



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Psykologyrkets baksida?
En undersökning av compassion fatigue bland psykologer.

Johanna Sandberg

Psykologexamensuppsats. 2017.

Handledare: Lars-Gunnar Lundh

Examinator: Erwin Apitzsch

Abstract

Compassion fatigue can affect professionals in health care who work with trauma patients. The symptoms of compassion fatigue are physical, emotional and work-related and include, inter alia, empathic fatigue and reduced ability to carry the suffering of the patients. These qualities affect psychologists in health care. Psychologists are a professional group whose sick leave statistics has increased during the last couple of years. Therefore it is an important profession to study in relation to work-related health. This study examined the relationship between compassion fatigue and social support, compassion satisfaction, work-related demands and decision latitude and perfectionism among psychologists in Sweden. The study also aims to examine which of the variables that have largest importance for compassion fatigue. The participants in the study were 384 psychologists. A cross-section design was used and data was collected by using a self-assessment form. Correlation analyzes and a multiple regression analysis were used to examine the relationship between the variables. The result showed that all variables, except positive perfectionism, had a significant relationship with compassion fatigue. Compassion satisfaction, work-related demands, negative perfectionism and social support from colleagues and family proved to be significant predictors for compassion fatigue. No former studies have examined the relationship between compassion fatigue and perfectionism, work-related demands and decision latitude.

Keywords: compassion fatigue, psychologists, compassion satisfaction, social support, perfectionism, work-related demands, work-related decision latitude, work-related social support

Sammanfattning

Compassion fatigue kan drabba yrkesverksamma inom vårdgivande yrken som arbetar med traumapatienter. Symtomen på compassion fatigue är både fysiska, emotionella och arbetsrelaterade och innefattar bland annat empatisk utmattning och reducerad förmåga att bära patienters lidande. Dessa egenskaper påverkar psykologer inom vården. Psykologer är en yrkesgrupp vars sjukskrivningsstatistik har ökat under de senaste åren. Därför är det en viktig profession att studera i relation till arbetsrelaterad hälsa. Denna studie undersökte sambandet mellan compassion fatigue och socialt stöd, compassion satisfaction, arbetsrelaterade krav och kontroll samt perfektionism bland psykologer i Sverige. Studien syftade även till att se vilken av dessa variabler som har störst betydelse för compassion fatigue. Deltagarna i studien var 384 psykologer. En tvärsnittsdesign användes och data samlades in med hjälp av en självskattningsenkät. Korrelationsanalyser och multipel regressionsanalys användes för att undersöka sambanden mellan variablerna. Resultatet visade att samtliga variabler, med undantag av positiv perfektionism, hade signifikanta samband med compassion fatigue. Compassion satisfaction, arbetsrelaterade krav, negativ perfektionism och socialt stöd från kollegor och familj visade sig vara signifikanta prediktorer för compassion fatigue. Inga tidigare studier har undersökt sambandet mellan compassion fatigue och perfektionism, arbetsrelaterade krav och kontroll.

Inledning

Är det viktigt att känna att någon bryr sig om oss? De allra flesta skulle nog svara ja på den frågan. Efter att dina fysiska behov blivit tillfredsställda är det sannolikt de sociala behoven som står näst i tur. Utan omhändertagande personer runt omkring oss i form av exempelvis familjemedlemmar, vänner, kollegor och lärare som känner medkänsla för oss, påverkas vår utveckling och vår hälsa negativt.

Inom vårdande yrken är nyckeln till en god och effektiv omvårdnad att personalen kan förmedla medkänsla gentemot sina patienter. Att känna genuin medkänsla för dem man behandlar är en viktig kvalitet som måste upprätthållas inom vårdande yrken där det förekommer psykiskt lidande och en hög grad av personlig patientkontakt. Att på ett professionellt sätt kunna knyta an till en patient, förmedla medkänsla, i sinom tid avveckla kontakten och därefter knyta an till en ny patient, är en viktig förmåga inom behandlande yrken. Men varifrån kommer medkänslan och är det alltid lätt att känna medkänsla? Finns det en "kostnad" förenat med att ständigt förmedla medkänsla som personer med omvårdande yrken kan behöva betala?

Forskning har visat att individer med vårdande yrken, som i sin yrkesroll behandlar patienter som blivit upplevt traumatiska händelser, riskerar att utveckla negativa symtom som associeras med utbrändhet, depression och posttraumatiskt stressyndrom (Figley, 2002). I litteraturen kallas det ibland för sekundär traumatisering, sekundär traumatisk stress, motöverföring och ställföreträdande traumatisering, men framför allt används begreppet *compassion fatigue*. Compassion fatigue skulle på svenska kunna översättas till medkänsloutmattning. På grund av att ingen vedertagen svensk översättning finns kommer den engelska termen att användas i denna studie. Compassion fatigue är, enligt Negash och Sahin (2011), en form av utbrändhet som ofta upplevs av dem som i sitt arbete behandlar patienter. Begreppet brukar, enligt Gerge (2011a), användas när yrkesverksamma belastats av effekterna av svåra händelser som exempelvis våld och död. Det är de negativa, sekundära konsekvenserna av att behandla och hjälpa andra. Compassion fatigue definieras av Figley (1995) som vårdgivarens reducerade kapacitet och/eller intresse att vara empatisk eller bärande av patientens lidande. Det beskrivs som en konsekvens av att upprepade gånger ta del av andra personers beskrivningar av upplevda trauman. Begreppet kan variera i allvarlighetsgrad från knappt märkbart till fullständig mental utmattning och empatibrist (Stamm, 2010).

Compassion fatigue har främst studerats hos sjuksköterskor, då de arbetar nära patienter och ser efter deras fysiska och psykiska välbefinnande. I det svenska vårdssystemet

finns ofta psykologer kopplade till vårdavdelningarna. Psykologer jobbar nära patienter med utredande, bedömande och behandlande arbetsuppgifter. I terapi lyssnar de på och härbärgerar patienternas upplevelser och affekter. De måste ständigt förmedla medkänsla och empati för att kunna knyta an till sina patienter. Enligt Frans, Rimmö, Åberg och Fredrikson (2005) har ungefär 81 % av Sveriges befolkning upplevt åtminstone ett trauma i svårare eller mildare i grad. Således finns det mycket som tyder på att psykologer tillhör en yrkesgrupp som riskerar att drabbas av compassion fatigue.

Vad är compassion fatigue?

“The very act of being compassionate and empathic extracts a cost under most circumstances. In our effort to view the world from the perspective of the suffering we suffer. The meaning of compassion is to bear suffering. Compassion fatigue, like any other kind of fatigue, reduces our capacity or our interest in bearing the suffering of others.” (Figley, 2002, s. 1434)

Det engelska ordet *compassion* kommer från det grekiska ordet *pathein* som betyder att genomlida, gå igenom eller erfara lidande och det latinska ordet *compati* som handlar om att utstå och dela lidande med en annan människa. Compassion innebär, enligt Singer och Klimecki (2014), att bry sig om och känna värme för någon annan. Medkänsla motiverar oss till att försöka förbättra välmåendet för personer vi känner för. Det innebär även att möta andra människor och visa förståelse och att vara hänsynsfull, speciellt i stressfyllda situationer, vid motgångar, misslyckanden och utmaningar (Andersson, 2016). Compassion översätts till medkänsla på svenska. Medkänsla definieras, enligt Psykologiguiden (u.å), som en oro och nedstämdhet som är sammankopplad med inkännande och sympati för andra. Lagercrantz (2013) menar att skillnaden mellan medkänsla och empati är att medkänsla väcks av andras lidande och att man känner en vilja att göra något åt den andres lidande. Empati är snarare förmågan att känna in andras känslor; något som man även kan göra inför en film eller en pjäs. Medkänsla är således en mer aktiv reaktion än empati.

Compassion fatigue togs för första gången upp i litteraturen av Charles Figley som sedan 1971 studerat följderna av att arbeta med traumatiserade patienter. Genom åren har han använt sig av olika begrepp för dessa konsekvenser. Inledningsvis kallade han det för sekundär traumatisering och beskrev det som en form av utbrändhet (Figley, 1995). Senare övergick han till att kalla det för sekundär traumatisk stress och beskrev det som de naturliga beteendena och emotionerna som uppkommer från att känna till en traumatisk händelse som

upplevts av en signifikant annan. Stressen kommer från att hjälpa eller vilja hjälpa en traumatiserad eller lidande person. Sekundär traumatisk stress har symtom som påminner om posttraumatiskt stressyndrom, förutom att stressreaktionen vid sekundär traumatisk stress har med kändedomen om en annans personers traumatiska upplevelse att göra. Figley (1995) beskriver att sekundär traumatisk stress har kallats för olika saker genom åren, bland annat *secondary victimization*, *co-victimization*, *secondary survivor*, *vicarious traumatization* och *savior syndrome*. Han menar att alla dessa begrepp har med "the cost of caring" att göra och menar att compassion fatigue eller *compassion stress* är ett passande substitut för begreppet (Figley, 1995).

Carla Joinson (1992) var den som första gången använde sig av termen compassion fatigue i en publikation. Hon beskrev det som en unik form av utbrändhet som kan påverka personer som arbetar med vårdgivande yrken. Till skillnad från andra typer av utbrändhet så är compassion fatigue direkt länkat till patienter inom vårdgivande yrken där man arbetar patientnära och förväntas ge ett empatiskt bemötande utöver många andra arbetsuppgifter.

Compassion fatigue beskrivs av Figley (1995) som kostnaden en vårdgivare kan behöva "betala" för att visa medkänsla för en patient. När vårdgivaren vid upprepade tillfällen exponeras för interaktioner som kräver höga nivåer av empatiskt engagemang för lidande patienter leder det till en typ av "vårdgivare-utbrändhet". Compassion fatigue kan leda till stressrelaterade symtom och arbetsrelaterat missnöje bland behandlare samt påverka produktiviteten och arbetsomsättningen i vårdssystemet. Compassion fatigue kan således vara kostsamt på personliga och professionella plan för både yrkesverksamma och finansiella institutioner (Lombardo & Eyre, 2011). I litteraturen är de flesta författare överens om att konceptualiseringen av compassion fatigue inte är helt klart och behöver förbättras (Craig & Sprang, 2010; Jenkins & Baird, 2002; Sorenson, Bolick; Wright & Hamilton, 2016).

Symtom. Enligt Stamm (2010) är compassion fatigue de negativa aspekterna av professionell livskvalitet. Hon beskriver att compassion fatigue ofta innehåller tillstånd som är karaktäristiska för utbrändhet: utmattning, frustration, ilska och depersonalisering. Utöver dessa symtom förekommer även sekundär traumatisk stress, vilket beror på en sekundär exponering för trauman i arbetet som beror på att en behandlare påverkas affektivt av en patients upplevelser. Smith (2007) beskriver att symtom för compassion fatigue kan vara en känsla av maktlöshet, depression och affektiv avtrubning, sömnstörningar, mardrömmar, autonom arousal, minnesluckor, dissociation, åltande och påträngande tankar och bilder. Sorenson et al. (2016) har i sin litteraturoversikt funnit att de vanligaste symtomen som individer med compassion fatigue rapporterade är emotionell utmattning. Personerna uppgav

även att det fick negativa konsekvenser för deras privatliv. Figley (1995) beskriver att compassion fatigue kan leda till att behandlare börjar övergeneralisera genom att exempelvis bli kritiskt inställd till alla potentiella våldtäktsmän efter att ha behandlat en patient efter en våldtäkt. Figley (2002) beskriver att compassion fatigue ofta leder till reducerad kapacitet eller intresse för att bära andras lidande. Stressen från att behandla patienter med trauman kan ackumulera över tid och påverka alla aspekter av en terapeuts liv. Det sekundära traumat som drabbar terapeuten, kan enligt Killian (2008) störa en terapeuts tilltro till världen och till interpersonella relationer. Även depersonalisering kan, enligt Negash och Sahin (2011), vara ett symptom på compassion fatigue. Depersonalisering kan innebära att terapeuten utvecklar en nedsättande attityd gentemot sina patienter. Ackerley, Burnell, Holder och Kurdek (1988) såg i sin studie, vars deltagare bestod av ett amerikanskt nationellt urval, att mer än en tredjedel av deltagarna som uppvisade compassion fatigue, även uppvisade höga nivåer av depersonalisering.

Enligt Lombardo och Eyre (2011) finns det symptom på compassion fatigue som kan vara arbetsrelaterade, fysiska och emotionella. Symptom som kan sorteras in under någon av dessa kategorier har sammanfattats i Tabell 1. Det skulle kunna räcka med ett av dessa symptom för att bekräfta förekomsten av compassion fatigue. Det är dock viktigt att notera att det generellt är mer än ett symptom som brukar uppvisas innan en behandlare kan sägas ha compassion fatigue.

Prevalens. Enligt Figley (2002) har man i en australiensisk studie sett att 27 % av personal som arbetat med traumatiserade patienter upplevde "*extreme distress*" från arbetet, vilket skulle kunna översättas till extrem oro. 54,8 % var extremt oroliga då studien ägde rum och 35,1 % var väldigt eller extremt emotionellt uttömda. I en studie av amerikanska traumabehandlare visade det sig att nästan 68 % uppvisade symptom på posttraumatiskt stressyndrom, som uppmättes med Frederick Reaction Index. Nästan 74 % av alla kuratorer (eng. *counselors*) i studien bedömdes vara i medelhög, hög eller extremt hög risk för att utveckla compassion fatigue, enligt mätningar med Compassion Fatigue Self Test for Psychotherapists. I en liknande studie visade det sig att nästan 61 % av psykiatrisk vårdpersonal som behandlade jordbävningsoffer mötte kriterier för PTSD.

Etiologi och riskfaktorer. I litteraturen diskuteras olika typer av riskfaktorer för compassion fatigue; arbetsrelaterade och personlighetsrelaterade faktorer.

Arbetsrelaterade faktorer. Killian (2008) har funnit att den starkaste riskfaktorn för att utveckla compassion fatigue är hög arbetsbelastning. Därefter kom personliga erfarenheter av trauma, brist på stödjande arbetsmiljö, brist på stödjande socialt nätverk, social isolering,

Tabell 1

Sammanställning av symtom på compassion fatigue från redovisad litteratur.

Arbetsrelaterade symtom	Fysiska symtom	Emotionella symtom
Undvikande eller fruktan för arbete med en särskild patient.	Huvudvärk	Humörsvängningar och överkänslighet
Begränsad förmåga att känna empati gentemot en eller flera patienter.	Matsmältningsproblem; diarré, förstoppning, upprörd mage	Rastlöshet Ångest och oro
Frekvent användande av sjukdagar.	Muskelspänningar	Ökat användande av substanser; nikotin, alkohol, droger.
Brist på glädje	Sömnstörningar; oförmåga att sova, insomnia, för mycket sömn, mardrömmar.	Depression Förlust av objektivitet Ilska, förbittring och ältande
	Fatigue (trötthet)	Minnesproblem Koncentrations-, fokus- och omdömesproblem
	Hjärtproblem; smärtor i bröstet, hjärklappningar, takykardi.	Emotionell utmattning Depersonalisering
	Autonom arousal	Rädsla, trauma, STS, påträngande tankar och bilder Känsla av maktlöshet Affektiv avtrubbning Dissociation Övergeneralisering Reducerad förmåga och/eller intresse att bära andras lidande

cynisk världssyn samt bristande självmedvetenhet. Om man upplever stor arbetsrelaterad stress är det också högre risk för att drabbas av compassion fatigue.

Vilken typ av arbetsplats man arbetar på kan också vara en riskfaktor för compassion fatigue. Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda och Katoh (2004) har exempelvis sett att vårdgivare inom psykiatrin uppvisar högre nivåer av utbrändhet än vårdgivare som arbetar inom primärvården. Craig och Sprang (2010) har även sett att vårdgivare inom offentliga sektorn löper högre risk att drabbas av utbrändhet än de som arbetar inom den privata sektorn. Det kan antas att detta förhållande även gäller compassion fatigue, då utbrändhet och compassion fatigue har många överlappande symtom.

Nya behandlare på en arbetsplats är extra känsliga för att drabbas av compassion fatigue och risken är ännu större om man som ny på en arbetsplats har en hög arbetsbelastning (Newell & MacNeil, 2010). Klinisk handledning på arbetsplatsen och socialt stöd i omgivningen kan vara viktigt och fungera som ett skydd mot utvecklandet av compassion fatigue (Craig & Sprang, 2010). Enligt Newell och MacNeil (2010) har man sett att både professionellt och socialt stöd från kollegorna är skyddande mot compassion fatigue. Särskild träning och stöd till nya behandlare kan även vara en skyddande faktor då man har sett att arbetslivserfarenhet korrelerar negativt med compassion fatigue.

Craig och Sprang (2010) har sett att användandet av evidensbaserade behandlingsmetoder minskar förekomsten av compassion fatigue. Det kan således ses som en skyddande faktor.

Personliga faktorer. Oförutsedda händelser i en terapeuts liv, såsom exempelvis sjukdom och ändringar i livsstil, social status eller professionella eller personliga ansvarsområden, kan leda till stress (Figley, 2002). Ifall en terapeut som drabbas av sådana omställningar dessutom kämpar med sekundära stressreaktioner från en behandling, kan det leda till utvecklande av compassion fatigue. Enligt Craig och Sprang (2010) är det även en riskfaktor att ha bristande strategier för coping och självomhändertagande.

Flera studier har funnit att kvinnor löper högre risk att drabbas av compassion fatigue än män (Craig & Sprang, 2010; Sprang, Clark & Whitt-Woosley, 2007; Newell & MacNeil, 2010). Detta kan till viss del bero på att den feminiserade hjärnan har bättre förutsättningar att känna empati, vilket gett den en god förmåga till kommunikation och uppmärksamhet på andras känslor (Hart, 2008). Det har därför varit mer socialt godtagbart för kvinnor än för män att känna medkänsla och empati, vilket gjort att denna förmåga förstärkts. Könsskillnader har uppkommit under evolutionens gång då människan fötts med en specifik, biologisk utrustning som utvecklats i relation till arv och miljö. Att compassion fatigue är

vanligare förekommande bland kvinnor än män kan också bero på att kvinnor, enligt Molén (2012), tenderar att ta större ansvar när det kommer till arbete i hemmet. Det kan leda till att kvinnliga psykologer inte får lika stora möjligheter till avslappning i hemmet som deras manliga kollegor.

Hantering av compassion fatigue. Figley (2002) beskriver compassion fatigue som en uttalad brist på egenvård. Han belyser vikten av att hitta ett sätt att fylla på de emotionella depåerna, som i det dagliga arbetet med patienter kan bli uttömda. I en handledningssituation bör handledaren bland annat se över hur mycket terapeuten exponeras för lidande. Långvarig exponering för lidande kan göra att en terapeut utvecklar compassion fatigue (Figley, 2002).

Lombardo och Eyre (2010) beskriver att det är viktigt att få syn på symtomen för compassion fatigue och att därefter utveckla en personlig vårdplan som tillåter vårdpersonalen att både möta sina egna behov och behoven hos patienterna. Vid bedömning av en behandlare som riskerar att drabbas av compassion fatigue bör följande aspekter undersökas: behandlarens arbetssituation och arbetsvillkor, behandlarens tendens att bli överinvolverad i patienterna och vanliga copingstrategier vid hanterande av livskriser. Man bör även undersöka behandlarens vanliga aktiviteter för att återhämta sig både fysiskt, mentalt, emotionellt och spirituellt. Även öppenheten för att lära sig nya egenskaper i syfte att utveckla personligt och professionellt välmående bör undersökas.

Enligt Figley (2002) kan behandlare med compassion fatigue hantera och behandla sina symtom genom att desensibiliseras för traumatiska stressorer. En evidensbaserad metod för att desensibilisera behandlare är exponering. På så sätt får behandlaren större förmåga att hantera och förstå sina stressreaktioner i förhållande till traumatiserade patienter. Genom att använda rätt typ av exponering som därefter trappas upp, minimeras obehag för stressorerna på lång sikt.

Att öka behandlarens sociala stöd är också ett sätt att hantera och förebygga compassion fatigue, enligt Figley (2002). Han skriver att terapeuter tenderar att internalisera bilden av sig själv som en person som hjälper andra att må bättre och därför ofta glömmer att de också är människor som behöver stöd. Det är viktigt för en behandlare att ha ett nätverk av socialt stödjande kontakter som kan se behandlaren frånkopplad från yrkesrollen som terapeut. Negash och Sahin (2011) betonar också vikten av socialt stöd från vänner och familj i syfte att förebygga compassion fatigue. Att vidmakthålla hälsosam och öppen kommunikation i sociala relationer och att ta extern hjälp för arbets- och familjerelaterade problem, såsom terapi, understryks.

Ett sätt för en behandlare att förebygga och/eller minska nivåer av compassion fatigue är, enligt Negash och Sahin (2011), att reducera sin arbetsbörda, skapa formella handledningsrelationer, informella mentorsrelationer, vidmakthålla rutinmässig handledning, ta regelbundna semestrar och delta i kompetensutvecklande kurser. Det är även viktigt att försöka behålla en balans mellan sitt privata och sitt professionella liv. Att terapeuten ser över sina sömnmönster, sitt psykiska, emotionella och fysiska mående är också viktigt. Att engagera sig i lättsamma och underhållande aktiviteter och hobbies kan också reducera stress och öka glädje. Att undvika stress, öka avslappning och ta del av världen som inte speglar den terapeutiska miljön lyfts av Negash och Sahin (2011) fram som förebyggande för utvecklande av compassion fatigue. Newell och MacNeil (2010) betonar vikten av att terapeuter använder sig av självomhändertagande copingstrategier som exempelvis att upprätthålla en god fysisk hälsa, en balanserad kost och ägna sig åt rekreativa aktiviteter.

Newell och MacNeil (2010) beskriver att arbetsgivare kan erbjuda sin personal utbildning angående vad compassion fatigue är och vilka tecken som skulle kunna tyda på utvecklande av tillståndet. Arbetsgivare skulle även kunna använda sig av befintliga självskattningsskalor för att undersöka i vilken utsträckning compassion fatigue finns bland personalen och därefter vidta nödvändiga åtgärder för att hantera det.

Skillnader mellan compassion fatigue och angränsande begrepp

Begreppet compassion fatigue kan förknippas och förväxlas med andra begrepp.

Skillnader mellan compassion fatigue och utbrändhet. Utbrändhetssyndrom är en psykisk åkomma med tre dimensioner; emotionell utmattning, depersonalisering och reducerad känsla av personlig prestation. Ett arbetsliv som ställer allt högre krav på arbetare har gjort utbrändhet till ett relativt vanligt förekommande hälsoproblem. Det kan leda till sjukskrivningar, vilket får ekonomiska konsekvenser för både individer, arbetsplatser och samhället i stort (Jaworska-Burzyńska, Kanaffa-Kilijańska, Przysiężna, & Szczepańska-Gieracha, 2016).

Enligt Figley (1995) kan compassion fatigue, till skillnad från utbrändhet, framträda plötsligt och med få varningstecken. Utöver en snabbare start av symtom vid compassion fatigue så finns det en snabbare återhämtningshastighet om man som drabbad får rätt stöd. Figley (2002) beskriver även att utbrändhet är ”ett tillstånd av fysisk, emotionell och mental utmattning som orsakats av långvarig involvering i en emotionellt krävande situation” (s. 1436), medan compassion fatigue snarare handlar om exponering för en specifik patients

trauma och lidande. Förekomsten av utbrändhet hos en terapeut skulle, enligt Figley (1995), kunna betyda att denne även ligger i riskzonen för att drabbas av compassion fatigue.

Utbrändhet kan både vara kopplat till patienter men även till arbetsplatsrelaterade faktorer, såsom kollegor, arbetsrelaterade krav och hur man påverkas av chefen. Compassion fatigue beror, enligt Sabo (2011), främst på den känslomässiga relationen mellan en vårdgivare och en patient.

Compassion fatigue och motöverföring. Motöverföring är ett begrepp som brukar förknippas med psykodynamisk teori och det kan lätt förväxlas med compassion fatigue. Motöverföring beskrivs ofta som terapeutens emotionella reaktion i relation till en patient (Figley, 2002). Lemma (2003) beskriver att man under början av 1900-talet såg terapeutens reaktioner gentemot patient som “terapeutens egna blinda fläckar” och något obearbetat hos terapeuten som denne behövde arbeta med för att inte störas i det terapeutiska arbetet. Det var Freud som först använde sig av termen motöverföring och såg det som en förvrängning av terapeutens upplevelse som beror på egna livserfarenheter och omedvetna reaktioner på patientens överföring. Under 1950-talet lyftes terapeutens emotionella respons i relation till patienten som ett terapeutiskt verktyg istället för ett hinder (Figley, 1995). Numera ser de flesta kliniker motöverföring som en stödjepunkt för terapeutisk förändring (Lemma, 2003). Motöverföring sträcker sig utanför psykoterapins kontext. Alla terapeuters medvetna eller omedvetna känslor om och attityder till patienter faller under begreppet motöverföring. Alla dessa känslor och attityder kan vara användbara i terapeutisk behandling. Enligt Figley (1995) kan terapeutens personliga livshändelser påverka terapins kvalitet och karaktär. Motöverföring sågs tidigare som enbart terapeutens medvetna och omedvetna responser på patientens överföring, särskilt om överföringen hade koppling till terapeutens tidigare personliga erfarenheter. En annan uppfattning om motöverföring är att det är terapeutens emotionella reaktioner på patienten - oavsett varifrån de kommer. Källorna kan vara exempelvis tidigare eller aktuella livsstressorer som terapeuten upplevt. Men det kan även inkludera patientens traumatiska upplevelser som “smittar” terapeuten (Figley, 1995).

Figley (1995) beskriver att man kan argumentera för att sekundär traumatisk stress - eller compassion fatigue - inkluderar, men inte begränsas till, det som går under begreppet motöverföring. Compassion fatigue är en naturlig konsekvens av att påverkas av ett trauma som någon man behandlar har upplevt. Dessa effekter är inte nödvändigtvis ett problem, utan snarare en naturlig biprodukt av att vårda och bry sig om en traumatiserad person.

Medkänsla inom vården

Enligt Skovholt och Trotter-Mathison (2016) kan vård definieras som de stödjande, hjälpande eller underlättande handlingar som utförs för en annan individ eller grupp med uppenbara eller förväntade behov, och som syftar till att förbättra en människas tillstånd eller liv. Omtanke beskrivs som den direkta eller indirekta vårdande handlingen och processen som utförs, samt de beslut som fattas för att hjälpa människor på ett sätt som speglar medkännande, stödjande, skyddande samt undervisande och att dessa beror på behoven, problemen, värderingarna och målen för den individ eller grupp som får stöd. Omtanke gör hela skillnaden i vårdarbetet och hur omvårdnaden ges är väsentlig för patienternas läkande.

Det finns, enligt Skovholt och Trotter-Mathison (2016), två typer av omtanke inom vården: den instrumentella, som främst handlar om den tekniska och fysiska aspekten av omvårdnad, och den expressiva, som har med de psykosociala och emotionella aspekterna att göra. Omvårdnad handlar om att vara fullständigt närvarande för att tillsammans med patienterna utforska hur de utvecklar hälsa genom att öka sin egen medvetenhet. Processen handlar om att bli mer sig själva, hitta större mening i livet och att knyta an till andra människor och världen "på en högre nivå". Det är genom den terapeutiska anknytningen till patienter som medvetenheten utvecklas, både för patienterna och för terapeuten själv. Skovholt och Trotter-Mathison (2016) menar att en empatisk förståelse från terapeutens sida är ett nödvändigt villkor för att åstadkomma en förändrande behandling. En empatisk förståelse innebär att terapeuten kan uppfatta upplevelser och dess mening för patienten under mötet i terapin. Genom aktivt lyssnande strävar terapeuten efter att förstå meningen och den subjektiva känslan i händelser som patienten upplevt, och försöker klargöra för patienten att dessa förstås empatiskt.

Skovholt och Trotter-Mathison (2016) menar att det finns kulturella skillnader kring vad omtanke och omvårdnad är. Trots olika språk och kulturer så finns en gemensam faktor för omvårdnad; medkänslan för dem som utsätts för lidande. Medkännande och empatisk vårdpersonal är dock själv utsatta för lidandet det innebär att bry sig om andra som lider.

Evolutionsteori, anknytningsteori och mentaliseringsteori. Teorier om medkänsla och empati brukar ha koppling till både evolutionsteori, anknytningsteori och mentaliseringsteori. Enligt Berk (2010) uppkommer den emotionella kapaciteten att känna empati först i tidig barndom. Det är en viktig motivation för prosocialt och altruistiskt beteende som gynnar andra personer utan någon förväntad belöning. Broberg, Risholm Mothander, Granqvist och Ivarsson (2008) menar att barn redan i treårsåldern kan förstå komplexa regler för socialt samspel, tolka andras känslor och förstå vilket syfte och mål

andra har med sina beteenden. Man har sett att mentaliseringsförmågan brukar utvecklas i fyraårsåldern. Det innebär att barnet exempelvis kan förstå att händelser kan uppfattas olika av olika individer beroende på vilken information de har. Mentaliseringsförmågan utvecklas ur en upplevelse av att bli förstådd. På så sätt kan individen finna ett kulturellt accepterat verbalt uttryck för sitt inre (Karterud & Bateman, 2011). Man har, enligt Berk (2010), sett att föräldrar påverkar barnens förmåga att visa empati och sympati genom självreglering. När föräldrarna uppmuntrar emotionella uttryck och sätter ord på barnets tankar och känslor ökar chansen att barnet reagerar på liknande sätt gentemot jämnåriga. I kontrast så kan straffande föräldrar störa utvecklandet av empati och medkänsla, då barnet tenderar att modellera föräldrarnas respons på andras lidande. Enligt Broberg et al. (2008) finns det belägg för att barn som har ett tryggt samspel med sina föräldrar tränas i att förstå hur andra tänker och känner. Detta förstärker barnets förmåga att känna medkänsla samt mentaliseringsförmågan, vilket är förmågan att leva sig in i någon annans inre värld. Enligt Broberg et al. (2008) är det först när man ser, förstår och känner att andra människor har känslor och tankar, som man på riktigt kan bry sig om andra.

Erfarenheter från samspel med anknytningspersonerna påverkar hur ens inre modeller av andra och modeller av självet utvecklas. En person med en trygg anknytning har fått sina trygghetsbehov tillfredsställda av anknytningspersonerna och hjälp att sätta ord på sina tankar och känslor. Dessa erfarenheter gör att de har liknande förväntningar på andra relationer i omgivningen, vilket i förlängningen leder till att de har goda möjligheter att knyta an, öppna sig och känna medkänsla för andra människor. I kontrast till detta kan en person med en undvikande eller desorienterad anknytningsstil ha svårare att känna medkänsla för andra människor, då de har en inre modell av andra som utgår från att andra personer kan vara oförutsägbara och avvisa eller överge dem (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2010).

Lagercrantz (2012) redogör för hur neurokirurgen James Doty beskriver medkänsla ur ett evolutionärt perspektiv. Det har genom historiens gång varit fördelaktigt för människor att utveckla abstrakt tänkande och en komplex språk- och mentaliseringsförmåga.

Utvecklingsprocessen hos människor är så komplex att människan är det däggdjur vars barn behöver i särklass längst omvårdnad innan de blir självständiga. Detta bidrar till en stark anknytningsmekanism som har varit fördelaktig för artens fortlevnad och gjort att människor klarar av att leva tillsammans i större grupper. Individer som har kunnat samarbeta, ha sammanhållning med andra, knyta sociala band och bekymra sig för andra har haft större chanser att överleva än individer som inte bidragit till gruppen och kanske därför satt hela

gruppens överlevnad på spel. Det ligger i människans natur att känna stark omsorg för sina närstående och ta hand om sina avkommor, trots den stora ansträngning det ofta kräver (Lagercrantz, 2013).

Terapeutrollen har vissa likheter med föräldrarollen. Föräldrar, liksom terapeuter, är intresserade av och engagerade i att ta reda på vad som rör sig i barnets, respektive patientens, inre och drivs av en önskan att vara till hjälp. För föräldrar är detta en naturlig reaktion i förhållande till de egna barnen medan det för terapeuten är en inlärd reaktion. Att knyta an, förmedla omsorg och förmedla empati är den drivande kraften i att effektivt arbeta med och behandla lidande patienter generellt (Figley, 1995). Etablerandet och vidmakthållandet av en effektiv terapeutisk allians och förmedlandet av en effektiv behandling kräver en empatisk respons.

Personer som behandlar patienter kan ha lättare för att knyta an och känna medkänsla och empati för patienterna ifall de själva haft en trygg anknytning i barndomen. Dock menar Figley (1995) även att förmedlandet av medkänsla involverar en kostnad utöver den energi som krävs för att förmedla behandlingen.

The cycle of caring. The *cycle of caring* är, enligt Skovholt och Trotter-Mathison (2016) en modell som används för att beskriva medkänslan för en patient i fyra faser. The cycle of caring kan på svenska översättas till omvårdnadscykeln. De fyra faserna kallas på engelska för *empathetic attachment phase*, *active involvement phase*, *felt separation phase* och *re-creation phase*. Dessa faser kan på svenska översättas till empatisk anknytning, aktiv medverkan, upplevd separation och återskapande. I arbete med patienter upplever terapeuten återkommande dessa fyra faser. Skovholt och Trotter-Mathison (2016) beskriver dem som mini-cykler av närhet och sorg inför slutskedet av en ofta intensiv, professionell kontakt. I relationsintensiva yrken, såsom psykologyrket, pågår denna cykel av de fyra faserna. Terapeuter måste inledningsvis känna medkänsla för patienten och låta sig involveras för att i sinom tid separera från denne på ett effektivt, kompetent och meningsfullt sätt. Denna cykel pågår dessutom ofta parallellt, men i olika takt, med ett flertal olika terapeutiska behandlingskontakter. Skovholt och Trotter-Mathison (2016) beskriver att en viktig aspekt av en vårdares praktik är att kunna genomgå samtliga av dessa faser tillsammans med patienten.

I den första fasan, den empatiska anknytningsfasen, knyter terapeut och patient an till varandra. Terapeuten försöker lära känna patienten och dennes problematik medan länken dem emellan skapas och stärks. Bowlbys anknytningsteori beskrivs som det viktigaste bidraget för att förstå hur barn blir emotionellt trygga och kan skapa nära relationer till andra. Man har i flera studier undersökt vilka faktorer som bidrar till en framgångsrik behandling

och sett att den terapeutiska alliansens kvalitet har störst inverkan på behandlingens utfall (Sexton & Whiston, 1994). I vissa fall är skapandet av en fungerande och trygg relation mellan terapeuten och patient terapeutisk i sig, särskilt ifall patienten inte har många fungerande relationer till andra vuxna. Relationen till terapeuten blir således en korrektiv emotionell erfarenhet som får modellera hur en fungerande och trygg relation kan se ut (Lemma, 2003). Optimal anknytning beskrivs som förmågan att uppleva patientens värld, men inte bli överväldigad av den. Det kräver arbetslivserfarenhet av träning, praktisk erfarenhet och handledning och handlar till stor del om att lära sig reglera och modifiera nivån av anknytning.

Den andra fasen, aktiv medverkan, är "arbetsfasen" för terapeuten. Innehållsmässigt är denna fas individuell för varje behandling. I en KBT-terapi skulle det exempelvis kunna innehålla beteendexperiment och exponering (Linton & Flink, 2011). För psykodynamiskt inriktade terapier skulle denna fas kunna innebära arbete med överföring och motöverföring, att låta patienten få korrekta emotionella erfarenheter och jobba med att göra implicita modeller för relationer explicita (Lemma, 2003). Detta är en aktiv fas som kräver emotionellt vårdande från terapeutens sida samt kontinuerlig anknytning mellan terapeuten och patienten. Denna fas kan variera i längd beroende på terapins längd.

Den tredje fasen, den upplevda separationsfasen, handlar om behandlingens separationsprocess där terapeuten ska separera från patienten på ett meningsfullt sätt. Enligt Skovholt och Trotter-Mathison (2016) korrelerar självomhändertagande och omhändertagande av andra med professionell anknytning i relationsintensiva yrken. Koncept som *anticipated grief*, eller förväntad sorg på svenska, kan underlätta separationen. Det syftar till den inre förberedelsen en person gör, både medvetet och omedvetet, inför psykologiska förändringar i livet. Ett exempel kan vara att förbereda sig mentalt inför en sjuk anhörigs bortgång. Avslutandet av en terapeutisk kontakt kan vara en ambivalent process, särskilt om avslutet är plötsligt eller anledningen oklart.

Den fjärde fasen, återskapandefasen, innebär att ta sig från arbetsfasen. Den beskrivs som "stänga av"-fasen, och kontrasterar med de andra mer aktiva faserna. *Re-creation* innebär att förnyas, vila, ommöblera, reparera, restaurera och renovera. I praktiken innebär det att ta tid emellan avslutandet av en patientkontakt och uppstartandet av nästa. Det kan innebära att terapeuten tar sig tid till eftertanke, självomhändertagande och rekreativa aktiviteter. Vissa terapeuter är bättre på att ta ledigt än andra. Enligt Skovholt och Trotter-Mathison (2016) är återskapandefasen viktig för att kunna börja om i omvårdnadscykeln igen. De menar att compassion fatigue representerar svårigheter eller en oförmåga att

engagera sig i återskapandefasen. Utan denna rekreativa fas blir det problematiskt att röra sig igenom cykeln på ett hållbart sätt.

Riskfaktorer för compassion fatigue

Många studier har undersökt riskfaktorer för utvecklandet av compassion fatigue (Killian, 2008; Negash & Sahin, 2011; Newell & MacNeil, 2010). I denna studie har det valts att fokusera på ett urval av dessa faktorer i syfte att se hur de tillsammans kan predicera compassion fatigue. Dessa är arbetsplatsrelaterat krav, kontroll och stöd, socialt stöd, perfektionism och compassion satisfaction.

Krav, kontroll och stöd på arbetsplatsen. Karasek och Theorell (1990) beskriver att skadliga och psykologiskt påfrestande reaktionerna, exempelvis utmattning, depression, ångest och psykisk sjukdom, förekommer när psykologiska krav på arbetet är höga och arbetarens beslutsutrymme och kontroll är lågt. Utgångspunkten är Karaseks modell av krav och kontroll på arbetsplatsen, som baseras på antagandet att de psykologiska kraven på arbetsplatsen och kontroll över arbetsuppgifter kan predicera flera olika hälso- och beteenderelaterade konsekvenser, som beror på strukturella faktorer på arbetsplatsen. Utifrån den tvådimensionella modellen (se Figur 1) kan fyra olika typer av psykosociala arbetsupplevelser genereras genom interaktionen av höga och låga nivåer av psykologiska krav- och beslutsutrymmen. Dessa fyra typer av arbetsupplevelser är högpåfrestande arbeten, aktiva arbeten, lågpåfrestande arbeten och passiva arbeten.

Arbetare med aktiva arbeten upplever att kraven som ställs på dem är höga och att de har kontroll över arbetssituationen. Dessa arbeten är krävande men leder inte till negativa psykologiska påfrestningar. Enligt Karasek och Theorell (1990) har man bland arbetare med aktiva jobb sett att de har en mer aktiv fritid trots höga arbetsrelaterade krav. Författarna beskriver att de tror att aktiva jobb ger arbetare positiva psykosociala effekter och främjar deras lärande och kompetensutveckling, vilket kan leda till högre prestationer i arbetet. Det finns dock begränsningar för detta fenomen och utmattning beskrivs som en övre gräns. Dock tenderar arbetare med höga arbetskrav samt höga nivåer av beslutsfattande att även ha utrymme för att själva reglera och hantera yttre och inre stressorer. Detta sker ofta genom att arbetaren testat verkan av en vald handling och modifierar den utifrån om den är verksam eller inte. Även i rapporten Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige (SCB, 2004) beskrivs aktiva jobb som förknippade med mindre pressande arbetsförhållanden då den enskildes möjlighet att påverka sin arbetssituation är större.

		Psykologiskt krav		
		Lågt	Högt	
Besluts- utrymme (kontroll)	Lågt	Passiv	Hög påfrestning	<i>Risk för psyko-social påfrestning och psykisk sjukdom.</i>
	Högt	Låg påfrestning	Aktiv	<i>Motiverande för att utveckla nya beteendemönster.</i>

Figur 1

Krav/kontroll-modell inspirerad av Karasek och Theorell, 1990.

Karasek och Theorell (1990) beskriver att man sett att arbetare inom yrken med låga nivåer av beslutsfattande, exempelvis "löpande-band"-yrken, påverkas negativt av ökade krav. Det skulle exempelvis kunna vara krav på ökad effektivitet. Detta placerar arbetarna inom ramen för högpåfrestande arbeten. De negativa reaktionerna är inte enbart konstruktiva gensvar, utan de kan även upplevas som hopplöshetskänslor och vara ihållande och psykologiskt påfrestande. Dessa kan ofta ta sig uttryck i aggressivt beteende eller social tillbakadragenhet. När ett objektiskt krav i en situation inte kan uppfyllas kan en mängd olika utfall ske beroende på kravets allvarlighetsgrad; det kan vara alltifrån enkla symtom av utmattning till mentala sammanbrott.

Enligt Karasek och Theorell (1990) kan det vara stressreducerande att känna att man har beslutsutrymme gällande de formella arbetsuppgifterna. Det kan även vara stressreducerande att engagera sig i de informella ritualerna på en arbetsplats, som exempelvis kafferaster. Att inte ha möjlighet att utöva informella eller avslappnande aktiviteter på en arbetsplats tenderar att resultera i missnöje och vantrivsel. I rapporten Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige (SCB, 2004) har man kommit fram till att både kvinnor och män med höga arbetsrelaterade krav och liten känsla av kontroll (med högpåfrestande

arbeten) har större risk att vara sjukskrivna i långa perioder och att pensioneras i förtid än de som har höga arbetskrav och hög egenkontroll (aktivt arbete). Högpåfrestande arbete förknippas med negativ stress.

Lågpåfrestande arbeten är arbeten med låga psykologiska krav och höga nivåer av kontroll och beslutsfattande. Arbetare med den typen av arbete förväntas uppleva lägre psykologiska påfrestringar och har lägre risk att drabbas av arbetsrelaterad ohälsa. Detta på grund av att de har kontroll och beslutsutrymme för att respondera optimalt på utmaningar. Dessutom finns det relativt få utmaningar inom lågpåfrestande arbeten. Karasek och Theorell (1990) beskriver dessa arbeten som de mest avslappnande.

Arbeten med låga krav och låg nivå av kontroll karaktäriserar passiva arbeten. Detta leder till en energilös respons som inte är lika avslappnande som för lågpåfrestande arbeten. Arbeten som inte kräver något av arbetaren tenderar att leda till bristande motivationen till att förvärva ny kunskap på samma gång som befintlig kunskap kan förloras på grund av att de inte utnyttjas i arbetet.

Karasek och Theorell (1990) beskriver att sociala relationer med kollegor och arbetsledare har direkt inverkan på produktiviteten på en arbetsplats på grund av att man vill bete sig såsom det förväntas från kollegor och chef. De beskriver vidare att sociala relationer på arbetsplatsen påverkar den psykosociala hälsan och att det finns indikationer på att socialt stöd på arbetet kan leda till gynnsamma hälsoutfall på grund av mindre upplevd stress. Man har även sett att socialt stöd kan underlätta för aktiva copingstrategier som påverkar hälsan och produktiva beteenden (Pearlin & Schooler, 1978). Karasek och Theorell (1990) beskriver även att socialt stöd är viktigt för utvecklandet av aktiva beteendemönster genom en positiv känsla av identitet som baseras på socialt konfirmerade värden. Det bidrar till det kollektiva målet och individuellt välmående. Man har även sett att socioemotionellt stöd dämpar psykosocial anspänning. Det kan mätas genom grad av social och emotionell integration och tillit mellan kollegor, arbetsledare och andra samt genom nivån av social sammanhållning och integrering i arbetsgruppen som helhet. En annan typ av socialt stöd är instrumentellt socialt stöd, vilket innebär extra resurser eller assistans med arbetsuppgifter som en individ ger en kollega eller arbetsledare. Dock är inte alla sociala interaktioner på arbetet stödjande då grupparbete och koordinering av komplext arbete kan bli en källa till stress. Enligt Karasek och Theorell (1990) har man dock funnit höga samband mellan socialt stöd och positiva hälsoutfall, och därför adderades socialt stöd till den ursprungliga krav- och kontrollmodellen. Man kunde då se att personer med höga nivåer av socialt stöd hade lägre nivåer av depressiva tendenser både bland män och kvinnor. Författarna såg även en tydlig

association mellan krav/kontroll och varje nivå av socialt stöd, som stödjer den oberoende validiteten i den ursprungliga krav/kontroll-modellen. Tillsammans är de tre dimensionerna krav, kontroll och socialt stöd kapabla att predicera variationer av depressiv nivå och mental fatigue.

Socialt stöd. Varje individ interagerar i olika sociala relationer, exempelvis med familj och vänner. När man går igenom svåra händelser eller sjukdomsförlopp kan det upplevda sociala stödet från dessa relationer vara mycket viktiga. Socialt stöd definieras av Uchino, Holt-Lunstad, Uno, Betancourt och Garvey (1999) som den faktiska eller upplevda förekomsten av hjälpfulla beteenden från andra. Uchino, Bowen, Carlisle och Birmingham (2012) menar att socialt stöd har stor inverkan på den psykiska hälsan. Enligt Galet, Flannelly, Greene och Kudler (2011) har man sett att socialt stöd från arbetsledare och familj korrelerar negativt med utbrändhet och sekundär traumatisk stress. I en studie där sjuksköterskor från Iran studerades kunde det konstateras att det fanns en negativ korrelation mellan familjerelaterat socialt stöd och compassion fatigue. Det innebär att ju högre socialt stöd en sjuksköterska upplevde från sin familj desto lägre nivåer av compassion fatigue rapporterades. Utifrån en regressionsanalys i samma studie kunde man se att familjestöd var en signifikant prediktor för compassion fatigue (Ariapooran, 2014).

Perfektionism. Pervin och Cervone (2010) beskriver att samhället vi lever i värdesätter och belönar personer som har höga standarder för prestation och arbetar hårt. Genom skolgången, på scen och på spelplanerna lönar det sig att ha höga standarder. Perfektionism ses som en personlighetsstil som karaktäriseras av en strävan efter felfria resultat, överdrivet höga standarder för prestationer samt en tendens att kritiskt utvärdera sitt eget beteende (Flett & Hewitt, 2002). Enligt Pervin och Cervone (2010) har man i studier sett att perfektionistiska standarder gör individer känsliga för psykiska problem såsom depression, ångest och ätstörningar. Detta tyder på att perfektionistiska standarder inte bara är positiva. I en studie av Flett, Besser och Hewitt (2005) undersöktes sambandet mellan perfektionism och depression. Personer som uppgav att de strävade efter att vara perfekta för att möta förväntningar från vänner och familj, uppgav att de var mer deprimerade. Perfektionism är, enligt Egan, Wade och Shafran (2011b) även associerat med stress och utbrändhet. Hamacheck (1978) beskriver två olika former av perfektionism; en positiv form som kallas för "normal perfektionism" och en negativ form som kallades "neurotisk perfektionism". Individer med normal perfektionism tycker om och mår bra av att följa sina perfektionistiska strävanden, medan individer med neurotisk perfektionism lider av sina perfektionistiska strävanden. Det finns forskning som tyder på att en självorienterad

perfektionistisk strävan är positiv för individer som inte är alltför rädda för att göra misstag eller bli negativt utvärderade av andra (Stoeber & Otto, 2006). Perfektionism är dock en egenskap som ofta ses som negativ och destruktiv. I en litteraturöversikt beskriver Shafran och Mansell (2001) att det finns stöd för att höga personliga standarder (perfektionism) är överrepresenterade bland patienter med ätstörningar och att en övertygelse om andras höga standarder är förknippat med många olika typer av psykiska sjukdomar. Egan et al. (2011b) har i studier sett att perfektionism är förknippat med ätstörningar, ångestproblematik och depression. Inga studier har ännu undersökt kopplingen mellan perfektionism (varken positiv eller negativ) och compassion fatigue.

Ett begrepp som har koppling till perfektionism är *workaholism*, vilket kan beskrivas som ett behov av att arbeta oavbrutet. Personer med *workaholism*, som på svenska skulle kunna kallas för arbetsnarkomaner, är personer som arbetar alltför mycket och på ett tvångsmässigt sätt. Att vara en arbetsnarkoman innebär inte att man endast gillar att arbeta, utan det kan också finnas negativa aspekter som har skadliga effekter för det emotionella, sociala och psykiska välmåendet. Studier har funnit att *workaholism* har kopplingar till individuella skillnader i perfektionism och arbetsmotivation (Stoeber, Davis & Townley, 2013). Workaholism är, enligt Killian (2008), en riskfaktor för utvecklandet av compassion fatigue.

Compassion satisfaction. Compassion satisfaction syftar, enligt Stamm (2010), till njutningen av att kunna göra sitt jobb effektivt. Collins och Long (2003) har funnit en negativ korrelation mellan compassion satisfaction, som kan översättas till medkänslotillfredsställelse på svenska, och compassion fatigue. Detta innebär att ju högre compassion satisfaction som en individ upplever, desto lägre nivåer av compassion fatigue har denne. Det tyder på att compassion satisfaction kan agera som skydd mot compassion fatigue. Man har också funnit att compassion satisfaction ökade individers vilja att fortsätta arbeta på sina arbetsplatser trots att det bidrog till en viss smärta och oro. Sprang et al. (2007) har i sin studie sett att specialiserad träning för terapeuter som arbetar med traumapatienter signifikant ökat compassion satisfaction och minskar compassion fatigue och utbrändhet.

Psykologer och compassion fatigue

Legitimerad psykolog och PTP-psykolog. En legitimerad psykolog är, enligt Socialstyrelsen (2016), någon som genomgått en femårig högskoleutbildning och ett års praktiktjänstgöring för psykologer i Sverige. En psykolog som gör sin praktiktjänstgöring

kallas för PTP-psykolog. År 2014 fanns det ca 7800 psykologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården.

Arbetsrelaterad ohälsa bland psykologer. Enligt Försäkringskassan (2012) var skillnaderna i ersatt sjukfrånvaro störst bland kvinnor och män anställda inom yrken som kräver teoretisk specialkompetens och i arbeten som kräver kortare högskoleutbildning. Kvinnor hade dubbelt så många ersatta sjukskrivningsdagar som män. Psykologprofessionen var i rapporten inräknad under denna kategori. Dock var ersatt sjukfrånvaro i dessa yrken låg för både kvinnor och män och små skillnader i antal sjukskrivningsdagar orsakar stora skillnader mellan könen.

Enligt Försäkringskassan (2015) ökade sjukskrivningarna inom alla yrkesgrupper i Sverige mellan åren 2012 och 2014. Anställda inom vård och omsorg stod för flest nya sjukfall och den största ökningen av antalet sjukfall fanns inom yrkesgrupper med krav på högre utbildning, exempelvis psykologer. Andelen sjukskrivna inom vård och omsorg var högre än genomsnittet jämfört med hela arbetsmarknaden mellan åren 2012 och 2014. Kvinnor var värst drabbade. Yrkesgrupper med krav på längre utbildningar har generellt låga nivåer av sjukskrivningar, samtidigt som det var inom den gruppen som sjukskrivningarna ökade mest mellan åren 2012 och 2014. Bland psykologer (som i rapporten räknades in i samma grupp som socialsekreterare) ökade sjukskrivningarna med runt 21 procent.

Enligt SCB (2004) har kvinnor med aktiva arbeten (med höga psykologiska krav och hög kontroll) större risk för att bli sjukskrivna än män i samma positioner. Det kan betyda att det relativt höga inflytandet kvinnorna har på arbetsplatsen ändå inte är tillräckligt för att hantera de höga arbetsrelaterade kraven. Detta kan bero på att en stor del av kvinnorna med aktiva arbeten finns inom "människoyrken", exempelvis inom vården, där det kan vara särskilt påfrestande att känna att man inte räcker till. Det kan även bero på att kvinnor ofta tar större ansvar för arbetet i hemmet (såsom matlagning, städning och barnpassning) (Molén, 2012), vilket skulle innebära att kvinnliga psykologer får mindre tid för avkoppling i hemmet i relation till sina manliga kollegor.

Medkänsla och compassion fatigue inom psykologyrket. Frans et al. (2005) har i sin forskning funnit att det under en livstid är vanligt att en svensk person upplever åtminstone en traumatisk händelse. I studien räknas exempelvis dödsfall av närstående och sexuella övergrepp som en traumatisk händelse. Studien utgår från ett slumpmässigt urval i en svensk population med 1824 deltagare och prevalensen för att ha upplevt en traumatisk händelse uppmättes till 80,8 %. Utifrån den siffran kan det antas att psykologer som bedriver kliniska behandlingar stöter på många patienter som upplevt åtminstone en traumatisk

händelse i livet. Således är compassion fatigue något som psykologer riskerar att drabbas av. Enligt Killian (2008) är det viktigt att professionella som arbetar behandlande med traumatiserade patienter själva är hälsosamma, engagerade och psykologiskt närvarande.

I en studie av Markwell och Wainer (2009), där symtom av compassion fatigue studerades i relation till olika yrkesgrupper, såg man att läkare med compassion fatigue rapporterade oro för sin egen hälsa och sitt generella välmående. Dessutom rapporterade läkarna med compassion fatigue missnöje med arbetet. Sjuksköterskor med compassion fatigue rapporterade en önskan att lämna professionen. Utifrån dessa resultat kan man dra generella slutsatser om att vårdpersonal som jobbar intensivt med patienter, såsom psykologer, och som lider av compassion fatigue kan känna en oro över sitt eget välmående och ha funderingar på att lämna yrket. Försäkringskassans (2015) hänvisar till statistik som tyder på att sjukskrivningsantalet för psykologer ökat med 21 % mellan åren 2012 och 2014, finns det mycket som pekar på att arbetet som psykolog kan vara mycket påfrestande. Det är troligt att compassion fatigue förekommer inom denna grupp.

Konsekvenser av compassion fatigue för psykologer. Enligt Negash och Sahin (2011) riskerar terapeuter som lider av compassion fatigue att utveckla en oprofessionell eller ineffektiv terapeutisk relation till sina patienter. Författarna beskriver att det är viktigt för familjeterapeuter, som har mer än en patient i behandling åt gången, att knyta genuint empatiska band med patienterna. Det är svårt om terapeuten är emotionellt utmattad. I familje- eller parterapi riskerar dessutom terapeuter med compassion fatigue att skapa en obalans mellan de olika parterna genom att relatera starkare med en patient än den andra.

Depersonalisering, som kan vara ett symtom av compassion fatigue, kan påverka den terapeutiska alliansen och behandlingen negativt (Negash & Sahin, 2011). Depersonalisering refererar till en process då terapeuten utvecklar en nedsättande attityd gentemot patienten. När depersonalisering sker kan terapeuten ha svårt att undersöka en patients subjektiva upplevelse, tankar och känslor utan att själv göra subjektiva tolkningar. Det kan således bli svårt för exempelvis en familjeterapeut att använda sig av vissa terapeutiska tekniker. Det kan även leda till att en terapeut ger patienten råd som inte nödvändigtvis är lämpliga eller välgörande för patientens situation eller det önskade behandlingsutfallet. Terapeuten riskerar även att välja en arbetstakt som inte är anpassad till patienten, vilket kan göra att patienten inte har möjlighet att koppla ihop teoretiska och praktiska kunskaper från terapin. Negash och Sahin (2011) beskriver att terapeuter som lider av compassion fatigue riskerar att fokusera mer på sitt eget bästa snarare än på vad som är bäst för patienten. Det kan leda till att terapeuten beter sig olämpligt i den terapeutiska relationen och exempelvis vänder sig till

patienten för bekräftelse och stöd. Studier har även visat att terapeuter som lider av emotionell fatigue riskerar att välja maladaptiva strategier för patienter, vilket potentiellt kan skada patienterna (McCarthy & Frieze, 1999). Att terapeuter spelar en inaktiv roll i de terapeutiska processerna riskerar, enligt Omer (1991), att locka fram oönskade beteenden från patienterna, exempelvis motstånd och tidigt avslutande av terapin.

Enligt Negash och Sahin (2011) kan compassion fatigue bland terapeuter även få etiska konsekvenser. En terapeut med compassion fatigue, som depersonaliserar sina patienter, riskerar att dokumentera aspekter av patienterna som inte är objektiv information, utan snarare förvrängda och missvisande för patienten och dennes situation. Sveriges Psykologförbund (1998) beskriver att psykologen ska sträva efter att vara medveten om sina egna behov, attityder och värderingar och om sin egen roll i den terapeutiska relationen. Denna yrkesetiska princip riskerar en psykolog med compassion fatigue att bryta. I samma skrift beskrivs att psykologer ska ta ansvar för konsekvenserna av sitt yrkesutövande och se till att utövandet sker på ett kvalitetssäkert sätt. Psykologen ska sträva efter att undvika att psykologisk kunskap missbrukas eller används på ett sätt som inte gynnar patienterna. Psykologer med compassion fatigue riskerar att bryta emot dessa etiska principer.

Negash och Sahin (2011) beskriver att ”psykologiyrken” genom åren har utvecklat en ”grandios aura” som lett till höga förväntningar och en ovilja att söka hjälp från kollegor. Det har gjort att det blivit tabubelagt för exempelvis terapeuter att sjukskriva sig på grund av utmattningssyndrom eller svårigheter i arbetet. Det kan göra att terapeuter utvecklar compassion fatigue och fortsätter arbeta trots att de inte borde. Författarnas upplevelser skildrar en amerikansk kontext men det kan tänkas att liknande normer för terapeuter även gäller i vissa svenska kontexter. Det kan i sådana fall innebära svårigheter för terapeuter att förstå och ”erkänna” att de lider av compassion fatigue. Det finns även en risk att terapeuter inte har kunskap om compassion fatigue då det är ett relativt obeforskat fält. Det leder till att terapeuter riskerar att arbeta trots att de lider av compassion fatigue, vilket i sig gör att de riskerar att bryta emot de yrkesetiska principerna.

Compassion fatigue bland psykologer är ett förhållandevis obeforskat fält. Studier har gjorts på olika typer av terapeuter i främst amerikanska kontexter. Compassion fatigue är dock ett tillstånd som bör förekomma inom vården i alla kulturer. Således är denna studie av relevans för den svenska sjukvården och den syftar till att fylla befintliga kunskapsluckor.

Syfte och frågeställning

Syftet med studien var att undersöka hur compassion satisfaction, socialt stöd från familjen, vänner, en signifikant annan, kollegor och arbetsledare, perfektionism och upplevd nivå av arbetsrelaterade krav och kontroll förhåller sig till compassion fatigue bland legitimerade psykologer och PTP-psykologer i Sverige. Baserat på den forskning som presenteras och teoretiska överväganden, testades följande hypoteser:

- I. Det finns ett negativt samband mellan compassion satisfaction och compassion fatigue.
- II. Det finns ett negativt samband mellan compassion fatigue och socialt stöd; från familjen, vänner, signifikant annan (partner), kollegor och arbetsledare.
- III. Graden av compassion fatigue är högre ju lägre beslutsutrymme och ju högre krav det finns på arbetsplatsen.
- IV. Det finns ett positivt samband mellan compassion fatigue och perfektionism.

Studien syftade även till att se hur variablerna med samband till compassion fatigue tillsammans predicerar compassion fatigue; vilken eller vilka variabler ger störst effekt.

Metod

Deltagare och urvalsprocess

Deltagarna i denna studie var 384 psykologer, både PTP-psykologer och legitimerade psykologer. Deltagarnas ålder och arbetslivserfarenhet varierade, men majoriteten av deltagarna befann sig antingen i åldersspannet 20-34 (44,5 %) eller 35-54 (47,9 %) och hade upp till 5 års erfarenhet av att arbeta med personer med psykiskt lidande (46,6 %). Av deltagarna definierade sig 320 som kvinnor (83,3 %) och 63 som män (16,4 %). En person uppgav alternativet "annat" avseende frågan om kön (0,3 %). Uppgifter om var i Sverige eller inom vilket arbetsfält psykologerna var verksamma samlades inte in. Däremot uppgav samtliga (100 %) att de, i sitt arbete, kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa/psykiskt lidande. När deltagarna fick uppge hur många timmar i veckan de, på sitt arbete, kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa framkom följande svar: 33 (8,6 %) uppgav mindre än 10 timmar/vecka, 110 (28,6 %) uppgav 10-20 timmar/vecka, 102 (27,3 %) uppgav 20-30 timmar/vecka, 126 (32,8 %) uppgav 30-40 timmar i veckan och 10 (2,6 %) uppgav mer än 40 timmar/vecka.

Deltagarna rekryterades via en självskattningsenkät som lades ut i två internetgrupper på det sociala mediet Facebook.com. Ena gruppens medlemmar bestod av över 6500

legitimerade psykologer, PTP-psykologer och psykologstudenter och den andra gruppen innehöll ungefär 1500 PTP-psykologer. Där beskrevs studiens syfte och psykologerna ombads att fylla i självskattningsenkäten. Inklusionskriteriet var att man, i sitt yrke, skulle komma i kontakt med personer med psykisk ohälsa och/eller psykiskt lidande. Urvalet var ett bekvämlighetsurval som inte gick att kontrollera.

Då alla item i enkäten var obligatoriska kunde alla 384 svar användas för analyserna.

Mätinstrument

Nedanstående självskattningsformulär användes för att mäta compassion fatigue, compassion satisfaction, upplevd kontroll, krav och stöd på arbetsplatsen, socialt stöd samt perfektionism.

Compassion fatigue och compassion satisfaction. Compassion fatigue och compassion satisfaction mättes med självskattningsformuläret *Professional Quality of Life Scale Version 5 (ProQOL)* (Stamm, 2010). I den svenska versionen (Gerge, 2011b) har compassion fatigue översatts till ”medkänslutmattning”, delskalan Compassion satisfaction till ”Medkänsligtillfredsställelse”, delskalan *Burnout* till ”Utbrändhetsupplevelser” och delskalan *Secondary Traumatic Stress* till ”Ställföreträdande traumatisering”. De engelska termerna kommer att användas i denna studie. Självskattningsformuläret består av 30 frågor som besvaras på en Likertskala från 1 (aldrig) till 5 (mycket ofta). Skattningsformuläret avser mäta balansen mellan en persons compassion satisfaction och compassion fatigue, och bedöma både de positiva och negativa effekterna hos en person som har ett hjälpande eller behandlande yrke (Stamm, 2010). För att operationalisera begreppen compassion satisfaction och compassion fatigue används de tre delskalorna Compassion satisfaction, Burnout och Secondary Traumatic Stress som innehåller 10 item vardera. Delskalan Compassion satisfaction avser mäta tillfredsställelse i förhållande till förmågan att effektivt utföra sitt arbetsrelaterade uppdrag. Exempel på påståenden som mäter compassion satisfaction är “Jag känner glädje över att kunna hjälpa/behandla människor” och “Mitt arbete får mig att känna mig nöjd”. Med delskalan Burnout avser man mäta i vilken utsträckning en person löper risk för att drabbas av utbrändhet. Exempel på påståenden som mäter burnout är “Jag känner mig sliten på grund av mitt yrke som behandlare” samt “Jag känner mig överväldigad eftersom min arbetsbelastning verkar oöverskådlig”. Delskalan Secondary Traumatic Stress avser mäta i vilken grad en person, i sitt arbete, blivit drabbad av sekundär exponering för extrema eller traumatiska händelser och därmed drabbats av problem till följd av sekundär traumatisering. Exempel på påståenden som mäter secondary traumatic stress är “Jag är mentalt upptagen av

fler än en av de personer jag behandlar” samt “Jag känner mig nedstämd på grund av de traumatiska upplevelser de människor jag behandlar har haft”. Det sammanslagna resultatet på delskalorna Burnout och Secondary Traumatic Stress räknas samman för att få ett mått på compassion fatigue.

Enligt Stamm (2010) har *ProQOL* framgångsrikt visat på god konstruktvaliditet i ett stort antal studier. De tre skalorna mäter separata konstruktioner och compassion fatigue-skalan är väl avgränsad. Delskalan som avser mäta Compassion satisfaction har ett Cronbach's alpha, som mäter intern validitet, på 0,88, Burnout har ett Cronbach's alpha på 0,75 och Secondary Traumatic Stress har ett Cronbach's alpha på 0,81.

I denna studie hade delskalan Compassion satisfaction ett alphavärde på 0,90, delskalan Burnout ett alphavärde på 0,75 och delskalan Secondary Traumatic Stress hade ett värde på 0,73. När delskalan Burnout och Secondary Traumatic Stress räknades samman i syfte att mäta grad av compassion fatigue fick man ett Cronbach's alpha på 0,81. Dessa värden tyder på att skalan hade en acceptabel reliabilitet.

Kontroll, krav och socialt stöd på arbetsplatsen. Upplevd kontroll, upplevda krav och upplevt socialt stöd på arbetsplatsen mättes med en svensk översättning av *Job Content Questionnaire (JCQ)* som är skapat av Karasek, Brisson, Kawakami, Houtman, Bongers och Amick (1998). JCQ består av 26 påståenden som kan delas upp i tre delskalor som på engelska är *Decision latitude*, *Psychological demands* och *Social support*. På svenska har de översatts till Kontroll (“I mitt arbete får jag fatta egna beslut”), Krav (“Mitt arbete kräver att jag arbetar mycket hårt”) samt Socialt stöd. Delskalan Socialt stöd kan även delas upp i ytterligare två delskalor; Socialt stöd från kollegor och Socialt stöd från arbetsledare. De 9 frågorna om arbetsrelaterade krav rör motstridiga krav, hur hårt arbetaren jobbar och organisationens krav på färdigställande av uppgifter. De 9 frågorna om arbetsrelaterad kontroll rör möjligheten att fatta beslut angående jobbet samt den nödvändiga kompetensnivån och möjligheten att vara kreativ i arbetet. De 8 frågorna om stöd differentieras mellan instrumentella och emotionella aspekter liksom stöd från arbetsledaren och från kollegor. Frågorna som rör krav och kontroll besvaras på en Likertskala mellan 1 (Håller inte alls med) till 4 (Håller med fullständigt). För frågor som rör socialt stöd finns det 5 svarsalternativ; 0 = saknar arbetsledare/kollegor, 1 = håller inte alls med, 2 = håller inte med, 3 = håller med och 4 = håller med fullständigt. För analyserna tas svar från de deltagare som angett att de saknar arbetsledare och/eller kollegor bort. Det har konstaterats att JCQ visat sig vara användbar när det gäller att fånga viktiga element av psykologiska erfarenheter på arbetsplatser i många länder, och därför möjliggjort en internationellt jämförbar förståelse

av arbetsrelaterade begrepp. Cronbach's alpha är generellt acceptabel med en genomsnittlig alpha på 0,73 för kvinnor och 0,74 för män (Karasek et al., 1998). I en svensk studie av Persson, Österberg, Viborg, Jönsson och Tenenbaum (2016) användes den svenska översättningen av JCQ och den fick ett acceptabelt alphavärde som låg mellan 0,78 och 0,79. för huvudkategorierna krav, kontroll och socialt stöd, medan subskalorna hade ett alphavärde som varierade mellan 0,61 och 0,83.

I denna studie låg Cronbach's alpha på 0,69 för delskalan som mäter arbetsrelaterad kontroll, på 0,62 för delskalan som mäter psykologiska krav på arbetsplatsen och 0,75 på delskalan som mäter socialt stöd. Delskalan Socialt stöd från kollegor hade ett alphavärde på 0,71 och delskalan Socialt stöd från arbetsledare hade ett alphavärde på 0,81. Reliabiliteten för hela skalan låg på 0,69, vilket bedöms vara på gränsen till acceptabelt.

Socialt stöd. Socialt stöd mättes med en svensk översättning av *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* som är skapad av Zimet, Dahlem, Zimet och Farley (1988). MSPSS består av 12 påståenden som besvaras på en Likertskala mellan 1 (Instämmer inte alls) till 7 (Instämmer helt). Formuläret kan delas in i tre delskalor: Signifikant annan ("Det finns en för mig betydelsefull person i min närhet när jag behöver det"), Familj ("Jag får den känslomässiga hjälp och det stöd av min familj som jag behöver") och Vänner ("Jag kan prata om mina problem med mina vänner"). Delskalan Signifikant annan är översatt från engelskans "significant other" och översättningen diskuteras av Ekbäck, Lindberg, Benzein och Årestedt (2013), då den inte har en självklar svensk motsvarighet. Efter att författarna diskuterat översättning och ordval med Zimet kom de fram till att delskalan avser mäta socialt stöd från "en viktig person som står mig nära". Konstruktvaliditeten anses dock inte ha påverkats av översättningen.

Enligt Zimet et al. (1988) är Cronbach's alpha för Signifikanta andra, Familj och Vänner 0,91, 0,87 respektive 0,85. Reliabiliteten för hela skalan är totalt 0,88. Dessa värden tyder på god intern konsistens för skalan som helhet och för de tre delskalorna. Zimet et al. (1988) beskriver även att skalan har visat god intern reliabilitet och stabilitet över tid då deltagarna som resultaten kommer från testats vid två tillfällen.

Den svenska översättningen av MSPSS har validerats i en studie på en svensk population av Ekbäck et al. (2013). Man undersökte då kvinnor med hirsutism och deras hälsorelaterade livskvalitet. Man använde en referensgrupp bestående av sjuksköterskestudenter. I referensgruppen var reliabiliteten tillfredsställande hög och den interna konsistensen var hög för alla skalor både för referensgruppen och kvinnorna med hirsutism. Den interna konsistensen var högre i huvudsamplet (kvinnor med hirsutism) än i

referensgruppen, men ingen skala visade ett Cronbach's alpha värde under .90. När samma deltagare fick göra MSPSS igen visade resultatet på både tillfredsställande testretest-reliabilitet när det gällde både item och skalor.

För denna studie låg Cronbach's alpha för hela skalan på 0,93. Delskalan som mäter socialt stöd från familjen låg på 0,93, delskalan som mäter socialt stöd från vänner på 0,92 och delskalan som mäter socialt stöd från en signifikant annan på 0,93. Reliabiliteten för både delskalor och helskala var således hög.

Perfektionism. Perfektionism mättes med en förkortad version av *Positive and Negative Perfectionism Scale (PANPS)* som skapats av Terry-Short, Slade, Dewey och Owens (1995). PANPS består av 19 påståenden som besvaras på en Likertskala mellan 5 (stämmer precis) och 1 (stämmer inte alls). Självskattningsformuläret avser att mäta både positiva och negativa aspekter av perfektionism och har därför två delskalor: Positiv perfektionism ("Jag känner en djup tillfredsställelse när jag har gjort någonting perfekt") och Negativ perfektionism ("Om jag begår misstag, känner jag att allting är förstört"). I en studie av Haase och Prapavessis (2004), där idrottsmän mättes med den förkortade versionen av PANPS, kom man fram till att subskalorna hade acceptabel Cronbach's alpha på 0,75 för positiv perfektionism och 0,79 för negativ perfektionism. Enligt Egan, Piek, Dyck och Kane (2011a) har Haase och Prapavessis även mätt positiv och negativ perfektionism hos idrottsmän med hjälp av PANPS och fått Cronbach's Alpha på 0,83 till 0,84 för positiv perfektionism och 0,81 till 0,88 för negativ perfektionism.

För denna studie låg Cronbach's alpha för delskalan som avser mäta negativ perfektionism på 0,85 respektive 0,71 för positiv perfektionism. Det tyder på en acceptabel reliabilitet.

Design och procedur

Denna studie har en tvärsnittsdesign med en kvantitativ forskningsansats. Det är en enkätstudie där självskattningsformulär användes som instrument för datainsamling. Att använda självskattningsformulär för att mäta subjektiva variabler, såsom upplevelser av krav och kontroll på en arbetsplats, är vedertaget inom psykologisk forskningstradition. Det är ett effektivt sätt att samla in en stor mängd data på ett hanterbart sätt. Det är även användbart för att studera hur olika variabler förhåller sig till varandra.

Redan existerande självskattningsformulär som var relevanta för studiens syfte valdes att användas. För att sammanställa skattningsformuläret till en digital enkät användes enkätverktyget Sunet Survey. En pilotstudie genomfördes där en PTP-psykolog besvarade

enkäten via en dator och det tog cirka 15 minuter. Utifrån pilotstudien redigerades formuleringar och ord som pilotdeltagaren ansåg vara missvisande, svåra att förstå och/eller besvara.

Därefter publicerades enkäten i två internetforum för psykologer, PTP-psykologer och psykologstudenter på det sociala mediet Facebook. En presentationstext om studien, hur många item enkäten innehöll och ungefär hur lång tid enkäten skulle ta att besvara fanns tillgänglig både i internetforumet och inledningsvis i enkäten. För dem som hade frågor om enkäten kunde dessa ställas antingen till kommentarsfältet eller till en angiven e-mailadress. Om deltagarna samtyckte till att vara med i studien fylldes enkäten i via mobiltelefon, surfplatta eller dator. Inga personuppgifter samlades in och därför kunde deltagarna besvara enkäten helt anonymt. Alla 100 frågor var obligatoriska att besvara.

Dataanalys

Preliminära analyser genomfördes först för att undersöka så att villkoren om normalitet, linjäritet, multikollinearitet och homoskedasticitet var uppfyllda. I självskattningsskalan MSPSS uppfyllde inte delskalan som mäter socialt stöd från familjen kraven för normalfördelning, då det fanns en takeffekt. Efter övervägning gjordes valet att behålla skalpoängen utan att dikotomisera dem. Detta på grund av att mycket information hade gått förlorad vid dikotomisering av skalan.

Analysen gjordes med hjälp av IBM SPSS Statistics version 23. Då alla item i enkäten var obligatoriska behövde inga bortfall hanteras. Samband mellan studiens variabler undersöktes med hjälp av Pearsons korrelationer. Ett oberoende t-test gjordes för att undersöka om det fanns signifikanta könsskillnader i enkätsvaren. Slutligen användes en multipel regressionsanalys för att predicera de olika faktorernas inverkan på compassion fatigue.

Etiska överväganden

Ett antal etiska överväganden gjordes vid val av frågeställningar, metod, design och deltagare. Alla deltagare informerades om studiens syfte och lämnade sitt samtycke genom att fylla i alla item i självskattningsformuläret. Inga känsliga uppgifter eller sådana som skulle kunna identifiera deltagarna samlades in och således kunde deltagarnas anonymitet garanteras. Självskattningsuppgifterna samlades in via datorprogrammet Sunet Survey och därför kan ingen spåra de enskilda svaren till respektive respondent. Frågorna som användes för materialinsamlandet bedömdes inte vara av sådan art att de skulle kunna skada deltagarna.

Resultat

Deskriptiv data

Deltagare. Tabell 2 visar deskriptiv data för studiens deltagare. Så gott som alla deltagare var under 55 år och de flesta hade arbetslivserfarenhet som var mindre än 5 år. Majoriteten var kvinnor, vilket till viss del återspeglar könsfördelningen inom psykologkåren i Sverige. Psykologförbundets medlemmar bestod i mars 2017 av 72 % kvinnor och 28 % män, medan Socialstyrelsen (2015) uppskattar att kåren består av 70 % kvinnor och 30 % män.

Resultat från skattningsskalorna. Tabell 3 visar de deskriptiva värdena för delskalorna i respektive skattningsformulär. Antalet deltagare för delskalorna som mäter socialt stöd från kollegor och arbetsledare är färre på grund av att deltagare som angett att de saknar kollegor och/eller arbetsledare togs bort för analysen. Oberoende t-test genomfördes för att se om det fanns könsrelaterade skillnader i resultatet. Två delskalor på MSPSS visade signifikanta skillnader mellan män och kvinnor. Delskalan Socialt stöd från vänner visade signifikanta könsskillnader ($t(381) = 4,71, p < 0,001, d = 0,63$), med en medelstor effektstorlek. Män ($M = 19,08$ och $SD = 4,42$) upplevde alltså socialt stöd från vänner lägre än kvinnorna ($M = 21,97$ och $SD = 4,59$). Även på delskalan Socialt stöd från en signifikant annan fanns det könsskillnader ($t(381) = 2,37, p = 0,02, d = 0,32$), med en låg till medelstor effektstorlek. Även där upplevde män lägre socialt stöd från en signifikant annan ($M = 22,59$ och $SD = 4,26$) än kvinnor ($M = 23,99$ och $SD = 4,49$).

Tabell 2

Deskriptiv data över studiens deltagare. (N = 384)

Variabler	Antal	Procent
Ålder		
20-34 år	171	44,5
35-54 år	184	47,9
55-64 år	26	6,8
65 och över	3	0,8
Kön		
Kvinna	320	83,3
Man	63	16,4
Annat	1	0,3
Arbetslivserfarenhet		
– 5 år	179	46,6
6 – 10 år	93	24,2
11 – 15 år	58	15,1
16 - 25 år	34	8,9
26 – 50 år	19	4,9
Mer än 51 år	1	0,3

Tabell 3

Deskriptiva värden för delskalorna i respektive skattningsformulär.

Självskattningsformulär	N	M	SD
JCQ			
Krav	384	24,02	3,79
Kontroll	384	28,32	3,02
Socialt stöd	351	23,04	3,37
Socialt stöd kollegor	375*	12,60	1,84
Socialt stöd arbetsledare	353*	10,43	2,43
PANPS			
Positiv perfektionism	384	25,36	4,88
Negativ perfektionism	384	28,70	7,15
MSPSS			
Stöd från familj	384	20,75	5,46
Stöd från vänner	384	21,47	4,70
Stöd från signifikant annan	384	23,74	4,49
ProQOL			
Compassion satisfaction	384	37,16	5,89
Burnout	384	23,71	4,86
Secondary Traumatic Stress	384	20,68	5,32
Compassion fatigue	384	44,39	8,73

Not. JCQ = Job Content Questionnaire, PANPS = Positive And Negative Perfectionism Scale, MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support, ProQOL = Professional Quality of Life Scale.

* Antalet deltagare var färre på grund av att deltagare som angivit att de saknade kollegor och/eller arbetsgivare togs bort för analysen.

Tabell 4

Korrelationer med Pearsons av compassion fatigue och uppmätta variabler.

	Compassion satisfaction	Krav	Kontroll	Socialt stöd koll.	Socialt stöd chef	Negativ perf.	Positiv Perf.	Socialt stöd fam.	Socialt stöd vän	Socialt stöd SO.
Comp. Fat.	-,46**	,39**	-,22**	-,29**	-,26*	,47**	-,01	-,29**	-,17**	-,22**
Comp. Sat.		-,23**	,36**	,18**	,24**	-,42**	,14**	,18**	,16**	,17**
Krav			,01	-,14**	-,21**	,33**	,17**	-,17**	-,13**	-,14**
Kontroll				,15**	,30**	-,13*	,21**	,11*	,03	,06
Socialt stöd koll.					,25**	-,13*	-,04	,22**	,25**	,20**
Socialt stöd chef						-,16**	,03	,19**	,11*	,10*
Negativ perf.							,24**	-,17**	-,15**	-,13**
Positiv perf.								,04	-,03	-,03
Socialt stöd fam.									,41**	,64**
Socialt stöd vän										,53**
Socialt stöd SO.										

Not. Comp. Fat. = Compassion fatigue, Comp. Sat. = Compassion Satisfaction, Socialt stöd koll. = Socialt stöd från kollegor, Socialt stöd chef = Socialt stöd från arbetsledare, Negativ perf. = Negativ perfektionism, Positiv perf. = Positiv perfektionism, Socialt stöd fam. = Socialt stöd från familj, Stöd SO = Socialt stöd från en signifikant annan.

$p = <0,05^*$, $p = <0,01^{**}$

Korrelationsanalys

Sambanden mellan compassion fatigue och de respektive variablerna presenteras i Tabell 4. Som resultatet visar finns signifikanta samband mellan compassion fatigue och majoriteten av variablerna. Högst är korrelationen mellan Compassion fatigue och Negativ perfektionism. Därefter kommer Compassion satisfaction, Krav och Socialt stöd från familjen. Variablerna Positiv perfektionism visade inga signifikanta samband med Compassion fatigue och uteslöts således ur den multipla regressionsanalysen.

Tabell 5

Multipel regression för att predicera compassion fatigue från valda variabler.

Variabler	<i>B</i>	<i>SE b</i>	β	<i>p</i>
Compassion satisfaction	-,398	,074	-,271	<0,001
Krav	,541	,106	,232	<0,001
Kontroll	-,116	,139	-,039	0,406
Stöd kollegor	-,495	,213	-,103	0,021
Stöd arbetsledare	-,211	,166	-,059	0,203
Negativ perfektionism	,285	,058	,235	<0,001
Stöd familj	-,231	,089	-,143	0,010
Stöd vänner	,056	,092	,031	0,746
Stöd signifikant annan	,038	,092	,031	0,543

Prediktorer av compassion fatigue

En multipel regressionsanalys genomfördes i syfte att predicera compassion fatigue utifrån nivå av compassion satisfaction, upplevda krav, kontroll och socialt stöd på arbetsplatsen från arbetsledare och kollegor, upplevt socialt stöd från familj, vänner och en signifikant annan samt nivå av negativ perfektionism. Statistiken för den multipla regressionsanalysen redovisas i Tabell 5. Den multipla regressionsanalysen visade signifikanta resultat, $F(9, 374) = 26,59$, $p = < ,001$. Tillsammans förklarade variablerna 40 % av varianserna i compassion fatigue (*justerat* $R^2 = 0,397$). Den prediktor som var starkast var

Compassion satisfaction ($\beta = 0,271, t = 5,4, p = < 0,001$) och därefter kom Negativ perfektionism ($\beta = -0,235, t = -4,9, p = 0,001$). Upplevelse av arbetsrelaterade krav bidrog också till prediktionen av compassion fatigue ($\beta = 0,232, t = 5,1, p = 0,001$). Även Socialt stöd från familjen ($\beta = -0,143, t = -2,6, p = 0,010$) och Socialt stöd från kollegor ($\beta = -0,103, t = -2,3, p = 0,021$) var signifikanta. Kontroll visade sig vara en icke-signifikant prediktor, liksom Socialt stöd från arbetsledare, Socialt stöd från vänner och Socialt stöd från en signifikant annan. Eftersom variabeln Stöd från familjen inte var normalfördelad, så gjordes regressionsanalysen om där denna variabel dikotomiserats i högt respektive lågt socialt stöd från familjen utifrån medianen. Resultaten av regressionsanalysen blev i huvudsak desamma, med den skillnaden att familjestöd inte längre var en signifikant prediktor.

Diskussion

Syftet med studien är att undersöka vilka av de mätta faktorerna som predicerar compassion fatigue bland legitimerade psykologer och PTP-psykologer. Hypoteserna som undersökts gäller sambandet mellan compassion fatigue och compassion satisfaction, socialt stöd från familj, vänner, en signifikant annan, kollegor och arbetsledare, negativ perfektionism och arbetsrelaterade krav och kontroll. Varje faktors samband med compassion fatigue kommer diskuteras för sig.

Compassion fatigue

Variabeln Compassion fatigue är utfallsvariabeln i den multipla regressionsanalysen och den mäts med skattningsinstrumentet *ProQOL*. Det är ett instrument som inte tidigare använts för att mäta compassion fatigue bland just psykologer i Sverige och således finns det inga normdata tillgängliga för just denna studies deltagare. Dock har en svensk studie av Kjellenberg, Nilsson, Daukantaité och Cardena (2014) undersökt compassion fatigue bland personer som arbetar med krigs- och traumaöverlevare i Sverige. Vid jämförelse av resultaten från de båda studierna visar det sig att poängen är mycket likartad. För compassion fatigue har deltagarna i studien av Kjellenberg et al. (2014) angivit att de "sällan" kände compassion fatigue och i resultaten angivit svar som uppmätte ett medelvärde på 44,56 och en standardavvikelse på 8,54. Denna studies deltagare har ett medelvärde på 44,39 och en standardavvikelse på 8,73 för compassion fatigue. Då psykologer och personer som arbetar med krigs- och traumaöverlevare torde ha liknande arbetsuppgifter och snarlik patientgrupp, är det rimligt att resultaten är lika. Resultatet från denna studie stämmer således överens med

en liknande population i samma kulturella kontext. Det finns också en möjlighet att en del av deltagarna i studien av Kjellenberg et al. (2014) var psykologer.

Compassion fatigue och compassion satisfaction

Compassion satisfaction har ett starkt negativt samband med compassion fatigue bland psykologerna i studien. Detta innebär att ju högre nivåer av compassion satisfaction som uppmäts, desto lägre är nivån av compassion fatigue. I praktiken innebär det att ju mer tillfreds en psykolog är med sitt arbete, desto mindre är risken för att utveckla compassion fatigue. Då dessa två variabler sannolikt står i motsatsrelation till varandra är detta ett väntat resultat, och bekräftar således studiens första hypotes. Den multipla regressionsanalysen visar att compassion satisfaction är den starkaste prediktorn av compassion fatigue. Dessa resultat stämmer överens med studier som har visat att compassion satisfaction kan ses som en skyddsfaktor mot compassion fatigue (Collin & Long, 2003).

Collin och Long (2003) skriver att höga nivåer av compassion satisfaction kan få sjuksköterskor att fortsätta arbeta på sina arbetsplatser trots att det bidrar till en viss smärta och oro. Samtidigt har man i en studie av Craig och Sprang (2010) sett att specialiserad träning för terapeuter som arbetar med traumapatienter signifikant ökade terapeuternas compassion satisfaction och minskade deras nivåer av compassion fatigue. Detta skulle kunna innebära att psykologer som arbetar med traumapatienter och befinner sig i riskzonen för att utveckla compassion fatigue skulle kunna erbjudas specialiserad träning i syfte att öka sin compassion satisfaction. På det sättet skulle eventuellt deras nivåer av compassion fatigue sänkas. Genom att öka psykologernas compassion satisfaction finns det en chans att de arbetar kvar på ett arbete trots att det bidrar till negativ hälsopåverkan.

En annan tänkbar tolkning av resultatet är att psykologer som drabbas av compassion fatigue upplever minskad compassion satisfaction – alltså att symtomen på compassion fatigue gör att nivån av compassion satisfaction sänks. Då båda begreppen förmodligen speglar psykologiska processer som reciprokt påverkar varandra är det svårt att uttala sig om vilket tillstånd som uppstod först. För att undersöka kausaliteten hade man behövt göra en studie med en longitudinell design.

Compassion fatigue och socialt stöd

Kollegor. Resultaten visar ett signifikant negativt samband mellan variablerna Compassion fatigue och Socialt stöd från kollegor. Sambandet är dock relativt svagt. Det

innebär att ju högre socialt stöd en psykolog upplever från sina kollegor desto lägre nivå av compassion fatigue har denne. I den multipla regressionsanalysen visar sig kollegialt stöd ha ett relativt högt predicerande värde, som är signifikant. Detta innebär att hypotesen gällande samband mellan compassion fatigue och kollegialt stöd kan bekräftas. Detta är förenligt med antaganden att högt kollegialt stöd är skyddande mot compassion fatigue.

Alla deltagare i denna studie har sannolikt inte bara tänkt på andra psykologer när de besvarat frågorna angående kollegor, då psykologer ofta arbetar tvärprofessionellt i team. Det förekommer dock att psykologer arbetar tillsammans i arbetsgrupper med enbart psykologer, vilket även bör tas i beaktning när man analyserar resultaten. Utöver att ha samma fysiska arbetsplats och patientgrupp som sina kollegor kan psykologer även ha samma utbildning och yrkeslegitimation som sina kollegor. Att ha mycket gemensamt med sina kollegor, vare sig det handlar om utbildning eller fritidsintressen, ökar känslan av gruppsamhörighet och kan öka arbetstrivseln (Forsyth, 2014).

Då deltagarna som angivit att de saknar kollegor inte inkluderades i analyserna kan resultatet inte säga någonting om hur avsaknad av kollegor påverkar nivån av compassion fatigue. Vissa deltagare som angivit att de saknar kollegor kan ha gjort det på grund av att de bedriver psykologarbete i egen firma och kanske valt att inte ha kollegor. Dessa psykologer upplever kanske att de arbetar bäst utan kollegor. Enligt Karasek och Theorell (1990) är det inte alltid positivt att arbeta med kollegor då samarbete kan vara en källa till stress. Kanske är det de sociala förväntningarna på vad man ska prestera som leder till stress. Det kan således vara så att de psykologer som angivit att de saknar kollegor ser detta som positivt och att det fungerar skyddande mot compassion fatigue.

Om lågt socialt stöd från kollegor kan leda till höga nivåer av compassion fatigue kan det antas att lågt socialt stöd från kollegor även kan ha ett samband med andra typer av psykologiska påfrestningar som exempelvis stress, utmattning och känsla av utanförskap på arbetsplatsen. I värsta fall kan sådana upplevelser leda till arbetsfrånvaro, långvarig sjukskrivning eller att arbetaren säger upp sig och byter arbete. Psykologer som angivit att de upplever lågt socialt stöd från kollegor skulle kunna känna sig mobbade eller utfrysta från gruppen. Det kan vara lämpligt att arbetsplatser har en tydlig handlingsplan för vad som bör göras om någon ur personalen upplever att den är utfryst. Det är viktigt att även aktivt arbeta med teambuilding, erbjuda utrymme för informella ritualer (exempelvis fikapaus) och andra interventioner i syfte att förbättra sammanhållningen i arbetsgruppen. Olika arbetsplatser har olika möjligheter att erbjuda sina arbetare dessa typer av möjligheter. Det

kan alltså vara upp till varje psykolog att utvärdera sin arbetssituation för att se om det finns brister, och därefter agera på ett lämpligt vis.

Ett annat sätt att se på resultaten är att compassion fatigue kan ha föregått upplevelser av lågt socialt stöd från kollegor. Compassion fatigue förknippas med depressiva tendenser, vilket ofta leder till att sociala interaktioner blir extra påfrestande och energikrävande. Personer med compassion fatigue riskerar därför att dra sig undan från sociala situationer, vilket kan leda till att det sociala stödet från kollegor upplevs som lågt. Det kan antingen bero på att det kollegiala stödet upplevs som mer stressande än befrämjande eller på att kollegorna respekterar avståndstagandet och inte erbjuder socialt stöd.

Arbetsledare. Det finns ett negativt samband, som är signifikant men lågt, mellan variablerna Compassion fatigue och Socialt stöd från arbetsledaren. Det innebär att individer som upplever lågt socialt stöd från sin arbetsledare tenderar att ha högre nivåer av compassion fatigue. I den multipla regressionsanalysen är socialt stöd från arbetsledare inte en signifikant prediktor. Man kan således inte anta att socialt stöd från arbetsledare, kombinerat med de övriga prediktorerna, har ett prediktivt värde för compassion fatigue.

Resultaten tyder på att upplevt socialt stöd från kollegor har större betydelse för nivån av compassion fatigue än det upplevda stödet från arbetsledare. Det skulle kunna betyda att upplevt socialt stöd från kollegor är viktigare för att man ska må bra på arbetsplatsen än betydelsen av upplevt socialt stöd från arbetsledaren. Det kan bero på att arbetare ofta har mer kontakt och mer gemensamt på arbetsplatsen med sina kollegor än med sin arbetsledare, då kollegorna befinner sig på samma nivå i arbetsplatsstrukturen. Arbetsledarens stödfunktion kan således se annorlunda ut än kollegornas. Det kan även bero på de formella rollerna och de sociala normerna som följer med dessa roller, vilket kan variera mellan arbetsplatser. Det sociala stödet från kollegor syftar (ofta) till socialt stöd från fler personer, medan det sociala stödet från en arbetsledare syftar till stöd från en person. Man kan argumentera för att det är viktigare att känna ett starkt socialt stöd från sina kollegor då de handlar om en gruppprocess, än till arbetsledaren som bara är en person. Detta bör tas i beräkning då man jämför faktorerna med varandra.

Då det förekommer att psykologer är chefer för andra psykologer så kan arbetsledarna som studiens deltagare syftar på i sina enkätsvar vara psykologer eller tillhöra andra yrkeskategorier. Att en arbetare har samma formella utbildning som sina arbetsledare kan sannolikt påverka rollerna på olika sätt. Det skulle kunna öka känslan av samhörighet mellan arbetsledare och psykolog, eller leda till rollförvirring.

Hur nivån av compassion fatigue ser ut hos psykologer som är sina egna arbetsgivare och exempelvis driver egen firma, går i denna studie inte att uttala sig om då svar från deltagare som angivit att de saknar arbetsledare inte inkluderades i analysen.

En annan tolkning är att psykologer upplever lägre socialt stöd från arbetsledaren om de lider av compassion fatigue. Då arbetsituationen blir mer ansträngande för psykologen kan denne försöka avskärma sig från kontakt med arbetsledaren på grund av att detta kanske leder till stress och olustkänslor. Arbetsledaren kanske i sin tur försöker anpassa sig till psykologens avståndstagande genom att ge denne utrymme. Det kan göra att stödet från arbetsledaren upplevs som lägre.

Familj. Socialt stöd från familjen har ett signifikant, på gränsen till medelstarkt, negativt samband med variabeln compassion fatigue. Detta betyder att ju lägre socialt stöd en psykolog känner från sin familj desto högre nivå av compassion fatigue och vice versa. I den multipla regressionsanalysen var socialt stöd från familjen en av variablerna som hade signifikant predicerande effekt för compassion fatigue. Sammantaget tyder resultatet på att socialt stöd från familjen skulle kunna vara en skyddande faktor mot utvecklandet av compassion fatigue. Detta går hand i hand med Airapoorans (2014) studie där familjestöd var en signifikant prediktor för compassion fatigue. Även Galek et al. (2011) har i sin forskning sett att stöd från familjen korrelerar negativt med utbrändhet och sekundär traumatisk stress, vilket är associerat till compassion fatigue.

En annan möjlig tolkning är att det är lågt socialt stöd från familjen som ökar risken för utvecklandet av compassion fatigue bland psykologer. Om psykologer känner att de inte får stöd hemifrån kan detta sannolikt påverka motivationen och lusten att arbeta. Arbetsituationen och möjligheten att skapa goda terapeutiska relationer med patienter kan också påverkas av upplevda brister i stödet från familjen. Det är svårt att uttala sig om kausalitet då compassion fatigue och upplevt socialt stöd från familjen sannolikt påverkar varandra reciprokt. Kanske är det en krävande familjesituation och hemmiljö som gör att psykologerna inte kan slappna av utanför arbetet, vilket i sin tur gör att stress från arbetet inte kan släppas när psykologen kommer hem.

Resultaten vad gäller variabeln Socialt stöd från familjen blev olika beroende på om hela den kontinuerliga variabeln eller en dikotomiserad variabel användes som prediktor. Anledningen till att den användes som kontinuerlig variabel i regressionsanalysen var för att variabeln behandlats på det sättet i tidigare forskning. Det faktum att effekten försvann helt när variabeln dikotomiserats tyder dock på att detta är ett tveksamt förfarande och att dessa resultat måste tolkas med stor försiktighet.

Vänner. Utifrån resultaten i studien ser man att socialt stöd från vänner har ett signifikant, men svagt, negativt samband med compassion fatigue. Det innebär att ju högre socialt stöd en psykolog upplever från sina vänner, desto lägre nivåer av compassion fatigue. I den multipla regressionsanalysen är socialt stöd från vänner inte en signifikant prediktor. Således går det inte att säga att upplevt socialt stöd från vänner skulle ha en skyddande effekt mot compassion fatigue. Det finns signifikant skillnad mellan hur manliga och kvinnliga psykologer upplevde socialt stöd från vänner där männen upplevde mindre stöd från vänner. Det kan tänkas bero på att kvinnor förväntas värna mer om sociala relationer än män, vilket sannolikt påverkar upplevelsen av hur stort socialt stöd vännerna är.

Socialt stöd från familjen är en starkare prediktor för compassion fatigue än socialt stöd från vänner. Sannolikt beror detta på att familjen brukar stå individer närmre än vänner, både fysiskt och emotionellt.

En annan tolkning av resultatet är att det är compassion fatigue som gör att det sociala stödet från vänner upplevs som mindre. De depressiva symtomen på compassion fatigue kan göra att psykologen drar sig undan och undviker social kontakt med vänner på grund av att det är en för stor ansträngning att vara i sociala sammanhang utanför arbetet. Det skulle kunna påverka hur det sociala stödet från vänner upplevs av psykologen. Ifall sociala interaktioner med vännerna främst går ut på att psykologen förväntas agera på ett sätt som tangerar yrkesrollen så kanske inte relationer med vännerna upplevs som stödjande, utan snarare riskerar att öka symtomen på compassion fatigue. Detta kan också leda till att psykologer inte söker socialt stöd från vänner ifall denne utvecklat compassion fatigue.

Signifikant annan. Variabeln Socialt stöd från en signifikant annan har, liksom de övriga variablerna som mäter socialt stöd, ett svagt negativt samband med compassion fatigue. Det innebär att upplevelser av att ha ett högt socialt stöd från en signifikant annan korrelerar med låga nivåer av compassion fatigue. I den multipla regressionanalysen blev dock Socialt stöd från en signifikant annan inte en signifikant prediktor.

I den amerikanska versionen av MSPSS är det troligt att delskalan *Significant other* syftar till socialt stöd från en livskamrat/partner. I den svenska översättningen blir dock definitionen ”en viktig person som står mig nära”, vilket inte behöver vara en livskamrat eller partner. Det skulle lika gärna kunna vara en vän eller en familjemedlem. Därför finns det farhågor om att delskalan har bristande konstruktvaliditet. Utifrån resultaten kan man dock se att delskalan korrelerar relativt högt med både Socialt stöd från familj och Socialt stöd från vänner. Högst samband har den med Socialt stöd från familj, vilket stärker antagandet om att

psykologerna i studien kan ha syftat på familjemedlemmar eller vänner när de ska fylla i enkäten och reflektera kring ”en viktig person som står mig nära”.

Resultatet visar en signifikant skillnad angående hur manliga och kvinnliga psykologer upplevde stödet från en signifikant annan. Detta skulle kunna bero på att det ingår i de kvinnliga könsnormerna att värna om vänskapsrelationer på ett djupare plan än män. Således kan exempelvis kvinnliga psykologer som saknar partner uppleva högt socialt stöd från en nära vän, medan manliga psykologer kanske inte upplever det.

En tolkning av resultatet är, liksom med de andra variablerna, att psykologer med compassion fatigue tenderar att dra sig undan från sociala interaktioner och således inte upplever stöd från en signifikant annan. Psykologen kan eventuellt ta avstånd från den signifikanta andra vilket i sin tur gör att den signifikanta andra läser av psykologens beteende och väljer att ge denne utrymme.

Variablerna som mäter socialt stöd. Sammantaget tyder resultaten på att alla variabler som mäter socialt stöd har negativa samband med compassion fatigue. Samtliga samband fick svaga men signifikanta resultat. Socialt stöd från kollegor och Socialt stöd från familjen var de prediktorerna som hade störst effekt på variabeln compassion fatigue. En alternativ tolkning av samtliga stödvariabler är att psykologer med compassion fatigue, medvetet eller omedvetet, kan välja bort socialt umgänge på grund av exempelvis trötthet eller depressivitet. Det kan göra att det sociala stödet upplevs som lägre eller att det sociala stödet faktiskt påverkas då omgivningen väljer att respektera avståndstagandet. Då två stödvariabler faktiskt hade ett signifikant predicerande effekt för compassion fatigue, så kan man anta att det sociala stödet faktiskt påverkar nivån av compassion fatigue.

Compassion fatigue och perfektionism

Positiv perfektionism. Positiv perfektionism och compassion fatigue har ett lågt, icke-signifikant samband. Detta innebär att de positiva aspekterna av att ha höga prestationskrav, exempelvis att känna sig sporrade att prestera bra för sin egen skull, inte har något samband med compassion fatigue. Det kan vara så att positiv perfektionism inte har någon koppling till compassion fatigue, utan snarare till fysisk och mental utmattning.

Det finns många studier som lyfter fram de negativa aspekterna av perfektionism, men färre som fokuserar på de positiva. Stoeber och Otto (2006) har i sin studie sett att en självorienterad perfektionistisk strävan, exempelvis att man vill prestera bra för sin egen skull, är positivt för individer som inte är alltför rädda för att bli negativt utvärderade av andra eller göra misstag. Kanske kan det vara ett skydd mot compassion fatigue att ha höga

standarder i kombination med att inte oroa sig för att göra misstag eller bli negativt utvärderad av andra.

Det finns dock en risk för att psykologer med höga nivåer av positiv perfektionism inte besvarade självskattningsenkäten sanningsenligt, utan på ett sätt som snarare speglar ett önskat mående eller förhållningssätt.

Negativ perfektionism. Negativ perfektionism är den variabel som har högst samband med compassion fatigue och den prediktor som har näst störst effekt på compassion fatigue. Detta innebär att det finns ett samband mellan de negativa aspekterna av att ha höga prestationskrav, exempelvis att känna sig pressad till att prestera bättre än andra, och compassion fatigue. Det stämmer överens med resultat från studier som tyder på att perfektionism har samband med stress, ångest, ätstörningar, utbrändhet och depression (Pervin & Cervone, 2010; Flett et al., 2005; Egan et al., 2011b). Perfektionism har inte studerats i relation till compassion fatigue tidigare, men utifrån forskningsrön kan det antas att perfektionism kan vara en riskfaktor för utvecklande av psykisk ohälsa och då även compassion fatigue.

Att vara psykolog och ha höga standarder för prestation är fördelaktigt vid utförandet av många arbetsuppgifter. Att vara perfektionistiskt lagd är dock sammankopplat med en tendens att bli negativt påverkad av misslyckanden. Psykologer arbetar ofta med arbetsuppgifter som kan vara svåra och mentalt påfrestande, exempelvis att behandla patienter som har svåra psykiatriska problem. Dessa kan vara svåra att behandla och i många fall blir behandlingsutfallet inte så bra som psykologen kanske hade hoppats. Det kan vara så att psykologer med höga nivåer av perfektionism ser behandlingar som personliga prestationer och skyller uteblivna behandlingseffekter på sig själva. Det kan leda till en nedvärderande självbild och minskat självförtroende i förhållande till yrkesrollen. Psykologer som behandlar en svår patientgrupp, exempelvis patienter som upplevt trauman, ligger i riskzonen för att utveckla compassion fatigue (Negash & Sahin, 2011). Att dessutom ha höga standarder för prestation och nedvärdera sig själv vid misslyckanden kan tänkas öka risken för att drabbas av compassion fatigue ännu mer.

Perfektionism beskrivs som ett karaktärsdrag som är integrerat i personligheten och kan därför vara svårt att förändra. Ett steg åt en mindre perfektionistisk hållning skulle kunna vara att försöka minska rädslan för att misslyckas och bli bedömd av andra, exempelvis av kollegor. Detta beror till stor del på arbetsklimatet och hur arbetsledaren väljer att påverka sin personal. En arbetsgivare skulle kunna understryka att exempelvis uteblivna behandlingseffekter eller svårtolkade testresultat är vanligt och att den enskilde psykologen

inte ska klandra sig själv. Genom att skapa ett tillåtande arbetsklimat ges psykologer med negativa perfektionistiska tendenser möjlighet att utforska andra sätt att förhålla sig till sina egna standarder för prestation.

Compassion fatigue och arbetsrelaterade krav och kontroll

Krav. Variabeln Krav har ett medelstarkt samband med compassion fatigue. Arbetsrelaterade krav visar sig även vara den prediktor som har tredje störst effekt för att predicera compassion fatigue. Detta skulle kunna innebära att ju högre arbetsrelaterade krav en psykolog upplever desto större är risken att drabbas av compassion fatigue. Låga nivåer av arbetsrelaterade krav; att känna att man kan tillgodose de krav man förväntas klara på arbetsplatsen, skulle kunna vara en skyddande faktor mot compassion fatigue.

Psykologer är en yrkesgrupp som det ofta ställs höga psykologiska krav på. Under en arbetsdag kan psykologer förväntas hantera patienter med svår psykiatrisk problematik, göra avancerade bedömningar och hantera krävande testsituationer. Varje psykolog kan ha egna krav som de ställer på sig själva i förhållande till sina prestationer. Det kan också finnas outtalade krav på en arbetsplats som upprätthålls av normer och social önskvärdhet. Kraven kan även vara formella och komma från arbetsgivaren i form av produktionskrav. Det påverkar vilken arbetsbelastning psykologen har. Om kraven upplevs som rimliga och är möjliga för psykologen att tillmötesgå kan de upplevas som positiva. Om kraven däremot upplevs som för höga och svåra att leva upp till så kan det få negativa konsekvenser. Om en psykolog till exempel behandlar flera patienter med svåra psykiatriska tillstånd så kan de behöva tid för reflektion och återhämtning efter ett behandlingssamtal innan nästa arbetsuppgift påbörjas. Alla arbetsplatser och arbetsgivare har inte möjlighet att erbjuda den typen av flexibilitet i arbetsschemat. Det beror sannolikt på att olika psykologer har olika arbetsrelaterade behov gällande exempelvis tid för återhämtning mellan patienter. En psykologs arbetsrelaterade behov kan dessutom variera beroende på exempelvis dagsform eller vilka typer av arbetsuppgifter som psykologen har för tillfället. Därför kan det vara svårt för arbetsgivare att göra en uppskattning av vilka krav som är rimliga att ställa på en psykolog. För högt ställda krav från arbetsledaren kan få negativa konsekvenser som exempelvis compassion fatigue. Andra konsekvenser som för höga krav kan leda till, och som även har koppling till compassion fatigue, är stress, utmattningssyndrom, sjukskrivning och uppsägningar.

Ingen verksamhet gynnas ekonomiskt av personal som tvingas sjukskriva sig eller sluta på grund av compassion fatigue eller andra arbetsrelaterade besvär. Att ställa krav som

är anpassade för varje individ är lämpligt då olika psykologer har olika behov. Vissa behöver lång tid för att journalföra och vissa behöver längre tid för återhämtning efter behandling av en viss patientgrupp. Att som arbetsgivare försöka ha koll på vad de anställda psykologerna har för behov och önskemål gör att kravnivån kan justeras därefter. Dessutom kan behoven förändras för en och samma psykolog över tid. Det är viktigt att arbetsgivare uppmuntrar psykologerna att berätta när de känner att arbetsbelastningen är för låg eller för hög. Det är också upp till varje psykolog att ta ansvar för sin arbetssituation och förmedla till arbetsledaren ifall arbetsbelastningen måste förändras. Arbetsplatser som inte kan tillgodose sin personals behov kommer på lång sikt att förlora sin personal, antingen på grund av att de väljer att sluta eller för att de måste sjukskriva sig på grund av arbetsrelaterad ohälsa. Det finns också psykologer som väljer att driva egna företag för att kunna justera sina egna arbetsvillkor.

En annan tolkning av resultatet skulle kunna vara att det är tillstånd av compassion fatigue som orsakar att man tolkar de arbetsrelaterade kraven som höga. Med tanke på att några av symtomen på compassion fatigue är överkänslighet och känslor av maktlöshet är det sannolikt att compassion fatigue kan leda till att arbetsuppgifterna känns övermäktiga och svåra att hantera. Compassion fatigue leder dessutom till reella svårigheter att hantera arbetsuppgifter; alltifrån bedömningar, behandlingar till journalföring. Därför skulle psykologer med compassion fatigue kunna ha svårt att möta realistiskt ställda arbetskrav och samtidigt utföra ett etiskt och kvalitetssäkrat arbete.

Delskalan som använts för att mäta arbetsrelaterade krav för psykologer hade bristande reliabilitet, med ett Cronbach's Alpha-värde på 0,62. I tidigare studier har delskalornas alphavärde varierat mellan 0,61 och 0,68. Trots detta är skalorna välanvända och anses fungera väl för att mäta arbetsrelaterade krav. Dock bör detta tas i beaktning och tolkningar utifrån delskalan bör göras med försiktighet.

Kontroll. Variabeln Kontroll har ett svagt negativt samband med compassion fatigue, som är signifikant. Det innebär att ju lägre kontroll psykologer upplever på sin arbetsplats, desto högre är nivåerna av compassion fatigue. I den multipla regressionsanalysen visar sig arbetsrelaterad kontroll inte vara en signifikant prediktor för compassion fatigue.

Karasek et al. (1998) har kategoriserat olika yrkesgrupper efter att ett stort antal deltagare med olika yrken besvarat *Job Content Questionnaire*. I studien sorteras både läkare och sjuksköterskor in i kategorin "aktiva jobb"; med hög nivå av kontroll och höga arbetsrelaterade krav. Psykologer finns inte med i artikelns kategorisering, men då dessa

tillhör vårdgivande yrken kan även psykologprofessionen kategoriseras som ett aktivt jobb, med höga nivåer av kontroll och höga arbetsrelaterade krav.

Utifrån Karaseks modell över arbetsrelaterade krav och kontroll, som illustreras i Figur 1, kan man anta att låga nivåer av arbetsrelaterad kontroll i kombination med höga arbetsrelaterade krav leder till arbetssituationer som kan upplevas som högpåfrestande. Arbeten med låga arbetsrelaterade krav i kombination med låga nivåer av kontroll kan dock upplevas som passiva. Enligt Karasek och Theorell (1990) kan arbetare med högpåfrestande arbeten riskera att drabbas av ihållande känslor av hopplöshet, social tillbakadragenhet, uppvisa aggressivt beteende och psykiska problem. Symtomen kan variera i allvarlighetsgrad beroende på individens uthållighet och arbetssituationen.

Utifrån resultaten i denna studie kan man göra tolkningen att psykologer som upplever sina arbetsplatser som högpåfrestande riskerar att drabbas av compassion fatigue. En annan tolkning är att psykologer med compassion fatigue kan uppleva att de har lite kontroll över sin arbetssituation. Då båda tillstånden påverkar varandra är det svårt att uttala sig om kausalitet i en studie med tvärsnittsdesign såsom denna.

Psykologer som arbetar på en arbetsplats med orealistiska arbetskrav eller brist på kontroll riskerar att drabbas av compassion fatigue och annan arbetsrelaterad ohälsa. Det kan även påverka motivationen att utföra arbetet samt hälsan i stort. Det är dock svårt för psykologer med compassion fatigue att återhämta sig på en arbetsplats där de upplever en låg nivå av kontroll utan att gå ner i tjänst.

Studiens begränsningar

Urvalet. Deltagarna i studien valdes ut genom ett bekvämlighetsurval. Det är till nackdel på grund av att det inte går att kontrollera. Det går exempelvis inte att veta om alla som svarade faktiskt var legitimerade psykologer eller PTP-psykologer, då det inte görs några omfattande undersökningar av administratörerna till grupperna på Facebook för att beviljas medlemskap till grupperna. Forumet används även av psykologstudenter och det finns en risk att även studenter besvarat enkäten. Det är även till nackdel att det inte kontrollerades för om deltagare som svarade var legitimerade psykologer eller PTP-psykologer. Det hade kunnat vara en intressant uppdelning i de statistiska analyserna. En fördel med detta sätt att nå ut till deltagare var dock att det var tidseffektivt och genererade många svar. Då studien genomfördes under en begränsad tidsperiod fanns det inte många andra realistiska metoder för att nå ut till många psykologer på kort tid. Då Facebook-forumen har mer än 6.500

medlemmar så gav det möjlighet för en stor andel av Sveriges legitimerade psykologer och PTP-psykologer att svara.

Skalorna. Skalorna som användes hade genomgående acceptabel reliabilitet, men flera hade på gränsen till acceptabel intern reliabilitet. Exempelvis delskalan arbetsrelaterad kontroll som hade ett Cronbach's alpha på 0,69 och delskalan som mätte arbetsrelaterade krav med ett Cronbach's alpha på 0,62. Då arbetsrelaterade krav blev en signifikant prediktor för compassion fatigue, men hade en bristande reliabilitet, är det tveksamt om den skalan egentligen mäter det som den avser mäta. Således bör tolkningarna av just denna variabel göras med försiktighet.

Resultatet från delskalan socialt stöd från familjen visade en takeffekt, och således uppfylldes inte kravet på normalfördelning. Trots detta valdes att använda delskalan. Resultatet bör dock tolkas med försiktighet och kan vara en brist i denna studie.

En ytterligare begränsning med de skalor som användes var att det inte normerats i en svensk kontext. Det gick inte att jämföra studiens resultat mot normdata eller cut-off-värde, vilket försvårade tolkning av resultatet.

Andra variabler. Inför denna studie valdes ett antal intressanta variabler som kunde tänkas ha samband med compassion fatigue undersöks. Dessa valdes utifrån tidigare forskning och författarens intresseområden. Det finns sannolikt variabler som hade kunnat bli prediktorer med större effekt för compassion fatigue i en multipel regressionsanalys.

Design. Denna studie hade en tvärsnittsdesign och därför gick det inte att undersöka vilken variabel som föregått eller orsakat en annan.

Framtida forskning

För att undersöka kausaliteten mellan valda variabler och compassion fatigue krävs att studier med en longitudinell design i syfte att se om compassion fatigue kan ha föregått eller orsakats av de variablerna. Detta skulle kunna göras genom fler mätningar över tid för att se hur nivåerna av compassion fatigue och exempelvis socialt stöd varierar. Det skulle även vara intressant att undersöka andra faktorerers samband med compassion fatigue, exempelvis olika personlighetsfaktorer. Andra förslag inför framtida forskning är behandlingsstudier i syfte att undersöka olika preventiva metoder och interventioner för compassion fatigue.

Slutsats

Syftet med denna studie var att undersöka vilket samband compassion fatigue har med socialt stöd, compassion satisfaction, arbetsrelaterat krav och kontroll och perfektionism

bland psykologer i Sverige. Alla variabler, förutom positiv perfektionism, visade sig ha signifikant samband med compassion fatigue. Compassion satisfaction, höga arbetsrelaterade krav, negativ perfektionism och socialt stöd från kollegor och familj visade sig vara signifikanta prediktorer för compassion fatigue i den multipla regressionsanalysen. Det innebär att de variablerna hade störst effekt för compassion fatigue när alla variabelers effekter slogs samman.

Prediktorerna Negativ perfektionism och Krav handlar båda om upplevda krav som kommer från en själv eller från arbetsplatsen. En person med höga standarder för prestation kan sannolikt tolka krav från arbetsplatsen som höga på grund av att de blandas ihop med de personliga standarderna. Denna studie är den första som undersökt inverkan av höga krav på compassion fatigue.

Denna studies viktigaste bidrag är att den undersöker compassion fatigue i en grupp som inte undersökts förut; psykologer i en svensk kontext. De ligger i riskzonen för compassion fatigue då de ofta arbetar med traumatiserade patienter. Negativ perfektionism kan, utifrån studien, antas ha stor betydelse för compassion fatigue. I tidigare forskning har man sett att olika typer av socialt stöd samt compassion satisfaction har varit skyddande faktorer mot compassion fatigue. Resultaten från denna studie stämmer överens med den tidigare forskningen.

Referenser

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *19*(6), 624-631.
doi: 10.1037/0735-7028.19.6.624
- Andersson, C. (2016). *Compassioneffekten: att utveckla självförtroende och inre trygghet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ariapooran, S. (2014). Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, *19*(3), 279-284. Hämtad från
<http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=96640882&site=eds-live&scope=site>
- Berk, L. (2010). *Development through the lifespan* (5th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken. Tillämpning av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2010). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Collins, S., & Long, A. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, *10*(1), 17-27.
doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00526.x
- Craig, C.D. & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping Vol. 23, Nr. 3*, 319-339. doi: 10.1080/10615800903085818
- Egan, S., Piek, J., Dyck, M., & Kane, R. (2011a). The reliability and validity of the positive and negative perfectionism scale. *Clinical Psychologist*, *15*(3), 121-132.
doi: 10.1111/j.1742-9552.2011.00029.x
- Egan, S.J., Wade, T.D., & Shafran, R. (2011b). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, *31*, 203–212. Hämtad från
<http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0272735810000723&site=eds-live&scope=site>
- Ekbäck, M., Lindberg, M., Benzein, E., & Årestedt, K. (2013). The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) - a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health and Quality of Life Outcomes*, *11*(1), doi: 10.1186/1477-7525-11-168
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress*

- Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. New York: Routledge. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02271a&AN=atoz.ebs316221e&site=eds-live&scope=site>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapist's chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. I G. L. Flett, P. L. Hewitt, G. L. Flett, P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (ss. 5-31). doi: 10.1037/10458-001
- Flett, G., Besser, A., & Hewitt, P. (2005). Perfectionism, Ego Defense Styles, and Depression: A Comparison of Self-Reports Versus Informant Ratings. *Journal of Personality*, 73(5), 1355-1396. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00352.x
- Forsyth, D. (2014). *Group Dynamics* (6th ed). Andover: Cengage Learning.
- Frans, O., Rimmö, P., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291-299. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x
- Försäkringskassan. (2012). *Sjukskrivningar i olika yrken under 2000-talet. Antal ersatta sjukskrivningsdagar per anställd år 2000-2010*. (Socialförsäkringsrapport 2012:14). Hämtad från: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/53a6e173-bad8-4ee2-84df-d909665bfc13/socialforsakringsrapport_2012_14.pdf?MOD=AJPERES
- Försäkringskassan. (2015). *Yrke och sjukfall*. (Korta analyser 2015:1). Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/018e7864-230a-4102-9669-250411b46a37/korta-analyser-2015-1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Galek, K., Flannelly, K., Greene, P., & Kudler, T. (2011). Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Social Support. *Pastoral Psychology*, 60(5), 633-649. doi: 10.1007/s11089-011-0346-7
- Gerge, A. (2011a). *Empatitrött. Att utveckla välmåendet i vård- och omsorgsyrken*. Lund: Insidan.
- Gerge, A. (2011b). Skattningsformuläret PROQOL (Professional Quality of Life Scale) för att bedöma professionell livskvalitet. Hämtad 2017-06-01 från http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_Swedish.pdf
- Haase, A. M. & Prapavessis, H. (2004). Assessing the factor structure and composition of the Positive and Negative Perfectionism Scale in sport. *Personality and Individual Differences*, 36 1725-1740. doi: 10.1016/j.paid.2003.07.013.

- Hart, S. (2008) *Neuroaffektiv utvecklingspsykologi. Hjärnan, samhörighet och personlighet*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y., & Katoh, T. (2004). Burnout and Work Environments of Public Health Nurses Involved in Mental Health Care. *Occupational and Environmental Medicine*, (9). 764. Hämtad från http://www.jstor.org/stable/27732343?&seq=1#page_scan_tab_contents
- Jaworska-Burzyńska, L., Kanaffa-Kilijańska, U., Przysiężna, E., & Szczepańska-Gieracha, J. (2016). The role of therapy in reducing the risk of job burnout - a systematic review of literature. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 18(4), 43-52. doi: 10.12740/APP/6581
- Jenkins, S. R. & Baird, S. (2002). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A Validation Study. *Journal Of Traumatic Stress*, 15(5), 423. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=11308776&site=eds-live&scope=site>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-121. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107487653&site=eds-live&scope=site>
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. doi: 10.1037/1076-8998.3.4.322
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2011). *Mentaliseringsbaserad terapi - manual och bedömningsskala*. Stockholm: Liber AB.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. doi: 10.1177/1534765608319083
- Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaitė, D., & Cardeña, E. (2014). Transformative Narratives: The Impact of Working With War and Torture Survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice & Policy*, 6(2), 120. doi: 10.1037/a0031966
- Lagercrantz, A. (2013, 3 april). Medkänsla viktigt för vår överlevnad. *Svenska Dagbladet*. Hämtad från: <https://www.svd.se/medkansla-viktigt-for-var-overlevnad>
- Lemma, A. (2003). *Introduction to the Practice of Psychoanalytic Psychotherapy*. West

Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

- Linton, S & Flink, I. (2011). *12 verktyg i KBT: från teori till färdighet*. Lettland: Natur & Kultur.
- Lombardo, B. & Eyre, C. (2011). Compassion Fatigue: A Nurse's Primer. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 16(1), 1. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man03
- Markwell, A. & Wainer, Z. (2009). The Health and Wellbeing of Junior Doctors: Insights from a National Survey. *Medical Journal of Australia*, 191, 441-444. Hämtad från <https://www.mja.com.au/journal/2009/191/8/health-and-wellbeing-junior-doctors-insights-national-survey>
- McCarthy, W. C. & Frieze, I. H. (1999). Negative Aspects of Therapy: Client Perceptions of Therapists' Social Influence, Burnout, and Quality of Care. *Journal of Social Issues*, 55(1), 33-50. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=2155353&site=eds-live&scope=site>
- Molén, M. (2012) *Mäns hushållsarbete ökar – men kvinnorna gör fortfarande mest i hemmet. Välfärd 1/2012*. Hämtad från SCB: http://www.scb.se/statistik/_publikationer/le0001_2012k01_ti_06_a05ti1201.pdf
- Negash, S., & Sahin, S. (2011). Compassion fatigue in marriage and family therapy: Implications for therapists and clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 1-13. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00147.x
- Newell, J.M. & MacNeil, G.A. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. *Best Practice in Mental Health*, 6(2). Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2010-23187-006&site=eds-live&scope=site>
- Omer, H. (1991). Writing a post-scriptum to a badly ended therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(3), 484-492. doi: 10.1037/0033-3204.28.3.484
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978) The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behaviour*, (1)2. Hämtad från http://www.jstor.org/stable/2136319?&seq=1#page_scan_tab_contents
- Persson, R., Österberg, K., Viborg, N., Jönsson, P. & Tenenbaum, A. (2016). The Lund

- University Checklist for Incipient Exhaustion—a cross-sectional comparison of a new instrument with similar contemporary tools. *BMC Public Health*. 16(350). doi: 10.1186/s12889-016-3001-5
- Pervin, L. & D, Cervone. (2010). *Personality: Theory and Research* (11th ed.) Hoboken: Wiley.
- Psykologiguiden. (u.å). Sökresultat: "Medkänsla". Hämtad 2017-06-01 från: <http://psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=medk%C3%A4nsla>
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 16(1), 1. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
- SCB (2004). *Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige - en belysning utifrån SCB:s statistik*. Hämtad från: http://www.scb.se/Grupp/Teman/Sjukfranvaro/Dokument/Bfakta_analys.pdf
- Sexton, T., & Whiston, S. (1994). The Status of the Counseling Relationship: An Empirical Review, Theoretical Implications, and Research Directions. *The Counseling Psychologist*, 22(1), 6-78. doi: 10.1177/0011000094221002
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906
doi: 10.1016/S02727358(00)00072-6
- Singer, T. & Klimecki, O. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878. doi: 10.1016/j.cub.2014.06.054
- Skovholt, T., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The Resilient Practitioner. Burnout and Compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions (3rd ed)*. New York: Routledge.
- Smith, B. (2007). Sifting Through Trauma: Compassion Fatigue and HIV/AIDS. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 193-198. doi: 10.1007/s10615-007-0096-2
- Socialstyrelsen. (2015). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2015*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20372/2016-10-15.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). *Tillgång på psykologer och psykoterapeuter 2014*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20403/2016-12-4.pdf>
- Sorenson, C., Bolick, C., Wright, K., Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465. doi: 10.1111/nju.12229
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion Fatigue, Compassion

- Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *Journal of Loss & Trauma*, 12(3), 259-280. doi: 10.1080/15325020701238093
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual (2nd Ed)*. Pocatello. Hämtad från http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, Evidence, Challenges. *Personality & Social Psychology Review (Lawrence Erlbaum Associates)*, 10(4), 295-319. doi: 10.1207/s15327957pspr1004_2
- Stoeber, J., Davis, C., & Townley, J. (2013). Perfectionism and workaholism in employees: The role of work motivation. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 733-738. doi: 10.1016/j.paid.2013.06.001
- Sveriges Psykologförbund. (1998). Yrkesetiska principer för psykologer i Norden. Hämtat 2017-04-28 från: <http://www.psykologforbundet.se/Documents/Yrket/Yrkesetiska%20%20principer%20f%c3%b6r%20psykologer%20i%20Norden.pdf>
- Terry-Short, L., Slade, P., Dewey, M., & Owens, R. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668. doi: 10.1016/0191-8869(94)00192-U
- Uchino, B. N., Holt-Lunstad, J., Uno, D., Betancourt, R., & Garvey, T. S. (1999). Social support and age-related differences in cardiovascular function: An examination of potential mediators. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 135-142. doi:10.1007/BF02908294
- Uchino, B., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the "ghosts" of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, 74(7), 949-957. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edswsc&AN=000302448800001&site=eds-live&scope=site>
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=6380172&site=eds-live&scope=site>