

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Har individer som praktiserar mindfulness
högre självmedkänsla än de som inte gör det?**

Charlotte Brenner

Självständigt arbete 15 poäng
Fördjupningsarbete i psykologi
PC1546
Vårtermin 2016

Handledare: Kristina Holmqvist-
Gattario

Har individer som praktiserar mindfulness högre självmedkänsla än de som inte gör det?

Charlotte Brenner

Sammanfattning. I studien undersöktes självmedkänsla hos individer som antingen praktiserar eller inte praktiserar mindfulness med syftet att se om det förelåg någon skillnad i självmedkänsla mellan dessa grupper. Urvalet ($N = 78$) bestod av 54 kvinnor respektive 24 män med medelåldern 43.8 år ($s = 11.2$) som fick uppskatta sin självmedkänsla via självskattningsformuläret Self-Compassion Scale. Resultatet visade ingen signifikant skillnad i självmedkänsla mellan individer som praktiserar mindfulness jämfört med de som inte praktiserar. Däremot framkom en signifikant könsskillnad där männen hade högre självmedkänsla än kvinnorna, specifikt inom självmedkänslans delskalor självdömande, isolering och överidentifiering. Forskning kan framöver fokusera på att upptäcka och förebygga könsskillnader i självmedkänsla tidigt i åldrarna och skraddarsy åtgärder för stärkning av densamma.

Livet bjuder emellanåt på smärta, sorg, och svåra stunder vare sig vi vill det eller inte. Vi känner oss alla någon gång otillräckliga och misslyckade. Att hantera dessa upplevelser kan vara påfrestande. Men det finns något som kan underlätta hanteringen av dessa svårigheter och hur man mår under tiden. Det kallas självmedkänsla.

Självmedkänsla handlar om hur man som människa bemöter och behandlar sig själv när livet är svårt (Neff, 2003a). Självmedkänsla, eller på engelska ”self-compassion”, är ett relativt nytt begrepp inom västerländsk psykologi som härstammar från buddhistisk filosofi (Neff, 2003a). Det är förmågan att vara snäll och medkännande med sig själv vid motgångar och att bemöta sina känslor av lidande med värme, samhörighet och omtanke (Neff & McGehee, 2010). Självmedkänsla kan också beskrivas som ”en vän i nöden” (Bergsten, 2013, s. 1) och innebär att tillåta sig att bli berörd av sitt eget lidande och lindra och läka sig själv med vänlighet (Neff, 2003a).

Mer specifikt har självmedkänsla beskrivits att bestå av tre positiva komponenter med var sin negativ motpol enligt följande; snäll mot sig själv (self-kindness) - självdömande (self-judgement), medmänsklighet (common humanity) - isolering (isolation) samt mindfulness - överidentifiering (over-identification) (Neff, 2003b). Komponenten att vara snäll mot sig själv innebär att bemöta sig själv med vänlighet och förståelse istället för självkritik och hårda omdömen i stunder av smärta och nederlag eller vid upplevd otillräcklighet (Neff, 2003a). Den andra komponenten, medmänsklighet, handlar om att se sina erfarenheter och upplevelser i ett större mänskligt sammanhang snarare än något isolerat och individuellt upplevt (Neff, 2003a). Alla människor möter svårigheter någon gång i livet, det ingår i att vara människa (Terry & Leary, 2011). Mindfulness, den tredje komponenten, innebär ett icke dömande förhållningssätt till smärtsamma tankar, känslor och upplevelser istället för att överidentifiera sig med dem. Det omfattar att vara öppen för och acceptera det som sker (Neff, 2003a). Mer utförligt handlar det om att på ett medvetet balanserat sätt kunna förhålla sig till obekväma, svåra upplevelser, kognitioner och emotioner utan att varken

fastna i dem (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007), äta eller undvika dem (Barnard & Curry, 2011), tona ner eller överdrivet identifiera sig med dem (Terry & Leary, 2011).

Självmedkänslans komponenter ska ses som självständiga dimensioner samtidigt som de nära interagerar med och påverkar varandra (Neff, 2003b). Komponenten mindfulness anses ha särskild inverkan på snäll mot sig själv och medmänsklighet då ett visst grundläggande mått av mindfulness krävs för att skapa mental distans till de negativa upplevelserna och ge utrymme för de andra två att verka (Neff, 2003a).

Självmedkänsla kan ses som en psykologisk styrka som underlättar förmågan att se hopp och mening under livets svårigheter (Neff m.fl., 2007). Den innebär också att kunna ge upp självskadebeteenden för ett mer konstruktivt agerande för att nå välmående (Neff, 2003a). Självmedkänsla verkar därför såväl som känsloregleringsfunktion som handlingsstrategi i svåra situationer (Neff, 2003a). Genom god självmedkänsla får individen dessutom en mer verklighetsförankrad syn på sig själv med sina förtjänster och brister (Magnus, Kowalski & McHugh, 2010).

Flera faktorer har visat sig inverka på en individs nivå av självmedkänsla. Exempelvis personlighetsdrag från femfaktormodellen ”Big Five”, där positiva samband påvisats med extraversion, vänlighet och samvetsgrannhet samt negativt samband med neuroticism (Neff m.fl., 2007). Likaså anknytningsmönster kan sättas i relation till självmedkänsla, där anknytningsångest och undvikande anknytning är negativt associerade till självmedkänsla (Raque-Bogdan, Ericson, Jackson, Martin & Bryan, 2011). Även hur mycket moderligt stöd respektive kritik individen fått samt hur familjen fungerade under uppväxten har visat sig inverka, där stöttande (mindre kritiska) mödrar samt harmoniska (mindre konfliktfyllda) familjeförhållanden kunde relateras till högre självmedkänsla hos unga vuxna (Neff & McGehee, 2010).

Vidare har kön och ålder konstaterats ha samband med självmedkänsla, där äldre tenderar att ha högre självmedkänsla än yngre (Neff & Vonk, 2009; Shapiro, Brown & Biegel, 2007) och män högre självmedkänsla än kvinnor (Neff, 2003b; Neff & Vonk, 2009; Neff & McGehee, 2010; Yarnell m.fl., 2015). Könsskillnader i självmedkänsla kan bero på att män och kvinnor socialiseras till att utveckla och känna självmedkänsla i olika grad (Yarnell m.fl., 2015). Socialiseringsprocessen innebär att olika sociala normer från familj och samhälle lärs in under uppväxten (Carter, 2014). Pojkar och flickor införlivar medvetna och omedvetna beteenden, värderingar, förväntningar och attityder vilka sedermera leder fram till könen sociala konstruktion (Carter, 2014). Då socialiseringsprocessen inverkar på många områden hur könen ser på och bemöter sig själva är det möjligt att individens självmedkännande förmåga även omfattas av denna process (Yarnell m.fl., 2015). Kvinnor lär sig att sätta andras behov före sina egna vilket kan inverka hämmande på deras förmåga till självmedkänsla (Raffaelli & Ontai refererad till i Yarnell m.fl., 2015). Samtidigt har forskare spekulerat i att kvinnors ofta inlärd förmåga till omhändertagande (Yarnell m.fl., 2015) och empati (Neff, 2003a) å andra sidan skulle kunna underlätta deras egen självmedkänsla. Könsskillnader kommer därför studeras närmare i föreliggande studie.

Att bemöta sig själv med medkänsla kan vara extra utmanande i svåra situationer. Man vinner emellertid mycket på att göra det då flera studier har konstaterat många psykologiska fördelar med god självmedkänsla (Barnard & Curry, 2011). Positiva samband har påvisats med glädje, optimism, personliga initiativ och social samhörighet (Neff m.fl., 2007), likväl som det har framkommit negativa samband med depression, ångest, neurotisk perfektionism och ältande (Neff & McGehee, 2010). Individer med högre självmedkänsla har visat sig vara mer tillfredsställda med livet, ha

högre emotionell intelligens, känna mindre skam och mindre rädsla för att göra misstag samt är mer motståndskraftiga mot utmattningssymptom (Barnard & Curry, 2011). Genom god självmedkänsla underlättades också ett hälsofrämjande beteende som att aktivt försöka nå och genomföra hälsorelaterade mål och aktiviteter (Terry & Leary, 2011).

Med tanke på de samband som finns mellan positiva hälsoaspekter och god självmedkänsla (Barnard & Curry, 2011) är det rimligt att fråga sig om det går att stärka självmedkänsla inom individen. Enligt en sammanställning av empiriska studier, som analyserade olika interventioner i relation till självmedkänsla, är svaret ja då det framkom flera sätt att förädla självmedkänsla, bland annat genom ökad empati och egenkontroll samt genom terapiformer med medkänsla (compassion) och mindfulness som bas (Barnard & Curry, 2011). Praktiserande av just mindfulness som förstärkare av självmedkänsla kommer studeras närmare i föreliggande studie.

Mindfulness

Mindfulness generellt är ett begrepp med många innebörder: ”Idag kan mindfulness dels beskriva en teoretisk konstruktion (mindfulness), dels en praktik där mindfulness utövas (som meditation), dels en psykologisk process (att vara mindful)” (Plank, 2014, s. 13). Kabat-Zinn (2003) menar att mindfulness är ett sätt att rikta uppmärksamheten, med avsikt, i ögonblicket här och nu, utan att döma eller värdera det som sker och upplevs. Detta innebär ett medvetet förhållningssätt såväl till det som sker i och utanför kroppen genom olika stimuli, som till det som tänks och känns (Irving, Dobkin & Park, 2009). Mindfulness innebär också acceptans, som dock inte ska misstas för resignation eller passivitet, utan handlar om att till fullo ta in vad som händer, negativt som positivt, utan att förneka, förminska eller förstora upplevelsen (Keng m.fl., 2011). Regelbundet praktiserande av mindfulness genom meditativa övningar förutsätts för att utveckla en öppen och icke-dömande medvetenhet i nuet (Kabat-Zinn, 2003) och för mindfulness att förfinas till ett dagligt verktyg och förhållningssätt (Irving m.fl., 2009).

I denna uppsats används begreppet mindfulness i dess praktiska betydelse, som en mental träningsform som utförs genom meditation. Att praktisera mindfulness förutsätter och inbegriper implicit också ett medvetet och accepterande förhållningssätt (att vara mindful) till skeenden, tankar och känslor. Mindfulness blir därmed delvis också en psykologisk process för medveten närvaro, även om begreppet i föreliggande studie framför allt används som praktik i form av meditation utifrån Planks (2014) definition.

Genom meditation skapas mer emotionell balans hos människor och förutsättningar för att bli observatörer av sina känslor istället för att låta sig uppslukas av dem. Meditation förändrar människors förhållningssätt då ett mer aktivt bemötande av skeenden anammas och problem i livet hanteras istället för att undflys (Siegel refererad till i Edwards m.fl., 2014).

Flera studier har undersökt mindfulness och klarlagt positiva samband med psykisk hälsa och negativa samband med psykisk ohälsa (Irving m.fl., 2009; Keng, Smoski & Robins, 2011). Mindfulness som meditation har konstaterats underlätta hantering av bl.a. stress, kronisk smärta och cancer (Irving m.fl., 2009), öka subjektivt välbefinnande, vitalitet, empati och självkänsla samt förbättra reglering av beteende (Keng m.fl., 2011). Mindfulnesspraktiserande har vidare visat sig minska flertalet psykiska ohälsosymptom som depression, ångest, neuroticism, ältande och undvikande (Keng m.fl., 2011).

Självmedkänsla i relation till mindfulness

Mindfulness-komponenten inom självmedkänsla (Neff, 2003a) liknar till stor del Kabat-Zinns (2003) beskrivning av mindfulness. Båda betonar ett öppet och icke värderande förhållningssätt till det som händer och upplevs (Neff, 2003a; Kabat-Zinn, 2003). Neff (2003a) menar att träning i mindfulness handlar om att acceptera och tolerera tankar och känslor snarare än att försöka förändra dem. På så sätt skapas mental distans till det svåra som sker vilket är en förutsättning för att självmedkänsla ska kunna verka (Neff, 2003a). Mindfulness-komponenten verkar således inta en särställning inom självmedkänsla. Andra betonar mer ömsesidigheten, att självmedkänsla också banar väg för mindfulness genom att reducera negativa ältande tankar, vilket gynnar mindfulness och självmedkänsla både tillsammans och enskilt (Keng m.fl., refererad till i Raab, 2014). Trots de gemensamma dragen mellan självmedkänsla och mindfulness generellt har de oftast valts att studeras separat (Raab, 2014). Det finns dock några studier där sambandet mellan mindfulnessbaserade interventioner och självmedkänsla har analyserats mer specifikt (t.ex. Shapiro, m.fl., 2007; Wallmark, Safarzadeh, Daukantaitė & Maddux, 2013).

En del av dessa har valt att undersöka nivån av självmedkänsla hos de som praktiserar mindfulness i jämförelse med de som inte praktiserar. I två experimentella studier fick interventionsgruppen genomgå programmet mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR). Basen i MBSR är praktisk träning i mindfulness med meditativa inslag, kroppskännedom, yoga, tyst dag m.m. Målet är att förbättra medvetenheten och skapa balans i nuet genom att lära individen bättre hantera ältande och negativa, invaderande bedömningar om sig själv (Kabat-Zinn, 2003). Individerna som praktiserade mindfulness visade signifikant ökning av självmedkänsla jämfört med kontrollgruppen i de före- och eftertester som genomfördes (Shapiro, Astin, Bishop & Codova, 2005; Shapiro, m.fl., 2007). Viss kritik har dock framförts då kontrollgrupperna i dessa studier inte fick en aktiv intervention, vilket kan skapa osäkerhet kring om det verkligen var mindfulnesspraktiken som ökade självmedkänsla eller om andra faktorer bidrog (Boellinghaus, Jones & Hutton, 2012). Studier med liknande experimentella upplägg använde enbart mindfulnessmeditation som intervention. När interventionsgruppen jämfördes med kontrollgruppen i för- och eftertesten, uppvisade gruppen som praktiserade mindfulnessmeditation signifikant högre självmedkänsla (Ortner, Kilner & Zelazo, 2007; Orzech, Shapiro, Brown & McKay, 2009; Wallmark m.fl., 2013). Wallmark m.fl. (2013) är enligt min vetskap den enda svenska studie som har studerat självmedkänsla i relation till mindfulness. Tjugo personer fick prova mindfulnessmeditation en gång i veckan i åtta veckor och jämfördes sedan med en kontrollgrupp på 22 personer på väntelista (som fick genomföra samma kurs senare). Urvalet bestod som helhet av 86 % kvinnor, med medelåldern 34 år ($s = 11$) för interventionsgruppen och 35 år ($s = 15$) för kontrollgruppen. För- och eftertesten visade att individerna som praktiserade mindfulness hade signifikant högre självmedkänsla, även inom delskalan "snäll mot sig själv" där interventionsgruppen hade haft signifikant lägre värden än kontrollgruppen före intervention.

I föreliggande studie undersöks självmedkänsla i relation till mindfulnesspraktik. Individer som praktiserar mindfulness jämförs med individer som inte praktiserar med syftet att se om det föreligger någon skillnad i självmedkänsla mellan dessa grupper. Tidigare forskning har påvisat att mindfulnesspraktik kan stärka självmedkänsla (t.ex. Shapiro, m.fl., 2007; Wallmark m.fl., 2013). Med detta som bakgrund är min *första*

hypotes att de individer som praktiserar mindfulness har högre självmedkänsla än de som inte praktiserar. Vidare har signifikanta könsskillnader i självmedkänsla konstaterats, där män uppmätt högre nivåer av självmedkänsla än kvinnor (t.ex. Neff & Vonk, 2009; Yarnell m.fl., 2015). Det finns dessutom enligt min kännedom ingen motsvarande svensk studie som undersökt könsskillnader i självmedkänsla relaterat till mindfulnesspraktik. Av den anledningen, för att tillföra ny kunskap, kommer även kön inkluderas som undersökningsvariabel, och min *andra hypotes* är att män har högre självmedkänsla än kvinnor.

Metod

Design & dataanalys

Studien bestod av en oberoende 2 (mindfulnesspraktik: ja vs nej) \times 2 (kön: kvinna vs man) faktoriell mellangrupsdesign. Prövning av de riktade hypoteserna skedde först via en tvåvägs ANOVA för att undersöka eventuella skillnader i medelvärden i självmedkänsla totalt för de olika grupperna. Med samma mellangrupsvariabler genomfördes därefter en MANOVA som inkluderade alla sex delskalor inom självmedkänsla. Båda testen genomfördes på signifikansnivå $\alpha = .05$.

Deltagare

I enkätstudien deltog sammanlagt 78 personer i åldrarna 25-76 år ($M = 43.8$, $s = 11.2$) varav 54 kvinnor (69.2 %, $M = 44.7$ år, $s = 1.6$) och 24 män (30.8 %, $M = 41.9$ år, $s = 2.1$). Majoriteten (83.4 %) av alla deltagare var yrkesverksamma, 34.6% var gifta och 26.9 % sambo samt 87.2 % ägnade sig åt fysisk träning i någon form.

Utifrån enkätsvaren skapades två grupper; de som praktiserade mindfulness och de som inte gjorde det. Gruppen som inte praktiserade mindfulness bestod av 36 deltagare ($M = 44.5$ år, $s = 1.8$), varav 20 kvinnor ($M = 44.9$ år, $s = 2.6$) och 16 män ($M = 43.9$ år, $s = 2.6$).

Mindfulnessgruppen bestod av 42 deltagare ($M = 43.3$ år, $s = 1.8$) varav 34 kvinnor ($M = 44.5$ år, $s = 2.0$) och 8 män ($M = 37.9$ år, $s = 3.3$). Dessa deltagare hade precis slutfört eller var i slutet av sina utbildningar: Elva deltagare gick ett åttaveckors MBSR-program där övningar i meditation och mindfulness, mindful yoga, samtal, en tyst retreat-dag och teorigenomgång av bl.a. stress ingick. Sjutton deltagare gick en fyraveckors introduktionskurs i mindfulnessmeditation som innehöll grunderna i mindfulness, sittande/gående meditation, hantering av attityder och känslor i samband med detta samt meditation i olika yogaformer. Tre deltagare hade genomfört en sexveckors kurs i mindfulnessyoga grundat på yogan från MBSR med tonvikt på guidning i utforskande av den egna kroppen och att röra sig i takt med andetaget. Sju deltagare gick en åttaveckors mindfulnesskurs med enkla avslappnings- och mindfulnessövningar och reflekterande samtal. Slutligen hade en deltagare genomgått en tioveckors mindfulnesskurs som hade innehållit avslappnings-, andnings- och mindfulnessövningar, kroppsscanning, diskussioner och hemläxor.

Instrument

Enkäten som studien bygger på inleddes med frågor om livssituation, träningsvanor i allmänhet och mindfulnesspraktik i synnerhet. Det frågades om hur länge och hur ofta mindfulness praktiserades, om praktiken gjordes nu och/eller hade gjorts tidigare med syfte att få information om varje deltagares mindfulnesserfarenhet.

Den andra delen av enkäten behandlade självmedkänsla. Självmedkänsla mättes via Neffs självskattningsformulär Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, 2003b). Den ursprungliga skalan SCS är på engelska, men för att underlätta förståelsen användes en svensk översättning gjord av Forsknings- och Utvecklingsavdelningen i Norrbotten (FoU refererad till i Söderholm Häll, 2013). SCS består av 26 frågor vilka ger mått både för självmedkänsla som helhet och för självmedkänslans komponenter. Självmedkänslans tre komponenter och dess negativa motpoler bildar sammanlagt sex delskalor i formuläret: Snäll mot själv består av fem frågor, exempelvis *"Jag försöker vara förstående och ha tålamod med de sidor av min personlighet som jag inte tycker om"*. Motpolen Självdomande har fem frågor, exempelvis *"Jag är missnöjd och fördömande när det gäller mina egna fel och brister"*. Fyra frågor omfattar delskalan Medmänsklighet, exempelvis *"När det går dåligt för mig ser jag problemen som en del av livet som alla går igenom"*. Motpolen Isolering består av fyra frågor exempelvis *"När jag tänker på mina brister brukar det göra att jag känner mig mer ensam och isolerad från resten av världen"*. Fyra frågor ingår för att mäta delskalan Mindfulness, exempelvis *"När något gör mig upprörd försöker jag hålla mina känslor i balans"*. Slutligen består delskalan Överidentifiering av fyra frågor, exempelvis *"När jag känner mig nere fokuserar jag och hänger upp mig på allt som är fel"*. Varje fråga besvaras utifrån en femgradig Likert-skala från 1 – Nästan aldrig till 5 – Nästan alltid. Innan analys genomfördes för självmedkänsla som helhet skulle svaren på de negativa delskalorna självdomande, isolering och överidentifiering omvändas, dvs. 1 räknas som 5, 2 som 4 etc. Ett högre medelvärde på självskattningsskalan indikerar sedan högre självmedkänsla (Neff, 2003b). När de sex delskalorna analyserades separat skulle värdena på de negativa delskalorna inte omvändas (Neff, 2003b). Inom de tre positiva delskalorna indikerar då högre värden högre självmedkänsla medan inom de tre negativa delskalorna indikerar högre värden lägre självmedkänsla. Självskattningsskalan för självmedkänsla (SCS) har uppvisat god validitet och reliabilitet (Neff, 2003b; Neff 2016). Den interna reliabiliteten har varit mellan .90 - .95 för alla 26 frågor och mellan .75 - .86 för delskalorna (Neff & McGehee, 2010). Den svenska versionen av SCS i föreliggande studie hade inte testats utifrån dessa kriterier tidigare men Cronbach's α uppmättes till .57 för hela skattningsskalan, vilket är ett lågt värde för intern reliabilitet då .7 anses vara godkänd nivå (Brace, Kemp & Sneglar, 2009). Cronbach's α för respektive delskala var enligt följande: snäll mot sig själv, $\alpha = .89$, självdomande, $\alpha = .89$, medmänsklighet, $\alpha = .80$, isolering, $\alpha = .85$, mindfulness, $\alpha = .72$, överidentifiering, $\alpha = .81$ vilket innebär att den interna reliabiliteten var god för respektive delskala.

Tillvägagångssätt

Insamling av data skedde genom enkäter via bekvämlighetsurval och byggde på frivillighet. Alla deltagare blev skriftligen informerade om att deltagandet var anonymt, frivilligt och uppmanades att svara ärligt på frågorna. Enkäten tog ca 15 minuter att besvara.

För att få tag på mindfulnesspraktiserare söktes mindfulnessutbildningar i Göteborg via internet. Därefter kontaktades flera kursansvariga för dessa utbildningar via e-post och tre tackade ja till att medverka. Den första kursansvarige fick alla enkäter vid ett personligt möte, och stod sedan själv enligt egen begäran för utdelning och insamling till deltagarna på sina tre kurser. Därefter returnerade kursansvarig alla enkätsvar med vanlig post. Till den andra kursansvarige skickades enkäter med post tillsammans med frankerade svarskuvert. Av den tredje kursansvarige fick jag godkännande att själv besöka verksamheten och enkäten delades ut på plats. Majoriteten av alla deltagare i mindfulnessgruppen fyllde i enkäten i anslutning till sina kurser medan resten gjorde det hemma och returnerade med vanlig postgång. Inom gruppen som praktiserade mindfulness blev bortfallet åtta personer.

För att hitta deltagare som inte praktiserade mindfulness användes bekvämlighetsurval. Urvalet bestod dels av bekanta som svarade på enkäten i sina hem, dels av psykologistuderanter på Göteborgs universitet som besvarade enkäten i anslutning till en föreläsning. Vidare ingick yogautövare i privat verksamhet i Göteborg som fick enkäten vid ett gemensamt träningstillfälle för att returnera vid ett senare. Slutligen ingick medarbetare från en tidigare arbetsplats, ett kommunalt bolag i Göteborg, där enkäterna delades ut vid en tidpunkt och inhämtades vid en annan via en tidigare kollega. Då deltagandet byggde på självselektion kan inget bortfall redovisas för gruppen som inte praktiserade mindfulness, vilket innebär att det totala bortfallet för hela studien uppgick till åtta personer.

Resultat

För att testa de två hypoteserna, att de individer som praktiserar mindfulness har högre självmedkänsla än det som inte praktiserar mindfulness samt att män har högre självmedkänsla än kvinnor, genomfördes en 2 (mindfulnesspraktik: ja vs nej) \times 2 (kön: kvinna vs man) ANOVA med självmedkänsla som beroende variabel (medelvärde för hela SCS). Tabell 1 innehåller medelvärden och standardavvikelser för självmedkänsla för de som praktiserade och inte praktiserade mindfulness samt för män, kvinnor och totalt.

Tabell 1

Medelvärden (och standardavvikelser) för självmedkänsla uppdelat på mindfulnesspraktik och kön, samt totalt för respektive kön och urvalet som helhet.

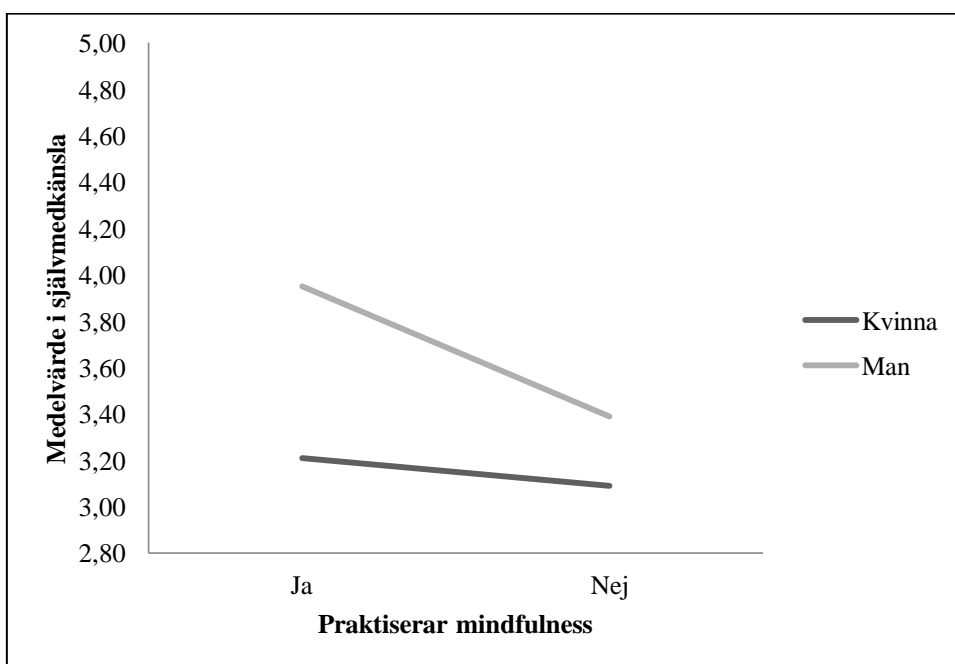
	Mindfulnesspraktik	Ej Mindfulnesspraktik	Totalt (N=78)
Kvinnor	3.21 (0.8)	3.09 (0.9)	3.17 (0.8)
Män	3.95 (0.6)	3.39 (0.5)	3.57 (0.6)
Totalt	3.35 (0.8)	3.22 (0.8)	3.29 (0.8)

Not: Självmedkänsla mäts på en skala från 1 till 5 där ett högre medelvärde indikerar högre självmedkänsla (Neff, 2003b).

Det uppmättes ingen signifikant huvudeffekt för mindfulnesspraktik, $F(1, 74) = 1,72$, $p = .09$, vilket innebär att den första hypotesen inte blev bekräftad. Utifrån medelvärden för självmedkänsla i Tabell 1 verkar det likväl finns en tendens som ligger i linje med hypotesen; att de som praktiserar mindfulness har högre självmedkänsla än de som inte praktiserar, oavsett kön.

ANOVA visade en huvudeffekt för kön, $F(1, 74) = 6.26$, $p < .05$, partiell $\eta^2 = .08$, $d = 0.54$. Det innebär att det fanns en signifikant skillnad i självmedkänsla mellan män och kvinnor på så sätt att männen hade högre självmedkänsla än kvinnorna vilket ger stöd för den andra hypotesen. Variationen inom självmedkänsla kan förklaras med kön till 8 %. Cohens d visar att effektstyrkan kan anses måttlig (Brace m.fl., 2009).

Vidare fanns det ingen signifikant interaktionseffekt mellan mindfulnesspraktik och kön, $F(1, 74) = 1.25$, $p = .27$. Trots att resultatet inte är signifikant verkar det finnas en antydning till interaktionseffekt, se Figur 1. Detta innebär att män som praktiserar mindfulness tenderar att ha högre självmedkänsla än kvinnor som praktiserar.



Figur 1. Medelvärden i självmedkänsla utifrån mindfulnesspraktik och kön.

Med tanke på den huvudeffekt av kön som framkom för självmedkänsla analyserades mer specifikt var skillnaden mellan könen fanns. Uppföljande analys gjordes också för att se om en eventuell skillnad i självmedkänsla beroende på mindfulnesspraktik var begränsad till endast någon delskala inom självmedkänsla. En MANOVA utfördes där beroende variabler var självmedkänslans sex delskalor: snäll mot sig själv - självdömande, medmänsklighet - isolering, mindfulness - överidentifiering. Återigen fungerade kön och mindfulnesspraktik som oberoende variabler.

Deskriptiva värden (medelvärden och standardavvikelse) för de sex delskalorna inom självmedkänsla presenteras i Tabell 2.

Tabell 2

Medelvärden (och standardavvikelser) för de sex delskalorna inom självmedkänsla uppdelat på mindfulnesspraktik och kön, separat och kombinerat, samt totalt.

	Kvinnor som praktiserar	Kvinnor som <u>inte</u> praktiserar	Kvinnor Totalt	Män som praktiserar	Män som <u>inte</u> praktiserar	Män Totalt	Praktisera nde Totalt	<u>Ej</u> prakt- iserande Totalt	Totalt N = 78
Snäll mot sig själv	3.41 (0.9)	3.19 (1.1)	3.32 (1.0)	4.08 (0.9)	3.25 (0.8)	3.53 (0.9)	3.54 (0.9)	3.22 (1.0)	3.39 (0.9)
Självdomande	2.84 (1.1)	2.86 (1.1)	2.85 (1.1)**	1.80 (0.7)	2.35 (0.6)	2.17 (0.7)**	2.64 (1.1)	2.63 (0.9)	2.64 (1.0)
Medmänsk- lighet	3.31 (1.0)	3.13 (1.1)	3.24 (1.0)	3.53 (1.0)	3.00 (0.9)	3.18 (0.9)	3.35 (1.0)	3.07 (1.0)	3.22 (1.0)
Isolering	2.85 (1.1)	3.09 (1.1)	2.94 (1.1)*	2.13 (0.8)	2.59 (0.9)	2.44 (0.9)*	2.71 (1.1)	2.87 (0.9)	2.78 (1.1)
Mindfulness	3.29 (0.9)	3.16 (0.8)	3.25 (0.8)	3.88 (0.6)	3.34 (0.7)	3.52 (0.7)	3.40 (0.9)	3.24 (0.7)	3.33 (0.8)
Överidentif- iering	3.10 (0.9)	3.10 (1.1)	3.10 (1.0)***	1.94 (0.7)	2.33 (0.8)	2,19 (0.8)***	2.88 (1.0)	2.76 (1.0)	2.82 (1.0)

Not. Självmedkänsla mäts på en skala från 1 till 5. Inom de tre positiva delskalorna indikerar högre värden högre självmedkänsla (och lägre värden lägre självmedkänsla). Inom de tre negativa delskalorna indikerar högre värden lägre självmedkänsla (och lägre värden högre självmedkänsla) (Neff, 2003b).

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$ gäller för huvudeffekt av kön.

Det fanns ingen signifikant huvudeffekt gällande mindfulnesspraktik för självmedkännans sex delskalor, $F(1, 74) = 0.94, p = .47$. För respektive delskala var värdena följande: snäll mot sig själv, $F(1, 74) = 4.73, p = .03$, självdomande, $F(1, 74) = 1.29, p = .26$, medmänsklighet, $F(1, 74) = 1.96, p = .17$, isolering, $F(1, 74) = 1.73, p = .25$, mindfulness, $F(1, 74) = 2.60, p = .11$, samt överidentifiering $F(1, 74) = 0.69, p = .41$. Den multivariata analysen gav därmed inte heller stöd för hypotesen. Det ska dock noteras att på delskalan ”snäll mot sig själv” fanns en signifikant skillnad då de som praktiserade mindfulness hade signifikant högre värde än de som inte praktiserade. Eftersom det övergripande resultatet för analysmodellen dock inte var signifikant ska delskalans värde tolkas med stor försiktighet och betraktas som icke signifikant.

Resultatet från den multivariata analysen gav, precis som ANOVA, en huvudeffekt för kön, $F(1, 74) = 3.88, p < .01$, partiell $\eta^2 = .25$. Variationen inom de olika delskalorna av självmedkänsla förklaras till 25 % av kön. Detta innebär återigen stöd för den andra hypotesen att män har högre självmedkänsla än kvinnor. Den signifikanta skillnaden mellan kvinnor och män uppmättes specifikt inom tre delskalor: självdomande, $F(1, 74) = 9.65, p < .01$, partiell $\eta^2 = .12, d = 0.68$, isolering, $F(1, 74) = 5.06, p < .05$, partiell $\eta^2 = .06, d = 0.48$ samt överidentifiering, $F(1, 74) = 16.6, p < .001$, partiell $\eta^2 = .18, d = 0.96$. Inom dessa tre delskalor hade männen signifikant högre självmedkänsla än kvinnorna (oavsett mindfulnesspraktik eller inte), se Tabell 2. Resultatet betyder att män var mindre självdomande, kände sig inte lika isolerade i sitt lidande, samt överidentifierade sig mindre med det smärtsamma i jämförelse med kvinnorna. *Cohens d* visar att effektstyrkan kan anses måttlig för självdomande och isolering, samt stark för överidentifiering (Brace m.fl., 2009).

De andra tre delskalorna inom självmedkänsla visade inga signifikanta resultat i relation till kön: snäll mot sig själv, $F(1, 74) = 2.26, p = .14$, medmänsklighet, $F(1, 74) = 0.04, p = .85$, och mindfulness, $F(1, 74) = 3.43, p = .07$.

Slutligen kunde det inte påvisas någon signifikant interaktionseffekt mellan kön och mindfulnesspraktik för självmedkännans delskalor, $F(1, 74) = 0.32, p = .92$. För respektive delskala var de icke signifikanta värdena följande: snäll mot sig själv, $F(1, 74) = 1.57, p = .21$, självdomande, $F(1, 74) = 1.13, p = .29$, medmänsklighet, $F(1, 74) = 0.46, p = .50$, isolering, $F(1, 74) = 0.18, p = .68$, mindfulness, $F(1, 74) = 0.94, p = .34$, samt överidentifiering $F(1, 74) = 0.66, p = 0.42$.

Diskussion

Föreliggande studie undersökte självmedkänsla hos individer som antingen praktiserade eller inte praktiserade mindfulness med syftet att se om det förelåg någon skillnad i självmedkänsla mellan dessa grupper. Tidigare forskning har påvisat positiva samband mellan självmedkänsla och mindfulnesspraktik (t.ex. Shapiro m.fl., 2007; Wallmark m.fl., 2013). Den första hypotesen var därför att de individer som praktiserar mindfulness har högre självmedkänsla än de som inte praktiserar. Könsskillnader i självmedkänsla har tidigare konstaterats (t.ex. Neff & McGehee, 2012; Yarnell m.fl., 2015), därför undersöktes även kön och den andra hypotesen var att män har högre självmedkänsla än kvinnor.

Resultatet visade ingen signifikant huvudeffekt av mindfulnesspraktik för självmedkänsla och gav därmed inte stöd för den första hypotesen. Dessa resultat motsäger tidigare forskning som vid flera tillfällen konstaterat positivt samband mellan

mindfulness och självmedkänsla (t.ex. Barnard & Curry, 2011). Det kan finnas flera möjliga förklaringar till att föreliggande studie inte kunde fastställa ett sådant samband, exempelvis den skeva könsfördelningen i urvalet med 24 män och 54 kvinnor. Männerna hade i allmänhet högre självmedkänsla och då de var underrepresenterade i mindfulnessgruppen kan detta ha sänkt denna grupps medelvärde i självmedkänsla. Om männen hade varit fler, i synnerhet antalet praktiserande män, hade mindfulness kanske blivit signifikant i relation till högre självmedkänsla. Mer kontroll över urvalets uppdelning i betingelserna hade möjligtvis löst detta vilket behöver förbättras till nästa studie.

En annan förklaring till mindfulnesspraktikens uteblivna inverkan på självmedkänsla skulle kunna vara deltagarnas nivå av självmedkänsla *före* genomförd mindfulnesskurs. Inledande förtest av självmedkänsla på alla deltagare hade dels tydliggjort om det fanns någon signifikant ökning i självmedkänsla som kunde hänvisas mer specifikt till mindfulness *inom* den praktiserande gruppen, dels indikerat ursprungliga skillnader i självmedkänsla *mellan* grupperna. Detta skulle vara värdefullt att undersöka i en uppföljande studie, exempelvis genom liknande upplägg som tidigare undersökningar (t.ex. Shapiro m.fl., 2007; Wallmark m.fl., 2013). Det är tänkbart att de som sökte sig till mindfulnesskurserna hade *lägre* självmedkänsla redan från början jämfört med de som inte praktiserade. Det var fallet i Wallmarks m.fl. (2013) studie där interventionsgruppen hade signifikant lägre självmedkänsla än kontrollgruppen före intervention. Syftet med mindfulnessbaserade behandlingar är att ge människor verktyg att relatera till och hantera sitt fysiska och psykiska mående på ett accepterande och icke dömande sätt för på så vis kunna frigöra sig från maladaptiva tankar och beteenden och lättare hantera ohälsa (Keng m.fl., 2011). Ohälsa skulle kunna vara anledningen till att deltagarna i föreliggande studie sökte sig till en mindfulnesskurs. Deras självmedkänsla kunde av det skälet ursprungligen varit alltför låg, eller höjdes inte tillräckligt mycket, för att ge signifikant resultat av mindfulnesspraktiken jämfört med deltagarna som inte praktiserade. Dessutom kan deltagarna som ingick i den praktiserande gruppen eventuellt haft *högre* självmedkänsla redan från början. Tidigare forskning har nämligen visat att högre självmedkänsla underlättar hälsofrämjande åtgärder (Terry & Leary, 2011). Att delta i mindfulnesskurser kan ses som en hälsoförbättrande aktivitet. Deltagarna kanske medverkade just för att de hade högre självmedkänsla, men att den inte höjdes nämnvärt av själva kursen för att ge signifikant utslag i resultatet.

Ytterligare en förklaring till uteblivet stöd för hypotesen relaterar till deltagarnas ålder. Högre ålder har visat sig korrelera med högre självmedkänsla (Neff & Vonk, 2009; Shapiro m.fl., 2007). Medelåldern var 43.8 år ($s = 11.2$) i föreliggande undersökning vilket är relativt högt jämfört med andra studier. Ålder kan eventuellt ha inverkat positivt på nivån av självmedkänsla för båda grupperna och därmed utjämnat potentiella skillnader i självmedkänsla som mindfulnesspraktiken annars kunnat tillföra.

Givetvis finns möjligheten att resultatet visar en sann icke-skillnad; att självmedkänsla faktiskt inte är högre hos de som praktiserar mindfulness. En tänkbar förklaring kan vara att det kan finnas personlighetsskillnader i huruvida man är mer eller mindre mottaglig för mindfulness vilket relaterar till Plank (2012) som menar att inte vem som helst kan lära sig meditation i dess ursprungliga bemärkelse; sitta med slutna ögon följandes sitt andetag, acceptera nuet, känslor och tillvarons föränderlighet. Om denna meditationsform verkligen tillämpades under kurserna och i så fall i vilken omfattning, är oklart. Deltagarnas eventuellt olika benägenhet att tillgodogöra sig mindfulnesspraktik skulle kunna förklara varför självmedkänsla inte höjdes för de som praktiserade. Samtidigt bör det nämnas att även om resultatet inte var signifikant

framträder ändå vissa indikationer som ligger i linje med hypotesen genom att deltagarna som praktiserade mindfulness överlag hade högre medelvärden inom självmedkänsla som helhet än de som inte praktiserade.

Den vidare analysen bröt ner självmedkänsla i dess sex delskalor; snäll mot sig själv - självdomande, medmänsklighet – isolering, mindfulness – överidentifiering. Ingen huvudeffekt av mindfulnesspraktik uppkom och den första hypotesen blev inte heller i detta fall bekräftad. Visserligen fanns ett signifikant resultat för delskalan ”snäll mot sig själv” men då det övergripande resultatet i analysmodellen inte var signifikant ska även delskalans resultat betraktas som icke signifikant. Dock är det en intressant tendens att de som praktiserar mindfulness är mer snälla mot sig själva än de som inte praktiserar. I så fall skulle mindfulness trots allt tillföra det förväntade resultatet, nämligen positiv inverkan på självmedkänsla. Dock ska denna indikation tolkas med försiktighet och fortsatta studier får utforska delskalan snäll mot sig själv djupare.

Resultatet visade signifikant huvudeffekt av kön för självmedkänsla. Män hade signifikant högre självmedkänsla än kvinnor och den andra hypotesen blev således bekräftad. Resultatet innebär att kvinnor har lägre självmedkänsla än män vilket ligger i linje med tidigare forskning med mycket yngre (Neff, 2003b) och något yngre deltagare (Neff & Vonk, 2009). Detta pekar på att könsskillnader i självmedkänsla verkar vara stabila oavsett ålder.

Föreliggande studies resultat är samstämmiga med Yarnell m.fl. (2015) där det till männens fördel konstaterades en liten men betydelsefull skillnad i självmedkänsla. Att kvinnor har lägre självmedkänsla än män kan eventuellt förklaras av socialiseringsprocessen där kvinnor lär sig låta andras behov komma före sina egna vilket kan inverka hämmande på deras självmedkännande förmåga (Raffaeli & Ontai refererad till i Yarnell m.fl., 2015). Å andra sidan borde kvinnors ofta inlärda förmåga till omhändertagande (Yarnell m.fl., 2015) och empati (Neff, 2003a) även kunna innefatta dem själva, vilket i sin tur borde underlätta deras självmedkänsla. Men det finns en distinkt skillnad. Medkänsla handlar om att bli berörd av andras lidande, inte sitt eget (Neff, 2003a). Kvinnor kanske alltför mycket känner för och tar hand om andra vilket kan resultera i minskad eller utebliven ork och förmåga till medkänsla när det kommer till dem själva. Här skiljer sig könen specifikt: kvinnor har jämfört med män sämre förmåga att ge medkänsla till sig själva (Neff, 2003b) men bättre förmåga att ge medkänsla till andra (Ruble & Martin refererad till i Yarnell m.fl., 2015). Kvinnors större medkänsla med andra kan emellertid göra dem mer mottagliga för träning i självmedkänsla vilket är positivt (Yarnell m.fl., 2015). Grunden för att känna medkänsla är trots allt lagd och ger ett gott utgångsläge när den appliceras på och utvecklas för självet.

En annan förklaring till könsskillnader i självmedkänsla kan vara att kvinnor generellt tenderar att vara hårdare mot sig själva än män (Yarnell m.fl., 2015). Kvinnors självkritik kanske slår ut den omhändertagande sidan när de misslyckas eller möter motgångar vilket resulterar i lägre självmedkänsla. Detta kan skapa en negativ nedåtgående spiral där kvinnors låga självmedkänsla i sin tur förvärrar de hårda omdömena. Männerna däremot kanske istället gynnas av en positiv interaktion där högre självmedkänsla leder till minskat självdomande och mindre kritiska omdömen stärker självmedkänslan. Det skulle i så fall kunna förklara varför männen inte är lika självdomande som kvinnorna.

Självmedkänsla är en form av känsloregleringsfunktion och handlingsstrategi i svåra situationer (Neff, 2003a). Måhända är männen jämfört med kvinnorna bättre på att reglera sina känslor vilket kan vara en annan förklaring till deras högre självmedkänsla.

Alternativt att männens högre självmedkänsla har givit dem bättre förutsättningar att hantera känslor överlag vilket underhåller och stärker deras självmedkänsla.

Självmedkänsla som helhet skiljde sig signifikant mellan kvinnor och män i föreliggande studie. När självmedkänsla sedan analyserades utifrån sina sex delskalor framkom återigen signifikanta huvudeffekter för kön, specifikt inom de tre delskalorna självdomande, isolering och överidentifiering. Männen var jämfört med kvinnorna mindre självdomande, kände sig mindre ensamma i sitt lidande samt kunde hålla en bättre distans till smärtsamma upplevelser genom att inte överidentifiera sig allt för mycket med svårigheterna. Föreliggande studie bekräftar sålunda även specifika könsskillnader i självmedkänsla då just dessa har påvisats tidigare av Neff (2003b). Neff (2003b) menar att insikten att lidande och personliga misslyckanden är delade med andra minskar skuld, självkritik och hårda omdömen. Likaså kan mindre självfördomanden minska känslan av isolering, att man skulle vara ensam om sitt lidande (Neff, 2003b). Möjligtvis interagerar självmedkänslans delskalor i större favör för män än för kvinnor vilket ökar mäns självmedkänsla inom delskalorna och i stort. För kvinnorna blir det istället en negativ interaktion där deras större tendens till självkritik och grubblande leder inte bara till hårda omdömen utan också till överidentifiering med lidandet (Neff, 2003b). Tendensen att älta negativa känslor och vara självdomande har också associerats med högre tendens till depression för kvinnor (Leadbeater m.fl.; Nolen-Hoeksema m.fl. refererad till i Neff, 2003b). Just kvinnors lägre självmedkänsla skulle kunna vara anledningen till deras högre benägenhet för depression. Men det kan vara tvärtom; att tendensen till depression med negativa tankar och känslor bidrar till lägre självmedkänsla. Troligtvis finns här ett samband men i vilken riktning och med vilken styrka återstår att utforska mer utförligt. Tydligt är i alla fall hur viktigt det är att lära kvinnor att bli mer självmedkännande (och mindre självdomande), för att förbättra deras psykiska välbefinnande i ett större perspektiv (Yarnell m.fl., 2015).

Genom god självmedkänsla skapar individen en mer realistisk syn på sig själv med sina förtjänster och brister (Magnus m.fl., 2010). Sämre självmedkänsla skulle på liknande sätt kunna ge en mindre realistisk självbild. Är det därför som kvinnorna har en hårdare, mer negativ självbild och männen har ett mer neutralt, mindre dömande, förhållningssätt till sig själva och sina upplevelser? Kan det också förklara att männen har lättare att inte överidentifiera sig med lidandet? Återigen skulle även de socialt konstruerade könsrollerna kunna spela in. Mäns könsnormativt inlärd förmåga till självbehärskning (Levant refererad till i Yarnell m.fl., 2015), kan eventuellt ge bättre skydd mot överidentifiering och hjälper männen att inte gå in i lidandet alltför känslomässigt. Kvinnor å andra sidan överidentifierar sig mer med lidandet och har svårare att hitta mental distans. Det skulle kunna förklaras med kvinnors traditionellt sett känslomässiga förmåga till inlevelse (Neff, 2003a).

Vad gäller självmedkänslans delskala isolering kände sig kvinnorna mer ensamma i sitt lidande vilket till viss del var förvånande då social samhörighet betonas och premieras för just kvinnor under uppväxten (Fenstermaker & West refererad till i Carter, 2014). Enligt Neff (2016) handlar dock isolering inte om social tillhörighet utan om känslan av att behöva vara perfekt och att man är den enda som misslyckas eller lider vid motgångar. Denna slags ensamhet kan uppstå även om man är tillsammans med eller har tillgång till nära vänner eller familj (Neff, 2016). Det är möjligt att kvinnor har höga, till och med orimliga, krav på sig själva att vara just perfekta. Krav som kan ha införlivats via socialiseringsprocessen eller kan förklaras med personlighetsdrag,

samhällskultur m.m. Enligt nya rön är delskalans isolering en starkare prediktor för depression än delskalorna självdömande och överidentifiering (Körner m.fl. refererad till i Neff, 2016). Den bör därför undersökas vidare då kvinnors högre benägenhet till isolering i lidandet delvis skulle kunna förklara sambandet mellan kvinnor och depression.

Slutligen framkom ingen interaktionseffekt mellan mindfulnesspraktik och kön för självmedkänsla som helhet i resultatet. En orsak kan vara den skeva könsfördelningen, med enbart 8 mindfulnesspraktiserande män (av 24 totalt) och 34 praktiserande kvinnor (av 54 totalt). Jämnare könsfördelning över betingelserna hade sannolikt förbättrat förutsättningarna för fler signifikanta effekter, även för de tendenser till interaktionseffekter som antydde mellan mindfulnesspraktik och kön. Vidare fanns det heller ingen interaktionseffekt mellan mindfulnesspraktik och kön för självmedkänslans delskalor. Trots detta förelåg vissa tendenser till interaktion som indikerade att mindfulnesspraktik och självmedkänsla verkar ha starkast tendens till samband för männen inom självmedkänslans delskalor. Kan orsaken vara att män är mer mottagliga för meditation än kvinnor? Männen visade sig vara signifikant mindre hårda mot sig själva jämfört med kvinnorna. Detta kanske banade bättre väg för mindfulnesspraktiken för männen då Neff (2003b) menar att om man slutar att döma sig själv tillräckligt länge för att den snälla sidan ska kunna framträda, minskar de negativa känslornas inverkan och ett balanserat förhållningssätt till tankar och känslor underlättas. Det verkar finnas tendenser till att det förhåller sig på det viset för männen i föreliggande studie.

Begränsningar

Resultatet bygger på självrapporter vilket alltid innebär en risk för att frågorna inte uppfattas korrekt och att deltagarna svarar utifrån vad som anses socialt önskvärt. Vidare mättes självmedkänsla med självskattningsskalan Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, 2003b). Skalan har kritiserats för hur väl den egentligen mäter självmedkänsla då dess psykometriska egenskaper ifrågasätts, och att den har validerats mest på universitetsstudenter (López m.fl., 2015). Neff (2016) hävdar att valideringen som ursprungligen gjordes under framtagning av skalan och i senare studier (t.ex. Neff & McGehee, 2010; Neff, m.fl., 2007) fortfarande håller. Det övergripande värdet från hela skalan föredras som mått på självmedkänsla, men i vissa fall kan SCS separeras i de sex delskalorna om det tjänar undersökningens syfte, t.ex. för att se om vissa grupper kämpar mer med vissa delar inom självmedkänsla (Neff, 2016). Cronbach's α var .57 för självskattningsskalan i föreliggande studie, vilket innebär att den interna reliabiliteten får anses vara låg då .7 är godkänt mått (Brace m.fl., 2009). Sålunda kan tillförlitligheten i resultatet för självmedkänslans totala medelvärde eventuellt ifrågasättas, och bidrar möjligtvis till mindfulnesspraktikens uteblivna inverkan på självmedkänsla. Denna eventuella brist kan dock motverkas av att den interna reliabiliteten för respektive delskala inom skattningsskalan var god.

Vad gäller urvalet kan dess skeva könsfördelning i allmänhet och i de olika betingelserna i synnerhet vara en begränsning. Framför allt fler mindfulnesspraktiserande män borde ha ingått. Det är nackdelen med bekvämlighetsurval. En tydlig bild av deltagarna framträder först vid analysen av data. Det visade sig dock att urvalet vara homogent för övrigt (Levene's test var inte signifikant), vilket ändå skapade bra förutsättningar för fortsatt analys. En annan störvariabel kan vara att flera deltagare i den icke praktiserande gruppen tränade yoga vilket eventuellt gav dessa deltagare bättre

självmedkänsla, då yoga till viss del liknar mindfulness med meditativa inslag, och därav minskat skillnaden i självmedkänsla mellan de två grupperna.

Mindfulnesskurserna hade olika längd, innehåll samt omfattning av meditation. Meditationsmoment ingick dock i alla kurser vilket trots allt gav relativt lika förutsättningar. Ökad validitet och färre störvariabler hade emellertid uppnåtts om alla deltagare i den mindfulnesspraktiserande gruppen härrört från samma utbildning. Tillgängliga kurser hade tyvärr för få deltagare inom respektive grupp för att uppnå detta kriterium, varför det blev nödvändigt att använda deltagare från olika utbildningar. En förbättring till nästa studie skulle vara att följa en grupp som genomgår samma intervention i mindfulness och genomföra för- och eftermätningar i självmedkänsla, samt kanske också jämföra med en kontrollgrupp. Vad gäller den externa validiteten är deltagarunderlaget relativt litet, vilket minskar generaliserbarheten i resultaten.

Vidare forskning

Sammanfattningsvis har föreliggande studie visat att mindfulnesspraktik inte stärker självmedkänsla vilket motsäger tidigare forskning (t.ex. Wallmark m.fl., 2013). Resultatet bidrar därmed med ny kunskap då det belyser att mindfulness möjligtvis inte är en intervention som passar alla, vilket exempelvis kan bero på individers olika mottaglighet för meditation, personlighet och kön. Detta bör man ta hänsyn till när åtgärder för att stärka självmedkänsla ska genomföras framöver. Mindfulness kan emellertid fortfarande anses vara en god intervention då studier har konstaterat att det stärker självmedkänsla (t.ex. Keng m.fl., 2011). Mer forskning vore ändå värdefullt för att bättre förstå hur mindfulness och självmedkänsla hänger ihop, särskilt i relation till kön.

I föreliggande studie undersöktes för första gången könsskillnader i självmedkänsla relaterat till mindfulnesspraktik i en svensk kontext. Signifikanta könsskillnader kunde konstateras där män hade högre självmedkänsla än kvinnor vilket bekräftar resultat från internationella studier (t.ex. Yarnell m.fl., 2015). Dessa könsskillnader kan handla om att män och kvinnor utvecklar sin självmedkännande förmåga på olika sätt (Yarnell m.fl., 2015), även i ett till synes jämställt land som Sverige, vilket bör tas i beaktande för att förebyggande och stärkande åtgärder för självmedkänsla framöver ska bli så verkningsfulla som möjligt.

Skattningsskalan för självmedkänsla, Self-Compassion Scale (SCS), används från 14 år och uppåt (Neff, 2016-05-15). Enligt min vetskap finns ingen skattningsskala för yngre ännu framtagen men borde konstrueras för att kunna inventera, underhålla och stärka förmågan till självmedkänsla tidigt hos flickor och pojkar. Inte bara för att i positiv mening utjämna och förebygga skillnader hos unga utifrån könsaspekten, utan också för att tidigt gynna god hälsa utifrån ett större mänskligt perspektiv.

God självmedkänsla står för många positiva hälsoaspekter, ger mer tillfredsställelse med livet (Barnard & Curry, 2011), underlättar hälsofrämjande beteende (Terry & Leary, 2011) och förebygger psykisk ohälsa (Neff, 2003a). Självmedkänsla skapar psykiskt välmående oavsett kön, ålder och kultur (Yarnell m.fl., 2015). Likväl finns mycket kvar att utforska. Vi behöver bättre förstå begreppet i sig och hur självmedkänsla formas. Vilka friskfaktorer hänger ihop med denna förmåga? Hur kan god självmedkänsla underhållas och låg självmedkänsla förbättras? Vi har ännu bara sett början på vad självmedkänsla kan innebära för oss människor. En sak är emellertid klarlagt redan nu. Vi behöver självmedkänsla för att bättre kunna hantera livets oundvikliga törnar och må bättre under tiden som vi gör det.

Referenser

- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: conceptualizations, correlates and interventions. *Review of General Psychology, 15*(4), 289-303. doi: 10.1037/a0025754
- Bergsten, K. (2013). Självmedkänsla - en vän i nöden. *Socialmedicinsk tidskrift 90*:2, 227-230.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2012). The role of mindfulness and loving kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness, 5*, 129-138. doi:10.1007/s12671-012-0158-6
- Brace, N., Kemp, R., & Sneglar, R. (2009). *SPSS for psychologists* (4.e upplagan). Hampshire: Palgrave Mcmillan. ISBN: 978-0-230-59459-3
- Carter, M. J. (2014). Gender socialization and identity theory. *Social sciences, 3*, 242-263. doi: 10.3390/socsci3020242
- Edwards, M., Adams, E. M., Waldo, M., Hadfield, O. D., & Biegel, G. M. (2014). Effects of a mindfulness group on latino adolescent students: examining levels of perceived stress, mindfulness, self-compassion, and psychological symptoms. *The Journal for Specialists in Group Work, 39*:2, 145-163. doi: 10.1080/01933922.2014.891683
- Irving, A. I., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health-care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice, 15*, 61-66. doi:10.1016/j.ctcp.2009.01.002
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology Science and Practice, 10*, 144-156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
- Keng, S-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects on mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychological Review, 31*, 1041-1056. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006
- López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., van Sonderen, E., Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the self-compassion scale's total score: self-compassion versus self-criticism. *PLOS One, 10*:7. doi: 10.1371/journal.pone.0132940
- Magnus, C. M. R., Kowalski, K. C., & McHugh, T-L. F. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise related outcomes. *Self and Identity, 9*, 363-382. doi: 10.1080/15298860903135073
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*, 85-101. doi: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness, 7*, 264-274. doi: 10.1007/s12671-015-0479-3
- Neff, K. D. (2016-05-15). *Scales for researchers*. Hämtat från: <http://self-compassion.org/self-compassion-scales-for-researchers/>

- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240. doi: 10.1080/15298860902979307
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916. doi: 10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77:1, 23-50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Ortner, C. N. M., Kilner, S. J., & Zelazo, P. D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion*, 31, 271-283. doi: 10.1080/01933922.2012.690832
- Orzech, K. M., Shapiro, S. L., Brown, K. W., & McKay, M. (2009). Intensive mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience. *The Journal of Positive Psychology*, 4:3, 212-222. doi: 10.1080/17439760902819394
- Plank, K. (2014). Introduktion. Mindfulness som gäckande begrepp. I K. Plank (red), *Mindfulness. Tradition, tolkning och tillämpning* (ss. 9-31). Lund: Nordic Academic Press.
- Plank, K. (2012). Moderna myter om mindfulness. *Läkartidningen*, 43-44:109, 1968-1970. Hämtad från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=18796>
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20, 95-108. doi: 10.1080/08854726.2014.913876
- Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., & Bryan, N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, 58: 2, 272-278. doi: 10.1037/a0023041
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Codova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12:2, 164-176. doi: 10.1037/1072-5245.12.2.164
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1:2, 105-115. doi: 10.1037/1931-3918.1.2.105
- Söderholm Häll, M. (2013). *Självmedkänsla hos vårdpersonal inom öppenvårdspsykiatri*. Uppsats från Umeå universitet. Hämtad från: <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:738101/FULLTEXT01.pdf>
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10:3, 352-362 doi: 10.1080/15298868.2011.558404
- Wallmark, E., Safarzadeh, K., Daukantaitė, D., & Maddux, R. E. (2013). Promoting altruism through meditation: an 8-week randomized controlled pilot study. *Mindfulness*, 4, 223-234. doi: 10.1007/s12671-012-0115-4
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14:5, 499-520. doi: 10.1080/15298868.2015.1029966