

Beteckning: \_\_\_\_\_



**Institutionen för vårdvetenskap och sociologi**

# Stressupplevelser och copingstrategier hos vårdpersonal på ett äldreboende

*Maria Carlsson  
December 2007*

Examensarbete C 10 poäng  
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 120 p  
Examinator: Gerth Hedov  
Handledare: Maria Engström**

## Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva vilka stressorer vårdpersonalen upplever i arbetet med äldre på ett äldreboende, personalens upplevelse av stressorerna samt vilka copingstrategier de använder sig av i dessa situationer. Studien hade en deskriptiv design. Data samlades in med instrument Daily Assessment of Coping (DCA). Resultatet visade att vårdpersonalen (n 33) upplevde stress vid 86 av totalt 155 möjliga arbetstillfällen. Stressorerna utmynnade i två huvudkategorier; patientrelaterade och personalrelaterade stressorer. Huvudkategorierna bestod av fem subkategorier; patientbeteende, omvårdnadsproblem, kontakt med närstående, arbetsbelastning och kommunikation/samarbete. Medianvärdet för stressnivån var 5 (1= inte alls besvärande -7= mycket besvärande). Vid 40 tillfällen upplevde personalen att de ”inte alls” kunde påverka händelsen, vid 39 tillfällen att de ”i viss mån” kunde påverka och vid 6 tillfällen att de kunde påverka ”våldigt mycket”. Vid 56 tillfällen upplevde personalen att händelsen var ”ganska förväntad”, vid 12 tillfällen ”ganska oväntad” och vid 9 tillfällen ”helt oväntad”. Resultatet från DCA visade att copingstrategierna ”gjorde något åt det”, ”sökta stöd från andra” och ”accepterade problemet” var vanligast förekommande. Slutsatsen är att vardagliga stressorer är vanligt förekommande inom äldreomsorgen och att stressnivån för dessa är relativt hög. Vanligast var att personalen upplevde stressorerna som förväntade och att de inte kunde påverka händelsen.

Nyckelord: vårdpersonal, stressorer, coping och arbetsmiljö

## **Abstract**

The aim of the study was to describe what stressors caregivers experience in their work with elderly people in a care home; the caregivers' experiences of the stressors and which coping strategies they use in these situations. The study had a descriptive design. Data were collected with the instrument Daily Assessment of Coping (DCA). The results showed that the caregivers (n 31) experienced a stressor at 86 out of 155 working occasions. The stressors resulted in two main categories; stressors related to patients and stressors related to employees. The main categories consisted of five sub categories; patient behaviour, nursing problems, contact with relatives, workload and communication/co-operation. The median value for stress was five (1 = not troublesome at all – 7 = very troublesome). At 40 occasions the caregivers experienced that they were “not at all” able to influence the situation, at 39 occasions “to a certain extent” and at 6 occasions “very much”. At 56 occasions the situation was “quite expected”, at 12 occasions “quite unexpected” and at 9 occasions “totally unexpected” The results of DCA showed that the most frequent coping strategies were “did something to it“, “sought support from others” and “accepted the problem”. The conclusion is that daily stressors are frequent within elderly care and that stress levels are relatively high. Most common was that the caregivers experienced the stressors as expected and that they were unable to influence the situation.

Keywords: nursing staff, stressors, coping and work environment

<b>1. Introduktion</b>	1
Stress	1
Coping	1
Äldreomsorgen	1
Vårdpersonal och upplevelse av stress	2
Vårdpersonal och Coping	4
Problemområde	4
Syfte	5
Frågeställningar	5
<b>2. Metod</b>	5
2.1 Design	5
2.2 Urval och undersökningsgrupp	5
2.3 Datainsamlingsmetod	6
2.4 Tillvägagångssätt	7
2.5 Dataanalys	7
2.6 Forskningsetiska övervägande	8
<b>3. Resultat</b>	9
3.1 Vårdpersonalens upplevelse av stressorer	9
3.1.1 Patientrelaterat	9
3.1.2 Personalrelaterat	10
3.2 Stressnivå, påverkansmöjligheter och förutsägbarhet	11
3.3 Vårdpersonalens användning av copingstrategier	12
3.3.1 Övriga sätt att hantera problemet	13
<b>4. Diskussion</b>	14
4.1 Huvudresultat	14
4.2 Resultatdiskussion	14
4.3 Metoddiskussion	16
4.4 Allmän diskussion	17
<b>5. Referenser</b>	19

## **1. Introduktion**

Den psykiska ohälsan är ett växande problem, både i Sverige och internationellt, ibland kan stress i arbetslivet relateras till en av flera faktorer som orsakar den psykiska ohälsan.

I Sverige har långtidssjukskrivningar ökat dramatiskt sedan 1997 och det beror till stor del på att den psykiska ohälsan har ökat. Hälso- och sjukvårdspersonal hör till en av de yrkeskategorier som har drabbats hårdast (1). De mentala krav som arbetet ställer är många gånger en källa till stress. Kraven kan gälla mentala funktioner, som uppmärksamhet eller problemlösning, men även sociala krav och krav på t.ex. hur patienter ska bemötas (2).

### **1.1 Stress**

Begreppet stressreaktioner kan beskrivas som anpassningsreaktioner i kroppen som ett svar på yttre eller inre påfrestningar, stressorer (3). Vid stress förbereder sig kroppen på att strida eller fly, och det autonoma nervsystemets sympatiska del är det som är mest aktivt. Kortvarig stress ökar både koncentrationsförmåga och prestationsförmåga, medan långvarig stress har visat sig kunna leda till en rad olika sjukdomstillstånd. Stress kan utlösas både av över- och understimulering (4).

### **1.2 Coping**

En definition av coping, eller stresshantering beskrivs som individens försök eller ansträngningar att klara av, bemästra, tolerera eller förändra händelser så att kraven inte blir så hotande vid stressupplevelser (5). Folkman och Lazarus (6) har beskrivit två olika övergripande strategier för att hantera stress. Den problemorienterade metoden, som har till avsikt att lösa olika problem eller att kognitivt bearbeta problemsituationer som inte kan förändras, och den emotionellt orienterade metoden som innebär att i stället inrikta sig på att minska de obehagliga känslor som problemet medför (6). Vilken copingstrategi som används och hur effektiv den är samvarierar med faktorer som personlighet, socialt stöd och stressorer (7).

### **1.3 Äldreomsorg och vårdpersonal**

Geriatrisk är en ung specialitet. Begreppet geriatrisk infördes i början på 1900-talet och den första geriatriska vårdavdelningen bildades 1935 i England. I Sverige inrättades 1959 långvårdavdelningar, tio år senare kom långvårdsmedicinen att bli en egen specialitet. År 1992 ändrades namnet till geriatrisk.

En stor majoritet av de äldre i Sverige mår bra och klarar sig själva utan hjälp långt upp i åren. Många drabbas dock av sjukdomar och skador som kan ge upphov till olika funktionsnedsättningar med medföljande behov av vård. Äldre personer som vårdas inom den kommunala ”särskilda boenden” har ofta många olika samtidigt kroniska sjukdomar (multisjuklighet) och tillstånd efter skador (stroke, frakturer etc.) samt många samtidigt behandlingar (multibehandling). Denna grupp äldre har ofta ett stort behov av betydelsefulla vårdinsatser från samhället (8). Då äldre personer ofta är multisjuka krävs det en helhetssyn på den äldres tillstånd där fysiska, psykiska, psykologiska och sociala och andliga aspekter skall beaktas. Detta fordrar hög kompetens hos vårdpersonalen (9).

I en studie (10) från USA beskrevs att personalen på vårdhem är tillfreds med arbetet men mindre tillfreds med beföringsmöjligheter, överordnad/ledningen och lön. Det fanns ett positivt samband mellan hög vårdkvalitet och hög arbetstillfredsställelse hos personalen. En studie (11) som handlar om vårdenhetschefers mål och arbete lyfts både kort – och långsiktiga mål fram, gällande utvecklingen av den fysiska och psykiska arbetsmiljön, som en av flera målsättningar i arbetet som vårdenhetschef, vilket då genererar till att skapa arbetsglädje och en miljö där alla trivs. Arbetsmiljöärenden var något som vårdenhetscheferna ville använda sin tid till, bland annat genom strukturerade arbetsrutiner och kvalitetsarbeten för personal och boende. Enligt studien (11) så medverkar inte flertalet av vårdenhetscheferna i omvårdnadsarbetet, vilket författarna ser som en konsekvens av att omvårdnaden och arbetsmiljön inte utvecklas.

#### **1.4 Vårdpersonal och upplevelse av stress**

En av de vanligaste modellerna för uppkomst av stress bygger på en obalans mellan den enskilde individens upplevelse av sin egen förmåga i relation till de upplevda kraven. Obalans och stress kan då uppstå både när kraven är för höga i förhållande till den egna förmågan, d.v.s. överstimulans, men också då individens kapacitet inte utnyttjas till fullo, d.v.s. understimulans (12). I en studie från Norge (13) tillfrågades 1801 sjuksköterskor om deras upplevelse av stress. Resultatet visade att ”för mycket att göra” var den stressor som skapade mest spänning och trötthet. Andra faktorer var ”personalbrist”, ”för många patienter”, ”att bli avbruten i sina uppgifter” och ”att handskas med krävande svårt sjuka patienter”. En studie (14) som har gjorts i Finland 2003, beskriver några faktorer som samvarierar med stressupplevelser inom sjukvårdsorganisationen. Stressen upplevdes vara vanligare bland

personal med högre ansvar på större enheter jämfört med personal med tillfällig anställning som arbetade på mindre enheter. I studier (14,15) konstateras också att högre ansvar har ett samband med upplevelsen av hög arbetsbelastning.

En engelsk litteraturstudie (16) har beskrivit sex huvudgrupper av stressorer som samvarierar med sjuksköterskornas upplevelse av dålig arbetsmiljö. Stressorerna berörde arbetsbörda, relationen med övrig personal, vilken slags arbetsledning som finns, möten med döden och döende patienter, skiftarbete och brist på belöning/uppskattning (16). Hos vårdpersonal inom National Health Service (NHS) och den privata sektorn i England (som arbetade med personer med demens) ansågs 20 % vara påverkade av mental stress (17). I en studie (18) gällande sjuksköterskors arbetstillfredsställelse i Kanada framkom att ett statistiskt signifikant samband fanns mellan arbetstillfredsställelse och uppfattningsförmågan av god vårdkvalitet samt ett negativt statistiskt signifikant samband mellan arbetstillfredsställelse om press och hot i vårdarbetet. Arbetsfaktorer som rollkonflikter, hot och våld, gamla lokaler, dålig uppföljning, mindre stöd och höga psykiska krav orsakade stress hos sjukvårdsbiträden i Norge (19, 20). I en studie (21) som gjordes i Spanien 2004, vars syfte var att undersöka den psykosociala arbetsmiljön hos vårdpersonal på två stora sjukhus, visade resultatet att personal som blev utsatta för höga mentala krav, dåligt socialt stöd och ett begränsat socialt umgänge hade en sämre mental hälsa och sämre vitalitet.

Enligt en tidigare studie (22) från USA beskrevs att vårdpersonals utbrändhet och patienters tillfredsställelse samvarierade med förbättringar i arbetsmiljön. Förbättringarna ledde till minskade nivåer av stress och utbrändhet samtidigt som patienternas tillfredsställelse upplevdes som god, i deras vård. De patienter som i studien (22) upplevde sig ha god insikt i sin behandling, goda relationer mellan doktor och övrig personal, rapporterades ha en högre grad av tillfredsställelse i sin vård. Detta kom även att samvariera med sjukvårdspersonalens låga grad av utbrändhet samt frånvaro av stress. I en studie (23) som undersökte personalens arbetstillfredsställelse inom vården av äldre i Sverige, rapporterades att självskattade stressymtom samvarierade med ålder, upplevelse av personlig utveckling, arbetsbelastning, förväntningar och krav samt samarbete.

## **1.5 Vårdpersonal och Coping**

Med bakgrund till de mentala krav som ofta ställs på vårdpersonal så var deras insikt, kreativitet och förståelse avgörande för hur gott resultatet av problemlösningen blev (24). I en finsk studie (14) bekräftades att tidigare rapporter framställer positiva copingstrategier som ett skydd emot mental stress och indikerade att vårdpersonalen sannolikt använde dessa positiva copingstilar jämfört med att välja bistånd/hjälp. Resultat från en studie (25) beskrev användbara/icke användbara copingstrategier i negativa arbetsförhållanden och detta gav klara bevis för att känslomässig påverkan har betydelse för arbetsprestationen. Strategin ”självbehärskning” hade negativ effekt medans ”ge utlopp åt” förstärktes av negativa känslor. Studien (25) bekräftar att ytterligare forskning är berättigad för att förtydliga dessa resultat. Redan 1997 fanns det en studie (26) som ville klargöra vikten av fortsatt forskning inom detta område, forskaren Somerfield (26) ville att grundläggande förändringar av copingforskning skulle rikta sig mot mer systematisk begreppsmässighet av stress såväl som copingprocesser samt införa mer pragmatiska mikroanalytiska ansatser.

I en studie (27) som undersökte utbrändhet och coping bland sjukvårdspersonal i Spanien, beskrevs att inte enbart copingstrategier eliminerade utbrändhet men att dessa kunde förhindra arbetsrelaterade problem. Resultatet visade att användningen av problemfokuserade strategier gav en lägre nivå av utbrändhet och att känslomässigt fokuserade strategier gav mer utbrändhet. I en studie (28) som undersökte vilka förhållanden som hade del i sjuksköterskornas utbrändhet framkom att individuella karaktärsdrag, både hos patienter och sjuksköterskor, samvarierade med sjuksköterskornas reaktion i riktning mot utmatning. Att cheferna tog ansvar för främjandet av en god arbetsmiljö samt att de gav sjuksköterskorna stöd samvarierade med deras välbefinnande positivt, enligt studien.

## **1.6 Problemområde**

Stress är många gånger en bidragande orsak till försämrad arbetstillfredsställelse för vårdpersonalen i sitt dagliga arbete. Vilken copingstrategi som används och hur effektiv den är samvarierar med faktorer som personlighet, socialt stöd och stressorer (7). Forskning om hur coping och stress samvarierar hos vårdpersonal i äldreomsorgen behöver lyftas fram för att bättre kunna hantera bristerna i omvårdnaden utav äldre patienter inom äldreomsorgen. Att erbjuda personalen ett gott arbetsklimat samt erbjuda patienterna en optimal boendemiljö med god vårdkvalitet är något som bör vara en självklarhet i dag. Copingstrategier och stress finns väl beskrivet var för sig inom forskningen men få studier finns som beskriver vardagliga



stressorer i relation till vald copingstrategi och författaren har inte kunnat hitta någon svensk studie inom detta område som berör vårdpersonal i äldreomsorgen. Föreliggande studie kommer att fokusera på vårdpersonalens upplevda stressnivå utifrån de problem och händelser som kommer fram, samt deras hanteringsförmåga i dessa situationer, inom kommunalt äldreboende.

## **1.7 Syfte**

Syftet med studien var att beskriva vilka stressorer vårdpersonalen upplever i arbetet med äldre på ett äldreboende, personalens upplevelse av stressorerna samt vilka copingstrategier de använder sig av i dessa situationer.

## **1.8 Frågeställningar**

1. Vilka stressorer beskriver vårdpersonalen i arbetet med äldre på ett äldreboende?
2. Hur upplever vårdpersonalen stressorerna utifrån stressnivå, påverkansmöjlighet och förutsägbarhet?
3. Vilka copingstrategier använder sig vårdpersonalen av i dessa situationer?

## **2. Metod**

### **2.1 Design**

Studien hade en deskriptiv design (29) och ingick i ett större forskningsprojekt.

### **2.2 Urval och Undersökningsgrupp**

Urvalsmetoden var ett tillgänglighetsurval bestående utav personal från ett äldreboende som redan ingick i ett större forskningsprojekt, i en mellanstor stad i Sverige. Samtliga ur dagpersonalen från äldreboendet tillfrågades om deltagande. Inklusionskriterier var att personalen skulle ha jobbat minst en månad inom den senaste tremånadsperioden, och vara svensktalande (förstå tal och skrift). Av 77 enkäter som delades ut svarade 31 personer, vilket gav en svarsfrekvens på 43 %. Enkäten bestod av dagboksanteckningar från fem dagar i följd och det fanns 86 dagar med olika stressorer utav 155 möjliga dagar som analyserats i föreliggande studie. I tabell 1 visas karaktäristika hos respondenterna i föreliggande studie. En respondent beskrev en upplevd stressor men ingen beskrivning angående dess stressnivå, påverkansmöjlighet och förutsägbarhet i enkäten, därav 85 i antal stressorer i tabell 2.

**Tabell 1. Karaktäristika hos respondenterna.**

<b>Kön</b>	<b>% (n)</b>
Kvinna	100 (31)
<b>Arbetar</b>	
Heltid	58.1 (18)
Deltid	41.9 (13)
<b>Utbildning</b>	
Vårdbiträde	29.0 (9)
Undersköterska	71.0 (22)
<b>Dag/Natt</b>	
Dag	83.9 (26)
Natt	16.1 (5)
<b>Civilstånd</b>	
Ensamstående	32.3 (10)
Gifta/Sambo	67.7 (21)
<b>Antal år inom äldreomsorgen</b>	<b>M</b>
Deltagarna i studien	14.8
<b>Totalt antal år inom sjukvården</b>	<b>M</b>
Deltagarna i studien	17.4
<b>Medelålder</b>	<b>M</b>
Deltagarna i studien	43.3

**M = medelvärde, n=antal**

### 2.3 Datainsamlingsmetod

Data har samlats in med hjälp av en standardiserad enkät för att mäta vårdpersonalens upplevelser av stress. Daily assessment of coping, (DCA) är framtagen av Stone och Neale (30-34) och är validitets och reliabilitetstestad. DCA enkäten har tidigare använts i studier både i Sverige och USA (30-34). Enkäten består av fyra delar/frågor. I den första frågan uppmanas respondenten att beskriva den händelse eller problem som varit mest besvärande under dagen. Frågan har ett öppet svarsalternativ. Fråga två är en så kallad "rating question" där respondenten på en skala från 1 till 7 ska ringa in den siffra som stämmer bäst överens

med hur besvärande händelsen var, 1 är ”inte alls besvärande” och 7 är ”mycket besvärande”. Den tredje frågan består av två delar, den första delen berör respondentens upplevelse av sin förmåga att påverka händelsen eller problemet och den andra delen berör hur väntad händelsen var. I den första delen finns tre svarsalternativ: ”väldigt mycket”, ”i viss mån” eller ”inte alls”. Den andra delen har fyra svarsalternativ: ”helt oväntad”, ”ganska oväntad”, ”ganska förväntad” eller ”helt förväntad”. I den fjärde frågan som berör hur respondenten handskats med händelsen beskrivs olika copingstrategier och respondenten kryssar för ett eller flera alternativ. De olika copingstrategierna är: ”tänkte på annat”, ”såg på problemet på ett annat sätt”, ”gjorde något åt det”, ”gav utlopp för känslor”, ”accepterade problemet”, ”sökte stöd från andra”, ”slappnade av”, ”sökte andligt stöd”, ”övriga sätt att hantera problemet”. Det sista alternativet besvaras på en tom rad där respondenten med egna ord får beskriva en strategi. Personalen ombeds att fylla i enkäten vid fem arbetstillfällen i rad. Respondenterna fick även besvara ett frågeformulär som berörde bakgrundsdata (kön, ålder, arbetstid och omfattning, utbildning och civilstånd).

## **2.4 Tillvägagångssätt**

Enkät och missivbrev lämnades till personalen vid ett personalmöte, via enhetschefen på äldreboendet. Personalen som ej fanns närvarande fick enkäten och missivbrevet i sitt personliga postfack. Insamling av enkäterna kom att ske i en låst postlåda på äldreboendet. Enkäterna var kodade och två påminnelser gjordes. Författaren behandlade svaren konfidentiellt. Projektet har inte gått till forskningsetisk nämnd.

## **2.5 Dataanalys**

Kvantitativ data i DCA-enkäten bearbetades i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) i form av beskrivande statistik: medelvärde, median, procent, variationsvidd, antal (35). Parametrisk analys med oberoende t-test användes för att undersöka eventuella skillnader i ålder mellan vårdpersonal som deltog i föreliggande studie och personal som deltog i det större forskningsprojekt men ej i föreliggande delstudie. Det öppna svarsalternativet som berörde personalens upplevelse av stressorer bearbetades med hjälp av innehållsanalys (36). Svaret på den öppna frågan genomlästes flera gånger för att få en helhetsbild samt delades in i kodade meningsenheter utifrån varje enskilt svar. Sedan kondenserades det till kortare text för att bli mer greppbart. Kondenseringen delades därefter in i koder – för att få en uppfattning av de beskrivna stressorerna. Subkategorierna jämfördes utifrån samhörighet och skillnader och resulterade i mer övergripande kategorier, d.v.s.

stressorer med liknande innehåll fördes samman till subkategorier och slutligen kategorier. Exempel ifrån varje subkategori samt kategori visas i tabell 2.

**Tabell 2. Exempel beträffande processen i innehållsanalysen av den öppna frågan.**

<b>Kod</b>	<b>Meningsenhet/stressorer</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
4:1	Hittade en boende på golvet	Hittar en boende på golvet	Fall	Omvårdnadsproblemen	Patientrelaterat
8:1	4 personal, 2 kvällstid. Alltför låg bemanning. Hinner ej med den omvårdnad som krävs.	Låg bemanning, hinner inte med omvårdnaden	Hinner inte med omvårdnaden p.g.a. personalbrist	Arbetsbelastning	Personalrelaterat
10:1	En aggressiv person som nyps, slåss, bits och skriker fruktansvärt högt, varje dag!	Aggressiv patient som nyps, slåss, bits och skriker.	Aggressiv boende	Patientbeteende	Patientrelaterat

## **2.6 Forskningsetiska övervägande**

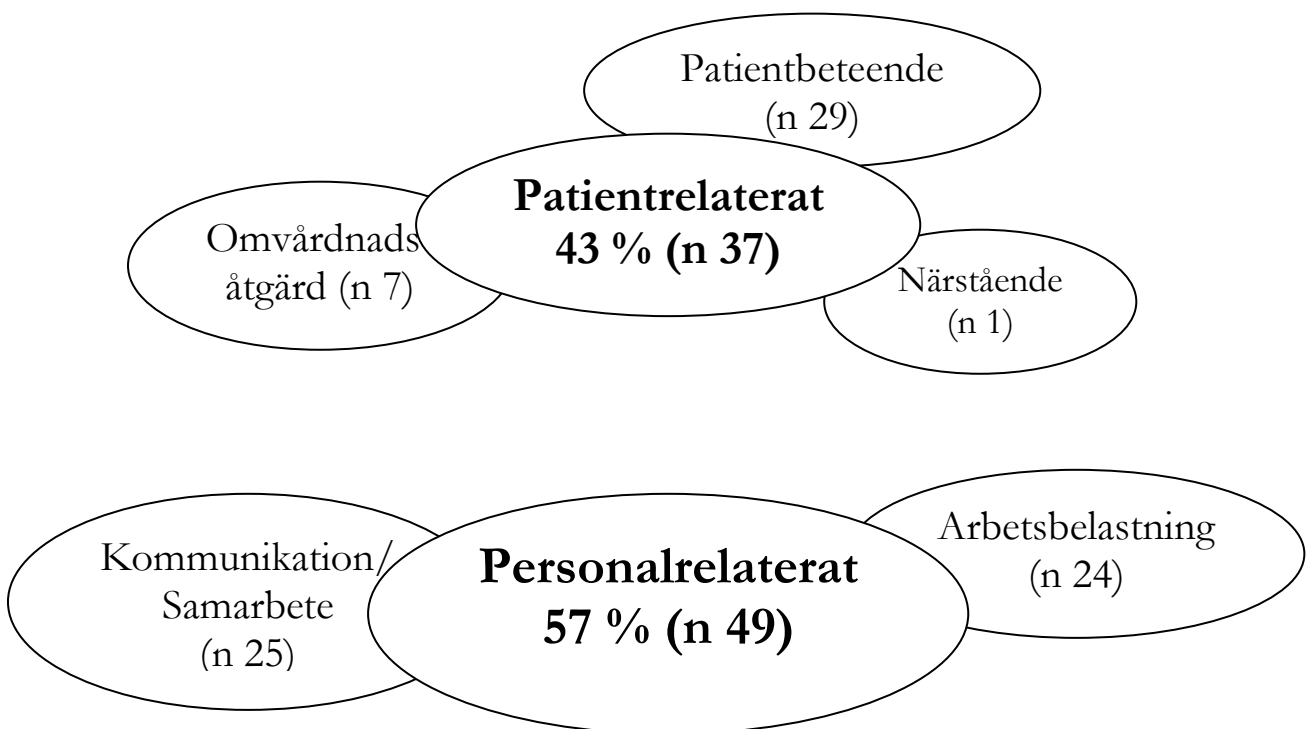
Kontakt togs med verksamhetschefen för godkännande av studien och samtliga i personalgruppen fick skriftlig information och erbjöds muntlig information. Projektet har inte gått till forskningsetisk nämnd. Missivbrevet lämnades ut tillsammans med DCA-enkäten. I missivbrevet betonades att det var ett frivilligt deltagande och att personalen kunde avbryta sitt deltagande när som helst. Data behandlades konfidentiellt.

### 3. Resultat

Resultatet presenteras utifrån frågeställningarna och redovisas i löpande text, figur och tabeller.

#### 3.1 Vårdpersonalens upplevelser av stressorer

Vårdpersonalen upplevde att vid 86 arbetstillfällen förekom stressorer, utav sammanlagt 155 möjliga arbetstillfällen. Resultatet utmynnades i två huvudkategorier; patientrelaterade och personalrelaterade stressorer. Utav dessa två huvudkategorier framkom ytterligare fem subkategorier, se figur 1.



**Figur 1.** Förekomst av stressorer indelat i huvudkategorier och subkategorier.

##### 3.1.1 Patientrelaterat

Stressorer som framkom under denna huvudkategori omfattade 43 % av det totala antalet stressorer (n=86). Subkategorierna har delats in i patientbeteende, omvårdnadsåtgärd och kontakt med närstående. Kategorin innefattar händelser som vårdpersonalen beskrev som patienternas oro, ångest och aggressivitet, problem i omvårdnaden av patienterna gällande deras hygien, medicin, städ, mat och förekomst av fall samt kontakt med anhörig.

### Patientbeteende

Händelser som ingick i denna subkategori var aggressiva patienter, sexuellt närmande ifrån patient riktat mot personal, oro och ångestfyllda patienter.

*”Boende gör närmanden av de sexuella slaget”* Informant 3

*”En aggressiv person som nyps, slåss, bits och skriker fruktansvärt högt, varje dag!”*

Informant 10

*”En orolig och ångestfylld pat. Ville ha sällskap och trygghet. Pat larmade mycket under kvällen.”* Informant 22

### Omvårdnadsåtgärd

Händelser som beskrevs i denna subkategori berörde förekomst av fall bland de boende, problem vid medicinintag, händelser vid måltider och hjälp med personlig hygien.

*”En dam som föll i tv-rummet. Hon låg på golvet och ropade på hjälp. Ett litet sår i pannan.”*

Informant 71

### Närstående

I denna subkategori beskrevs en händelse.

*”Illa bemött av berusad anhörig. Blev utskälld och hotad.”* Informant 65

### **3.1.2 Personalrelaterat**

Stressorer som framkom under denna huvudkategori omfattade 57 % av det totala antalet stressorer, dessa har delats in i subkategorierna; arbetsbelastning och kommunikation/samarbete. Subkategorierna innefattade händelser som vårdpersonalen beskrev som tidsbrist, personalbrist, arbetsrelationer, samarbetsproblem mellan avdelningar, kommunikationsproblem mellan chef-personal och personal-personal.

### Arbetsbelastning

Här beskrevs händelser som utgjorde påfrestningar i egenskap av personalbrist, tidsbrist, underbemanning och för många sysslor.

*”Måndag, mycket att göra med duschning och allt. Kort om folk. Känner mig lite stressad.”*

Informant 53

*”Kommer och ska börja att arbeta och det fattas personal. Tar sådan tid att komma igång.”*

Informant 60

### Kommunikation/Samarbete

Stressorer som beskrevs i denna subkategori innefattade kommunikation och samarbete mellan chef-personal och mellan personal-personal.

*”Att viss personal är snabb att klaga på andra att de inte hjälper till, och sen är lika själv”*

Informant 48

*”Problemet med att inget händer, hjälp som vi ber om. Våra chefer får ju inte beklaga sig för sin arbetsgivare-kommunen, då blir dom omplacerade.”* Informant 10

### **3.2 Stressnivå, påverkansmöjlighet och förutsägbarhet.**

Resultatet gällande stressnivå visade ett medianvärde på 5 när samtliga stressorer fördes samman. I tabell 3 beskrivs vårdpersonalens upplevelser av stressnivån, påverkansmöjlighet och förutsägbarhet indelat i ”Alla stressorer”, ”Patientrelaterade stressorer” och ”Personalrelaterade stressorer.” En respondent beskrev stressorn men inte dess stressnivå, påverkansmöjlighet och förutsägbarhet, vilket gör att antalet stressorer i tabell 3 uppgår till 85.

**Tabell 3 Vårdpersonalens upplevelse av stressorer.**

	Alla stressorer	Patientrelaterade stressorer	Personalrelaterade stressorer
<b>Antal stressorer n (%)</b>	85 (100)	37 (43,5)	48 (56,5)
<b>Stressnivå, median (r=1-7)</b>	5	5	5
<b>Kunde påverka situationen n (%)</b>			
• Väldigt mycket	6 (7,1)	2 (5,4)	4 (8,3)
• I viss mån	39 (45,9)	20 (54,1)	19 (39,6)
• Inte alls	40 (47,1)	15 (40,5)	25 (52,1)
<b>Hur väntad var händelsen n (%)</b>			
• Helt oväntad	9 (10,6)	3 (8,1)	6 (12,5)
• Ganska oväntad	12 (14,1)	2 (5,4)	10 (20,8)
• Ganska förväntad	56 (65,9)	28 (75,7)	28 (58,3)
• Helt förväntad	8 (9,4)	4 (10,8)	4 (8,3)

**r= Variationsvidd**

### 3.3 Vårdpersonalens användning av copingstrategierna

Resultatet av använda copingstrategier enligt DCA visade att ”gjorde något åt det”, ”sökta stöd från andra” och ”accepterade problemet” var vanligast förekommande. Minst använd var ”sökta andligt stöd”, ”tänkte på annat” och ”slappnade av”. Totalt användes 148 copingstilar på de 86 stressorer som framkom i föreliggande studie, dvs. personalen har hanterat händelsen på mer än ett sätt vid vissa situationer, se tabell 4.

**Tabell 4 Copingstrategier enligt DCA**

	Alla stressorer	Patientrelaterade stressorer	Personalrelaterade stressorer
<b>Antal stressorer, n (%)</b>	86 (100)	37 (43)	49 (57)
<b>Antal copingstrategier, n (%)</b>	148 (100)	62 (42)	86 (58)
• Tänkte på annat	1 (1,2)		1 (2,0)
• Såg på problemet på ett annat sätt	7 (8,1)	1 (2,7)	6 (12,2)
• Gjorde något åt det	40 (46,5)	22 (59,5)	18 (36,7)
• Gav utlopp för känslor	8 (9,3)	3 (8,1)	5 (10,2)
• Accepterade problemet	34 (39,5)	13 (35,1)	21 (42,9)
• Sökta stöd från andra	35 (40,7)	18 (48,6)	17 (34,7)
• Slappnade av	4 (4,7)		4 (8,2)
• Övriga sätt att hantera problemet	19 (22,1)	5 (13,5)	14 (28,6)
• Sökta andligt stöd	0	0	0



### 3.3.1 Övriga sätt att hantera problemet

Resultatet av copingstrategin ”övriga sätt att hantera problemet” beskrevs ytterligare utav totalt 17 respondenter. Dessa beskrivningar har författaren valt att visa i tabell 5.

**Tabell 5 Respondenternas beskrivning av copingstrategin ”övriga sätt att hantera problemet”.**

	Alla stressorer	Patient relaterade stressorer	Personal relaterade stressorer
Antalet, (n)	17	5	12
”En del uppgifter får komma i andra hand”	2		2
”Pratade med ledningen om vad som gäller”	4		4
”Övertalade samt erbjöd boende annan kost”	1	1	
”Bad om ursäkt”	1		1
”Jobbade övertid”	1		1
”Rapporterade till annan personal”	1	1	
”Personalen hjälps åt”	3	1	2
”Avleda boende”	1	1	
”Pratade lugnande med boende”	1	1	
””Fortsatte att jobba”	1		1
”Talade med berörd personal”	1		1

## 4 Diskussion

### 4.1 Huvudresultat

Vårdpersonalen upplevde att vid 86 arbetstillfällen förekom stressorer, utav sammanlagt 155 möjliga arbetstillfällen. Resultatet gällande stressorerna utmynnade i två huvudkategorier; patientrelaterade och personalrelaterade stressorer. Av dessa två huvudkategorier framkom ytterligare fem subkategorier, patientbeteende, omvårdnadsåtgärd, kontakt med närstående, arbetsbelastning och kommunikation/samarbete. Medianvärdet gällande stressnivån var 5 (1= inte alls besvärande -7= mycket besvärande). På frågan om personalen kunde påverka händelsen upplevdes detta vid 40 tillfällen som "inte alls" och vid 39 tillfällen "i viss mån" samt vid 6 tillfällen "väldigt mycket". På frågan om händelsen var väntad svarade personalen att vid 56 tillfällen var händelsen "ganska förväntad", vid 12 tillfällen upplevdes "ganska oväntad" och 9 tillfällen "helt oväntad". Resultatet av använda copingstrategier enligt DCA visade att "gjorde något åt det", "sökte stöd från andra" och "accepterade problemet" var vanligast förekommande. Minst användes "tänkte på annat" och "slappnade av". Copingstrategin "sökte andligt stöd" användes aldrig av respondenterna i föreliggande studie.

### 4.2 Resultatdiskussion

I föreliggande studie gestaltas vårdpersonalens upplevda stressorer som patientrelaterade och personalrelaterade vid 86 arbetstillfällen utav 155 möjliga. Dessa huvudkategorier bestod av fem subkategorier; patientbeteende, omvårdnadsåtgärd, kontakt med närstående, arbetsbelastning och kommunikation/samarbete. Vårdpersonalens upplevelse av stress orsakades mest av "patientbeteenden", "arbetsbelastning" och "kommunikation/samarbete".

Sjuksköterskor från Norge (13) upplevde att stressorerna "för mycket att göra", "personalbrist" och "att handskas med krävande och svårt sjuka patienter" var det som skapade mest spänning. Motsvarigheten går att finna i föreliggande studie där subkategorierna "arbetsbelastning" samt "patientbeteenden" utgjorde flest stressorer. I föreliggande studie består subkategorin "kommunikation/samarbete" i likvärdig relation till sjukvårdsbiträden i Norge (19,20) gällande arbetsfaktorer som rollkonflikter, dålig uppföljning, mindre stöd samt hot och våld som upplevda stressorer.

En studie (14) som har gjorts i Finland 2003, beskriver några faktorer som samvarierar med stressupplevelser inom sjukvårdsorganisationen. Stressen upplevdes vara vanligare bland personal med högre ansvar på större enheter jämfört med personal med tillfällig anställning

som arbetade på mindre enheter (14). I ytterligare studier konstateras att mer ansvar har ett samband med hög arbetsbelastning (14,15). I föreliggande studie framkom att stressorn arbetsbelastning bestod av subkategorierna/stressorererna personalbrist, tidsbrist, underbemanning eller för många sysslor kom att utgöra stressorer för vårdpersonalen.

I föreliggande studie framkom att medianvärdet för stressnivån var 5 för de olika stressituationerna. Likheter går att finna i Dewes studie (13) där sjuksköterskor beskriver att upplevelse av stress orsakas av ”för mycket att göra” och att detta gav den allra högsta stressnivån då det skapade mest spänning och trötthet. I föreliggande studie framkom att ökad arbetsbelastning var en stressor. Vidare visade studien att bristande kommunikation/samarbete hörde till negativa upplevelser i arbete som personalen mest inte kunde påverka. I en annan studie (16) framkom att stressorer som berör arbetsbörda, relationen med övrig personal, vilken typ av arbetsledning som fanns, och brist på belöning/uppskattning samvarierade med upplevelsen av arbetsmiljön.

I en studie (17) visades att copingstrategierna ”gjorde något åt det” och ”sökte stöd från andra” användes mest utav vårdpersonalen samt att det gav ett skydd emot mental stress. I föreliggande studie framkom likheter med den studien, vårdpersonalen i föreliggande studie använde sig mest utav copingstrategierna ”göra något åt situationen” samt ”söka stöd från andra”. Resultat från en studie (25) beskrev användbara samt ej användbara copingstrategier i dåliga arbetsförhållanden och detta gav belägg för att känslomässig påverkan har betydelse för arbetsprestationen. Strategin ”självbehärskning” hade sämre effekt medans ”ge utlopp åt” förstärktes i dåliga arbetsförhållanden. Det fanns ett samband mellan funktionella strategier och överlevnad i stressiga arbetsförhållanden enligt en studie (27) som undersökte utbrändhet och coping bland sjukvårdspersonal i Spanien, här beskrev att inte enbart copingstrategier eliminerade utbrändhet men att dessa kunde förhindra arbetsrelaterad stress. Tunedal och Fagerberg (37) beskriver att lång och bred erfarenhet i sjuksköterskeyrket inom äldreomsorgen är en viktig komponent i arbetet, erfarenhet gav en personlig mognad och trygghet i yrkesrollen samt grundläggande medicinska och medicinsktekniska kunskaper.

Hur väntad stressituationen var beskrevs mest som ”ganska förväntad”. Hur personalen kunde påverka sin stressituation kom att bli mest ”inte alls” tätt följd av ”i viss mån”. Varför situationerna upplevdes av 66 % hos respondenterna som ”ganska förväntad” får författaren att tro att detta genomsyrar deras vardag. De kanske görs för få kvalitetsuppföljningar i

personalens verksamhet med hänsyn till att 47 % av personalen beskrev att det ”inte alls” kunde påverka situationen. Att stressnivån upplevdes som 5 tror författaren grundar sig på den empati och känsla personalen har för sitt arbete, dvs. för sina patienter och sina medarbetare. Att personalen reagerar med hög stressnivå medför ett behov av förändringsarbete i vården. Men förändringar leder inte alltid först till förbättring, det bör diskuteras och följas upp enligt de strategier och riktlinjer som arbete tillåter. Personalen på vårdhem är tillfreds med arbetet men mindre tillfreds med vidareutbildning, överordnad/ledningen och lön (10). I en studie (22) från 2004 beskrivs hur vårdpersonalens utbrändhet och patienters tillfredsställelse samvarierar på arbetsplatsen, detta kom att påverkas av förändringar i arbetsmiljön. Förbättringar i arbetsmiljön ledde till minskade nivåer av stress och utbrändhet hos personalen samt att patienterna under sin sjukhusvistelse upplevde sig ha bättre tillfredsställelse i sin vård. Ju högre grad av patienttillfredsställelse som påträffades, fanns också en lägre grad av utbrändhet och upplevd stress bland personalen (22).

#### **4.3 Metoddiskussion**

Studien hade en deskriptiv design och kom att beskriva de stressupplevelser som vårdpersonalen upplevde samt de copingstrategier som användes i arbetet på ett äldreboende. Då ett icke randomiserat urval gjorts så blir resultatet svårare att generalisera. Data samlades in via ett standardiserat instrument (DCA) vilket är en styrka, sjuttiosju enkäter delades ut och svarade gjorde 31 personer, vilket gav en svarsfrekvens på 43 %. Enkäten bestod av dagboksanteckningar från fem dagar i följd och det fanns 86 dagar med olika stressorer som analyserats i föreliggande studie. Då det finns ett betydande bortfall är osäkerheten således stor hur resultatet ska tolkas. Ju större bortfallet är, desto större är naturligtvis risken för felaktiga generaliseringar till populationen. Det som i efterhand skulle kunna ha gjorts är att ha tagit ett slumpmässigt urval ifrån bortfallet, som då skulle ha bearbetas genom att plocka ut nyckelfrågor ur enkäten och som man ber att få besvarade vid t.ex. en telefonkontakt, eller bestämd tidpunkt på arbetsplatsen. Uppgifterna från deltagarna och bortfallet skulle sedan ha vägts samman med hjälp av särskilda metoder (35). Då denna studie ingick i ett större forskningsprojekt så fanns det data om delar av bortfallet genom en enkät som ingick i en annan delstudie och därav kunde delar av bortfallet jämföras gällande ålder, antal år inom äldreomsorgen och totalt antal år inom sjukvården med deltagarna i föreliggande studie. Då inga statistiskt signifikanta skillnader fanns beträffande dessa jämförda variabler, kan data användas från respondenterna som en skattning av hela urvalet och därigenom som en skattning av den studerade populationen (35). För att etablera tillförsikt i datans tolkning

gällande innehållsanalysen av den beskrivna stressorn, vill författaren i föreliggande studie styrka trovärdigheten genom de citat som tas upp under varje subkategori. En annan aspekt som ytterligare ökar studiens trovärdighet är att handledaren deltagit som medbedömare i analysen och att uppsatsgruppen varit ett diskussionsforum under hela studiens genomförande (38).

#### **4.4 Allmän diskussion**

Hur personer påverkas av stress i sin arbetssituation varierar från individ till individ utifrån många olika faktorer som t.ex. personlighet, socialt stöd, arbetstillfredsställelse, utbildning, erfarenhet och hur effektivt man hanterar sin eventuellt kommande stress (7). Att resultatet kom att bli fler personalrelaterade stressituationer än patientrelaterade kan enligt författaren till föreliggande studie vara relaterat till att vården inom äldreomsorgen bedrivs utav flest kvinnor med otydliga roller i sin arbetssituation, kanske för dåligt samarbete mellan personalen för att det finns olika utbildningar och erfarenheter inom personalgruppen. Inom det kliniska arbetet skulle fler i personalgruppen behöva få komma till insikt i hur kommunikation och samarbete skall hanteras, just för att skapa en bättre arbetsmiljö och minska eventuell stress. Det bekräftas i en ny doktorsavhandling från 2007 (39) att just bra handledning och stöd påverkar arbetet positivt när vårdpersonalen ställs inför svåra etiska dilemman, bristande resurser och intressekonflikter.

Enligt Somerfield (26) finns det studier som bekräftar att ytterligare forskning är berättigad inom detta område. Somerfield anser att copingforskning bör rikta sig mot att mer systematiskt undersöka stress såväl som copingprocesser samt att införa mer resultatriktade mikroanalytiska ansatser. Som förslag till mer forskning inom området skulle en experimentell forskning vara av intresse där forskaren lägger vikt på interventionen inom personalgruppens kommunikation och samarbete, detta skulle ge ytterligare kunskap om hur människor kanske uppfattar dessa fenomen i arbetslivet. Att förstå och tolka människor kan ske på många olika sätt, oavsett hur detta görs så är användandet av den nyvunna insikten av stor betydelse för fortsatt utveckling inom personalgrupper inom hälso- och sjukvård. Om inte dessa problem uppdagas och följs upp så kommer det att speglas i patienters och de blivande patienternas förtroende för dagens och kanske framtidens kommande hälso- och sjukvård.

### ***Realistiska mål ger arbetstillfredsställelse.***

I arbetet med just äldre patienter är det viktigt att formulera realistiska mål för att känna arbetstillfredsställelse (8). Nedsärningar och förändringar har skett under lång tid och förändring till det bättre sker inte över en natt. Däremot så kan redan idag ett förbättringsarbete genomföras för att fastställa och bestämma gemensamma mål. För att kunna ge god omvårdnad krävs att orsakerna kan granskas till det beteende som tolkas som besvärligt. Ofta finns en rimlig förklaring till problemet (8). Att som vårdpersonal stimulera sin egen nyfikenhet och vilja att försöka lära sig något nytt och förstå helheten, tycker författaren är viktigt i vården av äldre, göra vårdandet mer spännande och aktivt, inte enbart se det som ett problem som ska lösas. Viktigt här är att försöka sträva efter realistiska mål som berörd vårdpersonal måste ha i sin verksamhet. Det är viktigt att förstå att personalen har olika värderingar, attityder, kunskaper och färdigheter i alla dessa patient- och personalrelaterad händelser.

Att ha som uppgift att beskriva människors upplevelser är av stort intresse för många då utveckling av oss individer ständigt går framåt, inte minst inom hälso- och sjukvården. Insikten i att just dessa fenomen i föreliggande studie upptäcktes inom personalgruppen är inget nytt, bara en bekräftelse på att människor är olika individer som ibland kan vara svåra att både forma och förstå sig på!

## 5. Referenser

1. Socialstyrelsen. Utmattningsyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Erlanders Gotab AB; 2003.
2. Arbetslivsinstitutet. Mentala krav och stress. 2006. Åtkomst 25/1-06 Tillgänglig: [http://www.arbetslivsinstitutet.se/stress/insivid/mentala\\_krav.sap](http://www.arbetslivsinstitutet.se/stress/insivid/mentala_krav.sap)
3. Nationalencyklopedin. Åtkomst 26/1 -06 Tillgänglig: [http://nationalencyklopedin.se/jsp/search/printarticle.jsp?i\\_art\\_id=316959&i\\_se...](http://nationalencyklopedin.se/jsp/search/printarticle.jsp?i_art_id=316959&i_se...)
4. Ljung T, Friberg P. Stressreaktionernas biologi. *Läkartidningen* 2004; 101:1089-1094.
5. Hill Ryce V. *Handbook of stress, coping and health*. 9: Lazarus R S. Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. Carlifonia: SAGE Publications: 2000.
6. Fokman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, De-Longis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encouter Outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986;50(5): 992-1003.
7. DeLongis A, Holtzman S. Coping in context: The role of stress, social support and personality in coping. *J Pers* 2005; 73: 1633-1656.
8. SBU-rapport 163, Evidensbaserad äldrevård, En inventering av det vetenskapliga underlaget. Elanders Graphic Systems, Göteborg; 2003.
9. Skog M, Grafström M. *Geriatrisk omvårdnad och geriatrik*, Stockholm: Bonnier Utbildning AB; 2003.
10. Castle NG, Degenholtz H, Rosen J. Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Serv Res* 2006; 1186/1472-6963-6-60.
11. Furåker C, Berntsson L. Vårdenhetschefers mål och arbete. *Vård i Norden* 2003; 23:27-32.
12. Alexandersson K, Björklund L, Bolinder G, Brandell Eklund A, Ekblom B, Glise K, et al. Allt väl? Om livsstil, ansvar och hälsa, *Svensk Medicin* 74, Svenska Läkaresällskapet och Förlagshuset Gothia AB, Stockholm; 2004.
13. Dewe PJ. Stressor frequency, tension, tiredness and coping: some measurement issues and a comparision across nursing groups. *J Adv Nurs* 1989; 14:308-20.
14. Mäkinen A, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M. Organization of nursing care and stressful work characteristics. *J Adv Nurs* 2003; 43:197-205.
15. Vanagas G, Bihari-Axelsson S. The factors associated to psychosocial stress among general practitioners in Lithuania. Cross-sectional study. *BMC Health Service* 2005; 1472-6963-5-45.

16. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs* 2003;44:633-642.
17. Margallo-Lana M, Reichelt K, Hayes P, Lee L., Fossey J, O'Brien J, et al. Longitudinal comparison of depression, coping, and turnover among NHS and private sector staff caring for people with dementia. *BMJ*. 2001; 322 (7289) : 769-770.
18. McGills Halls L, PhD, RN, Doran D, PhD, RN. Nurses' perceptions of hospital work environments. *J Nurs Man* 2007; 15(3), 264-273.
19. Eriksen W, Tambs K, Knardahl S. Work factors psychological distress in nurses' prospective cohort study. *BMC Public Health* 2006; 1186/1471-2458-6-290.
20. Eriksen W. Practice area and work demands in nurses' aides a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2006; 1186/1471-2458-6-97.
21. Escribá-Añir V, Tenías-Burillo JM. Psychological well-being among hospital personnel: the role of family demands and psychosocial work environment. *Int Arch Occup Environ Health* 2004; 77:401-408.
22. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med care* 2004 Feb; 42:1157-66.
23. Engström M, Ljunggren B, Lindkvist R, Carlsson M. Staff satisfaction with work, perceived quality of care and stress in elderly care: psychometric assessments and associations. *J Nurs Manag* 2006; 14, 318-328.
24. Kristoffersen N J. Allmän omvårdnad 2. Stockholm: Författarna och Liber AB; 1998
25. Steven P Brown, Robert A, Westbrook, Goutam Challagall. Good Cope, Bad Cope: Adaptive and Maladaptive Coping strategies Following Critical Negative Work Event. *J Appl Psychol* 2005; 90792-798
26. Somerfield MR. The Future of Coping Research as We Know It: A Response to Commentaries. *J Health Psychol* 1997; 2:173-183.
27. Jenaro C, Flores N, Arias B. Burnout and Coping in Human Service Practitioners. *Prof Psychol Res Pr* 2007;38:1:80-87.
28. Rafii F, Oskouie F, Nikraves M. Factors involved in nurses' responses to burnout a grounded theory study. *BMC Nursing* 2004; 1472-6955-3-6.
29. Wood MJ, Kerr JC, & Brink P. Basic step in Planning Nursing Research. From Question to proposal. London: Jones and Bartlett Publishers. 2006.
30. Wasteson E, Nordin K, Hoffman K, Glimelius B, Sjöden P O. Daily assessment of coping in patients with gastrointestinal cancer. *Psychooncology* 2001;11:1-11.



31. Stone AA, Neale JM, Shiffman S. Daily assessments of stress and coping and their association with mood. *Ann Behav Med*. 1993;15:8-16.
32. Stone AA, Schwartz JE, Neale JM, Shiffman S, Marco CA, Hickcox M, et al. A comparison of coping assessed by ecological momentary assessment and retrospective recall. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74: 1670-1680
33. Marco CA, Neale JM, Schwartz JE, Shiffman S, Stone AA. Coping with daily events and short-term mood changes: An unexpected failure to observe effects of coping. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 755-764.
34. Stone AA, Kennedy-Moore E, Neale JM. Association between daily coping and end-of-day mood. *Health Psychol* 1995; 14: 341-349.
35. Ejlertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna. Studentlitteratur 2003.
36. Graneheim UH, & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24:105-112.
37. Tunedal U, Fagerberg I. Sjuksköterskan inom äldreomsorgen – en utmaning. *Vård i Norden* 2/2001;60 (21): 27-32 .
38. Polit Denise F, Beck Cheryl. T. *Nursing Research Principles and Metod* - 7<sup>th</sup> ed. by Lippincott Williams & Wilkins 2004.
39. Källemark Sporrang Sofia. Ethical Competence and moral Distress in the Health Care sector: A prospective Evaluation of Ethics Rounds. Uppsala University, Interfaculty Units, *Acta Univ Up* 2007. Doctoral thesis, uru:nbn:se:uu:diva-7493.

