



Högskolan
Kristianstad

Högskolan Kristianstad
291 88 Kristianstad
044 250 30 00
www.hkr.se

Empatiskt bemötande och stress och återhämtning, 15 hp
Kandidatexamen i psykologi
VT 2020
Fakulteten för Lärarutbildning

Empatiskt bemötande och stress och återhämtning

Maria Persson

Författare:

Maria Persson

Titel:

Empatiskt bemötande och stress och återhämtning

Engelsk titel:

Empathic treatment and stress and recovery

Handledare:

Anna Kemdal Pho

Examinator

Peter Jönsson

Sammanfattning

Empati är en viktig del av bemötande inom människovårdande yrken som tandvård och vård. Det finns teorier om att stress påverkar empati negativt genom att det bland annat leder till håglöshet och ökad cynism samt att återhämtning kan minska stress vilket indirekt kan påverka empatisk förmåga i bemötandet i positiv riktning.

Syftet med studien var att utforska om det fanns skillnader i självskattad empati, stress och återhämtning bland personer med olika lång yrkeserfarenhet, utbildning och utbildningsnivå. Utöver detta testades också om det fanns samvariationer mellan självskattningarna i empati, stress och återhämtning. Dessutom gjordes försök att mäta bemötande med hjälp av fiktiva fall exempel från vård och tandvård. Försöksdeltagare i studien utgjordes av 40 personer, till yrket undersköterskor, sjuksköterskor, blivande specialistsjuksköterskor och blivande tandhygienister. Pearsons korrelationsanalyser har använts för att beräkna korrelationer och använts variansanalyser, ANOVA, för att beräkna skillnader mellan grupper.

I föreliggande studies resultat förefaller det som om yngre personer med mindre yrkeserfarenhet är mer stressade och mer empatiska medan äldre personer med fler arbetade år är mindre stressade och mindre empatiska medan utbildningstyp och utbildningsnivå inte verkar spela någon som helst roll. Frågorna innehållande fiktiva fall konstateras behöva ytterligare utveckling. Inga som helst signifikanta skillnader avseende olik grupptillhörighet som yrke; blivande specialistsjuksköterskor, blivande tandhygienister, undersköterskor; eller utbildningsnivå; gymnasienivå, kandidatexamensnivå, magisterexamen eller högre kunde ses i studien. Studien inspirerar till fortsatt forskning inom området bemötande och empatisk autencitet.

Ämnesord

Empati, stress, bemötande, tandvård, vård, omvårdnad, psykologi.

Author

Maria Persson

Title

Empathic treatment and stress and recovery

Supervisor

Anna Kemdal Pho

Examiner

Peter Jönsson

Abstract

Empathy is an important issue in people-oriented work such as dental care and care. There are theories that stress affects empathy in a negative way by causing lethargy and cynicism and that recovery can reduce the stress which indirectly could affect the ability to give empathic treatment which means treat other persons well when working with people.

The purpose of this study was to see if there were differences in self-reported empathy, stress and recovery among persons with different length of professional experience, type of education and educational level. In addition, correlations between self-reports of empathy, stress and recovery were tested. Also tests to measure empathic treatment among fictive cases both from health care and dental care situations were done. There were 40 participants in the study, which worked as assistant nurses or nurses or were under education for nursing specialists or dental hygienists. Pearson's correlation analysis and one way analysis of variance, ANOVA, were used for the statistical analysis.

In this study it seemed like younger persons with fewer years of experience were both more stressed and more empathic than older persons with longer experience which seem to be less stressed but also less empathic, while education type or level seemed to not matter. The fictive cases should be developed more. No differences between educational groups at different levels were found in this study, nor could any differences be seen among different professions. This study could inspire further research in the field of empathic treatment and authenticity.

Keywords

Empathy, stress, empathic treatment, dental care, care, nursing, psychology.

Empatiskt bemötande och stress och återhämtning

Social kompetens, vilket innebär både färdigheter i empati och grundläggande kommunikationsfärdigheter, är essentiella för att arbeta professionellt med att möta andra människor. I alla situationer finns en maktobalans som den professionella hjälparen behöver anstränga sig för att överbygga (Holm, 2002; Lundh, 2019). De klagomål på vård som skickades till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2018 handlade till 18 procent totalt (15 procent för män och 20 procent för kvinnor) om brister i bemötandet (IVO, 2019). Bemötande i vården behöver vara personcentrerat för att vården ska bli både säker och jämlik. Där vårdpersonalen utgörs av hög andel specialistsjuksköterskor inträffar färre anmälningar om vårdskador och dåligt bemötande. Samtidigt återfinns oftare brister i patientsäkerheten där personalens kompetens är låg (Socialstyrelsen, 2018). Bemötande handlar om många olika delar i ett möte, väsentligt är dock förmågan att skapa en relation till den hjälpsökande där grunden är att mötet är tryggt och tillitsfullt. Detta kan skapas genom aktiva handlingar hos den professionella hjälparen oavsett yrkesroll. Trygghet och tillit uppstår genom att hjälparen i sin roll anstränger sig för att sätta klienten/patientens erfarenheter i fokus, använda sig av relevanta kommunikationsfärdigheter och visa ett empatiskt intresse. Genom detta kan en allians skapas som senare har betydelse för följsamhet klienten/patientens upplevelse av relationen och till och med för resultatet av behandlingen (Elliot, Boohart, Watson & Greenburg, 2011; Holm, 1987, 2009; Kåver, 2011; Miller & Rollnick, 2013).

Empati

Det har visat sig svårt att ge en entydig och kärnfull definition av vad empati är (Elliot et al. , 2011) samtidigt som begreppet är mer aktuellt än någonsin för vård- och omsorgsprofessionen då empati ses som en väsentlig del av det som i dag kallas personcentrerad vård (Aronson, Wilson, Akert & Sommers, 2018; Elliot et al. , 2011; Miller & Rollnick, 2013). Empati beskrivs av flera forskare som ett flerdimensionellt begrepp (Elliot et al. , 2011, Holm, 2002; Holm, 2009 & Lundh, 2019). Ofta återges att empatisk förmåga hos människan i viss mån börjar utvecklas redan hos det lilla barnet genom avläsning av känslor från mycket tidig ålder. När barnet så är i fyraårsåldern

börjar även färdigheten att gissa sig till vad som rör sig i en annan människas tankevärld, även kallat theory of mind, att utvecklas. Theory of mind är också del i processen mentalisering som i stora drag handlar både om att förstå oss själva och andra (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009). Spegelneuronsystemet i hjärnan är inblandat i denna tidiga utveckling (Aronson et al., 2018; Elliot et al., 2011 & Havnesköld & Risholm Mothander, 2009) Spegelneuroner finns i hjärnan och aktiveras på samma sätt av att vi ser andra göra något, exempelvis le, som när vi själva ler. Hjärnan använder med andra ord samma programvara för att förstå en annan person som för att förstå sig själv (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009). Såväl Aronson et al., (2018), Holm (1987, 2002, 2009), Kåver (2011) som Havnesköld & Risholm Mothander (2009) beskriver empati som förmågan att ställa sig i en annan människas skor och uppleva händelser och känslomässiga upplevelser på det sätt som personen i fråga upplever dem. Andra har utvecklat beskrivningen av empati genom att dela upp begreppet i dimensioner. Några exempel på empatiska dimensioner är förmågan att i fantasin föreställa sig den andres upplevelser, att lyfta blicken och byta perspektiv och att känna oro och omsorg för andra (Davis, 1983). Det som särskiljer empati från mentaliseringsförmåga handlar om att empati enbart fokuserar på att se världen ur den andres perspektiv medan mentalisering även innehåller ett självobserverande och en medkänsla för sig själv och sitt eget agerande (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009).

Empatiska dimensioner beskrivs också som en affektiv reaktion på en annan människas känslor, en intellektuell tankemässig värdering av reaktionen och en beteendemässig komponent som utförs som en följd av detta. Empati har alltså med både biologi, känslor, tankar och beteende att göra (Holm, 2009). Davis (1983) utvecklade relativt tidigt en självskattningsskala för empati som består av fyra delskalor vilka mäter perspektivtagande, empatisk omsorg, personlig oro och förmåga att leva sig in i fiktiva personers situationer (fantasiförmåga): Davis Interpersonal Reactivity Index (Davis IRI). Formuläret mäter självskattad empati med 28 frågor vilka täcker de fyra ovannämnda dimensionerna (Davis, 1983). Formuläret översattes till svenska av Cliffordsson (2001).

Kåver (2011) beskriver att empati omsatt i praktisk handling fungerar otroligt kraftfullt i all mänsklig samvaro. Empati är med andra ord viktigt för interpersonella relationer. Så tidigt som 1957 poängterade också Carl Rogers vikten av relationen till

klienten och som en väsentlig del av detta terapeutens förmåga att visa empati. Hans artikel har publicerats ett flertal gånger (Rogers, 2007). Elliot et al. (2011) beskriver empati som en flerdimensionell färdighet hos psykoterapeuten, bland annat förmågan att skapa en personlig förbindelse, att i varje stund under det terapeutiska samtalet anpassa sig till klienten, ”följa tonläget”, och göra ansträngningar att försöka förstå och begripliggöra hur klientens erfarenheter gjort att hen hamnat i sitt aktuella mående i dag. Lundh (2019) har också beskrivit hur psykoterapeuter under en terapi rör sig smidigt mellan i huvudsak tre olika förhållningssätt: undervisande, reparativa och utvecklande, beroende på var i terapiförloppet patienten befinner sig. För att på ett bra sätt kunna förmedla och smidigt växla mellan förhållningssätten behöver terapeuten ha grundläggande kommunikationsfärdigheter, som att visa klienten närvaro och uppmärksamhet, empati och värme och dessutom vara flexibel och anpassningsbar för att göra terapin skraddarsydd och personcentrerad (Lundh, 2019).

Holm fann att empatisk kommunikation skilde sig hos socialarbetare och deras medhjälpare på så sätt att de som endast hade kort utbildning uppvisade lägre empatisk förmåga än de som uppnått minst magisterexamen i ett instrument som mätte hjälparens respons på känslomässigt laddade uttalanden i filmade sekvenser, response pattern scale. Försöksdeltagaren fick titta på filmsekvensen, skriva ned hur vederbörande ord för ord kunde tänka sig att bemöta det känsloladdade uttalandet och slutligen skattades svaret av forskarna utifrån en skala för empatisk kommunikation med fyra nivåer (Holm, 2002). Bernardo et al. (2018) har undersökt om läkares självskattade empatinivå motsvarar patientens skattning av läkares empatinivå. Läkarna använde två instrument, Jeffersonskalan för läkares självskattade empati och Davis IRI, medan patienterna använde Jeffersonskalan för patientens uppfattning av läkares empati och en skala (CARE) som mätte konsultativ och relationellt upplevd empati. Författarna hade svårt att hitta signifikanta samband mellan läkares och patienters skattningar trots den relativt omfattande undersökningen med 945 patienter och 51 läkare. Där de ändå fann skillnader hade det att göra med om läkarna var privata eller kvinnor, vilka uppfattades som mer empatiska än offentliga eller manliga läkare som uppfattades som mindre empatiska. Utöver det utgjorde specialiteten en skillnad, inremedicinare uppfattades mer empatiska än kirurger och radiologer, dessutom uppfattade patienter som träffade sin läkare vid flera tillfällen att läkaren var mer empatisk (Bernardo et al., 2018).

Elliot et al. (2011) genomförde en metaanalys för att utforska samband mellan empati och terapeutiska resultat. De inkluderade studier där terapeuter, klienter och observatörer skattade terapeutens empati under filmade sessioner och undersökte hur väl den empatiska förmågan korrelerade med terapeuternas behandlingsresultat och hur väl terapeuternas, klienternas och observatörernas skattningar stämde överens. Empati visade sig korrelera signifikant med resultat av terapin på moderat nivå. Klienternas och observatörernas skattningar av empati korrelerade bäst med de uppnådda resultaten i jämförelse med terapeuternas självskattning av empati. Metaanalysen indikerar att empati har betydelse samtidigt som författarna problematiserar att empatin förmedlad i mötet inte nödvändigtvis är så lätt att urskilja från andra alliansfrämjande faktorer som exempelvis positiv förstärkning och terapeutens äkthet (Elliot et al. , 2011). Problematiken med att särskilja empati från andra faktorer har uppmärksammats även av andra (Lundh, 2019). Empati kan ändå antas vara en grund för en väl fungerande allians mellan den som är satt att hjälpa och den hjälpsökande (Elliot et al. , 2011; Lundh, 2019; Kåver, 2011; Miller & Rollnick, 2013).

För att bli bättre på att bland annat förmedla empati får hälso- och sjukvårdspersonal i vissa fall vässa sina kommunikationsfärdigheter genom kurser i hur man kommunicerar på ett bra sätt. En metod som fått stort genomslag i Sverige är samtalsmetodiken motiverande samtal, där en av kvalitetsindikatorerna är förmedlad empati i samtalet. Empati mäts av en person med kodarfunktion utifrån ett vedertaget protokoll när samtal spelats in och skickats till kodningslaboratorium (Miller & Rollnick, 2013). Moore, Rivera, Bravo-Soto, Oliwares och Lawrie (2018) har gjort en systematisk översikt av den forskning som finns avseende kursers påverkan på kommunikationsfärdigheter för personal som arbetar med cancerpatienter. Översikten, som bygger på totalt 17 studier, visade att personal som gått en kommunikationskurs var bättre på att använda öppna frågor och att förmedla empati samtidigt som de inte bara förmedlade fakta. Däremot hittade de inga skillnader, mellan de som gått kurs och de som inte gått kurs, i färdigheterna som bland annat omfattar att locka fram patienters egna funderingar och att sammanfatta. De fann inte heller några skillnader mellan läkare och sjuksköterskor (Moore et al., 2018).

Stress och återhämtning

Stress som begrepp är både fullt förståeligt och väldigt vagt. Många vetenskapliga discipliner har studerat området. Forskningen handlar om allt från individuella biologiska skillnader till vad som vidmakthåller och driver stress på samhällsnivå. Vanligtvis talas det om stressorer (något som sätter i gång en stressreaktion, ett stimuli eller en situation) och stressresponser som kan handla om inre skeenden som tankar, känslor och fysiologiska reaktioner eller yttre observerbara beteenden. En stressrespons kan också utgöra en stressor vilket gör att en ond cirkel kan utvecklas där stressorn leder till en stressrespons som senare kan utmynna i ohälsosamma effekter, så kallade stressymtom. Det existerar hypoteser om att kortvariga intensiva stresspåslag som följs av kraftig nedvarvning som en fysiologiskt naturlig följd inte alls är lika skadliga som långvarig måttlig stress. Måttlig stress får inte på samma sätt som högintensiv stress en återhämtningsskjuts av kroppens fysiologi i och med att kroppens fysiologiska nedvarvningssystem inte alls triggas på samma sätt vid måttligt som vid intensivt stresspåslag. Stresstimuli kan vara arbetsrelaterade, exempelvis kan stor mängd arbetsuppgifter som förväntas göras med hög kvalitet på kort tid under samtidiga organisationsförändringar, konflikter med arbetskamrater, perfektionistiska arbetssätt eller en bullrig arbetsmiljö utgöra stresstimuli. Samtidigt kan stresstimuli innehålla relationella och mer personliga faktorer som konflikter med familjemedlemmar, sjukdom i familjen, naturliga livshändelser och yttre opåverkbara händelser (Almén, 2017). Stressresponser utgörs av både beteenden, där det mest klassiska är den tidigt beskrivna bråttomsjukan/Typ-A-beteendet, med hetsigt humör och ständigt ”tävlade” som de mest påtagliga beteendena, även det mer passiva typ-D-beteendet har beskrivits som en stressrespons (Währborg, 2002), liksom känslor som otillräcklighet, ledsamhet, likgiltighet, dysfunktionella, ofta negativa, tankar och ett antal fysiologiska reaktioner (Almén, 2017; Währborg, 2002). Karasek och Theorell (Währborg, 2002) beskrev stressbelastning på individen som ett resultat av de krav som ställs i arbetet, upplevt beslutsutrymme eller kontroll och förekomsten av stöd som ges i arbetslivet. Kraven kan enligt denna modell balanseras upp av ökat beslutsutrymme så att ohälsosam belastning inte uppstår. Ohälsosam belastning kan orsakas av såväl alltför låga krav som alltför litet beslutsutrymme. Om ändamålsenligt stöd finns ökar individens buffert mot ohälsosam belastning vilket innebär att personen kan klara av

högre belastning. Det ideala läget enligt denna modell är att ha balans mellan krav och kontroll och stöd (Währborg, 2002). Vid långvarig stress finns risk för ökning av interpersonellt negativt laddade känslor som exempelvis likgiltighet, aversion och cynism samtidigt som minimerat intresse för kontakt med hjälpsökare leder till korthuggen kommunikation och ökat uttryck för irritation (Almén, 2017; Aronson et al 2018; Währborg, 2002). Långvarig stress med bristande återhämtning riskerar också att leda till utmattningssyndrom, en diagnos som tidigare benämns som utbrändhet eller burnout (Socialstyrelsen, 2003). En studie vars syfte var att undersöka hur grubblande och återhämtning samvarierade med stress, utmattning, depression och hälsa hos intensivvårdspersonal visade att personalens stress hade signifikant samband med emotionell utmattning och frånvaro av engagemang. Dessutom visade studien att stressorer i detta sammanhang kunde predicera depression vilket är en behandlingsbar psykisk sjukdom (Vandevala et al., 2017).

Shirom, Westman, Shamai och Carel (1997) undersökte om psykologisk överbelastning, mätt med självskattning, hade samband med fysiologiska förändringar som försöksdeltagarnas blodfettsnivåer och fann samband mellan förhöjda blodfettsnivåer och hög självskattad stress i formuläret *Shirom Melamed Burnout Questionnaire* (SMBQ). Frågeformuläret SMBQ bygger på teorin om stressbelastning i arbetet och upplevd kontroll enligt den modell som utformats av Karasek och Theorell. Vid jämförelse med ett annat stressformulär utarbetat av Maslach visade sig SMBQ vara överlägset när det gällde att ge en bild över den psykologiska överbelastning som sker vid utmattning (Shirom & Melamed, 2006). Persson, Österberg, Viborg, Jönsson och Tenenbaum (2017) undersökte om det fanns skillnader mellan SMBQ och ett annat ofta använt instrument för att mäta utmattning i Sverige: Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS) och fann att de två instrumenten var likvärdiga. SMBQ mäter stressbelastning inom fyra dimensioner; känslomässig och fysisk trötthet, håglöshet, spändhet och mental trötthet (Shirom, Westman, Shamai & Carel, 1997). KEDS är ett självskattningsformulär med nio påståenden kopplade till symtom på långvarig stress (till exempel sömnproblem, trötthet, ljud-ljuskänslighet) där svar anges på en sjugradig likertskala (från 0-6) och där högre poäng indikerar högre symtombelastning. En gräns har angetts vid 19 poäng där högre poäng tyder på ökad risk att utveckla utmattningssyndrom (Persson et al., 2017).

Största delen av den forskning som genomförts på stress har fokuserat på stressens orsaksfaktorer medan det fram tills för några år sedan nästan inte fanns studier avseende återhämtningens betydelse. Fokus har ofta varit att hitta balans mellan arbete och fritid för att optimera återhämtning. Numera hävdar flera forskare att det i själva verket borde handla om att få till en balans mellan anspänning/ansträngning å ena sidan och avslappning/återhämtning å andra sidan oavsett om det handlar om arbete eller fritid (Almén, 2017; Almén, Lisspers, Öst & Sundin, 2019). Almén, Lisspers, Öst och Sundin (2019) har testat ett stresshanteringsprogram byggt på kognitiv beteendeterapi; "balance in everyday life" som inkluderar återhämtningsstrategier där resultatet indikerar att deltagande i programmet reducerar stress och förbättrar återhämtning även om författarna ser behov av ytterligare studier i frågan. För att mäta återhämtning användes skalan Recovery Experience Questionnaire (REQ) i svensk version som är den enda återhämtningsskala som återfinns i dagsläget. Skalan är av typen självskattningsskala och mäter fyra dimensioner av återhämtning på fritiden: kontroll, bemästrande, mental distansering och avslappning (Almén, Lundberg, Sundin & Jansson, 2018). Även en kort intervention byggd på "balance in everyday life" har testats i en single-subjects experimentell design med tre deltagare som följts över en tidsperiod om fem år. Syftet var att se om en individuellt beteendeorienterad kortvarig intervention kunde styrka anställda med hög självskattad stress i att öka sina återhämtningsbeteenden och om de, som ett resultat av detta, reducerade sina självskattade stressymtom. Två av tre deltagare i studien fick positiva resultat vilket indikerar att mer omfattande studier på detta område är meningsfullt att genomföra och att korta individuella interventioner som denna sannolikt kan reducera stressymtom (Almén, Lisspers & Öst, 2020).

Samband mellan stress och empatiskt bemötande

Ökad belastning i den professionella hjälparens yrkesliv och liv i övrigt kan påverka hur kontakten med den hjälpsökande blir (Almén, 2017; Kåver, 2011). En relativt nylig genomförd systematisk översikt av sambandet mellan utmattning och empati hos hälso- och sjukvårdspersonal har genomförts i Norge. Studierna som inkluderades innehöll undersökningar av främst sjuksköterskor och läkare. I kraven för att ingå i översikten ingick att Maslachs burnoutskala och Davis IRI använts och totalt ingick 10 studier. I

översikten ville författarna få svar på om det fanns en korrelation mellan empati och utmattning, hur denna i så fall såg ut och i hur hög grad det kunde anses tillförlitligt att dra slutsatser utifrån studiernas resultat. De viktigaste fynden får sägas vara att det fortsatt inte finns tillräckligt med kunskaper för att kunna dra enhälliga slutsatser av studierna. En negativ korrelation mellan utmattning och empati fanns i åtta av den tio studierna vilket innebär att självskattad empati minskade när självskattade symtom på utmattning ökade (Wilkinson, Whittington, Perry & Eames, 2017).

Ett av symtomen vid utmattningssyndrom är ökad grad av cynism och depersonalisering. Interventioner med syfte att minska eskalerande stressymtom som riskerar utvecklas till utmattningssyndrom och därmed öka personalens empatiska förmåga har därför föranlett ökat intresse på senare år (Eriksson, Germundsjö, Åström & Rönnlund, 2018; Janssen, Heerkens, Kuijer, van der Heijden & Engels, 2018; Lamothe, McDuff, Pastore, Duval & Sultan, 2018). Mindfulnessprogram med eller utan inslag av kognitiv beteendeterapi har av dessa skäl testats i ett antal studier som genomförts på friska anställda i förebyggande syfte och en systematisk översikt av dessa har genomförts av Janssen et al. (2018). Den systematiska översikten bygger på 24 artiklar och 23 studier där det huvudsakliga innehållet var byggt på Kabat-Zinns mindfulnessbaserade stressreduktionsprogram, i några fall med kompletterande interventioner från kognitiv beteendeterapi. Sammantaget visade den systematiska översikten att mindfulnessprogrammen är effektiva för exempelvis stressreduktion, minskad förekomst av utmattningssymtom, särskilt cynism och minskad empati, ökad självmedkänsla, minskad psykologisk stress, ökad avslappning och minskad ångest (Janssen et al., 2018). Lamothe, et al. (2018) genomförde parallella studier på psykologstudenter och sjukvårdspersonal med avsikten att undersöka om empatiska färdigheter och känslomässig kompetens ökade genom deltagande i ett mindfulnessbaserat stresshanteringsprogram. Resultaten visade att färdigheter som att lyfta blicken och få perspektiv ökade medan den känslomässiga kompetensen och självskattad empati i Davis IRI inte ökade som ett resultat av studien. Sjukvårdspersonalen arbetade med svårt sjuka barn vilket gjorde att författarna diskuterade att den uteblivna ökningen av känslomässig och empatisk kompetens kunde bero på att utgångsläget var högt från början. De största effekterna sågs i mätningar av mindfulness vilket inte var så konstigt eftersom mindfulness var det som studiens deltagare övade på (Lamothe et al., 2018).

Under senare år har begreppet compassion lyfts. Det närmsta ordet på svenska är medkänsla. Färdigheter att både kunna visa sig själv och andra medkänsla antas förebygga stress och göra oss mer förstående gentemot andra människor. Det finns olika teorier kring likheter och skillnader mellan empati och medkänsla, det som oftast lyfts upp är dock att medkänsla påverkar andra områden i hjärnan och att medkänsla eller compassion även innefattar en förståelse för sina egna reaktionsmönster och ett närmande, en proaktivitet, till de reaktioner som kan uppkomma efter observation av egna eller andras känslouttryck, medan empati enligt dessa teorier stannar vid att känna in den andre och på så sätt kan bli ansträngande för hjälparen (Andersson & Viotti, 2013; Eriksson et al, 2018). Vissa författare lyfter att en förutsättning för att kunna visa äkta empati är att medkänsla finns. (Andersson & Viotti, 2013). Förutsättningar för både empati och medkänsla byggs under mentaliseringsprocessen som inleds i barndomen (Havnesköld & Risholm Mohtander, 2009).

Eriksson et al. (2018) lät 40 psykologer testa ett webbaserat mindfulness- och self-compassionprogram och mätte ett antal parametrar, bland annat stress- och utmattningsreaktioner och om det skedde någon ökning i mindfulness- och self-compassion (självmekänsla)-färdigheter. Stress mättes med SMBQ och effekter sågs framförallt i den kognitiva och den känslomässiga delskalan. Färdigheterna i self-compassion ökade mest. Sammantaget konkluderades att fler studier behövs för att utforska vilka delar av self-compassion och mindfulness som är mest effektiva för att öka den egna medvetenheten och hanterandet av egna reaktioner (Eriksson et al., 2018).

Syfte och hypoteser

Utifrån ovanstående kunskapsöversikt utkristalliserar sig flera områden att intressera sig för som har med kvaliteten i det professionella bemötandet att göra. I den här studien fokuserades det på personal inom vård och tandvård och deras perspektiv på hur empatiska de skattar sig själva och om faktorer som stress och återhämtning kan ha samband med den egna uppfattningen om ens empatiska färdigheter. Till den här studien har därmed personer som antingen redan arbetar inom vården som undersköterskor eller motsvarande, sjuksköterskor under vidareutbildning till specialistsjuksköterskor eller redan färdigutbildade sjuksköterskor och

specialistsjuksköterskor samt blivande tandhygienister rekryterats. Det har gett möjlighet att utforska om det finns olikheter beroende på utbildningsinriktningen och utbildningsnivån. För att bli undersköterska i dag behöver en person genomföra en treårig gymnasieutbildning eller motsvarande och dessutom få anställning i ett jobb med titeln undersköterska. Sjuksköterskeutbildningen och tandhygienistprogrammet är bägge treåriga utbildningar om 180 högskolepoäng som ger studenten både yrkesexamen med legitimation och en kandidatexamen inom respektive huvudämne, vårdvetenskap eller oral hälsa. Sjuksköterskeutbildningen har i dag upplägget att den kan byggas på med en 1-1,5 år lång (60-90 hp) specialistutbildning. För att vara behörig till en specialistutbildning krävs oftast att sjuksköterskan har erfarenhet av minst ett till två års arbete som sjuksköterska efter avslutad grundutbildning. Specialistutbildningen ger både specialistexamen inom ett avgränsat område, exempelvis psykiatri eller intensivvård, och magisterexamen inom huvudämnet vårdvetenskap.

Hypoteser

En hypotes är att mer erfarenhet i människovårdande yrken och högre utbildningsnivå, särskilt från magisternivå och uppåt, positivt korrelerar med högre självskattad empati.

En annan hypotes är att det finns skillnader i självskattad empati beroende på stressnivå på det sättet att högre självskattad stressnivå mätt i SMBQ förekommer samtidigt som låg självskattad empatisk förmåga uttryckt i Davis IRI och låg skattning av bemötande i fallexemplen. Med andra ord att högre skattning av stress medför lägre självskattning av empati och sämre självskattat bemötande i fiktiva fallbeskrivningar.

En tredje hypotes är att personer som har hög grad av återhämtande förmåga enligt självskattning har starkare korrelation med empatisk förmåga uttryckt i Davis IRI (totalt och delskalor) och uttryckt i högre skattningar av bemötande i fallexemplen än de med låg grad av återhämtande förmåga.

En fjärde hypotes är att hög självskattad återhämtning kompenserar för hög självskattad stress så att den självskattade empatin fortsatt uppgår till samma nivå.

En femte hypotes är att bemötandet skattat i falllexemplen påverkas av antalet arbetade år, utbildningsnivån och nivån på den självskattade empatin, stressen och återhämtningen på så sätt att hög självskattad empati ger bättre skattningar på bemötandet och hög stress ger sämre skattningar på bemötandet. Återhämtningen antas påverka skattningen på så sätt att hög självskattad återhämtning kan göra att det självskattade bemötandet på fallen blir högt trots hög självskattad stress.

Metod

Försöksdeltagare

Till studien har försöksdeltagare rekryterats från grundutbildning tandhygienist, specialistsjuksköterskeutbildning och slutligen vårdpersonal med vårdrelaterad utbildning med minst gymnasienivå. Totalt har 40 personer valt att delta i studien genom att besvara en digitalt utformad enkät. Av dessa är det 37 kvinnor och tre män, åldern varierar mellan 19 år och 60 år ($M=39.92$, $SD= 1.94$) och antalet yrkesverksamma år inom människovårdande arbete varierar mellan inga alls och 43 år ($M=16.74$, $SD=2.29$). Utbildningsnivån har efterfrågats i bakgrundsfrågorna och har besvarats av 39 personer. Denna har varierat mellan utbildning upp till gymnasienivå (5 personer), upp till och med kandidatexamensnivå (25 personer, 62.5 procent) och minst magisterexamen upp till doktorsexamen (9 personer, 22.5 procent). Bland försöksdeltagarna har 22 personer uppgett att de i nuläget går specialistsjuksköterskeutbildning, nio personer går tandhygienistutbildning och nio stycken har valt att inte uppge och tillhör därmed en övrig grupp där yrkesverksamma personer med olik utbildningsnivå som i nuläget inte går utbildning återfinns.

Etik

Försöksdeltagarna har informerats om studiens forskningsområde, att enskilda deltagare har varit omöjliga att identifiera och att deltagandet därmed varit konfidentiellt samt att deltagandet godkänts av försöksdeltagaren när vederbörande besvarat frågeformuläret i tjänsten ”Google Formulär”. Försöksdeltagarna har också

informerats om möjligheten att avbryta deltagandet genom att avbryta besvarandet och inte skicka in sina svar på formuläret.

Under studiens gång har Covid-19- pandemin förorsakat att presumtiva försöksdeltagare i många fall fått ändrade arbets- och studieförhållanden. Då det blev uppenbart för kandidaten att förfrågan om deltagande i studien kunde medföra ökad press på försöksdeltagarna har påminnelser endast gjorts till utbildningsansvariga som ansvarade för sjuksköterske- och tandhygienistutbildningarna. Upprepade påminnelser om att besvara enkäten undvikits.

Instrument

I början av det digitala frågeformuläret har bakgrundsfrågor ställts om kön, ålder, hur många år försöksdeltagaren varit verksam inom vård, skola, omsorg och uppnådd utbildningsnivå hittills. Även en fråga om vilken utbildning försöksdeltagaren studerar vid i nuläget har ställts.

I studien har dessutom följande mätinstrument använts:

- Davis Interpersonal Reactivity Index (Davis IRI): Formuläret har mätt självskattad empati med 28 frågor både totalt och inom fyra dimensioner av empati; perspektivtagande, empatisk omsorg, personlig oro (=engelska: concern) och fantasi (Davis, 1983). Översatt till svenska av Cliffordsson (2001). Försöksdeltagarna har tagit ställning till påståenden som exempelvis ”Jag skulle beskriva mig själv som en ganska godhjärtad person” och sedan skattat på skala från 1= Stämmer inte alls till 5=Stämmer mycket väl. Totalt nio frågor skattningar har reverserats innan fortsatt analys (frågorna 3,4,7,12,13,14,15,18 och 19).
- Shirom - Melamed - Burnout - Questionnaire (SMBQ): Formuläret har mätt självskattad stress både totalt och inom fyra dimensioner: känslomässig/fysisk trötthet, håglöshet, spändhet och mental trötthet (Shirom, Westman, Shamai & Carel, 1997). Försöksdeltagarna har tagit ställning till påståenden som exempelvis ”Jag har svårt att koncentrera mig” och sedan självskattat sig på

skala från 1=Nästan aldrig till 7= Nästan alltid. Totalt fem frågors skattningar har reverserats innan fortsatt analys (frågorna 2,5,7,11 och 14).

- Recovery Experience Questionnaire (REQ). Formuläret har mätt återhämtning på fritiden både totalt och inom fyra dimensioner: kontroll över fritiden (fyra items), bemästrande (fyra items), mental distansering (fyra items) och avslappning, fyra items varav ett item, fråga 14, anses överflödig efter validitetstestning enligt Almén, Lundberg, Sundin och Jansson, 2018. Fråga 14 utesluts därför i beräkningarna enligt deras rekommendation (Almén et. al., 2018). Försöksdeltagarna har i REQ tagit ställning till påståenden som ”På fritiden efter arbetet eller studierna tar jag det lugnt och slappnar av” och sedan gjort självskattning på skala från 1 till 5. Inga frågor har reverserats.
- Åtta stycken egenhändigt formulerade fall som har utvecklats som ett försök att mäta försöksdeltagarens tankar om bemötande i olika situationer. Fallen har utvecklats som ett försök att exemplifiera situationer där tvetydigheter i tankar och attityder i tänkta yrkesrelaterade situationer för tandhygienister och sjuksköterskor kan uppstå. Försöksdeltagaren har uppmanats att skatta sina tankar mellan 1 och 5 vid varje fall. Skattningarna närmare talet ett representerar tankar som symboliskt kan representera en attityd som kan tänkas medföra ett mycket cyniskt eller elakt bemötande av personen som beskrivs i fallet medan skattningar närmare talet fem symboliskt kan representera tankar kring en attityd som kan tänkas medföra ett mer empatiskt inkännande bemötande av personen som beskrivs i fallet. Samtliga fall finns med i bilaga 1, ett exempel är: ”Greta, 83 år, är dement och har uppenbart ont i munnen. Hon får en tid hos tandläkaren. Väl där vägrar hon att öppna munnen. Vilka tankar liknar mest de tankar du får?” Försöksdeltagaren får sedan skatta ett heltal mellan 1 och 5 som representerar varsin ytterlighet (1=Greta är alldeles omöjlig. Nu blir jag riktigt arg, och 5=Greta är rädd och förstår inte vad som händer. Jag behöver göra henne trygg).
- Tre stycken ytterligare formulerade fall kopplade till Covid-19-pandemin, där försöksdeltagaren också skattar sina tankar mellan 1 och 5. Dessa frågor är något annorlunda till sin karaktär än de åtta första. Ett av fallen är ett mer etiskt ställningstagande där frågan handlar om *hur enkelt det är att fatta beslut* om vem av två allvarligt sjuka personer som ska prioriteras till respiratorbehandling.

Ett andra coronarelaterat fall handlar om att en psykolog plötsligt behövs som provtagare för coronavirustest och hur den som svarar tänker kring att göra en patientnära uppgift som vanligtvis inte ingår i ens arbetsuppgifter.

Svarsalternativen anger ett kontinuum mellan självklarheten att ställa upp med vad som behövs (=provtagare) vilket skattas till fem och ett som kan betyda två saker: antingen en rädsla för att själv bli smittad eller en självbevarelsedrift.

Bägge delar kan ändå ses i ljuset av en individuell önskan att hålla sig frisk. Den sista frågan handlar om att dilemma att antingen följa rekommendationer för att ta något slags hänsyn till hela befolkningen (undvika resa) eller att göra något roligt för sin egen skull, alternativt vara sina släktingar till lags genom att resa på ett bröllop. Syftet med dessa tre frågor var att huvudsakligen göra enkäten mer relevant att svara på mitt i pandemin och har endast delgetts de försöksdeltagare som tillkom efter pandemiutbrottet (bilaga 1).

Samtliga instrument har satts samman till ett enda digitalt frågeformulär i tjänsten "Google Formulär" på webben för att göra det enkelt att besvara för försöksdeltagaren. Reliabilitetstester av formulären har också genomförts inom ramen för denna studien. Davis IRI, SMBQ och REQ visar god reliabilitet enligt Cronbachs alpha . Davis IRI med 28 frågor har $\alpha=.70$, SMBQ med 22 frågor har $\alpha=.97$ och REQ med 16 frågor har $\alpha=.94$. Cronbachs alpha visade ett lågt värde för de åtta ursprungliga fiktiva fallbeskrivningarna om vi väljer att se dessa som ett samlat formulär, $\alpha=.24$. De tre extra frågorna knutna till corona valdes bort i reliabilitetsanalysen.

Procedur

Försöksdeltagarna har fått besvara ett digitalt utformat frågeformulär. De som samtidigt varit studenter har fått ta del av länk till frågeformuläret via sin utbildningsansvarig vid respektive institution. Strax efter studiens start har det stått klart att rekryteringsproblem fanns, i hög grad i anslutning till Covid-19 pandemin. Det har medfört att ett par alternativa rekryteringsvägar använts. Dels har möjligheten att skicka meddelanden individuellt till deltagare i Facebookgruppen "Psykiatrijuksköterska och stolt!" på Facebook nyttjats, dels har personliga kontakter med yrkesverksam

vårdpersonal använts för att sprida länken formuläret för att uppnå ett antal deltagare som möjliggjorde genomförande av studien.

Statistisk analys

Studien har genomförts som en enkätstudie med kombinerad inom - och mellangrupsdesign. Statistisk analys har genomförts med SPSS Statistics version 26. Frekvenser och beskrivande statistik har beräknats i programmet. De formulär som använts i studien har reliabilitetstestats med Cronbachs alpha. Statistiska samband har undersökts med hjälp av Pearsons korrelationsanalys där styrkan i korrelationerna utgår från nivåerna; $r = .20$ = svaga samband, $r = .30$ = moderata samband och $r = .50$ = starka samband (Aron, Coups & Aron, 2013). Oberoende variabler har varit ålder, antal yrkesverksamma år i vård, skola, omsorg hittills, vilken typ av utbildning försöksdeltagaren har eller studerar på och försöksdeltagarens utbildningsnivå. Samband gentemot formulären, Davis IRI, SMBQ, REQ och skattning av fallen som beroendevariabler har genomförts. Även interkorrelationsanalyser mellan formulären Davis IRI, SMBQ och REQ har genomförts. För att undersöka skillnader mellan grupper har envägsvariensanalyser genomförts med hjälp av ANOVA. Gruppvariabler som undersökts har varit utbildningsnivå och utbildningstyp (som i analyser varit oberoende variabler). De beroendevariabler som sedan undersökts har varit skattningar i formulären avseende empati (Davis IRI), stress (SMBQ), återhämtning (REQ) och skattningar i de fiktiva fallbeskrivningarna.

Resultat

Svarsfrekvensernas antal varierade mellan 38-40 svar av 40 möjliga på de frågor som gått ut till samtliga deltagare i studien. De extra frågor som angavs som Coronarelaterade har besvarats av samtliga sju som valde att besvara enkäten efter att dessa lades till. Svaren på formulären är i stort sett normalfördelade. För totalpoängen i formulären så var medelvärdet för Davis IRI Total = 3.32, $SD=0.33$ (möjligt medelvärde från 1-5 där medelvärde =1 = minsta självskattade empati och medelvärde=5 = högsta självskattade empati), SMBQ Total = 3.68, $SD=1.32$ (möjligt medelvärde från 1-7 där 1= lägst nivå självskattad stress och 7= högst nivå självskattad

stress) och REQ Total=3.09, $SD=0.90$ (möjligt medelvärde från 1-5 där 1= minst självskattad återhämtning och 5= mest självskattad återhämtning). I tabell 1 visas svarsfrekvenser, medelvärden, medianvärden och standardavvikelser både för totalpoäng i formulären och för delskalorna.

Tabell 1: Frekvenser, medelvärden, standardavvikelser och medianer

Variabel (min – max om relevant)	<i>M</i>	<i>SD</i>	Median	Range (min-max)	Antal svar (N)
Ålder (år)	39.9	12.3	39.0	41 (19-60)	40
Antal år inom vård, skola, omsorg	16.7	13.4	13.0	43 (0-43)	34
Davis IRI total (1-5)	3.32	0.33	3.29	1.46 (2.39-3.86)	38
Davis IRI Fantasi (1-5)	3.06	0.65	3.14	2.86 (1.57-4.43)	40
Davis IRI Perspektiv (1-5)	3.62	0.49	3.57	2.43 (2.14 – 4.57)	40
Davis IRI Empatisk omsorg (1-5)	4.11	0.41	4.14	2.14 (2.86-5.00)	38
Davis IRI Personlig oro (1-5)	2.43	0.69	2.50	2.71(1.29-4.00)	40
SMBQ total (1-7)	3.68	1.32	3.59	5.18 (1.41-6.59)	40
SMBQ Känslomässig och fysisk trötthet (1-7)	3.75	1.44	3.44	5.50 (1.38-6.88)	40
SMBQ Håglöshet (1-7)	3.99	1.19	4.00	4.50 (1.75-6.25)	40
SMBQ Spänd (1-7)	3.72	1.39	3.88	4.75 (1.50-6.25)	40
SMBQ Mental trötthet (1-7)	3.37	1.63	3.08	6.00 (1.00-7.00)	40
REQ Total (1-5)	3.09	0.90	2.93	3.20 (1.60-4.80)	39
REQ Kontroll (1-5)	3.34	1.16	3.63	3.75 (1.25-5.00)	40
REQ Bemästrande (1-5)	2.90	0.93	2.75	3.75 (1.25-5.00)	39
REQ Mental distans (1-5)	2.84	1.07	2.50	4.00 (1.00-5.00)	40
REQ Avslappning (1-5)	3.38	1.04	3.67	3.67 (1.33-5.00)	40
Fall 1: Snus och tandhygien (1-5)	4.05	0.90	4.00	3.00 (2.00-5.00)	40
Fall 2: Vän vill ha råd på din lediga dag (1-5)	4.43	0.64	4.50	2.00 (3.00-5.00)	40
Fall 3: Påverkad man på mottagningen (1-5)	4.08	0.83	4.00	3.00 (2.00-5.00)	40
Fall 4: Patient önskar råd i mataffär (1-5)	3.80	1.36	4.00	4.00 (1.00-5.00)	40
Fall 5: Verbalt otrevlig som faller ihop (1-5)	4.45	0.85	5.00	3.00 (2.00-5.00)	40
Fall 6: Dement kvinna vägrar öppna munnen (1-5)	4.70	0.56	5.00	2.00 (3.00-5.00)	40
Fall 7: Ångestfylld tjej i väntrummet (1-5)	4.50	0.72	5.00	2.00 (3.00-5.00)	40
Fall 8: Patienten tror inte på min undervisning (1-5)	3.93	0.76	4.00	3.00 (2.00-5.00)	40
Fall 9: Corona om respiratorvård (1-5)	4.71	0.49	5.00	1.00 (4.00-5.00)	7
Fall 10: Corona om ”påtvungade” provtagningsuppgifter (1-5)	3.43	1.27	3.00	3.00 (3.00-5.00)	7
Fall 11: Corona om att resa till ett bröllop(1-5)	4.14	1.46	5.00	4.00 (1.00-5.00)	7

Not: Fall 1-11 återfinns i sin helhet i bilaga 1

Fallbeskrivningarna har varit ett försök att mäta bemötande (fallbeskrivningar nummer 1-8). Dessa har besvarats av samtliga 40 deltagare. Svaren har förskjutit

normalfördelning mot bättre bemötande, det vill säga åt höger, vilket har setts genom att medelvärdet ligger på den övre delen av skalan mellan ett och fem, medianen för tre av åtta fall är 5.00 (max), för fyra av åtta fall 4.00 och för ett av åtta fall 4.50 (se även tabell 1).

Korrelationer mellan självskattad empati, yrkesverksamma år, ålder, typ av utbildning som valts och utbildningsnivå

Yrkesverksamma år inom vård, skola eller omsorg korrelerade signifikant negativt med empati i Davis IRI total ($r = -.40, p < .05$). Ålder korrelerade också signifikant negativt med empati mätt i Davis IRI total ($r = -.35, p < .05$). Utbildningsnivå och empati har ingen signifikant korrelation (Davis IRI total: $r = -.18, p = .27$). Utbildningstyp korrelerade inte heller signifikant med självskattad empati i Davis IRI total ($r = .17, p = .32$). Se även tabell 2.

Tabell 2: Interkorrelationer mellan ålder, yrkesverksamma år, utbildningsnivå, utbildningstyp och totalpoäng på formulären Davis IRI, SMBQ och REQ (N= 38-40)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ålder	1						
2. Antal års yrkeserfarenhet	.86**	1					
3. Utbildningsnivå	.27	.27	1				
4. Utbildningstyp	-.97	-.51	-.18	1			
5. Davis IRI total	-.35*	-.40	-.18	.17	1		
6. SMBQ total	-.45**	-.36	-.38*	.21	.26	1	
7. REQ Total	.26	.17	.18	-.11	.20	-.50**	1

Not: *= $p < .05$, **= $p < .01$

Korrelationer mellan självskattad stress och återhämtning samt yrkesverksamma år, ålder, typ av utbildning som valts och utbildningsnivå

Antalet yrkesverksamma år korrelerade signifikant negativt med stress skattad i SMBQ total ($r = -.36, p < .05$) medan yrkesverksamma år och återhämtning mätt i REQ

total inte visade sig ha signifikanta samband ($r=.17, p=.35$). Studien visade också signifikant negativ korrelation mellan ålder och självskattad stress, SMBQ total, $r= -.45, p<.05$. Ålder och återhämtning korrelerade däremot inte signifikant med återhämtning i REQ total; Ålder: $r= .26, p=.11$. Avseende utbildningsnivå och stress sågs ett signifikant negativt samband gentemot SMBQ Total ($r= -.38, p<.05$), medan utbildningsnivå och återhämtning inte hade signifikanta samband ($r=.18, p=.29$). Typ av utbildning som man har med sig eller har valt att studera vid i nuläget visade sig inte ha några signifikanta samband med självskattningen i någon av skalorna (Davis IRI Total: $r= .17, p=.32$, SMBQ Total: $r=.21, p=.20$, REQ Total: $r=-.11, p=.52$). Se också tabell 2.

Interkorrelationer mellan empati, stress och återhämtning

Korrelationer mellan svar på formulären som mäter empati (Davis IRI), stress (SMBQ) och återhämtning (REQ) visade några samband. Dels negativa samband mellan stress å ena sidan, mätt i SMBQ total och dess delskalor, dels återhämtning, mätt i REQ total och dess delskalor å andra sidan, där flera korrelationer visade sig vara signifikanta. Exempelvis sågs korrelationer enligt följande: SMBQ total korrelerade både med REQ total ($r= -.50, p<.01$), REQ bemästrande ($r= -.61, p<.05$) och REQ mental distansering ($r= -.54, p<.01$). SMBQ känslomässig och fysisk trötthet med REQ total ($r= -.40, p<.01$), REQ bemästrande ($r=-.51, p<.01$) och REQ mental distansering ($r= -.47, p<.01$). SMBQ håglöshet korrelerade med REQ bemästrande ($r=-.61, p<.05$) och REQ mental distansering ($r=-.45, p<.01$). Korrelationer mellan empati, mätt i Davis IRI total och dess delskalor, å ena sidan och stress, mätt i SMBQ total och dess delskalor, visade å andra sidan inte några signifikanta samband. Exempelvis korrelationen mellan SMBQ total och Davis IRI total ($r=.26, p=.12$) och mellan Davis IRI total och REQ total som inte heller hade signifikanta resultat; ($r=.20, p=.25$) och mellan Davis IRI perspektiv och REQ avslappning: ($r=.29, p=.07$). Se också tabell 3.

Tabell 3: Interkorrelationer mellan Davis IRI, SMBQ och REQ (N= 38-40)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Davis IRI total	1														
2. Davis Fantasi	.66**	1													
3. Davis Perspektiv	.55**	.20	1												
4. Davis Empatisk omsorg	.55**	.16	.34	1											
5. Davis Personlig oro	.61**	.20	-.03	.07	1										
6. SMBQ total	.26	.15	.09	.17	.24	1									
7. SMBQ Känslomässig/ Fysisk trötthet	.24	.22	.05	.17	.18	.96**	1								
8. SMBQ Häglöshet	.19	.03	.18	.15	.12	.82**	.80**	1							
9. SMBQ Spänd	.32	.13	.20	.19	.26	.90**	.81**	.66**	1						
10. SMBQ Mental trötthet	.174	.10	.01	.13	.30	.93**	.83**	.63**	.84**	1					
11. REQ Total	.20	.19	.26	.01	-.07	-.50**	-.40**	-.48**	-.48**	-.51**	1				
12. REQ Kontroll över fritiden	.31	.21	.25	.15	.06	-.29	-.22	-.34*	-.29	-.27	.88**	1			
13. REQ Bemästrande	.78	.23	.13	-.12	-.15	-.61*	-.51**	-.62**	-.55**	-.59**	.85**	.67**	1		
14. REQ Mental distansering	.54	.04	.20	.10	-.09	-.54**	-.47**	-.45**	-.51**	-.54**	.85**	.58**	.67**	1	
15. REQ Avslappning	.15	-.05	.29	.11	-.08	-.28	-.17	-.21	-.33*	-.34*	.81**	.68**	.53**	.59**	1

Not: *= $p < .05$, **= $p < .01$

Jämförelser mellan olika grupper

För att jämföra grupperna tandhygienister och sjuksköterskor samt grupper med olika utbildningsnivåer genomfördes envägs variansanalyser, ANOVA, avseende skattningar av totalpoäng i empati, stress-, och återhämtningsskalorna samt skattningarna i fallbeskrivningarna. Som oberoende variabler har utbildningstyp och utbildningsnivå använts och beroendevariabler har i dessa fall varit självskattningar i

Davis IRI total, SMBQ total och REQ total. Inga signifikanta skillnader påträffades mellan utbildningstyp och skattningar i formulären: Utbildningstyp och Davis IRI total: $F(4.12) = .11$, $p = .74$; utbildningstyp och SMBQ total: $F(4.09) = .11$, $p = .74$; utbildningstyp och REQ total: $F(4.09) = .01$, $p = .93$. Inga signifikanta skillnader hittades mellan utbildningsnivån och skattning i formulären: Utbildningsnivå och Davis IRI total: $F(2.64) = .47$, $p = .71$; utbildningsnivå och SMBQ total: $F(2.64) = 2.77$, $p = .06$; utbildningsnivå och REQ total: $F(2.64) = .89$, $p = .46$. Envägs variansanalys, ANOVA, genomfördes även för de två grupperna utbildningstyp och utbildningsnivå som oberoendevariabel med skattningar av bemötandet i fallbeskrivningarna som beroendevariabel. Inte heller här sågs signifikanta skillnader mellan grupperna. Se tabell 4 och 5.

Tabell 4: ANOVA skattningar av fallen utifrån utbildningstyperna "sjuksköterska" (N=22) och "student på tandhygienistprogrammet" (N=9)

Fall	<i>F</i> (4.09)*	<i>p</i>
Fall 1: Snus och tandhygien	0.36	.55
Fall 2: Vän vill ha råd på din lediga dag	0.48	.49
Fall 3: Påverkad man på mottagningen	5.04	.03
Fall 4: Patient önskar råd i mataffär	0.05	.83
Fall 5: Verbalt otrevlig som faller ihop	0.22	.64
Fall 6: Dement kvinna vägrar öppna munnen	0.22	.64
Fall 7: Ängestfylld tjej i väntrummet	3.66	.06
Fall 8: Patienten tror inte på min undervisning	0.43	.52

Not: **F*-distribution vid $p < .05$

Tabell 5: ANOVA skattningar av fallen utifrån utbildningsnivåerna: Upp till gymnasienivå (N=5), minst kandidatexamensnivå (N= 25), minst magisterexamen och högre akademisk examen (N=9).

Fall	<i>F</i> (4.40)*	<i>p</i>
Fall 1: Snus och tandhygien	0.89	.46
Fall 2: Vän vill ha råd på din lediga dag	1.96	.14
Fall 3: Påverkad man på mottagningen	0.47	.70
Fall 4: Patient önskar råd i mataffär	1.20	.32
Fall 5: Verbalt otrevlig som faller ihop	0.16	.92
Fall 6: Dement kvinna vägrar öppna munnen	1.29	.29
Fall 7: Ängestfylld tjej i väntrummet	0.17	.92
Fall 8: Patienten tror inte på min undervisning	1.06	.38

Not: **F*-distribution vid $p < .05$

Extra Covid-19/Corona-relaterade frågor

Enkäten har under studiens gång kompletterats med ytterligare tre covid-19/coronarelaterade fall som besvarats av sju personer. Dessa fall återges med frekvenser och medelvärden i tabell 1. På grund av att dessa var annorlunda till sin natur och endast besvarats av sju personer är de uteslutna i korrelations- och variansanalyserna. Medelvärden och standardavvikelser avseende dessa tre extrafall återges i tabell 1 och de återges i sin helhet i bilaga 1.

Diskussion

Holm (2002) har tidigt konstaterat att empati är en självklar del av ett professionellt förhållningssätt för alla som arbetar inom människovårdande yrken och att det inte räcker att vara god eller snäll för att göra ett bra jobb (Holm, 1987,2002). Senare har det också framkommit att förekomst av medkänsla både för sig själv och andra är nödvändigt för att vara empatisk i sitt jobb (Andersson & Viotti, 2013). I föreliggande studie har både ålder och antal yrkesverksamma år visats korrelera negativt med empati vilket i praktiken kan tänkas betyda att yngre personer med färre arbetade år i yrken med personlig kontakt med andra människor skattar sin empati högre än personer med fler arbetade år och högre ålder. Styrkan i sambanden är moderat (gränsen går vid $r=.30$). En möjlig förklaring skulle kunna vara att personer som jobbat länge har hög ackumulerad stress och kanske börjat utveckla utmattningssymtom vilket ofta ger ökad cynism vilket kan ses som en motsats till empati. Detta har dock förkastats av studiens resultat som visar att yngre personer och personer med färre års yrkesverksamhet skattat sig som mer stressade än äldre och personer med mer yrkeserfarenhet. En annan förklaring kanske kan handla om att personer med högre ålder och ökad erfarenhet har reflekterat mera över sitt eget handlande och bemötande vilket kan ha medfört att de fått syn på egna tillkortakommanden i högre grad och därmed skattat sin empati lägre. Resultatet kanske också hade påverkats om antal personer i gruppen med minst magisterexamen varit flera och mer ekvivalent med antalet personer i de andra grupperna. Avseende utbildningstyp finns inga påvisade samband i denna studie. Det kan innebära att

Rollnick, 2013) och dessutom grunden i det som vi kan välja att kalla medmänskligt bemötande. Alla dessa delar är såklart intressanta att studera. Empatisk förmåga beskrivs dock som en förutsättning för en del andra komponenter som att kunna känna medkänsla (Elliot et al 2011; Lamothe et al, 2018; Andersson & Viotti, 2013). I föreliggande studie återfanns inga som helst samband mellan självskattad empati och självskattad stress. Hur det kan komma sig kan säkert bero på flera saker. Wilkinson et al (2017) visade att självskattning av empati blev lägre med högre förekomst av stressymtom. Andra har också flera gånger om visat att ökning av stressymtom leder till exempelvis ökad grad av cynism och sämre kvalitet i bemötandet (Almén, 2017, Almén et al, 2018, Währborg, 2002). Medelvärdet på SMBQ total i föreliggande studie är = 3.69, en cut-off har föreslagits på runt 3.75 där högre värden, framförallt högre än 4.47 indikerar högre grad av utmattning (kanske till och med utmattningssyndrom) medan värden över 2.75 också indikerar patologiska symtom, om än milda, på lägre grad av utmattning (Shirom & Melamed, 2006). I föreliggande studie var med andra ord medelvärdet i SMBQ på en nivå mellan förekomst av patologiska symtom och möjligt utmattningssyndrom. Ett av skälen till att det inte ser ut att finnas samband mellan föreliggande studiedeltagares stressnivå och empati kan vara att försöksdeltagarnas stress inte var tillräckligt hög sedd ur självskattningsformuläret, ett annat skäl kan ha varit att självskattad empati redan var så hög att den självskattade stressens intensitet i SMBQ inte spelade någon roll. Det sista liknar i så fall det antagande som Lamothe et al. (2018) presenterade efter sin studie av personal som arbetade med cancersjuka barn. I den studien förändrades inte personalens självskattade empati nämnvärt trots att de under studien fick ta del av empatistärkande interventioner. Forskarnas antagande var att försöksdeltagarnas empati redan innan interventionen kan ha varit så hög att interventionen i sig inte påverkade den självskattade empatin (Lamothe et al., 2018). Antagandet i föreliggande studie är i stället att empatin kanske är så hög redan från början att förekomst av samtidig stress på nivåer under möjligt utmattningssyndrom inte har något samband med förändringar i självskattad empati. Ett annat antagande skulle kunna vara att det i samhället generellt föreligger ökande kunskap om värdet av stressreducering och att det förutom motion och fysisk träning blivit vanligt med kurser i mindfulness, yoga och andra självomhändertagande aktiviteter. Dessutom kanske försöksdeltagarna i föreliggande studie hör till den delen av befolkningen som är särskilt ambitiösa i sitt självomhändertagande med tanke på att de valt vårdrelaterade

yrken. Eriksson et al. (2018) visade exempelvis att deltagande i mindfulla self-compassionprogram kunde öka färdigheter i självmedkänsla, medvetenhet och färdigheter i att hantera egna reaktioner. Därmed skulle det kunna vara så att försöksdeltagarna både har hög empatisk förmåga redan från början och dessutom lägger energi på aktiviteter som medvetet eller omedvetet stärker den empatiska förmågan vilket skulle kunna göra att de inte blir så påverkade av hög stress.

Som konstaterades tidigare har heller inga samband mellan återhämtningens betydelse för stresshantering och självskattning av empati kunnat påvisas. Därmed har inga samband heller kunnat påvisas för hypotesen att återhämtning skulle kunna moderera stressens betydelse för självskattningen av empati. Föreliggande studie är dock för liten och innehåller potential till förbättringar framförallt avseende konstruktionen av de fiktiva fallen vilket återges nedan. Det gör att det varken går att dra slutsatsen att återhämtning agerar som en medierande faktor eller inte agerar som en medierande faktor på stress så att självskattad empati inte påverkas, bara att det inte kunnat påvisas i föreliggande studie. Metodologiskt hade det självklart varit till studiens fördel om det hade varit fler försöksdeltagare. I efterhand har också tankar om att i framtida tester även inkludera fler yrkesgrupper och då söka information om hur större diskrepanser i utbildningsnivåer skulle ha kunnat påverka resultatet. Holm (2002) har sett större skillnader avseende både utbildningsnivåer och val av specialisering hos läkare i de undersökningar hon genomfört. I Holms (2002) undersökning angavs magisterexamen som en gräns där skillnader i empatiskt bemötande, som var bättre hos personer med magisterexamen eller högre, sågs. Bernardo et al. (2018) såg vissa skillnader, om än små, mellan olika specialiseringar inom läkaryrket, där inremedicinare uppfattades som mer empatiska av patienterna än övriga specialisterriktningar. Moore et al (2018) såg dock inga skillnader i sin systematiska översikt avseende utbildningsnivå när läkare och sjuksköterskors kommunikationsfärdigheter jämfördes. Sjuksköterskor och läkare hade alltså jämförbara kommunikationsfärdigheter trots olik utbildningsnivå enligt Moore et al (2018). Visserligen framgick det inte i studien av Moore et al (2018) om sjuksköterskorna i studien hade vidareutbildning, det är ändå rimligt att anta att de flesta sjuksköterskor endast har grundutbildning, på grund av att dessa är väsentligt många fler i de flesta länder, och därmed har uppnått maximalt kandidatnivå i sin

utbildning. I föreliggande studie sågs inga skillnader mellan utbildningsnivåer. En förklaring till det kan vara den ojämna fördelningen av utbildningsnivå bland försöksdeltagare. Det skulle också kunna vara så att det i denna studie ingår personer som skattar sig mer empatiska och att urvalet av personer är för lågt för att spegla verkligheten. Ytterligare en möjlig förklaring kan också vara att det i likhet med vad Moore et al (2018) visat faktiskt inte finns så stora skillnader avseende utbildningsnivå.

Metoden har också haft potential att förbättras till kommande studier. Exempelvis är Davis IRI, SMBQ och REQ alla väl utprovade formulär vilket återspeglas i Cronbachs alpha. De höga värdena, över .90, för SMBQ (.97) och REQ (.94) kan möjligen indicera att det finns möjlighet att reducera antal frågor i respektive formulär och ändå mäta samma sak vilket Mårdberg och Carlstedt (2019) gör klart i sin genomgång om vad som är viktigt avseende frågeformulär. I denna studie var inte det ett syfte varför det inte gjorts. Fallbeskrivningarna utvecklades med syftet att göra ett försök att mäta bemötande utan att fråga patienter om deras uppfattning vilket inte varit aktuellt i föreliggande studie. På grund av tidsbrist har ingen pretest och modifiering av de fiktiva fallbeskrivningarna genomförts. De har dock visat sig ha ett Cronbachs alpha om .24 vilket indikerar att mer omfattande förarbete bör läggas på framtida fallbeskrivningar. Idealet är att förfina ett formulär så att detta uppnår ett värde närmare .90, som visar på ett test med bättre reliabilitet.

Förhållandet för att genomföra en studie på kandidatnivå som inkluderat vårdpersonal har inte varit optimala då hela världen drabbades Covid-19/Coronapandemin. Dels har det varit svårare att rekrytera deltagare då dessa kan ha tvingats avbryta sina vidareutbildningar för att arbeta, dessutom ofta mer än vanligt, dels har också andra studier med direkt koppling till pandemin satts i gång under samma tidsperiod. Att då konkurrera med försöksdeltagarnas redan begränsade utrymme att delta i studier som denna har varit en extra utmaning. Det skulle vara intressant att i framtiden vidareutveckla ett formulär med fall eller kritiska situationer inom vård och tandvård som har högre reliabilitet (Cronbachs alpha närmare .90) och sedan genomföra en liknande studie på nytt. Kanske med fler yrkesgrupper involverade Det vore även mycket intressant att testa att exempelvis genomföra en intervention med en grupp professionella hjälpare som får en samtalsmetodikkurs som exempelvis grunderna i motiverande samtal, en annan grupp professionella hjälpare som får en

stresshanteringskurs i mindfulnessbaserad self-compassion, en grupp som får både och samt självklart en kontrollgrupp utan intervention för att både se om det blir skillnader i skattning före och efter interventionen och hur den empatiska autenciteten ser ut (om patienternas, de professionellas och observatörers skattningar samvarierar eller skiljer sig åt).

De mest intressanta resultaten i studien är att inga skillnader setts avseende utbildningsnivåns betydelse för självskattad empati, vilket också kan kännas tryggt för den som är i behov av vård eller tandvård. Studien bekräftar att ökad stress överlag verkar förekomma samtidigt som återhämtande beteenden minskar. Det kan därmed finnas skäl att stödja återhämtande beteenden hos personal inom vård och tandvård för att minimera av symtom på utmattning, som cyniskt bemötande, för att istället säkra att patienter och anhöriga upplever sig bli bemötta på empatiskt och personcentrerat sätt.

Referenser

- Almén, N. (2017). *Stress- och utmattningsproblem: Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder (andra upplagan)*. Lund: Studentlitteratur.
- Almén, N., Lisspers, J., & Öst, L.-G.(2020). Stress-recovery management: A pilot study using a single-subject experimental design. *Behavior modification*, 44(3), 449-466. doi:10.1177/0145445518825363
- Almén, N., Lisspers, J., Öst, L.-G., & Sundin, Ö. (2019). Behavioral stress recovery management intervention for people with high levels of perceived stress: A randomized controlled trial. *International Journal of Stress Management*. Advance online publication. doi:10.1037/str0000140
- Almén, N., Lundberg, H., Sundin, Ö., & Jansson, B. (2018). The reliability and factorial validity of the Swedish version of the recovery experience questionnaire. *Nordic Psychology*,70(4), 324-333. Doi:10.1080/19012276.2018.1443280
- Andersson, C. & Viotti, S. (2013). *Compassionfokuserad terapi*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Aron, A., Coups, E.J. & Aron, E.N. (2013). *Statistics for psychology*. (6. ed., International ed.). Boston, [Mass.]: Pearson.
- Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. & Sommers, S.R. (2018). *Social psychology (9th ed.)*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Bernardo, M.O., Cecílio-Fernandes, D., Costa P., Quince, T.A., Costa, M.J., & Carvalho- Filho, M.A.(2018). Physicians self-assesed empathy levels do not correlate with patients assessments. *PLoS ONE* 13(5):e0198488. doi.org/10.1371/journalpone.0198488
- Cliffordson, C. (2001). *Assessing empathy: Measurement characteristic and interviewer effects*. PhD dissertation. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126
- Elliot, R., Boohart, A., C., Watson, J. C., & Greenburg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. doi:10.1037/a0022187
- Eriksson, T., Germundsjö, L., Åström, E. & Rönnlund, M. (2018). Mindful self-compassion training reduces stress and burnout symptoms among practicing psychologists: A randomized controlled trial of a brief web-based intervention. *Frontiers in psychology*, 9 (1-10). doi: 10.3389/fpsyg.2018.0340
- Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi*. (3., [helt omarb., och uppdaterade] uppl.). Stockholm: Liber.
- Holm, U. (2002). Empathy and professional attitude in social workers and non-trained aides. *International journal of social welfare*, 11, 66-75. doi: 10.1111/1468-2397.00197
- Holm, U. (1987). *Empati: att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur.
- Holm, U. (2009). *Det räcker inte att vara snäll: Om empati och professionellt bemötande inom människovårdande yrken*. (2., omarb. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO, (2019). *Statistik från IVO 2019*. Hämtat från IVO:s hemsida 2020-08-02: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/statistik-fran-ivo/2019/statistik-fran-ivo-4-2019-ek-psl.pdf>
- Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., van der Heijden, B., & Engels, J.(2018). Effects of mindfulness-based stress reduction on employees mental health. A systematic review. *PLoS One* 13(1) e0191332. doi.org/10.1371/journal.pone.0191332
- Kåver, A. (2011). *Allians: Den terapeutiska relationen i KBT*. (1. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

- Lamothe, M., McDuff, P., Pastore, Y.D., Duval, M. & Sultan, S. (2018). Developing professional caregivers empathy and emotional competencies through mindfulness-based stress reduction (MBSR): results of two proof-of-concept studies. *BMJ Open*, 8, e018421. doi:10.1136/bmjopen-2017-018421
- Lundh, L-G. (2019). Three modes of psychotherapy and their requisite core skills. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19, 399-408. doi.org/10.1002/capr.12244
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: Att hjälpa människor till förändring*. (3., rev. och utök. utg. [dvs 4 svenska utg.]). Stockholm: Natur & kultur.
- Moore, P.M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Oliwares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (review). *Cochrane database of systematic review*, 7, (CD003751). doi:10.1002/14651858.CD003751.pub4.
- Mårdberg, B. & Carlstedt, L. (2019). *Grundläggande psykometri*. Lund: Studentlitteratur.
- Persson, R., Österberg, K., Viborg, N., Jönsson, P. & Tenenbaum, A. (2017). Two Swedish screening instruments for exhaustion disorder: cross-sectional associations with burnout, work stress, private life stress and personality traits. *Scandinavian journal of public health*, 45, 381-388. doi:10.1177/1403494817696182
- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy*, 44(3), 240-248. doi: 10.1037/0033-3204.44.3.240
- Shirom A & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International journal of stress management*, 13 (2), 176-200. doi:10.1037/1072-5245.13.2.176
- Shirom, A., Westman, M., Shamai, O. & Carel, R.S. (1997). Effects of work overload and burnout on cholesterol and triglyceride levels: The moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. *Journal of occupational health psychology*, 2, 275-588. Doi: 10.1037//1076-8998.2.4.275

Socialstyrelsen (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Hämtat från Socialstyrelsens hemsida:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2003-123-18.pdf>

Socialstyrelsen (2018). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Hämtat från Socialstyrelsens hemsida:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf>

Vandevla, T., Pavey, L., Chelidoni, O., Chang, N-F., Creagh-Brown, B. och Cox, A.(2017). Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. *Journal of Intensive Care*, 5(16), 1-8. doi:10.1186/s40560-017-0209-0

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., Eames, C.(2017). Examining the relationship between burnout and empathy in health care professionals: A systematic review. *Burnout research*, 6, 18-29. doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003

Währborg, P.(2002). *Stress och den nya ohälsan*. Smedjebacken: Natur och Kultur

Bilaga 1: Kandidatens egenhändigt formulerade fall

Fallen gavs i ett webbaserat formulär tillsammans med en "linjal" där det fanns möjlighet att välja en siffra mellan 1 och 5. Avseende siffrorna 2,3 och 4 anges ingen text utan skalan är flytande. Desto högre skattning, desto mer omsorg för den andra. Här återges fallen i sin helhet och hur texten formulerats vid inledningen av denna del i formuläret samt vad som har skrivits i text vid 1 respektive 5 för varje fall nummer 1-8. Efter fall nummer 8 följer ytterligare tre skattningsfrågor som är mer coronarelaterade.

Nedan följer några "fall" där du ombeds skatta det som mest liknar det du tänker.

Använd inte för mycket tid till något enda påstående, skatta var på skalan det är mest troligt att dina tankar liknar de tankar som föreslås här. När du besvarat dessa frågor är enkäten färdig

Fall 1:

Britt-Marie, 78 år, har svårt att äta då långvarigt snusande och bristande tandhygien skadat hennes tänder. I din profession hjälper du henne med tandrengöring och/eller näringsintag. Vilka tankar liknar mest de tankar du får om henne?

1= Det är inte alls synd om henne, hon får skylla sig själv som snusat.

5= Det är synd om henne, undrar om det gör för ont att göra rent i munnen?

Fall 2:

En vän hör av sig till dig på din lediga dag och önskar din professionella hjälp. Vilka tankar liknar mest de tankar du får om den personen?

1=Fruktansvärt respektlöst. Jag är faktiskt ledig.

2=Det var helt rätt att ringa mig. Klart jag ställer upp direkt.

Fall 3:

Du jobbar på en mottagning. In kommer en man som raglar och har uppenbara svårigheter att hålla sig upprätt. Vilka tankar liknar mest de tankar du får om personen?

1=Mannen är påverkad, han ska ut härifrån.

2=Mannen måste vara sjuk, han behöver hjälp

Fall 4: En av dina patienter/klienter möter dig på mataffären, hejar, ser generad ut och säger; är det okej att jag frågar en sak fast du inte är på jobbet? Vilka tankar liknar mest de tankar du får alldeles oavsett hur du väljer att agera i situationen?

1=Å nej, jag vill absolut inte träffa på mina patienter/klienter på affären.

5=Jättebra att personen frågar om det är ok, nu är det upp till mig hur fortsättningen blir.

Fall 5: Sven, 63 år, är din patient. Han är verbalt otrevlig. Plötsligt faller han i hop och blir medvetlös under besöket hos dig. Vilka tankar liknar mest de tankar du får om honom direkt alldeles oavsett hur du väljer att agera i situationen?

1=Rätt åt honom.

5=Stackars man. Han behöver hjälp.

Fall 6: Greta, 83 år, är dement och har uppenbart ont i munnen. Hon får en tid hos tandläkaren. Väl där vägrar hon att öppna munnen. Vilka tankar liknar mest de tankar du får?

1=Greta är alldeles omöjlig. Nu blir jag riktigt arg.

5=Greta är rädd och förstår inte vad som händer. Jag behöver göra henne trygg.

Fall 7: Signe, 8 år, är livrädd för tandläkaren. Hon minns att det gjorde ont sist och gråter hejdlöst och ångestfyllt när hon kommer in på mottagningen tillsammans med sin mamma. I det här fallet väntar du också på att få komma in för en undersökning så du sitter redan i väntrummet när Signe och hennes mor kommer in. Vilka tankar liknar mest de tankar du får?

1=Barnen i dag tål ingenting. På min tid var vi minsann tysta, snälla och visade respekt.

5=Det gör ont i hjärtat att se henne så rädd. Jag skulle vilja göra något för att lätta hennes ångest.

Fall 8: Du har berättat för Oscar, 27 år, om alla fördelar med att äta regelbundet, exempelvis att risken för tandskador minskar och att möjligheten att hålla vikten trots antidepressiv medicinering ökar. Oscar säger att han inte tror dig. Vilka tankar liknar mest de tankar du får alldeles oavsett hur du väljer att svara Oscar?

1= Oscar tror mig inte, det är hans inställning det är fel på.

5= Oscar tror mig inte, det är mitt sätt att synka den här infon med hans förståelse som inte fungerar.

EXTRA CORONARELATERADE FRÅGOR:

Fall 9: Oavsett vad du arbetar med i dag: Tänk dig att du arbetar vid en intensivvårdsavdelning och hamnar i situationen att du och ditt team måste välja vem av två patienter som ska erbjudas respiratorbehandling. Antingen Hjärdis, en pigg och aktiv farmor, 78 år gammal som nu har drabbats av Covid-19 eller Per, 52 år, relativt pigg och älskad familjefar, dock med en del besvärliga bakomliggande sjukdomar som också han drabbats av Covid-19. Bägge har allvarliga andningsbesvär relaterat till sjukdomen och bedöms behöva respiratorvård nu. Hur svårt skulle det vara för dig att fatta beslut om vem som skulle få den vården i den här situationen?

1= Det enklaste beslut jag fattat i mitt liv

5=Det svåraste och mest påfrestande beslut jag fattat i mitt liv

Fall10: Oavsett vad du arbetar med i dag: Tänk dig att du arbetar som psykolog inom din Region. Din partner tillhör en riskgrupp då hen lider av en kronisk och allvarlig lungsjukdom vilket innebär att hen inte på några villkor får utsättas för smitta. I samband med utbrottet av Covid-19 aktiveras ett krislägesavtal av din arbetsgivare. Det bestäms att alla psykologiska behandlingar och samtal får sättas på paus. Avdelningen med psykologer ska i stället få en snabbutbildning i Coronaprovtagning och du förväntas gå denna och sedan bemanna ett av provtagningsställena som din arbetsgivare har. Hur tror du att dina tankar skulle gå i den här situationen?

1= Jag vägrar!

5=Självklart ställer jag upp!

Fall 11: En nära släkting på annan ort ska gifta sig den 18:e april och har bjudit in ett 40-tal personer på fest den dagen. Självklart är just du inbjuden. Släktingen bor 50 mil från dig. Du är påläst och vet att Folkhälsomyndigheten avråder från icke nödvändiga resor inom landet och att det råder ett förbud mot folksamlingar på över 50 personer. Allt på grund av Corona/Covid-19. Hur går dina tankar kring den här festen och resan?

1=Det här är en helt nödvändig resa. Självklart ska jag åka och vara med på släktingens bröllop!

5=Det här är inte alls nödvändigt. Naturligtvis stannar jag hemma och gratulerar brudparet på annat sätt.