



**Psykososialt arbeidsmiljø  
og mestringsforventning  
blant  
sykepleiere i psykiatrien**

**HØGSKOLEN I VESTFOLD**

**Master i helsefremmende arbeid**

**Ole-Jakob Bredrup**

**November 2008**

# ABSTRACT

**Name:** Ole-Jakob Bredrup      **Mail:** jaelha@online.no      **Date:** 24.11.08

**Title:**

Psychosocial Work Environment and Self-Efficacy among Mental Health Nurses.

**Objective:**

The purpose of this study is to develop knowledge about mental health nurses experience with their work environment and the influences this have on their self-efficacy. Such knowledge will have importance for the focus related to what kind of health promotion activities that should be recommended. The aim of this study is to get a picture of how this occupational group experience their work environment and their self-efficacy, and analyse the relation between these. This study will investigate both general and specific self-efficacy.

**Theoretical framework:**

The theoretical framework in this study is based on Bandura's self-efficacy theory, Karasek and Theorell's demand-control-support model, and theories about workplace health promotion.

**Method and Material:**

The material is procured by anonymous questionnaire. A crosspatch investigation in quantitative research tradition. The questionnaire contains questions about sociodemographic factors, and Liker-scales to measure job demand, job control and social support, and general- and specific self-efficacy. The study group contains 196 out of 258 nurses from "Psykiatrien i Vestfold HF", witch gave 76% answer response.

**Results:**

This study shows that mental health nurses experience to have a working situation with moderate work-demands, and high level of job control and social support. Their general self-efficacy is moderate, but their specific self-efficacy is on a high level. The factors which in this study shows strongest relation to the nurses self-efficacy, is when it comes to specific self-efficacy, mainly social support. Social support shows also relation to general self-efficacy, but with a lower score. Long practice as mental health nurse shows here the strongest relation.

**Conclusion:**

The conclusion from this study is that interventions with the intention of rising nurses self-efficacy, should mainly focus on promoting job control and social support. Despite these factors showing strong relations with self-efficacy, their effects on self-efficacy is rather low. Very specific centred interventions will therefore give rather low profit. It should therefore be developed "horizontal" health promoting programs witch will give effects on the whole organizational culture and thereby on several different outcome measures.

**Key words:**

Self-efficacy, Bandura, demand-control-support model, Karask and Theorell, learning hypothesis, workplace health promotion, mental health nursing.

# SAMMENDRAG

**Tittel:**

Psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning blant sykepleiere i psykiatrien.

**Formål:**

Studien har til hensikt å øke kunnskapen om sykepleiere i psykiatriens opplevelse av sitt arbeidsmiljø og å se hvilken innvirkning dette har på deres mestringsforventning. En slik kunnskap vil kunne ha betydning for hvor fokuset i forhold til det helsefremmende arbeidet rettet mot sykepleiere i psykiatrien, skal ligge. Denne studiens formål er derfor å få et bilde av hvordan denne yrkesgruppen opplever sitt psykososiale arbeidsmiljø og sin mestringsforventning, og dernest analysere sammenhenger mellom disse. I studien undersøkes både det generelle- og spesifikke aspektet av sykepleiernes mestringsforventning.

**Teoretisk forankring:**

Studien har sin forankring i Banduras teori om mestringsforventning (self-efficacy), Karasek & Theorells krav-kontroll-støtte modell og teori om helsefremmende arbeidsplasser.

**Metode:**

Data er fremskaffet ved anonyme spørreskjema for selvutfylling i en tverrsnittsundersøkelse etter kvantitativ forskningstradisjon. Spørreskjemaene har spørsmål om sosiodemografiske forhold og Liker-skalaer for faktorene; arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte, og generell- og spesifikk mestringsforventning. Undersøkelsen ble foretatt blant 258 sykepleiere i Psykiatrien i Vestfold HF, der 196 respondenter gav en svarprosent på 76.

**Resultater:**

Denne studien viser at sykepleierne i psykiatrien opplever å ha en arbeidssituasjon med moderate arbeidskrav, og høy grad av egenkontroll og sosial støtte. Deres mestringsforventning er på det generelle planet moderat, men i forhold til det spesifikke/profesjonelle aspektet skårer de høyt. De faktorene som i denne studien viser sterkest sammenheng med sykepleiernes mestringsforventning; er når det gjelder spesifikk mestringsforventning, hovedsakelig den sosiale støtten på arbeidsplassen. Sosial støtte har også sammenheng når det gjelder det generelle aspektet av deres mestringsforventning, men i noe lavere grad. Lang arbeidserfaring som sykepleier innen psykiatrien viste her den klart sterkeste sammenhengen.

**Konklusjon:**

Konklusjonen ut ifra denne studien er at intervensjoner med den hensikt å bedre sykepleiernes mestringsforventning i all hovedsak bør rette sin oppmerksomhet mot å fremme økt kontroll og sosial støtte. Selv om kontroll og sosial støtte her viser klare sammenhenger er imidlertid deres totale betydning for mestringsforventning av relativt beskjeden karakter. Veldig spesifikke tiltak her vil derfor gi relativt lite gevinster. Det bør derfor utvikles såkalte horisontale eller "breie" helsefremmende tiltak, som favner flere forhold og derved gir gevinster på flere områder.

**Nøkkelord:**

Mestringsforventning, self-efficacy, Bandura, krav-kontroll-støtte modellen, Karasek & Theorell, hypotesen om aktiv læring, helsefremmende arbeidsplasser, psykiatriske sykepleiere.

## FORORD

Troen på egenmestring eller mestringsforventning (self-efficacy) har vært lite fokusert i helsefremmende sammenheng her i landet, og sett i forhold til påvirkningsfaktorer i arbeidsmiljøet og helsefremmende arbeidsplasser, er dette på mange måter nybrottsarbeid.

At tro kan flytte fjell er et gammelt ordtak. Og nettopp denne troen på at dette greier jeg, er ofte utslagsgivende for oppgaveløsningen og resultatet, noe man ikke minst ser på idrettsbanen. Med min bakgrunn fra idrett og idrettsutdanning er jeg fasinert av dette og jeg ser klart betydningen av mestringsforventning i et arbeidshelseperspektiv. Troen på etablering av gode omsorgsrelasjoner er sentralt i denne studien. Dette er et helt vesentlig aspekt av jobben for oss i omsorgsgivende yrker, og på mange måter et alfa og omega for om vi skal lykkes.

Stor takk til kone og barn som har vært overbærende med at pappaen har okkupert lekestua deres i over et år til sine studier.

Takk til veileder Steffen Torp for uvurderlig hjelp med analysearbeidet og god støtte underveis.

Sist, men ikke minst vil jeg takke mammaen min for inspirasjon. Hun er en sykepleier med stor omsorgsevne, som med en usvikelig tro på gjennomføring av egne hjelpeprosjekter i India, virkelig har flyttet fjell. Hun ville sprengt mestringsforventningsskalaen.

Nøtterøy 24.11.08

Ole-Jakob Bredrup

# INNHOLDSFORTEGNELSE

ABSTRACT.....	2
SAMMENDRAG.....	3
FORORD.....	4
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	5
1.0 INNLEDNING.....	8
2.0 TEORI.....	10
2.1 Helsefremmende arbeidsplasser og det salutogene perspektiv.....	10
2.2 Psykososialt arbeidsmiljø.....	11
2.2.1 Arbeidskrav.....	12
2.2.2 Egenkontroll.....	13
2.2.3 Sosial støtte.....	15
2.2.4 Krav-kontroll modellen, et integrert perspektiv.....	16
2.3 Mestringsforventning.....	19
2.4 Tidligere forskning om arbeidsmiljø og mestringsforventning.....	23
2.5 Formål og problemstillinger.....	26
3.0 METODE.....	28
3.1 Utvalg og svarprosent.....	28
3.2 Datainnsamling og etikk.....	28
3.3 Beskrivelse av variabler.....	30

3.3.1	Sosiodemografiske variabler.....	30
3.3.2	Operasjonalisering av psykososialt arbeidsmiljø.....	31
3.3.3	Operasjonalisering av mestringsforventning.....	33
3.4	Reliabilitet og validitet.....	38
3.5	Analyser.....	39
4.0	RESULTATER.....	41
4.1	Deskriptiv statistikk / frekvensfordelinger.....	41
4.1.1	Sosiodemografiske variabler.....	41
4.1.2	Psykososialt arbeidsmiljø.....	42
4.1.3	Mestringsforventning.....	42
4.2	Samvariasjon mellom undersøkelsens variabler.....	43
4.2.1	Sosiodemografiske faktorer versus; sosiodemografiske faktorer, psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning.....	43
4.2.2	Psykososialt arbeidsmiljø versus; psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning.....	44
4.2.3	Generell mestringsforventning versus; spesifikk mestringsforventning.....	45
4.3	Samvariasjon mellom avhengige- og uavhengige variabler.....	47
4.3.1	Regresjonsanalyse med spesifikk mestringsforventning som utfallsvariabel.....	47
4.3.2	Regresjonsanalyse med generell mestringsforventning som utfallsvariabel.....	49
5.0	DISKUSJON.....	51
5.1	Begrensinger ved utvalg og metode.....	51

5.2	Opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning.....	55
5.2.1	Opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø.....	55
5.2.2	Opplevelse av mestringsforventning.....	59
5.3	Sammenhengen mellom psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning.....	61
5.3.1	Innbyrdes sammenheng av mestringsforventning.....	64
5.4	Krav-kontroll modellen og hypotesen om aktiv læring.....	65
5.5	Konklusjon.....	66
5.6	Implikasjoner for videre forskning.....	68
6.0	REFERANSELISTE.....	71
VEDLEGG 1:	Spørreskjema med følgeskriv.....	81
VEDLEGG 2:	Forhåndsinformasjon vedrørende undersøkelsen.....	86
VEDLEGG 3:	Påminnelse vedrørende undersøkelsen.....	88
VEDLEGG 4:	Tilsvaer fra NSD.....	90

Antall ord: 15 768

Veileder: Steffen Torp, HENÆR-senteret, avdeling for helsefag.

## 1.0 INNLEDNING

De senere årene har vi fått et økt samfunnsmessig fokus på arbeidshelse noe som blant annet har ført til at vi har fått avtalen om inkluderende arbeidsliv (AID, 2005) og en ny arbeidsmiljølov (AID, 2005) som i langt større grad enn tidligere ivaretar det helsefremmende aspektet. I Ottawa Charteret defineres helsefremmende arbeid som ”- den prosessen som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse” (Helsedirektoratet, 1987). Konseptet ”Helsefremmende arbeidsplasser – HeFA” (ENWHP, 1997; STAMI, 2002) har sitt utgangspunkt i prinsipper nedfelt i Ottawa Charteret og baserer seg blant annet på mestrings- og motivasjonsforskning. Når det gjelder mestring har Albert Bandura (1997) lansert et begrep som omfattes med stadig større interesse innen moderne organisasjonspsykologi. Begrepet ”self-efficacy” som på norsk kan oversettes med mestringsforventning, refererer til hvor stor tro en har på egen evne til å utføre en bestemt oppgave eller mestre en bestemt situasjon. Overbevisningen om at vi skal få det til er i følge Bandura (1997) helt avgjørende for resultatet. Undersøkelser viser her at grad av selvopplevd mestringsevne ofte kan være mer utslagsgivende for oppgaveløsning enn den faktiske, objektivt målte evnen for å løse den spesifikke oppgaven (Kaufmann, 2000). Dette sier noe om mestringsforventnings betydning, blant annet i forhold til å takle utfordringer i arbeidslivet.

Sykepleiere tilsatt i psykiatrien har en arbeidsplass der utfordringene er mange og det er høye krav til omstilling. Når det gjelder selve yrkesutøvelsen som sykepleier i psykiatrien baserer den seg i all vesentlighet på relasjoner mellom pleier og pasient, der sykepleieren bruker seg selv og egen kompetanse som arbeidsredskap. Narten (1997) karakteriserer psykiatriske sykepleiere som generelle spesialister, med høy grad av autonomi over utøvelsen av egen profesjon, der kunnskapsbasisen er den holistiske/helhetlige omsorg. At mange daglig opplever å bli eksponert for aggresjon, vold og trusler fra pasienter, vitner om en arbeidsplass



med særlige utfordringer (Almvik & Woods, 2001). Der sykepleierne tidligere ”rådte grunnen alene” ser vi i dag en økende inntreden av andre yrkesgrupper og en utvikling mot mer tverrfaglige behandlingsmiljø (Karlsen, 2003). I tillegg har psykiatrien de senere årene vært gjennom massive strukturelle og organisatoriske endringsprosesser.

Hvordan sykepleierne takler sin arbeidssituasjon med så vidt komplekse utfordringer, kan deres mestringsforventning (self-efficacy) være en indikator på. Et annet forhold er hvilken betydning omgivelsene, som det psykososiale arbeidsmiljøet har for dette. I motsetning til Bandura som med ”self-efficacy” tar opp den personlige oppfatning av kontroll har Karasek & Theorell (1990) sitt perspektiv på omgivelsenes betydning. I følge Hanson (2004) har de med sin ”krav-kontroll modell” vært banebrytende i sin beskrivelse av sammenhengen mellom hvordan arbeidet er lagt opp og hvordan balansen mellom krav og kontroll påvirkes, samt hvordan dette i sin tur påvirker individets opplevelse av sin arbeidssituasjon. Karasek & Theorell (1990) setter fokus på at arbeidsmengde i seg selv ikke nødvendigvis er et problem, men at problemene oppstår når en ikke lenger har kontroll og innflytelse over sin arbeidssituasjon. Dette synet finner gjenklang innen dagens helsefremmende arbeid idet en ser autonomi, medbestemmelse og kontroll som viktige faktorer i forhold til individets helse (Helsedirektoratet, 1987; STAMI, 2002).

Fokuset i denne studien er på sykepleiere tilsatt i psykiatrien og deres opplevelse av mestringsforventning. Med bakgrunn i kunnskap om viktigheten av mestringsforventning i forhold til å håndtere jobbmessige utfordringer, vil det i denne studien legges vekt på hvilken betydning ulike psykososiale arbeidsmiljøfaktorer har for sykepleiernes opplevelse av mestringsforventning.

## 2.0 TEORI

### 2.1 Helsefremmende arbeidsplasser og det salutogene perspektiv

Begrepet helse blir av WHO definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velbefinnende, og ikke bare fravær av sykdom og handikap (Mæland, 2005). Helsefremmende arbeid har som målsetting å sette den enkelte i stand til å øke kontrollen over forhold som påvirker helse, og legger til grunn at helse skapes der mennesker arbeider, leker, elsker og lærer (WHO, 1986). Den israelske sosiologen Antonovsky lanserte begrepet ”salutogenese”, som sier noe om hva som holder oss friske, og defineres som læren om hva som gir god helse (1979). Salutogenesen betrakter menneskets helse som et kontinuum, det vil si som en samlet helhet, der dette med helse og uhelse er to ytterpunkter som mennesket befinner seg mellom i et eller annet stadium; *”Man can therefore be seen as more or less healthy or more or less ill”* (Antonovsky, 1987). Til forskjell betrakter patogenesen mennesket på en dikotom måte. Altså enten sykt eller friskt. Istedenfor å ha sitt fokus på årsak til- eller hva som kommer til å forårsake uhelse, så søker den salutogene tenkningen etter hvilke faktorer som bidrar til å bevare eller skape en bevegelse mot den sunne pol. Det vil altså si at det her fokuseres på mestringsressurser (Antonovsky, 1979).

Innen helsefremmende arbeid har begrepet ”setting” fått en sentral plass. I følge Rønningen (2003) er settinger i helsefremmende arbeid der hvor helse utvikles og skapes. Tones & Tilford (2001) refererer settingsbegrepet til den konteksten der helsefremming finner sted, eller som det beskrives i WHO's definisjon fra 1986; *”the place or sosial context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and well being”* (Poland et al, 2000). Arbeid og arbeidsplassen har en fremtredende plass i våre liv og påvirker og ikke minst påvirkes av vår helseopplevelse (Mæland, 2005). Arbeidsplassen er derfor å betrakte som en sentral setting for

helsefremmende arbeid. Konseptet helsefremmende arbeidsplasser har sitt utgangspunkt i prinsipper nedfelt i Ottawa-charteret (WHO, 1986) og er videreført i konsensusdokumentet Luxembourg-deklarasjonen (ENWHP, 1997). I kjølvannet av Luxembourg-deklarasjonen følger den norske Lillestrøm-erklæringen (STAMI, 2002), som kom til etter en konferanse der sentrale myndigheter og arbeidsgiver- /arbeidstaker organisasjonene ønsket å inspirere virksomheter til å satse på helsefremmende arbeidsplasser. Erklæringen fremhever at; *”helsefremmende arbeidsplasser skapes når arbeidsplasser åpner opp for og imøtekommer den enkeltes behov ressurser og potensial, og kan utvikles gjennom deltakerstyrte prosesser”* (STAMI, 2002:1). Det framgår videre i erklæringen at helsefremmende arbeidsplasser blant annet skal kjennetegnes ved det å oppleve mestring i arbeidet.

I denne studiens tematikk er mestringsaspektet sentralt og belyses ved begrepet mestringsforventning, som refererer til troen på egenmestring. I et salutogent perspektiv vil mestringsforventning her være å betrakte som en mestringsressurs og en helsefremmende faktor.

## **2.2 Psykososialt arbeidsmiljø**

Med utgangspunkt i arbeidslivsforskning redegjør Skogstad for en begrepsforståelse som vektlegger psykososiale faktorer i arbeidet og uttrykker dette ved følgende definisjon:

*”Betegnelsen psykososiale faktorer i arbeidet forstås som; de faktorer i arbeidet som gjør seg gjeldende på sosiale arenaer, og som blir påvirket av individual-psykologiske prosesser, med konsekvenser for jobbtrivsel, helse og yteevne”* (2000:17). Karasek & Theorell (1990) sin modell om krav og kontroll er en av de mest brukte modellene på psykososiale arbeidsmiljø faktorer og deres relasjon til helse (Eriksen & Ursin, 1999). Modellen har et miljøperspektiv

og tar utgangspunkt i at opplevelsen av arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte fra kolleger og overordnede har innvirkning på ansattes helse og velvære. Dette er den klart mest benyttede vinklingen i en arbeidsrelatert forskningssammenheng. Karasek & Theorell (1990) sin modell innebærer imidlertid også en lærings motivasjon- og mestrings dimensjon som i langt mindre grad har vært fremme i forskningen (Weststar, 2006; De Witte et al, 2007), og som vil være sentralt i denne oppgaven.

### **2.2.1 Arbeidskrav**

Kravbegrepet er godt kjent fra stressforskning, der det fokuseres på belastningsfaktorers årsak til negative psykiske og fysiske helsekonsekvenser. (Karasek & Theorell, 1990; Lazarus & Folkmann, 1984).

Arbeidskrav kan blant annet sees i forhold til begrep som tidspress, overbelastning og arbeidsmengde og det skilles i dag ofte mellom det som karakteriseres som fysiske - og psykologiske arbeidskrav. Spesielt de psykologiske arbeidskrav blir av mange tillagt stor betydning (Caplan et al, 1975; House et al, 1979 i Karasek & Theorell, 1990). I den forbindelse hevder Karasek & Theorell at: *”There is substantial evidence that psychological job demands have a major impact on health outcomes of work activity, in many ways”* (1990:63). Karasek & Theorell definerer videre de psykologiske arbeidskrav som: *”The amount of disorganization in the work task that the worker is required to place in an organized state”* (1990:64). I følge Karasek & Theorell (1990) er begrepet psykologiske arbeidskrav så vidt komplekst og det gjenspeiles i problemene en har hatt med operasjonaliseringen av det. Spesielt har dette sammenheng med at begrepet innehar flere underdimensjoner. Eksempelvis er det vanlig at en deler inn krav i henholdsvis kvantitative

og kvalitative, og grad av stimulering. Kvantitative krav går på det rent mengdemessige og en overstimulering vil da bety at en har for mange krav rettet mot seg i jobben sin. “*Task requirements (work load) are the sentral component of psychological job demands for most workers*”, hevder Buck (1972). En parallell her til mange sykepleieres arbeidssituasjon der mange oppgaver og krav til effektivitet i en travel hverdag, kan føre til opplevelse av tidsnød og utilstrekkelighet (Kalvø, 2006). Som et eksempel på kvalitative krav viser Karasek & Theorell (1990) til at sykepleieryrket er preget av mangeartede oppgaver noe som også i stor grad innebærer krav til samarbeid med andre yrkesgrupper, hvilket vil kunne sies å være et kvalitativt krav knyttet til yrkesutøvelsen.

I denne studien refererer kravdimensjonen seg til opplevelse av psykologiske arbeidskrav i henhold til Karasek & Theorells operasjonaliseringer.

### **2.2.2 Egenkontroll**

Begrepet kontroll defineres av Ganster som; “*the ability to exert some influence over one’s environment so that the environment becomes more rewarding or less threatening*” (1989:3). Jobbkontroll er ifølge Spector (1997) den friheten ansatte blir gitt til å ta avgjørelser rundt sitt arbeid og arbeidsoppgaver. Knardahl (1998) mener dette innebærer muligheten for innflytelse til å velge selv i sin arbeidssituasjon, som for eksempel hvordan arbeidet utføres, rekkefølge, tid, anledning til pauser osv.. Innen arbeidsmiljøforskning benyttes kontrollbegrepet relativt entydig slik vi på norsk forstår egenkontroll (Steinsvik, 1998). Begrepet anvendes imidlertid noe forskjellig hos ulike forfattere, men et fellestrekk er at kontroll er en situasjonsbestemt faktor, et samspill mellom person og miljø, og ikke en personlighetsegenskap. Viktigheten av individets ønske om egenkontroll fremholdes i litteraturen. Det hevdes at mangel på

egenkontroll vil kunne føre til negative konsekvenser som økning av stressreaksjoner, depresjoner og lært hjelpeløshet for å nevne noe (Miller, 1979; Seligmann, 1975; Kanter, 1983). På den andre siden hevdes det at egenkontroll er en viktig faktor for individet blant annet i forhold til opplevelse av velvære, å kunne mestre utfordringer og indre motivasjon (White, 1959; Deci, 1975).

I følge Karasek & Theorell (1990) er kontrolldimensjonen (decision latitude), sammensatt av faktorene påvirkningsmuligheter (decision authority) og ferdigheter (skill discretion).

Decision authority forstås som muligheter for å påvirke arbeidssituasjonen, samt friheten til å ta egne avgjørelser, mens ferdighetsfaktoren (skill discretion) knytter seg til følgende aspekter ved arbeidsmiljøet; kreativitet, lite repetisjoner og muligheter til å lære noe nytt. Kontroll i denne sammenheng forstås altså som arbeidstakerens kontroll over egne ferdigheter og innflytelse, og ikke som kontroll over andres ferdigheter og innflytelse (Staff, 2002).

Fra et kontrollperspektiv og i sammenheng med helsefremmende arbeid er ”empowerment” eller på norsk bemyndigelse et begrep som bør nevnes. Rapaport (1981 i Walseth & Malterud, 2004) beskriver empowerment som; *”å oppnå kontroll over eget liv i en sammenheng hvor en deltar sammen med andre for å endre de sosiale og politiske realiteter en lever under”*.

Kieffer (1984) mener empowermentbegrepet omfatter både veien og målet, der målet er kompetanse til å delta og påvirke, og veien er utviklingen av ferdigheter som skal til for å nå dette. Når det gjelder helsefremmende arbeidsplasser viser forskning at empowerment fremmer helse (Arneson, 2006).

Det har vært store forandringer innen det norske helsevesenet de senere årene, noe som har medført et økende krav til høy praktisk kompetanse og gode ferdigheter hos den enkelte

sykepleier (Vatne, 1997; Staff, 2002). Dette vil kunne påvirke opplevelsen av kontroll og innflytelse over arbeidet.

I denne studien refererer kontrolldimensjonen seg til opplevd grad av kontroll og beslutningsmyndighet i arbeidet, i henhold til Karasek & Theorells operasjonaliseringer.

### **2.2.3 Sosial støtte**

Tidligere studier har vist at mellommenneskelige relasjoner i form av sosiale belønninger som ros, tilbakemelding og informasjon er vel så viktig for produktiviteten som de rent fysiske arbeidsforholdene (Flaa et al, 1995). Videre viser Greenglass et al (1996) til at forskning i økende grad har demonstrert den fordelaktige effekten sosial støtte har for en persons fysiske og psykiske velvære. I den forbindelse bekrefter en undersøkelse av Buunk (1990) at personer som opplever gode relasjoner relativt sett har bedre helse enn personer som mangler slike relasjoner.

Krav-kontroll modellen besto i utgangspunktet kun av dimensjonene krav og kontroll, og Johnson & Hall (1988) så nødvendigheten av å utvide den med sosial støtte som en tredje dimensjon. I følge Karasek & Theorell (1990) har sosiale interaksjoner på jobb stor betydning for helse og atferd, og de definerer sosial støtte som alle nivå av nyttige sosiale relasjoner fra kollegaer og overordnede. House (1986) ser på sosial støtte som en ressurs i forhold til å mestre stress i jobben og gjør følgende differensiering; emosjonell støtte, vurderingsstøtte, informasjonsstøtte og instrumentell støtte, som omhandler henholdsvis å bli vist omsorg, at en får konstruktive tilbakemeldinger, mottar nødvendig informasjon og får praktisk hjelp til arbeidsoppgavene. LaRocco et al (1980) fant at støtte fra arbeidskolleger var mer effektiv enn

støtte gitt fra overordnede, og i følge Steinsvik (1998) er emosjonell støtte den mest relevante og viktigste type sosial støtte som blir gitt fra medarbeidere. Buunk (1990) mener sosial støtte kan sees fra fire ulike perspektiv som vektlegger henholdsvis; sosialt nettverk og -klima, tilgjengeligheten på støtte når det er nødvendig og den støtten en faktisk har mottatt. Han viser til at forskere har kommet frem til at opplevelsen av tilgjengelig støtte er viktigere for arbeidstakeren, enn faktisk mottatt støtte.

I denne studien defineres sosial støtte som opplevd støtte fra kolleger og overordnede på arbeidsplassen i henhold til Karasek & Theorells operasjonaliseringer.

#### **2.2.4 Krav-kontroll modellen, et integrert perspektiv**

Karasek og Theorell (1990) har utviklet en av de mest kjente modellene om forholdet mellom faktorer i arbeidsmiljøet og helse. Modellen er i dag best kjent som en hypotese innen stressforskning, noe som i utgangspunktet var sekundært i forhold til modellens opprinnelige mål: Å forutsi sosialt aktiv, kreativ adferd (Karasek, 1989). Modellen fokuserer på at psykologiske jobbkraav i arbeidslivet har negativ betydning for helsen og at kontroll og sosial støtte kan fungere som buffer for denne negative sammenhengen. Høye jobbkraav er ikke den største risikoen i seg selv, men i kombinasjon med manglende kontroll kan dette få negative konsekvenser for helsen hevder Karasek & Theorell (1990). I følge Karasek og Theorell (1990) danner Krav-kontroll modellen grunnlag for to hypoteser; ”job-strain”-hypotesen og hypotesen om ”active-learning”. Disse kan brukes til å predikere henholdsvis stressrelatert sykdom og motivasjon for læring og mestring (”mastery”)

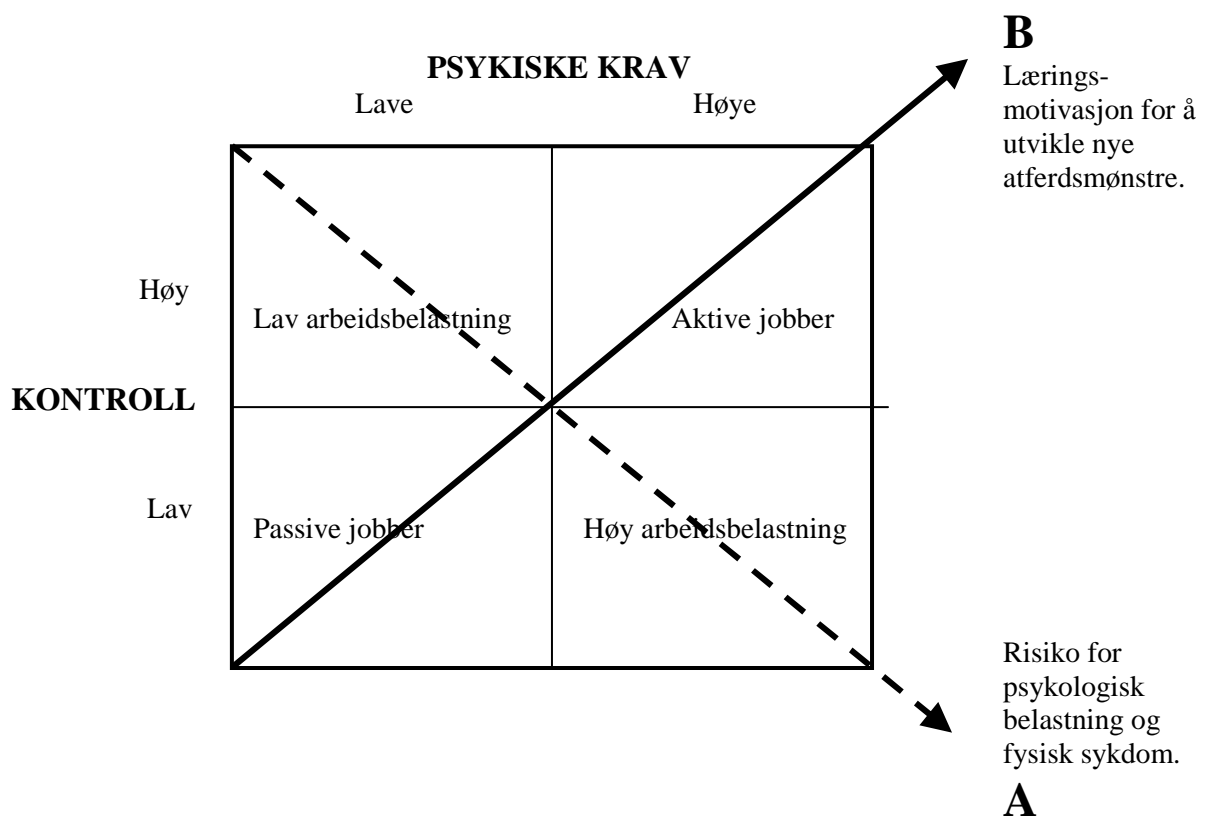


Job-strain hypotesen (diagonal A i figur 2.1) hevder at høye krav i jobben kombinert med liten grad av kontroll vil gi en økt risiko for å utvikle helseproblemer. Kvadranten nederst til høyre i figur 2.1. Årsaken er at for mange-/høye krav vil medføre en stress reaksjon dersom en opplever å ikke ha ferdigheter eller påvirkningsmuligheter nok til å møte disse. Utfallet kan bli mental utslitthet, psykosomatiske plager og hjerte-/kar sykdommer (Karasek & Theorell, 1990). Eksempelvis fant Landsbergis (1988) at blant pleiere i svenske sykehjem var det en signifikant høyere grad av utbrenthet blant de som opplevde lav kontroll kombinert med høye arbeidskrav, enn de som opplevde høy kontroll i kombinasjon med høye arbeidskrav.

Hypotesen om "active-learning" (diagonal B i figur 2.1) omfatter læring og motivasjon: Læring forventes å skje i situasjoner, som krever både individuell psykisk energi (krav eller utfordringer) og anvendelse av beslutningspotensialer, dvs. høye krav, stort beslutningsspillerom (kontroll) i jobber i kvadranten øverst til høyre i figur 2.1. Mens individet med høyt beslutningsspillerom velger hvorledes han best kan takle/håndtere en ny stressor, så vil nye adferdstyper, hvis de viser seg å være effektive, bli del av hans eller hennes repertoar av "mestringsstrategier", dvs. en innlæringsprosess. (Karasek, 1989). En betingelse er imidlertid at kravene ikke er for overveldende (Karasek & Theorell, 1990).

Som det går fram av Figur 2.1 deler Karasek og Theorell (1990) arbeid i fire grupper ut ifra ulike kombinasjoner av faktorene krav og kontroll. Arbeidssituasjoner der det oppleves høye krav og lite kontroll, karakteriseres som "high-strain" jobber og risikoen her er stor for å utvikle helseproblemer. Arbeidssituasjoner der det oppleves høye krav i kombinasjon med høy kontroll, karakteriseres som "aktive jobber". Arbeidere i denne gruppen ser på de høye kravene som en utfordring, da de opplever å ha ferdighetene og påvirkningsmulighetene som skal til for å håndtere dem. Arbeidssituasjonen preges her av økt læring, motivasjon og trivsel.

Arbeidssituasjoner der det oppleves lave krav og høy kontroll karakteriseres som "low-strain" jobber. Arbeidere i denne gruppen opplever lav grad av "strain" og risikoen for å få helseplager er liten. Den fjerde og siste gruppen der det oppleves både lave krav og lav kontroll karakteriseres som "passive jobber". Her har arbeidstakerne en middels opplevelse av "strain" og risikoen for utvikling av helseproblemer regnes også som middels. (Karasek & Theorell, 1990).



**Figur 2.1** Krav/kontroll modellen (Karasek & Theorell, 1990).  
 Pil A illustrerer "job-strain" hypotesen. Pil B illustrerer hypotesen om "aktiv læring".

Det faktum at sosiale interaksjoner på jobb har stor betydning for helse og atferd, førte til at forskerne utvidet krav-kontroll modellen. Johnson og Hall (1988) introduserte begrepet "sosial støtte", som en tredje dimensjon. Her virker sosial støtte fra medarbeidere og

overordnede som en modererende faktor eller buffer mellom krav i arbeidssituasjonen og negative helsemessige konsekvenser.

I følge Karasek & Theorell (1990:72) viser resultatene fra undersøkelser blant vel 4500 personer fra ulike yrkesgrupper, der krav-kontroll-sosial støtte modellen ble testet, at sykepleiere er en ressurssterk gruppe, som opplever å ha høy kontroll og god sosial støtte i forhold til kravene som stilles.

## 2.3 Mestringsforventning

Mestring er et begrep som brukes av fagfolk, men er også et mye brukt dagligdags uttrykk. Hva den enkelte av oss legger i begrepet kan nok være rimelig forskjellig. Hvordan begrepet defineres varierer også avhengig av hvilke faggrupper det er som uttaler seg. Litteraturen har også mange definisjoner av mestringsbegrepet, der det forstås ut ifra ulike fagtradisjoners perspektiver. Sentralt i dette prosjektet er det psykologiske perspektivet som har sitt fokus på personers iboende evner og ressurser, der fysisk, psykisk og sosialt velvære påvirkes av den enkeltes evne til å møte utfordringene (Sandstrand, 2002). Lazarus & Folkmann (1984) omtaler mestring som en psykologisk mekanisme for å håndtere stress. Det engelske begrepet "coping" som ofte oversettes med håndtering, kan forstås som det samme. I følge Monat & Lazarus er det innen vitenskapen en økt enighet om innholdet i mestringsbegrepet: "*Coping refers to efforts to master conditions of harm, threat, or challenge when a routine or automatic response is not readily available. Here environmental demands must be met with new behavioral solutions or old ones must be adapted to meet the current stress*" (1985:5). Ursin (1984) betrakter mestring som en positiv forventning til resultatet av en bestemt handling. Når en person tror utfallet blir positivt så mestrer vedkommende situasjonen og den

situasjonsbetingede aktiveringen reduseres (Ursin, 1984). Nettopp denne troen eller forventningen til egen evne til å utføre en bestemt oppgave eller håndtere en bestemt situasjon er sentralt for forståelsen av mestringsbegrepet i denne studien.

Begrepet ”*self-efficacy*” som oversatt til norsk benevnes som *mestringsforventning* (Mæland, 2005), har sitt opphav hos Albert Bandura (1986). Han er kanskje den atferdsteoretikeren som sterkest knyttes til sosial læringsteori, som han har videreutviklet til det som i dag kalles *sosial kognitiv teori*. I denne understrekes de kognitive aspektene knyttet til våre valg, men også det kontinuerlige samspillet mellom atferd og kognitive prosesser. Mennesker handler ikke bare ut fra de konkrete erfaringer de har gjort, men mer i samsvar med sine kognitive forestillinger (Bandura, 1986). Mestringsforventning blir av Bandura (1997) beskrevet som den viktigste komponenten i sosial kognitiv teori. Begrepet har vært gjenstand for en omfattende empirisk forskning (Conner & Norman, 1995), og er blitt benyttet som forklaringsramme for menneskelig handling, utvikling og læring. Banduras forskning har vært konsentrert rundt spørsmålsstillinger om hvordan forventning om mestring hjelper folk til å få innflytelse over tankeprosesser og atferdsmønstre. Mestringsforventninger spiller også en viktig rolle i forhold til opplevelsen av- og effekter av stress (Levine & Ursin, 1991).

Banduras teori om mestringsforventning har mange likhetstrekk med Atkinsons teori om forventninger om suksess. Begge legger vekt på autentiske mestringserfaringer, men Bandura legger mer vekt på hvordan individet tolker erfaringene dvs. at det vi tror vil være konsekvensen av våre handlinger er viktig for motivasjonen (Bandura, 1986 i Woolfolk, Pettersson & Karlsdóttir, 2004). Mestringsforventning defineres som ”*folks vurdering av de evner de har til å organisere og utføre de handlinger som kreves for å få gjennomført spesielle typer oppgaver*” (Bandura, 1997 i Natvig, 1998). Bandura skiller mellom

forventninger om å være i stand til å utføre en oppgave ”*efficacy expectations*” og hva personen forventer som resultat av handlingen ”*outcome expectations*”. Han anser at forventninger om å mestre vil påvirke en persons atferd, tankemønster og motivasjon. Mens resultatforventninger (*outcome expectations*) primært påvirker motivasjonen til handling, vil mestringsforventninger påvirke både beslutningen og selve gjennomføringen av handlingen (Bandura, 1986 i Mæland, 2005). En høy mestringsforventning gir seg utslag i sterkere innsats og utholdenhet i forbindelse med oppgaver, man er mindre redd for å mislykkes og nye strategier prøves når gamle viser seg å ikke være tilstrekkelige. Positiv mestringsforventning gjør altså at en anstrenger seg hardere for å gjennomføre en beslutning, selv om det koster slit og prøvelser. ”*The stronger the sense of personal efficacy, however, the greater the perseverance and the higher the likelihood that the chosen activity will be performed successfully*” (Bandura, 1997:43). Derfor er mestringsforventning av særlig betydning når man skal forsøke å endre vaner eller atferd (Mæland, 2005), noe som i følge Sørensen og Graff-Iversen (2001) er godt dokumentert. Bandura (1997) viser til forskningsresultater som tilsier at forventninger om mestring er en bedre indikator på hvordan våre fremtidige prestasjoner skal bli, enn våre prestasjoner var ved en tidligere anledning. Denne forventningen vil naturlig nok også inneholde resultatet av tidligere innsats. Mestringsforventning bygger imidlertid på flere faktorer enn kunnskaper og prestasjoner alene. Bandura argumenterer for at tankeprosesser på denne måten kan brukes til å utøve kontroll over egne handlinger (Bandura, 1997).

Hvilke faktorer bygger så opp forventningen om mestring? Her mener Bandura at egne tidligere erfaringer er den viktigste kilden (Bandura, 1986 i Natvig, 1998), da det i erfaringsbegrepet ligger utvikling av kognitive og handlingsrettede ferdigheter som kan benyttes i livssituasjoner under stadig endring. Det er flere forhold som er styrende for i

hvilken grad erfaring skal kunne påvirke og endre forventningen om mestring. Det kan være forhold som knytter seg til personen, situasjonen eller omgivelsene. Bandura (1997) ser personlig mestring som en del av vårt selvsystem og dette selvsystemet har innvirkning på hva en blir oppmerksom på ved omgivelsene, hvordan de tolkes og informasjonen organiseres, samt hva som hentes frem igjen fra hukommelsen. I følge Natvig (1998) blir mestringsforventning da både et produkt av- og en oppbygging av erfaring. Hvilken betydning nye erfaringer har og hvordan disse rekonstrueres i hukommelsen, avhenger til en viss grad av styrken på den selvoppfatningen, den nye erfaringen skal integreres i. Her blir erfaringer som samsvarer med tidligere oppfatninger både lett oppfattet og husket. Mens erfaringer som er inkonsistente med ens selvoppfatning blir nedtonet eller glemt. Andre forhold som virker inn kan være; oppgavens vanskelighetsgrad, vurdering av innsatsen som er satt inn, grad av ytre hjelp, samt en vurdering av tidligere suksess eller fiasko. Vurderingsgrunnlaget for fremtidige prestasjoner er altså betinget av er en rekke sosial kognitive faktorer, der det ikke bare gjelder rent faktiske kunnskaper, men i stor grad vår egen vurdering og avveining av disse (Natvig, 1998).

Innen forskningsmiljøet er det sprikende meninger rundt hvilke måleindikatorer som best fastsetter mestringsforventning. I følge Maibach & Murphy (1995) konseptualiserer de fleste helsefremmende studier mestringsforventning på en korrekt og enhetlig måte, men det er store forskjeller i operasjonaliseringen. De hevder at; *”according to the different aspects of self-efficacy it is clear that not all of these aspects are consistently measured in health promotion research”* (Maibach & Murphy, 1995). Diskusjonen har blant annet dreiet seg om graden av generalitet i uttrykket for mestringsforventning (Grau et al 2001; Holman & Wall, 2002; Maibach & Murphy, 1995). Her mener eksempelvis Chen, Gully, Whiteman & Kilcullen (2000 i Holman & Wall, 2002) og Schwarzer (1999) at et uttrykk for den generelle

kapasiteten er den mest anvendbare konstruksjonen. Andre, deriblant Bandura selv hevder at; *”general self-efficacy has little or no relation to efficacy beliefs about particular domains or to behaviour in general”* (Bandura, 1997). I spenningsfeltet fra det generelle til det spesifikke aspektet av mestringsforventning er det imidlertid flere som tar til orde for at dette bør sees i en sammenheng, da undersøkelser underbygger det komplementære i disse to aspektene av mestringsforventning (Jex & Bliese, 1999; Watt & Martin, 1995; Grau et al, 2001).

Mestringsforventning som en spesifikk konstruksjon har blitt forstått som troen på nivået av kompetanse i spesielle situasjoner, som for eksempel innen arbeid (Maibach & Murphy, 1995; Bandura, 1997). Cherniss (1993) introduserte konseptet *”Professional Self-Efficacy”*, forstått som troen på dyktigheten til korrekt å fylle en profesjonell rolle. Carolie Coates (1997) har med utgangspunkt i teoriene til Bandura (1986) og Watson (1996) utviklet et instrument spesielt relatert til sykepleie, som fastsetter mestringsforventning knyttet til etablering av gode og hensiktsmessige omsorgsrelasjoner med klienter/pasienter, noe som regnes som et kjerneaspekt ved yrkesutøvelsen som sykepleier (Coates, 1997; Sadler, 2003; Hummelvoll, 2004). Fastsetting av spesifikk mestringsforventning vil i denne studien ta utgangspunkt i Coates (1997) sin *”Caring Efficacy Scale”* (CES).

I denne studien defineres mestringsforventning som opplevd grad av henholdsvis generell- og spesifikk mestringsforventning og det gjøres målinger i forhold til begge dimensjoner.

## **2.4 Tidligere forskning om arbeidsmiljø og mestringsforventning**

Karasek & Theorell (1990) sin modell om krav-kontroll-støtte er blant de mest brukte modellene når det gjelder forskning på psykososiale arbeidsmiljøfaktorer og helse, og da fortrinnsvis i et stress/belastnings perspektiv (Eriksen & Ursin, 1999). Lærings motivasjon-

og mestrings dimensjon har det derimot i langt mindre grad vært forsket på (De Witte et al, 2007; Weststar, 2006). I følge en oversikt gjort av Taris & Kompier (2004 i De Witte et al, 2007) ble det kun funnet 18 studier som hadde analysert hypotesen om ”aktiv læring” i en jobb kontekst. Hypotesen om ”aktiv læring” retter seg i motsetning til ”job-strain”-hypotesen mot positive jobb konsekvenser og passer i så måte godt inn i forhold til et helsefremmende fokus og trend innen organisasjonspsykologi og sosiologi, der en ønsker å flytte oppmerksomheten fra stressorer til ressurser (Schaufeli, 2004; Schaufeli & Bakker, 2004 i De Witte et al, 2007).

Få har undersøkt betydningen av psykososiale arbeidsmiljøfaktorer i sammenheng med mestringsforventning og i forhold til denne studiens fokus og målgruppe finnes det derfor lite forskning som er direkte sammenlignbar med denne studien. Det som forefinnes av aktuelle studier omhandler imidlertid stort sett lærere og sykepleiere (Taris & Kompier, 2004 i De Witte et al, 2007).

Den mest kjente undersøkelsen det er relevant å sammenligne denne studien med er Taris et al (2003) som hadde tyske lærere som målgruppe. Lærere og sykepleiere har i følge Taris & Kompier det til felles at de er; *”employees in ”contactual” professions, who have to focus on others in performing their job”* (2004 i De Witte et al, 2007). Taris et al (2003) fant i motsetning til hypotesen om ”aktiv læring” at arbeidskrav hadde en heller negativ enn positiv effekt på læring og mestringsforventning. Som ventet hadde jobbkontroll en positiv effekt, men det høyeste nivået av læring og mestringsforventning ble funnet blant dem med høy kontroll og lave krav i jobben (og ikke blant dem med høy kontroll og høye krav i jobben). Det ble også funnet at mestringsforventning var blant de indikatorene som best reflekterte motivasjon for læring av nye adferdsmønstre (”aktiv læring”).



Følgende undersøkelser relatert til sykepleie bekrefter betydningen av mestringsforventning. Manojlovich (2005) fant at mestringsforventning i sterkere grad enn jobberelaterte empowerment faktorer ("Structural Empowerment" Kanter, 1993) bidro til profesjonell adferd, og at mestringsforventning var den viktigste mediatoren i sammenhengen mellom faktorer i arbeidsomgivelsene og yrkesadferd. I en undersøkelse inne psykiatrien fant Dunn et al (2007) at mestringsforventning var en helt sentral faktor for hvordan psykiatriske sykepleiere evner å trygt og effektivt møte og håndtere situasjoner med særlige krav, som eksempelvis aggresjon. Lee & Akhtar (2007) fant i en studie blant over 2000 sykepleiere, at mestringsforventning var den mest effektive "coping resource" i forhold til symptomer på utbrenthet. Videre hadde mestringsforventning også en positiv effekt på evnen til samhandling. Van Yperen (1998) undersøkte betydningen av mestringsforventning i forhold til arbeidsmiljøfaktoren informasjonsstøtte, og opplevelsen av rettferdighet og utbrenthet. Resultatene var entydige; Sykepleierne med høy mestringsforventning følte seg rettferdig behandlet av organisasjonen selv om de opplevde relativt lite informasjonsstøtte, og det var også her indikasjoner på en positiv effekt i forhold til utbrenthets symptomer.

Flere undersøkelser påpeker spesielt sammenhenger mellom mestringsforventning og sosial støtte på arbeidsplassen. I en undersøkelse blant sykepleiere innen ortopedi fant Salmond (2006) blant annet at et høyt nivå av opplevd sosial støtte var sammenfallende med høyt nivå av spesifikk mestringsforventning. Sammenhengen i forholdet sosial støtte og mestringsforventning understrekes ytterligere i en undersøkelse gjort av Breouwers et al (2006), som fant at graden av opplevd sosial støtte på arbeidsplassen i høy grad påvirket egen mestringsforventningen knyttet til nettopp å selv virke til å få slik støtte. Videre fant Shen (2008) i en undersøkelse blant lærere, at generell mestringsforventning og sosial støtte på arbeidsplassen, hadde både en direkte og indirekte predikativ effekt på ulike

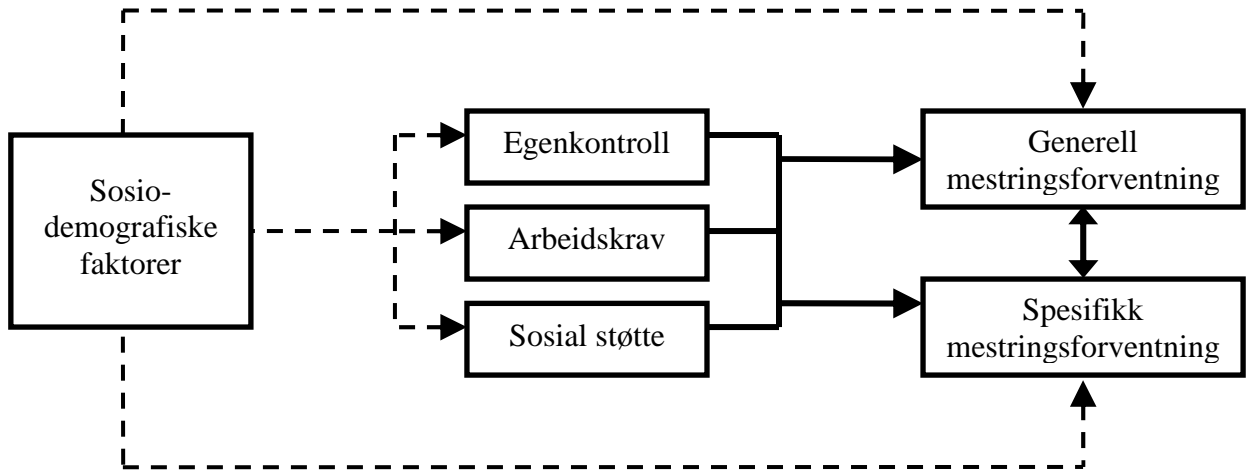
mestringsstrategier. I en større undersøkelse blant sykepleiere innen psykiatrien i Nederland antydes det at økning av sosial støtte er mest effektivt i forhold til å øke indre motivasjon, uavhengig av faktorene jobbkrav og jobbkontroll (Van Yperen & Hagedoorn, 2003). Utfallsvariablen var her "indre motivasjon" og ikke mestringsforventning, men det er likevel visse likhetstrekk og de regnes begge som gode prediktorer i forhold til "aktiv læring" (Taris et al, 2003).

## **2.5 Formål og problemstillinger**

Mestringsforventning og de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene definert i Karasek & Theorells modell, har hver for seg vært gjenstand for en rekke studier de siste 20 årene, og tidligere forskning understreker også betydningen av mestringsforventning i en jobbsetting. Hvilken betydning de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene har for opplevelsen av mestringsforventning er i langt mindre grad studert. Det er viktig å øke kunnskapen om sykepleieres opplevelse av sitt arbeidsmiljø og å se hvilken innvirkning dette har på deres mestringsforventning. En slik kunnskap vil kunne ha betydning for hvor fokuset i forhold til det helsefremmende arbeidet rettet mot sykepleiere i psykiatrien, skal ligge. Denne studiens formål er derfor å få et bilde av hvordan denne yrkesgruppen opplever sitt psykososiale arbeidsmiljø og sin mestringsforventning, og dernest analysere sammenhenger mellom disse.

I denne undersøkelsen har det vært et poeng å belyse mestringsforventning ved de to aspektene; generell- og spesifikk mestringsforventning, for derved å se i hvilken grad det er noen forskjeller mellom disse. Selv om målingene som gjøres i forhold til de psykososiale arbeidsmiljø faktorene har sitt utgangspunkt i Karasek & Theorells modell, så har ikke denne undersøkelsen som noen primær målsetting å teste ut modellens hypoteser. Imidlertid vil det

være aktuelt å gjøre enkelte sammenligninger i forhold til hypotesen om ”aktiv læring”. Dette er av interesse siden dette er så vidt upløyd mark og at denne hypotesen med sitt positive tilsnitt passer godt inn i et helsefremmende perspektiv. Forholdet mellom de aktuelle variablene som undersøkes i denne studien er presentert i figur 2.2.



**Figur 2.2** Forholdet mellom sosiodemografiske faktorer, egenkontroll, arbeidskrav, sosial støtte, og generell- og spesifikk mestringsforventning.

Denne studien vil med bakgrunn i det foranstående omfatte følgende forskningsspørsmål:

- 1a. I hvor stor grad opplever sykepleiere i psykiatrien arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte?
- 1b. I hvor stor grad opplever sykepleiere i psykiatrien egen mestringsforventning (generell og spesifikk)?
2. Hvilke sammenhenger er det mellom sykepleiere i psykiatriens opplevelse av arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte, og egen mestringsforventning?
3. Hvilke sammenhenger er det mellom det generelle- og det spesifikke aspektet av sykepleiere i psykiatriens mestringsforventning?

## **3.0 METODE**

### **3.1 Utvalg og svarprosent**

Dette er en såkalt tverrsnittundersøkelse, der dataene er samlet inn gjennom spørreskjema for selvutfylling. Undersøkelsen er anonym og deltakelsen er basert på frivillighet, hvilket i følge Johannessen et al (2004) betegnes som tilfeldig eller randomisert utvalg. Undersøkelsens utvalg består av 258 sykepleiere tilsatt i Psykiatrien i Vestfold HF (helseforetak), som er en del av Helse Sør-Øst. Vestfold er det eneste stedet i landet der psykiatrien er organisert som et eget helseforetak. Inklusjonskriteriene var at sykepleierne måtte ha et definert tilsetningsforhold; som fast ansatt, engasjert eller i et vikariat. Ved følgende avdelinger fikk de tilbud om deltagelse i studien; Psykiatrisk fylkesavdeling, Nordre Vestfold distriktpsikiatriske senter og Søndre Vestfold distriktpsikiatriske senter. Dette utgjør 32 enheter/poster og med et oppgavemessig spenn som dekker de fleste aspektene ved psykiatrisk sykepleie. Fra akutt- til langtids behandling, poliklinikk og utredning. Samlet svarte 196 på spørreskjemaet, hvilket gir en svarprosent på 76.

### **3.2 Datainnsamling og etikk**

Det ble lagt stor vekt på utformingen av spørreskjemaet for at det skulle være så oversiktlig og lettfattelig som mulig, og bli tatt seriøst. Før spørreskjemaene ble trykket og distribuert ble det foretatt pilottest på 10 sykepleiere for å undersøke om spørsmåls- og svarkategoriene var klare og forståelige, samt åpnet for innspill i forhold til det rent designmessige.

Tilbakemeldingene her var ikke av en slik karakter at det kunne synes nødvendig med noen ytterligere utdyping, eksemplifisering eller større layout-messige endringer. Spørreskjemaets

endelige utforming ble så gjort i samarbeid med helseforetakets trykkeri og informasjons konsulent (Vedlegg 1).

I god tid før spørreskjemaene ble distribuert, ble det informert om undersøkelsen. Dette ble blant annet gjort i form av en artikkel om undersøkelsen og dens tematikk i helseforetakets interne tidsskrift som distribueres til hver enkelt tilsatt. Der ble det eksplisitt oppfordret til deltagelse fra tillitsvalgte og helseforetakets ledelse. Det ble også sendt ut interne skriv som ble hengt opp på hver enkelt avdeling, der det ble informert om undersøkelsen og at dette var noe som ble bifalt og støttet av ledelsen og de tillitsvalgte. Samme informasjon ble sendt ut på intern e-post til hver enkelt sykepleier i helseforetaket (Vedlegg 2). Selve spørreskjemarunden foregikk i tidsrommet fra begynnelsen av oktober til midten av desember 2007.

Spørreskjemaene ble distribuert i internposthylla til den enkelte sammen med en anonym svarkonvolutt. Sykemeldte fikk spørreskjemaet tilsendt. Informasjon om undersøkelsen var trykket som side 1 på spørreskjemaet og informert samtykke ble derved ivaretatt (Johannessen et al, 2004). Besvarelsene ble lagt i en egen samlekonvolutt, som ble hentet på den enkelte avdeling til et avtalt tidspunkt. Det ble etter dette foretatt to purrerunder i form av oppslag på hver avdeling, samt på intern e-post til alle. Purringene som ble sendt ut i begynnelsen av november og desember, måtte på grunn av undersøkelsens anonymitet sendes samtlige i målgruppen (Vedlegg 3).

Prosjektet har vært til behandling ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) /Personvernombudet for forskning, som fant opplegget for gjennomføring av prosjektet tilfredsstillende og ga sin tilråding til dette i skriv av 6. september 2007 (Vedlegg 4). Regional etisk komitè ble også ved en uformell henvendelse forelagt en skisse av prosjektet og fant at det ikke var påkrevet med noen søknad til dem.

Selv om spørreskjemaene ikke er merket med navn innebærer imidlertid datamaterialet opplysninger som kan være indirekte personidentifiserbare. Etter personopplysningslovens §2 punkt 8c samles det her inn og registreres sensitive personopplysninger (Justis- og politidepartementet, 2000). NSD stiller i prosjektvurderingen derfor krav om at de innsamlede opplysningene anonymiseres ved prosjektslutt ved å slette/makulere, og eventuelt kategorisere opplysninger som her kan være indirekte personidentifiserbare.

### **3.3 Beskrivelse av variabler**

Dersom det i en undersøkelse stilles mange spørsmål om det samme fenomenet, kan det være hensiktsmessig å konstruere en såkalt *indeks*, eller *additiv skala* som er summen, eller gjennomsnittet, av verdiene til et sett indikatorer/spørsmål (Johannessen et al, 2004). I denne undersøkelsen vil derfor resultatene på spørsmålsstillingene knyttet til psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning, sammenfattes og uttrykkes ved 5 indekser som representerer henholdsvis; arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte, og generell- og spesifikk mestringsforventning. Indeksenes verdi uttrykkes ved gjennomsnittsskår.

#### **3.3.1 Sosiodemografiske variabler**

Det tas i studien hensyn til om ulike sosiodemografiske variabler kan ha betydning/være utslagsgivende i sammenhengen mellom mestringsforventning og de uavhengige variablene. Aktuelle sosiodemografiske variabler som trekkes inn i denne studien er; kjønn, aldersgruppe, stillingsprosent, antall år som sykepleier i psykiatrien og om de hadde spesialutdanning i psykiatri. (Verdiene for spesialutdanning rekodes (snus) slik at høy verdi her indikerer spesialutdanning).

### 3.3.2 Operasjonalisering av psykososialt arbeidsmiljø

Undersøkelsen omfatter de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene; jobbkrav, jobbkontroll og sosial støtte. I spørreskjemaet benevnes denne delen som "Vurdering av din arbeidsplass" (Vedlegg 1). Et egendefinert tilleggsspørsmål her (nr. 20), utelates i denne studien. Med teoretisk utgangspunkt i Karasek & Theorells (1990) krav-kontroll-støtte modell og deres "Job Content Questionnaire" (JCQ), ble det for at ikke spørreskjemaet skulle bli for omfattende, brukt en svensk kortversjon av denne; "The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire" (DCSQ), utviklet av Theorell, Michelsen og Nordemar (1991). Dette spørreskjemaet er benyttet i den store svenske undersøkelsen "Stockholmsundersökningen 1" (Hagberg & Hogstedt, 1993) og har de samme kategoriene som i JCQ, men med færre spørsmål og mål. Den norske oversettelsen av DCSQ som her er brukt, er hentet fra "Hordalandsundersøkelsen" (HUSK) (Moen et al, 2002). DCSQ består av totalt 17 spørsmål, der fem spørsmål fokuserer på opplevde krav i arbeidet (f.eks. *"Har du tilstrekkelig tid til å rekke alle arbeidsoppgavene?"*), seks spørsmål på opplevd kontroll (f.eks. *"Har du mulighet til selv å bestemme hvordan arbeidet skal utføres?"*) og seks påstander/spørsmål om sosial støtte av kolleger og overordnede på arbeidsplassen (f.eks. *"Jeg trives godt med mine arbeidskamerater"*). Alle spørsmålene som omhandler psykososialt arbeidsmiljø har fire svarkategorier av såkalt Likert-skala type (Johannessen et al, 2004) med score fra 1 til 4. Når det gjaldt krav og kontroll spørsmålene var rangeringen her fra *"ja, ofte"* til *"nei, så godt som aldri"*. For spørsmålene som omhandlet sosial støtte var rangeringen fra *"stemmer helt"* til *"stemmer slett ikke"*.

Ved konstruksjon av indeksene for psykososialt arbeidsmiljø ble skårskalaene til spørsmålene snudd med unntak av et kravspørsmål (nr.12) og et kontrollspørsmål (nr.17). Dette fordi at høy skår på hver av de tre indeksene; arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte, da for

enkelhetsskyld vil indikere opplevelsen av henholdsvis høye arbeidskrav, høy egenkontroll og høy sosial støtte. Svarskårene på spørsmålene knyttet til hver av indeksene legges sammen og uttrykkes ved en gjennomsnittsskår for hver enkelt av de tre indeksene. Hvilket gir maks nivå lik 4 og minste nivå lik 1.

I den norske oversettelsen av DCSQ brukt i "Hordalandsundersøkelsen" (HUSK) ble en av variablene i kontrollindeksen ekskludert grunnet feil i oversettelsen av spørreskjemaet fra svensk til norsk, hvilket der medførte en lav reliabilitet for denne indeksen (Sanne et al, 2005). Variabelen var da gitt ordlyden: "Krever arbeidet ditt nøyaktighet". I denne undersøkelsen brukes derfor Eriksen & Ursin (1999) sin oversettelse og begrepet dyktighet i forhold til denne variabelen. For valid score skal indeksen være fullstendig besvart. Indekser som er ufullstendig besvart utelates fra analysen. Når det gjelder JCQ har validiteten av skalaene for krav, kontroll og sosial støtte og deres indre konsistens/reliabilitet vært undersøkt i en rekke internasjonale studier (Karasek et al, 1998; Theorell & Karasek, 1996). DCSQ som brukes i denne studien og som har sitt opphav i JCQ er også mye brukt og spesielt i Skandinavia, men testing av indre konsistens/reliabilitet har imidlertid vært gjenstand for få publikasjoner utover "Stockholmsundersökningen 1" og "Hordalandsundersøkelsen" (Sanne et al, 2005). I Tabell 3.1 er det oppgitt indre konsistens (reliabilitet) av krav, kontroll og sosial støtte for denne studien.



**Tabell 3.1** Indre konsistens (Cronbachs koeffisient alpha) av indeksene; arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte (DCSQ) i denne studien, samt spørsmålene skalaene består av.

	Alpha-verdi	Spørsmål som er inkludert i skalaene
<b>Arbeidskrav</b>	0,72	Arbeide hurtig Arbeide hardt Stor arbeidsinnsats Tilstrekkelig tid Motstridende krav
<b>Egenkontroll</b>	0,65	Lære nye ting Dyktighet Oppfinnsomhet Repeterende arbeid Arbeidsvariasjon – hvordan Arbeidsvariasjon – hva
<b>Sosial støtte</b>	0,82	Atmosfæren i arbeidsmiljøet Samhold Hjelpsomme kolleger Forståelse Overens med overordnede Trivsel

### 3.3.3 Operasjonalisering av mestringsforventning

Som mål på sykepleiernes mestringsforventning brukes det her skalaer som skal indikere både det generelle- og spesifikke aspektet ved denne dimensjonen. I spørreskjemaet heter denne delen ”Opplevelse av mestring” (Vedlegg 1). Forståelsen av mestringsbegrepet i studien har sitt utgangspunkt i konstruksjonen ”*self-efficacy*”, på norsk *mestringsforventning* (Mæland, 2005) som ble introdusert av Albert Bandura og representerer selve kjerneaspektet i hans sosial-kognitive teori (Bandura, 1997).

Med bakgrunn i en rekke undersøkelser har det blitt konseptualisert et generelt uttrykk for *self-efficacy*, benevnt som ”General Perceived Self-Efficacy” (Schwarzer, 1999). I følge Grau et al (2001) er det flere som hevder at *self-efficacy* uttrykt som en generell kapasitet synes å

være ”*a better predictor of performance*” enn spesifikk self-efficacy. Andre studier viser at de to typene self-efficacy (generell og spesifikk) er tett forbundet og bør brukes samlet på en komplementær måte (Jex & Bliese, 1999; Grau et al, 2001).

Både Cherniss (1993) og Grau et al (2001) opprasjonaliserer ”Professional Self-Efficacy” ved å bruke spørsmål hentet fra ”The Maslach Burnout Inventory-General Survey, MBI-GS” (Schaufeli et al, 1996 i Grau et al, 2001). Da disse spørsmålene er ganske generelle og denne studien kun omhandler en enkelt yrkesgruppe, synes det her hensiktsmessig å bruke spørsmålsstillinger som så nært som mulig knytter seg til selve kjerneaspektet ved den konkrete yrkesutøvelsen. Innen sykepleie og kanskje spesielt innen psykiatrisk sykepleie er det sentrale profesjonelle aspektet ved yrkesutøvelsen knyttet til omsorg (Sadler, 2003; Hummelvoll, 2004) og i følge Coates; ”*one’s ability to express a caring orientation and to develop caring relationship with clients or patients*” (1997:53). For å måle troen på å kunne etablere slike omsorgsrelasjoner, har Coates utviklet et spørreskjema kalt ”The Caring Efficacy Scale” (CES) (Coates, 1997). Instrumentet har sitt konseptuelle opphav i Banduras self-efficacy teori og Watsons teori om ”Transpersonal Human Caring” fra sykepleie (Watson, 2002). Coates (1997) anbefaler CES administrert sammen med måleinstrument som fastsetter det generelle aspektet ved mestringsforventning, så som general self-efficacy.

Når det gjelder *generalised self-efficacy* som i spørreskjemaet benevnes ”Generell mestring”, brukes det i denne studien Schwarzer sitt gjennomprøvde spørreskjema ”The General Perceived Self-Efficacy Scale” som også foreligger i norsk oversettelse og er godt dokumentert (Schwarzer & Scholz, 2000; Røysamb, Schwarzer & Jerusalem, 1998). Dette er en 10- spørsmålsskala med fire svarkategorier av Liker-skala type, med score fra 1 til 4, der rangeringen var fra 1; ”*helt galt*” til 4; ”*helt riktig*”. Eksempel på en variabel for generell

mestringsforventning er; ”*Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok*”. Spørreskjemaet er benyttet ved en rekke studier der reliabilitetskoeffisienten (Cronbachs alpha) har ligget på mellom .75 og .91 (Schwarzer & Scholz, 2000).

Som måleinstrument for *professional self-efficacy*, som i spørreskjemaet benevnes som ”Spesifikk mestring” brukes et utvalg på 10 spørsmål fra Coates sin ”The Caring Efficacy Scale - the 30-item self-report form” (Watson, 2002). Dette er en 30-spørsmålsskala med seks svarkategorier av Liker-skala type, med score fra 1 til 6, der rangeringen er fra 1; ”*helt uenig*” til 6; ”*helt enig*”. Eksempel på en variabel for spesifikk mestringsforventning er; ”*Jeg kan som regel finne en måte å forholde meg til de aller fleste klienter/pasienter på*”. Coates sin ”The Caring Efficacy Scale” ble i anledning av denne studien for første gang oversatt til norsk. Dette ble gjort etter avtale med Carolie Coates på mail. Hun syntes det var interessant at hennes spørsmålsskala i denne studien blir kombinert med en skala som fastsetter generell mestringsforventning og at dette sees i sammenheng med faktorer i arbeidsmiljøet. I følge Coates har hennes spørsmålsskala i liten grad vært gjenstand for analyser av sammenhenger, slik det gjøres i denne studien. Oversettelsesarbeidet ble gjort av en engelsklærer og ble kontrollert ved separat reoversettelse. Av begrensingsmessige årsaker ble det gjort et utvalg på 10 spørsmål fra ”The Caring Efficacy Scale”. Spørsmålsstillingene og utvalget ble så pilottestet på 10 psykiatriske sykepleiere, før spørreskjemaet fikk sin endelige utforming.

Variablene til de to skalaene for generell- og spesifikk mestringsforventning går samme vei og trenger ingen rekoding før de uttrykkes ved hver sin indeks. Høy skår indikerer høy mestringsforventning. Ufullstendige indekser utelates i analysen. I Tabell 3.2 og 3.3 er de enkelte av spørsmålene til indeksene; generell mestringsforventning og spesifikk mestringsforventning oppgitt, samt indre konsistens (reliabilitet) av disse i denne studien.

**Tabell 3.2** Spørsmålene i skalaen for generell mestringsforventning ("The General Perceived Self-Efficacy Scale")\* med tekst og nummer, samt indre konsistens (Cronbachs koeffisient alpha) av indeksen i denne studien.

Skala/spørsmålsnummer	Spørsmålstekst
<b>Generell mestringsforventning</b>	
G.m. -1	Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok.
G.m. -2	Hvis noen motarbeider meg så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil.
G.m. -3	Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine.
G.m. -4	Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte.
G.m. -5	Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner.
G.m. -6	Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det.
G.m. -7	Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min.
G.m. -8	Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det.
G.m. -9	Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut.
G.m. -10	Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det.

\* Spørsmålene ble besvart på en firepunktsskala fra 1 til 4, der skåren 1 var "Helt galt" og 4 var "Helt riktig"

Indeks	Alpha-verdi
<b>Generell mestringsforventning</b>	0,86

**Tabell 3.3** Spørsmålene i skalaen for spesifikk mestringsforventning ("The Caring Efficacy Scale")\* med tekst og nummer, samt indre konsistens (Cronbachs koeffisient alpha) av indeksen i denne studien.

Skala/spørsmålsnummer	Spørsmålstekst
<b>Spesifikk mestringsforventning</b>	
S.m. -1	Jeg kan som regel finne en måte å forholde meg til de aller fleste klienter/pasienter på.
S.m. -2	Hvis jeg ikke oppnår god kontakt med en klient/pasient, prøver jeg å analysere hva jeg kan gjøre for å nå ham/henne.
S.m. -3	Jeg evner å tilføre en følelse av normalitet til stressfylte forhold.
S.m. -4	Jeg kan gå inn i et rom med en ro og energi som gjør at klienter/pasienter føler seg bedre.
S.m. -5	Det er lett for meg å ta i betraktning kompleksiteten i en klients/pasients pleie, samtidig som jeg lytter til dem.
S.m. -6	Jeg har evne til å fokusere på en enkelt klient/pasient og glemme mine egne personlige anliggender.
S.m. -7	Jeg bruker det jeg lærer i samtaler med klienter/pasienter til å gi en mer individualisert omsorg.
S.m. -8	Når en klient/pasient har vanskeligheter med å kommunisere med meg, klarer jeg å tilpasse meg hans/hennes nivå.
S.m. -9	Jeg kan vanligvis etablere en nær forbindelse til klientene/pasientene mine.
S.m. -10	Jeg har hjulpet mange klienter/pasienter gjennom min evne til å utvikle nære, meningsfulle relasjoner.

\* Spørsmålene ble besvart på en sekspunktsskala fra 1 til 6, der skåren 1 var "Helt uenig" og 6 var "Helt enig".

Indeks	Alpha-verdi
Spesifikk mestringsforventning	0,87

### 3.4 Reliabilitet og validitet

I følge Hellevik (2002) er det den operasjonelle definisjonens samsvar med den teoretiske, som avgjør den definisjonsmessige validiteten. At den operasjonelle definisjonen er klar og presis, har videre stor betydning for om innsamlingen og behandlingen av data kan gjennomføres med høy grad av reliabilitet (nøyaktighet). Disse to forholdene til sammen er bestemmende for dataenes validitet, det vil si deres egnethet for å belyse den aktuelle problemstilling.

Hvor pålitelig eller nøyaktig det benyttede spørreskjemaet (vedlegg 1) uttrykker studiens operasjonelle definisjoner, vil reliabilitet her være et mål for. Høy reliabilitet er en nødvendig forutsetning for at undersøkelsens data skal ha høy validitet. Imidlertid er ikke høy reliabilitet i seg selv en tilstrekkelig betingelse for at de innsamlede dataene skal ha høy validitet. I tillegg kommer kravet om høy definisjonsmessig validitet (Hellevik, 2002). Hvilket vil si at de operasjonelt definerte variablene i spørreskjemaet, virkelig belyser den foreliggende problemstillingen, og ikke noe annet. En kan derfor si at den definisjonsmessige validiteten uttrykker hvor godt samsvar det er mellom teori planet og empiriplanet i studien.

Spørsmålsskalaene brukt for å måle psykososialt arbeidsmiljø, og generell- og spesifikk mestringsforventning, er alle hentet fra tidligere validerte skjemaer, der det ved hjelp av reliabilitetskoeffisienten Cronbachs alpha er testet indre konsistens (reliabilitet). Skalaen for spesifikk mestringsforventning består imidlertid av et eget utvalg på 10 spørsmål fra Coates's 30-spørsmålsskala, som i sin form testes for første gang. Cronbachs alpha gjenspeiler styrken på sammenhengen mellom indikatorene (- her de enkelte spørsmålene hver skala består av), og verdien skal ligge mellom 0 og 1, der verdier over 0,65 regnes som tilfredsstillende. Jo

sterkere sammenheng og desto flere indikatorer en har, jo bedre blir reliabiliteten (Ringdal, 2001).

I følge Ringdal (2001) skilles det mellom indre og ytre validitet. Der den indre validiteten relatert til denne studien, viser til om en med noen grad av sikkerhet her kan si at de ulike arbeidsmiljøfaktorene har innvirkning på mestringsforventning, eller om det er andre faktorer som virker inn på dette forholdet. Ekstern validitet sier noe om funnenes overførbarhet, og om de kan generaliseres utover utvalget til å kunne gjelde hele populasjonen.

### **3.5 Analyser**

Det presiseres at det i denne studien tas utgangspunkt i kun en del av datatilfanget fra undersøkelsen "Arbeidsmiljø, helse og mestring blant sykepleiere i psykiatrien". Av begrensingsmessige grunner utelates her variablene knyttet til helsedimensjonen, i spørreskjemaet benevnt som "Helse og trivsel".

Alle de statistiske analysene er foretatt ved hjelp av SPSS for Windows, versjon 12.0.

Formålet med analysene var å foreta målinger av de ulike dimensjonene for så og teste sammenhenger mellom disse. I analysen er ufullstendige besvarte indekser på skalaene for krav, kontroll, sosial støtte, og generell- og spesifikk mestringsforventning utelatt.

Det er brukt deskriptive analyser for å beskrive deltakerne i studien. For eksplisitt å se på mulige forskjeller mellom de bakenforliggende (sosiodemografiske) variablene så som kjønn, alder, stillingsstørrelse m.m., er det brukt bivariat korrelasjonsanalyse. Det er også brukt bivariate korrelasjonsanalyser for å se på sammenhenger mellom generell- og spesifikk

mestringsforventning. Resultatene av disse er presentert ved korrelasjonskoeffisienten Pearsons  $r$ , som er et mye brukt mål for samvariasjon mellom variabler (Johannessen et al, 2004), samt  $p$ -verdi (*probability value*) som angir signifikanssannsynlighet.

For å undersøke sammenhenger mellom sosiodemografiske variabler, krav, kontroll, sosial støtte og de avhengige variablene generell- og spesifikk mestringsforventning, ble det valgt å gjøre dette etter en multippel regresjonsmodell. En slik analysemodell som knytter en avhengig variabel til flere forklaringsvariabler har i følge Skog (2004) flere fordeler: Blant annet gir en slik analyse et mer fullstendig dekkende bilde av fenomenet som studeres og beskrivelsene av årsakssammenhenger blir mer presise. Den multiple regresjonsanalysen kaster også lys over forklaringsvariablenes relative betydning i den forstand at det ikke bare gis svar på om en forklaring er god eller ikke, men den sier også noe om hvor god denne forklaringen er i forhold til andre forklaringer. En slik modell med flere forklaringsvariabler skiller derved lettere de viktige forklaringene fra de mindre viktige. Den multiple regresjonskoeffisienten ( $R^2$ ), som brukes i denne studien, er det mest benyttede målet på hvor god forklaringen er. I analysen uttrykker  $R^2$  den samlede betydningen de valgte uavhengige variablene det kontrolleres for, har for den avhengige variabelen. Hvilket her vil si at jo høyere  $R^2$  er, desto mer forklarer de valgte uavhengige variablene variasjoner i den avhengige variabelen (Johannessen, 2004). Resultatene presenteres ved standardisert betaverdi (mål for samvariasjon),  $R^2$  og  $p$ -verdi for å angi signifikans.

Undertegnede har lagt alle data fra undersøkelsen inn på regneark og kontrollert disse, samt planlagt hvilke analyser som skal gjøres. Resultatene er tolket i samarbeid med veileder Steffen Torp, som har gjort den praktiske kjøringen av analysene i SPSS.



## 4.0 RESULTATER

### 4.1 Deskriptiv statistikk / frekvensfordelinger

#### 4.1.1 Sosiodemografiske variabler

De sosiodemografiske variablene er prosentvis beskrevet i Tabell 4.1.

De fleste av studiens 196 deltakere er kvinner (77,6 %). Den aldersmessige fordelingen har hovedvekten i aldersgruppen; 40-49 år og 50 år og over, med henholdsvis 31,4 og 45,9 %.

Når det gjaldt stillingsstørrelse var den på over 75 % for majoriteten av de spurte (77,9 %).

Over halvparten av respondentene (54,1 %) hadde arbeidet som sykepleiere i psykiatrien i minst 10 år og 77,8 % hadde spesialutdanning i psykiatri.

**Tabell 4.1** Sosiodemografiske variabler; frekvens og prosentvis beskrivelse (N=185-196).

Målinger		Frekvens	Valid prosent
<b>Kjønn</b>	Menn	43	22,4
	Kvinner	149	77,6
<b>Aldersgruppe</b>	20-29 år	7	3,6
	30-39 år	37	19,1
	40-49 år	61	31,4
	50 år og over	89	45,9
<b>Stillingsprosent</b>	Under 50%	7	3,6
	50-75%	36	18,5
	Over 75%	152	77,9
<b>Antall år som sykepl. i psykiatrien</b>	Under 1 år	9	4,6
	1-4 år	29	14,8
	5-9 år	52	26,5
	10 år og over	106	54,1
<b>Spesialutdanning i psykiatri</b>	Ja	144	77,8
	Nei	41	22,2

## 4.1.2 Psykososialt arbeidsmiljø

Tabell 4.2 viser resultatene for arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte. Scorene varierte fra 1,20 til 4,00; der 1,00 betyr lav grad av krav/kontroll/sosial støtte og 4,00 betyr høy grad av krav/kontroll/sosial støtte. Gjennomsnittsscoren for arbeidskrav var 2,42. For egenkontroll var gjennomsnittsscoren 3,20. Sosial støtte hadde en gjennomsnittsscore på 3,45. Resultatene for egenkontroll og sosial støtte er klart skjevfordelt i forhold til en statistisk normalfordeling (Gausskurve)(Hellevik, 2002). I følge *sentralgrenseteoremet* (Wikipedia) vil resultatene nærme seg en normalfordeling ved et økende antall respondenter, men med et så vidt begrenset antall respondenter som det er i denne studien, må man imidlertid kunne forvente at det ikke er perfekt normalfordelt.

**Tabell 4.2** Arbeidskrav, egenkontroll, sosial støtte, og generell- og spesifikk mestringsforventning; gjennomsnitt, standard avvik, laveste og høyeste verdi, og antall respondenter som har svart (N).

Målinger	Gj.snitt	Std.avvik	Laveste	Høyeste	N
<b>Arbeidskrav</b> (Skala 1-4)	2,42	0,49	1,20	3,60	190
<b>Egenkontroll</b> (Skala 1-4)	3,20	0,36	2,00	4,00	189
<b>Sosial støtte</b> (Skala 1-4)	3,45	0,41	2,33	4,00	194
<b>Generell mestringsforventning</b> (Skala 1-4)	2,86	0,34	1,80	3,60	179
<b>Spesifikk mestringsforventning</b> ( Skala 1-6)	5,10	0,51	3,60	6,00	187

## 4.1.3 Mestringsforventning

Tabell 4.2 viser resultatene for generell- og spesifikk mestringsforventning. Gjennomsnittsscoren for generell mestringsforventning var 2,86. Her varierte scorene fra 1,80 til 3,60; der 1,00 betyr lav grad av generell mestringsforventning og 4,00 betyr høy grad av generell mestringsforventning. For spesifikk mestringsforventning var gjennomsnittsskåren 5,10. Her

varierte scorene fra 3,60 til 6,00; der 1,00 betyr lav grad av spesifikk mestringsforventning og 6,00 betyr høy grad av spesifikk mestringsforventning. I likhet med resultatene for egenkontroll og sosial støtte, avviker også resultatet for spesifikk mestringsforventning klart i forhold til en statistisk normalfordeling.

## **4.2 Samvariasjon mellom undersøkelsens variabler**

For å se på sammenhenger mellom sosiodemografiske variabler (kjønn, aldersgruppe, stillingsprosent, antall år som sykepleier i psykiatrien, spesialutdanning i psykiatri), psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning, ble det gjort bivariante korrelasjonsanalyser (Tabell 4.3).

### **4.2.1 Sosiodemografiske faktorer versus; sosiodemografiske faktorer, psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning**

Kvinnene i studien er gjennomgående eldre enn mennene ( $r = 0,24$ ;  $p = 0,001$ ), og har i noe større grad spesialutdanning i psykiatri ( $r = 0,14$ ;  $p = 0,066$ , grensesignifikant). Det var for øvrig ingen signifikante kjønnsforskjeller når det gjaldt stillingsstørrelse og ansiennitet som sykepleier i psykiatrien. Ikke uventet er det en sterk signifikant samvariasjon mellom alder og antall år som sykepleier i psykiatrien, der økt alder henger sammen med lang ansiennitet ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,001$ ). De som hadde spesialutdanning i psykiatri var signifikant eldre enn de uten spesialutdanning ( $r = 0,23$ ;  $p = 0,002$ ), men det var ingen signifikante aldersforskjeller når det gjaldt stillingsstørrelse. Stillingsstørrelse samvarierte imidlertid signifikant med antall år som sykepleier i psykiatrien, der høy stillingsprosent henger sammen med lang ansiennitet ( $r = 0,17$ ;  $p = 0,019$ ). De med høy stillingsprosent hadde også i større grad spesialutdanning i

psykiatri ( $r = 0,21$ ;  $p = 0,004$ ) og det er en sterk signifikant samvariasjon mellom spesialutdanning i psykiatri og lang ansiennitet som sykepleier i psykiatrien ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,001$ ).

Forholdet mellom de sosiodemografiske faktorene og psykososialt arbeidsmiljø viser en signifikant sammenheng mellom høy stillingsprosent og høy skår på arbeidskrav ( $r = 0,19$ ;  $p = 0,009$ ). De med høy stillingsprosent skårer også signifikant høyere på egenkontroll ( $r = 0,16$ ;  $p = 0,030$ ), og har i tillegg større grad av spesialutdanning i psykiatri ( $r = 0,16$ ;  $p = 0,035$ ). Utover dette var det ingen signifikante sammenhenger mellom de sosiodemografiske faktorene, og arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte.

Når det gjelder forholdet mellom sosiodemografiske faktorer og mestringsforventning, så viser det at de med lang arbeidserfaring innen psykiatrien skårer signifikant høyere på generell mestringsforventning, enn de med kortere arbeidserfaring ( $r = 0,23$ ;  $p = 0,002$ ). Høy skår på spesifikk mestringsforventning hadde signifikant sammenheng med høy stillingsprosent ( $r = 0,19$ ;  $p = 0,010$ ). Mennene opplever noe høyere grad av generell mestringsforventning enn kvinnene, men det på et grensesignifikant nivå ( $r = -0,14$ ;  $p = 0,073$ ). Det var forøvrig ingen flere signifikante sammenhenger mellom de sosiodemografiske faktorene og generell- og spesifikk mestringsforventning.

#### **4.2.2 Psykososialt arbeidsmiljø versus; psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning**

De som opplever høy grad av sosial støtte skåret også høyt på egenkontroll ( $r = 0,25$ ;  $p = 0,001$ ). Ellers var det ingen andre signifikante innbyrdes sammenhenger mellom de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene.

Når det gjelder forholdet mellom de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene, og generell- og spesifikk mestringsforventning, er det her ingen signifikante sammenhenger mellom arbeidskrav og spesifikk mestringsforventning, og mellom arbeidskrav og generell mestringsforventning. Det er videre signifikant positiv sammenheng mellom egenkontroll og spesifikk mestringsforventning ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,001$ ), og mellom egenkontroll og generell mestringsforventning ( $r = 0,20$ ;  $p = 0,01$ ). Det vil si at høy grad av opplevd egenkontroll i arbeidssituasjonen har sammenheng med høy grad av både opplevd spesifikk mestringsforventning og opplevd generell mestringsforventning. Det er også signifikant positiv sammenheng mellom sosial støtte og spesifikk mestringsforventning ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,001$ ), og mellom sosial støtte og generell mestringsforventning ( $r = 0,26$ ;  $p = 0,001$ ). God sosial støtte på arbeidsplassen har altså sammenheng med både høy grad av opplevd spesifikk mestringsforventning og høy grad av opplevd generell mestringsforventning. Både egenkontroll og sosial støtte har en noe sterkere effekt på spesifikk mestringsforventning enn på generell mestringsforventning.

### **4.2.3 Generell mestringsforventning versus; spesifikk mestringsforventning**

De to mestrings dimensjonene; generell- og spesifikk mestringsforventning har en sterk signifikant positiv sammenheng med hverandre ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,001$ ). I følge Johannessen et al regnes Pearsons r korrelasjon med verdier over 0,50 som uttrykk for en meget sterk samvariasjon (2004:257). Korrelasjonen er samtidig godt i underkant av en Pearsons r på 0,70 som regnes for en grenseverdi i forhold til at det ville være problem med multikollinearitet; d.v.s. at variablene i realiteten målte det samme (Johannessen, 2004:143).

**Tabell 4.3** Bivariat korrelasjon mellom sosiodemografiske faktorer, psykososialt arbeidsmiljø, spesifikk mestringsforventning og generell mestringsforventning. (N=170-196)

Pearson korrelasjon (r)	Kjønn 1	Aldersgr. 2	Still.% 3	År psyk. 4	Spes.utd. 5	Krav 6	Kontroll 7	Sos.støtte 8	Spes.mestr. 9
<b>Sosiodemografiske faktorer</b>									
1 Kjønn (1=m, 2=kv)									
2 Aldersgruppe	0,24***								
3 Stillingsprosent	-0,05	-0,04							
4 Antall år som spl. i psyk.	-0,00	0,49***	0,17*						
5 Spesialutd. i psyk. (1=nei, 2=ja)	0,14	0,23**	0,21**	0,36***					
<b>Psykososialt arbeidsmiljø</b>									
6 Krav	0,07	-0,02	0,19**	0,07	0,13				
7 Kontroll	0,04	0,04	0,16*	0,08	0,16*	0,04			
8 Sos.støtte	0,01	0,10	0,04	-0,04	-0,12	-0,00	0,25***		
<b>Mestringsforventning</b>									
9 Spesifikk	0,05	0,10	0,19*	0,13	0,03	0,09	0,26***	0,32***	
10 Generell	-0,14	0,05	0,06	0,23**	-0,05	-0,06	0,20**	0,26***	0,60***

\* $p \leq 0,05$ , \*\* $p \leq 0,01$ , \*\*\* $p \leq 0,001$

## **4.3 Samvariasjon mellom avhengige- og uavhengige variabler**

For å se på samvariasjonen mellom de uavhengige variablene, og de avhengige variablene spesifikk- og generell mestringsforventning, ble det gjort multippel regresjonsanalyse (Tabell 4.4 og 4.5). I tillegg til krav, kontroll og sosial støtte ble det tatt med og kontrollert for følgende variabler; kjønn, aldersgruppe, stillingsprosent, antall år som sykepleier i psykiatrien og spesialutdanning i psykiatri. Analysene i tabellene 4.4 og 4.5 er satt opp i 3 modeller, som hver inkluderer ulikt antall uavhengige variabler ("predictor variables") det er kontrollert for. I modell 1 og 2 er det kontrollert for henholdsvis sosiodemografiske faktorer og psykososiale arbeidsmiljø faktorer hver for seg, og i modell 3 samlet.

### **4.3.1 Regresjonsanalyse med spesifikk mestringsforventning som utfallsvariabel**

Resultatene fra de multiple regresjonsanalysene der spesifikk mestringsforventning var utfallsvariabel (Tabell 4.4): Modell 1 hvor de sosiodemografiske variablene er inkludert, viser at det i forhold til den bivariante analysen (Tabell 4.3), fremdeles er positiv sammenheng mellom høy stillingsprosent og spesifikk mestringsforventning ( $\beta = 0,16$ ;  $p = 0,036$ ). Når det i modell 2 kontrolleres for de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene; arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte, har arbeidskrav fremdeles ingen betydning, mens egenkontroll og sosial støtte fortsatt har en signifikant positiv korrelasjon, men noe redusert i forhold til den bivariante korrelasjonsanalysen i Tabell 4.3 (- nå henholdsvis  $\beta = 0,20$ ;  $p = 0,007$  og  $\beta = 0,26$ ;  $p = 0,001$ ). I modell 3 der det kontrolleres for de uavhengige variablene samlet ser en at samvariasjonen mellom spesifikk mestringsforventning og stillingsprosent ikke lenger er på et signifikant nivå og sammenhengen med kontroll er nå redusert til et grensesignifikant nivå (-

nå  $\beta = 0,14$ ;  $p = 0,069$ ). Imidlertid er sammenhengen med sosial støtte omtrent uendret ( $\beta = 0,24$ ;  $p = 0,002$ ).

Forklart varians i forhold til den avhengige variabelen spesifikk mestringsforventning, viser her at de sosiodemografiske faktorene alene (modell 1) forklarer 2% av variasjonene i forhold til opplevelsen av spesifikk mestringsforventning. De psykososiale arbeidsmiljøfaktorene for seg (modell 2) forklarer 12% og inkluderes alle de uavhengige variablene samtidig (modell 3) er det fremdeles 12%.

**Tabell 4,4** Multipl regressjonsanalyse med spesifikk mestringsforventning som avhengig variabel og sosiodemografiske faktorer, krav, kontroll og sosial støtte som uavhengige variabler (a).

Modell	1	2	3
Kjønn (1=m, 2=kv)	0,06		0,05
Aldersgruppe	0,03		0,04
Stillingsprosent	0,16*		0,13
Antall år som spl. i psyk.	0,12		0,12
Spesialutd. i psyk. (1=nei, 2=ja)	-0,06		-0,09
Krav		0,09	0,10
Kontroll		0,20**	0,14
Sosial støtte		0,26***	0,24**
Justert R <sup>2</sup>	0,02	0,12	0,12

\* $p \leq 0,05$ , \*\* $p \leq 0,01$ , \*\*\* $p \leq 0,001$

a) Det er 3 regressjonsanalyser som impliserer ulikt antall uavhengige variabler. Alle poster er standardisert koeffisient beta ( $\beta$ ), bortsett fra verdien R<sup>2</sup>.



### 4.3.2 Regresjonsanalyse med generell mestringsforventning som utfallsvariabel

Sammenhengen mellom generell mestringsforventning og antall år som sykepleier i psykiatrien som vist i den bivarierte korrelasjonen (Tabell 4.3), styrkes når det i regresjonsanalysens modell 1 (Tabell 4.5) kontrolleres for samtlige fem sosiodemografiske variabler. Den positive samvariasjonen har her en standardisert koeffisient beta verdi på 0,32 ( $p = 0,001$ ). En ser også en nå grensesignifikant negativ sammenheng mellom generell mestringsforventning og det å ha spesialutdanning i psykiatri ( $\beta = -0,16$ ;  $p = 0,056$ ). Når det i modell 2 kontrolleres for krav, kontroll og sosial støtte, ser en her at krav fortsatt ikke har noen betydning. Sammenhengen med kontroll og sosial støtte er der fremdeles, men er også her redusert i forhold til den bivarierte korrelasjonsanalysen i Tabell 4.3. Kontroll er nå på et grensesignifikant nivå ( $p = 0,055$ ), med en standardisert koeffisient beta verdi på 0,15, og sammenhengen med sosial støtte har en standardisert koeffisient beta verdi på 0,21, med signifikans  $p = 0,008$ . Når det i modell 3 kontrolleres for de uavhengige variablene samlet, ser en at den positive sammenhengen mellom generell mestringsforventning og antall år som sykepleier i psykiatrien styrkes ytterligere (nå  $\beta = 0,38$ ;  $p < 0,001$ ). Dette gjelder også den negative samvariasjonen med spesialutdanning i psykiatri, som med en standardisert koeffisient beta verdi på -0,19, nå er på signifikant nivå ( $p = 0,032$ ). Samvariasjonen med kontroll er imidlertid nå redusert til godt utenfor signifikant nivå ( $\beta = 0,10$ ;  $p = 0,190$ ). Når det gjelder samvariasjonen mellom generell mestringsforventning og sosial støtte er også den noe redusert ( $\beta = 0,19$ ;  $p = 0,016$ ), men kan fremdeles sies å ha en signifikant ”moderat samvariasjon” (jmf. Johannessen et al, 2004).

Forklart varians i forhold til den avhengige variabelen generell mestringsforventning, viser her at de sosiodemografiske faktorene alene (modell 1) forklarer 6% av variasjonene i forhold til

opplevelsen av generell mestringsforventning. De psykososiale arbeidsmiljøfaktorene for seg (modell 2) forklarer 7% og inkluderes alle de uavhengige variablene samtidig (modell 3) øker den til 14%.

**Tabell 4.5** Multippel regresjonsanalyse med generell mestringsforventning som avhengig variabel og sosiodemografiske faktorer, krav, kontroll og sosial støtte som uavhengige variabler (a).

Modell	1	2	3
Kjønn (1=m, 2=kv)	-0,08		-0,05
Aldersgruppe	-0,05		-0,09
Stillingsprosent	0,00		-0,00
Antall år som spl. i psyk.	0,32***		0,38***
Spesialutd. i psyk. (1=nei, 2=ja)	-0,16		-0,19*
Krav		-0,08	-0,10
Kontroll		0,15	0,10
Sosial støtte		0,21**	0,19*
Justert R <sup>2</sup>	0,06	0,07	0,14

\*p≤0,05, \*\*p≤0,01, \*\*\*p≤0,001

a) Det er 3 regresjonsanalyser som impliserer ulikt antall uavhengige variabler. Alle poster er standardisert koeffisient beta ( $\beta$ ), bortsett fra verdien R<sup>2</sup>.

## **5.0 DISKUSJON**

Denne studien viser at sykepleierne i psykiatrien opplever å ha en arbeidssituasjon med moderate arbeidskrav, og høy grad av egenkontroll og sosial støtte. Deres mestringsforventning er på det generelle planet moderat, men i forhold til det spesifikke/profesjonelle aspektet skårer de høyt. De faktorene som i denne studien viser sterkest sammenheng med sykepleiernes mestringsforventning; er når det gjelder spesifikk mestringsforventning, hovedsakelig den sosiale støtten på arbeidsplassen. Sosial støtte har også sammenheng når det gjelder det generelle aspektet av deres mestringsforventning, men i noe lavere grad. Lang arbeidserfaring som sykepleier innen psykiatrien viste her den klart sterkeste sammenheng.

### **5.1 Begrensinger ved utvalg og metode**

258 spørreskjemaer ble sendt ut og av disse ble 196 besvart, hvilket er denne studiens nettoutvalg. Dette gir en svarprosent på 76, noe som i denne type undersøkelser er å betrakte som relativt høyt. Det tilfeldige utvalget i studien er imidlertid å betrakte som relativt lite og materialet derved også begrenset. Dette må det tas hensyn til når en vurderer resultatenes generaliserbarhet utover akkurat denne studiens utvalg (Johannessen et al, 2004; Ringdal, 2001). Spørsmålsskalaene som er brukt er hentet fra tidligere validerte skjemaer, med unntak av skalaen for spesifikk mestringsforventning, som besto av et utvalg fra et tidligere validert skjema. Det blir i studien funnet fornuftige funn, som ligner på andres funn i lignende undersøkelser, noe som kan tas til inntekt for at det er en viss grad av prediktiv validitet (Ringdal, 2001).

Årsaken til at svarprosenten ikke ble enda høyere, kan ligge på flere plan. Deriblant det informasjonsmessige. Eksempelvis ble den avdelingsvise forhåndsinformasjonen enkelte

steder ikke hengt opp eller nevnt i avdelingenes faste informasjonsmøter. Når det gjaldt e-post informasjonen til den enkelte sykepleier, så er det på flere avdelinger en begrenset tilgang på PC'er. Dette kombinert med en travel arbeidsdag gjør at det er mange som ikke leser e-posten sin så ofte, og når det først gjøres så er informasjonsmengden så stor at det blir til at en kun forholder seg til det mest essensielle i forhold til jobben. På all informasjon som gikk ut om prosjektet ble det også opplyst om telefonnummer og e-post til prosjektansvarlig, uten at det derved ble gjort noen henvendelser, noe som kan tas til uttrykk for at terskelen for den type kontakt nok er ganske høy til sammenligning med eksempelvis personlig kontakt (Johannessen et al, 2004; Ringdal, 2001). I forbindelse med innsamlingen av de avdelingsvise besvarelsene ble det gitt anledning for prosjektleder til å komme med supplerende informasjon og ytterligere oppfordringer til deltakelse, samt være tilgjengelig for spørsmål fra de sykepleierne som da var på jobb. Dette medførte en økning av svarprosenten. Et annet moment som må tas med når en skal vurdere svarprosenten er av individuell karakter og handler om den enkelte potensielle respondents individuelle preferanser. Innstilling og motivasjon for deltakelse påvirkes blant annet av i hvilken grad en opplever at tematikken angår en selv og ikke minst måten undersøkelsen gjennomføres på (Ringdal, 2001). Tilbakemeldingene fra spesielt helseforetakets akuttavdelinger var at de opplevde stadige spørreundersøkelser og enkelte var negativt innstilt, da de mente at deltakelse uansett ikke ville ha noen innvirkning på deres arbeidssituasjon, samt at å bruke av sin tid til besvarelse ble nedprioritert på grunn av arbeidspresset. Det var da også akuttavdelingene som lå lavest når det gjaldt undersøkelsens svarprosent med fra 52 til 66%. Det kan derfor i denne forbindelse reises spørsmål hvorvidt undersøkelsen her har mistet verdifulle data, da det kan være en mulighet for at dette respondentbortfallet ville vært forskjellig fra de som deltok (Hellevik, 2002). Det at datamaterialet i analysen ikke er differensiert i forhold til

avdelingstype, men uttrykt ved et gjennomsnitt, gjør at mulige avdelingsspesifikke forskjeller i denne studien heller ikke fanges opp.

Spørreskjemaets utforming og ikke minst at det er så vidt omfattende er også faktorer som kan ha påvirket svarprosenten. Tilbakemeldingene her fra både pilotundersøkelsen og under selve spørreskjemaundersøkelsen, var imidlertid at spørreskjemaet på tross av at det var omfattende ble opplevd som ryddig, informativt og greit å svare på. Det ble imidlertid påpekt fra enkelte at en ved noen av spørsmålsskalaene følte seg "tvunget" inn i en bestemt svarkategori, da en nøytral midtverdi der man verken var enig eller uenig var utelatt.

Undersøkelsens utvalg har en skjevhet i forhold til kjønn med en kvinneandel på 77,6 %. Dette er ingen atypisk kjønnsfordeling når det gjelder sykepleieryrket, som på landsbasis har en kvinneandel på over 90 % (Norge - samfunn og politikk, 2004). Menn har imidlertid en noe sterkere representasjon innen psykiatrien, så undersøkelsens kjønnsmessige fordeling synes derved å være rimelig representativ for målgruppen. Utvalget var for øvrig relativt ensartet i forhold til alder, stillingsprosent, erfaring og utdanning (Tabell 4.1). Når det gjaldt arbeidsoppgaver representerer utvalget til sammen 32 avdelingsposter med et oppgavemessig spenn som dekker de fleste aspektene ved psykiatrisk sykepleie. Rent bortsett fra at Psykiatrien i Vestfold er organisert som et eget helseforetak innen Helse Sør-Øst, så avviker ikke virksomheten nevneverdig med tanke på oppgaver og administrative-, organisatoriske- og behandlingsmessige strukturer, sammenlignet med den øvrige psykiatritjenesten på dette nivået her i landet. Dette taler for at resultatene fra undersøkelsen også kan generaliseres til å gjelde andre sykepleiere innen samme målgruppe. Da dette er en tverrsnittstudie av kun en av de fylkesdekkende psykiatritjenestene, må det tas høyde for at en ikke kan si noe om eventuelle "klyngeeffekter". Hvilket her vil si at det kan være individuelle variasjoner i

gruppegjennomsnitt mellom de enkelte psykiatritjenestene (Johannessen et al, 2004; Ringdal, 2001).

En av svakhetene ved en tverrsnittstudie som dette er at den ikke gir noen kausale forklaringer på sammenhengen mellom psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning. Dette betyr at det kun kan gjøres antagelser om forholdet mellom variablene, og om hva som er årsak og virkning her. Teorien (Karasek & Theorell, 1990), og funnene i denne og andre studie som omhandler samme tema, tilsier imidlertid at det er en rimelig høy sannsynlighet for at sosial støtte virker positivt inn i forhold til opplevelsen av mestringsforventning og ikke omvendt (Salmond, 2006; Breouwers et al, 2006).

Når det gjelder undersøkelsens reliabilitet ble opplevelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet målt ved de tre indeksene; krav, kontroll og sosial støtte. Reliabilitet for de enkelte av disse indeksene ble målt ved reliabilitetskoeffisienten Chronbachs alpha og lå her på henholdsvis 0,72, 0,65 og 0,82. Dette må betegnes som tilfredsstillende, da alphaverdien er foreslått å skulle ligge innen 0,65 - 0,90 for å kunne hevde at en skala er rimelig konsistent (Ringdal, 2001; Pelfrene et al, 2001, i Sanne et al, 2005). Reliabilitetskoeffisienten Chronbachs alpha var for indeksen generell mestringsforventning 0,86, hvilket også er meget bra og helt i tråd med nivået fra andre studier (Schwarzer & Scholz, 2000). Indeksen spesifikk mestringsforventning var basert på et utvalg av 10 spørsmål fra Coates (1997) sin 30-spørsmålsskala "The Caring Efficacy Scale" og det må her tas høyde for at utvalget som er gjort kan ha gitt en skjevhet og heller ikke favner alle nyanser godt nok i forhold til fullversjonen. Det må imidlertid antas at indeksen i hvertfall gir en indikasjon på spesifikk mestringsforventning. Chronbachs alpha var her 0,87. Til sammenligning har andre undersøkelser med fullversjonen variert mellom 0,84 – 0,90 (Sadler, 2003; Coates, 1997).

Den følgende diskusjonen tar utgangspunkt i resultatene fra denne undersøkelsen som er basert på et tilfeldig utvalg av sykepleiere. Selv om antall respondenter i studien kan regnes som relativt stort, vil det imidlertid være et spørsmål om det er stort nok, i forhold til å kunne trekke noen gyldige slutninger utover denne studiens utvalg (Hellevik, 2002; Ringdal, 2001). Imidlertid er ikke det til noe hinder i forhold til å sannsynliggjøre at resultatene kan gjelde også utover psykiatrien i Vestfold.

## **5.2 Opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning**

Studiens første problemstilling var å belyse opplevelsen av henholdsvis det psykososiale arbeidsmiljøet og egen mestringsforventning blant sykepleiere tilsatt i psykiatrien.

### **5.2.1 Opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø**

Når det gjelder opplevelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet ble det målt ved indekser for de tre arbeidsmiljøfaktorene; psykologiske arbeidskrav, egenkontroll og sosialstøtte. Det er her aktuelt å sammenligne med ”Hordalandsundersøkelsen”, som har brukt de samme spørsmålsstillingene i forhold til indeksene for psykososiale arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte. ”Hordalandsundersøkelsen” regnes også som rimelig representativ i forhold til Norges befolkning, da fylket har et bredt utvalg av arbeidsplasser og representerer vel 10% av landets yrkesaktive (Moen et al, 2002).

## Arbeidskrav

Gjennomsnittsskåren for opplevelsen psykologiske arbeidskrav i denne studien ligger på et moderat nivå og til sammenligning skårer sykepleierne her også klart lavere på opplevde krav enn gruppen sykepleiere i ”Hordalandsundersøkelsen”. En forklaring her kan eksempelvis være om respondentene i denne studien i stor grad jobber deltid og i mindre stillingsbrøker. Dette er imidlertid ikke tilfelle, da majoriteten jobber 75% stilling eller mer. Deres opplevelse av krav følger også som forventet stillingsstørrelsen. D.v.s. at de med høyere stillingsprosent tenderer til opplevelse av høyere krav. I ”Hordalandsundersøkelsen” var sykepleiere blant dem som opplevde å ha høyere arbeidskrav enn gjennomsnittet for de ulike yrkesgruppene (Moen et al, 2002). STAMI (2008) sin rapport som omhandler det psykososiale arbeidsmiljøet blant yrkesaktive i Norge, slik de yrkesaktive selv opplever det, plasserer sykepleierne på topp blant de mest belastede yrkesgruppene når det gjelder samlet psykososial belastning. I disse undersøkelsene er ikke sykepleiere tilsatt i psykiatrien sett på eksplisitt og mulige forskjeller kommer derfor ikke fram. Da prosentandelen sykepleiere som jobber i psykiatrien er betydelig lavere enn i somatikken<sup>1</sup> vil en mulig forskjell i opplevelsen av krav også ha relativt liten betydning for det totale bildet av yrkesgruppen.

Det vil også være et spørsmål hvorvidt de definerte kravfaktorene her godt nok dekker de reelle yrkesspesifikke belastningene knyttet til psykiatrien, da kravene kan være noe annerledes i psykiatrien kontra somatikken (Narten, 1997). Det kan i denne forbindelse nevnes at Van Yperen & Hagedoorn (2003) som benyttet en lignende skala for å måle opplevde jobbkrav i sin undersøkelse blant sykepleiere innen ”mental care”, også fant en relativt moderat kravskår.

---

<sup>1</sup> Ved kontakt med Norsk Sykepleierforbund opplyses det om at andelen sykepleiere som jobber i psykiatrien ligger på mellom 5 og 10%.



I likhet med denne studien måler Van Yperen & Hagedoorn (2003) både krav, kontroll og sosial støtte, når det gjelder psykososialt arbeidsmiljø. De bruker ikke DCSQ som måleinstrument, men en 26 spørsmåls skala utviklet og validert av Van Veldhoven (1996). Likheten med DCSQ er imidlertid så stor og undersøkelsen så vidt relevant at den vises til også senere i denne studien.

Et annet forhold knyttet til spørsmålsstillingene for opplevd psykososialt arbeidsmiljø er av kjønnsespesifikk karakter. Spørsmålene definert i spørreskjemaet har sitt opphav i Karasek & Theorell sin krav-kontroll-støtte-modell og deres "Job Content Questionnaire". Dette har med sitt forskningsmessige utspring i industrien, vært kritisert for å ha en for "maskulin" tilnærming (Johnson & Hall, 1988). I følge Mannheim (1993) har menn og kvinner ulike verdier knyttet til arbeid sett i relasjon til andre aspekter i livet, og kvinner synes også å takle arbeidsbelastninger på en bedre måte enn menn. Nettopp det at kvinner synes mindre sårbare for arbeidsbelastninger enn menn har vært et av hovedargumentene i denne kritikken (Johnson & Hall, 1988). Det vil i denne sammenheng derfor kunne antas at kvinnene også opplevde krav i lavere grad enn menn, men det ble det ikke funnet noen dekning for i denne studien. En skal imidlertid ikke se helt bort fra at undersøkelsens store kvinneandel (77,6%) her kan ha hatt noe betydning for resultatet knyttet til opplevelse av arbeidskrav.

### **Egenkontroll**

Sykepleierne i denne studien skårer relativt høyt på opplevelsen av egenkontroll og til sammenligning klart høyere enn i Van Yperen & Hagedoorn (2003) og i "Hordalandsundersøkelsen" (Moen et al, 2002). Kontroll forstås etter Karasek & Theorell

(1990) og i denne studien som en kombinasjon av autonomi og muligheter for utvikling. Noe som blant annet gir seg uttrykk ved mulighetene en har for å benytte seg av egne ferdigheter, samt innflytelsen en har på beslutninger. Dette samsvarer med Narten (1997) sin karakteristikk av psykiatriske sykepleiere, som en yrkesgruppe med høy grad av autonomi over utøvelsen av egen profesjon.

### **Sosial støtte**

Når det gjelder opplevelsen av sosial støtte på arbeidsplassen skåret sykepleierne i denne studien høyt og ligger også her noe høyere enn sykepleierne i "Hordalandsundersøkelsen" (Moen et al, 2002) og Van Yperen & Hagedoorn (2003). At sosial støtte er en faktor av stor betydningen understrekes av blant annet av følgende: Sosial støtte rommer et tilhørighetsaspekt, som i følge Maslow (1987) er et av de mest grunnleggende menneskelige behov. Antonovsky (1987) mener at opplevelsen av tilgjengelighet på sosial støtte kan virke som en generell motstandsressurs i forhold til å takle stress på en god måte, noe som på sikt kan ha en positiv innvirkning på vår helse.

Med unntak av at sykepleierne i denne studien synes å oppleve relativt moderate psykologiske arbeidskrav, så er yrkesgruppens opplevelse av kontroll og sosial støtte forøvrig kongruent med funn fra flere store spørreundersøkelser gjennomført av Karasek i USA på -70 tallet (Karasek & Theorell, 1990:73).

## 5.2.2 Opplevelse av mestringsforventning

### Generell mestringsforventning

Indeksen for generell mestringsforventning er ment å gi et uttrykk for en generell utoende tillit til egen mestringsevne stilt overfor ulike krevende eller nye situasjoner. ”*General self-efficacy aims at a broad and stable sense of personal competence to deal effectively with a variety of stressful situations*”. (Schwarzer & Scholz, 2000:1).

Schwarzer & Scholz (2000) sin tverrkulturelle studie med over 17000 respondenter fra 22 land ga i forhold til minimumsverdien 1 og maksimumsverdien 4, et gjennomsnitt for opplevelse av generell mestringsforventning på 2,95. Til sammenligning skårer sykepleierne i denne studien 2,86 og altså nokså tett opp til en slik internasjonal og tverrkulturell gjennomsnittsskår. Imidlertid var det her forventet at sykepleierne som en så vidt homogen gruppe med relativt høy samfunnsmessige status og høyt utdanningsnivå hadde skåret noe høyere på denne indeksen.

I den tverrkulturelle studien til Schwarzer & Scholz (2000) skåret mennene gjennomgående høyere enn kvinnene, noe de også gjør i denne studien. Denne kjønnsesifikke forskjellen er imidlertid ikke overraskende, da også andre undersøkelser bekrefter at menn jevnt over synes å ha en generelt større tro på egen mestring enn kvinner (Schunk & Lilly, 1984; Cao & Li, 2007). Det at sykepleier er et typisk kvinneyrke noe denne studien gjenspeiler med en kvinneandel på 77,6%, kan derfor ha hatt en innvirkning på at det ikke ble en høyere gjennomsnittsskår for generell mestringsforventning. Til sammenligning var det ingen kjønnsforskjeller når det gjaldt opplevelsen av spesifikk mestringsforventning, noe som kan ha sin årsak i at den indeksen direkte knytter seg til arbeidssituasjonen og de rent yrkessesifikke ferdigheter, noe som i stor grad utvikles gjennom arbeidserfaring og

skolering, og der var det i denne studien få forskjeller mellom kjønnene. De som hadde jobbet lenge i psykiatrien opplevde høyere grad av generell mestringsforventning enn de med kortere ansiennitet. Dette forholdet hadde en sterk sammenheng. En nærliggende slutning kan være at lang erfaring her medvirker til at en blir generelt tryggere på seg selv. Imidlertid kan dette også være et utslag av at de som har lang ansiennitet, har holdt ut i jobben lenge nettopp fordi de har en slik høy iboende indre trygghet på at de mestrer/takler ulike situasjoner.

Noe som i denne undersøkelsen er ganske interessant er at de som ikke hadde spesialutdanning innen psykiatri tenderer til høyere skår på opplevelsen av generell mestringsforventning, enn de som hadde spesialutdanning. Dette forholdet ble tydeliggjort i regresjonsanalysen (Tabell 4.5). Imidlertid utgjør ikke gruppen uten spesialutdanning mer enn vel 22% av undersøkelsens utvalg.

### **Spesifikk mestringsforventning**

Når det gjelder spesifikk mestringsforventning, som her måler det profesjonelle aspektet ved mestringsforventning, tas det her utgangspunkt i opplevelsen av egen evne til å etablere gode omsorgsrelasjoner, da dette best uttrykker det profesjonelle kjerneaspektet ved yrkesutøvelsen som sykepleier i psykiatrien (Hummelvoll, 2004; Sadler, 2003; Coates, 1997).

Sykepleierne i denne studien hadde en høy gjennomsnittsskår på spesifikk mestringsforventning, noe som samsvarer godt med resultater fra andre undersøkelser med den originale 30-spørsmåls versjonen (Sadler, 2003; Coates, 1997). Skåren for spesifikk mestringsforventning er her til sammenligning betydelig høyere enn for generell mestringsforventning. At det skåres høyere på det som knytter seg til det profesjonelle

aspektet ved yrkesutøvelsen er kanskje ikke så rart jamført med Narten (1997); som fant at psykiatriske sykepleiere kunne karakteriseres som spesialister innen holistisk/helhetlig omsorg med høy grad av autonomi over utøvelsen av egen profesjon. I denne studien skåret sykepleierne med høy stillingsprosent høyere på spesifikk mestringsforventning enn de med lav stillingsprosent. Årsaken til dette kan være at spørsmålsskalaen bak denne indeksen knytter seg direkte til yrkesutøvelsen, og er en mere på jobb så vil en jo nødvendigvis få mer øvelse og gjennom det utvikle en større tillit til egne profesjonelle ferdigheter. Men det er kanskje også her slik at det er de som i utgangspunktet har en høy tillit til egne ferdigheter, som nettopp av den grunn tenderer til å jobbe mer. Her hadde det vært å forvente at det å ha spesialutdanning i psykiatri skulle spille inn på en positiv måte i forhold til opplevelsen av spesifikk mestringsforventning, men denne studien gir ingen indikasjoner på dette. Imidlertid hadde spesialutdanning en signifikant positiv betydning i forhold til opplevelsen av egenkontroll i arbeidssituasjonen.

### **5.3 Sammenhengen mellom psykososialt arbeidsmiljø og mestringsforventning**

Den andre problemstillingen i denne studien var å avklare mulige sammenhenger mellom faktorer i det psykososiale arbeidsmiljøet og de to aspektene av mestringsforventning.

Regresjonsanalysen viste at de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene har noe større betydning i forhold til spesifikk mestringsforventning, enn i forhold til generell mestringsforventning.

Det ble i denne studien ikke funnet noen signifikante sammenhenger mellom opplevelsen av psykologiske arbeidskrav og de to aspektene av mestringsforventning. Korrelasjonsanalysen gir imidlertid en svak positiv indikasjon på en sammenheng mellom økt spesifikk

mestringsforventning og økte krav. Når det gjelder generell mestringsforventning og krav var denne sammenhengen tilnærmet like svak, men her negativ. Hvilket indikerer at høy generell mestringsforventning er sammenfallende med lav kravsopplevelse. Denne tendensen ble noe forsterket i regresjonsanalysen, men fremdeles uten å være på noe signifikant nivå. Til sammenligning fant heller ikke Holmann & Wall (2002), noen sammenhenger mellom krav og mestringsforventning, og Parker & Sprigg (1999) fant kun en svak grensesignifikant sammenheng. Taris et al (2003) derimot fant en sterk signifikant sammenheng mellom høy mestringsforventning og lave krav.

Denne studien fokuserer på de psyksosiale arbeidsmiljø faktorenes sammenheng med- og betydning for mestringsforventning, der mestringsforventning er utfallsvariabell. Andre har fokusert på hvordan mestringsforventning på sin side, påvirker faktorer i arbeidsmiljøet, som eksempelvis opplevelsen av krav. Grau et al (2001) fant at mestringsforventning i alminnelighet reduserer opplevelsen av arbeidskrav og at de to aspektene; generell- og spesifikk/profesjonell mestringsforventning var å betrakte som komplementære moderatorer, men at spesifikk (profesjonell) mestringsforventning når det gjaldt arbeidsspesifikke forhold, hadde en noe større påvirkningseffekt. I følge Holman & Wall (2002) hevdes det at høy mestringsforventning setter individet bedre i stand til å håndtere arbeidskrav mer effektivt og derved reduseres arbeidsbelastningen og opplevelsen av denne. Det er derved nærliggende å anta at siden sykepleierne i denne studien skårer så vidt høyt både på generell mestringsforventning og spesielt på spesifikk mestringsforventning, så kan det være medvirkende til at de ikke opplever så altfor høye jobbkrav. Videre fant Salanova et al (2006) at folk med høy spesifikk eller profesjonell mestringsforventning utviste større grad av ”problem-centred coping” når jobbkravene ble høye og derved håndterte kravene på en bedre måte, enn de med lav mestringsforventning. Som en parallell til dette fant Lee & Akhtar

(2007) at mestringsforventning var den mest effektive mestringsressursen, men da sett i relasjon til symptomer på utbrenthet, noe som i denne sammenheng også kan sees på som en indikasjon på at kravene i arbeidssituasjonen takles/håndteres på en god måte.

Både egenkontroll og sosial støtte har i denne studien en noe sterkere effekt på spesifikk mestringsforventning enn på generell mestringsforventning. Dette er kanskje ikke er så rart siden spørsmålsstillingene knyttet til indeksen spesifikk mestringsforventning jo er direkte relatert til selve yrkesutøvelsen, og kontroll og sosial støtte knytter seg også her til jobbspesifikke forhold. Denne tendensen samsvarer med forholdet Grau et al (2001) også fant for generell- og spesifikk mestringsforventning. Når det gjelder sammenhengen mellom egenkontroll og mestringsforventning, så bekreftes den av en rekke studier på området (Parker & Sprigg, 1999; Taris et al, 2003; Axtell et al, 2000 i Holman & Wall, 2002). Til sammenligning fant Parker & Sprigg (1999) og Taris et al (2003) i likhet med denne studien relativt sterk sammenheng mellom høy kontroll og høy mestringsforventning. Holman & Wall (2002), fant som i forhold til krav, heller ingen sammenheng mellom kontroll og mestringsforventning. I denne studien svekkes imidlertid sammenhengen mellom egenkontroll og mestringsforventning i regresjonsanalysen. Når regresjonsanalysen inkluderer de sosiodemografiske variablene i tillegg, er verken generell- eller spesifikk mestringsforventning lenger på noe signifikant nivå.

Sosial støtte er i denne studien den av arbeidsmiljøfaktorene som har den klart sterkeste sammenhengen med- og største effekten på spesifikk mestringsforventning. Også når det gjelder generell mestringsforventning er sosial støtte den arbeidsmiljøfaktoren som har den sterkeste sammenhengen, men som tidligere nevnt med noe lavere styrke og effekt. Det er lite tilgjengelig forskning som er direkte sammenlignbar med denne studiens fokus, men andre

undersøkelser har her funnet at høy mestringsforventning er sammenfallende med høy sosial støtte, og at det er sammenhenger som tilsier direkte og indirekte effekter mellom disse (Breouwers et al, 2006; Stetz et al, 2006; Salmond, 2006; Shen, 2008).

Van Yperen & Hagedoorn (2003) har gjort en studie blant over 500 sykepleiere innen "mental care", der det i likhet med denne studien blant annet måles i forhold til både krav, kontroll og sosial støtte. Utfallsvariabelen var ikke her mestringsforventning, men "intrinsic motivation" og selv om disse ikke på noen måte er direkte sammenlignbare størrelser, har de likevel visse fellestrekk og regnes begge som gode prediktorer i forhold til "aktiv læring" (Taris et al, 2003). Siden det her er snakk om store likheter i målgruppe med tanke på yrke og arbeidsplass er det for sammenligningens skyld interessant å se at korrelasjonsanalysene her så og si er identiske, når det gjelder signifikans nivå, styrke på sammenhenger og effekt på den aktuelle utfallsvariabelen.

### **5.3.1 Innbyrdes sammenheng av mestringsforventning**

Innen forskning der mestringsforventning eller "self-efficacy" er en dimensjon det måles på, så er dette med grad av "generality", noe som diskuteres (Holman & Wall, 2002; Grau et al, 2001; Jex & Bliese, 1999; Maibach & Murphy, 1995; Bandura, 1997). Ofte benyttes det bare en måleskala. Denne kan være relativt generell, men i ulik grad knyttet opp mot settingen det måles i forhold til, som eksempelvis arbeidsplassen. De to indeksene for mestringsforventning brukt i denne studien representerer på mange måter to ytterpunkter her; fra det helt generelle til det detaljert spesifikke relatert til ett sentralt aspekt ved yrkesutøvelsen. Holman & Wall (2002) fant overraskende nok ingen effekt av krav og kontroll på mestringsforventning i sin undersøkelse, noe de mente kunne ha sin årsak i at spørsmålsskalaen de hadde brukt for å



måle mestringsforventning hadde vært for lite spesifikk. Forøvrig ble det heller ikke i denne studien funnet noen signifikante sammenhenger mellom jobbkrav og mestringsforventning, hverken når det gjaldt det spesifikke - eller generelle aspektet, men det ble funnet klare sammenhenger til dimensjonene egenkontroll og sosial støtte på arbeidsplassen. Det var videre en meget sterk korrelasjon mellom de to aspektene; generell- og spesifikk mestringsforventning, noe som bekrefter at disse på mange måter utfyller hverandre, selv om det gir seg utslag i noe forskjellige effekter. Dette er kongruent med funn i andre undersøkelser som Jex & Bliese (1999), Watt & Martin (1995) og Grau et al (2001).

## **5.4 Krav-kontroll modellen og hypotesen om aktiv læring**

Karasek & Theorell (1990) viser i sin modell hvordan forholdet mellom arbeidsmiljø-faktorene krav, kontroll og sosial støtte, kan gi to forskjellige utfall. Det ene er en negativ helsekonsekvens og det andre er en positiv konsekvens; jamfør hypotesen om ”aktiv læring”. I følge Taris et al (2003) er det sentrale konseptet i aktiv læring hypotesen motivasjon for læring av nye atferdsmønstre, og den sterkeste støtten for denne hypotesen fant de for henholdsvis jobbutfordring/motivasjon og mestringsforventning/mestringsopplevelse. Taris et al (2003) hevder at mestringsforventning er blant de indikatorene som best reflekterer motivasjon for læring av nye atferdsmønstre. Karasek & Theorell (1990) mener her at; *“active learning results in feelings of self-efficacy and mastery”*.

I mange studier der krav-kontroll-støtte modellen er brukt, er det også vist buffereffekter av kontroll og sosial støtte på forholdet mellom krav og den aktuelle utfallsvariabel (Johnson & Hall, 1988; Karasek & Theorell, 1990). Slike analyser er imidlertid ikke gjort i denne studien.

Det er like fullt aktuelt å sammenligne denne studiens funn i forhold til krav-kontroll-støtte modellen og dens hypotese om aktiv læring

I henhold til denne studiens fokus forefinnes det lite direkte sammenlignbar forskning, da få har undersøkt betydningen av psykososiale arbeidsmiljøfaktorer i sammenheng med mestringsforventning blant sykepleiere. Det er i det hele tatt lite forskning som analyserer Karasek & Theorells hypotese om aktiv læring i en jobb kontekst (De Witte et al, 2007). Karasek & Theorell (1990) hevder at høye krav i jobben samtidig med høy grad av kontroll med oppgavene vil fremme såkalt aktiv læring. Det ble i denne studien overraskende nok, ikke funnet noen sammenhenger mellom krav og kontroll, og mellom krav og mestringsforventning, men sammenhengene mellom høy kontroll og høy mestringsforventning var som ventet til stede. Det målte kravnivået var lavere enn forventet og det rimer lite med hypotesen om aktiv læring, som jo forutsetter en sammenheng med høyt, (- men ikke for høyt), kravnivå (Karasek & Theorell, 1990). Dette er imidlertid noe av det samme som det Taris et al (2003) fant i en undersøkelse blant tyske lærere. De konkluderte med at høyeste nivå av læring og mestringsforventning noe overraskende ble funnet blant dem som hadde høy kontroll kombinert med lave krav i jobben. Også andre har her fått resultater som reiser spørsmål rundt kravdimensjonens betydning i forhold til hypotesen om aktiv læring (Van Yperen & Hagedoorn, 2003).

## **5.5 Konklusjon**

Denne studiens problemstilling var å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatrien opplever sitt psykososiale arbeidsmiljø og deres mestringsforventning, og om det er sammenhenger mellom disse. Psykiatriske sykepleiere er en yrkesgruppe som i likhet med

sykepleiere innen somatikken de senere årene har opplevd store krav forbundet med strukturelle og organisatoriske omstillinger, samtidig med et jevnt økende krav til produksjon. Den siste større undersøkelse som omhandler psykososialt arbeidsmiljø i Norge, plasserer sykepleiere på topp blant de mest belastede yrkesgruppene når det gjelder psykososial belastning (STAMI, 2008). I likhet med de aller fleste større undersøkelser differensierer heller ikke den yrkesgruppen sykepleiere i forhold til hvilken ”gren” av helsetjenesten de jobber innen, men ser de som en gruppe selv om det er store forskjeller i type oppgaver og jobbutfordringer de står overfor. Det har derfor vært et ønske å eksplisitt fokusere på ”grenen” sykepleiere i psykiatrien, som kanskje er mest homogene som gruppe og som med sine særegne jobbutfordringer har stor likheter rent oppgavemessig.

Denne studien viste at sykepleierne i psykiatrien opplevde å ha en arbeidssituasjon med moderate krav og høy grad av kontroll og sosial støtte. Deres mestringsforventning var på det generelle planet moderat, men i forhold til det spesifikke aspektet var den høy. Bortsett fra at det ikke ble funnet noen signifikante sammenhenger for faktoren jobbkrav, var det for øvrig klare sammenhenger mellom det psykososiale arbeidsmiljøet og mestringsforventning. Disse resultatene bekrefter viktigheten av arbeidsplassen som arena for å drive helsefremmende arbeid, ved at en gjennom å fremme et godt psykososialt arbeidsmiljø vil kunne bedre mestringsforventning. Denne studien har gitt kunnskap i forhold til hvor fokuset i det helsefremmende arbeidet bør ligge. Når det gjelder opplevde krav i arbeidssituasjonen, ble det i denne undersøkelsen imidlertid ikke funnet noen indikasjoner som tilsier at kravreducerende tiltak bør vies særlig oppmerksomhet. Det er i studien ikke eksplisitt fokusert på kjønnsdimensjonen, men det er enkelte indikasjoner her på at kjønn kan ha noe betydning. Imidlertid synes ikke dette å være av en slik karakter at tiltak rettet mot sykepleiernes arbeidsmiljø nødvendigvis trenger å være kjønnsspesifikt. Konklusjonen ut ifra denne studien

er at intervensjoner med den hensikt å bedre sykepleiernes mestringsforventning i all hovedsak bør rette sin oppmerksomhet mot å fremme økt kontroll og sosial støtte.

Selv om kontroll og sosial støtte her viser klare sammenhenger er imidlertid deres totale betydning for mestringsforventning av relativt beskjeden karakter. Veldig spesifikke tiltak her vil derfor gi relativt lite gevinster. Det bør derfor utvikles såkalte horisontale eller ”breie” tiltak, altså tiltak som i god helsefremmende tradisjon favner flere forhold og derved gir gevinster på flere områder (Tones & Tilford, 2001). I henhold til Tones & Tilford (2001) kan en ikke forvente sterke effekter på spesifikke forhold, når en utvikler horisontale helsefremmende programmer, og ikke vertikale (spesifikt rettede) sykdomssentrerte intervensjoner. Horisontale helsefremmende programmer vil i følge Tones & Tilford (2001) likevel ha en viktig effekt over tid, siden de ofte vil ha positiv innvirkning på hele organisasjonskulturen og derved gi flere forskjellige sideeffekter.

Denne studien ikke finner ingen støtte for Karasek & Theorells krav-kontroll-støtte modell. Dette kan imidlertid indikere at bruken av denne og spørreskjemaet utviklet med bakgrunn i modellen, ikke godt nok avdekker forhold rundt sykepleiere i psykiatriens arbeidsmiljø. I videre forskning bør det derfor utvikles spørsmålsstillinger som uttrykker en mer yrkesspesifikk tilnærming og da spesielt i forhold til kravdimensjonen. Dette vil kunne gi et mer nyansert og riktigere bilde av sykepleiere i psykiatriens opplevelse av sitt arbeidsmiljø.

## **5.6 Implikasjoner for videre forskning**

Sammenhengen mellom psykososiale arbeidsmiljøfaktorer og mestringsforventning er det generelt sett lite forsket på, og når det gjelder tilgjengelige instrumenter for best mulig å måle

mestringsforventning, mener Maibach & Murphy (1995) at det her fremdeles er viktig utviklingsarbeid som må gjøres for å få dette inn i mer standardiserte og validerte format. En videre forskning på området synes derfor påkrevet.

Det bør i den videre forskningen også gjøres intervensjonsstudier med fokus på arbeidsmiljø og mestring. Kvalitativ metodikk som får frem de ansattes historier, tanker og meninger, vil kunne gi et mer nyansert bilde av tematikken, med tanke på utvikling av fremtidige tiltak på området.

Selv om denne undersøkelsen ikke fant noen resultater av signifikant verdi i forhold til å kunne bekrefte/avkrefte Karasek & Theorells hypotese om ”aktiv læring”, så er det likevel mange indikasjoner som taler for en videre forskning her. Denne dimensjonen av Karasek & Theorells modell er lite utforsket og i en jobbkontekst i relativt liten grad. Heri ligger det derfor et stort utviklingspotensial og ikke minst med tanke på helsefremmende forskning, da hypotesen med sitt fokus på positive helseressursen ivaretar helt sentrale elementer fra det helsefremmende feltet. Et økt fokus på hypotesen om ”aktiv læring” i en helsefremmende forskningssammenheng vil også kunne virke revitaliserende på Karasek & Theorells krav-kontroll-støtte modell, som har en sterk og enn noe omdiskutert posisjon innen arbeidsforskning. Mye av kritikken mot krav-kontroll-støtte modellen har vært at den er for snever, tre dimensjoner er ikke nok, og den favner eksempelvis verken emosjonelle aspekter, rollekonflikter eller mening, som av mange ansees som sentrale aspekter i forhold til arbeidssituasjonen (Hanson, 2004; Mæland, 2005; Antonovsky, 1987). Likevel kan en på den annen side si at nettopp det at denne modellen er så enkel, også er dens styrke.

Resultatene brukt i denne studien er hentet fra undersøkelsen ”Arbeidsmiljø, helse og mestring blant sykepleiere i psykiatrien”. Undersøkelsens helsedel med spørsmål knyttet til helserelatert livskvalitet ble av begrensingsmessige grunner utelatt i denne studien. Det er derfor et håp at noen fatter interesse for dette materialet, og analyserer og drøfter det i sammenheng med de øvrige funn. I den forbindelse vil en også kunne få testet ”job-strain” hypotesen til Krasek & Theorell.

## 6.0 REFERANSELISTE

AID (2005) Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009. [Internett]. **Arbeids- og inkluderingsdepartementet**. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/upload/AID/temadokumenter/velferd/ia/IA-avtalen\\_2006-2009\\_med\\_tillegg.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/AID/temadokumenter/velferd/ia/IA-avtalen_2006-2009_med_tillegg.pdf)  
[Lest 18.11.08]

AID (2005) Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven). [Internett]. **Arbeids- og inkluderingsdepartementet**. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-20050617-062.html>  
[Lest 18.11.08]

Almvik, R. & Woods, P. (2001) Voldelig atferd er et problem på psykiatriske sykehusavdelinger. [Internett]. **Sykepleien** nr.12. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=653&categoryID=51>  
[Lest 10.04.08]

Antonovsky, A. (1979) **Health, stress and coping**. San Francisco, Jossey Boss.

Antonovsky, A. (1987) **Hälsans mysterium**. Stockholm, Bokforlaget Natur och Kultur.

Arneson, H. (2006) **Empowerment and health promotion in working life**. Linkøping University, Faculty of Health Sciences.

Bandura, A. (1986) **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. New Jersey, Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Bandura, A. (1997) **Self-Efficacy, The Exercise of Control**. New York, W.H. Freeman and Company.

Brouwers, A., Evers, W.J.G. & Tomic, W. (2006) Self-Efficacy in Eliciting Social Support and Burnout Among Secondary-School Teachers. **Journal of Applied Social Psychology**, Vol. 31, No. 7, 1474-1491.

Buck, V.E. (1972) **Working under pressure**. New York, Crane, Russek.

Buunk, B.P. (1990) Affiliation and helping interactions within organizations: A critical analysis of the role of social support with regard to occupational stress. In Stroebe, W. & Hewastone, M. (Eds.), **European review of social psychology**. Vol.1, 293-322. Chichester, John Wiley and Sons.

Cao, J-P. & Li, B-J. (2007) Explicit self-esteem, implicit self-esteem and general self-efficacy. **Weekly Total**, No. 308, Vol. 11 (52), 10496-10499.

Cherniss, C. (1993) Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In Schaufeli, W.B.; Maslach, C. & Marek, T. (Eds.). Professional burnout: Resent developments in theory and research. **Series in applied psychology: Social issues and questions**. 135-149. Washington, DC, USA: Tayler & Francis.

Coates, C.J. (1997) The Caring Efficacy Scale: Nurses' Self-Reports of Caring in Practice Settings. **Advanced Practice Nursing Quarterly**. Vol. 3, No. 1, 53-59.

Conner, M. & Norman, P. (1995) **Predicting Health Behaviour**. Open University Press.

Deci, E.L. (1975) **Intrinsic motivation**. New York, Plenum.

De Witte, H., Verhofstadt, E. & Omey, E. (2007) Testing Karasek's learning and strain hypotheses on young workers in their first job. **Work & Stress**, Vol. 21(2), 131-141.

Dunn, K., Elsom, S. & Cross, W. (2007) Self-efficacy and locus of control affect management of aggression by mental health nurses. **Issues in Mental Health Nursing**, Vol. 28, No. 2, 201-217.

Eriksen, H.R. & Ursin, H. (1999) Subjektive health complaints: is coping more important than control? **Work and Stress**, Vol. 13, No. 3, 238-252.

ENWHP (1997) The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. [Internet]. **European Network for Workplace Health Promotion**.

Tilgjengelig fra:

[http://www.enwhp.org/download/luxembourg\\_declaration.pdf](http://www.enwhp.org/download/luxembourg_declaration.pdf)

[Lest 04.04.06]

Flaa, P., Hofoss, D., Holmer-Hoven, F., Medhus, T. & Rønning, R. (1995) **Innføring i organisasjonsteori**. Oslo, Universitetsforlaget.



Ganster, D.C. (1989) Worker control and well-being: A review of research in the workplace. In Sauter, S.L., Hurrell, J.J. & Cooper, C.L. (Eds.). **Job control and worker health**. 3-24. New York, Wiley.

Grau, R., Salanova, M. and Peiró, J.M. (2001) Moderator effects of self-efficacy on occupational stress. **Psychology in Spain**, Vol. 5, No 1, 63-74.

Greenglass, E., Fiksenbaum, L. & Burke, R.J. (1996) Components of social support, buffering effects and burnout: implications for psychological functioning. **Anxiety, Stress and Coping**. Vol.9, 185-197.

Hagberg, M. & Hogstedt, C. (1993) **Stockholmsundersökningen 1**. Spånga, MUSIC Books.

Hanson, A. (2004) **Hälsopromotion i arbetslivet**. Malmö, Studentlitteratur.

Hellevik, O. (2002) **Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap**. 7.utgave. Oslo, Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (1987) **Ottawa charteret om helsefremmende arbeid**. [Internett]. Tilgjengelig fra: [www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2233/ik-2233.htm](http://www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2233/ik-2233.htm). [Lest 04.04.06]

Hjort, P.F. (1994) **Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-93**. Utredningsrapport nr U1/1994. Oslo: Avdeling for samfunnsmedisin. Seksjon for helsetjenesteforskning. Universitetet i Oslo.

Holman, D.J. & Wall, T.D. (2002) Work Characteristics, Learning-Related Outcomes, and Strain: A Test of Competing Direct Effects, Mediated, and Moderated Models. **Journal of Occupational Health Psychology**, Vol. 7, No. 4, 283-301.

House, J.S. (1986) Social support and the quality and quantity of life. In Andrews, F.M. (Ed.) **Research on the quality of life**. 253-269. University of Michigan, Survey Research Center, Institute for Social Research.

Hummelvoll, J.K. (2004) **Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse**. 6.utgave. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jex, S.M. & Bliese, P.D. (1999) Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: A multilevel study. **Journal of Applied Psychology**, 84, 349-361.

Johannessen, A. (2004) **Introduksjon til SPSS**. Oslo, Abstrakt forlag as.

Johannessen, A., Tufte, P.A., & Kristoffersen, L. (2004) **Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode**. Oslo, Abstrakt forlag as.

Johnson, J.V. & Hall, E.M. (1988) Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, 78(10), 1336-1342.

Justis- og politidepartementet (2000) **Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)**. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldrens?usr/wwwlovdata/all/nl-20000414-031.html>  
[Lest 04.04.08]

Kalvø, L. (2006) Syke av arbeidspresset - Arbeidsmiljø og vilkår. [Internett]. **Magasinet Sykepleien**. Tilgjengelig fra:  
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=2506&categoryID=73>  
[Lest 22.04.08]

Kanter, R.M. (1983) **The Changemasters**. New York, Basic Books.

Kanter, R.M. (1993) Staff Nurse Work Empowerment and Perceived Autonomy; Testing Kanter's Theory of Structural Power in Organizations. In Sabiston, J.A. and Laschinger, H.K. (1995). **Journal of Nursing Administration**, 25 (9), 42-50.

Karasek, R. (1989) Krav-Kontroll Modellen: dens Udvikling og Status. **Arbejdspsykologisk Bulletin**, Århus Universitet, Psykologisk institutt, 6, 16-35.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. (1998) The Job Content Questionnaire (JCQ). An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**. Vol. 3, No. 4, 322-355.

Karasek, R. & Theorell, T. (1990) **Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life**. USA, Basic books.

Karlsen, R. (2003) Psykiatriske sykepleieres yrkesidentitet i et tverrfaglig avdelingsmiljø (1. art.). [Internett]. **Sykepleien** nr.12. Tilgjengelig fra: [www.sykepleien.no/article.php?articleID=60&printMe=1](http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=60&printMe=1) [Lest 26.03.07]

Kaufmann, A. (2000) Hvor ble det av individet i organisasjonen? I: Einarson, S. og Skogstad, A. (red.). **Det gode arbeidsmiljø – krav og utfordringer**. Bergen, Fagbokforlaget.

Kieffer, C.H. (1984) Citizen empowerment: a developmental perspective. In Rapaport, J. & Hess, R. (red). **Studies in empowerment: steps toward understanding and action**. New York, Howarth Press.

Knardahl, S. (1998) Kropp og sjel. Psykologi, biologi og helse. Kap.9. **Arbeid og helse**. Oslo, Universitetsforlaget.

Landsbergis, P.A. (1988) Occupational stress among health care workers: A test of the job-demands model. **Journal of Organizational Behavior**, 9, 217-239.

LaRocco, J.M., House, J.S. & French, J.R.P. (1980) Social support, occupational stress, and health. **Journal of Health and Social Behavior**, 21, 202-218.

Lazarus, R.S. & Folkmann, S. (1984) **Stress, appraisal and coping**. New York, Springer.

Lee, J.S.Y. & Akhtar, S. (2007) Job burnout among nurses in Hong Kong: Implications for human resource practices and interventions. **Asia Pacific journal of Human Resources**, Vol. 45, No. 1, 63-84.

Leveresen, I. (2004) **Psykososialt arbeidsmiljø og psykisk helse blant lærere – Hordalandsundersøkelsen**. Hovedfagsoppgave, HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.

Levine, S. & Ursin, H. (1991) What is stress? In Brown, M.R., Rivier, C. & Koob, G. (red). **Neurobiology and neuroendocrinology of stress**. New York, Marcel Decker, 3-21.

Maibach, E. & Murphy, D.A. (1995) Self-efficacy in health promotion research and practice: Conceptualization and measurement. **Health-Education-Research**, Vol.10 (1), 37-50.

Mannheim, B. (1993) Gender and the effects of demographics, status and work values on work centrality. **Work and Occupations**, Vol. 20, 3-22.

- Manojlovich, M. (2005) Predictors of professional nursing practice behaviors in hospital settings. **Nursing Research**, 54 (1), 41-47.
- Manojlovich, M. (2005) The effect of nursing leadership on hospital nurses' professional practice behaviors. **Journal of Nursing Administration**, 35 (7-8), 366-374.
- Maslow, A.H. (1987) **Motivation and Personality** (3 ed.). New York, Harper & Row, Publishers Inc.
- Miller, S.M. (1979) Controlability and human stress: Method, evidence and theory. **Behavioral Research and Therapy**, 17, 287-304.
- Moen, B., Morken, T., Haukenes, I. & Larsen, B. (red.) (2003) **Arbeidsmiljøfaktorer som påvirker hele mennesket - Håndbok for bedriftshelsetjenesten del 3**. Oslo, Arbeidsmiljøforlaget.
- Moen, B., Riise, T., Hollund, B.E. & Torp, S. (2002) Arbeidsrelaterte plager i Hordaland. **Rapport 3/2002. HUSK-undersøkelsen**. Universitetet i Bergen.
- Monat, A. & Lazarus, R.S. (1985) **Stress and Coping: an Anthology**. New York, Columbia University Press.
- Mæland, J.G. (2005) **Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis**. Oslo, Universitetsforlaget.
- Narten, S. (1997) **Psykiatrisk sykepleies egenart**. [Internett]. Hovedoppgave i sykepleievitenskap ved UiO. Tilgjengelig fra: [www.uio.no/as/WebObjects/theses.woa/wa/these?WORKID=2681](http://www.uio.no/as/WebObjects/theses.woa/wa/these?WORKID=2681)  
[Lest 09.03.07]
- Natvig, G.K. (1998) Tro på å lykkes fremmer atferdsendring. [Internett]. **Sykepleien** nr. 14. Tilgjengelig fra: [www.sykepleien.no/article.php?articleID=272&printMe=1](http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=272&printMe=1)  
[Lest 22.12.06]
- Norge - samfunn og politikk (2004) **Kjønnsfordeling i utdanning og arbeidsliv**. [Internett] Tilgjengelig fra: [www.norge.se/policy/gender/workforce/workforce.htm](http://www.norge.se/policy/gender/workforce/workforce.htm)  
[Lest 17.09.08]

Parker, S.K. & Sprigg, C.A. (1999) Minimizing Strain and Maximizing Learning: The Role of Job Demands, Job Control, and Proactive Personality. **Journal of Applied Psychology**, Vol. 84, No. 6, 925-939.

Poland, B.D., Green, L.W. & Rootman, I. (eds.) (2000) **Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice**. Thousand Oaks, Sage Publications

Ringdal, K. (2001) **Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode**. Bergen, Fagbokforlaget.

Rønningen, G.E. (2003) Nærmiljø, nostalgi eller aktuell arena i forebyggende og helsefremmende arbeid? I Hauge, H., Mittelmark, M. (red.). **Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?** Bergen, Fagbokforlaget, 52-72.

Røysamb, E., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1998) **Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale**. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/norway.htm> [Lest 13.03.07]

Sadler, J. (2003) A pilot study to measure the caring efficacy of baccalaureate nursing students. **Nursing Education Perspectives**. Vol. 24, No. 6, 295-299.

Salanova, M., Grau, R.M. & Martinez, I.M. (2006) Job demands and coping behaviour: The moderating role of professional self-efficacy. **Psychology in Spain**, Vol. 10. No 1, 1-7.

Salmond, S.W. (2006) Factors Affecting Job Stress, Job Strain and Job Satisfaction among Acute Care Nurses. [Internett]. **Eastern Nursing Research Society**. Tilgjengelig fra: <http://enrs.confex.com/enrs/18am/techprogram/P1521.HTM> [Lest 17.10.08]

Sandstrand, T. (2002) Mestring – en del av rehabiliteringen. **BRIS.2**, 51-54.

Sanne, B., Torp, S., Mykletun, A. & Dahl, A.A. (2005) The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ): Factor structure, item analyses, and internal consistency in large population. **Scandinavian Journal of Public Health**, 33, 166-174.

Schunk, D.H. & Lilly, M.W. (1984) Sex differences in self-efficacy and attributions: Influence of performance feedback. **Journal of Early Adolescence**, 4 (3), 203-213.  
Schwarzer, R. (1999) **General perceived self-efficacy in 14 cultures**. [Internett]. Self-Efficacy assessment. Tilgjengelig fra:  
[www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/world14.htm](http://www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/world14.htm).  
[Lest 13.03.07]

Schwarzer, R. & Scholz, U. (2000) **Cross-cultural assessment of coping resources: The general perceived self-efficacy scale**. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<http://userpage.fu-berlin.de/~health/lingua5.htm>  
[Lest 13.03.07]

Seligman, M.E.P. (1975) **Helplessness: On depression, development and death**. San Francisco, Freeman.

Shen, Y.E. (2008) Relationships between self-efficacy, social support and stress coping strategies in Chinese primary and secondary school teachers. [Internett]. **Stress and Health**.  
Tilgjengelig fra:  
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/121406843/abstract>  
[Lest 17.10.08]

Skog, O-J. (2004) **Å forklare sosiale fenomener: en regresjonsbasert tilnærming**. Oslo, Gyldendal akademisk.

Skogstad, A. (2000) Psykososiale faktorer i arbeidet. I: Einarson, S. og Skogstad, A. (red.). **Det gode arbeidsmiljø – krav og utfordringer**. Bergen, Fagbokforlaget.

Spector, P.E. (1997) **Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences**. London, Sage Publications.

Staff, T. (2002) **Jobbtrivsel hos nyutdannede sykepleiere**. Hovedfagsoppgave, HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.

STAMI (2002) Lillestrøm-erklæringen om helsefremmende arbeidsplasser. [Internett]. **Statens Arbeidsmiljøinstitutt**. Tilgjengelig fra:  
[http://www.stamiweber.no/hefa/Lille\\_erklar.htm](http://www.stamiweber.no/hefa/Lille_erklar.htm)  
[Lest 04.04.06]

STAMI (2008) Arbeidsmiljø og helse – slik norske yrkesaktive opplever det: Delrapport Psykososialt arbeidsmiljø. **STAMI-rapport**, Årg. 9, nr. 11

Steinsvik, H. (1998) **Arbeidsforhold på ringnotfartøy med kolmulesesong. – Har egenkontroll, sosial støtte og ergonomiske belastninger betydning for produktiviteten.** Hovedfagsoppgave, Det medisinske og Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Stetz, T.A., Stetz, M.C. & Bliese, P.D. (2006) The importance of self-efficacy in the moderating effects of social support on stressor-strain relationships. **Work & Stress**, 20 (1), 49-59.

Sørensen, M. og Graff-Iversen, S. (2001) Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? **Tidsskrift for Den Norske Lægeforening**. Nr. 6, 121, 720-724.

Taris, T.W., Kompier, M.A.J., DeLange, A.H., Schaufeli, W.B. & Schreurs, P.J.G. (2003) Learning new behaviour patterns: a longitudinal test of Karasek's active learning hypothesis among Dutch teachers. **Work & Stress**, Vol. 17, No. 1, 1-20.

Theorell, T. & Karasek, R. (1996) Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. **Journal of Occupational Health Psychology**. Vol.1, 9-26.

Theorell, T., Michelsen, H., & Nordemar, R. (1991) Tre arbetsmiljöindex som använts i Stockholmsundersökningen 1. I: Hagberg, M., Hogstedt, C. (red.) **Stockholmsundersökningen 1**. Stockholm, MUSIC Books, 150-154.

Tones, K. & Tilford, S. (2001) **Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity**. Cheltenham, UK, Nelson Thornes Ltd.

Ursin, H. (1984) **Stress**. Oslo, Forlaget Tanum-Norli A/S.

Van Veldhoven, M. (1996) **Psychosociale arbeidsbelastning en werkstress** (Psychosocial job demands and work stress). The Netherlands, University of Groningen.

Van Yperen, N.W. (1998) Informational support, equity and burnout: The moderating effect of self-efficacy. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, Vol. 71, No. 1, 29-33.

Van Yperen, N.W. & Hagedoorn, M. (2003) Do high job demands increase intrinsic motivation or fatigue or both? The role of job control and social support. **Academy of Management Journal**, Vol. 46, No. 3, 339-348.

Vatne, J.O. (1997) Sykepleierutdanningen i Norge og noen europeiske land. [Internett]. **Sykepleien** nr.6. Tilgjengelig fra:  
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=122&categoryID=60>  
[Lest 24.04.08]

Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004) Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv. **Tidsskrift for Den Norske Lægeforening**, Nr. 1, 124, 65-66.

Watson, J. (1996) Watson's theory of transpersonal caring. In Walker, P.H. & Neuman, B. (Eds). **Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administration**. New York, National League for Nursing, 141-184.

Watson, J. (2002) **Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science**. New York, Springer Publishing Company.

Watt, S.E. & Martin, P.R. (1995) Effect of general self-efficacy expectancies on performance attributions. **Psychological-Reports**, Vol. 75 (2), 951-961.

Wergeland Jensen, E. (2007) **Motiverende lederatferd**. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
[www.iml.no/artikler\\_motiverende.htm](http://www.iml.no/artikler_motiverende.htm)  
[Lest 02.03.07]

Weststar, J. (2006) **All Workplace Learning is Not the Same: Effects of Job Control on Learning Activities**. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
[http://www.cira-acri.ca/docs/workingpapers/Weststar\\_2006%20CIRAstudent%20Paper%20Competition.pdf](http://www.cira-acri.ca/docs/workingpapers/Weststar_2006%20CIRAstudent%20Paper%20Competition.pdf)  
[Lest 21.04.08]

White, R.W. (1959) Motivation reconsidered: The concept of competence. **Psychological Review**, 66, 297-333.

WHO (1986) **Ottawa Charter for Health Promotion**. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)  
[Lest 04.04.06]

Wikipedia (u.å.) **Normalfordeling**. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<http://no.wikipedia.org/wiki/Normalfordeling>  
[Lest 17.11.08]

Woolfolk, A., Pettersson, T. & Karlsdóttir, R. (2004) **Pedagogisk psykologi**. Trondheim, Tapir Akademisk Forlag.



# **VEDLEGG 1:**

**Spørreskjema med følgeskriv**



Til sykepleiere tilsatt i Psykiatrien i Vestfold HF.

## **Forespørsel om deltakelse i spørreundersøkelsen** ***”Arbeidsmiljø, helse og mestring blant sykepleiere i psykiatrien”***

Jeg heter Ole-Jakob Bredrup og er masterstudent ved studiet i helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Vestfold, der jeg nå er i gang med min masteroppgave.

Oppgavens målsetting er å undersøke sammenhenger mellom psykososiale arbeidsmiljøfaktorer (-arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte), og opplevelsen av helse og mestring blant sykepleiere i psykiatrien.

Jeg har selv mitt arbeidssted innen Psykiatrien i Vestfold HF og ønsker med denne undersøkelsen å involvere alle sykepleiere med kliniske oppgaver som er tilsatt ved følgende avdelinger:

- **Psykiatrisk fylkesavdeling (PFA).**
- **Søndre- og Nordre Vestfold distrikts psykiatriske senter (DPS).**

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig, og innebærer at du svarer på det vedlagte spørreskjemaet og returnerer det snarest mulig til postsekretær i vedlagte konvolutt. Beregnet tidsbruk 5-10 minutter.

Innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres når oppgaven er ferdig, senest 01.04. 2008. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Rapport fra undersøkelsen vil foreligge våren 2008.

Prosjektet veiledes av dr.philos Steffen Torp ved Høgskolen i Vestfold,  
e-post; [steffen.torp@hive.no](mailto:steffen.torp@hive.no).

Dersom du har spørsmål knyttet til undersøkelsen kan jeg kontaktes på telefon; 33 32 04 92  
eller  
e-post; [jaelha@online.no](mailto:jaelha@online.no).

På forhånd takk for at du tar deg tid til dette.

Nøtterøy 01.09.07

Med vennlig hilsen  
Ole-Jakob Bredrup

*Kryss av for det alternativet som passer best for deg. (Kun ett kryss på hvert spørsmål).  
Det er viktig at alle spørsmålene besvares.*

### Bakgrunnsopplysninger:

1. <b>Kjønn:</b>	1 <input type="checkbox"/> Mann	2 <input type="checkbox"/> Kvinne		
2. <b>Aldersgruppe:</b>	1 <input type="checkbox"/> 20-29år	2 <input type="checkbox"/> 30-39år	3 <input type="checkbox"/> 40-49år	4 <input type="checkbox"/> 50år og over
3. <b>Arbeidssted:</b>	1 <input type="checkbox"/> PFA	2 <input type="checkbox"/> DPS		
4. <b>Type avdeling:</b>	1 <input type="checkbox"/> Akutt- avdeling	2 <input type="checkbox"/> Langtids- behandl.	3 <input type="checkbox"/> Poli- klinikk	4 <input type="checkbox"/> Spes.avd./- utredning
5. <b>Stillingsprosent:</b>	1 <input type="checkbox"/> Under 50%	2 <input type="checkbox"/> 50-75%	3 <input type="checkbox"/> Over 75%	
6. <b>Hvor lenge tilsatt på avdelingen:</b>	1 <input type="checkbox"/> Under 1år	2 <input type="checkbox"/> 1-4år	3 <input type="checkbox"/> 5-9år	4 <input type="checkbox"/> 10år og over
7. <b>Antall år som sykepl. i psykiatrien:</b>	1 <input type="checkbox"/> Under 1år	2 <input type="checkbox"/> 1-4år	3 <input type="checkbox"/> 5-9år	4 <input type="checkbox"/> 10år og over
8. <b>Spesialutdanning i psykiatri:</b>	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nei		

### Vurdering av din arbeidsplass:

<b>KRAV OG KONTROLL</b>	Ja, Ofte	Ja, Iblant	Nei, sjelden	Nei, så godt som aldri
<i>Ta stilling til de følgende påstandene om ditt arbeid</i>	1.	2.	3.	4.
9. Krever arbeidet ditt at du må arbeide veldig hurtig?				
10. Krever arbeidet ditt at du må arbeide svært hardt?				
11. Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?				
12. Har du tilstrekkelig tid til å rekke alle arbeidsoppgavene?				
13. Møter du ofte motstridende krav i arbeidet ditt?				
14. Har du anledning til å lære noe nytt i arbeidet ditt?				
15. Krever arbeidet ditt dyktighet?				
16. Krever arbeidet ditt oppfinnsomhet?				
17. Innebærer arbeidet ditt at du gjør det samme om og om igjen?				
18. Har du mulighet til selv å bestemme <i>hvordan</i> arbeidet skal utføres?				
19. Har du mulighet til selv å bestemme <i>hva</i> som skal gjøres i arbeidet ditt?				
20. Krever arbeidet ditt stadig omstilling/tilpasning som følge av organisatoriske endringer på din arbeidsplass?				

<b>SOSIAL STØTTE</b>	Stemmer helt	Stemmer ganske bra	Stemmer ikke særlig	Stemmer slett ikke
<i>Ta stilling til de følgende påstandene om din arb.plass</i>	1.	2.	3.	4.
21. Det er en rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
22. Det er godt samhold på arbeidsplassen.				
23. Mine kolleger stiller opp for meg (gir meg støtte).				
24. På jobben har de forståelse for at jeg kan ha en "dårlig" dag.				
25. Jeg kommer godt overens med mine overordnede.				
26. Jeg trives godt med mine arbeidskamerater.				

## Opplevelse av mestring:

<b>GENERELL MESTRING</b> <i>Sett kryss ved de utsagnene som passer best for deg</i>	Helt galt 1.	Nokså galt 2.	Nokså riktig 3.	Helt riktig 4.
27. Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok.				
28. Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil.				
29. Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine.				
30. Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte.				
31. Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner.				
32. Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det.				
33. Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min.				
34. Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det.				
35. Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut.				
36. Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det.				

<b>SPESIFIKK MESTRING</b> - vedr. etablering av omsorgsrelasjoner <i>Sett kryss ved de utsagnene som passer best for deg</i>	Helt uenig 1.	Nokså uenig 2.	Litt uenig 3.	Litt enig 4.	Nokså enig 5.	Helt enig 6.
37. Jeg kan som regel finne en måte å forholde meg til de aller fleste klienter/pasienter på.						
38. Hvis jeg ikke oppnår god kontakt med en klient/pasient, prøver jeg å analysere hva jeg kan gjøre for å nå ham/henne.						
39. Jeg evner å tilføre en følelse av normalitet til stressfylte forhold.						
40. Jeg kan gå inn i et rom med en ro og energi som gjør at klienter/pasienter føler seg bedre.						
41. Det er lett for meg å ta i betraktning kompleksiteten i en klients/pasients pleie, samtidig som jeg lytter til dem.						
42. Jeg har evne til å fokusere på en enkelt klient/pasient og glemme mine egne personlige anliggender.						
43. Jeg bruker det jeg lærer i samtaler med klienter/pasienter til å gi en mer individualisert omsorg.						
44. Når en klient/pasient har vanskeligheter med å kommunisere med meg, klarer jeg å tilpasse meg hans/hennes nivå.						
45. Jeg kan vanligvis etablere en nær forbindelse til klientene/pasientene mine.						
46. Jeg har hjulpet mange klienter/pasienter gjennom min evne til å utvikle nære, meningsfulle relasjoner.						

## Helse og trivsel:

<b>47. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av følgende aktiviteter nå?</b>	
a) Moderate aktiviteter som å flytte bord, støvsuge, gå tur eller hagearbeid: 1 <input type="checkbox"/> Ja, begrenser meg mye    2 <input type="checkbox"/> Ja, begrenser meg litt    3 <input type="checkbox"/> Nei, begrenser meg ikke	
b) Gå opp trapper flere etasjer: 1 <input type="checkbox"/> Ja, begrenser meg mye    2 <input type="checkbox"/> Ja, begrenser meg litt    3 <input type="checkbox"/> Nei, begrenser meg ikke	
<b>48. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av <u>din fysiske helse</u>?</b>	
a) Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket:	1 <input type="checkbox"/> Ja    2 <input type="checkbox"/> Nei
b) Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål:	1 <input type="checkbox"/> Ja    2 <input type="checkbox"/> Nei
<b>49. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av <u>følelsesmessige problemer</u>?</b> <i>- Som for eksempel å være deprimert eller engstelig.</i>	
a) Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket:	1 <input type="checkbox"/> Ja    2 <input type="checkbox"/> Nei
b) Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig:	1 <input type="checkbox"/> Ja    2 <input type="checkbox"/> Nei
<b>50. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid?</b> <i>(Sett bare ett kryss)</i> <i>- Gjelder både i og utenfor hjemmet.</i>	
1 <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt    2 <input type="checkbox"/> Litt    3 <input type="checkbox"/> En del    4 <input type="checkbox"/> Mye    5 <input type="checkbox"/> Svært mye	
<b>51. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du følt deg rolig og harmonisk?</b> <i>(Sett bare ett kryss)</i>	
1 <input type="checkbox"/> Hele tiden    4 <input type="checkbox"/> En del av tiden 2 <input type="checkbox"/> Nesten hele tiden    5 <input type="checkbox"/> Litt av tiden 3 <input type="checkbox"/> Mye av tiden    6 <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	
<b>52. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du hatt mye overskudd?</b> <i>(Sett bare ett kryss)</i>	
1 <input type="checkbox"/> Hele tiden    4 <input type="checkbox"/> En del av tiden 2 <input type="checkbox"/> Nesten hele tiden    5 <input type="checkbox"/> Litt av tiden 3 <input type="checkbox"/> Mye av tiden    6 <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	
<b>53. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du følt deg nedfor og trist?</b> <i>(Sett bare ett kryss)</i>	
1 <input type="checkbox"/> Hele tiden    4 <input type="checkbox"/> En del av tiden 2 <input type="checkbox"/> Nesten hele tiden    5 <input type="checkbox"/> Litt av tiden 3 <input type="checkbox"/> Mye av tiden    6 <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	
<b>54. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (- som det å besøke venner, slekt)?</b> <i>(Sett bare ett kryss)</i>	
1 <input type="checkbox"/> Hele tiden    4 <input type="checkbox"/> En del av tiden 2 <input type="checkbox"/> Nesten hele tiden    5 <input type="checkbox"/> Litt av tiden 3 <input type="checkbox"/> Mye av tiden    6 <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	
<b>55. Stort sett vil du si din helse er:</b> <i>(Sett bare ett kryss)</i>	
1 <input type="checkbox"/> Utmerket    2 <input type="checkbox"/> Meget god    3 <input type="checkbox"/> God    4 <input type="checkbox"/> Nokså god    5 <input type="checkbox"/> Dårlig	

Takk for hjelpen

## **VEDLEGG 2:**

**Forhåndsinformasjon vedrørende undersøkelsen**

## **Informasjon om undersøkelsen til de aktuelle avdelinger, samt på internmail til den enkelte:**

**Til sykepleiere tilsatt i Psykiatrien i Vestfold HF.**

Informasjon om spørreundersøkelsen:

### ***”Arbeidsmiljø, helse og mestring blant sykepleiere i psykiatrien”***

Jeg heter Ole-Jakob Bredrup og er masterstudent ved studiet i helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Vestfold, der jeg nå er i gang med min masteroppgave.

Oppgavens målsetting er å undersøke sammenhenger mellom psykososiale arbeidsmiljøfaktorer (-arbeidskrav, egenkontroll og sosial støtte), og opplevelsen av helse og mestring blant sykepleiere i psykiatrien.

Jeg har selv mitt arbeidssted innen Psykiatrien i Vestfold HF og ønsker med denne undersøkelsen å involvere alle sykepleiere med kliniske oppgaver som er tilsatt ved følgende avdelinger:

- **Psykiatrisk fylkesavdeling (PFA).**
- **Søndre- og Nordre Vestfold distrikts psykiatriske senter (DPS).**

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig. Innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres når oppgaven er ferdig. Rapport fra undersøkelsen vil foreligge våren 2008.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og veiledes av dr.philos Steffen Torp ved Høgskolen i Vestfold.

Jeg håper med dette at dere vil ta dere tid til å besvare spørreskjemaet, som etter planen vil sendes ut i løpet av **oktober 2007**.

Med vennlig hilsen

Ole-Jakob Bredrup

Tlf.: 33 32 04 92

Mail: [jaelha@online.no](mailto:jaelha@online.no)

## **VEDLEGG 3:**

**Påminnelse vedrørende undersøkelsen**



**PÅMINNELSE VEDRØRENDE UNDERSØKELSEN;**  
***”Arbeidsmiljø, helse og mestring blant sykepleiere i psykiatrien”***

(Målgruppe sykepleiere med kliniske oppgaver tilsatt i PiV).

**Hei!**

**Jeg håper du har hatt anledning til å besvare spørreskjemaet du har fått. Hvis du skulle ha glemt det ville jeg være takknemlig om du tok deg tid til det. Det tar kun 5-10 min..**

Det besvarte spørreskjemaet leveres din enhets postsekretær eller enhetsleder som er kontaktperson og har en samlekonvolutt for din enhets besvarelser.

Besvarelsene vil hentes på den enkelte post/enhet tidlig i **uke 43** – det er derfor viktig at de ikke sendes ut av posten for da blir det kluss med registreringen.

Det vil kunne være mulighet for å ettersende besvarelser i noen tid etter dette, men da må disse sendes direkte til prosjektleder og merkes med hvilken post/enhet de kommer fra!

I siste nummer av Psykiatristikka står det en kort artikkel om undersøkelsen, der også de tillitsvalgte oppfordrer til at en deltar.

Ha en god dag!

Mvh. Ole-Jakob Bredrup

Prosjektleder Ole-Jakob Bredrup, Skarphagaveien 58, 3120 Nøtterøy  
Tlf. 33 32 04 92, e-post [jaelha@online.no](mailto:jaelha@online.no)

# **VEDLEGG 4:**

**Tilsvar fra NSD**



Steffen Torp  
Avdeling for helsefag  
Høgskolen i Vestfold  
Postboks 2243  
3103 TØNSBERG

Vår dato: 06.09.2007

Vår ref: 17324 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.08.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17324	<i>Arbeidsmiljø, helse og mestring blant sykepleiere i psykiatrien</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Steffen Torp</i>
Student	<i>Ole-Jakob Bredrup</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

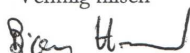
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo\\_endringsskjema.cfm](http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringsskjema.cfm). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.04.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Ole-Jakob Bredrup, Skarphagaveien 58, 3120 TØNSBERG

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

17324

Personvernombudet finner opplegget for gjennomføringen av prosjektet tilfredsstillende. Videre finner vi skrevet i utgangspunktet godt utformet, men forutsetter, jf. telefonsamtale med prosjektleder 04.09.2007, at følgende endres;

- setningen "Spørreskjemaet er anonymt og ingen opplysninger vil kunne føres tilbake til deg. Datamaterialet vil bli behandlet konfidensielt. Etter at undersøkelsen er avsluttet vil utfylte spørreskjemaer makuleres. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste" endres til "Innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres når oppgaven er ferdig, senest 01.04.2008. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste."

Vi ber om at kopi av endelig revidert skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

Det samles inn og registreres sensitive personopplysninger, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Innsamlede opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 01.04.2008. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger.