



Háskólinn
á Akureyri

Við eigum að kunna allt:

Streita, kulnun og bjargráð hjúkrunarfræðinga
í heilsugæslu

Laufey Sæunn Birgisdóttir

Við eigum að kunna allt:

Streita, kulnun og bjargráð hjúkrunarfræðinga
í heilsugæslu

Laufey Sæunn Birgisdóttir

60 eininga ritgerð sem er hluti af
Magister Scientiarum gráðu í heilbrigðisvísindum

Leiðbeinandi

Dr. Elísabet Hjörleifsdóttir

Ráðgjafi

Guðmundur Kristján Óskarsson

Framhaldsnámsdeild
Heilbrigðisvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Akureyri, júní 2018

Við eigum að kunna allt: Streita, kulnun og bjargráð hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu
Streita, kulnun og bjargráð
60 eininga ritgerð sem er hluti af *Magister Scientiarum* gráðu í heilbrigðisvísindum

Höfundarréttur © 2018 Laufey Sæunn Birgisdóttir
Öll réttindi áskilin

Framhaldsnámsdeild
Heilbrigðisvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Sólborg, Norðurlóð 2
600 Akureyri

Sími: 460 8000

Skráningarupplýsingar:

Laufey Sæunn Birgisdóttir, 2018, *Við eigum að kunna allt: Streita, kulnun og bjargráð hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu*, meistararitgerð, framhaldsnámsdeild, Háskólinn á Akureyri, 59 bls.

Prentun: Stell
Akureyri, júní 2018

Útdráttur

Bakgrunnur: Langvarandi mikið álag í störfum hjúkrunarfræðinga eykur líkur á streitu og kulnun í starfi sem getur haft alvarleg áhrif á andlega og líkamlega heilsu þeirra. Mikilvægt er að reyna að draga úr þessari hættu með notkun réttra bjargráða.

Tilgangur: Að kanna streitu, kulnun og bjargráð á meðal heilsugæslu hjúkrunarfræðinga og auka skilning á þeim þáttum sem stuðla að streitu og kulnun, ásamt því að skoða hvaða bjargráð hjúkrunarfræðingar í heilsugæslu nota.

Aðferð: Meginleg lýsandi þversniðsrannsókn með hentugleikaúrtak Alls var 353 heilsugæsluhjúkrunarfræðingum boðinn þátttaka. Rannsóknin er hluti af áframhaldandi rannsókn. Spurningalistinn innihélt spurningar um bakgrunn þátttakenda, streitu (Perceived Stress Scale, PSS), kulnun (Copenhagen Burnout Inventory, CBI) og bjargráð (Ways of Coping, WOC).

Niðurstöður: Unnið var úr 150 svörum í þessari rannsókn. Megin niðurstöður sýndu að þátttakendur sem mældust yfir viðmiðum á PSS sýndu marktækt hærri kulnunaréinkenni á öllum þáttum kulnunar: persónutengd kulnun ($p < 0,001$), starfstengd kulnun ($p < 0,001$), kulnun tengd skjólstæðingum ($p < 0,05$). Þeir notuðu einnig marktækt meira forðunarþætti í bjargráðum: forðunarhegðun ($p < 0,01$), forðunarhugsun ($p < 0,05$), fjarlæging ($p < 0,05$) en þeir sem voru undir viðmiðunarmörkum. Jákvæð marktæk fylgni kom í ljós á milli streitu, allra tegunda kulnunar og forðunarþátta í bjargráðum WOC skalans. Alls voru 21% þátttakenda með einkenni sem bentu til mikillar persónutengdrar kulnunar (C 18%) eða að vera útbrunnin og örmagna (D 3%). Þátttakendur sem mátu mönnun algerlega óviðunandi (80%) voru í flokki C og flokki D í persónutengdri kulnun. Báðir spurningalistarnir sýndu góðan áreiðanleika (Cronbach Alpha).

Ályktanir: Niðurstöður gefa tilefni til að skoða betur samspil streitu, kulnunar og bjargráða hjá hjúkrunarfræðingum sem starfa við heilsugæslu. Þó taka beri niðurstöðum með ákveðinni varúð eru vísbendingar um að til staðar sé alvarleg streita og kulnun á meðal starfandi heilsugæsluhjúkrunarfræðinga. Niðurstöður sýna einnig að notkun ákveðinna bjargráða geta aukið líkur á streitu og kulnun.

Lykilorð: Streita, kulnun, bjargráð, heilsugæsluhjúkrun.

Abstract

Background: Prolonged increased stress in the work nurses carry out increases the risk of stress and burnout which can seriously affect their mental and physical health. It is important to try to reduce this threat with the use of helpful coping strategies.

Purpose: To study stress, burnout and coping among community nurses and to increase understanding of factors that contribute to stress and burnout, as well as investigating coping methods nurses in community healthcare use.

Method: A descriptive cross-sectional study using purpose sample. A total of 353 healthcare nurses were invited to participate. The study is part of an ongoing research project. The questionnaire included questions about demographic information, stress (Perceived Stress Scale, PSS), burnout (Copenhagen Burnout Inventory, CBI), and coping (Ways of Coping, WOC).

Results: Analysis of data in this study consisted of 150 responses. The main results showed that participants who were over the criteria for stress on the PSS were significantly more at risk for experiencing burnout in all the categories: personal burnout ($p < 0,001$), work-related burnout ($p < 0,001$), client-related burnout ($p < 0,05$). They also used significantly more often avoidance as a coping strategies, behavioral escape-avoidance ($p < 0,01$), cognitive escape-avoidance ($p < 0,05$) and distancing ($p < 0,05$) than those who were under the criteria for stress. A positive correlation was shown between stress, all the burnout categories and the using of avoidance categories on the WOC scale. In all, 21% of the participants showed severe symptoms of personal burnout (C 18%) and being totally burned out with the feeling of a complete exhaustions (D 3%). Participants who rated the staff resources as completely inadequate (80%) were shown to belong to the category C and D for personal burnout. Both questionnaires showed good reliability (Cronbach Alpha).

Conclusions: Findings give a reason to investigate further the correlation between stress, burnout and coping and how these issues might influence each other amongst community healthcare nurses. Although findings should be taken with precaution they point to a serious level of stress and burnout being present amongst nurses working in this field. Findings also indicate that certain coping strategies might increase stress and burnout.

Keywords: Stress, burnout, coping, community healthcare nurses.

Efnisyfirlit

Tölur	vii
Þakkir	ix
Kafli 1. Inngangur	1
Bakgrunnur.....	3
Starfsánægja.....	3
Streita	5
Kulnun	6
Bjargráð	9
Hugmyndafræðilegur rammi	10
Tilgangur rannsóknar	10
Vísindalegt gildi rannsóknar	11
Takmarkanir rannsóknar	11
Rökstuðningur varðandi val á rannsóknaraðferð	11
Mælitæki rannsóknarinnar	12
Rannsóknarspurningar	13
Kafli 2. Aðferðafræði	15
Rannsóknarsnið	15
Þátttakendur	16
Mælitæki	16
Framkvæmd gagnaöflunar	18
Úrvinnsla gagna	19
Siðfræði	19
Kafli 3. Niðurstöður	21
Þátttakendur	21
Bakgrunnur þátttakenda	21
Streita	27
Kulnun.....	29

Bjargráð.....	33
Stærð vinnustaða, fjarlægð frá yfirstjórn og starfshlutfall	33
Áreiðanleiki mælitækjanna PSS, CBI og WOC.....	34
Fylgni milli PSS, CBI og WOC og aldurs, starfsaldurs, menntunar og mönnunar	35
Samanburður á meðaltali þátta CBI og WOC eftir viðmiði á PSS.....	36
Athugasemdir við mælitæki	36
Kafli 4. Umræður um niðurstöður.....	39
Streita	39
Kulnun.....	41
Bjargráð.....	43
Stærð vinnustaða og staðsetning	44
Mat hjúkrunarfræðinga á mönnun.....	44
Hagnýtt notagildi rannsókna	45
Tillögur að framtíðarrannsóknum	45
Athugasemdir þátttakenda.....	46
Kafli 5. Ályktanir og lokaorð.....	47
Heimildir	49
Fylgiskjöl.....	57
Fylgiskjal 1. Kynningarbréf til þátttakenda.....	57
Fylgiskjal 2. Afrit af svari Vísindasiðanefndar	58
Fylgiskjal 3. Svar frá Vísindasiðanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins	59

Töflur

Tafla 1. Bakgrunnur þátttakenda.....	23
Tafla 2. Flokkun eftir aldri hjúkrunarfræðinga.....	25
Tafla 3. Flokkun eftir stöðu á vinnustað.....	26
Tafla 4. PSS: Streitueinkenni hjá hjúkrunarfræðingum. Skipting út frá bakgrunnsbreytum.....	28
Tafla 5. Skipting og fjöldi þátttakenda á milli flokka A - D	29
Tafla 6. CBI: Flokkun persónutengdrar kulnunar og bakgrunnsbreytur.....	30
Tafla 7. CBI: Flokkun starfstengdrar kulnunar og bakgrunnsbreytur.....	31
Tafla 8. Flokkun á kulnun tengd skjólstæðingum og bakgrunnsbreytur.....	32
Tafla 9. Fylgni á milli þátta PSS, CBI og WOC.....	33
Tafla 10. Samanburður á meðaltali þátta eftir starfshlutfalli	34
Tafla 11. Lýsandi tafla fyrir skor þátta, Chronbach Alfa fyrir PSS, CBI, WOC og undirþætti.....	35
Tafla 12. Fylgni á milli þátta og aldurs, starfsaldurs, menntunar og mönnumunar	35
Tafla 13. Samanburður á meðaltali þátta eftir viðmiði á PSS.....	36

Þakkir

Mig langar að þakka Elísabetu Hjörleifsdóttur fyrir góða leiðsögn og hvatningu og alla þá miklu aðstoð sem hún veitti við undirbúning, framkvæmd og úrvinnslu, einnig langar mig að þakka Guðmundi Kristjáni Óskarssyni fyrir ómetanlega aðstoð og leiðbeiningar, án þeirra hefði ekki verið hægt að ljúka þessu verkefni. Þá langar mig að þakka yfirmönnum á heilbrigðisstofnunum kærlega fyrir aðstoðina við að koma spurningalistunum til sinna starfsmanna og öllum þátttakendum fyrir að taka þátt.

Mig langar að þakka fjölskyldunni fyrir þolinmæðina og umburðarlyndið, ekki bara meðan á vinnslu þessa verkefnis stóð heldur í gegnum þessi þrjú ár sem námið tók. Kærar þakkir fær einnig framkvæmdastjórn HSS fyrir að veita mér námsleyfi og þannig möguleika á að fara aftur í nám.

Kærar þakkir fær einnig vísindasjóður Félags Íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir styrk til að standa straum af kostnaði við þetta verkefni.

Kafli 1. Inngangur

Heilsugæslan gegnir lykilhlutverki í heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Í reglugerð um heilsugæslustöðvar segir að hlutverk þeirra sé að tryggja landsmönnum fullnægjandi heilsugæslu í heimabyggð. Þar segir einnig að heilsugæsla skuli vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga (Alþingi, 2007). Heilsugæslustöðvar á landinu eru 73 og töluverður fjöldi hjúkrunarfræðinga vinnur þar (Velferðarráðuneytið, e.d.).

Mikil umræða hefur verið um skort á hjúkrunarfræðingum á Íslandi undanfarin ár og samhliða því um vaxandi álag á þá hjúkrunarfræðinga sem eru starfandi (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 2017; Ríkisendurskoðun, 2017). Umræðan hefur að mestu snúist um hjúkrunarfræðinga á sjúkrahúsum (Ólöf Ragnarsdóttir, 2017), en skortur á hjúkrunarfræðingum og álag er einnig til staðar í grunnþjónustunni, heilsugæslu, þar sem margháttað vinna fer fram. Hjúkrunarfræðingar á heilsugæslustöðvum gegna mikilvægu hlutverki í þjónustu stöðvanna (Embætti landlæknis, 2017a; Embætti landlæknis, 2017b), vinnuaðstæður þeirra eru mismunandi, sumir vinna einir en aðrir eru hluti af stórum hópi. Starfsánægja skiptir miklu máli og er hún talin vera dýrmætur þáttur í gæðum hjúkrunar en óánægja getur ógnað gæðum og öryggi í þjónustu við sjúklinga (Aiken o.fl., 2012).

Í eigindlegri rannsókn þar sem tekin voru viðtöl við 10 hjúkrunarfræðinga sem störfuðu í heilsugæslu á Íslandi kom fram að starfið sjálft var mikilvægasti starfshvatinn ásamt góðri samvinnu og góðu starfsumhverfi. Starfið var áhugavert og mannlega hliðin gefandi. Kostur var að vera í dagvinnu og það að starfið er forvarnarstarf skipti máli. Sjálfstæði og sjálffræði voru taldir vera starfshvetjandi þættir sem og tækifæri til að bæta við sig þekkingu ásamt því að fá tækifæri til að nýta eigin hæfileika og þekkingu í starfi (Emilía J. Einarisdóttir, Ingi Rúnar Eðvarðsson og Sigríður Halldórsdóttir, 2012).

Helstu niðurstöður nýrrar meginlegrar rannsóknar sem gerð var á 164 hjúkrunarfræðingum á sjúkrahúsum á Íslandi sýndu að aldur og starfsaldur voru aðal áhrifavaldar á alvarleika streitu- og kulnunareinkenna þátttakenda. Sterkar vísbendingar voru um að veruleg kulnun sé til staðar í starfsstétt hjúkrunarfræðinga. Neikvæð fylgni kom fram á milli annars vegar aldurs og

starfsaldurs og hins vegar streitu og kulnunareinkenna. Niðurstöðurnar benda til að ungir hjúkrunarfræðingar með lágan starfsaldur séu í mikilli hættu á að þróa með sér streitu og kulnun (Berglind Harpa Svavarsdóttir, 2017). Svipaðar niðurstöður má sjá í fyrri rannsóknum á hjúkrunarfræðingum í mismunandi löndum, þar sem litið hefur verið til fyrrgreindra þátta. Í meginlegri rannsókn á kulnun á meðal 1,846 hjúkrunarfræðinga í Taiwan komu fram neikvæð tengsl á milli aldurs og mikilla kulnunareinkenna, því yngri sem þátttakendur voru því meiri einkenni. Einnig voru sterk neikvæð tengsl á milli starfshvatar og kulnunar. Þeir sem voru með sterka starfshvöt og fannst þeir ná góðum árangri voru með minnstu einkenni kulnunar (Lee, Yen, Fetzer og Chien, 2015). Í finnskri rannsókn Kanste, Kyngäs og Nikkilä (2007) þar sem 601 hjúkrunarfræðingar tóku þátt sáust tengsl á milli stjórnunaraðferða og kulnunar. Þátttakendur sem lýstu stjórnanda sem var virkur, að hann væri til staðar, bæri umhyggju og virðingu fyrir starfsfólki, sýndu minni einkenni kulnunar. Jafnframt gaf áströlsk rannsókn á 230 hjúkrunarfræðingum sem unnu við hjúkrun sjúklunga með krabbamein vísbendingar um þá þætti sem höfðu mest áhrif á kulnun. Mikið vinnuálag og lítil stjórn á aðstæðum í vinnunni ýtti undir kulnun en þeir sem fengu handleiðslu og viðurkenningu á þeirra vinnuframlagi sem þeim fannst skipta máli sýndu minni einkenni kulnunar (Mcmillan o.fl., 2016).

Sýnt hefur verið fram á að vinnuálag, streita og starfsánægja eru tengdir þættir og stjórnunarhættir hafa áhrif á þá (Birna G. Flygenring og Herdís Sveinsdóttir, 2014). Starfsánægja og starfsumhverfi tengist gæðum þjónustu (Aiken o.fl., 2012) og streita getur valdið kulnun í starfi (Khamisa, Oldenburg, Peltzer og Ilic, 2015). Þó töluvert sé búið að rannsaka starfsánægju, kulnun og streitu á meðal hjúkrunarfræðinga er skortur á rannsóknum þar sem sjónum er sérstaklega beint að hjúkrunarfræðingum á heilsugæslustöðvum þar með talið í heimahjúkrun. Í þessu samhengi er jafnframt mikilvægt að skoða hvaða bjargráð hjúkrunarfræðingar nota í streituvaldandi aðstæðum. Margar fyrri rannsóknir um þetta málefni eiga það sameiginlegt að bjargráðum hefur ekki verið veitt nægjanleg athygli.

Bakgrunnur

Starfsánægja

Í meginlegri rannsókn Ómars H. Kristmundssonar (1999) á starfsumhverfi ríkisstarfsmanna þar sem úrtakið var 13.379 starfsmenn og 8.015 svöruðu eða 59,91%, kom fram að óánægja í starfi orsakaðist meðal annars af því hvernig stjórnun var háttað og hvernig samskipti yfirmanna og undirmanna voru en marktæk fylgni var milli starfsánægju og ánægju með stjórnun á vinnustað. Vinnuaðstæður, laun, vinnutími og álag í starfi hafði einnig haft marktæk áhrif á óánægju. Talið er að óánægja starfsfólks geti leitt til minni afkasta, meiri starfsmannaveltu og lakari þjónustu (Ómar H. Kristmundsson, 1999).

Þegar starfsánægja var skoðuð hjá hjúkrunarfræðingum á Íslandi kom í ljós að hjúkrunarfræðingar voru óánægðastir með möguleikann á stöðuhækkun og síðan með laun. Síðan kom óánægja með hjúkrunarstjórn. Sá þáttur sem mest ánægja var með var deildarstjórnin. Tæpum 85% þátttakenda fannst starfið skemmtilegt. Hjúkrunarfræðingar á heilsugæslu voru ánægðari með laun sín en aðrir hjúkrunarfræðingar. Sterk jákvæð tengsl voru milli óánægju með hjúkrunarstjórn og með skort á starfsmönnum, því fleiri stöðugildi sem vantaði að manna því meiri var óánægjan. Niðurstöðurnar bentu til að hjúkrunarfræðingum væri mikilvægt að vera öruggir í vinnu og fá viðurkenningu fyrir störf sín ásamt því að fá handleiðslu frá deildarstjórum. Hjúkrunarfræðingar í heilsugæslu töldu sig hafa meiri möguleika á að sinna þróun, fagmennsku, ráðgjöf, endur og símenntun og andlegum stuðningi en aðrir hjúkrunarfræðingar (Páll Biering og Herdís Sveinsdóttir, 2001a).

Niðurstöður rannsóknar Gunnarsdóttur, Clarke, Rafferty og Nutbeam (2009) á starfsumhverfi 695 hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á Landspítala-háskólasjúkrahúsi (LSH) eiga samhljóm með fyrrnefndum niðurstöðum. Þar var sýnt fram á að mikilvægustu áhrifaþættirnir í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga voru mönnun, stjórnunaraðferðir og samskipti við sjúklinga og samstarfsfólk. Rannsóknin gaf til kynna að möguleikar til starfsþróunar og samstaða og stuðningur næsta yfirmanns gátu vegið á móti vaxandi álagi, ásamt jákvæðum áhrifum á líðan starfsfólks og gæði þjónustunnar.

Samhljómur var í niðurstöðum í rannsókn Birnu G. Flygenring og Herdísar Sveinsdóttur (2014) þar sem sýnt var fram á tengsl á milli streitu í starfi og starfsánægju hjúkrunarfræðinga í meginlegri rannsókn á hjúkrunarfræðingum

og sjúkraliðum á Kragasjúkrahúsum. Í úrtakinu voru 221 einstaklingar og 143 svöruðu. Neikvæð fylgni var milli streitu í starfi og starfsánægju. Marktæk jákvæð fylgni var milli stuðnings stjórnenda og starfsánægju og mikilvægt var að stjórnendur sýndu starfsfólki sínu stuðning í verki meðal annars með því að stuðla að hæfilegu vinnuálagi og tryggja að upplýsingar bærust til starfsmanna. Jafnframt var sýnt fram á marktæk tengsl á milli líðanar í starfi og viðhorfa til starfs og stjórnunar í meginlegri rannsókn Hallfríðar Eysteinsdóttur, Hermanns Óskarssonar og Ragnheiðar Hörpu Arnardóttur (2013) á 410 starfsmönnum hjúkrunardeilda á landsbyggðinni. Niðurstöður rannsóknarinnar bentu til að skýringar á neikvæðum viðhorfum og vanlíðan gætu legið í stjórnunarstíl yfirmanna.

Sú ályktun að neikvæð viðhorf og vanlíðan starfsmanna geti átt sér rætur í þeim stjórnunarháttum sem yfirmenn beita var studd í rannsókn Goh, Lee, Chan og Chan (2015) á 814 hjúkrunarfræðingum í Singapore. Fram kom þörf á auknum samskiptum við samstarfsfólk og samvinnu við yfirstjórn til að auka starfsánægju. Enn fremur sýndi rannsókn í Svíþjóð á starfsánægju og vinnuástandum sem var gerð fyrst 2002 og svo 2009 á tveimur úrtökum þar sem rúmlega helmingur svaraði í hvort skipti alls 1726 lækna og hjúkrunarfræðingar, að þeir þættir sem réðu mestu um starfsánægju voru félagslegur stuðningur, stjórn, árekstrar milli hlutverka, skýr markmið og gæðastýring (Jönsson, 2012). Í rannsókn á 11000 hjúkrunarfræðingum í Svíþjóð, voru tengsl starfsánægju kulnunar og gæða þjónustu við tegund af sjúkrastofnun svo sem stærð, staðsetningu og hvort um kennslusjúkrahús var að ræða skoðuð. Ekki sást marktækur munur á milli sjúkrahúsanna, þó það væri munur í þá átt að hjúkrunarfræðingar á minni sjúkrahúsum hefðu jákvæðari viðhorf gagnvart vinnuumhverfi sínu og gæðum þjónustu, munurinn var lítill og því töldu höfundar að það væru frekar innri þættir hjá stofnunum sem hefðu áhrif á starfsánægju (Lindqvist, Smeds Alenius, Griffiths, Runesdotter og Tishelman, 2015). Að auki hefur verið sýnt fram á í samanburði á starfsánægju 800 heilbrigðisstarfsmanna, lækna og hjúkrunarfræðinga, í þéttbýli og dreifbýli í Serbíu, að þeir sem unnu í þéttbýli voru marktækt ánægðari með stjórnun á sínum vinnustað og voru líka marktækt ánægðari í starfi (Grujicic, Bata, Radjen, Novakovic og Grujicic, 2016).

Rannsókn sem var gerð í 13 löndum víðs vegar í heiminum sýndi að samræmi er á milli þess hvernig starfsfólk og skjólstaðingar meta gæði þjónustu. Í öllum löndunum voru tengsl á milli starfsmannastjórnunar,

stuðnings við starfsmenn, samvinnu starfsmanna, áhrif á ákvarðanatöku og áhersla á gæði þjónustu, við ánægju skjólstæðinga, gæði og öryggi að þeirra mati og mat hjúkrunarfræðinganna á þessum þáttum (Aiken o.fl., 2012).

Almenn starfsánægja mældist í íslenskri rannsókn ásamt því að ánægja var með flesta starfstengda þætti og gæði þjónustunnar. Niðurstöðurnar bentu til að sameiginleg ákvarðanatöku, gott vinnuumhverfi og upplýsingaflæði tengist starfsánægju, gæðum og öryggi í heilbrigðisþjónustu. Einnig að góð stjórn og gott vinnuumhverfi leiði af sér ávinning fyrir starfsmenn, stofnanir og skjólstæðinga (Hulda Rafnsdóttir, Ragnheiður Harpa Arnardóttir og Sigrún Gunnarsdóttir, 2015).

Streita

Samkvæmt skilgreiningu Lazarus og Folkmans (1984), sem er ein þekktasta skilgreiningin á streitu, upplifa einstaklingar streitu þegar þeir skynja að þeir geti ekki á skilvirkan hátt tekist á við kröfur sem til þeirra eru gerðar eða því sem ógnar velferð þeirra og vellíðan. Í nýlegri eigindlegri rannsókn sem byggð var á viðtölum við 18 íranska hjúkrunarfræðinga á þremur sjúkrahúsum komu í ljós sex meginþemu sem endurspegluðu aðferðir sem þátttakendur notuðu til að fást við streitu. Flokkarnir voru: staðbundin stjórn á aðstæðum, leita eftir aðstoð, fyrirbyggjandi eftirlit með aðstæðum, sjálfsstjórn, forðun, flótti frá aðstæðum og trúarleg bjargráð (Eslami Akbar, Elahi, Mohammadi og Fallahi Khoshknab, 2015). Ein helsta orsök heilbrigðisvandamála hjá hjúkrunarfræðingum er starfstengd streita því er mikilvægt að gera rannsóknir á þessu sviði og reyna þannig að minnka streitu og auka starfsánægju (Sveinsdóttir o.fl., 2006). Jafnframt hafa sterk neikvæð tengsl komið fram á milli starfstengdrar streitu og starfsánægju og mikils vinnuálags (Khamisa o.fl., 2015).

Í rannsókn Sveinsdóttur, Biering og Ramel (2006) á 219 íslenskum hjúkrunarfræðingum úr 522 manna úrtaki var niðurstaðan að þeir þættir sem ollu mestri streitu voru að það væri of mikið að gera, skortur á leiðbeiningum og samskiptum, það vantaði endurgjöf á frammistöðu þeirra, ekki voru nægileg úrræði fyrir hendi í vinnunni og erfitt var að skilja vinnuna eftir þegar heim var komið. Í annari íslenskri rannsókn á hjúkrunarfræðingum kom fram að of mikil vinna væri sá þáttur sem oftast olli streitu, næst mestri streitu ollu svo ónóg boðskipti og ráðgjöf. Önnur atriði sem ollu streitu voru að eiga erfitt með

að gleyma vinnunni þegar heim var komið og hafa litla stjórn á umhverfi sínu. Streita tengd samstarfserfiðleikum mældist meiri með hækkandi aldri og líka meiri með hærri stöðu en streita tengd samskiptum við skjólstæðinga var mest hjá þeim yngstu. Ónóg mönnun jók vinnuálag og álagspætti. Streita og álag hafði meiri áhrif á hjúkrunarfræðinga sem unnu inni á sjúkrahúsum en þá sem voru utan þeirra. Hjúkrunarfræðingar inni á sjúkrahúsum fengu meiri stuðning frá samstarfsfólki en þeir sem unnu utan sjúkrahúsa (Páll Biering og Herdís Sveinsdóttir, 2001b).

Í samantekt Hólmfríðar Kolbrúnar Gunnarsdóttur (2009) á vinnuumhverfi hjúkrunarfræðinga kemur fram að hæfilegt álag þurfi til að fólki líði vel, það megi hvorki vera of mikið né of lítið og að hæfileg streita geti verið góð. Einnig segir hún þekkt að umönnunarstéttir og aðrir sem eiga í miklum samskiptum við fólk séu þeir starfsmenn sem eru í hvað mestri hættu á kulnun. Kulnun getur lýst sér sem vanmáttarkennd, þreyta og uppgjöf (Hólmfríður Kolbrún Gunnarsdóttir, 2009).

Í viðtölum við níu hjúkrunarfræðinga í litlu héraði í Kanada var tilgangurinn að kanna reynslu þátttakenda af streitufullum aðstæðum með áherslu á orsakir streitu og skort á samhygð. Þátttakendur voru bæði hjúkrunarfræðingar með háskólagráðu og úr tveggja ára námi í hjúkrun. Niðurstöðurnar gáfu ákveðnar vísbendingar um að þrátt fyrir almenna starfsánægju voru þátttakendur sammála um að námið undirbyggi þá ekki nógu vel fyrir raunveruleikann þegar í vinnu væri komið. Þeim fannst kröfur frá yfirstjórn vera meira um magn en gæði hjúkrunar og fannst erfitt að ná þeim kröfum um afköst sem voru gerð. Of mikið var um pappírsvinnu og skortur var á stuðningi frá yfirstjórn (Morrison og Korol, 2014).

Kulun

Kulun hefur verið skilgreind sem afleiðing af langvarandi áhrifum streitumikils umhverfis (Maslach og Jackson, 1981). Byrjunareinkenni kulnunar eru þau að starfsorka einstaklingsins breytist, afgerandi minnkun verður á afköstum og getur ástandið að lokum leitt til örmögnunar (Schaufeli, Leiter og Maslach, 2009). Sýnt hefur verið fram á að kulnun er algeng á meðal hjúkrunarfræðinga og meðal annars nefnt að hættan á kulnun tengist því að veita hágæðahjúkrun og um leið að takast á við streitu sem fylgir starfinu (Khamisa o.fl., 2015). Nánari skilgreining á kulnun má sjá í samantekt Ólafs

Þórs Ævarssonar (2016) þar sem kemur fram að einkennin þurfa að hafa staðið í að minnsta kosti tvær vikur og til staðar hafi verið streituvaldar í minnsta kosti sex mánuði. Einkennin eru: hamlandi ofurþreyta með minnkuðu frumkvæði, skortur á úthaldi eða óeðlilega mikil þörf fyrir hvíld, áberandi eru vitrænar truflanir með minnstruflunum og skertri einbeitingu, lækkað álagsþol, tilfinningalegt ójafnvægi og þirringur, svefntruflanir, truflandi líkamleg einkenni til dæmis stoðverkir og hjartsláttaróþægindi, meltingartruflanir, svimi og viðkvæmni fyrir hávaða og áreiti. Á alvarlegustu stigum kulnunar kemur fram mikil vanlíðan og skerðing á vinnufærni. Stuðningur og fræðsla eru mikilvægir þættir í meðferð ásamt geðlyfjum. Árangur af meðferð er góður hjá flestum en meðferð tekur mjög langan tíma og þriðjungur einstaklinga er með einkenni eftir allt að tvö ár (Ólafur Þór Ævarsson, 2016). Því má álykta að til mikils er að vinna með að fyrirbyggja og reyna að minnka afleiðingar langvarandi streitu. Tengsl hafa fundist á milli vaxandi einkenna um kulnun og fjarvista frá vinnu ásamt tengsla milli minnkandi einkenna um kulnun og minnkandi fjarvista (Kristensen, Borritz, Villadsen og Christensen, 2005).

Sýnt hefur verið fram á að starfsánægja og kulnun eru tengdir þættir, þeir sem eru ánægðir í vinnu eru með minni líkur á kulnun (neikvæð tengsl). Kulnun í starfi leiðir til minnkaðrar framleiðni og skilvirkni og getur haft slæm áhrif á samskipti á vinnustað. Skortur á stuðningi frá yfirmönnum hefur í för með sér aukna hættu á kulnun, einnig skortur á stuðningi frá samstarfsfólki. Það að hafa áhrif á, fá svörun og fá upplýsingar í vinnu hefur líka neikvæð tengsl við kulnun, því minna af þessu því meiri hætta á kulnun. Efling starfshvatar með aðgerðum innan vinnustaðarins virðist áhrifaríkast til að draga úr kulnun (Maslach, Schaufeli og Leiter, 2001).

Í írskri rannsókn á 69 hjúkrunarfræðingum voru þeir þættir sem ollu streitu þeir sömu hvort sem þátttakendur unnu inn á sjúkrastofnun eða úti í samfélaginu. Þættirnir voru skortur á úrræðum, of mikið vinnuálag og skipulagsleysi á vinnustað. Frekar lítil kulnun mældist hjá báðum hópum. Ekki fannst munur hvað varðaði bjargráð þessara hópa. Að hugsa um eitthvað annað var mest notaða bjargráðið til þess að draga úr streitu (McTiernan og McDonald, 2015).

Í niðurstöðum úr rannsókn á 895 hjúkrunarfræðingum í Suður Afríku bentu höfundar á að vinnutengd streita, kulnun, starfsánægja og almenn heilsa hjúkrunarfræðinga hefði áhrif á frammistöðu þeirra í starfi og þannig á horfur sjúklinganna. Streita tengd starfsmannamálum var mikilvægasti

áhrifaþátturinn í kulnun og starfsánægju. Kulnun jók kostnað, meiri starfsmannavelta var og meiri fjarvistir. Kulnun hafði skýr áhrif á geðheilsu og líðan hjúkrunarfræðinga sem svo hafði áhrif á frammistöðu þeirra í starfi sem aftur hafði áhrif á gæði þeirrar þjónustu sem skjólstæðingar fengu (Khamisa o.fl., 2015).

Á Spáni voru skoðuð tengsl milli mismundi persónuleikagerða og hættunnar á kulnun á meðal 676 hjúkrunarfræðinga. Í ljós kom að það skipti máli á hvaða sviði heilbrigðiskerfisins þátttakendur störfuðu, vinnuskipulagið og kyn. Í þessari rannsókn var meiri hætta á kulnun hjá þeim þátttakendum sem störfuðu í heilsugæslu en á sjúkrahúsum. Niðurstöðurnar benda til að hjúkrunarfræðingar séu mikill áhættuhópur og að mikilvægt sé að skoða hvaða þætti er hægt að hafa áhrif á til að minnka hættuna á kulnun og þá skoða þau bjargráð sem hafa áhrif til að minnka hættuna (Cañadas o.fl., 2015). Jafnframt kom fram í brasilískri rannsókn á 198 hjúkrunarfræðingum í heilsugæslu, þar sem meirihluti svarenda voru konur, að þeir sem töldu sig ekki hafa stjórn á aðstæðum og hafa ekki áhrif á sína vinnu og vinnustað, voru með meiri einkenni kulnunar en þeir sem töldu sig hafa stjórn og áhrif á aðstæður sínar í vinnunni. Spurt var um kulnun, faglega ánægju og mat á gæðum þjónustu ásamt því hvort áform væru um að hætta í vinnunni. Ánægðir eða mjög ánægðir í vinnunni voru 63,6% úrtaksins á meðan 35,4% voru óánægð eða mjög óánægð og 79% töldu skjólstæðinga fá góða þjónustu. Marktæk jákvæð tengsl sáust á milli góðrar samvinnu lækna og hjúkrunarfræðinga, eigin áhrifa á vinnu og vinnustað og svo mats á gæðum þjónustu (Lorenz og Guirardello, 2014).

Í 800 manna úrtaki í sænskri rannsókn á hjúkrunarfræðingum starfandi á sjúkrahúsum og í heilsugæslu, var kulnun og ýmsir áhrifaþættir skoðað tvisvar með um eins árs millibili, hjá sama hóp þátttakenda. Meðalstarfsaldur þátttakenda var rúmlega 14 ár á tíma rannsóknarinnar og meðalstarfsaldur á vinnustað rúmlega sjö ár. Spurt var um kröfur í vinnu, álag í vinnu, kulnun og félagslegan stuðning. Marktæk jákvæð tengsl voru milli álags í vinnu og kulnunar. Sterkust voru tengslin milli þess að hafa miklar faglegar áhyggjur og aukningar á einkennum kulnunar í formi tilfinningalegrar uppgjafar. Einnig fundust marktæk jákvæð tengsl á milli lélegs félagslegs stuðnings frá vinnufélögum og afsjálfgunar (e. depersonalization) (Sundin, Hochwälder og Lisspers, 2011).

Í rannsókn á 424 heilsugæsluhjúkrunarfræðingum í Kína var kannað hvernig þátttakendur mátu sjálfsmynd sína, hversu skuldbundnir þeir voru vinnustaðnum og kulnun. Niðurstöður bentu til þess að jákvæð viðhorf til sjálfsmyndar og aukin skuldbinding gæti leitt til minni kulnunareinkenna. Lagt var til að hjúkrunarstjórnendur gætu komið í veg fyrir kulnun með því að koma á fót árangursríkum aðferðum sem stuðluðu að stigvaxandi faglegrri færni og búa vel að vinnuumhverfinu. Talið var að vinnuálag ásamt lágum launum gæti verið hluti af orsökum þess að heilsugæsluhjúkrunarfræðingarnir mældust með einkenni kulnunar (Cao, Chen, Tian, Diao og Hu, 2015).

Svipaðar vísbendingar um mikilvægi þess hvernig hjúkrunarfræðingar bregðast við gagnvart sjálfum sér undir álagi komu fram í rannsókn á 37 heilsugæsluhjúkrunarfræðingum sem höfðu að minnsta kosti eins árs starfsreynslu. Þeir sem voru samúðarfullir gagnvart sjálfum sér voru með minni einkenni kulnunar. Þeir sem voru ánægðir í starfi, sýndu meiri samhygð, leið betur andlega og voru ólíklegri til að fá einkenni kulnunar. Vísbendingar sáust um að sjálfsgagnrýni og neikvæðar hugsanir áttu þátt í kulnun. Bent var á leiðir eins og að auka sjálfsvitund til að eiga auðveldara með að takast á við streitu (Durkin, Beaumont, Martin og Carson, 2016).

Bjargráð

Bjargráð vísar til þess ferlis þegar einstaklingur tekst á við innri og utanaðkomandi kröfur, hann metur aðstæður og fer yfir þau úrræði sem viðkomandi hefur, það vísar til þeirrar vitsmunalegu og hegðunarlegu viðleitni og getu til að draga úr, lágmarka, læra eða þola aðstæðurnar (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis og Gruen, 1986). Í rannsókn sem var gerð í Taiwan var samband fyrirbyggjandi bjargráða, bjartsýni og kulnunar skoðað. Hjúkrunarfræðingar sem notuðu fyrirbyggjandi bjargráð, voru bjartsýnir og jákvæðir höfðu færri einkenni kulnunar. Þeir hjúkrunarfræðingar sem voru jákvæðir voru frekar að nota fyrirbyggjandi bjargráð og reyna að finna leiðir til að leysa málin (Chang og Chan, 2015).

Önnur rannsókn á kulnun sem framkvæmd var í Portúgal á 98 hjúkrunarfræðingum þar sem gerðar voru tvær mælingar, fyrst í upphafi og síðan aftur eftir fjórar vikur, sýndi einnig að mikilvægt væri að mæla bæði persónuleikaeinkenni og bjargráð í rannsóknnum á kulnun. Þeir þátttakendur sem voru djarfir og kjarkaðir persónuleikar fundu minna fyrir kulnun.

Félagslegur stuðningur var mikilvægur til að takast á við stress og virk bjargráð höfðu einnig mikið að segja og gátu dregið úr kulnun. Niðurstöðurnar staðfestu að kulnun eða tilfinningaleg örmögnun hafði bein marktæk tengsl við mikið álag (Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez og Monteiro, 2010). Jafnframt var sýnt fram á tengsl persónuleikagerðar, kulnunar og þátta kulnunar í spænskri rannsókn, á úrtaki sem samanstóð af 440 heilbrigðisstarfsmönnum í heilsugæslu, þar af voru rúmlega 40% hjúkrunarfræðingar. Kannað var á hvern hátt mismunandi persónuleikar brugðust við til að auka eða minnka einkenni kulnunar. Fram komu vísbendingar um að sumum persónugerðum hjálpaði núvitund og samvitundar æfingar á meðan öðrum hentaði frekar að vinna með þeirra eigin innri gagnrýnisraddir (Montero-Marin o.fl., 2016).

Hugmyndafræðilegur rammi

Kenningar Lazarusar og Folkmans (1984) og Folkmans o.fl. (1986) um streitu og bjargráð eru grunnurinn að hugmyndafræði rannsóknarinnar. Margar skilgreiningar og kenningar eru til um bjargráð einstaklinga við streituvaldandi atburðum og flestar eiga það sameiginlegt að þær snúast um tvennt; annars vegar vandamáламиðaðar og hinsvegar tilfinningamiðaðar lausnir (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor og Falke, 1992). Mat einstaklinga byggist á fyrri viðbrögðum þeirra við atvikum sem valda streitu og á því sem þeir hafa lent í áður í lífinu. Í fyrsta lagi reyna einstaklingar að koma lagi á streitufullar tilfinningar (e. emotion-focused coping) og síðan að breyta hugsun sinni með að nota vandamáламиðaðar lausnir gegn áreitinu sem veldur streitufullum viðbrögðum (e. problem-focused coping). Einstaklingurinn reynir þannig að koma lagi á tilfinningar sínar, með því að breyta sinni upplifun og túlkun á atburðinum. Allt þetta byggir á mati einstaklingsins á hversu skaðlegt eða hættulaust hann telur atvikið vera (Folkman o.fl., 1986).

Tilgangur rannsókna

Tilgangur rannsóknarinnar er að kanna streitu, kulnun og bjargráð á meðal heilsugæsluhjúkrunarfræðinga og að auka skilning á þeim þáttum sem stuðla að streitu og kulnun, ásamt bjargráðum hjúkrunarfræðinga. Að vera fær um að fyrirbyggja streitu í starfi, sem talin er vera yfir eðlilegum mörkum, er líklegt

til að auka starfsánægju og stuðla að viðhaldi á andlegri og líkamlegri heilsu þeirra sem þjónustuna veita sem skilar sér í auknum gæðum þjónustunnar.

Vísindalegt gildi rannsókna

Mjög lítið er til af rannsóknum á einkennum streitu og kulnunar á meðal hjúkrunarfræðinga á Íslandi og þeim bjargráðum sem þeir nota í erfiðum aðstæðum á vinnustað. Eftirtektarvert er að engar íslenskar rannsóknir á þessu efni hafa verið framkvæmdar hérlandis á meðal hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu og má því segja að helsti vísindalegi ávinningur þessarar rannsóknar sé að hér er verið að varpa ljósi á eitthvað sem ekki hefur verið kannað áður. Einnig ætti það að auka vísindalegt gildi rannsóknarinnar að hún nær til hjúkrunarfræðinga um allt land. Rannsóknin ætti því að afla gagnlegra upplýsinga sem ættu að nýtast hjúkrunarfræðingum sem vinna á þessu sviði hjúkrunar svo og stjórnendum til að geta mögulega dregið úr kulnun og þannig bætt líðan. Mögulega gefa niðurstöðurnar vísbendingar sem hægt er að vinna frekar með til að efla og bæta gæði þeirrar fjölbreyttu hjúkrunar sem heilsugæslan býður upp á og er falið að sinna.

Takmarkanir rannsókna

Helstu takmarkanir rannsókna eru að öllum líkindum reynsluleysi höfundar við gerð rannsókna en rannsóknin er meistaraverkefni hans og í raun fyrsta rannsókn höfundar í langan tíma. En á móti kemur að höfundur nýtur leiðsagnar reynds leiðbeinanda og ráðgefandi aðila í Háskólanum á Akureyri. Lítil reynsla er komin á notkun þeirra spurningalista sem notaðir voru og hafa tveir þeirra einungis verið notaðir einu sinni áður við rannsókn á hjúkrunarfræðingum á Íslandi. Einnig gæti svarhlutfall sem var um 42% verið takmarkandi hvað varðar túlkun á niðurstöðum.

Rökstuðningur varðandi val á rannsóknaraðferð

Rannsóknin er megindleg þversniðsrannsókn og þær breytur sem unnið er með eru á nafn og raðkvarða. Rannsóknin er lýsandi og gögnin skoðuð til að sjá

hvað einkennir þau, það er gert með því að finna tíðni, meðaltal, staðalfrávik og tengsl milli breyta (Amalía Björnsdóttir, 2013). Vegna tímaramma rannsóknarinnar var meginleg þversniðsrannsókn valin en þar er gögnum safnað í nægjanlega stóru úrtaki á einum tímapunkti og hentaði það vel þessari rannsókn (Altman, 1991). Úrtakið er hentugleikaúrtak og var það nánast allt þýðið en markmiðið var að ná til úrtaks sem væri nægilega stórt til að endurspegla þýðið. Ástæða þess að úrtakið er nánast allt þýðið er að þýðið er ekki mjög stórt kringum 350 einstaklingar. Stærð úrtaks skiptir máli til að minnka tilviljunarkennda úrtaksvillu (Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson, 2013).

Mælitæki rannsóknarinnar

Mælitæki rannsóknarinnar eru þrjú spurningalistar sameinaðir í eitt skjal þar sem byrjað er á lýðfræðilegum spurningum. Spurningalistarnir eru: Perceived Stress Scale (PSS) sem mælir streitu, Copenhagen Burnout inventory (CBI) sem mælir kulnunareinkenni og Ways of Coping (WOC) sem mælir bjargráð. Þessir spurningalistar voru valdir þar sem þeir þóttu henta vel tilgangi rannsóknarinnar. Einnig eru þeir frekar stuttir og auðveldir fyrir þátttakendur með tilliti til svarmöguleika og tímans sem það tók að svara þeim, hentuðu þeir því vel.

Rannsóknarspurningar

1. Hvaða streituþættir hafa áhrif á líðan heilsugæsluhjúkrunarfræðinga almennt?
2. Hversu hátt hlutfall heilsugæsluhjúkrunarfræðinga er í hættu á að þróa með sér kulnun?
3. Hver eru helstu bjargráð heilsugæsluhjúkrunarfræðinga í erfiðum aðstæðum?
4. Er samband á milli streitu og bjargráða hjá heilsugæsluhjúkrunarfræðingum?

Kaflí 2. Aðferðafræði

Rannsóknarsnið

Til að svara þeim rannsóknarspurningum sem settar voru fram var valin meginleg þversniðsrannsókn (e. quantitative cross-sectional) með lýsandi samanburðarsniði (e. descriptive comparative design). Meginleg aðferð var talin henta best þessari rannsókn með tilliti til þess að gögnum átti að safna saman aðeins einu sinni á kerfisbundinn, hlutlægan hátt. Einnig átti að kanna hvort munur væri á milli hópa og finna tengsl út frá hinum ýmsu breytum í úrtakinu. Tilgangur lýsandi rannsókna er að skoða, lýsa og skrá niður þætti ákveðinna fyrirbæra eða sambanda og afla upplýsinga um ákveðnar staðreyndir á markvissan hátt um einstaklinga eða hópa með stöðluðum athugunum eða spurningalistum (Altman, 1991; Amalía Björnsdóttir, 2013). Bakgrunnsbreytur voru mældar á nafnkvarða en aðrar breytur á raðkvarða sem segir til um röð mælinganna (Altman, 1991; Amalía Björnsdóttir, 2013; Þórarinn Sveinsson, 2013). Með notkun spurningalista við gagnaöflun í þessari rannsókn var tryggt að ekki yrði mögulegt að rekja svör til einstakra þátttakenda. Jafnframt voru auknar líkur á því að þátttakendur myndu svara af hreinskilni sem getur leitt til réttmætari niðurstaðna (Polit og Beck, 2008).

Í meginlegum rannsóknum verður að gæta þess vandlega að úrtak úr þýði sé nógu stórt til að hægt sé að draga af niðurstöðunum tölfræðilegar ályktanir (Polit og Beck, 2008). Við ákvörðun um stærð úrtaks var litið til þess að almennt gildir sú regla að því stærra sem úrtak er þeim mun nákvæmara er það (Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson, 2013). Þýði rannsóknarinnar var næstum allir hjúkrunarfræðingar starfandi á heilsugæslustöðvum á Íslandi í janúar 2018, 353 einstaklingar. Hjúkrunarfræðingar starfandi á einkareknum heilsugæslustöðvum voru ekki með í úrtaki. Leitast var við að ná til sem flestra starfandi heilsugæsluhjúkrunarfræðinga því þótti þessi rannsóknaraðferð henta vel.

Þó varast skuli að alhæfa út frá niðurstöðum rannsóknarinnar í ljósi þess að hún var framkvæmd aðeins einu sinni og endanleg stærð úrtaksins var háð fyrirfram gefnum tímaramma rannsóknarvinnunnar (Amalía Björnsdóttir, 2013; Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson, 2013), þá má álykta að

niðurstöður endurspegli á einhvern hátt streitu, kulnun og bjargráð hjúkrunarfræðinga sem vinna í heilsugæslu á Íslandi.

Þátttakendur

Við val á þátttakendum var notað hentugleikaúrtak (e. convenience sample) sem hæfði vel markmiði rannsóknarinnar þar sem leitast var við að fá fram upplýsingar frá þátttakendum sem auðvelt væri að ná til og tekið var tillit til þess að kostnaður og tími skipti hér líka máli (Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson, 2013). Í úrtaki rannsóknarinnar voru 353 einstaklingar. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni voru þau að viðkomandi hefði íslenskt hjúkrunarleyfi, væri starfandi í heilsugæsluhjúkrun á tíma rannsóknarinnar og hefði fullan skilning á töluðu og skrifuðu íslensku máli. Þar sem hugað var að því að öllum hjúkrunarfræðingum sem störfuðu á nánast öllum heilsugæslustöðvum á Íslandi var boðin þátttaka þá var hér í raun verið að rannsaka þýðið en ekki hluta af þýðinu.

Mælitæki

Í þessari rannsókn voru þrjár spurningalistar notaðir. Í upphafi var aflað lýðfræðilegra upplýsinga frá þátttakendum um aldur, fjölskylduhagi, starfsaldur í hjúkrun, starfsaldur á núverandi vinnustað, vinnustað, menntun, staða á vinnustað, tegund starfs, nám samhliða vinnu og mönnun á vinnustað. Allt eru þetta mælitæki sem hafa áður verið notuð í íslenskum rannsóknum (Þórey Agnarsdóttir, Sigríður Halldórsdóttir, Hafdís Skúladóttir og Hjördís Sigursteinsdóttir, 2014; Gerður Ólína Steinþórsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Börkur Hansen, 2015; Hjörleifsdóttir, Hallberg, Bolmsjö og Gunnarsdóttir, 2006 og 2007). Spurningalistarnir þrír voru settir fram í eftirfarandi röð:

Perceived Stress Scale (PSS). PSS er mælitæki sem hefur áður verið notað í bæði erlendum og íslenskum rannsóknum og er heimilt að nota það án sérstaks leyfis. PSS mælir streitueinkenni, spurningalistinn inniheldur tíu spurningar þar sem svarendur eru beðnir um að meta þætti sem beinast að tilfinningum og hugsunum sl. mánuð. Svarmöguleikarnir eru á raðkvarða frá 0 til 4, frá aldrei og upp í mjög oft og er eins við allar spurningarnar (Choen, Kamarck og Mermelstein, 1983). Spurningalistinn hefur verið notaður í

íslenskum rannsóknum á hjúkrunarfræðingum (Berglind Harpa Svavarsdóttir, 2017; Þórey Agnarsdóttir o.fl., 2014). Viðmiðunargildið sem notað er fyrir streitu er 13,7 stig (Cohen og Williamsson, 1988).

Copenhagen Burnout Inventory (CBI). CBI mælitækið hefur verið notað einu sinni í íslenskri rannsókn á hjúkrunarfræðingum (Berglind Harpa Svavarsdóttir, 2017) og einnig í rannsókn á skólastjórnendum á Íslandi (Gerður Ólína Steinþórsdóttir o.fl., 2015). CBI mælir kulnun á þremur sviðum, persónutengda kulnun, vinnutengda kulnun og kulnun tengda skjólstæðingum, það byggir á mælitækinu Maslach Burnout Inventory (MBI). Síðan skiptist hver tegund kulnunar aftur í flokka: A: engin merki um kulnun, B: nokkur atriði sem einstaklingur ætti að vera meðvitaður um, C: kulnunareinkenni sem einstaklingur ætti að gera eitthvað í og að lokum D: örmagna og útbrunnin einstaklingur sem ætti að leita sér hjálpar tafarlaust. Til að flokkast í A flokk þurfa stig persónutengdrar, starfstengdrar og kulnunar tengd skjólstæðingum að vera á bilinu núll til sex stig. Í flokk B þurfa stig kulnunar fyrir sömu þætti að vera á á bilinu sex til þrettán stig eftir tegund þátta. Fyrir flokk C og fyrrgreinda þrjá þætti kulnunar þurfa stigin að vera frá 12 til 20 og fyrir alvarlegustu einkenni kulnunar þurfa stigin að ná því að vera 18 og fleiri eða 20 og fleiri stig í þáttunum þremur til að komast í D flokk.

Tilgangur þróunar og breytinga á CBI mælitækinu, sem framkvæmdar voru í viðamikilli rannsókn í Danmörku 1997, var að þróa spurningalista sem næði yfir og afmarkaði betur þætti sem geta ýtt undir að einstaklingur finni fyrir kulnunareinkennum og einnig að bæta úr vanköntum MBI mælitækisins (Kristensen o.fl., 2005). Spurningunum er skipt upp í tvennt eftir svarmöguleikum. Í fyrri hlutanum eru spurningarnar tólf og beinast að líkamlegri og andlegri líðan þátttakenda í starfi. Svarmöguleikarnir eru á raðkvarða frá núll upp í fjóra, frá aldrei upp í alltaf. Í seinni hlutanum eru sjö spurningar með svarmöguleikunum frá núll upp í fjóra, frá að mjög litlu leyti upp í að mjög miklu leyti (Kristensen o.fl., 2005).

Ways of Coping (WOC) mælir bjargráð einstaklinga í erfiðum aðstæðum út frá svörum við 30 spurningum sem beinast að mismunandi bjargráðum sem notuð eru til að ná tökum á vandamálum sem upp koma í vinnunni. Svörin tengjast þeim viðbrögðum sem einstaklingurinn hefur beitt í streituvaldandi aðstæðum á vinnustað síðasta árið. Um getur verið að ræða eitt eða fleiri atvik. Svarmöguleikarnir eru á raðkvarða frá núll og upp í fjóra, frá á ekki við/aldrei og upp í mjög oft. Upphafleg útgáfa WOC mælitækisins The Ways of coping

frá 1980 innihélt 68 spurningar um bjargráð (Folkman og Lazarus, 1980), hann var síðan stytur í 52 spurningar og aðlagður að einstaklingum með krabbamein (Dunkel o.fl., 1992). Þannig var hann notaður í fyrstu íslensku rannsóknunum (Hjörleifsdóttir o.fl., 2006 og 2007). Frekari þróun á mælitækinu átti sér stað í rannsókn Berglindar Hörpu Svavarsdóttur (2017) á íslenskum hjúkrunarfræðingum, 11 spurningar sem ekki áttu við voru fjarlægðar. Í þessari rannsókn var spurningalistinn enn frekar aðlagður að hjúkrunarfræðingum, hann var stytur og útkoman var 30 spurningar sem leitast við að svara því hvaða bjargráð nýtast hjúkrunarfræðingum í heilsugæslu best í streituvaldandi aðstæðum.

Áreiðanleiki spurningalistanna var skoðaður í rannsókninni með því að reikna Chronbach Alpha áreiðanleikastuðul (Cronbach, 1951; Field, 2013). Ásættanlegar niðurstöður fengust sem sýndu áreiðanleika fyrir PSS vera 0,82 og fyrir CBI frá 0,83 til 0,87. Áreiðanleiki WOC listans mældist á breiðara bili frá 0,53 til 0,81 fyrir einstaka hluta hans.

Framkvæmd gagnaöflunar

Eins og áður er getið þá náði rannsóknin til meirihluta starfandi heilsugæsluhjúkrunarfræðinga á Íslandi. Gagnasöfnun fór fram yfir þriggja mánaða tímabil frá janúar til apríl 2018. Allar sjö heilbrigðisstofnanirnar á landsbyggðinni tóku þátt og sendir voru listar á allar heilsugæslustöðvar sem heyra undir þær vítt og breytt um landið. Auk þess voru sendir listar á þær 15 heilsugæslustöðvar sem tilheyra Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Í upphafi var rannsóknin kynnt ýmist munnlega eða í tölvupósti fyrir stjórnendum stofnananna og fengið samþykki fyrir þátttöku. Spurningalistar ásamt kynningarbréfum og frímerktum svarumslögum voru síðan send til framkvæmdastjóra hjúkrunar eða yfirmanna á minni starfsstöðvum, samkvæmt fjölda starfsmanna á hverri stöð. Framkvæmdastjórar og aðrir yfirmenn voru beðnir að koma spurningalistum til allra hjúkrunarfræðinga sem unnu við heilsugæslu á hverri stofnun. Einnig voru yfirmenn hjá hverri stofnun fengnir til að minna á skil. Minnt var á skil tveimur vikum eftir að könnun var afhent.

Í kynningarbréfi (Fylgiskjal 1) til þátttakenda var beiðni um að taka þátt í rannsókninni. Í bréfinu voru markmið og tilgangur rannsóknarinnar kynnt ásamt því að upplýsingarnar væru nafnlausar, ekki væri hægt að rekja þær til svarenda og að fyllsta trúnaðar yrði gætt. Fram kom að með því að svara

spurningalistanum væri viðkomandi að gefa upplýst samþykki fyrir þátttöku en að hætta mætti þátttöku hvenær sem væri án nokkurra afleiðinga. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar sem gerði ekki athugasemdir. Ekki var krafist leyfis Vísindasiðanefndar (Fylgiskjal 2) né heldur Vísindasiðanefndar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (Fylgiskjal 3).

Úrvinnsla gagna

Tölfræðiforritið Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 25) var notað við úrvinnslu gagna. Notuð var lýsandi tölfræði (e. descriptive statistics) þar sem athuguð var tíðni, meðaltal og staðalfrávik gagna. Kí-kvaðratpróf var gert til að athuga hvort munur væri milli flokka, Spearman's rho til að reikna fylgni á milli breyta og Mann-Whitney U prófi var beitt til að athuga mun á meðaltölum tveggja hópa. Marktektarmörk voru sett við $p < 0,05$. Chronbachs Alfa stuðullinn með skilgreininguna frá 0 og upp í 1 var notaður til að reikna út áreiðanleika spurningalistanna.

Siðfræði

Flest viðfangsefni siðfræðinnar felast í að komast að skynsamlegum niðurstöðum um siðferðileg álitamál. Við framkvæmd þessarar rannsóknar fylgdi höfundur viðmiðunum sem settar hafa verið fram sem fjórar höfuðreglur til grundvallar siðareglum í heilbrigðisvísindum. Þær eru sjálfræðisreglan, skaðleysisreglan, velgjörðarreglan og réttlætisreglan.

Sjálfræðisreglan kveður á um virðingu fyrir manneskjuni og sjálfræði hennar. Hún leiðir af sér kröfu um upplýst samþykki og samhliða því þarf rannsakandinn að sjá til þess að val þátttakandans sé eins frjálst og óþvingað og frekast er unnt. Einnig þarf að ganga úr skugga um að þátttakendur skilji og geti lagt mat á upplýsingarnar sem þeim eru veittar (Sigurður Kristinsson, 2013). Kynningarbréf fylgdu með spurningalistum til þátttakenda, þar sem gerð var grein fyrir markmiðum og gerð rannsóknar ásamt upplýsingum um trúnað og nafnleynd. Litið var á þátttöku í rannsókninni sem samþykki. Þátttakendum var gerð grein fyrir að þeir gætu hætt hvenær sem væri og einnig að frjálst væri að sleppa að svara hluta spurninganna.

Skadleysisreglan kveður á um að forðast skuli að valda skaða og rannsóknin feli ekki í sér ónauðsynlega áhættu fyrir þátttakendur. (Sigurður Kristinsson, 2013). Gögnin voru ekki persónugreinanleg og þátttakendur höfðu frjálst val um að taka þátt.

Velgjörðarreglan leggur þá skyldu á rannsakandann að hann láti sem best af sér leiða og geri rannsóknir sem eru líklegar til hagsbóta fyrir mannkynið. Hagsmunir þátttakenda þurfa líka að samrýmast rannsókninni (Sigurður Kristinsson, 2013). Líklegt er að upplýsingar úr rannsókninni nýtist þátttakendum við mat á eigin aðstæðum og yfirmönnum við að bæta aðstæður sinna starfsmanna.

Réttlætisreglan kveður á um sanngirni og leitast við að vernda þá hópa sem veikast standa (Sigurður Kristinsson, 2013). Allar upplýsingar voru meðhöndlaðar samkvæmt ströngustu reglum um trúnað og nafnleynd og farið var eftir lögum um persónuvernd og um meðferð persónuupplýsinga (nr. 77/2000) og lögum um heilbrigðisstarfsmenn (nr. 34/2012). Spurningalistar voru geymdir í læstri hirslu í vörslu leiðbeinanda og gögn í læstri tölvu rannsakanda meðan á vinnslu stóð. Eftir að rannsókn er lokið munu gögn verða varðveitt í tölvu ábyrgðarmanns rannsóknarinnar í 3 ár eftir það verður þeim eytt.

Kaflí 3. Niðurstöður

Í þessum kafla verða niðurstöður rannsóknarinnar skoðaðar. Þær rannsóknarspurningar sem voru settar fram voru: Hvaða streitubættir hafa áhrif á líðan hjúkrunarfræðinga almennt? Hversu hátt hlutfall hjúkrunarfræðinga er í hættu á að þróa með sér kulnun? Hver eru helstu bjargráð hjúkrunarfræðinga í erfiðum aðstæðum? Er samband á milli streitu og bjargráða hjá heilsugæsluhjúkrunarfræðingum?

Þátttakendur

Úrtakið var allir hjúkrunarfræðingar sem störfuðu við heilsugæslu á Íslandi í janúar og febrúar 2018, að undanskildum fjórum einkareknum heilsugæslustöðvum, alls 353 einstaklingar. Unnið var úr þeim svörum sem borist höfðu 14. mars en þá höfðu alls 150 svör borist sem var 42,3% svörum. Svörum sem bárust eftir það var haldið til haga og verða notuð í áframhaldandi úrvinnslu á rannsóknargögnunum.

Bakgrunnur þátttakenda

Í rannsókninni voru í heildina 10 spurningar um bakgrunn þátttakenda. Spurningarnar voru um aldur, fjölskylduhagi, starfsaldur í hjúkrun, og starfsaldur á núverandi vinnustað. Spurt var um fjölda samstarfsmanna og inni í þeirri spurningu var spurt um fjarlægð til yfirstjórnar, þessar spurningar voru til að meta stærð vinnustaðar og hversu afskekkt vinnustaður viðkomandi var. Spurt var um menntun, stöðu á vinnustað, tegund starfs, um nám samhliða vinnu og um mat þátttakenda á mönnun (Tafla 1).

Við skoðun á bakgrunnsbreytum voru notaðir lýsandi tölfræðiútreikningar. Þegar aldursskipting var skoðuð út frá skiptingu í fimm aldursþópá kom í ljós að flestir voru á aldrinum 50-59 ára 32% (n=48), annar stærsti hópurinn var 40-49 ára 28% (n=42), þriðji hópurinn var 30-39 ára 22% (n=33) og minnsti hópurinn var 25-29 ára 2% (n=3). Ef aldursskipting var skoðuð í skiptingu miðað við 40 ára og eldri og svo þeir sem voru yngri en 40 ára, sást að mikill meirihluti þátttakenda var eldri en 40 ára, 76% (n=114). Flestir voru giftir 74,7% (n=112) eða í sambúð 14% (n=21). Þegar starfsaldur í hjúkrun var

skoðaður út frá skiptingu í sjö flokka starfsaldurs kom í ljós að fjölmennasti hópurinn var með langan starfsaldur, meira en 30 ár, 24% (n=36), með 21-25 ára starfsaldur voru 12,7% (n=19) og fámennasti hópurinn var með stysta starfsaldurinn, 1-5 ár, 7,3% (n=11).

Skoðun á starfsaldri á núverandi vinnustað út frá skiptingu í fimm flokka sýndi að 28,7% (n=43) höfðu unnið 1-5 ár. Alls höfðu 54,7% (n=82) unnið á sama stað í 11 ár og lengur og 18,7% (n=28) höfðu unnið í meira en 20 ár á sama stað.

Hvað varðaði menntun þátttakenda voru flestir með BSc gráðu, 50% (n=75), 15,3% (n=23) höfðu hjúkrunarpróf (ekki háskólagráðu). Þeir sem lokið höfðu diplóma eða MSc gráðu voru 34% (n=51).

Almennir hjúkrunarfræðingar voru 62% (n=93) og stjórnendur 32,7% (n=49). Í skriflegri athugasemd við þessa spurningu kom fram að 13 þátttakendur höfðu ljósmæðramenntun og þrír einstaklingar tóku fram að þeir væru með menntun til sjúkraflutninga.

Í spurningu um tegund starfs gátu þátttakendur merkt við einn svarmöguleika eða alla. Í ljós kom að flestir þátttakendur unnu við móttöku, 77,3% (n=116), við ungbarnavernd, 63,3% (n=95), við heimahjúkrun, 48% (n=72) og 42% (n=63) störfuðu við skólahjúkrun. Aðrir tiltóku stjórnun (n=15), mæðravernd (n=13), sykursýkismóttöku (n=9), færni og heilsumatsnefnd (n=4), hjúkrunarstýrðar sérmóttökur (n=2) og sjúkraflutninga (n=2). Í námi með vinnu voru 14,7% (n=22).

Fram kom í mati þátttakenda á mönnun á sínum vinnustað að langflestir töldu mönnun vera viðunandi 54,7% (n=82), á meðan 21,3% (n=32) sögðu hana í góðu lagi og 3,3% (n=5) mátu hana algerlega óviðunandi (Tafla 1).

Tafla 1. Bakgrunnur þátttakenda.

	n	%
Aldur		
25-29 ára	3	2,0
30-39 ára	33	22,0
40-49 ára	42	28,0
50-59 ára	48	32,0
60 ára eða eldri	24	16,0
Fjölskylduhagir		
Gift(ur)	112	74,7
Sambúð	21	14,0
Bý(r) ein(n)	2	1,3
Annað	3	2,0
Svara ekki	12	8,0
Starfsaldur í hjúkrun		
1-5 ár	11	7,3
6-10 ár	15	10,0
11-15 ár	33	22,0
16-20 ár	21	14,0
21-25	19	12,7
26-30 ár	15	10,0
Meira en 30 ár	36	24,0
Starfsaldur á núverandi vinnustað		
1-5 ár	43	28,7
6-10 ár	24	16,0
11-15 ár	28	18,7
16-20 ár	26	17,3
Meira en 20 ár	28	18,7
Svara ekki	1	0,7
Menntun sem lokið er		
Hjúkrunarpróf	23	15,3
BSc gráða í hjúkrun	75	50,0
Diplóma gráða í hjúkrun	34	22,7
MSc gráða í hjúkrun	17	11,3
Annað	1	0,7
Staða á vinnustað		
Almennur hjúkrunarfræðingur	93	62,0
Stjórnandi	49	32,7
Svara ekki	8	5,3
Tegund starfs		
Heimahjúkrun	72	48,0
Ungbarnavernd	95	63,3
Skólahjúkrun	63	42,0
Móttaka	116	77,3
Annað	74	49,3
Nám samhliða vinnu		
Já	22	14,7
Nei	128	85,3
Mönnun		
Í góðu lagi	32	21,3
Viðunandi	82	54,7
Óviðunandi	31	20,7
Algerlega óviðunandi	5	3,3

Að auki kom fram að þátttakendur voru að meðaltali í rúmlega áttatíu og tvö prósent starfshlutfalli. Til glöggvunar á mismunandi umfangi heilsugæslustöðva var meðaltal fjölda hjúkrunarfræðinga og lækna á hverri starfsstöð skoðað. Að meðaltali unnu 8,5 hjúkrunarfræðingar og 5,9 lækna á hverjum stað. Að lokum var meðaltal fjarlægðar hvernar starfsstöðvar til yfirstjórnar skoðað, það reyndist vera 32,2 km.

Marktækur munur kom fram á milli starfsaldurs í hjúkrun þegar úrtakinu var skipt í tvo aldurshópa þar sem miðað var við 40 ára aldur. Þeir sem voru í hópnum 40 ára og eldri höfðu marktækt lengri starfsaldur en þeir sem voru yngri ($p < 0,001$), lengri starfsaldur á núverandi vinnustað ($p < 0,001$), voru oftari í stjórnunarstöðu ($p < 0,05$) en þeir sem voru yngri en 40 ára stunduðu frekar nám samhliða vinnu ($p < 0,05$) (Tafla 2).

Tafla 2. Flokkun eftir aldri hjúkrunarfræðinga.

	Yngri en 40 ára %	40 ára eða eldri %	p-gildi ^a
Fjölskylduhagir			
Gift(ur)	60,0	88,3	-
Sambúð	37,1	7,8	
Bý(r) ein(n)	0,0	1,9	
Annað	2,9	1,9	
Starfsaldur í hjúkrun			
15 ár eða minna	97,2	21,1	<0,001
16 ár eða meira	2,8	78,9	
Starfsaldur á núverandi vinnustað			
10 ár eða minna	85,7	32,5	<0,001
11 ár eða meira	14,3	67,5	
Menntun sem lokið er			
Hjúkrunarpróf	2,8	19,3	-
BSc gráða í hjúkrun	63,9	45,6	
Diplóma gráða í hjúkrun	27,8	21,1	
MSc gráða í hjúkrun	5,6	13,2	
Annað	0,0	0,9	
Staða á vinnustað			
Almennur hjúkrunarfræðingur	80,6	60,4	0,028*
Stjórnandi	19,4	39,6	
Tegund starfs			
Heimahjúkrun	55,6	45,6	0,298
Ungbarnavernd	52,8	65,8	0,159
Skólahjúkrun	44,4	41,2	0,733
Móttaka	77,8	77,2	0,942
Annað	44,4	50,9	0,501
Nám samhliða vinnu			
Já	27,8	10,5	0,011*
Nei	72,2	89,5	
Mönnun			
Í góðu lagi	30,6	18,4	-
Viðunandi	44,4	57,9	
Óviðunandi	22,2	20,2	
Algerlega óviðunandi	2,8	3,5	

^aKí-kvaðratpróf. *marktækt miðað við $p < 0,05$. **marktækt miðað við $p < 0,001$, – forsendur Kí-kvaðratsprófs ekki uppfylltar.

Stjórnendur voru frekar að meta mönnun algerlega óviðunandi (8,2%) en almennir hjúkrunarfræðingar (1,1%). Færri stjórnendur töldu mönnun í góðu lagi (14,3%) á meðan 25,8% almennra hjúkrunarfræðinga töldu svo vera (Tafla 3).

Tafla 3. Flokkun eftir stöðu á vinnustað.

	Almennur hjúkrunarfræðingur %	Stjórnandi %	p-gildi ^a
Aldur			
undir 40	31,2	14,3	0,028*
yfir 40	68,8	85,7	
Fjölskylduhagir			
Gift(ur)	78,2	83,7	-
Sambúð	18,4	11,6	
Bý(r) ein(n)	1,1	2,3	
Annað	2,3	2,3	
Starfsaldur í hjúkrun			
15 ár eða minna	46,2	30,6	0,072
16 ár eða meira	53,8	69,4	
Starfsaldur á núverandi vinnustað			
10 ár eða minna	53,3	30,6	0,010*
11 ár eða meira	46,7	69,4	
Menntun sem lokið er			
Hjúkrunarpróf	10,8	22,4	-
BSc gráða í hjúkrun	54,8	44,9	
Diplóma gráða í hjúkrun	26,9	12,2	
MSc gráða í hjúkrun	6,5	20,4	
Annað -	1,1	0,0	
Tegund starfs			
Heimahjúkrun	47,3	46,9	0,966
Ungbarnavernd	54,8	73,5	0,030*
Skólahjúkrun	45,2	36,7	0,334
Móttaka	78,5	73,5	0,500
Annað	37,6	65,3	0,002*
Nám samhliða vinnu			
Já	15,1	16,3	0,842
Nei	84,9	83,7	
Mönnun			
Í góðu lagi	25,8	14,3	0,054
Viðunandi	54,8	51,0	
Óviðunandi	18,3	26,5	
Algerlega óviðunandi	1,1	8,2	

^aKí-kvaðratpróf. *marktækt miðað við $p < 0,05$, – forsendur Kí-kvaðratsprófs ekki uppfylltar.

Streita

Þegar streitueinkenni (PSS) voru skoðuð út frá bakgrunnsbreytum fannst ekki marktækur munur á milli breyta. Þó kom í ljós að 38,2% þátttakenda sem voru yngri en 40 ára voru yfir streituvíðmiðum listans á móti 33% þeirra sem voru 40 ára og eldri. Þegar litið var til starfsaldurs sýndu niðurstöður að 31,6% af þeim sem höfðu 15 ára eða styttri starfsaldur voru yfir viðmiðum en 36% af þeim sem höfðu 16 ára starfsaldur eða meira.

Þegar starfsaldur á núverandi vinnustað var skoðaður sást að þar voru 40,6% þeirra sem höfðu unnið 10 ár eða minna yfir streituvíðmiðum á meðan 29,5% af þeim sem höfðu unnið 11 ár eða meira voru yfir streituvíðmiðum listans. Nám samhliða vinnu virtist auka streitu þó ekki kæmi fram marktækni, 44,4% þeirra sem voru í námi voru yfir viðmiðum en 32,8% þeirra sem voru ekki í námi. Einnig kom fram að 75% þátttakenda sem mátu mönnun algerlega óviðunandi voru yfir viðmiðunarmörkum (Tafla 4).

Tafla 4. PSS: Streitu-einkenni hjá hjúkrunarfræðingum. Skipting út frá bakgrunnsbreytum.

	Undir viðmiðum %	Yfir viðmiðum %	p-gildi ^a
Aldur			
Yngri en 40 ára	61,8	38,2	0,576
40 ára eða eldri	67,0	33,0	
Fjölskylduhagir			
Gift(ur)	67,9	32,1	-
Sambúð	55,0	45,0	
Bý(r) ein(n)	50,0	50,0	
Annað	100,0	0,0	
Starfsaldur í hjúkrun			
15 ár eða minna	68,4	31,6	0,582
16 ár eða meira	64,0	36,0	
Starfsaldur á núverandi vinnustað			
10 ár eða minna	59,4	40,6	0,165
11 ár eða meira	70,5	29,5	
Menntun sem lokið er			
Hjúkrunarpróf	57,1	42,9	-
BSc gráða í hjúkrun	66,7	33,3	
Diplóma gráða í hjúkrun	70,6	29,4	
MSc gráða í hjúkrun	60,0	40,0	
Annað	100,0	0,0	
Staða á vinnustað			
Almennur hjúkrunarfræðingur	67,4	32,6	0,599
Stjórnandi	62,8	37,2	
Tegund starfs			
Heimahjúkrun	43,6	55,1	0,192
Ungbarnavernd	60,6	65,3	0,585
Skólahjúkrun	37,2	49,0	0,176
Móttaka	73,4	85,7	0,094
Annað	50,0	44,9	0,562
Nám samhliða vinnu			
Já	55,6	44,4	0,330
Nei	67,2	32,8	
Mönnun			
Í góðu lagi	76,7	23,3	-
Viðunandi	65,8	34,2	
Óviðunandi	60,0	40,0	
Algerlega óviðunandi	25,0	75,0	

^aKí-kvaðratpróf. –marktækt miðað við $p < 0,05$, - forsendur Kí-kvaðratsprófs ekki uppfylltar.

Kulnun

Niðurstöður sýndu að alvarleg merki kulnunar féllu frekast undir flokkinn persónutengd kulnun, 3,3% þátttakenda flokkuðust þar í D flokk, alvarlegasta stig kulnunar, á meðan starfstengd kulnun í þessum versta flokki var 0,7%. Einnig voru í C flokki flestir með persónutengda kulnun (18%). Í samantekt þá voru 21,3% hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu með kulnunareinkenni í flokki C (alvarleg einkenni sem þörf er á að bregðast við) og D (örmögnun og að vera útbrunnin, þar sem þeir ættu að leita sér tafarlaust hjálpar til að breyta stöðu sinni) (Tafla 5).

Tafla 5. Skipting og fjöldi þátttakenda á milli flokka A-D.

	Persónutengd kulnun n (%)	Starfstengd kulnun n (%)	Kulnun tengd skjólstæðingum n (%)
Flokkur A			
Einstaklingur ber engin merki um kulnun	51 (34,0)	75 (50,3)	51 (34,0)
Flokkur B			
Það eru nokkur atriði sem einstaklingur ætti að vera meðvitaður um.	67 (44,7)	60 (40,3)	74 (49,3)
Flokkur C			
Einstaklingur er með kulnunareinkenni sem hann ætti að gera eitthvað í	27 (18,0)	13 (8,7)	22 (14,7)
Flokkur D			
Einstaklingur er svo örmagna og útbrunninn að hann ætti að leita sér tafarlaust hjálpar til að breyta stöðu sinni	5 (3,3)	1 (0,7)	3 (2,0)

(Borritz og Kristensen, 2004).

Ekki komu fram marktæk tengsl á milli aldurs þegar úrtakinu var skipt á milli 40 ára og yngri og 40 ára og eldri og kulnunar. Samt sem áður mátti sjá mun, 5,6% af þátttakendum undir 40 ára aldri voru með kulnun í flokki D í persónutengdri kulnun á móti 2,6% af þeim sem voru eldri en 40 ára. Þegar starfsaldur á núverandi vinnustað var skoðaður kom í ljós að á meðal þeirra þátttakenda sem höfðu unnið í 10 ár eða styttra voru 4,5% með kulnun í flokki D, en 2,4% af þeim sem hafa unnið 11 ár eða lengur. Nám samhliða starfi jók líka töluvert fjölda þeirra sem sýndi kulnun á alvarlegasta stigi, 9,1% af þeim

sem voru í námi sýndu kulnun í flokki D í persónutengdri kulnun á móti 2,3% hjá þeim sem ekki voru í námi. Tuttugu prósent af þeim sem töldu mönnun algerlega óviðunandi voru með persónutengda kulnun í flokki D og 60% af þeim sem töldu mönnun óviðunandi voru með kulnun í flokki C. Sýndi þetta að alls 80% af þeim sem töldu mönnun ábótavant voru með alvarleg einkenni kulnunar (Tafla 6).

Tafla 6. CBI: Flokkun persónutengdrar kulnunar og bakgrunnsbreytur.

Flokkur	A %	B %	C %	D %	p-gildi ^a
Aldur					
undir 40	30,6	47,2	16,7	5,6	0,805
yfir 40	35,1	43,9	18,4	2,6	
Fjölskylduhagir					
Gift(ur)	34,8	42,9	18,8	3,6	-
Sambúð	28,6	52,4	14,3	4,8	
Bý(r) ein(n)	0,0	100,0	0,0	0,0	
Annað	33,3	66,7	0,0	0,0	
Starfsaldur í hjúkrun					
15 ár eða minna	30,5	47,5	18,6	3,4	0,910
16 ár eða meira	36,3	42,9	17,6	3,3	
Starfsaldur á núverandi vinnustað					
10 ár eða minna	31,3	44,8	19,4	4,5	0,862
11 ár eða meira	35,4	45,1	17,1	2,4	
Menntun sem lokið er					
Hjúkrunarpróf	30,4	52,2	8,7	8,7	-
BSc gráða í hjúkrun	40,0	41,3	17,3	1,3	
Diplóma gráða í hjúkrun	23,5	50,0	26,5	0,0	
MSc gráða í hjúkrun	35,3	35,3	17,6	11,8	
Annað	0,0	100,0	0,0	0,0	
Staða á vinnustað					
Almennur hjúkrunarfræðingur	34,4	41,9	20,4	3,2	0,822
Stjórnandi	34,7	46,9	14,3	4,1	
Nám samhliða vinnu					
Já	31,8	45,5	13,6	9,1	-
Nei	34,4	44,5	18,8	2,3	
Mönnun					
Í góðu lagi	40,6	53,1	3,1	3,1	-
Viðunandi	40,2	43,9	14,6	1,2	
Óviðunandi	16,1	41,9	35,5	6,5	
Algerlega óviðunandi	0,0	20,0	60,0	20,0	

^aKí-kvaðratpróf. marktækt miðað við $p < 0,05$, – forsendur Kí-kvaðratsprófs ekki uppfylltar.

Niðurstöður sýndu að lítil sem engin tenging virtist vera á milli bakgrunnsbreyta og starfstengdrar kulnunar. Aðeins 1,1% þátttakenda sem höfðu 16 ára og hærri starfsaldur í hjúkrun sýndu starfstengda kulnun í flokki D og enginn í hópnum sem hafði 15 ára og lægri starfsaldur. Svipað gildi um starfsaldur á núverandi vinnustað og starfstengda kulnun í flokki D. Jafnframt kom í ljós að 51,9% af þeim sem höfðu 11 ára og hærri starfsaldur á núverandi vinnustað sýndu engin merki um starfstengda kulnun. Svipað kom í ljós hjá hópnum með 10 ára og lægri starfsaldur, 47,8% voru alveg án einkenna um þessa tegund kulnunar (Tafla 7).

Tafla 7. CBI: Flokkun starfstengdrar kulnunar og bakgrunnsbreytur.

Flokkur	A	B	C	D	p-gildi ^a
	%	%	%	%	
Aldur					
undir 40	52,8	33,3	13,9	0,0	0,495
yfir 40	49,6	42,5	7,1	0,9	
Fjölskylduhagir					
Gift(ur)	48,6	42,3	8,1	0,9	-
Sambúð	61,9	28,6	9,5	0,0	
Bý(r) ein(n)	0,0	100,0	0,0	0,0	
Annað	66,7	33,3	0,0	0,0	
Starfsaldur í hjúkrun					
15 ár eða minna	52,5	33,9	13,6	0,0	0,226
16 ár eða meira	48,9	44,4	5,6	1,1	
Starfsaldur á núverandi vinnustað					
10 ár eða minna	47,8	41,8	10,4	0,0	0,71
11 ár eða meira	51,9	39,5	7,4	1,2	
Menntun sem lokið er					
Hjúkrunarpróf	63,6	31,8	0,0	4,5	-
BSc gráða í hjúkrun	49,3	41,3	9,3	0,0	
Diplóma gráða í hjúkrun	47,1	41,2	11,8	0,0	
MSc gráða í hjúkrun	41,2	47,1	11,8	0,0	
Annað	100,0	0,0	0,0	0,0	
Staða á vinnustað					
Almennur hjúkrunarfræðingur	48,4	39,8	10,8	1,1	0,723
Stjórnandi	52,1	41,7	6,2	0,0	
Nám samhliða vinnu					
Já	59,1	31,8	9,1	0,0	-
Nei	48,8	41,7	8,7	0,8	
Mönnun					
Í góðu lagi	62,5	31,2	6,2	0,0	-
Viðunandi	55,6	35,8	8,6	0,0	
Óviðunandi	32,3	54,8	9,7	3,2	
Algerlega óviðunandi	0,0	80,0	20,0	0,0	

^aKí-kvaðratpróf. marktækt miðað við $p < 0,05$, – forsendur Kí-kvaðratsprófs ekki uppfylltar.

Lítill kulnun tengd skjólstæðingum mældist. Fram kom í niðurstöðum að 2,8% þátttakenda úr flokki yngri en 40 ára sýndu kulnunareinkenni í þessum þætti kulnunar í flokki D, á meðan 1,8% af þeim sem voru eldri en 40 ára sýndu það. Þetta breyttist þegar litið var til flokks C, þar voru 8,3% þátttakenda úr flokki yngri en 40 ára sem sýndu kulnunareinkenni tengd skjólstæðingum, en yfir 40 ára 16,7%. Einnig kom í ljós að 4,5% þeirra sem voru í námi flokkuðust í D flokk en 1,6% þeirra sem ekki voru í námi (Tafla 8).

Tafla 8. Flokkun á kulnun tengd skjólstæðingum og bakgrunnsbreytur.

Flokkur	A %	B %	C %	D %	p-gildi ^a
Aldur					
undir 40	41,7	47,2	8,3	2,8	0,512
yfir 40	31,6	50,0	16,7	1,8	
Fjölskylduhagir					
Gift(ur)	31,2	52,7	14,3	1,8	-
Sambúð	47,6	38,1	9,5	4,8	
Bý(r) ein(n)	0,0	50,0	50,0	0,0	
Annað	33,3	66,7	0,0	0,0	
Starfsaldur í hjúkrun					
15 ár eða minna	37,3	49,2	11,9	1,7	0,831
16 ár eða meira	31,9	49,5	16,5	2,2	
Starfsaldur á núverandi vinnustað					
10 ár eða minna	29,9	53,7	14,9	1,5	0,784
11 ár eða meira	36,6	46,3	14,6	2,4	
Menntun sem lokið er					
Hjúkrunarpróf	43,5	39,1	13,0	4,3	-
BSc gráða í hjúkrun	38,7	45,3	14,7	1,3	
Diplóma gráða í hjúkrun	17,6	64,7	17,6	0,0	
MSc gráða í hjúkrun	29,4	52,9	11,8	5,9	
Annað	100,0	0,0	0,0	0,0	
Staða á vinnustað					
Almennur hjúkrunarfræðingur	32,3	50,5	15,1	2,2	0,783
Stjórnandi	40,8	42,9	14,3	2,0	
Nám samhliða vinnu					
Já	36,4	54,5	4,5	4,5	-
Nei	33,6	48,4	16,4	1,6	
Mönnun					
Í góðu lagi	43,8	46,9	6,2	3,1	-
Viðunandi	40,2	48,8	9,8	1,2	
Óviðunandi	12,9	58,1	25,8	3,2	
Algerlega óviðunandi	0,0	20,0	80,0	0,0	

^aKí-kvaðratpróf. – marktækt miðað við $p < 0,05$, - forsendur Kí-kvaðratsprófs ekki uppfylltar.

Bjargráð

Marktæk jákvæð fylgni sýndi að því meiri streita sem var til staðar (PSS) hjá þátttakendum því meira notuðu þeir bjargráð í formi forðunarhegðunar, forðunarhugsunar og fjarlægingar (WOC). Einnig kom fram marktæk jákvæð fylgni á milli persónutengdrar kulnunar og starfstengdrar kulnunar (CBI) annars vegar og allra fyrrgreindra þátta bjargráða. Jafnframt sýndu niðurstöður marktæka jákvæða fylgni á milli kulnunar tengdri skjólstaðingum annars vegar og forðunarhegðunar og forðunarhugsunar hins vegar (Tafla 9).

Tafla 9. Fylgni á milli þátta PSS, CBI og WOC.

	PSS	Persónutengd kulnun	Starfstengd kulnun	Kulnun tengd skjólstaðingum
WOC				
Forðunarhegðun	0,36 **	0,28 **	0,31 **	0,32 **
Forðunarhugsun	0,30 **	0,32 **	0,29 **	0,29 **
Fjarlæging	0,19 *	0,24 **	0,24 **	0,09
Einbeita sér að hinu jákvæða	-0,06	-0,06	-0,11	-0,01
Sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning	0,05	-0,01	-0,09	0,07

Pearson. * fylgnin er marktæk miðað $p < 0,05$. ** fylgnin er marktæk miðað $p < 0,01$.

Stærð vinnustaða, fjarlægð frá yfirstjórn og starfshlutfall

Stærð vinnustaðar þar sem tekið var mið af fjöldanum einn til fimm annars vegar og sex og fleiri hins vegar sýndi ekki marktæka fylgni við streitu (PSS), kulnun (CBI) eða bjargráð (WOC). Þetta var einnig skoðað með tilliti til fjarlægða frá heilsugæslustöðvunum til yfirstjórnar með viðmiðið meira en 20 km og minna en 20 km og kom þar ekkert marktækt í ljós. Þegar litið var til þess hvort munur væri á streitu kulnunar og bjargráðum á milli hjúkrunarfræðinga í mismunandi starfshlutfalli kom í ljós að starfshlutfall

undir eða yfir 80% hafði áhrif. Þeir þátttakendur sem voru í meira en 80% starfshlutfalli nýttu sér marktækt meira tvo þætti bjargráða WOC listans, fjarlægingu og að sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning (Tafla 10).

Tafla 10. Samanburður á meðaltali þátta eftir starfshlutfalli.

	undir 80% meðaltal (staðalfrávik/n)	80% eða meira meðaltal (staðalfrávik/n)	p-gildi ^a
PSS	11,4 (6,1/32)	11,9 (6,2/85)	0,548
CBI			
Persónutengd kulnun	8,0 (4,8/35)	8,1 (4,6/89)	0,942
Starfstengd kulnun	9,2 (4,4/35)	9,2 (5,1/89)	0,837
Kulnun tengd skjólstæðingum	6,7 (4,2/35)	6,0 (4,2/88)	0,327
WOC			
Forðunarhegðun	1,0 (0,6/34)	1,3 (0,6/88)	0,062
Forðunarhugsun	1,1 (0,7/34)	1,2 (0,7/83)	0,337
Fjarlæging	1,4 (0,7/32)	1,9 (0,7/87)	0,003*
Einbeita sér að hinu jákvæða	1,7 (1,0/31)	2,1 (0,8/86)	0,105
Sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning	1,7 (0,8/35)	2,1 (0,6/86)	0,008*

^a Mann-Withney U próf. *marktækt miðað við $p < 0,05$.

Áreiðanleiki mælitækjanna PSS, CBI og WOC

Áreiðanleiki spurningalistanna var reiknaður með Chronbach Alpha áreiðanleikastuðli og voru niðurstöður fyrir PSS 0,82 og CBI frá 0,83 til 0,87. Áreiðanleiki WOC listans mældist á breiðara bili frá 0,53 til 0,81 fyrir einstaka hluta hans (Tafla 11).

Tafla 11. Lýsandi tafla fyrir skor þátta, Chronbach Alfa fyrir PSS, CBI, WOC og undirþætti.

	Cronbach Alpha	Meðaltal(staðalfrávik/n)
PSS	0,82	11,9 (6,2/143)
CBI		
Persónutengd kulnun	0,87	8,1 (4,5/150)
Starfstengd kulnun	0,84	9,1 (4,9/150)
Kulnun tengd skjólstæðingum	0,83	6,2 (4,1/149)
WOC		
Forðunarhegðun	0,53	1,2 (0,6/148)
Forðunarhugsun	0,65	1,2 (0,7/141)
Fjarlæging	0,77	1,8 (0,7/145)
Einbeita sér að hinu jákvæða	0,81	2,0 (0,8/142)
Sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning	0,74	2,0 (0,7/146)

Fylgni milli PSS, CBI og WOC og aldurs, starfsaldurs, menntunar og mönnunar

Marktæk jákvæð fylgni sýndi að því eldri sem þátttakendur voru því meira notuðu þeir fjarlægingu sem bjargráð (WOC). Marktæk jákvæð fylgni kom einnig fram á milli starfsaldurs og forðunarhegðunar í WOC. Niðurstöður sýndu jákvæða fylgni milli mönnunar og streitu (PSS) og mats þátttakenda á mönnun og öllum þáttum CBI listans (Tafla 12).

Tafla 12. Fylgni á milli þátta og aldurs, starfsaldurs, menntunar og mönnunar.

	Aldur	Starfsaldur	Menntun	Mönnun
PSS	-0,08	-0,00	0,03	0,19*
CBI				
Persónutengd kulnun	-0,09	-0,07	0,07	0,32**
Starfstengd kulnun	0,02	0,01	0,09	0,36**
Kulnun tengd skjólstæðingum	-0,07	0,01	0,12	0,20*
WOC				
Forðunarhegðun	0,10	0,23**	-0,05	0,01
Forðunarhugsun	0,08	0,09	0,02	0,10
Fjarlæging	0,20*	0,10	-0,12	0,09
Einbeita sér að hinu jákvæða	0,06	-0,01	-0,08	-0,01
Sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning	0,10	0,16	-0,08	0,04

Spearman's rho. * fylgnin er marktæk miðað $p < 0,05$. ** fylgnin er marktæk miðað $p < 0,01$.

Samanburður á meðaltali þátta CBI og WOC eftir viðmiði á PSS

Við samanburð á meðaltali þátta CBI listans og WOC listans annars vegar og viðmið streitu á PSS fannst marktækur munur. Meðaltal á öllum þremur þáttum CBI listans, persónutengdri kulnun, starfstengdri kulnun og kulnun tengdri skjólstæðingum sýndi að þeir þátttakendur sem voru yfir streituvíðmiðum höfðu marktækt meiri einkenni allra þátta kulnunar en þeir sem voru undir víðmiðum um streitu. Meðaltal á þremur þáttum WOC listans, forðunarhegðun, forðunarhugsun og fjarlæging sýndi að þeir þátttakendur sem voru yfir streituvíðmiðum notuðu marktækt meira þessi bjargráð en þeir sem voru undir þeim víðmiðum (Tafla 13).

Tafla 13. Samanburður á meðaltali þátta eftir viðmiði á PSS.

	Undir víðmiðum meðaltal (staðalfrávik/n)	yfir víðmiðum meðaltal (staðalfrávik/n)	p-gildi ^a
CBI			
Persónutengd kulnun	6,8 (3,3/94)	10,7 (5,1/49)	<0,001**
Starfstengd kulnun	7,7 (3,8/94)	12,0 (5,4/49)	<0,001**
Kulnun tengd skjólstæðingum	5,5 (3,7/93)	7,4 (4,6/49)	0,018*
WOC			
Forðunarhegðun	1,0 (0,6/93)	1,5 (0,6/49)	<0,001**
Forðunarhugsun	1,1 (0,7/92)	1,4 (0,7/43)	0,028*
Fjarlæging	1,7 (0,7/90)	2,0 (0,6/49)	0,023*
Einbeita sér að hinu jákvæða	2,0 (0,9/91)	1,9 (0,7/45)	0,449
Sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning	2,0 (0,7/92)	2,0 (0,6/48)	0,669

^aMann-Withney U próf. *marktækt miðað við $p < 0,05$. **marktækt miðað við $p < 0,001$.

Athugasemdir við mælitæki

Almennt voru þátttakendur ánægðir með uppsetningu spurningalistans. Alls 81,3% þátttakenda fannst uppsetningin góð í heild sinni, en 4,7% fannst hún ekki góð, 14% svöruðu ekki.

Hluti þátttakenda gerði athugasemdir við einstakar spurningar eða uppsetningu spurningalistans. Flestar athugasemdirnar beindust að WOC

spurningalistanum um bjargráðin þar sem fram var tekið að ákveðnar spurningar væru óskýrar eða ættu ekki við. Einnig bentu nokkrir þátttakendur á að spyrja mætti meira út í ýmislegt varðandi stjórnun, samstarfsmenn og fleiri innri hluti á vinnustöðum. Vanlíðan, álag og önnur vandamál gætu átt rætur í skipulagi, samskiptum við samstarfsmenn, stuðningi, samskiptum við yfirmenn eða stjórnun yfirleitt. Einnig var bent á að það að vinna mikið einn gæti skapað vanlíðan. Nokkrar ábendingar komu um að aðeins væri spurt um álag tengt sjúklingum og lagt til að notað væri heitið skjólstæðingar.

Auk þess kom fram í athugasemdum að galli væri að ekki var hægt að velja aðra hjúskaparstöðu en sambúð eða giftur, að sjálfsögðu hefði átt að vera hægt að velja einhleypur. Bent var á að áhugavert hefði verið að hafa fleiri jákvæða hluti í listanum um bjargráð eins og til dæmis hreyfingu.

Kafli 4. Umræður um niðurstöður

Helstu niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að langflestir hjúkrunarfræðingarnir sem störfuðu við heilsugæslu voru 40 ára og eldri, þeir höfðu einnig marktækt lengri starfsaldur á þeim vinnustað sem unnið var á á tíma gagnasöfnunar en þeir sem yngri voru ($p < 0,001$). Jafnframt kom í ljós að sá sami hópur var marktækt minna að sinna námi samhliða vinnu ($p < 0,05$) (Töflur 1 og 2). Þessar niðurstöður og niðurstöður Berglindar Hörpu Svavarsdóttur (2017) eru ólíkar og benda til þess að í heilsugæslu starfi mun meira af eldri hjúkrunarfræðingum með meiri starfsreynslu en á sjúkrahúsum á Íslandi. Líkindi má sjá í niðurstöðum Norman o.fl. (2005) sem sýndi fram á að með hækkandi aldri færa hjúkrunarfræðingar sig úr hjúkrun á bráðadeildum. Marktækt fleiri stjórnendur voru eldri en 40 ára ($p < 0,05$) og þeir voru líka með marktækt lengri starfsaldur á núverandi vinnustað ($p < 0,05$) ásamt því að vinna meira við ungbarnavernd ($p < 0,05$) (Tafla 3). Ekki kom fram neinn afgerandi munur á streitueinkennum á milli þátttakenda sem voru yfir og undir 40 ára aldursbilinu. Þó ber að geta þess að þeir sem yngri voru sýndu fleiri merki um streitu en þeir sem eldri voru (Tafla 4). Athyglisvert var að sjá að 21,3% hjúkrunarfræðinganna voru komnir með alvarleg persónutengd kulnunaareinkenni sem kröfðust skjótrar úrlausnar og um 45% í viðbót voru með einkenni sem þeir áttu að vera meðvitaðir um og voru því í hættu. Mest notuðu bjargráð hjúkrunarfræðinga í erfiðum aðstæðum voru þau að reyna að líta á björtu hliðarnar, að einbeita sér að næsta skrefi og að ræða við einhvern til að átta sig betur á ástandinu.

Streita

Samræmi er í niðurstöðum þessarar rannsóknar og niðurstöðum rannsóknar Berglindar Hörpu Svavarsdóttur (2017) sem sýna alvarlegri einkenni um streitu hjá þeim sem voru undir 40 ára en hjá þeim sem voru 40 ára og eldri (Tafla 4). Engar forsendur eru fyrir því að álykta um hvers vegna munurinn var mun minni í þessari rannsókn en í fyrrgreindri rannsókn Berglindar Hörpu Svavarsdóttur. Það má þó geta þess að hér var mjög lítil hluti úrtaksins undir 40 ára aldri sem gæti haft áhrif á niðurstöður. Einnig ber að taka fram að PSS spurningalistinn var ekki að spyrja um vinnutengda streitu heldur streitu

almennt en í rannsókn Þóreyjar Agnarsdóttur o.fl. (2014) þar sem PSS var einnig notaður töldu 90% þeirra sem fundu fyrir streitu aðalástæðuna vera vinnutengda, í rannsókn þeirra fundu þeir yngri marktækt meira fyrir streitu.

Niðurstöðum þessarar rannsóknar ber saman við fyrri rannsóknir á streitu. Í samantekt (Rauschenbach, Krumm, Thielgen og Hertel, 2013) þar sem skoðuð voru tengsl aldurs og streitu út frá mati á þirringi. Skoðuð voru gögn úr 66 rannsóknum, frá ýmsum löndum og mörgum starfsstéttum frá 1993 til 2011. Það fannst ekki marktækt samband milli aldurs og streitu, nema milli hækkandi aldurs og vitsmunalegs þirringis (e. cognitive irritation). Fram kom að starfsmenn á miðjum aldri sem voru í félagslegum störfum (e. social jobs) s.s. hjúkrunarfræðingar og kennarar sýndu meiri tilfinningalegan þirring borið saman við bæði eldri og yngri kollega. Það að minni streita hafi komið fram í þessari rannsókn miðað við sambærilega rannsókn á hjúkrunarfræðingum á lyf- og skurðeildum á jafnframt við niðurstöður úr rannsókn Páls Biering og Herdísar Sveinsdóttur (2001b). Streita og álag hafði meiri áhrif á hjúkrunarfræðinga sem unnu inni á sjúkrahúsum en á þá sem unnu utan þeirra.

Þó þessi rannsókn hafi ekki beint sjónum að vinnutengdri streitu, eins og getið hefur verið um hér frammar, þá var tilgangurinn að skoða tengsl streitu við persónu- og vinnutengda þætti. Niðurstöður leiddu í ljós að lengri starfsaldur þátttakenda á núverandi vinnustað virtist geta haft áhrif á styrkleika streitueinkenna hjá þeim (Tafla 4). Rúmlega tíu prósentustiga munur var á fjölda þeirra sem fundu fyrir streitu í hópnum með 10 ára og minni starfsaldur á móti þeim sem voru með lengri starfsaldur og eru þetta sambærilegar niðurstöður og komu fram í rannsókn Berglindar Hörpu Svavarsdóttur (2017). Starfsaldur hafði líka áhrif á streitu hjúkrunardeildarstjóra á saman hátt í rannsókn Þóreyjar Agnarsdóttur o.fl. (2014), þeir sem höfðu langan starfsaldur við stjórnun fundu minni einkenni streitu. Að auki sýndu niðurstöður úr rannsókn (Sveinsdóttir o.fl., 2006) að lengri starfsaldur dró úr streitu hjúkrunarfræðinga.

Veikar vísbendingar voru um að streita væri meiri á meðal stjórnenda en hjá almennum hjúkrunarfræðingum í þessari rannsókn, 37,2% stjórnenda voru yfir viðmiðum en 32,6% almennra hjúkrunarfræðinga. Streita stjórnenda mældist þó aðeins minni en í íslenskri rannsókn á vinnutengdri streitu hjá hjúkrunardeildarstjórum en þar voru samkvæmt PSS 45% deildarstjóra á sjúkrahúsum yfir streitaviðmiðum (Þórey Agnarsdóttir o.fl., 2014). Niðurstöður þessarar rannsóknar sem sýndu að nám samhliða starfi jók á streitu

og er ólíkt niðurstöðum úr rannsókn Þóreyjar Agnarsdóttur o.fl. (2014) þar sem nám samhliða starfi hjúkrunarstjórna hafði nánast engin áhrif á það hvort þátttakendur voru yfir eða undir mörkum á streitukvarðanum. Þessu ber þó að taka með varúð þar sem ekki var um nákvæmlega samskonar úrtök að ræða, þessi rannsókn var með blandað úrtak af almennum hjúkrunarfræðingum og stjórnendum hjúkrunar á meðan eingöngu var um stjórnendur að ræða í fyrrgreindri rannsókn Þóreyjar Agnarsdóttur o.fl.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að huga þurfi frekar að yngri hjúkrunarfræðingum og að þeim sem eru með stuttan starfsaldur, þessir hópar virðast frekar vera yfir mörkum hvað varðar streitu. Einnig virðast stjórnendur vera undir meira álagi og finna frekar fyrir streitu.

Kulnun

Eins og áður hefur komið fram skiptist kulnun í þrjá flokka, persónutengd kulnun, starfstengd kulnun og kulnun tengd skjólstæðingum, hver flokkur skiptis svo í A, B, C og D flokka eftir alvarleika einkenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar eru ólíkar eftir flokkum og sýna að töluvert var um kulnun í hópi þátttakenda. Niðurstöðum ber ekki saman við fyrri rannsóknir á kulnun þar sem komið hefur fram að þeir sem eru 40 ára og yngri eru líklegri til að sýna marktækt alvarlegri einkenni kulnunar en þeir sem eldri eru. Í rannsóknum Erickson og Grove (2007), Lee o.fl. (2015) og Berglindar Hörpu Svavarsdóttur (2017) komu fram sterkar vísbendingar um að yngra fólk á vinnumarkaði er frekar talið vera áhættuhópur fyrir því að lenda í streitu og kulnun í starfi.

Í þessari rannsókn voru það aðeins 34% þátttakenda sem báru engin merki um persónutengda kulnun, 50% báru engin merki um starfstengda kulnun og að lokum báru 34% engin merki um kulnun tengda skjólstæðingum. Hvað varðar flokka C og D, alvarleg kulnunareinkenni, þá var minnst um starfstengda kulnun, síðan kulnun tengda skjólstæðingum og flestir eða 21,3% þátttakenda voru með einkenni í flokki C og D í persónutengdri kulnun (Tafla 5). Samt sem áður ef niðurstöður þessarar rannsóknar á hjúkrunarfræðingum í heilsugæslu eru bornar saman við stöðu grunn- og leikskólastjóra á Íslandi (Gerður Ólína Steinþórsdóttir o.fl. 2015) þá eru hjúkrunarfræðingar frekar illa staddir. Í fyrrgreindri rannsókn voru 76% grunnskólastjóra ekki með nein kulnunareinkenni og 62% leikskólastjóra ekki heldur með einkenni kulnunar á móti 22,1% (n=33) hjúkrunarfræðinga sem lenda alltaf í flokki A og eru því

ekki með nein kulnunareinkenni. Af þessu má álykta að hjúkrunarfræðingar gætu talist til starfsstéttar sem er útsett fyrir kulnun í starfi. Af þessu má sjá að mikill meirihluti þátttakenda ber merki um kulnun og hluti hefur einkenni um frekar mikla eða mjög alvarlega kulnun, þetta er því áhyggjuefni.

Mat þátttakenda á mönnun var tengt við persónutengda kulnun, mikill meirihluti þeirra sem mátu mönnun algerlega óviðunandi voru í flokki C (60%) og flokki D (20%), þeir voru með mikil einkenni kulnunar. Í íslenski rannsókn (Gunnarsdóttir o.fl., 2009) reyndist undirmönnun vera einn af stærstu áhrifaþáttum kulnunar. Rannsókn Khamisa o.fl. (2015) styðja þessa niðurstöðu í rannsókn þeirra á hjúkrunarfræðingum í Suður Afríku var streita í tengslum við starfsmannamál, þar á meðal léleg mönnun mikilvægur áhrifaþáttur til að auka kulnun og minnka starfsánægju. En áður hefur verið sýnt fram á að kulnun væri algeng hjá hjúkrunarfræðingum og meðal annars vegna streitu sem fylgir starfinu (Cañadas o.fl., 2015).

Við samanburð á starfstengdri kulnun við sambærilega rannsókn Berglindar Hörpu Svavarsdóttur (2017), má sjá að mun fleiri höfðu enga starfstengda kulnun í þessari rannsókn, eða 50,3% á móti 25,6%. Þegar litið var til flokks C og D, alvarleg starfstengd kulnun, voru í þessari rannsókn 9,4% einstaklinga samtals í þessum flokkum, en í rannsókn Berglindar Hörpu Svavarsdóttur voru þeir 27,4%. Þarna má sjá að mun færri hjúkrunarfræðingar í heilsugæslu voru með alvarlega starfstengda kulnun en hjúkrunarfræðingar á bráðalegudeildum sjúkrahúsa. Þegar kulnun tengd skjólstæðingum var skoðuð í samanburði við fyrrgreinda rannsókn snerist þetta við, í ljós kom að í þessari rannsókn höfundar voru 16,7% í flokkum C og D en í rannsókn Berglindar Hörpu Svavarsdóttur 10,1%.

Í rannsókn Erickson og Grove (2007) á 829 hjúkrunarfræðingum á bráðadeildum sást að þeir sem voru yngri en 30 ára voru með marktækt meiri einkenni um alvarlega kulnun en þeir sem eru eldri. Sömuleiðis voru niðurstöður úr rannsókn Lee o.fl. (2015) á 1846 hjúkrunarfræðingum þannig að marktæk neikvæð tengsl sáust milli aldurs og kulnunar, þannig að með hækkandi aldri fór kulnun minnkandi. Jafnframt sýndu niðurstöður Berglindar Hörpu Svavarsdóttur (2017) að þeir sem voru yngri en 40 ára eru í mun meiri hættu á að fá allar tegundir af kulnun. Þessar fyrri rannsóknarniðurstöður eru í ósamræmi við niðurstöður þessarar rannsóknar þar sem kom fram að þegar aldur og tengsl hans við kulnun voru skoðuð sýndu niðurstöður að ekki var um marktæk tengsl að ræða.

Það komu þó fram ákveðnar vísbendingar um að þeir sem yngri voru virtust í meira mæli vera með alvarleg einkenni kulnunar. Tæp sex prósent af þeim sem voru eru yngri en 40 ára voru í flokki D í persónutengdri kulnun á meðan helmingi færri 40 ára og eldri, tæp þrjú prósent, lentu í þeim flokki. Þessar niðurstöður endurspeglar það sem komið hefur fram í þeim rannsóknum, sem fjallað hefur verið um hér að ofan á tengslum aldurs og kulnunar (Berglind Harpa Svavarsdóttir, 2017; Erickson og Grove, 2007; Lee o.fl., 2015).

Ástæða er til að hugleiða þann hluta af yngri hjúkrunarfræðingum sem í þessari rannsókn voru með alvarlegustu einkenni kulnunar (Tafla 6) og hvaða ástæður gætu legið þar að baki. Það er ekki innan ramma þessarar rannsóknar að skoða það en brýnt er að beina sjónum að því að framtíðinni á vinnustað jafnt sem í vísindalegri vinnu. Rannsóknir hafa sett fram vísbendingar um að ástæður vinnutengdrar kulnunar hjá yngra fólki geti verið árekstrar milli einkalífs og vinnu, bæði að vinnan hafi áhrif á fjölskyldulífið og öfugt, að fjölskyldan hafi áhrif á skuldbindingar í vinnu, sérstaklega hjá konum (Wang, Chang, Fu og Wang, 2012).

Bjargráð

Jákvæð marktæk fylgni var á milli streitu (PSS), allra tegunda kulnunar (CBI) og forðunarhegðunar, forðunarhugsunar og fjarlægingar (Tafla 9). Þetta er á sömu nótum og niðurstöður úr rannsókn á 69 írskum geðhjúkrunarfræðingum þar sem streita, kulnun og bjargráð þeirra voru skoðuð, fram kom að það að hugsa um eitthvað annað var mest notaða bjargráðið (McTiernan og McDonald, 2015).

Niðurstöður fyrri rannsókna á kulnun hafa gefið vísbendingar um að það að vera bjartsýnn og nota fyrirbyggjandi bjargráð dragi úr einkennum kulnunar. Fram hefur komið að bjartsýni getur dregið beint úr einkennum kulnunar og óbeint, þeir hjúkrunarfræðingar sem eru bjartsýnir nota frekar fyrirbyggjandi bjargráð (Chang og Chan, 2015). Höfundar drógu því þær ályktanir að þeir sem eru bjartsýnir leiti frekar jákvæðra leiða til að leysa úr því sem veldur þeim streitu. Fyrir utan þá marktæku fylgni sem fram kom er einnig vert að nefna að sýnt var fram á neikvæða fylgni, þó ekki væri hún marktæk. Því meira sem þátttakendur töldu sig einbeita sér að hinu jákvæða því minni var streitan og minni einkenni í öllum tegundum kulnunar. Þeir sem sóttust eftir og nýttu sér félagslegan stuðning fundu minna fyrir persónutengdri og starfstengdri kulnun

(Tafla 9). Fyrri rannsóknir styrkja þessar niðurstöður þar sem sýnt hefur verið fram á að virk bjargráð (e. active coping) og félagslegur stuðningur hafa marktæk neikvæð tengsl við kulnun (Garrosa o.fl., 2010). Í samantekt á áströlskum rannsóknum á streitu og bjargráðum hjúkrunarfræðinga sást að vinsælasta og gagnlegasta bjargráðið var félagslegur stuðningur frá vinnufélögum, fjölskyldu og vinum. Þeir nýttu sér einnig aðlögunar bjargráð (e. adaptive coping strategies) (Lim, Bogossian og Ahern, 2010).

Þessar niðurstöður kalla á frekari skoðun á þeim þáttum sem hér um ræðir en mikilvægt er að veita þeim athygli því þetta eru vísbendingar um að til eru bjargráð sem gætu fyrirbyggt eða í einhverjum tilvikum dregið úr þeirri vanlíðan og veikindum sem fylgja í kjölfar streitu og kulnunar (Garrosa o. fl, 2010).

Stærð vinnustaða og staðsetning

Ekki fundust nein marktæk tengsl á milli stærða vinnustaða, fjarlægðar þeirra frá höfuðstöðvunum og streitu og kulnunar en ákveðið var að skoða það aðeins þar sem eitt af jákvæðum bjargráðum er talið vera að sækja sér stuðning til vinnufélaga (Garrosa o.fl., 2010) og fá stuðning frá yfirmönnum (Gunnarsdóttir o.fl., 2009; Aiken, Clarke og Sloane, 2002) og er hætt við að á minni stöðum geti aðstæður gert erfitt fyrir um þessa þætti. En ekki var að sjá vísbendingar um það. Jafnframt hefur Jönsson (2012) bent á að félagslegur stuðningur skiptir miklu máli varðandi starfsánægju, streitu og kulnun. Einnig hafa komið fram niðurstöður sem benda til þess að þéttbýli eða dreifbýli geta verið áhrifaþættir á ánægju í starfi (Grujicic o.fl., 2016).

Mat hjúkrunarfræðinga á mönnun

Niðurstöðurnar sýndu stjórnendur mátu frekar að mönnun væri algerlega óviðunandi en almennir hjúkrunarfræðingar. Samband sást milli þess að meta mönnun óviðunandi og algerlega óviðunandi og streitu, næstum helmingur af þeim sem mátu mönnun óviðunandi voru yfir viðmiðum um streitu og mikill meirihluti af þeim sem mátu mönnun algerlega óviðunandi voru yfir viðmiðum (Tafla 4). Koma þessar niðurstöður heim og saman við niðurstöður úr rannsókn Sveinsdóttir o.fl. (2006) þar sem þeir þættir sem ollu mestri streitu voru meðal

annars að það væri of mikið að gera. Aðrar rannsóknir hafa sýnt að ófullnægjandi mönnun hefur bein áhrif á starfsánægju hjúkrunarfræðinga og einnig á horfur sjúklunga (Aiken o.fl., 2012). Mannekla og álag var líka eitt af því sem hjúkrunardeildarstjórar nefndu að þeir væru ósáttir við í rannsókn Þóreyjar Agnarsdóttur o.fl. (2014).

Hagnýtt notagildi rannsókna

Hagnýtt notagildi þessarar rannsóknar felst fyrst og fremst í því að fá upplýsingar um líðan heilsugæsluhjúkrunarfræðinga, um hversu mikil streita og kulnun er til staðar hjá þessum hópi hjúkrunarfræðinga. Starf þeirra er ólíkt starfi hjúkrunarfræðinga inn á sjúkrahúsum, það er oft á tíðum unnið við aðstæður sem krefjast víðtækrar þekkingar og margvíslegra úrlausna og stundum er lítið um bakland og stuðning. Ekki síður er notagildið það að rannsóknin sýni fram á að ákveðin bjargráð geta verið nýtileg til að fyrirbyggja eða draga úr einkennum streitu og kulnunar hjá hjúkrunarfræðingum í heilsugæslu.

Vísbendingar eru um að þeir sem yngri eru og hafa styttri starfsreynslu séu frekar að finna fyrir streitu og hafi meiri einkenni kulnunar. Því er mikilvægt fyrir einstaklingana sjálfa að vera meðvitaða um þetta og vera vakandi yfir einkennum og reyna þannig að bregðast við og koma í veg fyrir alvarlegar afleiðingar. Þetta eru einnig mikilvægar upplýsingar fyrir stjórnendur til að þeir geti bæði verið betur vakandi yfir þessum hóp, ásamt því að geta mögulega gert úrbætur til að reyna að lágmarka þessa áhættu.

Tillögur að framtíðarrannsóknum

Eftirfarandi telur höfundur að áhugavert sé að rannsaka í framtíðarrannsóknum á streitu, kulnun og bjargráðum á meðal heilsugæsluhjúkrunarfræðinga:

- Að framkvæma meginlega rannsókn á öllum starfandi heilsugæsluhjúkrunarfræðingum yngri en 40 ára og fá þannig fram áhrifaþætti á þróun streitu og kulnunar hjá þeim.
- Að framkvæma meginlega rannsókn til að kanna streitu og kulnun innan mismunandi umhverfis í hjúkrun og hafa alla aldursflokka með.

- Að framkvæma eigindlega rannsókn á streitu, kulnun og bjargráðum heilsugæsluhjúkrunarfræðinga til að dýpka skilning á efninu.
- Að gera megindelega rannsókn gagnert til að þróa bjargráðalista til að nota við rannsóknir á heilbrigðisstarfsmönnum.

Athugasemdir þátttakenda

Athyglisvert var að fram kom í athugasemdum nokkurra þátttakenda þegar þeir lýstu sínu starfi að sjá mátti að lýsingin endurspegladi þá hugmynd sem höfundur sjálfur lagði upp með í upphafi rannsóknarinnar, sem var: *að finnast að hjúkrunarfræðingar í heilsugæslu eigi að vera þeir sem kunna allt*. Einn þátttakandi tók fram að hann sinnti öllu sem til félli í vinnunni hvort sem það væri hjúkrun eða ekki. Einnig var töluvert um ábendingar um að spyrja þyrfti meira út í samskipti við samstarfsmenn og stjórnendur sem bendir til að þar séu til staðar vandamál.

Kafli 5. Ályktanir og lokaorð

Niðurstöður útreikninga á áreiðanleika fyrir mælitækin sem notuð voru PSS, CBI og WOC voru nokkuð góðar. Þau eru því gagnleg til að skoða þá þætti sem skoðaðir voru í þessari rannsókn og henta ágætlega til að gera frekari rannsóknir á hjúkrunarfræðingum í framtíðinni.

Töluvert var um kulnun meðal þátttakenda en mest áberandi var persónutengd kulnun og alls voru rúmlega tuttugu prósent hjúkrunarfræðinganna með einkenni í flokki C og flokki D, sem sagt kulnunareinkenni sem ætti að gera eitthvað í eða svo örmagna og útbrunnir að þörf var á tafarlausri hjálp. Aldur virtist vera áhrifapáttur þegar kom að alvarlegum kulnunareinkennum og niðurstöður gáfu skýrt til kynna mikilvægi þess að mönnun sé í samræmi við þarfir til að tryggja ásættanlega líðan hjúkrunarfræðinga.

Streita og kulnun eru staðreyndir í störfum hjúkrunarfræðinga og því þarf að beina sjónum að því að skoða betur á hvern hátt nám í hjúkrunarfræði undirbýr nemendur fyrir starfið og þær aðstæður sem þar eru. Á heilsugæslustöðvum er mjög erfitt að draga úr umfangi þó skortur sé á starfsfólki, þar sem mikið af þeirri vinnu sem þar fer fram er þess eðlis að aðrar aðstæður stjórna álaginu. Þar er ekki hægt að draga úr fjölda fæðinga á svæðinu vegna þess að það vantar fólk til að sinna ungbarnavernd. Að sama skapi er erfitt að minnka þjónustu í skóla því þar eru ákveðnir hlutir sem þarf að sinna í hverjum árgangi. Það sama má segja um heimahjúkrun sem er sífellt vaxandi þjónusta, bæði vegna vaxandi fjölda aldraðra og þess að sjúkrahúsín eru, vegna álags þar, að úrskrifa sífellt veikari einstaklinga sem þurfa á þjónustu að halda.

Allt ber þetta að sama brunni, skortur á hjúkrunarfræðingum er staðreynd hér á Íslandi, streita og kulnun er þá væntanlega vaxandi frekar en hitt með vaxandi álagi. Miðað við ábendingar frá þátttakendum er þörf á að skoða mun fleiri þætti sem hafa áhrif á líðan og þar með á gæði þjónustu, til dæmis samskipti innan vinnustaða, þá bæði milli samstarfsmanna og við yfirmenn, breytingar og stjórnun.

Heimildir

- Aiken, L. H., Clarke, S. P. og Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M.,... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in eEurope and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344, e1717. doi:10.1136/bmj.e1717
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research* (1. útg.). London: Chapman og Hall/CRC.
- Alþingi. (2007). Reglugerð um heilsugæslustöðvar. Sótt af <http://www.reglugerd.is/reglugerdir/allar/nr/787-2007>
- Amalía Björnsdóttir. (2013). Útskýringar á helstu tölfræðihugtökum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 169-182). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Berglind Harpa Svavarsdóttir. (2017). *Streita, kulnunareinkenni og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga* (óútgefin meistaritgerð). Sótt af <http://hdl.handle.net/1946/28249>
- Birna G. Flygenring og Herdís Sveinsdóttir. (2014). Starfsánægja, streita og heilsufar á breytingartímum: Rannsókn á kragasjúkrahúsunum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 90(4), 50-60.
- Borritz, M. og Kristensen, T. S. (2004). Copenhagen Burnout Inventory – et spørgeskema til måling af udbrændthed. Sótt af www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/cbi-egen-test.pdf

- Cañadas-De la Fuente, Guillermo A, Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R. og Emilia, I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249.
- Cao, X., Chen, L., Tian, L., Diao, Y. og Hu, X. (2015). Effect of professional self-concept on burnout among community health nurses in Chengdu, China: The mediator role of organisational commitment. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 2907-2915.
- Chang, Y. og Chan, H. (2015). Optimism and proactive coping in relation to burnout among nurses. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 401-408.
- Cohen, S. og Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. Í I. S. Spacapan og S. Oskamp (ritstjóri), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology* (bls. 31-67). Newbury Park: Sage.
- Cohen, S., Kamarck, T. og Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. og Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C. J. H. og Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46, 109-114.
- Embætti landlæknis. (2017a). *Hlutaúttekt Heilsugæsla Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja (HSS)*. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item32427/Skýrsla%20hlutaúttektar%20á%20HSS.pdf>

- Embætti landlæknis. (2017b). *Skýrsla hlutaúttekar embættis landlæknis: Heilsugæsla Heilbrigðisstofnunar Suðurlands (HSU)*, Sótt af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item33870/%C3%9Attekt%20%C3%A1%20heilsug%C3%A6slust%C3%B6%C3%B0vum%20HSU.pdf>
- Emilía J. Einarsdóttir, Ingi Rúnar Eðvarðsson og Sigríður Halldórsdóttir. (2012). Áhrif niðurskurðar á starfshvata og innbyrðis þekkingarmiðlun heilsugæsluhjúkrunarfræðinga. *Stjórnmal og stjórnsýsla*, 8(2), 389-412.
- Erickson, R. og Grove, W. (2007). Why emotions matter: Age, agitation, and burnout among registered nurses. *Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1), 1-13.
- Eslami Akbar, R., Elahi, N., Mohammadi, E. og Fallahi Khoshknab, M. (2015). What strategies do the nurses apply to cope with job stress?: A qualitative study. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 55-64. doi:10.5539/gjhs.v8n6p55
- Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga. (2017). Skortur á hjúkrunarfræðingum nemur hundruðum. Sótt af <https://www.hjukrun.is/2017/02/17/Skortur-a-hjukrunarfraedingum-nemur-hundrudum/um-fih/frettir/stok-frett>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4. útg.). London: SAGE.
- Folkman, S. og Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. og Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B. og Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time

points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215.
doi://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014

- Gerður Ólína Steinþórsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Börkur Hansen. (2015). Grunn- og leikskólastjórar á Íslandi – kulnun í starfi? *Uppeldi og menntun*, 24(2), 33-56.
- Goh, Y., Lee, A., Chan, S. W. og Chan, M. F. (2015). Profiling nurses job satisfaction, acculturation, work environment, stress, cultural values and coping abilities: A cluster analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 443-452.
- Grujicic, M., Bata, J. J., Radjen, S., Novakovic, B. og Grujicic, S. S. (2016). Work motivation and job satisfaction of health workers in urban and rural areas. *Vojnosanitetski Pregled: Military Medical and Pharmaceutical Journal of Serbia*, 73(8), 735-743. doi:10.2298/VSP140715062G
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M. og Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse–doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 920-927.
- Hallfríður Eysteinsdóttir, Hermann Óskarsson og Ragnheiður Harpa Arnardóttir. (2013). Heilbrigðisstarfsfólk hjúkrunardeilda á landsbyggðinni: Viðhorf til stjórnunar og líðan í starfi. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 89(3), 48-56.
- Hjörleifsdóttir, E., Hallberg, I. R., Bolmsjö, I. A. og Gunnarsdóttir, E. D. (2006). Distress and coping in cancer patients: Feasibility of the Icelandic version of BSI 18 and the WOC-CA questionnaires. *European Journal of Cancer Care*, 15(1), 80-89.
- Hjörleifsdóttir, E., Hallberg, I. R., Bolmsjö, I. A. og Gunnarsdóttir, E. D. (2007). Icelandic cancer patients receiving chemotherapy or radiotherapy; Does distance from treatment center influence distress and coping? *Cancer Nursing*, 30(6), 1-10.

- Hólmfríður Kolbrún Gunnarsdóttir. (2009). Vinnuumhverfi hjúkrunarfræðinga. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(3), 14-19.
- Hulda Rafnsdóttir, Ragnheiður Harpa Arnardóttir og Sigrún Gunnarsdóttir. (2015). Árangur og forysta í hjúkrun: Viðhorf til þjónandi forystu, starfsánægju, starfstengdra þátta og gæða þjónustu á sjúkrahúsinu á Akureyri. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 91(4), 8-16.
- Jönsson, S. (2012). Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction among Swedish registered nurses and physicians - a follow-up study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 236-244. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00924.x
- Kanste, O., Kyngäs, H. og Nikkilä, J. (2007). The relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 731-739.
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K. og Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652-666.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. og Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen burnout inventory: A new tool for the assessment of burnout. Work and stress. *An International Journal of Work, Health and Organisations*, 19(3), 192-207.
- Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. Í W. D. Gentry (ritstjóri), *The Handbook of Behavioral Medicine* (bls. 282-325). New York: Guilford Press.
- Lee, H., Yen, M., Fetzer, S. og Chien, T. W. (2015). Predictors of burnout among nurses in Taiwan. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 733-737. doi://dx.doi.org/10.1007/s10597-014-9818-4
- Lim, J., Bogossian, F. og Ahern, K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: A systematic review. *International Nursing Review*, 57(1), 22-31.

- Lindqvist, R., Smeds Alenius, L., Griffiths, P., Runesdotter, S. og Tishelman, C. (2015). Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 263-274. doi:10.1111/jonm.12123
- Lorenz, V. R. og Guirardello, E. de. B. (2014). The environment of professional practice and burnout in nurses in primary healthcare. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 22(6), 926-933.
- Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012.
- Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga; nr. 77/ 2000.
- Maslach, C. og Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. og Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Mcmillan, K., Butow, P., Turner, J., Yates, P., White, K., Lambert, S.,... Lawsin, C. (2016). Burnout and the provision of psychosocial care amongst australian cancer nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 22, 37-45.
- McTiernan, K. og McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 208-201. doi:10.1111/jpm.12170
- Montero-Marin, J., Zubiaga, F., Cereceda, M., Demarzo, M. M. P., Trenc, P. og Garcia-Campayo, J. (2016). Burnout subtypes and absence of self-compassion in primary healthcare professionals: A cross-sectional study. *PloS One*, 11(6), e0157499.
- Morrison, K. B. og Korol, S. A. (2014). Nurses perceived and actual caregiving roles: Identifying factors that can contribute to job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23), 3468-3477. doi:10.1111/jocn.12597

- Norman, L. D., Willis, G., Donelan, K., Williams, M., Buerhaus, P. I., Ulrich, B. og Dittus, R. (2005). The older nurse in the workplace: Does age matter? *Nursing Economics*, 23(6), 282-289.
- Ólafur Þór Ævarsson. (2016). Sjúkleg streita. Ný og mikilvæg sjúkdómsgreining. *Læknablaðið*, 102(10), 423. doi:doi.org/10.17992/lbl.2016.10.98
- Ólöf Ragnarsdóttir. (2017, 16.07.). Skortur hjúkrunarfræðinga hefur áhrif á sjúklinga. Sótt af [https://www.Mbl.is/Frettir/Innlent/2017/07/16/Keyra á undirmönnun allar vaktir/](https://www.Mbl.is/Frettir/Innlent/2017/07/16/Keyra%20aundirmoennun%20allar%20vaktir/)
- Ómar H. Kristmundsson. (1999). *Starfsumhverfi ríkisstarfsmanna við aldahvörf. Rannsóknarniðurstöður*. Reykjavík: Fjármálaráðuneyti.
- Páll Biering og Herdís Sveinsdóttir. (2001a). Könnun á vinnuálagi og starfsánægju íslenskra hjúkrunarfræðinga 2. hluti: Stuðningur í starfi, starfsánægja og möguleikar á að sinna starfinu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 77(1), 58-63.
- Páll Biering og Herdís Sveinsdóttir. (2001b). Könnun á vinnuálagi og starfsánægju íslenskra hjúkrunarfræðinga 3. hluti: Streita og álag. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 77(5), 321-327.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8. útg.). New York: Wolters Kluwer/Lippincott.
- Rauschenbach, C., Krumm, S., Thielgen, M. og Hertel, G. (2013). Age and work-related stress: A review and meta-analysis. *Journal of Managerial Psychology*, 28(7/8), 781-804.
- Ríkisendurskoðun. (2017). *Fjölga þarf hjúkrunarfræðingum*. Sótt af <https://rikisendurskodun.is/fjolga-tharf-hjukrunarfraedingum/>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. og Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

- Sigurður Kristinsson. (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 453-472). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sundin, L., Hochwälder, J. og Lisspers, J. (2011). A longitudinal examination of generic and occupational specific job demands, and work-related social support associated with burnout among nurses in Sweden. *Work*, 38(4), 389-400. doi:10.3233/WOR-2011-1142
- Sveinsdóttir, H., Biering, P. og Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 875-889.
- Velferðarráðuneytið. (e.d.). Lykiltölur um heilbrigðisumdæmi og heilbrigðisstofnanir. Sótt af www.velferdarraduneyti.is/tolfraedi_heilb/
- Wang, Y., Chang, Y., Fu, J. og Wang, L. (2012). Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: The mediating effect of psychological capital. *BMC Public Health*, 12(1), 915-922.
- Þórarinn Sveinsson. (2013). Líftölfræði: Helstu aðferðir og áherslur í heilbrigðisvísindum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 183-196). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Þórey Agnarsdóttir, Sigríður Halldórsdóttir, Hafdís Skúladóttir og Hjördís Sigursteinsdóttir. (2014). Vinnutengd streita og starfsumhverfi íslenskra hjúkrunardeildarstjóra. *Tímarit húkrunarfræðinga*, 90(1), 42-48.
- Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson. (2013). Úrtök og úrtaksaðferðir í meginðlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 113-128). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Fylgiskjöl

Fylgiskjal 1. Kynningarbréf til þátttakenda

Akureyri 25. janúar 2018.



Kynningarbréf og beiðni um þátttöku fyrir rannsóknina: Við eigum að kunna allt: Margþætt lutverk hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu og heimahjúkrun á Íslandi. Streita, kulnun og bjargráð.

Kæri hjúkrunarfræðingur

Við undirritaðar, Laufey Sæunn Birgisdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir, viljum vinsamlegast fara þess á leit við þig að taka þátt í rannsókn okkar um streitu, kulnunareinkenni og bjargráð á meðal íslenskra hjúkrunarfræðinga. Rannsóknin er lokaverkefni Laufeyjar Sæunnar, til meistaraþráðu í heilbrigðisvísindum við Háskólann á Akureyri (HA). Elísabet er hjúkrunarfræðingur og dósent við HA og leiðbeinandi Laufeyjar Sæunnar auk þess að vera ábyrgðarmaður rannsóknarinnar. Þátttaka þín og samþykki fyrir þátttöku felst í því að svara meðfylgjandi spurningalista, sem skipt er í þrjá hluta, og senda til baka í frímerkту umslagi sem hér fylgir með. Það tekur u.þ.b. 10-15 mínútur að svara listanum og gildir það sem upplýst samþykki þitt fyrir þátttöku.

Markmið og tilgangur rannsóknarinnar:

Markmið rannsóknarinnar er að skoða streitu, kulnunareinkenni og bjargráð á meðal íslenskra hjúkrunarfræðinga sem vinna í heilsugæslu og heimahjúkrun á Íslandi á þeim tíma sem rannsóknin fer fram. Notaðir verða spurningalistarnir Perceived Stress Scale (PSS) (tilfinningar og hugsanir síðasta mánuðinn), Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (kulnun) og Ways of Coping (WOC) (bjargráð). Skoða á mun á streitu, kulnunareinkennum og bjargráðum tengt lýðfræðilegum breytum og hvort fylgni er þar á milli.

Hvernig eru þátttakendur valdir:

Spurningalistinn verður afhentur framkvæmdastjórum hjúkrunar á öllum heilbrigðisstofnunum á Íslandi sem koma þeim áfram til þátttakenda. Skilyrði fyrir þátttöku er að viðkomandi hafi íslenskt hjúkrunarleyfi, starfi í heilsugæslu og hafi fullan skilning á töluðu og skrifuðu íslensku máli.

Upplýsingar sem þátttakandi gefur í rannsókninni – trúnaður rannsakenda:

Allar upplýsingar verða meðhöndlaðar samkvæmt ströngustu reglum um trúnað og nafnleynd og farið að íslenskum lögum varðandi persónuvernd, vinnslu og eyðingu gagna. Spurningalistinn er ópersónugreinanlegur og því verður á engan hátt unnt að rekja svör til einstakra þátttakenda. Rannsóknargögn verða varðveitt á öruggum stað hjá ábyrgðarmanni rannsóknar og þeim eytt að lokinni gagnauðvinnslu. Ef þú ákveður að taka þátt viljum við benda þér á að mikilvægt er að svara öllum spurningum eins nákvæmlega og þú treystir þér til, það leiðir til skýrari niðurstaðna úr rannsókninni.

Það er von okkar að þú sjáir þér fært að taka þátt í þessari rannsókn. Ef einhverjar spurningar vakna eða þú vilt fá frekari upplýsingar, hvetjum við þig til að hafa samband við undirritaðar.

Kær kveðja og þakkir fyrir að hafa gefið þér tíma til að lesa þetta,

Laufey Sæunn Birgisdóttir
GSM: 659-7595
netfang: ha150260@unak.is

Dr. Elísabet Hjörleifsdóttir
GSM: 862-5369
elisabet@unak.is

Fylgiskjal 2. Afrit af svari Vísindasiðanefndar

þri. 19.12.2017 11:10

Rögnvaldur Gunnar Gunnarsson <rgg@vsn.is>

Re: Streita, kulnunareinkenni og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga - fyrirspurn um leyfi Sæli Elísabet, við höfum fjallað um þetta hérna á skrifstofu nefndarinnar. Með hliðsjón af síðustu afgreiðslu er þér ekki skylt að koma með þetta verkefni inn til mats hjá VSN.

Kveðja,

Rögnvaldur.

Rögnvaldur G. Gunnarsson, sérfræðingur/lögfræðingur.
Vísindasiðanefnd/The National Bioethics Committee.
Borgartún 21, 4. hæð, 105 Reykjavík
rgg@vsn.is

Fylgiskjal 3. Svar frá Vísindasiðanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins

From: Kristján Linnét [<mailto:kristjan.linnet@heilsugaeslan.is>]

Sent: miðvikudagur, 14. febrúar 2018 14:19

To: Elisabet Hjörleifsdóttir <elisabet@unak.is>

Subject: Umsókn um rannsókn: "Við eigum að kunna allt. Margþætt hlutverk hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu og heimahjúkrun á Íslandi. Streita kulnun og bjargráð"

Sæl Elisabet.

Vísindanefnd HH og HÍ fjallaði um umsókn þína um rannsóknina „*Við eigum að kunna allt. Margþætt hlutverk hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu og heimahjúkrun á Íslandi. Streita kulnun og bjargráð*“ á fundi sínum 31. janúar s.l. Þessi rannsókn er viðhorfskönnun þar sem spurningarlistar eru sendir hjúkrunarfræðingum sem starfa í heilsugæslu á Íslandi. Eðli þessarar rannsóknar er því með þeim hætti að *ekki er verið að fara í nein gögn Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins*. Vísindanefnd HH og HÍ telur því ekki að þessi rannsókn sé á sínu verksviði.

Mbk.,

Kristján Linnét – lyfjafræðingur – starfsm. VÍS-HH-HÍ
Þróunarsviði
Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
Álfabakka 16 – 109 Reykjavík
S.: 513 5036 GSM: 821 2145
Netfang: kristjan.linnet@heilsugaeslan.is
Veffang: www.heilsugaeslan.is