig kännetecknas genom att stå upp för det sjuksköterskan tror är rätt trots bemötande av motstånd, vilket anses vara en effektiv hanteringsmetod (Heinze, et. al., 2017) Sjuksköterskor beskriver att i svåra etiska situationer belyste sjuksköterskan att de var tvungna att gå in i konflikter eller diskussioner även fast de kände att det var bäst att ta avstånd (Misund Dahl, Clancy, & Andrews, 2014). Sjuksköterskan var hängiven till sitt arbete vilket visade känslomässig involvering i viljan att stå upp för patienternas rättigheter. Känslor som upplevdes var oro, men att hängivenheten att vara patientens advokat och modet övervägde oron (Misund Dahl, Clancy, & Andrews, 2014). När sjuksköterskan sätts i situationer som inte känns rätt gentemot patienterna hanterar de detta genom att ifrågasätta, tar del av riktlinjer samt att söka sig till kollegor för konsultation (Ko et. al, 2020)

Att kommunicera med patient och anhöriga

Vissa sjuksköterskor upplevde att det var oundvikligt att bli känslomässigt involverad när patienten exempelvis befann sig i livets slutskede (Luz et. al., 2016). Det beskrivs att det är oerhört viktigt att vara närvarande och lyssna på både patient och dennes anhöriga i sådana situationer. Att kunna engagera sig i samtal med patient och anhöriga, att omfamna och hålla i handen, att försöka trösta samt att ge anhöriga en chans att få ventilera ut sina känslor beskrivs som väldigt betydande (Luz et. al., 2016). Sjuksköterskor belyste vikten av att ge patienten tillräcklig information om dennes sjukdom, diagnos och behandling så att patienten var införstådd i sin situation (Ko et. al., 2020). Om patienten trots detta inte ville ta emot

vård, hade sjuksköterskan ändå förklarat situationen och fick då acceptera patientens rätt till att själv bestämma över sin situation. Dock när patienten inte var införstådd i sin situation och inte ville acceptera den trots att sjuksköterskan förklarat vad sjukdomen innebar kunde sjuksköterskan uppleva en känsla av hjälplöshet och maktlöshet (Ko et. al., 2020).

Att vända sig till högre makter

Vissa sjuksköterskor som vände sig till sin religion och tro på Gud som ett sätt att kunna hantera moraliska svårigheter (Mary et. al., 2012). Sjuksköterskorna bad Gud om hjälp för att kunna hantera situationer som skapade oro, de bad för att få vägledning i hur de skulle hålla känslor som ilska borta eller så bad de Gud om förlåtelse för att de inte kunnat hantera en situation korrekt. Att de gav sjuksköterskorna tröst så att de kunde fortsätta med deras vardag (Mary et. al., 2012). Flera sjuksköterskor uttryckte en viss ånger när de gav vård till patienter som de hade blivit ordinerade att ge emot patientens önskan. Detta är ett exempel på när sjuksköterskorna kände behovet av att bli förlåtna av Gud (Robinson & Kellam Stinson, 2016). En sjuksköterska beskrev det så här:

“[...] Sometimes, I would go home and ask God to forgive for what I had done going against a person’s wishes.” (Robinson & Kellam Stinson, 2016, s. 238).

Att ha förmågan att kunna ändra sina tankebanor

Att finna en acceptans

Inom slutenvården kan sjuksköterskan och övriga yrkeskategorier stå inför utmanande beslut som inkluderar olika åsikter och värderingar (Heinze et. al., 2017). Att kunna vara flexibel, öppen och acceptera skillnader är av vikt för att minska den moraliska stressen. Acceptans minskar den moraliska stressen genom att ha förmågan att erkänna och acceptera situationen, beteenden eller beslut som de är samt att kunna acceptera i efterhand att ett beslut varit fel och ta lärdom av det utan att beskylla eller självkritisera. Sjuksköterskor som är känslomässigt involverade i sina patienters situation kan ha svårigheter att acceptera patientens tillstånd, vilket innebär att sjuksköterskan även i dessa lägen behöver finna en acceptans (Luz, et. al., 2016).

Sjuksköterskor hanterar etiska situationer genom att utgå ifrån sig själv som person, att utgå ifrån hur en själv hade velat bli behandlad i dessa situationer (Lievrouw et. al., 2016).

Sjuksköterskan behöver ändra sitt synsätt och utgå ifrån patienten som en individuell person

(Ko et. al., 2020). Genom att ändra synsättet kan den moraliska stressen minskas. En orsak till sjuksköterskans moraliska stress är när patienter nekar lämplig och behövande behandling. I situationer där patienten nekar behandling har sjuksköterskan svårt att respektera patientens beslut. Vid etiska svårigheter ska sjuksköterskan agera utifrån den personcentrerade vården och detta innebär att sjuksköterskan behöver ändra sitt synsätt för att kunna respektera patientens beslut (Ko et. al., 2020).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att hantera moralisk stress. Då en litteraturöversikt valdes av kvalitativ design kommer studiens vetenskapliga kvalitet att beskrivas utifrån de fyra begreppen tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet (Kristensson, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017). Vald design var en allmän litteraturöversikt av kvalitativ ansats. En allmän litteraturöversikt anses enligt Friberg (2017a) vara lämplig för att sammanställa redan publicerad forskning kring ett valt område. Att samla all tillgänglig forskning i en litteraturöversikt anses vara omöjligt på kandidatnivå. Detta innebär en risk för selektivt urval för att kunna besvara syftet (Friberg, 2017a). Henricsson (2017) menar att valet av sökord därför är centralt i en litteraturöversikt och behöver beskrivas av författarna till examensarbetet.

Resultatet har framkommit genom Fribergs (2017a) rekommendationer kring analysprocessen genom tre steg, dessa steg anses vara gemensamma för litteraturöversikter. Enligt Kristensson (2017) stärks tillförlitlighet i studien genom att ett tydligt tillvägagångssätt i analysarbetet har beskrivits. Studiens tillförlitlighet stärks även genom att det är två personer som har granskat och analyserat datamaterialet för att minska risken för att en persons förförståelse präglar resultatet enligt Kristensson (2017). Att söka i flera databaser med fokus på omvårdnad stärker studiens trovärdighet, då det finns en större chans att hitta relevanta artiklar (Henricsson, 2017) Två databaser användes enligt Blekinges tekniska högskolas bibliotek, CINAHL och Pubmed. CINAHL Complete och PubMed, är databaser med inriktning på omvårdnad och medicin och ansågs relevanta för vår studie (Östlundh, 2017). Om fler databaser hade använts, hade detta stärkt studiens trovärdighet ytterligare (Henricsson, 2017). Samtliga sökningar i databaserna har gjorts i sökblock, där varje enskilt begrepp har sökts i

synonymer. Därefter har sökblocken slagits ihop för att få fram relevanta artiklar som svarar på syftet. Sökningarna har skett genom POR-modellen för att få en tydlig strukturerad sökning som svarar på syftet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Samma sökstrategi användes i båda databaserna, eftersom sökstrategin ansågs som en lämplig och strukturerad strategi relaterat till antal träffar. Samtliga artiklar fanns i båda databaserna, dock kunde inte alla artiklar öppnas i båda databaserna, utan sex stycken gick att öppna i CINAHL och tre stycken i PubMed. Genom att samtliga artiklar gick att finna i båda databaserna stärker även detta tillförlitligheten, eftersom det påvisar att lämpliga sökord och block har använts relaterat till att sökningen har varit tillräckligt sensitiv och specifik (Kristensson, 2017). Det som kan sänka tillförlitligheten är översättningen från engelska till svenska, där det kan ha gjorts en feltolkning. Enligt Henricsson (2017) stärks även studiens trovärdighet om artiklarna som valts är Peer reviewed, detta då studierna är bedömda som vetenskapliga. Artiklarna som inkluderades i denna studie var peer reviewed, mellan år 2010-2020 och engelskspråkiga. Författarna valde artiklar där sjuksköterskors erfarenheter av att hantera moralisk stress beskrevs, som svarar på syftet. I två av artiklarna inkluderades annan hälso- och sjukvårdspersonal, varav i en av dessa gick det att tydligt urskilja vad sjuksköterskan hade sagt. I den artikel där det har varit svårt att urskilja sjuksköterskornas svar från läkarnas, anses som en svaghet och sänker studiens tillförlitligheten, medan i den artikel där det går att urskilja stärker tillförlitligheten. Författarna i denna studie har endast använt sig av vetenskapliga artiklar i resultatet som är etiskt granskade och godkända. Enligt Kristensson (2017) ska ett informerat samtycke ges till och från deltagarna som medverkar i bland annat intervjustudier. Artiklarna som används i resultatet har beskrivit att deltagarna i studierna har blivit delgivna informerat samtycke, där det bland annat beskrivs att deltagarna när som helst kan avsluta sin medverkan i studien. Kristensson (2017) beskriver vidare att även att de fyra etiska principerna, anonymitet och konfidentialitet ska beaktas utifrån Helsingforsdeklarationen. De fyra etiska principerna är att göra gott, att icke skada, autonomi och rättvisa. Anonymitet innebär att inget av datamaterialet kan härledas tillbaka till deltagaren. Konfidentialitet innebär att det datamaterial som samlats in inte når fram till obehöriga. Helsingforsdeklarationen beskrivs som ett dokument som ska läsas och beaktas av alla som utför forskning inom vård, hälsa och medicin, då den är specifikt riktad mot forskning som involverar människor (Kristensson, 2017). Författarna i denna studie har vidtagit etiskt övervägande i huruvida framförandet av artiklarna beskrivits. Datamaterialet har skrivits om så att det inte ska kunna härledas tillbaka till några av deltagarna. Citat från sjuksköterskorna har skrivits ut, men utan att namnge vem som sagt vad. Detta för att bevara

sjuusköterskornas integritet, minimera risken för skada samt för att överväga nyttan mot potentiell skada (Kristensson, 2017).

Enligt Kristensson (2017) stärks verifierbarheten genom att formulera de frågor som ställts i intervjuerna, en tydlig beskrivning av databassökningarnas tillvägagångssätt samt en tydlig beskrivning om hur artiklarna har granskats och analyserats. Enligt Friberg (2017a) ska sökord och sökvägar redovisas för att underlätta läsarens förståelse över hur det slutliga valet av artiklar gått till. Författarna i denna studie har bifogat tre bilagor (bilaga 1:1, 1:2, 2 och 3). Bilaga 1:1 och 1:2 är en redovisning av sökningarna som gjorts i respektive databas (Kristensson, 2017). Henricsson (2017) beskriver att valet av kvalitetsgranskningsprotokoll för kvalitetsgranskning av artiklar påverkar studiens tillförlitlighet. Författarna använde sig av Friberg (2017a) rekommendation av granskningsmall för att kvalitetsgranska de nio vetenskapliga artiklarna. Bilaga 2 är den mall som använts för kvalitetsgranskning av samtliga artiklar och bilaga 3 är en översikt av samtliga artiklar som har använts i resultatet. Studiens verifierbarhet stärks om det finns en tydlig beskrivning i hur författarna har gått tillväga samt att läsaren själv kan göra en granskning av de artiklar som använts (Kristensson, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017). Det som sänker studiens verifierbarhet var att det var många relevanta artiklar utifrån titel och abstrakt som inte gick att öppna, på grund av att dessa artiklar endast kunde öppnas mot betalning. Detta menar Kristensson (2017) utgör en risk att viktig och relevant information kan ha fallit bort som hade varit till nytta i studien. Artiklarna som krävde betalning hade kunnat beställas vilket hade kunnat stärka studiens verifierbarhet genom att ett minskat antal artiklar hade gått förlorade. Studiens verifierbarhet stärks även genom att det finns citat under majoriteten av subteman har formulerats för att stärka det som beskrivits i resultatet (Kristensson, 2017).

Pålitligheten i denna studie innebär att samtliga nio artiklarnas resultat speglar författarnas resultat utan att författarnas förförståelse har påverkat resultatet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Birkler (2012) beskriver förförståelse som fördomar där dessa används som ett sätt för att förstå omvärlden. Mårtensson och Fridlund, (2017) skriver att pålitligheten i ett examensarbete kan bevisas genom att författarna till arbetet beskrivit sin förförståelse samt hur detta kan ha påverkat analysarbetet. Inför studien hade författarna ingen förförståelse kring hur den moraliska stressen hanterades. En hanteringsmetod framkom då bakgrunden formulerades och detta var att sjuusköterskor undviker patienter för att minska den moraliska stressen. Olsson och Sörensen (2011) menar vidare att en redogörelse för författarnas

förförståelse är ett kvalitetskrav och behöver diskuteras ifall den kan ha påverkat analysprocessen. Då båda författarna har tolkat materialet som använts till resultatet kan detta stärka, dock även sänka studiens trovärdighet då författarna hade samma förförståelse. Utomstående personer har därför tagit del av analysarbetet för att säkerställa att förförståelsen inte påverkat resultatet. Som Kristensson (2017) och Mårtensson och Fridlund (2017) menar stärker detta studiens pålitlighet. Den förförståelse författarna hade var att hanteringsmetoder som sjuksköterskor använde var negativa, därför förvånades författarna av resultatet då det även framkom positiva hanteringsmetoder. Som nämnt under verifierbarhet, har bilagor för databassökning, mall för kvalitetsgranskning och artikelöversikt bifogats. Även detta stärker studiens pålitlighet, på grund av det finns en tydlig beskrivning hur och när datamaterialet har samlats in. I denna studie har utomstående personer granskat och analyserat resultatet, detta beskrivs stärks studiens pålitlighet (Kristensson, 2017; Henricsson, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017). De artiklar som använts i resultatet har inte beskrivit sin egen förförståelse, vilket sänker studiens pålitlighet eftersom det finns en risk att forskarnas förförståelse har gjort avtryck på deras resultat (Mårtensson & Fridlund, 2017). Kristensson (2017) menar då att pålitlighet i dessa studier stärks genom att artiklarna är utförda av fler än en forskare, vilket gör att risken minskar för avtryck av förförståelse i resultatet.

Författarna till denna studie har inte gjort några begränsningar gällande kön, ålder, erfarenhet eller land, vilket stärker studiens överförbarhet (Kristensson, 2017). Den enda begränsningen som gjorts gällande kontexten är barnsjukvård. Denna exkludering gjordes då författarna i studien inte beskrivit moralisk stress inom barnsjukvård i bakgrunden. Artiklarna som exkluderades med barnsjukvård behandlade barnintensiven och detta innefattar specialistsjuksköterskor. Att ha exkluderat denna kontext kan dock bidra med en risk att ett större innehåll av erfarenheter kring hantering har fallit bort, dock upplevde författarna i denna studie att barnsjukvård var en specifik grupp för sig. Kontexten i artiklarna var inom slutenvården och hemsjukvården. De nio artiklar som använts i resultatet har sitt ursprung i Belgien, Brasilien, Malawi, Norge, USA och Taiwan. Detta innebär att tre artiklar har sitt ursprung inom Europa, två stycken inom Nordamerika, två stycken inom Sydamerika, en styck inom Afrika samt en inom Asien. Enligt Kristensson (2017) kan resultatet överföras till andra grupper, miljöer eller kontexter om ingen begränsning gjorts. Detta innebär att resultatet kan generaliseras till andra världsdelar, då det beskrivits att det inte finns några större skillnader kring sjuksköterskans erfarenheter av att hantera moralisk stress oavsett vilket land sjuksköterskan har sitt ursprung i. Henricsson (2017) menar att utifrån studiens

trovärdighet kan resultatet i ett examensarbetet överföras till andra situationer eller kontexter. Om studien bygger på forskning från olika länder behöver skillnader och likheter i sjukvårdssystem diskuteras (Henricsson, 2017). Om syftet hade varit att undersöka en specifik typ av vård, hade detta inte kunnat generaliseras på grund av att sjukvårdssystemen är olika i olika länder. Författarna menar att eftersom syftet handlar om en erfarenhet kring något som upplevs i moraliska svåra situationer, kan detta generaliseras till andra sjuksköterskor i andra länder. En svaghet i studiens överförbarhet kan vara att endast nio artiklar har använts i resultatet. Att endast nio artiklar använts kan innebära en risk av att relevanta artiklar fallit bort och anses som en svaghet (Henricsson, 2017). Författarna till denna studie har endast haft tillgång till två databaser, vilket innebär att relevant forskning kan ha fallit bort. Enligt Kristensson (2017) stärks överförbarheten om det finns en tydlig beskrivning av deltagarna och kontexten. Majoriteten av de sjuksköterskor som deltagit i sex av artiklarna var kvinnor, där 96 av deltagarna var kvinnor och 12 stycken var män. I de återstående artiklarna finns det inte angivet av vilket kön sjuksköterskorna var av, dessa deltagare var 217 stycken. Arbetslivserfarenheten fanns beskriven i sex artiklar utav nio, där sjuksköterskorna hade en erfarenhet från sex månader till 25 år. Åldrarna varierade i samtliga artiklar. Med tanke på att majoriteten var kvinnliga sjuksköterskor, blir detta en svaghet eftersom resultatet till största del endast kan överföras till det kvinnliga könet.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att hantera moralisk stress. I detta avsnitt kommer följande tre centrala fynd att diskuteras: *Att ta avstånd genom att distansera sig*, *Att ha förmågan att kunna kommunicera* samt *Att ha förmågan att kunna ändra sina tankebanor*.

Ett centralt fynd i denna studie var *att ta avstånd genom att distansera sig*. Resultatet visar att distansering var en metod som sjuksköterskorna använde för att hantera den moraliska stressen (Luiz et. al., 2013; Lievrouw et al., 2016; Robinson & Kellam Stinson, 2016). Resultatet visar att sjuksköterskors distansering yttrar sig på olika sätt. Ett sätt är att sjuksköterskor distanserar sig genom att fokusera på arbetsuppgifter samt att vända sig bort från moraliska svårigheter som visas i Lievrouw et. al. (2016) studie. Ett annat sätt är att sjuksköterskan distanserar sig från patienter på grund av känslorna som upplevs vid moralisk stress som därmed påverkar omvårdnaden (Luiz et. al., 2013). Vidare menar Robinson och Kellam et. al. (2016) att sjuksköterskor yttrar denna form av hantering genom kompensation

eller också genom att lämna arbetet. Detta grundar sig i att sjuksköterskor upplever att de inte har någon att prata med och därför behöver hantera den moraliska stressen ensam (Robinson & Kellam Stinson, 2016). Bubloz, Nachtigall, Duarte do Amaral, Costa Viegas, Bernardes och Muniz (2016) anser att distansering är en försvarsmekanism som sjuksköterskor använder sig av för att minska det upplevda lidandet (Bubloz, et. al. 2019). Begreppet lidande omfattar en individuell helhetsupplevelse av att bemöta svåra situationer. Lidandet omfattar fysisk, känslomässig och existentiell upplevelse av smärta och ångest (Aram, 2017). Morley (2016) menar att det upplevda lidandet av den moraliska stressen innefattar känslor av ångest, trötthet, utmattning, skuld samt att sjuksköterskor upplever meningslöshet. I Robinson och Kellam Stinsons (2016) studie beskriver sjuksköterskor att de inte vill känna de känslor som kommer med den moraliska stressen, därför väljer sjuksköterskor att distansera sig. Detta görs även genom att kompensera med skämt för att minska allvaret, istället för att prata om problemet. Aram (2017) beskriver vidare att det uppstår olika faser när en person försöker lindra ett lidande som innefattar förnekande, insikt och kamp. Detta innebär att personen försöker på olika sätt dämpa de svåra känslorna som uppstår i ett lidande (Aram, 2017). Enligt Fredrikson och Furmark (2012) är det människors känslotillstånd som motiverar deras handlingar. Detta beskrivs som att motivation till att agera i en situation som beror på känslorna en individ förväntas att uppleva efter den utförda handlingen. Om en individ förväntar sig att en handling leder till positiva känslor så motiveras individen till att utföra denna handling. Likaså beskrivs det att om en handling förväntas leda till negativa känslor så försöker individen undvika att utföra den. Detta kan kopplas till Lievrouw et. al. (2016) studie där sjuksköterskor tog avstånd från konflikter om moraliska svårigheter då sjuksköterskan upplevde att det inte fanns något att göra åt det och detta leder därför till negativa känslor. Bulbolz et. al. (2019) menar vidare att sjuksköterskor därför behöver stöd från teamet för att hjälpa sjuksköterskor i situationer som orsakar lidande i det dagliga arbetet. Resultatet av denna studie visade att sjuksköterskor anser distanseringen som en skadlig hanteringsmetod då detta påverkade sjuksköterskan på en personlig och professionell nivå, dock menar sjuksköterskan att det var det enda sättet att minska det lidande som uppkommer vid moralisk stress (Robinson & Kellam Stinson, 2013). Fredrikson och Furmark (2012) beskriver att emotionell kontroll, som även kallas för coping, kan hjälpa individen att hantera det som anses vara stressfulla situationer. Detta beskrivs som känslufokuserad- och problemfokuserad coping. Att ta avstånd genom att distansera sig är en vanligt förekommande hantering som sjuksköterskor använder sig av för att minska den moraliska stressen (Lievrouw et. al., 2016; Luiz et. al., 2013; Robinson & Kellam Stinson, 2016) Enligt

Lazarus och Folkman (1984) kopplas distansering och undvikande av en stressfull situation till den känslufokuserade copingen. Syftet med den känslufokuserade copingen är att minska känslomässiga besvär och inkluderar strategier som undvikande och distansering. Lazarus och Folkman (1984) menar vidare att detta ses som en defensiv hantering som används i stressfulla möten för att själv må bättre. Detta bekräftas av Luiz et al. (2013) då sjuksköterskor förklarar att distanseringen minskade känslorna som upplevdes vid moralisk stress, genom att släppa fokuset på de moraliska svårigheterna. Lazarus och Folkman (1984) menar att en del stress inte kan hanteras och därför behöver individen ändra riktning till sig själv och försöka distansera eller minimera problemet för att klara av de påfrestande situationerna. Att få stöd från teamet i situationer som utgör ett lidande belyser Salmond et. al. (2019) genom att ett upplevt lidande på arbetsplatsen inte ska hanteras ensam och att detta kräver stöd från övriga i teamet för att sjuksköterskan inte ska känna sig övergiven och distansera sig från situationer som orsakar lidande. Detta leder sedan in på nästa centrala fynd.

Ett annat centralt fynd var *att ha förmågan att kunna kommunicera*. Resultatet i denna studie belyser vikten av att kunna kommunicera inom teamet. (Lievrouw et. al., 2016; Luz, et. al., 2016). Det var även betydande att ge varandra feedback, diskutera och reflektera kring moraliskt svåra situationer samt att utbyta erfarenheter och ny kunskap kollegorna emellan (Luz, et. al., 2016; Luiz Devos Barlem, et. al., 2013; Mary, et. al., 2012). I Rachwal, Langer, Trainor, Bell, Browning och Meyers (2018) studie undersöktes utmaningar relaterade till kommunikation i klinisk praxis. Rachwal et. al. (2018) belyste vikten av att använda olika redskap för att ha en välfungerande kommunikation i moraliskt utmanande situationer. Vidare beskriver Rachwal et. al. (2018) att kommunikationen ses som sjuksköterskans redskap oavsett vilka situationer som uppstår samt att en välfungerande kommunikation är av betydelse för omvårdnaden. Baggens och Sandén (2014) menar att kommunikationen inte är ett redskap som sjuksköterskor ska använda sig av vid vissa tillfällen, utan ett redskap som bör användas i alla sammanhang. Ko et. al. (2020) beskriver kommunikationen som en hanteringsstrategi vilket även Rachwal et. al. (2018) och Baggens och Sandén (2014) menar. Rachwal et. al. (2018) belyser även vikten av att ha en självmedvetenhet samt att ha förmågan av att kunna föra en dialog genom öppna diskussioner inom teamet. Heinze et. al. (2017), Lievrouw et. al. (2016) och Luz et. al. (2016) belyser vikten av att ha en etisk medvetenhet som ett sätt att enklare kunna hantera moraliska svårigheter. Detta kan uppnås genom ett välfungerande samarbete i teamet där diskussioner och reflektioner förs med

varandra. Vidare beskriver Rachwal et. al. (2018) att en välfungerande kommunikation kan uppnås genom att reflektera över sina egna erfarenheter samt att dela med sig av sina erfarenheter till sina kollegor som ett sätt hantera moraliskt utmanande situationer. Detta bekräftar även Luiz Devos Barlem et. al. (2013), då utbyte av erfarenheter anses som en bra hanteringsmetod vid moralisk stress. Vidare beskriver Lievrouw et. al. (2016), Luz et. al. (2016) och Mary et. al. (2012) genom att se på en situation med andra ögon, kunde detta vara ett bra sätt att hantera den moraliska stressen på. Rachwal et. al. (2018) belyser även att relationsövningar kan utföras som ett redskap för att uppnå ett bra samarbete i teamet. Vidare beskriver Baggens och Sandén (2014) att kommunikation kring upplevelser av moraliskt utmanande situationer inom teamet kan ses som en relationsövning, då detta blir ett sätt att se på situationen ur ett annat perspektiv. Konflikter inom teamet är något som kan förhindra uppkomst av en god kommunikation enligt Pinheiro Beserra, do Amaral Gubert, Cavalcante Martins, Mamede Vasconcelos, Amaral de Figueiredo, Alexandrina da Silva och Alzete de Lima (2018). Pinheiro Beserra et. al. (2018) beskriver vidare att vara oförmögen att lösa konflikter påverkar teamet i stort genom att patientsäkerheten, utförandet av säker vård, samverkan i team samt att välbefinnandet hos hälso- och sjukvårdspersonalen kan bli lidande. Pinheiro Beserra et. al. (2018) menar att en individ måste ha en emotionell intelligens för att kunna lösa en konflikt. Att ha en emotionell intelligens innebär att individen söker och ser lösningar på problemet, vilket i sin tur leder till att konflikten kan konfronteras och på detta sätt uppnås ett gott samarbete i teamet. Pinheiro Beserra et. al. (2018) beskriver vidare att individer som inte har en emotionell intelligens löper större risk för att undvika konflikten istället för att ta itu med den. Misund Dahl et. al. (2014) menar istället att konflikthantering kan vara en fråga om mod med strävan att agera som patientens advokat i situationer där patientsäkerheten kan bli hotad. Misund Dahl et. al. (2014) och Ko et. al. (2020) beskriver vidare att sjuksköterskan i moraliskt utmanande situationer kan uppleva det enklare att ta avstånd från konflikten, men att denna tanke elimineras när sjuksköterskan ser en handling utföras som inte gynnar patienten. Lievrouw et. al. (2016) beskriver att konflikter kan uppstå när sjuksköterskan agerar impulsivt på grund av känslorna som upplevs vid moraliska svårigheter. Lievrouw et. al. (2016) menar dock att olika åsikter bör uttryckas trots att de kanske tas emot inte som förväntat, genom att ha olika åsikter förbättras samhörigheten i teamet ur ett långsiktigt perspektiv. Pinheiro Beserra et. al. (2018) beskriver vidare att vid konflikter är teamet i behov av en sjuksköterska som tar sig an ledarrollen som bidrar med motivation för att underlätta situationen. Ledarrollen ska tas an med ömsesidig respekt och kommunikationen ska vara öppen. Ledaren ska lyssna på kollegornas förslag till förbättring.

Vidare beskriver Berlin (2019) att sjuksköterskan även ska ta rollen som länken mellan teamets professioner, vilket handlar om att hålla ihop helheten och koppla samman teamets funktioner. Sjuksköterskan får här axla en sammanhållande funktion för att stärka, informera och koordinera mellan teamets professioner, men också att hitta smidiga logiska lösningar på problem (Berlin, 2019). Pinheiro Beserra et. al. (2018) beskriver en bra ledare genom att ha en god självmedvetenhet, där medvetenhet kring styrkor och svagheter beaktas samt att dessa egenskaper utnyttjas på ett sätt som kan läras ut till de andra kollegorna. Det är av vikt att ha förmågan att kunna kommunicera tydligt och effektivt för att kunna bedriva en god omvårdnad (Pinheiro Beserra et. al., 2018). Pinheiro Beserra et. al. (2018) menar att kommunikationen kännetecknas som en vital funktion, där kommunikationen innebär ett samband mellan dialog och utbyte av erfarenheter, som gör det möjligt att föra en diskussion som förbättrar vården. Misund Dahl et. al. (2014) menar återigen att mod är något sjuksköterskan behöver ha för att nå en vård som gynnar patienten, men Lievrouw et. al. (2016), Luz et. al. (2016) och Mary et. al. (2012) beskriver för att nå bästa möjliga omvårdnad måste kommunikationen ur alla aspekter fungera, genom att exempelvis kunna dela med sig av erfarenheter och upplevelser. Vidare menar Pinheiro Beserra et. al. (2018) att kommunikationen är grunden för en god omvårdnad, och därav är det av vikt att förstå kommunikationens betydelse för att nå en framgångsrik arbetsgrupp samt för att kunna genomföra en god omvårdnad. Pinheiro Beserra et. al. (2018) fortsätter beskrivningen med att teamet ska innefatta en god kommunikation, ömsesidig acceptans och förståelse samt att kunna finna en balans mellan känslor och förnuft för att kunna föra ett gott samarbete (Pinheiro Beserra et. al., 2018). Resultatet visar att i kommunikationen inom teamet var det av vikt att dela egna erfarenheter samt överföra kunskap mellan varandra för att hantera moralisk stress (Luiz Devos Barlem et. al., 2013). Detta menar Lazarus och Folkman (1984) är en problemlösningsfärdighet som ingår i den problemfokuserade copingen. Vid hantering av exempelvis moraliska dilemman föredrar personer att hitta lösningar och hantera problemet genom kunskap eller också erfarenheter. Denna problemlösningsfärdighet beskriver även Luz et. al. (2016), Mary et. al. (2012) och Lievrouw et. al. (2016) genom att sjuksköterskor kände ett behov av utbildning och diskussioner inom teamet för att hantera moraliska svårigheter. Problemlösningsfärdigheter enligt Lazarus och Folkman (1984) inkluderar förmågan att söka efter information, analysera situationer för att identifiera problemet, hitta och väga alternativa handlingsplaner med avseende på önskade eller förväntade resultat samt välja att och genomföra en lämplig handlingsplan. Här föredrar individen kunskap som kan finnas i utbildningsböcker eller genom erfarenheter för att hantera

moraliska dilemman (Lazarus & Folkman, 1984). I kommunikationen mellan sjuksköterskan och teamet ingick även olika egenskaper för att lösa moraliska svårigheter. Dels att kunna prata och göra sin röst hörd, men även att kunna lyssna på övriga i teamet (Luz et. al., 2016; Ko et. al., 2020). Lazarus och Folkman (1984) bekräftar att sociala färdigheter är en viktig hanteringsmetod. Förmågan att kunna kommunicera inom teamet underlättar problemlösning samt ökar ett gott samarbete. Problem som uppstår på en arbetsplats ligger inte hos en specifik individ att lösa, utan att åtgärderna av problemet involverar hela teamet. Att använda sig av sociala färdigheter enligt Lazarus och Folkman (1984) är en viktig hanteringsmetod. Dessa färdigheter hänvisas till förmågan av att kunna kommunicera. Sociala färdigheter underlättar problemlösning i samverkan i team samt att det ökar sannolikheten för att underlätta problemen genom en god kommunikation (Lazarus & Folkman, 1984). Kommunikationens betydelse speglas sedan vidare in på nästa centrala fynd.

Det sista centrala fyndet var *att ha förmågan att kunna ändra tankebanor*. Resultatet visade att sjuksköterskors moraliska stress berodde på att sjuksköterskor som bemötte etiska situationer utgick från sig själva och inte patienten. Detta exempel visas i Lievrouw et. al. (2016) studie, där sjuksköterskor beskrev att de reflekterar kring hur de hade velat att deras föräldrar skulle bli behandlade när etiska situationer uppstår. Ko, et. al. (2020) menar att detta i sin tur leder till att sjuksköterskor upplever moralisk stress när patientens val inte stämmer överens med vad sjuksköterskan anser är rätt. Resultatet visade även att sjuksköterskor reflekterar kring den personcentrerade vården, där de förklarar hur de behöver ändra sina tankebanor för att bedriva personcentrerad vård och att detta i sin tur hade minskat den moraliska stressen (Ko, et. al., 2020). Att ändra sina tankebanor innefattar även att acceptera olika åsikter och värderingar som inte stämmer överens med sina egna (Heinze, et. al, 2017). Lievrouw et. al. (2016) menar att sjuksköterskor agerar utifrån känslor och upplevelser de får i en situation, och att detta är anledningen till att de i många fall utgår från sig själva. Sjuksköterskor upplever moralisk stress när patienten nekar lämplig behandling (Oh & Gastman, 2015). Detta kan bero på att sjuksköterskan arbetar utifrån omvårdnadens mål som innefattar att förebygga ohälsa, att främja patientens hälsa och välbefinnande samt lindra det lidande som går att lindra (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Vidare menar McCance och McCormack (2019) att sjuksköterskans hängivenhet till sitt arbete speglar sig i känslan att vilja ge den vård som är bäst för patienten. Sjuksköterskan behöver vara medveten om sina egna uppfattningar och värderingar om god vård då dessa inte alltid stämmer överens med

patientens, detta för att inte påverka patientens beslut (McCance & McCormack, 2019). Vilket även kan förklara sjuksköterskors svårighet att acceptera patientens tillstånd, då sjuksköterskan vill förebygga ohälsa (Luz, et. al., 2016). Som detta i sin tur leder till att sjuksköterskan tar till sig av andra hanteringsmetoder såsom att förneka och undvika känslorna som uppstår. Vidare bekräftar Deschenes och Kunyk (2020) att orsaken till sjuksköterskans moraliska stress är när sjuksköterskan begränsas att agera enligt sina personliga och professionella värderingar och uppfattningar. Detta uppstår i moraliskt oroande situationer där sjuksköterskor inte kan uttrycka sin oro eller förespråka för patienten (Deschenes & Kunyk, 2020) dock menar Ko, et. al., (2020) att sjuksköterskor inte kan förespråka för patienten om det inte är patienten som sjuksköterskan utgår från (Ko, et. al., 2020). Om patienterna inte blir inbjudna till att vara delaktiga i sin vård leder detta till moraliska svårigheter (Oxelmark, Ulin, Chaboyer, Bucknall & Ringdal, 2018). Att som team arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt ökade möjligheten att vara eniga om vården för patienten. Brister den personcentrerade vården i teamet kan patienter och anhöriga samt teamet påverkas negativt av detta (Nilsson, Edvardsson & Rushton, 2019). Ko et. al. (2020) menar vidare att om patienten inte är införstådd trots informationen från teamet skulle sjuksköterskan fortsätta att uppleva den moraliska stressen. Resultatet visar även att sjuksköterskor använder sig av förändrade tankebanor för att hantera den moraliska stressen. Detta inkluderar ett tankesätt av att respektera patientens beslut samt att göra patienten delaktig i vården. Denna form av hantering menar Lazarus & Folkman (1984) ingår i den känslolofokuserade copingen. Hanteringen riktar sig mot att minska känslomässiga besvär som innefattar strategier såsom undvikande, distansering samt förändrade tankebanor. Denna hantering används i stressfulla situationer för att dämpa de känslomässiga besvären som i denna studie innebär att dämpa den moralisk stressen. Vidare visade Ko, et. al. (2020) studie att sjuksköterskor valde att gå in till patienter med inställning att acceptera situationen som den var, göra det sjuksköterskan kunde göra genom att förmedla god information och välja att respektera patientens beslut. Lazarus & Folkman (1984) skriver att betydelsen i mötet av en stressfull situation kan förbli densamma dock att förändrade tankebanor är en hanteringsmetod för att minska de känslomässiga besvären. Den känslolofokuserade hanteringen används för att upprätthålla hopp och positivitet. Om en person upplever stressande möten under en längre tid kan detta påverka personens välbefinnande och då anses hantering vara viktig för att inte personens känsla av välbefinnande ska påverkas negativt. Att vända dessa möten till positiva jämförelser är en bra strategi för att hantera dessa svårigheter. Med detta menar Lazarus & Folkman (1984) att en person som försöker ändra tankebanor

och tänka positivt är en form av känslomässig hantering. Vidare beskriver Öresland & Lützn (2014) att den moraliska beslutsprocessen inom vården innefattar att respektera patientens integritet och deras förmåga att ta egna beslut. Att ta beslut inom teamet om vad som är bäst för patienten och patienten inte kan få sina egna önsknings hörda, är alltid ett moraliskt dilemma. Ko, et. al. (2020) menar att sjuksköterskan ska arbeta utifrån personcentrerad vård, vilket innebär att sjuksköterskor behöver ändra sina egna tankebanor för att sympatisera med och respektera patientens beslut. Resultatet visar att om patientens självbestämmande och delaktighet fråntas förblir detta en orsak till moralisk stress. Att göra patienten delaktig och erbjuda information som patienten förstår är grunden för god omvårdnad (Ko, et. al., 2020).

Förändrade tankebanor genom att öka delaktighet och respektera patientens beslut förstås minska den moraliska stressen hos sjuksköterskan, dock är forskningen som tagits fram i resultatet som nämner personcentrerad vård tvetydig. Detta på grund av att detta framkommer i en studie där personcentrerad vård nämns en gång, dock nämns det genomgående i studien, delar av den personcentrerade vården såsom att respektera patienternas delaktighet och självbestämmande. Detta kan ge upphov till feltolkning av studien då detta inte framkommer lika tydligt i andra artiklar dock belyser studien även kommunikationens betydelse i teamet för att hantera den moraliska stressen och förbättra omvårdnaden för patienterna (Ko, et. al., 2020; Lievrouw et. al., 2016; Luz, et. al., 2016; Luiz Devos Barlem et. al., 2013).

Kliniska implikationer

Resultatet belyser flera hanteringsstrategier, både positiva och negativa. Vikten av god kommunikation visas vara en positiv hanteringsstrategi som inkluderar hela teamet. Resultatet belyser även sjuksköterskans förmåga att våga vara modig och säga ifrån vid moraliska svårigheter i syfte att ge bästa möjliga vård till patienten. Anledningen till att sjuksköterskor tar del av de benämnda negativa strategierna såsom undvikande och distansering beror på att sjuksköterskor tror att den moraliska stressen är något som behöver hanteras ensam. Då sjuksköterskor upplever att de inte har någon att prata med gällande moraliska svårigheter som uppstår i arbetet leder detta till att den moraliska stressen blir för stor för att hantera på egen hand. Majoriteten av hanteringsstrategierna som funnits i denna studie kopplas till den känslufokuserade copingen dock visas kommunikationen i teamet kopplas till den problemfokuserade copingen. God kommunikation i team förblir den viktigaste hanteringsstrategin för att hantera moralisk stress. Detta genom att i teamet dela erfarenheter, ha föreläsningar och diskussioner kring etiska och moraliska frågor för att

därmed även uppfylla en god omvårdnad. Denna studie kan även ge en översikt på vilka hanteringsstrategier som påverkar omvårdnaden. Att ha förmågan att kunna hantera den moraliska stressen gynnar sjuksköterskan, patienten och dennes närstående samt samhället i stort. Den moraliska stressen påverkar sjuksköterskor på en personlig och professionell nivå. Detta innebär att sjuksköterskors inte upplever ett välbefinnande i sitt arbete som i sin tur leder till att sjuksköterskor väljer att säga upp sig. Den befintliga forskningen behandlar orsaker till, konsekvenser av samt hanteringsstrategier vid moralisk stress. Den moraliska stressen anses vara ett stort problem inom sjukvården. Befintlig forskning gällande den moraliska stressen utgår även från sjuksköterskans perspektiv, det är därför av vikt att framtida forskning studerar hur patienterna påverkas av sjuksköterskornas hanteringsmetoder för att kunna se närmare på hur detta påverkar omvårdnaden.

Då resultatet visar att tidsbrist, bristfällig kommunikation samt institutionella hinder är vad som orsakar moralisk stress behöver framtida forskning fokusera på åtgärder som kan appliceras inom hälso- och sjukvårdsverksamheter för att förhindra konsekvenserna av moralisk stress samt att finna ny kunskap kring manliga sjuksköterskors erfarenheter av hantering samt upplevelser av moralisk stress. Detta på grund av att utgöra likheter eller skillnader mellan manligt och kvinnligt kön eller för att se om erfarenheten eller upplevelsen är densamma oavsett kön.

Slutsats

Slutsatsen av denna studie är moralisk stress är vanligt problem bland flera sjuksköterskor. Moralisk stress bidrar till ett sämre välbefinnande hos sjuksköterskan på grund av upplevelsen av maktlöshet, som kan leda till att sjuksköterskan istället väljer att säga upp sig för att ta avstånd från det som upplevs som svårt att hantera. Den moraliska stressen leder även till konsekvenser gällande patientens vård, genom att patienten inte får den vård som förväntas på grund av att sjuksköterskan undviker patienten. Resultatet visar dock att det finns sätt att hantera den moraliska stressen på, positiv som negativa. De negativa hanteringsmetoderna beskrivs som distansering, undvikande samt oförmågan av att samarbeta och kommunicera inom teamet. De positiva hanteringsmetoderna anses vara att kunna kommunicera inom teamet genom att dela med sig av erfarenheter samt föra en öppen dialog eller diskussion kring moraliska svårigheter. Detta leder även till att sjuksköterskan kan se på situationen med andra ögon, med innebörden av situationen går att hantera. Genom att finna

strategier för hantering av moralisk stress gynnar detta samtliga parter som bedriver och mottager omvårdnad. Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att hantera moralisk stress, som ansågs vara ett stort problem bland sjuksköterskor inom hälso- och sjukvård. Frågan har besvarats genom att det finns sätt att hantera den moraliska stressen på, hanteringsmetoder som både har en positiv och en negativ inriktning. Resultatet kan hjälpa nuvarande sjuksköterskor i hantering av moralisk stress.

Självständighet

Studiens inledning har skrivits av författare Leonora P. Bakgrundens olika stycken har varit jämnt fördelade mellan författarna. Metodens design, datainsamling, urval och dataanalys har båda författarna skrivit tillsammans. Framtagande av artiklar har författarna gjort tillsammans, dock har Leonora P gjort de huvudsakliga databassökningarna i CINAHL medan Johanna K har gjort de huvudsakliga sökningarna i PubMed. Resultatdelens olika stycken har också blivit jämnt fördelade mellan författarna. Studiens metoddiskussion har främst skrivits av författare Johanna K och resultatdiskussionen har främst skrivits av författare Leonora P. Båda författarna har dock varit involverade i hela diskussionsavsnittet. Slutsatsen har skrivits av Johanna K. Tabellerna inne i arbetet, tabell 1, 2 och 3, har gjorts av författare Johanna K. Bilaga 1:1 beskriver litteratursökningen i PubMed som har formulerats av författare Johanna K. Bilaga 1:2 beskriver litteratursökningen i CINAHL och denna har formulerats av författare Leonora P. Bilaga 2 är mallen för kvalitetsgranskning av artiklarna som författarna använt sig av. Bilaga 3 är en artikelöversikt som beskriver de artiklar som använts i resultatet, och denna har formulerats av båda författarna.

Referenslista

*Vetenskapliga artiklar som ingår i studiens resultat.

Aram, M. (2017). Lidande. I L., Wiklund Gustin. & I., Bergbom. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp – i teori och praktik*. (s.213-223) Lund: Studentlitteratur AB

Baggens, C. & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I A. F., Friberg & J., Öhlén. (Red.). *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 507-537) Lund: Studentlitteratur AB.

Berlin, J. (2019). Teamarbete. Personcentrerad omvårdnad. I A. J., Leksell & M., Lepp. (Red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (s. 139-158). (2:a upplagan). Stockholm: Liber AB.

Birkler, J. (2012). *Vetenskapsteori – en grundbok*. Stockholm: Liber AB.

Bubolz, B-K., Nachtigall, M-C., Duarte do Amaral, D., Costa Viegas, A., Bernardes, L. & Muniz, R. (2019). Perceptions of Nursing Professionals with Regards to the Suffering and its Coping Strategies in Oncology. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 11(3), 599-606. Doi: [10.9789/2175-5361.2019.v11i3.599-606](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.599-606)

Corley, MC. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 639-650. Doi: [10.1191/0969733002ne557oa](https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa)

De Panfilis, L., Di Leo, S., Peruselli, C., Ghirotto, L. & Tanzi, S. (2019). "I go into crisis when...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC Palliative Care* 18(1):70, 1-8. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0453-2>

Deschenes, S. & Kunyk, D. (2020). Sitating moral distress within relational ethics. *Nursing ethics*, 27(3), 767-777. Doi: [10.1177/0969733019884621](https://doi.org/10.1177/0969733019884621).

Fredrikson, M. & Furmark, T. (2012). Motivation och emotion. I A. P., Hwang., I., Lundberg. & A-C., Smedler. (Red.). *Grunderna i vår tids psykologi*. (s. 85-123). Stockholm: Natur & Kultur

Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I A. F., Friberg. (Red.). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examenarbeten*. (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbetet. I A. F., Friberg. (Red.). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examenarbeten*. (s. 27-36). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2017c). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I A. F., Friberg. (Red.). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examenarbeten*. (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur AB.

Gallagher, A. (2011). Moral Distress and Courage in Everyday Nursing Practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-1. Doi: [10.3912/OJIN.Vol16No02PPT03](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02PPT03)

Grover, S.L., Teo, S.T.T., Pick, D. & Roche, M. (2016). Mindfulness as a personal resource to reduce work stress in the job demands-resources model. *Stress and Health*, 33, 426-436. Doi: <https://doi.org/10.1002/smi.2726>

Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B. & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, 27, 258-272. Doi: 10.1177/0969733019832941 journals.sagepub.com/home/nej

*Heinze, H., Rushton, C., L. Bunting, A. & L. Bunting, G. (2017). Interprofessionals' definitions of moral resilience. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 488-494. Doi: 10.1111/jocn.13989

Henricsson, M. (2017). Diskussion. I A. M., Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 411-420). Lund: Studentlitteratur AB.

*Ko, H-K., Tseng, H-C., Chin, C-C, & Hsu, M-T. (2020). Phronesis of nurses: A response to moral distress. *Nursing Ethics*, 27(1), 67-76. Doi: 10.1177/0969733019833126

Kristensson, J. (2017). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

*Lievrouw, A., Vanheule, S., Deveugele, M., De Vos, M., Pattyn, P., Belle, V. & D. Benoit, D. (2016). Coping With Moral Distress in Oncology Practice: Nurse and Physician Strategies. *Oncology Nursing Forum* 43(4), 505-512. Doi: 10.1188/16.ONF.505-512

*Luz, K.R., Vargas, O.A.M., Barlem, E.L.D., Schmitt, P.H., Ramos, F.R.S. & Meirelles, B.H.S. (2016). Coping strategies for oncology nurses in high complexity. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 59-63. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20166901091>

*Luiz Devos Barlem, E., Lerch Lunardi, V., Lerch Lunardi, G., Geri Tomaschewski-Barlem, J. & Silva da Silveira, R. (2013). Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 21(1), 293-299. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100002>

M. Rachwal, C., Langer, T., P. Trainor, B., Bell, M-A., M. Browning, D. & C. Meyers, E. (2018). Navigating Communication Challenges in Clinical Practise: A New Approach to Team Education. *Critical care Nurse*, 38(6), 15-22. Doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2018748>

*Mary, V., Andre, J., Ndebele, P. & Chilemba, E. (2012). Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics*, 19(2), 196-207. Doi: 10.1177/0969733011414968

McCance, T., & McCormack, B. (2019) Personcentrerad omvårdnad. I A. J., Leksell & M., Lepp. (Red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (s. 79-88). (2:a upplagan). Stockholm: Liber AB.

*Misund Dahl, B., Clancy, A. & Andrews, T. (2014). The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 600-608. Doi: 10.1111/scs.12089

Morley, G. (2016). Efficacy of the nurse ethicist in reducing moral distress: what can the NHS learn from USA? *British Journal of Nursing*, 25(1), 36-39. Doi: 10.12968/bjon.2016.25.1.36.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I A. M., Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur AB.

Nilsson, A., Edvardsson, D. & Rushton, C. (2019) Nurses' descriptions of person-centred care for older people in an acute medical ward—On the individual, team and organisational levels, *Journal of Clinical nursing*, 28, 1251-1259. Doi: 10.1111/jocn.14738

Oh, Y. & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15-31. Doi: 10.1177/0969733013502803 nej.sagepub.com

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T. & Ringdal, M. (2018). Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 612-621. Doi:10.1111/scs.12486

Pinheiro Beserra, E., do Amaral Gubert, F., Cavalcante Martins, M., Mamede Vasconcelos, V., Amaral de Figueiredo, G., Alexandrina da Silva, L. & Alzete de Lima, M. (2018). Conflict management in nurse training. *Journal of Nursing*, 12(10), 2891-2896. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236080p2891-2896-2018>

*Rasoal, D., Kihlgren, A. & Skovdahl, K. (2018). Balancing different expectations in ethically difficult situations while providing community care service: a focused ethnographic approach. *BMC Geriatrics*, 18:312, 2-10. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0996-8>

*Robinson, R. & Kellam Stinson, C. (2016). Moral Distress A Qualitative Study of Emergency Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(4), 235-240. Doi: 10.1097/DCC.0000000000000185

Salmond, E., Salmond, S., Ames, M., Kamienski, M. & Holly, C. (2019). Experiences of Compassion fatigue in direct care nurses: a qualitative systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Report*, 17(5), 682-753. Doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003818

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken – Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Schaefer, R., Lourdes Campos Pavone Zoboli, E. & Vieira, M. (2016). Identification of risk factors for moral distress in nurses: basis for the development of a new assessment tool. *Nursing Inquiry*, 23(1), 346-357. Doi: 10.1111/nin.12156

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2020). Vår metod – Granskningsmallar. Hämtad april 2020, från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Stievano, A. & Tschudin, V. (2019). Nursing and Health Policy Perspectives – The ICN code of ethics for nurses: a time for revision. *International Nursing Review*, 66(2), 154-156. Doi: 10.1111/inr.12525

Sumner, J. (2010). A Moral Framework for Caring in nursing: Neo-Stoic Eudaemonism. *International Journal for Human Caring*, 14(1), 51-57. <https://web-b-ebshost-com.miman.bib.bth.se/ehost/detail/detail?vid=3&sid=efd0438f-333d-4276-b353-c4bc53a19f10%40pdc-v-sessmgr04&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105169851&db=ccm>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. [Broschyr]. Stockholm: Losita Design AB.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr]. Stockholm: Losita Design AB.

Tisdale, D. & Symenuk, P-M. (2020). Human rights and nursing codes of ethics in Canada 1953-2017. *Nursing Ethics* XX(X), 1-12. Doi: 10.1177/0969733020906606

Veer, AJ., Francke, AL., Strujis, A. & Willems, DL. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 100-108. Doi: [10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017)

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Öresland, S & Lützén, K. (2014). Etiska stigar och moraliska vandringar. I A. F., Friberg & J., Öhlén. (Red.). *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 419-438) Lund: Studentlitteratur AB.

Östlund, L. (2017). Informationssökning. I A. F., Friberg. (Red.). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examenarbeten*. (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1:1 Databassökningar

Sökningar i PubMed

Sökning	Sökordskombinationer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
Datum: 20-04-29					
S1 Avgränsning: 2010-2020 English	Nurse OR nurses OR nursing	295,390 st	0	0	0
S2 Avgränsning: 2010-2020 English	Morals OR moral distress OR moral stress OR moral suffering OR moral dilemma	40,618 st	0	0	0
S3 Avgränsning: 2010-2020 English	Experience OR perception OR attitude	673,705 st	0	0	0
S4 Avgränsning: 2010-2020 English	Coping OR cope OR coping strategies OR coping skills OR adaptation, psychological	73,585 st	0	0	0
S5 Avgränsning: 2010-2020 English	S1 AND S2 AND S3 AND S4	133 st	50	3	3
S6 Avgränsning: 2010-2020 English	Nurse* with moral distress AND S3 AND S4	40st	26	1	0
S7 Avgränsning: 2010-2020 English	S1 AND S2 AND perception of coping	15 st	5	0	0
S8 Avgränsning: 2010-2020 English	S1 AND S2 AND S4	216 st	74	5	3

Bilaga 1:2 Databassökningar

Sökningar i CINAHL Complete

Sökning	Sökordskombinationer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
Datum: 20-04-29					
S1 Sjuksköterska	Nurse OR nurs OR nurses OR nursing	961,716 st	0	0	0
S2 Moralisk stress	Morals OR moral distress OR moral stress OR moral suffering OR moral dilemma OR Moral conflict OR Ethics OR Ethical issues	109,084 st	0	0	0
S3 Hantering/coping	Coping OR cope OR coping strategis OR coping skills OR stress management OR adaptation, psychological	103,955 st	0	0	0
S4 Sjuksköterska + moralisk stress + coping	S1 AND S2 AND S3	580 st	0	0	0
S5 Avgränsning: Peer Reviewed English Research Article 2010-2020	S1 AND S2 AND S3 AND Qualitative	97 st	40	14	6

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2020).
Bedömning av studier med kvalitativ metodik.

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

Författare: _____ År: _____ Granskare: _____

Kommentarer:

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien¹

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?

Ja Nej Oklart

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:

Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?

Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?

Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?

Ja Nej Oklart

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?

Kommentarer:

Ja Nej Oklart

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:

Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?

Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?

Validerades tolkningarna?

Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?

Ja Nej Oklart

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:

Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?

Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?

Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?

Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten? Kommentarer:

Ja Nej Oklart

Frågor som används i samband med bedömning i CERQual

Bedömningarna görs enbart för studier som ska ingå i syntesen.

6. Relevans

Studien är relevant

Studien har partiell relevans

Studien har indirekt relevans

Relevansen går inte att bedöma

Kommentarer:

7. Koherens

Stödfrågor:

Användes huvuddelen av data i analysen?

Hanterades motstridiga data på ett lämpligt sätt?

Underbyggde insamlade data resultatet?

Sammantaget, finns det allvarliga svagheter som kan leda till bristande koherens i det sammanvägda vetenskapliga underlaget?

Ja Nej Oklart

Kommentarer:

8. Tillräckliga data

Stödfrågor:

Var antalet studiedeltagare tillräckligt stort? (t.ex. om mättnad uppnåtts)

Har formen för datainsamling varit sådan att den medger möjlighet till rika data?

Ja Nej Oklart

Kommentarer:

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
<p>Författare: Heinze, K., Rushton, C., L. Bunting, A. & L. Bunting, G.</p> <p>År: 2017</p> <p>Land: USA</p>	<p>Interprofessionals' definitions of moral resilience</p>	<p>A qualitative approach using description as defined by Sandelowski (2000)</p>	<p>The sample was primarily derived from interprofessional clinicians in health care attending educational programmes in various locations in the United States (n = 184) as well as a small group of people with backgrounds such as chaplaincy and nonclinician healthcare workers (n = 23).</p>	<p>Three primary themes and three subthemes emerged from the data. The primary themes are integrity—personal and relational, and buoyancy. The subthemes are self-regulation, self-stewardship and moral efficacy.</p>	<p>Medium</p>
<p>Författare: Ko, H-K., Tseng, H-C., Chin, C-C. & Hsu, M-T.</p> <p>År: 2020</p> <p>Land: Taiwan</p>	<p>Phronesis of nurses: A response to moral distress</p>	<p>This study followed the qualitative research method of Riessman's narrative analysis</p>	<p>There were a total of 27 participants, all of whom were clinical nurses in Taiwan. Their levels of seniority ranged from less than 1 year to 14 years, and the average age was 27 years. There were four males and 23 females</p>	<p>The research results include three categories: difficulty, action, and idea transformation. Difficulty refers to the nurses realizing that their personal care responsibilities conflict with the opinions of others, which forms the source of moral distress. Action is the practice of moral courage when the nurses directly face and try to deal with the problems. Idea transformation contains respect and empathy and is the nurses' emotional movement. Action and idea transformation are collectively known as the nurses' phronesis in this study.</p>	<p>High</p>

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
Författare: Lievrouw, A., Vanheule, S., Deveugele, M., De Vos, M., Pattyn, P., Belle, V. & D. Benoit, D. År: 2016 Land: Belgien	Coping With Moral Distress in Oncology Practice: Nurse and Physician	Qualitative interview study	Interviewees were working in three types of hospital wards at Ghent University Hospital: internal medicine, gastroenterology, and medical oncology; gastrointestinal surgery; and day clinic chemotherapy. Two nurses and two physicians were randomly selected per experience group and per setting type.	When merging these axes into one model, the authors discerned four quadrants characterizing dominant ways of coping, each having its strengths (+) and weaknesses (-), and implying preferred solutions and learning styles: thoroughness, autonomy, intuition, and compromise.	High
Författare: Luz, KR., Vargas, OAM., Barlem, ELD., Schmitt, PH., Ramos, FRS. & Meirelles, BHS. År: 2016 Land: Brasilien	Coping strategies for oncology nurses in high complexity	A qualitative research based on semi-structured interviews	18 nurses who worked in inpatient units and hospital outpatient chemotherapy in two cities in the south of the country. For the selection of the subjects, the "Snowball" sampling technique was used, consisting of elected initial participants in each of the two capitals.	Three categories emerged that show strategies such as denial and resignation in care, for support in the health team and the plurality and multiplicity of perspectives on the care, including the patient and his family and the search for personal and professional improvement.	Medium
Författare: Luiz Devos Barlem, E., Lerch Lunardi, V., Lerch Lunardi, G., Geri Tomaschewski-Barlem, J. & Silva da Silveira, R. År: 2013 Land: Brasilien	Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance	A qualitative research through semi-structured interviews	This unit was staffed by a nursing team consisting of nine nurses, 15 technical nurses and 18 auxiliary nurses, distributed across four shifts. Based on the presentation of the proposal and the invitation to the nursing staff, five nurses, six technical nurses and four auxiliary nurses, were intentionally selected through nonprobability sampling of convenience of the "snowball" type; all were identified with the letter E, for nursing followed by sequential numbering.	Two categories were constructed: denial of oneself and the other - in which one perceives that the nursing staff can perform actions that are governed predominantly by immobility and conformism, avoiding confrontations with whoever represents power in situations that provoke moral distress in them; possibility to care for oneself and for the other - in which nursing workers in situations that provoke moral distress for them exercise power and endurance.	Medium

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
<p>Författare: Mary, V., Andre, J., Ndebele, P. & Chilemba, E.</p> <p>År: 2012</p> <p>Land: Malawi</p>	<p>Moral distress in nursing practice in Malawi</p>	<p>A qualitative approach and a descriptive research design</p>	<p>Twenty female Malawian nurses from various health-care settings participated in the study. All had work experience of 18 months or more and minimum age of 25 years.</p>	<p>Participants' descriptions of moral distress were placed into five main themes; knowledge and experience, causes, effects, coping mechanisms and desire for support services.</p>	<p>High</p>
<p>Författare: Misund Dahl, B., Clancy, A. & Andrews, T.</p> <p>År: 2014</p> <p>Land: Norge</p>	<p>The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study</p>	<p>The article adopted an inductive qualitative approach. Narrative interviews and a phenomenological hermeneutic method were carried out, inspired by Ricoeur and Lindseth and Norberg.</p>	<p>The sample consisted of 23 female PHNs from small, middle and large communities in two counties in Norway. They worked in health clinics for children and young people and school health services. Their practice experience ranged from 0.5 to 25 years. There were no obvious patterns between answers and length of work, and they were treated as one sample.</p>	<p>The PHNs are proud of their work and are engaged and interested in their service users. Their lived experience of ethically charged encounters is related to feelings of being valuable, appreciated and needed by the families. However, PHNs also experience challenging situations, which leave them feeling inadequate. Dealing with conflicts is considered a valuable skill. The PHNs feel that they are also expected to live up to their public health nursing role in private settings, this can create challenges for them.</p>	<p>High</p>

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
<p>Författare: Rasool, D., Kihlgren, A. & Skovdahl, K.</p> <p>År: 2018</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Balancing different expectations in ethically difficult situations while providing community home health care services: a focused ethnographic approach</p>	<p>The study applied a qualitative descriptive design, using focused ethnography</p>	<p>A total of eight registered nurses and four nurse assistants were included in the study. They were males (n = 2) and females (n = 10), aged between 20 and 58 years (mean = 41) with from one to 20 years (mean = 12) of experience working in health care.</p>	<p>The inductive analyses revealed two categories: 1) difficulties in balancing different requirements, expectations and needs, and 2) use of coping strategies. The results demonstrate that there are different values and expectations that influence each other in a complex manner. The personnel dealt with these situations by generating strategies of coaxing the patients and finding a space to deliberate and share difficult emotions with their colleagues.</p>	<p>High</p>
<p>Författare: Robinson, R. & Kellam Stinson, C.</p> <p>År: 2016</p> <p>Land: USA</p>	<p>Moral Distress A Qualitative Study of Emergency Nurses</p>	<p>A phenomenological qualitative design with a structured open-ended interview.</p>	<p>A convenience sample was used and included 8 registered nurses from 3 different emergency departments in a midsized urban county in the South Central United States.</p>	<p>Four major themes were identified during analysis of the interviews. They were (1) there was no face of the family, (2) asking God for forgiveness, (3) flipping the switch, and (4) it changes who we are.</p>	<p>Medium</p>