Självmedkänsla hos vårdpersonal inom öppenvårdspsykiatri

En kvantitativ och kvalitativ studie

Maud Söderholm Häll

Psykoterapeutprogrammet psykodynamisk inriktning 90 hp
Vårterminen 2013
Examensuppsats 15 hp
Handledare: Karin Zingmark, docent

Sammanfattning

Självmedkänsla ett relativt nytt begrepp och anses vara en viktig faktor för psykisk hälsa och för ett hälsosamt beteende och kan tänkas utgöra ett skydd mot empatitrötthet och utbrändhet. Människor i vård- och omsorgsyrken anses utsatta och man talar mycket om vikten att vårda sig själv. Självmedkänsla är en förmåga man kan ”öva upp” vilket gör det ytterligare intressant. Syftet med denna studie var att undersöka självmedkänsla hos vårdpersonal inom psykiatrisk öppenvård och att få mer kunskap om hur behandlare hanterar misslyckanden och svårigheter. Studien har haft både en kvantitativ och en kvalitativ ansats. En enkät (42 svarande) baserad på en översättning av Self-compassion Scale, som mäter självmedkänsla och tre intervjuer har bearbetats. I resultatet framkommer att det med avseende på självmedkänsla var fördelaktigt att vara man, äldre, att ha antigen kort eller lång erfarenhet i yrket eller att ha steg ett-utbildning. Det framkom i den kvalitativa analysen en rad copingstrategier som individer använder sig av för att hantera misslyckande. Dessa sorterades in under följande teman: *att hämta kraft från andra*, *att hämta kraft inifrån*, *att ta hand om sig* samt att *luta sig mot sina livserfarenheter*. Självmedkänsla är inte ett självgående lokomotiv utan behöver bränsle, från andra, inifrån individen själv och från livserfarenheterna.

Nyckelord: Självmedkänsla, self-compassion scale, vårdpersonal, psykiatrisk öppenvård, copingstrategier.

Innehållsförteckning

Bakgrund……1

Självmedkänsla……1

Definition……1

Fördelar med självmedkänsla……3

Att öka sin självmedkänsla……3

Syfte……5

Metod……5

Undersökningsgrupp……5

Instrument……6

Enkäten……6

Intervjuerna……6

Procedur……6

Datainsamling och bearbetning av enkäter……6

Datainsamling och bearbetning av intervjuer……7

Etiska överväganden……8

Resultat……8

Resultat från enkätundersökningen……8

Beskrivning av undersökningsgruppen och bortfallet……8

Grad av självmedkänsla avseende kön, ålder, år i yrket……11

Skillnad i upplevelsen av egen hälsa och grad av självmedkänsla……13

Grad av självmedkänsla bland de med steg ett-utbildning och de utan steg ett……14

Kvalitativ analys……17

Att hämta kraft från andra……17

Att hämta kraft inifrån.……18

Att ta hand om sig (egenvård)……20

Att luta sig mot sina livserfarenheter……20

Diskussion……21

Diskussion av kvantitativa resultat……22

Diskussion av kvalitativa resultat……23

Referenser……26

Bilaga 1……28

Bakgrund

Det skrivs en del i litteraturen om vikten av att människor i vård- och omsorgsyrken tar väl hand om sig själva för att inte bli empatitrötta, ensamma eller utbrända (Gerge, 2011; Maslach, 1999; Yalom, 2003). Yalom talar om det paradoxala med psykoterapeutyrket; psykoterapeuten uppmärksammar medvetet patientens längtan efter närhet men beskriver också att en av de största riskerna med yrket är ensamhet. Självomhändertagande kan man vara med eller utan värme och ömhet gentemot sig själv (Gilbert, 2010). I hjälparrollen är vi skolade att vara stöttande och givande gentemot dem vi möter. Hur många av oss erbjuder oss själva samma nivå av medkänsla och omsorg? Självmedkänsla anses vara en viktig faktor för psykisk hälsa och för hälsosamt beteende (Neff, 2003a, b; Neff et al 2007) och skulle därmed kunna vara ett skydd mot utbrändhet och empatitrötthet. Vi behöver självmedkänsla för att ladda batterierna och kunna vara medkännande med andra. Känslan av otillräcklighet drabbar nog alla i vård- och omsorgsyrken och om vi då kritiserar oss själva för att inte göra nog, inte vara bra nog riskerar vi inte bara att bli stressade och deprimerade utan det kan också drabba de människor vi ska behandla.

Självmedkänsla

Smärta, sorg och förluster följer oss genom livet och är en del av våra livsvillkor. Många har dock lätt för att vara oerhört självkritiska vid otillräcklighet och misslyckande. Självmedkänsla kan beskrivas som en slags inre tröstfunktion som hjälper oss vid motgångar och kan vara en värdefull approach för att öka det psykologiska välbefinnandet (Neff, 2003a).

Definition

Begreppet självmedkänsla kan uttryckas som medkänsla riktad mot individen själv. Självmedkänsla kan ses som en strategi för känslomässig reglering, där svåra och negativa känslor inte trycks undan utan blir medvetna på ett förstående, vänligt sätt och med en känsla av att man delar det med andra. Detta medför större förmåga att se klart på situationen och att se olika handlingsalternativ (Neff 2003a, b).

Neff definierar begreppet på följande sätt:

"Self-compassion involves being open to and moved by one's own suffering, experiencing a feeling of caring and kindness toward oneself, taking an understanding, nonjudgmental attitude toward one's inadequacies and failures, and recognizing that one's own experience is part of the common human experience." (Neff, 2003b, s .224)

Att vara självmedkännande innebär en förmåga att trösta och uppmuntra sig själv vid misslyckanden och upplevd känsla av otillräcklighet.

Neff (2003a, b) menar också att självmedkänsla är direkt kopplat till medkänsla och omtanke om andra. Medkänsla innebär att vara öppen för andras lidande samt att på ett icke dömande sätt vilja bidra till att lindra detta lidande. Likaså innebär självmedkänsla att vara öppen inför sitt eget lidande och med förståelse se på sina egna brister och misslyckanden. Självmedkänsla innebär alltså inte att man är självisk och uteslutande prioriterar sina egna behov framför andras, utan det handlar om att bli varse att lidande, misslyckande och känslor av otillräcklighet handlar om hur det är att vara människa och att det är något som för oss närmare varandra. Självmedkänsla ska inte förväxlas med självömkan där vi tenderar att allt för mycket fokusera på våra egna problem och brister att vi glömmer bort att andra troligtvis är med om samma sak.

Begreppet självmedkänsla (self-compassion) består av tre huvudkomponenter (Neff, 2003a,b).

1. *Självförlåtande - självfördömande*, vilket avser vår benägenhet att vara omtänksam och förstående mot sig själv i motsats till att vara kritisk och fördömande. Det handlar om att i den inre dialogen, ha ett stödjande språk gentemot sig själv, att aktivt trösta oss själva och att bli berörda av vårt eget lidande. Motsatsen är att bli hård i tonen och självfördömande gentemot sig själv.
2. *Medmänsklighet - isolering.* Det betyder att vi delar vad det är att vara människa, t.ex. att vara ofullkomlig, otillräcklig och att ibland misslyckas och om att dela upplevelsen med andra istället för att dra sig undan.
3. *Sinnesnärvaro - överidentifikation*. Att vara medveten om sina svåra känslor på ett klart och balanserat sätt, utan att vare sig undvika svåra känslor eller fastna i negativa aspekter av oss själva.

Man har i studier funnit att kvinnor i USA har lägre grad av självmedkännande än amerikanska män (Neff 2003b), särskilt när det gäller självfördömande, isolering, sinnesnärvaro

och överidentifikation. Det finns också indikation att självmedkännande ökar med stigande ålder.

Fördelar med självmedkänsla

Forskningen på området (Gilbert 2010; Gilbert & Proctor, 2006; Neff 2003; Neff et al., 2007) har visat att självmedkänsla har samband med livstillfredsställelse, lycka, optimism, känsla av tillhörighet, bättre psykologisk funktion. Låg grad av självmedkännande är däremot relaterad till en mängd negativa psykiska tillstånd som depressivitet och ångest liksom den psykiska hälsan kan påverkas i positiv riktning när man blir mer självmedkännande.

Att öka sin självmedkänsla

Gilbert och Proctor (2006) har noterat sambandet mellan anknytning och inre tröstfunktion på så sätt att en trygg anknytning i barndomen bidrar till ökad förmåga till att lugna och trösta sig själv. Erfarenheter med andra som är antingen accepterande eller kritiska internaliseras och uttrycks som självacceptans eller självkritik. Anknytningserfarenheterna påverkar hur individer är medkännande med sig själva. Känslor av värme gentemot sig själv börjar normalt via erfarenheten av andras värme gentemot sig själv och internaliseras därmed som inre arbetsmodeller för affektreglering och självtröst. Den tidiga anknytningen påverkar kvalitén på relationen både till sig själv och till andra. De med otrygg anknytning har således svårare att vara självmedkännande. Neff med flera (2010) har studerat sambandet med anknytningsstil och självmedkänsla hos ungdomar och man har funnit ett samband som tyder på att ungdomar med trygg anknytning har högre grad av självmedkänsla.

Man kan via trygga anknytningserfarenheter senare i livet utveckla nya inre arbetsmodeller för självtröst och självmedkännande. I psykoterapier influerade av anknytningsteorin, exempelvis de psykodynamiska korttidsterapierna (Fosha, 2000; McCullough, 2003) och den mentaliseringsbaserade terapin (Bateman & Fonagy, 2004) betonar man relationens betydelse för läkning. Den sker i en psykoterapeutisk relation där terapeuten tillhandahåller värme, acceptans och spegling av känslor och hjälper därmed patienten internalisera ett vänligare och tröstande inre.

Gilbert (2010) har visat att självmedkänsla går att öva upp och han har utvecklat Compassion Focused Therapy, CFT. I CFT jobbar man med att utveckla ett inkännande själv och hjälper patienten att koppla loss från tankar som självkritik, tvångsmässigt oroande, ältande etc. till ett fokus på positiva självmedkännande tankar och känslor. Man hjälper patienten att flytta sitt fokus från hotsystemet (kopplat till känslor av rädsla, osäkerhet och undvikande) till lugn- och rosystemet, på engelska self-soothing system, (kopplat till känslor av trygghet, lugn och tröst).

Cullberg Weston (2012) beskriver att man i symboldramat hjälper patienter till ökat själv-medkännande. Hon menar att tidiga svåra erfarenheter och negativa självuppfattningar hämmar tillgång till positiva känslor för sig själv och därför arbetar man för att reparera skadorna från det tidiga samspelet. Förmåga att trösta sig själv utvecklas via omarbetning av tidiga inre scener, självkänslan repareras och negativa självbilder löses upp.

I den affektfokuserade psykoterapin som bl.a. företräds av McCullough (2003) menar man att vissa patienter har en så kallad affektfobi och att det även kan handla om en fobi mot att vara snäll och vänlig mot sig själv. Detta behöver man medvetet jobba med i terapin, dvs. att succesivt exponera patienter för ett adaptivt självomhändertagande.

Henry et al (1990) visar att terapeuter som saknar självmedkänsla och som var kritiska och kontrollerande gentemot sig själva också var mer kritiska och kontrollerande gentemot sina patienter och de hade också sämre resultat.

Av litteraturen framgår att självmedkänsla har relevans för människors psykiska välbefinnande och självmedkänsla framstår som en viktig copingstrategi vid svårigheter i livet, särskilt i situationer där vi tenderar att vara självkritiska. Brist på självmedkänsla har i forskning visat sig ha samband med olika negativa psykiska tillstånd, t.ex. depression och ångest. Litteraturen visar också att självmedkänsla är något man kan tillägna sig, t.ex. via psykoterapi. Psykoterapeuters förmåga till självmedkänsla antas också ha betydelse för den terapeutiska relationen.

För behandlare kan praktiserande av självmedkännande bli ett effektivt verktyg för att ta hand om sig när arbetet ställer stora krav och självförtroendet sviktar. Självmedkännande kan läras in och integreras i vårt liv och arbete och förhoppningsvis kunna motverka ohälsa, ge ökat välbefinnande, glädje i arbetet och ett bra resultat.

Syfte

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka självmedkänsla hos vårdpersonal inom psykiatrisk öppenvård och att få mer kunskap om hur behandlare hanterar misslyckanden och svårigheter.

Undersökningen avser besvara följande frågeställningar:

- Hur ser grad av självmedkänsla ut med avseende på kön, ålder och år i yrket?
- Hur ser förhållandet ut mellan upplevelsen av egen hälsa och grad av självmedkänsla?
- Finns det en skillnad mellan steg ett utbildade och de utan steg ett och grad av självmedkänsla?
- På vilket sätt hanteras ett misslyckande dvs vilka copingstrategier använder sig individer av?

Metod

Studien har både en kvantitativ och en kvalitativ ansats. För att samla in data har dels en enkät med självskattning av självmedkänsla samt några bakgrundsfrågor använts och dels har tre intervjuer gjorts.

Undersökningsgrupp

Urvalet i enkätundersöknigen var alla som vid undersökningstillfället arbetade med direkt patientarbete i psykiatrisk öppenvård och som var i tjänst vid perioden för undersöknigen, vilket innebär att långtidssjukskrivna och tjänstlediga inte ingick i urvalet. Personerna arbetade på olika mindre mottagningar på en psykiatrisk klinik på ett litet sjukhus. Man arbetade i team där flera professioner ingår. Enkäten skickades ut till 64 personer och av dessa deltog 42 personer i undersökningen.

Urvalet till intervjuerna var ett strategiskt urval. Informanter valdes som kunde tänkas ge så bra information som möjligt. De hade alla grundläggande psykoterapeututbildning, akademisk grundexamen (arbetsterapeut, psykolog och psykiatrisjuksköterska) och arbetade med direkt patientarbete i psykiatrisk öppenvård. Informanterna var kvinnor i åldrarna 42, 52 och 64 år. De hade alla ganska lång erfarenhet i sitt yrke, 11 år, 13 år och 22 år.

Instrument

Enkäten

För att undersöka deltagarnas självmedkänsla användes en svensk översättning (bilaga 1) av Self-compassion Scale, SCS (Neff 2003b). Instrumentet har via Norrbottens läns landstings FoU-sektion översatts från engelska till svenska och tillbaka till engelska igen för att få så stor överenstämmelse som möjligt med originalet. Instrumentet har 26 påståenden och varje påstående skattas på en femgradig skala, från stämmer inte alls (1) till stämmer mycket bra (5). I enkäten ingår sex delskalor; självvänlighet, självfördömande, medmänsklighet, isolering, sinnesnärvaro och överidentifikation i enlighet med de tre huvudkomponenter självmedkänsla består av. Skalan har validerats och reliabilitetstestats (Neff 2003b), dock ej den svenska översättningen.

Ett antal bakgrundsvariabler (kön, ålder, år i yrket, utbildning) som antas ha betydelse för graden av självmedkännande bifogades enkäten samt en fråga om självupplevd hälsa. Hälsa är mätt med frågan ”I allmänhet, skulle du vilja säga att din hälsa är: utmärkt, mycket god, god någorlunda eller dålig”. Svaren skattas på en skala från 1 som avser utmärkt till 5 som är dålig.

Intervjuerna

Frågorna kretsade kring vad självmedkänsla betyder för deltagarna och kring egna exempel på situationer där man upplevt att man misslyckats. Frågorna var: Vad tänker du när du hör talas om självmedkänsla? Tänk på en händelse när du misslyckats med något eller något gått fel i ditt arbete (eller privat) då du känt dig självkritisk. Vad hände? Hur såg tankar, reaktioner ut? Hur kändes det? Hur lyder din självkritik i exemplet? På vilket sätt är du självmedkännande? På vilket sätt är du inte självmedkännande? Vad tycker du är hjälpsamt? Vad är inte hjälpsamt?

Två provintervjuer gjordes för att stämma av och justera intervjuguiden.

Procedur

Datainsamling och bearbetning av enkäter

Enkäten distribuerades till 64 personer som erbjöds att delta i studien. Ett e-mail skickades med information om syftet med studien, vem som utförde den, i vilket sammanhang den gjor-

des, att man var anonym samt att det därför i rapporten inte skulle framgå var undersökningen var gjord. Sedan delades enkäten med följebrev ut till de olika arbetsplatserna, i kuvert med namn. Enkäten kunde lämnas in på olika sätt, skickas via internpost, vanlig post i frankerat kuvert eller lämnas i en avsedd låda. En påminnelse skickades ut via e-mail några dagar innan sista svarsdatum. Det inkom 42 enkäter som bearbetades.

Enkäten matades in i SPSS och bearbetades i samma program med hjälp av en statistiker.

Delskalorna självvänlighet, medmänsklighet och sinnenärvaro samt total självmedkänsla (summan av alla delskalor), tolkas så att högre poäng motsvarar högre grad av självmedkännande. Delskalorna självfördömande, isolering och överidentifikation tolkas så att hög poäng innebär låg grad av självmedkännande. Dessa tre sistnämnda skalor har reverserats innan totalen för självmedkänsla beräknats.

Datainsamling och bearbetning av intervjuer

De tänkta informanterna fick ett e-mail som beskrev syftet med studien, vem som utförde den, i vilket sammanhang studien utfördes och att resultatet skulle redovisas så att man inte skulle kunna identifiera informanterna. Slutligen ingick en fråga om intresse att bli intervjuad.

Alla tillfrågad tackade ja och ringdes sedan upp. Då fick de åter igen information enligt ovan. Intervjuerna genomfördes på två av informanternas arbetsplats, den tredje intervjuades på min arbetsplats av för informanten pratiska skäl. Innan intervjun fick informanterna ett e-mail med beskrivning av syftet samt intervjufrågorna.

Intervjuerna bandades, vilket informanterna samtyckt till.

Informanterna ombads berätta vad självmedkänsla betyder för dem. De ombads också berätta om en specifik händelse när de misslyckats och känt sig självkritiska och hur man hanterat det. Följdfrågor ställdes vid behov för att föra samtalet vidare, vilket inte behövde göras särskilt ofta då informanterna till stor del kunnat driva berättelsen vidare på egen hand.

Intervjuerna transkriberades ordagrant med undantag för vissa ”skräpord” och hummanden som bedömdes inte påverka innehållet och intervjuerna analyserades sedan med innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Varje intervju lästes genom flera gånger och sedan delades intervjun in i textenheter som svarade mot syftet. Dessa textenheter kondenserades och grupperades sedan in i subteman och teman, vilka presenteras i resultatdelen nedan.

Etiska överväganden

Grundläggande forskningsetiska principer i enlighet med Vetenskapsrådets (2002) etiska riktlinjer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning har beaktats. Innan datainsamlingen har samtliga respondenter informerats om syftet med studien, i vilket sammanhang studien kommit till och skulle redovisas. Respondenterna kunde när som helst avbryta. De informerades också om man var anonym och att resultaten skulle presenteras på så sätt att de intervjuade och andra personers identiteter inte skulle kunna urskiljas. Enkätdata har hanterats med hänsyn till anonymiteten och bearbetats på gruppnivå. För att betona frivilligheten fanns det inga möjligheter att veta vem/vilka som svarat eller inte och påminnelse skickades till alla.

Resultat

Resultaten från underökningen presenteras i två delar, en kvantitativ och en kvalitativ del.

Resultat från enkätundersökningen

I analysen kommer undersökningsgruppen att presenters utifrån variabler som kön, ålder, år i yrket, utbildning, hälsa etc. Därefter kommer en redovisning utifrån frågeställningarna.

Då antalet undersökta inte är så stort (42 personer) kommer redovisningen av resultaten att vara huvudsakligen deskriptiv.

Beskrivning av undersökningsgruppen och bortfallet

Enkäten skickades ut till 64 personer, 50 kvinnor och 14 män. Den besvarades av 42 personer, vilket innebär ett bortfall på 22 individer (34 %). Av de som besvarat enkäten var 35 kvinnor och 7 män. Bortfallet var större bland männen där hälften av männen inte svarade i jämförelse med kvinnorna där 30 % inte svarade. Det har inte funnits möjligheter att analysera bortfallet med avseende på ytterligare variabler.

Medelåldern i undersökningsgruppen var 46 år och åldern varierade från 26 till 68 år. Ålder indelades i tre grupper; 26 till 36 år, 37-55 år och 56 år och äldre. Fler än hälften, 60 % (25 personer), hade steg 1 utbildning och 45 % (19 personer) hade annan vidareutbildning. Man angav en mängd olika vidareutbildningar, den vanligaste var vidareutbildningen till psykiatrisjuksköterska och kontaktpersonsutbildning. Av de undersökta personerna hade 80 % ett yrke som kräver högskoleutbildning och resterande 9 personer var skötare/undersköterska. De kommer framöver att benämnas som högskoleutbildade respektive ej högskoleutbildade.

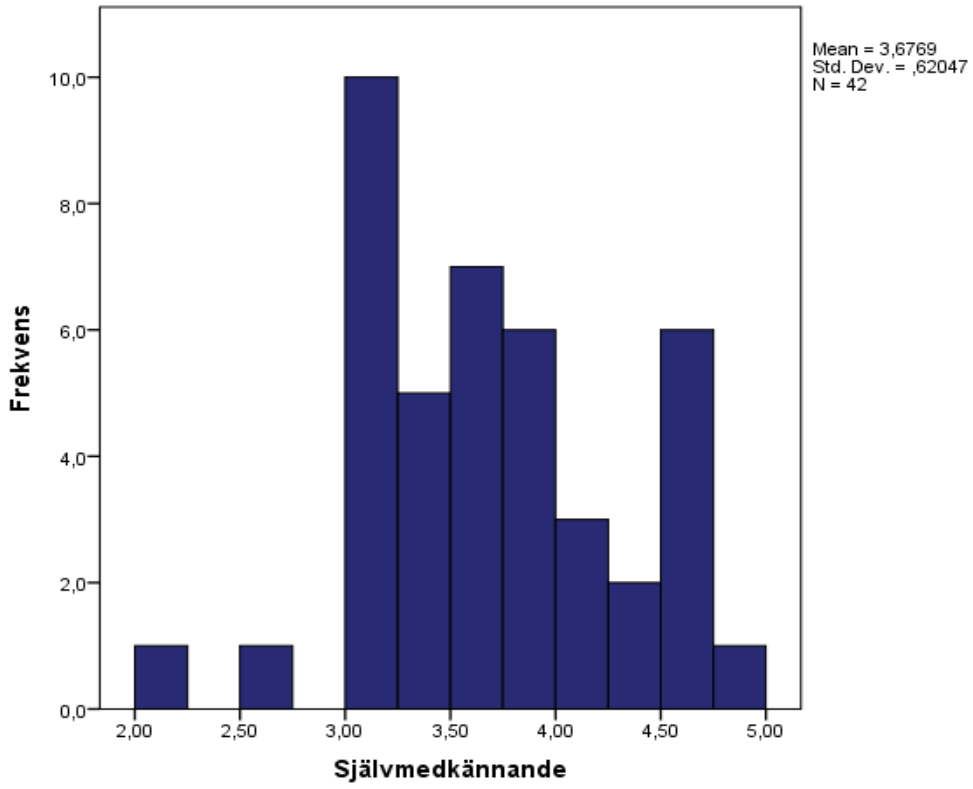
Det fanns en stor erfarenhet avseende år i yrket i undersökningsgruppen och man uppgav att man hade arbetat allt från noll år till 45 år. Medelvärdet var 17 år i yrket. Antal år i yrket indelades i tre grupper. Grupp ett de med kort erfarenhet, 0 till 4 år i yrket. Grupp 2 från 5 år till 25 år och slutligen grupp 3 de med 26 år och mer i yrket. (Se tabell 1)

TABELL 1. *Frekvens kvinnor och män uppdelade i steg ett- och högskoleutbildade, år i yrket samt ålder.*

	Steg 1		Högskole-utbildad		År i yrket (grupperad)			Ålder (grupperad)		
	Ja	Nej	Ja	Nej	0-4	5-25	26-	26-38	39-54	55-
Kvinnor (n=35)	19	16	29	6	6	23	5	8	19	8
Män (n=7)	6	1	4	3	1	3	3	2	2	3
Totalt (n=42)	25	17	33	9	7	26	8	10	21	11

Den självupplevda hälsan i undersökningsgruppen förhöll sig på så vis att17 % skattade sin hälsa som utmärkt, 48 % som mycket god, 33 % som god och en person som någorlunda. Ingen person skattade sin hälsa som dålig.

Självmedkännande, mätt med Self-compassion scale, i undersökningsgruppen åskådliggörs i figur 1.



FIGUR 1. *Självmedkänsla i undersökningsgruppen.*

Det finns en spridning från det lägsta värdet 2,12 till det högsta 4,81, där 1 är lägsta möjliga värdet och 5 det högsta möjliga värdet. Medelvärdet i gruppen var 3,7. Neff (2003a) rekommenderar en gruppering i låg- medel och hög självmedkänsla. Låg är 1 – 2,5, medel är 2,6 – 3,5 och hög är 3,6 – 5. Individerna i den undersökta gruppen har medel- eller hög grad av självmedkänsla, endast en individ återfinns i det låga intervallet och de flesta återfinns i det högsta intervallet.

Grad av självmedkänsla avseende kön, ålder, år i yrket

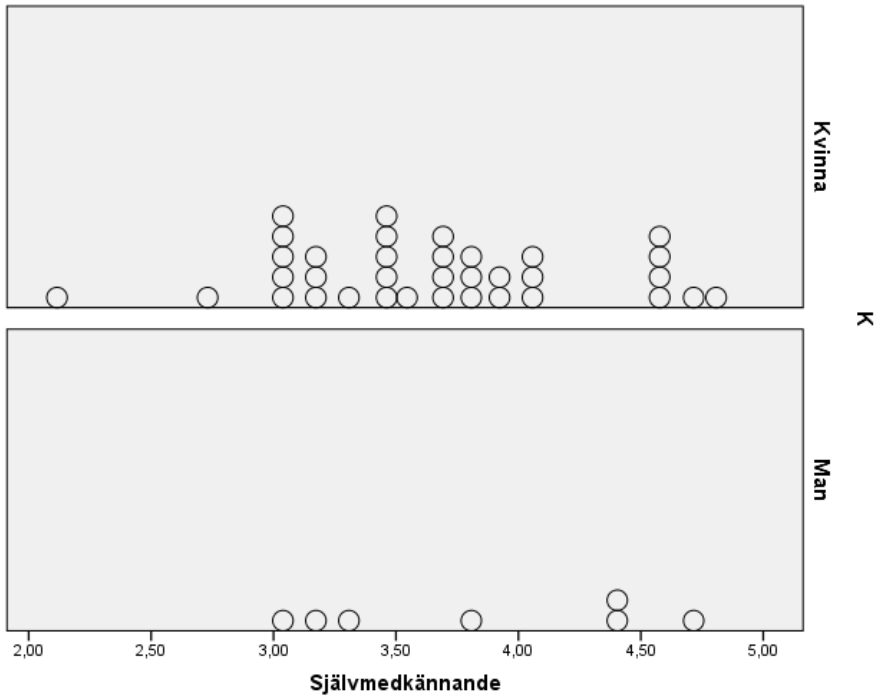
Det finns en lite skillnad mellan kvinnors och mäns grad av självmedkänsla på så sätt att männen har något högre grad av självmedkänsla, medelvärde 3,8 jämfört med kvinnornas 3,6 (Tabell 2)

TABELL 2. *Självmedkänsla (medelvärde) uppdelat på kön, åldersgrupp och år i yrket (grupperad).*

		Självmedkänsla_total			
		Medelvärde	Max	Min	Total N
Kön	Kvinna	3,65	4,81	2,12	35
	Man	3,83	4,69	3,00	7
Ålder grupperad	<= 36	3,45	4,42	2,12	10
	37 - 55	3,71	4,74	2,73	21
	56+	3,81	4,81	3,27	11
År i yrket (Binned)	<= 4	3,81	4,42	3,04	7
	5 - 25	3,60	4,74	2,12	26
	26+	3,83	4,81	3,19	8

Spridningen är större bland kvinnor och man återfinner individerna med lägst grad av självmedkänsla bland kvinnorna (Figur 2).

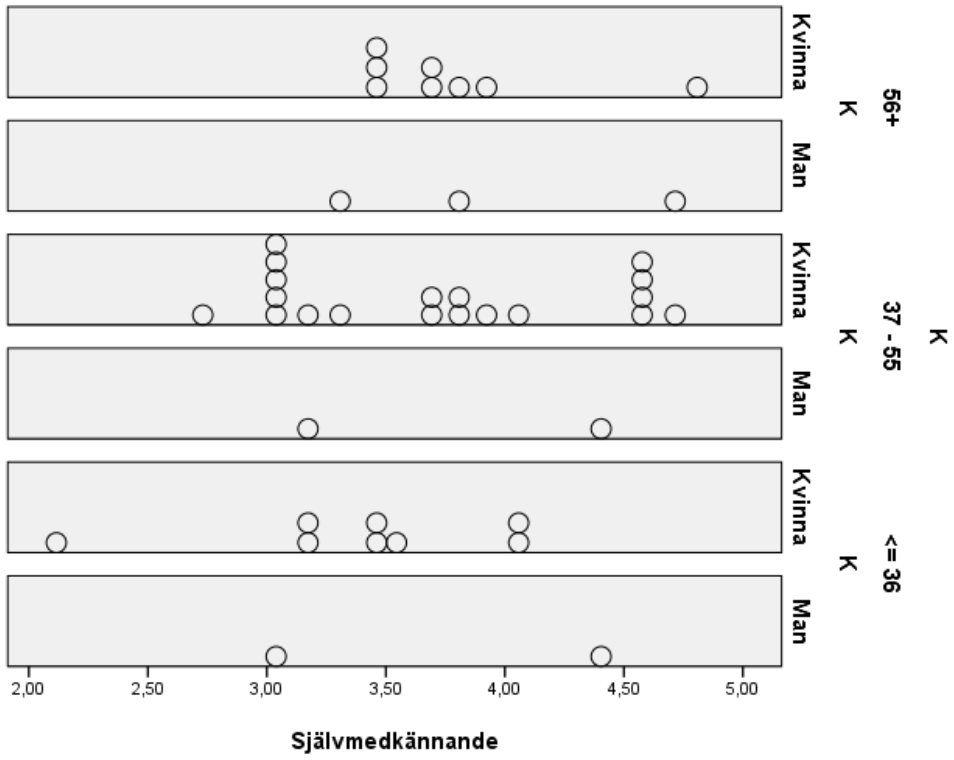
Inom de olika delskalorna (självförlåtande, självfördömande, medmänsklighet, isolering, sinnesnärvaro och överidentifikation) är skillnaden mellan könen fortsatt små och på delskalan självfördömande finns ingen skillnad alls, medan det på delskalan överidentifikation är störst skillnad mellan män och kvinnor. Där har kvinnorna medelvärdet 2,6 i jämförelse med männens 2,1 (Lägre värde indikerar högre grad av självmedkänsla).



FIGUR 2. *Självmedkänsla bland kvinnor och män. (Varje ring motsvarar en individ)*

Det finns också en liten skillnad i självmedkänsla beroende på ålder på så sätt att äldre har bättre självmedkänsla än de yngre (Tabell 2). Skillnaden är dock liten mellan åldersgrupperna 37-55 och 56 år och äldre. Samma mönster återfinns på de olika delskalorna. Den största skillnaden mellan åldersgrupperna finns på delskalan överidentifikation.

I Figur 3 framgår hur självmedkänsla fördelas avseende en uppdelning på kön och ålder. För kvinnorna sker en förskjutning mot högre grad av självmedkännande ju äldre man är medan det är svårt att se något tydligt mönster för männen.

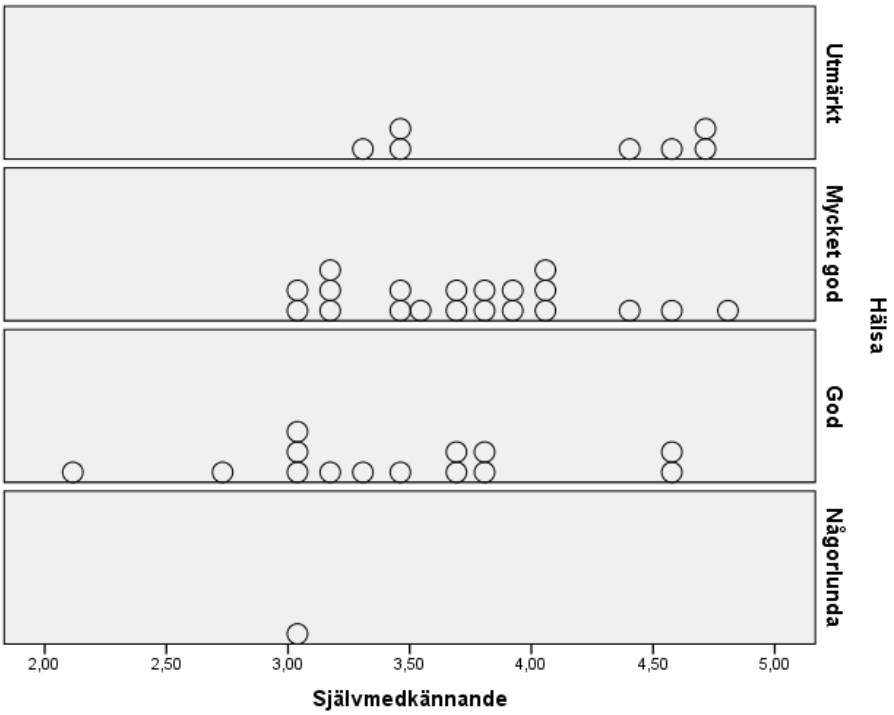


FIGUR 3. *Självmedkänsla uppdelad på kön och åldersgrupp.(Varje ring motsvarar en individ)*

När det gäller yrkeserfarenhet har de med minst erfarenhet (mindre än 4 år) och de med flest år i yrket (26 år och mer) högre grad av självmedkännande än de med 5-25 år i yrket (Tabell 2). Samma mönster återfinns på de olika delskalorna förutom på delskalan självfördömande där det inte föreligger någon skillnad alls mellan grupperna. På delskalan överidentifikation ligger de två grupperna med minst- och medellång erfarenhet lika.

Skillnad i upplevelsen av egen hälsa och grad av självmedkänsla

Hälsa är mätt med frågan ”I allmänhet, skulle du vilja säga att din hälsa är: utmärkt, mycket god, god någorlunda eller dålig”. Svaren skattas på en skala från 1 som avser utmärkt till 5 som är dålig.



FIGUR 4. *Självmedkänsla och hälsa (en ring motsvarar en individ)*

Det framgår att de som skattat sin hälsa som utmärkt (medelvärde självmedkänsla=4,1) eller mycket god (medelvärde självmedkänsla= 3,7) också skattade sin självmedkänsla högre än de som uppgett sin hälsa som god (medelvärde självmedkänsla=3,4) eller någorlunda (endast en individ med värdet 3,0). Bland de som skattar sin hälsa som god hittar man de individer som skattat lägst på självmedkänsla.

Det verkar som att självmedkänsla samvarierar med hälsa på så vis att hög grad av självmedkänsla samvarierar med bättre hälsa än låg grad av självmedkänsla. Detta förhållande kvarstår när hälsa relateras till de olika delskalorna.

Grad av självmedkänsla bland de med steg ett-utbildning och de utan steg ett

I undersökningsgruppen fanns 25 personer med steg ett-utbildning och 17 utan steg ett. Av kvinnorna hade 19 stycken steg ett, 16 kvinnor hade inte steg ett. Av de 7 männen hade 6 personer steg ett. Bland de steg ett-utbildade hade 17 personer en högskoleutbildning och 8 personer hade ingen sådan.

I resultatet framgår (Tabell 3) att det finns en skillnad mellan steg ett-utbildade och icke steg ett-utbildade på så vis att de med steg ett visar sig ha högre grad av självmedkänsla än de utan. Skillnaden kvarstår när man studerar de olika delskalorna och den är störst på delska-

lorna självförlåtande och medmänsklighet och lägst på delskalorna självfördömande och sinnesnärvaro.

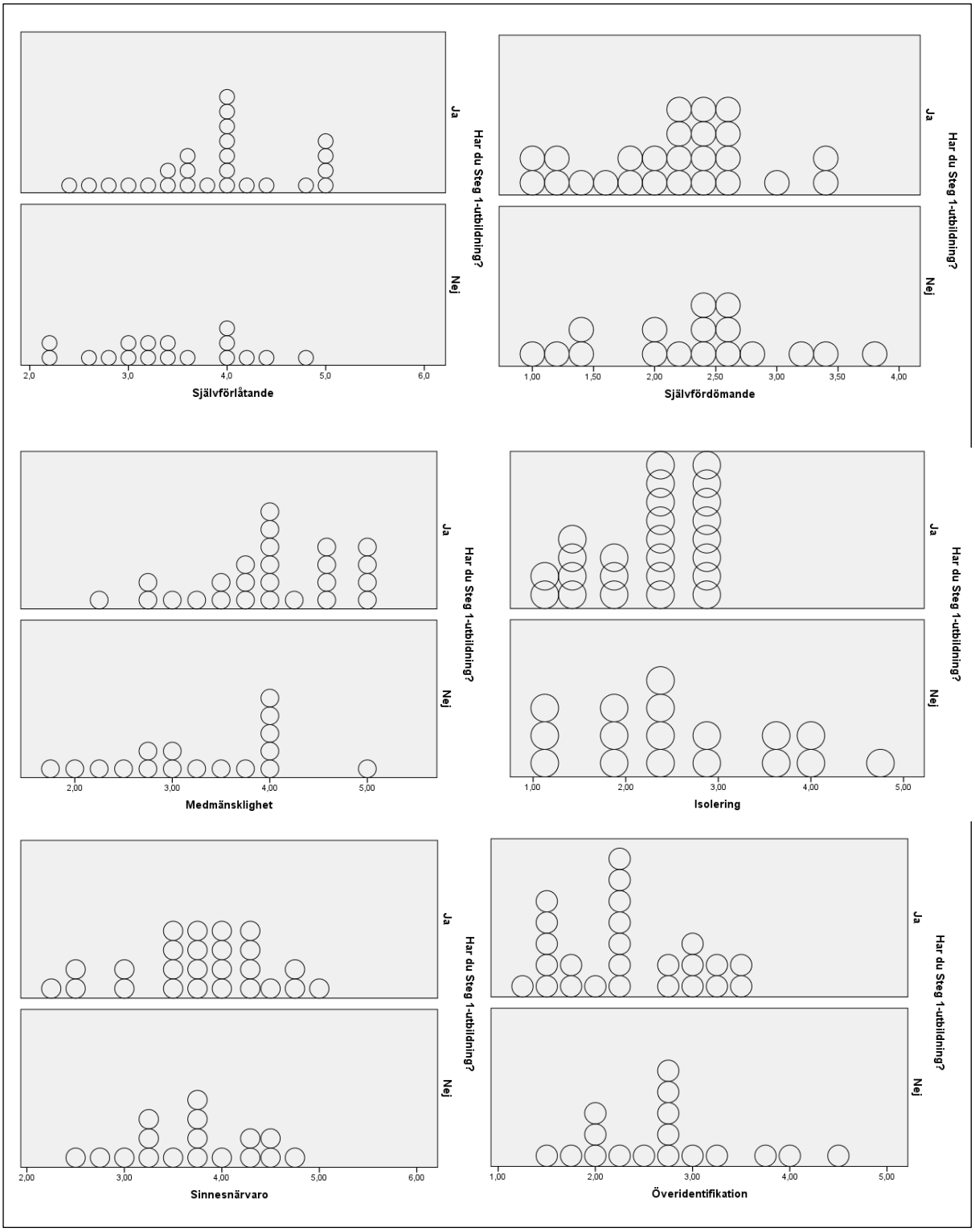
TABELL 3. *Medelvärde självmedkänsla och delskalor uppdelat på Steg ett-utbildning*

		Självmed-känsla_total	Självförlå-tande	Självfördö-mande	Medmänsk-lighet	Isolering	Sinnesnär-varo	Överidentifi-kation
		Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
Steg 1-utbild-ning	Nej	3,47	3,4	2,32	3,26	2,57	3,69	2,72
	Ja	3,82	3,9	2,14	3,95	2,23	3,77	2,32

Fler med steg ett skattar sig som mer självförlåtande än de utan steg ett medan när det gäller självfördömande är mönstret inte lika tydligt. (Figur 5)

Gällande självmedkänslans delkomponent medmänsklighet – isolering visar resultatet att fler steg ett-utbildade uppger högre grad av medmänsklighet medan det hos ej steg-utbildade sker en förskjutning mot fler i det lägre intervallet. Fler utan steg ett skattar alltså högre grad av isolering. (Figur 5)

På delskalan sinnesnärvaro finns ingen tydlig skillnad mellan grupperna men på skalan överidentifikation är det ett ganska stort antal steg ett-utbildade som skattar låg grad av överidentifikation och några fler ej steg ett-utbildade som skattar hög grad av överidentifikation. (Figur 5)



FIGUR 5. *Steg 1-utbildning och delskalorna (varje ring motsvarar en individ).*

Vid en uppdelning på kön, ålders grupp och år i yrket (grupperad) kvarstår skillnaden i grad av medkänsla mellan steg ett- och ej steg ett-utbildade.

Vid en analys av de högskoleutbildade uppdelade i de med respektive utan steg ett och grad av självmedkänsla kvarstår skillnaden och blir till och med något större dvs. högskoleutbildade med steg ett har högre grad av självmedkänsla (m=3,9) än högskoleutbildade utan steg ett (m=3,4). I den förstnämnda gruppen finns de individer som skattat högst på självmedkänsla och i den andra gruppen återfinnes de individer som har de lägsta värdena. Gruppen utan högskoleutbildning men med steg ett hade lägre grad av självmedkänsla (m=3,6) än gruppen med båda utbildningarna men högre än de högskoleutbildade utan steg ett. (Det fanns endast en individ utan vare sig högskoleutbildning eller steg ett).

Kvalitativ analys

Den kvalitativa analysen resulterade i fyra teman som beskriver hur informanterna hanterade sina misslyckanden och vilka copingstrategier som användes. De fyra identifierade copingstrategierna var att hämta kraft från andra, att hämta kraft inifrån, att ta hand om sig (egenvård) och slutligen att luta sig mot sina livserfarenheter.

Att hämta kraft från andra

Att hämta kraft från andra var det tema som dominerade. De tre informanterna refererade till hur viktigt det varit för dem att ha andras stöd för att bli mer medveten om svårigheter på ett balanserat sätt och att kunna hantera misslyckanden på ett självmedkännande sätt. En av informanterna betonade mer än de andra två vikten av framförallt kollegors stöd. Hon var vid intervjutillfället inne i en rehabiliteringsprocess efter en längre sjukskrivning. Man har betonat såväl kollegors stöd som handledning och egenterapi. I intervjuerna framkom på olika sätt att det inte går av sig själv att kunna vara självmedkännande utan man har behövt andras hjälp. En informant beskriver det då här;

”att få reflektera att få stöd där i sina tankar är viktigt, om man inte klarar riktigt själv, så kan man komma igång med den där självmedkänslan, att man inte gör dåliga saker, för mig har det varit bra.”

En annan sade att arbetskamrater fått henne att vara mer snäll mot sig själv och hon sa så här;

”utan det har många gånger varit andra som fått påpeka att hallå det var väl inte ditt fel eller det var väl ingen fara eller att det var väl svårt, Det var en grej att det har varit jätteviktigt att i första hand mina arbetskamrater fått mig att vara lite mer snäll mot mig själv.”

Stödet från andra har också haft betydelsen att man blivit mer medveten om hur svårt man faktiskt har det när man kanske inte riktigt på egen hand förmått inse det.

”…det gick långsamt och trögt, jag började glömma bort saker och engagemanget blev mindre i jobbet åååå jag presterade sämre, det var jag medveten om men det var som att jag inte tyckte det var så farligt heller. Men….det var nog att hon påpekade att och att arbets-kamrater också nötte in på mig att du är inte som vanligt.”

Socialt stöd är inte alltid givet när man är i behov av det. Tidsbrist och ensamarbete försvårar möjlighetet till önskat stöd.

” det är svårt att få ett sånt där samtal så det är väl det problemet alla sitter med när man sitter där i sin ensamhet…… det är så bombarderat med bedömningsärenden och läkemedel å allt det här så det hinns inte, får sällan tas upp såna saker som man skulle behöva hjälp med.”

Terapin har beskrivits som betydelsefull. Där har man fått ett nytt perspektiv på sig själv, blivit mer självmedveten och fått nya tankemönster.

”…tänkte på att man fått ändra lite under årens lopp genom att man gått i terapi och att man lärt sig. Just den där egenterapikänslan har varit bra för mig, att bli mer medveten om mig själv.”

Handledningens betydelse framhölls av två av informanterna. Där lyfter man också fram handledningsgruppens betydelse där man delar svårigheter och erfarenheter med andra och lär av varandra.

”Därför känns det skönt det vi gör i grupphandledningen efteråt, man kan reflektera att det där, stanna upp lite och se att man gör inte så dåligt jobb ändå.”

Att hämta kraft inifrån.

Det framkom i intervjuerna hur man på olika sätt i sitt inre bearbetat sina svårigheter. De vanligaste var att ha realistiska/rimliga krav, att jämföra sig med andra, att analysera patientens svårigheter, reflektera kring vad det är att vara människa och terapeut, peppa sig själv och självprat.

”tänka självmedkännande, ingen automatik, måste stanna upp, tänka efter och så dära, varför händer det här?”

Det inre mentala processandet kan resultera i både ökad och minskad självmedkänsla. Att t.ex. jämföra sig med andra kan få varierande utfall vilket belyses av följande två citat:

”Hon hade haft så många behandlare innan och ingen hade lyckats. Hon var missnöjd med alla. Då är det lättare att inte ta åt sig personligen. Vet att det är fler som råkat ut för samma sak.”

”En arbetskamrat tog över en patient och det blev mycket bättre. Då kände jag mig misslyckad för det var det ju bevisligen någonting hos mig som gjorde att det inte funkande. Jag kände mig dålig och misslyckad. Tänka att jag trodde att jag skulle kunna hjälpa henne…..sitter i fortfarande….”

Respondenterna har dock rapporterat fler strategier som är hjälpsamma än motsatsen. Alla tre underströk att man har svåra patienter och att man då inte heller kan förvänta sig att det ska gå så bra som man skulle vilja. De framhöll också att man lärt sig hantera den typen av motgångar. En person uttryckte att det finns en fara att man undviker att rannsaka sig själv och istället hänvisar sina motgångar till faktorer hos patienten, t.ex. att den är personlighetsstörd, krävande och besvärlig. Att ha realistiska och rimliga krav betonades hos alla tre men särskilt hos den informant som varit sjukskriven ett längre tag.

”nu när jag är på väg tillbaka får man bita i det där äpplet och göra lite halvdanare i början innan, insett att jag inte kommer att från en dag till en annan att komma upp till full kapacitet.”

De beskrev alla att de först tänker självkritiska tankar, att man slår på sig själv och att det är snabba ledningar till negativa omdömen om sig själv. Sen beskrev de att man via självpratet och att peppa sig själv kom tillrätta med självkritiken. Peppningen kan vara att tänka på samma medkännande sätt man skulle tänkt om det gällde någon annan eller att påminna sig att det bara är tankar när man börjar älta sina tillkortakommanden, på samma sätt som man råder sina patienter att göra. Två informanter lyfte fram tidsbrist som försvårande för att kunna reflektera.

”Det är det som är den stora, största faran idag att man får väldigt lite reflektionstid att man matas på med mycket praktiska saker också, att man ska göra de och de och de”.

Själva intervjutillfället har av alla intervjuade lyfts fram som en möjlighet till ökat medvetande om självmedkänsla och att det varit givande att prata om det. Man har fått ord på det, fått beskriva hur man gör och man har också kunnat se vad man gör som fungerar.

”Jag kommer nog att börja ännu mer efter det här. Det blir som en öppning att tänka mer på mig själv. Är… det är ju en ett bra sätt att gå vidare. Ibland gör man utan att tänka och man har inte ord för det.”

Att ta hand om sig (egenvård)

De tre informanterna har alla understrukit hur egenvård varit betydelsefullt för bättre självmedkänsla, men det finns liten variation i exemplen på detta tema. De lyfter fram, träning, promenader, yoga, avspänning, sömn, mat, att gå i kyrkan, att göra roliga saker, skämta och skoja, sätta sig ner och tänka, som hjälpsamt.

”Jag vet till exempel att man är mer sårbar när man sovit och ätit dåligt och vad jag märkt på mig själv om jag inte aktiverar mig fysiskt så blir jag ju mer sårbar.”

En annan informant säger:

”Å så när jag är ute och går då det är min styrka att få gå ut och gå och tänka att det där gick ju bra, det där gjorde ja bra om än.”

Att träna och gå i kyrkan beskrivs som hjälpsamt då det gjort att det blivit lättare att känna efter hur det känns både i kroppen och i själen.

Att luta sig mot sina livserfarenheter

Att ha erfarit svårigheter i livet har lyfts fram som betydelsefullt både i positiv och i negativ bemärkelse. Svåra livserfarenheter har gett en biljett till att sänka sina krav och att se mer förlåtande på sig själv. Men det framgår också att när det varit som tuffast och när man skulle behövt vara som mest självmedkännande så har det också varit som svårast.

”då hade jag en jättejobbig period och då kunde jag tänka så här att…självmedkänsla, ING-EN hade jag då. Då var det bara mitt fel att jag inte hann, att jag inte, men jag hade ju hjärtat här (pekar mot halsgropen)”

En av informanterna fick efter en skilsmässa hård kritik av anhöriga vilket gjorde det svårt att se balanserat på situationen och hon tog på sig en alltför stor skuld. Det framkommer beskrivningar som talar om att man i sina svåraste stunder bara tänkt att det varit ens eget fel och att

man blivit låst i sina tankar. Det dåliga samvetet t.ex. gentemot barnen har försvårat att se förmildrande på sina svårigheter. En uppfostran där det varit fult att tro att man är något verkar också hindrande. Alla informanter har lyft fram det faktum att det är lättare att vara medkännande med andra än med sig själv. Att vända negativa erfarenheter till positiva lyfte en av informanter upp, att man tagit sig genom svårigheter har blivit en styrka. Två av informanterna tyckte att de blivit mer självmedkännande med åren. En uttryckte det så att hon med livet lärt sig säga snälla ord till sig själv. En annan sa att lång erfarenhet i yrket har underlättat att inte bli alltför självkritisk i svåra situationer och känslan av trygghet i arbetet har gjort att man inte längre behöver lika mycket yttre bekräftelse. Utbildning, särskilt då steg ett, har hos informanterna inneburit både större förmåga till självmedkänsla, då man kunnat tillämpa kunskaper på sig själv, men utbildning har också medfört högre krav på prestationer och ökad självkritik. Man måste kunna bevisa att man verkligen kan tillämpa det man lärt sig. En säger

”Nu måste du fixa det här å visa att du har fattat nånting.”

och en annan säger

”Min utbildning gör att jag ställer högre krav och det blir svårare att vara självmedkännande”

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka självmedkänsla hos vårdpersonal inom psykiatrisk öppenvård och att få mer kunskap i hur behandlare hanterar misslyckanden och svårigheter.

Som framgår i avsnittet bakgrund kan man konstatera att självmedkänsla har betydelse för psykisk hälsa och välbefinnande. Självmedkänsla anses också som en viktig copingstrategi vid svårigheter i livet. Graden av och förmågan till självmedkänsla är också något som via t.ex. psykoterapi går att förändra. Psykoterapeuters förmåga till självmedkänsla antas också ha betydelse för den terapeutiska relationen.

Studien har haft både en kvantitativ och en kvalitativ ansats och presenteras i diskussionen var för sig.

Diskussion av kvantitativa resultat

I resultatet i den kvantitativa studien framkom att såväl kön och ålder har viss betydelse för självmedkänsla på så vis att män tenderar vara mer självmedkännande än kvinnor och att självmedkänslan ökar med stigande ålder. Det här är resultat som överensstämmer med tidigare forskning (Neff 2003a,b). Antalet män är litet och bortfallet i denna studie är större bland männen än bland kvinnorna så de könsskillnader som framkommit får tas med en nypa salt.

Erfarenhet i yrket, mätt som år i yrke, visade sig också ha betydelse för hur självmedkännande man är. De med minst erfarenhet och de med mest erfarenhet var mest självmedkännande. En tolkning kan vara att de med minst erfarenhet kan förklara eventuella misslyckanden med att de saknar erfarenhet, vilket kan underlätta att känna medkänsla med sig själv. Kanske de också möts av mer förståelse av andra. Medan de med medellång erfarenhet befinner sig i ett skede där man kan tillräckligt mycket för att kunna klara svårigheter i arbetet, vilket medför högre krav på prestation och ställer därmed förmågan till självmedkänsla på sin spets. Här skulle man naturligtvis kunna kontrollera för bakomliggande faktorer som anses ha betydelse för graden av självmedkänsla, men materialet är för litet för att det ska bli meningsfullt. Dessa resultat överensstämmer med det som framkommit i intervjuerna, att lång erfarenhet i yrket ger trygghet och bättre självmedkännande. Man har lärt sig med tiden vad det innebär att vara behandlare i psykiatrin.

Sammanfattningsvis kan sägas att resultaten pekar mot att det är fördelaktigt att vara man, äldre och ha antingen kort eller lång erfarenhet i yrket när man ser till grad av självmedkänsla.

Att självmedkänsla samvarierar med god hälsa, vilket studien tyder på, går i linje med den forskning som finns på området (Neff 2003b; Neff et al., 2007; Gilbert 2010).

Steg ett-utbildning visade sig ha betydels för hur självmedkännande den undersökta vårdpersonalen var. Detta finns inte belagt i tidigare forskning. Däremot finns det beskrivet i litteraturen att självmedkänsla är något som går att ”öva upp”(Gilbert, 2010; Neff 2003a). Det kan vara rimligt att anta en steg ett-utbildning ger något som ökar individens självmedkänsla. Detta skulle kunna vara egen terapi, handledning utifrån den metod man är skolad i och ett teoretiskt kunnande som bidrar till personlig utveckling. Högskoleutbildning däremot visade sig inte ha samma betydels för självmedkänslan så tillvida den inte kombinerades med en steg ett-utbildning. I den grupp som hade både högskoleutbildning och steg ett återfanns de individer som skattade högst på självmedkänsla medan de individer som skattade lägst grad av självmedkännande fanns i gruppen högskoleutbildade utan steg ett-utbildning. Ett intressant

resultat som knyter an till den diskusson som finns i litteraturen angående skillnaden mellan självmedkänsla och självförtroende. Flera företrädare i ämnet (Leary et al, 2007; Neff, 2003 a,b; Neff et al, 2007) menar att man allt för mycket fokuserat på självförtroende som en viktig faktor för ökad psykisk hälsa och man vill definiera självmedkänsla som skild från självförtroende. Självmedkänsla har fördel över självförtroende eftersom det finns tillgängligt just precis när självförtroendet sviktar. Personliga misslyckanden, kan med en dos självmedkänsla, hanteras på ett vänligt och balanserat sätt som erkänner att tillkortakommanden är en del av de mänskliga villkoren även när självvärderingen är negativ. Detta betyder att självmedkänsla kan minska känslor av självförakt utan att man intar en orealistiskt positiv syn på sig själv. Ökad förmåga till självmedkännande kan bli en motkraft till kronisk självkritik. Högskoleutbildning kan relateras till ökat självförtroende men behöver inte innebära ökad självmedkänsla. Studien indikerar att steg ett-utbildning däremot bidrar till ökad självmedkänsla. Det här är resultat som går i linje med fynd från intervjuerna där informanterna beskrivit att hög utbildning kan vara försvårande med avseende på självmedkänsla. En av informanterna har betonat hur steg ett-utbildningen gett henne verktyg att tänka mer snälla tankar om sig själv. Den terapi som ingår i steg ett-utbildning har av alla framhållits som värdefull för synen på sig själv.

Diskussion av kvalitativa resultat

Den kvalitativa studien hade som främsta syfte att belysa på vilket sätt man hanterar ett misslyckande dvs. vilka copingstrategier individer använder sig av.

Resultatet reflekterar Neffs (2003a) definition av självmedkänsla: att vid svårigheter och lidande ha en vänlig och icke dömande attityd gentemot sig själv; att förstå att den egna erfarenheten är en del i att vara människa; att erkänna och samtidigt hålla svåra tankar och känslor i balans, utan att älta eller döma sig själv. Resultatet diskuteras i relation till självmedkänslans tre huvudkomponenter.

Medmänsklighet och isolering. Stöd från andra, särskilt kollegor, har lyfts fram som betydelsefullt. Det har varit både vanligt informellt korridorprat men även mer organiserad verksamhet som grupphandledning. Informanternas kommenarer reflekterar hur känslan av att ha andras stöd hjälpt dem att reglera sina känslor, via andras uppmuntran, att man har kunnat lära av andra, dra nytta av andras erfarenheter och reducera känslan av skam att man är den enda som inte lyckas. Det knyter an till litteraturen (Yalom, 2003; Lindgren, 2005) som talar om psykoterapeutyrket som ett yrke där en av de största riskerna är ensamhet. Att ha kontakt med andra

kräver ofta en medveten aktivitet och måste underhållas. Självpratet och att man jämförde sig med andra bidrog till en ökad känsla av att dela erfarenhet med andra, vad det innebär att vara människa och terapeut. Några uttalanden i intervjuerna speglar svårigheten att få det stöd som önskas och hänvisar till tidsbrist och ensamarbete (stängda dörrar) som försvårande.

Självvänlighet och självfördömande. De inre mentala processerna som respondenterna refererar till reflekterar en omtänksam och förstående hållning gentemot sig själv, man peppar sig själv med ord som *det där gjorde du bra,* man försöker behandla sig själv som man skulle behandla någon annan, man resonerar om vad som är rimligt att förvänta sig. Men det framkommer också situationer i informanternas liv där man varit hård i tonen och självfördömande gentemot sig själv. Det har varit i särskilt svåra lägen där man verkligen skulle behövt en rejäl dos självmedkänsla. Andras stöd och tröstande ord samt egen terapi har varit betydelsefullt för att komma tillrätta med sitt självfördömande och bli vänligare mot sig själv.

Sinnesnärvaro och överidentifikation. Informanterna gav ett flertal exempel på hur de blev medvetna om sina känslor, hur de reglerade dem och undvek att fastna i negativa tankebanor (ältande etc.). Åter igen betonas vikten av andras stöd, nu för att bli mer medveten om sina svårigheter. Terapin har beskrivits som betydelsefull, där har man fått ett nytt perspektiv på sig själv, blivit mer självmedveten och fått nya tankemönster. Att ha realistiska och rimliga krav blir viktigt för att undvika att fastna i negativa spår. Men det motsatta kan också bli en realitet och man undviker att rannsaka sig själv och hänvisar istället sina motgångar till faktorer hos patienten. Olika former av egenvård (yoga, avspänning, träning, promenader, gå i kyrkan) har lyfts och verkar bidra till större sinnesnärvaro. Hård press utifrån, en alltför hög arbetsbelastning, hård kritik mm har medfört svårigheter att se balanserat på sin situation och man har tenderat att fastna i självanklagelser.

Anknytningens betydelse för utvecklandet av människors inre tröstfunktion betonas (Gilbert & Proctor, 2006; Neff & McGehee, 2010) och företrädare för flera psykoterapeutiska inriktningar menar att via terapi kan individer internalisera ett vänligt och tröstande inre (Cullberg Weston, 2012; Fosha, 2000; Gilbert, 2010, McCullough, 2003). I intervjuerna har relationernas betydelse för förmågan att känna medkänsla med sig själv följt som en röd tråd genom informanternas berättelser. Goda relationer här och nu, till kollegor som speglar oss och stöttar. Relationer där och då, till viktiga anknytningspersoner av vilka individen förhoppningsvis fått tillräckligt mycket tröst och förståelse för att kunna skapa inre modeller för självtröst.

Självmedkänsla är inte ett självgående lokomotiv utan behöver bränsle, från andra, inifrån individen själv och från livserfarenheterna.

Metodologiska reflektioner. Självmedkänsla som visat sig ha betydelse för människor och för behandlarrollen är ett relativt outforskat område så denna studie kan ge ett bidrag till ny kunskap på området. Både kvantitativa- och kvalitativa metoder har sina styrkor och begränsningar och därför kan studier som kombinerar båda metoderna ha stora fördelar.
Det var relativit få svarande i enkäten vilket begränsade möjligheten att göra mer avancerade analyser t.ex. att kontrollera för bakomliggande variabler. Urvalet är inte statistiskt signifikant varför slutsatser om kausalitet dvs. orsak och verkan inte kan göras. Antalet intervjuade var tre personer så någon mättnad har inte uppnåtts. Därför betraktas studien som en pilotstudie. Styrkan med studien är att den visar på tendenser och bidrar till ökad förståelse inom området och öppnar upp för framtida studier både kvantitativa och kvalitativa. Studien har klinisk relevans då ett flertal viktiga copingstrategier vaskats fram.
Teorin om självmedkänsla har ett ben i buddistisk filosofi och hos företrädarna (Neff, 2003a; Gilbert, 2010; Gilbert & Proctor, 2006) betonas utvecklandet av självmedkänsla i mångt och mycket som ett individuellt projekt där man via olika interventioner tränar upp individens självmedkännande förmågor. Utifrån resultaten från denna studie blir det intressant att lyfta fram hur man kan skapa arbetsplatser som underlättar och stödjer människors möjligheter att vara medkännande med andra och med sig själva. Det kan vara arbetsplatser med ett klimat där man tillåter arbetstagare att visa upp och dela svårigheter med varandra, vilket gynnar ett ökat självmedkännande. Det kan vare en arbetsplats som ger utrymme och tid till reflektion, som tillhandahåller mötesplatser där man kan dela erfarenheter med varandra.

Intervjutillfället lyftes av informanterna fram som en möjlighet till ökat medvetande om självmedkänsla. Att ha fått ord på det och kunnat beskriva hur man gör inspirerar att tillämpa det mera. Därför skulle ett framtida aktionsforskningsupplägg med självmedkänsla i fokus vara av intresse.

Älska din nästa så som dig själv eller för vårdpersonal, älska dig själv så som din nästa.

Referenser

Bateman, A., Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*: *Mentalization-based treatment.* Oxford: Oxford University Press

Cullberg Weston, M. (2012). *Tröst och reparation*. Stockholm: Natur & Kultur.

Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect.* New York: Basic Books.

Gerge, A. (2011). *Emapatitrött att utveckla välmående i vård- och omsorgsyrken.* Insidan

Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy.* London, New York: Routledge.

Gilbert, P., Proctor, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy,* 13, 353-379.

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today,* 24, 105–112

Henry, W., Schacht, T., Strupp, H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 58(6), 768-774.

Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Allen, A.B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887–904.

Lindgren, O. (2005). *Psykoterapeuters berättelser om arbetets personliga konsekvenser*. En pilotstudie. Rapport 1/05. Forskning och folkhälsa. Landstinget i Värmland.

Maslach, C. (1999). *Utbränd. Om omsorgens personliga pris och hur man kan förebygga utbränning.* Stockholm : Natur och Kultur.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., Hurley, C.L. (2003). *Treating affect phobia. A manual for short-term dynamic psychotherapy.* New York, London: The Guilford Press.

Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity,* 2, 85-101.

Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity,* 2, 223-250.

Neff, K., Kirkpatrick, K., Rude, S.(2007). Self-compasssion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in personality*, 41, 139-154.

Neff, K.D., Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality,* 77, 23–50.

Neff, K. D., McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225–240.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Stockholm: Vetenskapsrådet.

Yalom, I.D. (2003). *Terapins gåva.* Stockholm: Natur och Kultur.

Bilaga 1

Self-compassion Scale

HUR JAG BEHANDLAR MIG SJÄLV NÄR JAG HAR DET SVÅRT

Läs varje påstående noga innan du svarar. Till vänster om varje påstående ska du ange hur ofta du reagerar så som anges i påståendet genom att använda följande skala:

Nästan aldrig				**Nästan alltid**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

_____ 1. Jag är missnöjd och fördömande när det gäller mina egna misstag och brister.

_____ 2. När jag känner mig nere fokuserar jag och hänger upp mig på allt som är fel.

_____ 3. När det går dåligt för mig ser jag problemen som en del av livet som alla går igenom.

_____ 4. När jag tänker på mina brister brukar det göra att jag känner mig mer ensam och isolerad från resten av världen.

_____ 5. Jag försöker vara snäll mot mig själv när jag har det svårt känslomässigt.

_____ 6. När jag misslyckas med något som är viktigt för mig tar känslan av att inte duga över.

_____ 7. När jag känner mig helt nere påminner jag mig om att det finns många andra här i världen som känner som jag.

_____ 8. När jag har det riktigt svårt brukar jag vara hård mot mig själv.

_____ 9. När något gör mig upprörd försöker jag hålla mina känslor i balans.

_____ 10. När jag känner mig otillräcklig på något sätt försöker jag tänka att de flesta människor har sådana känslor.

_____ 11. Jag är intolerant mot och irriteras av de sidor av min personlighet som jag inte tycker om.

_____ 12. När jag går igenom en mycket svår period ger jag mig själv den omtanke och ömhet jag behöver.

_____ 13. När jag känner mig nere känns det som att de flesta människor nog är lyckligare än jag.

_____ 14. När det händer något smärtsamt försöker jag se balanserat på situationen.

_____ 15. Jag försöker se mina misslyckanden som en del av vad det är att vara människa.

_____ 16. När jag ser sidor hos mig själv som jag inte tycker om rackar jag ned på mig själv.

_____ 17. När jag misslyckas med något som är viktigt för mig försöker jag få perspektiv på det hela.

_____ 18. När jag har det riktigt svårt känns det som att andra människor måste ha det lättare.

_____ 19. Jag är snäll mot mig själv när jag har det svårt.

_____ 20. När något gör mig upprörd tar känslorna ta över.

_____ 21. Jag kan vara lite hårdhjärtad mot mig själv när jag har det svårt.

_____ 22. När jag känner mig nere försöker jag se på mina känslor med nyfikenhet och öppenhet.

_____ 23. Jag har överseende med mina egna fel och brister.

_____ 24. När något smärtsamt händer förstorar jag upp det till orimliga proportioner.

_____ 25. När jag misslyckas med något som är viktigt för mig känner jag mig ensam i mitt misslyckande.

_____ 26. Jag försöker vara förstående och ha tålamod med de sidor av min personlighet som jag inte tycker om.