

Vinnuálag og líðan mismunandi starfshópa kvenna í öldrunarþjónustu

Ágrip

Hólmfríður K. Gunnarsdóttir¹

SÉRFRÆÐINGUR Í HEIL-
BRIGÐISVÍSINDUM

Kristinn Tómasson¹

SÉRFRÆÐINGUR Í GED- OG
EMBÆTTISLÆKNINGUM

Guðbjörg Linda Rafnsdóttir^{1,2}

SÉRFRÆÐINGUR
Í FÉLAGSFRÆÐI

Greinin er byggð á niður-
stöðum rannsóknar sem birtist
í Work 2004; 22: 41-7.

Ritstjórn Work hefur
góðfúslega veitt leyfi til að
niðurstöðurnar birtist á
íslensku í Læknablaðinu.

Eftirfarandi aðilar styrktu
rannsóknina: Efling stéttar-
félag, Elli og hjúkrunarheim-
ilið Grund, Félag íslenskra
hjúkrunarfræðinga, Sjúkra-
liðafélag Íslands, heilbrigðis-
og tryggingamálaráðuneytið,
Hrafnista – DAS, Landspítali.

Tilgangur: Að rannsaka mögulegt ójafnræði í vinnu-
álagi og líðan kvenna í öldrunarþjónustu og hvort
einhverjir starfshópar gætu sérstaklega þurft á heilsu-
vernd að halda.

Efniviður og aðferðir: Um er að ræða þversniðsrann-
sókn sem náði til allra starfsmanna á 62 öldrunar-
stofnunum og öldrunardeildum á Íslandi þar sem
voru 10 eða fleiri starfsmenn. Dreift var 1886 spurn-
ingalistum með 84 spurningum um lýðfræðileg og
vinnutengd atriði, heilsu og lífsstíl. Aldursstaðlað
mat á áhættuhlutfalli (OR) með 95% vikmörkum
(95% CI) var reiknað. Hjúkrunarfræðingar voru
hafðir sem viðmið fyrir aðra starfshópa.

Niðurstöður: Svörun var 80%. Hjúkrunarfræðingar
voru 16% af heildarhópnum, sjúkraliðar 21%, ófag-
lært starfsfólk 44%, ræstítæknar 8% og aðrir 12%.
Karlar voru 4,5% starfsmanna. Sjúkraliðar, ófaglærð-
ir og ræstítæknar máttu starfið bæði líkamlega erfið-
ara og andlega og líkamlega einhæfara en hjúkrun-
arfræðingarnir sem leið heldur betur líkamlega og
andlega en hinum hópunum. Líttill munur var á heim-
sóknnum hópanna til lækna.

Ályktanir: Mismunandi starfshópar kvenna í öldrun-
arþjónustu búa við ólíkt andlegt og sálfélagslegt
vinnuálag sem endurspeglast í líðan. Niðurstöður
rannsóknarinnar ættu að hvetja heilbrigðisyfirvöld til
að huga sérstaklega að heilsuvernd þeirra sem bera
hitann og þungann af umönnun aldraðra hérlendis.

Inngangur

Samkvæmt Ensk-íslensku orðabókinni (1) er enska
orðið *socioeconomic* þýtt með orðinu *félagshag-
fræðilegur*. Í þessari grein verður þó notast við orðin
félagsleg staða og *þjóðfélags hópur* sem eru þekkt í
málinu og taka til skólamenntunar, starfs/stöðu og
efnahags fólks.

Sýnt hefur verið fram á það í mörgum rannsóknum
að tengsl eru á milli félagslegrar stöðu og heilsu-
fars. Þeir sem betur mega sín njóta almennt betri
heilsu en aðrir (2, 3). Skólaganga, starf og efnahagur
eru þær breytur sem lengi hafa verið notaðar til að
skipa fólki í þjóðfélags hópa og gagnast nokkuð vel
þótt hver þessara mælikvarða hafi sína kosti og galla
(2, 4, 5).

Þegar um vinnuna er að ræða er dæmið nokkuð
flókið því að það þarf ekki að vera vinnan sjálf í þröng-
um skilningi sem hefur áhrif á heilsufarið, heldur allt

ENGLISH SUMMARY

Gunnarsdóttir HK, Tómasson K, Rafnsdóttir GL

Work strain and well being among different groups of female personnel in geriatric care

Læknablaðið 2004, 90: 217-22

Objective: To study possible inequalities in work strain
and well-being among women working in geriatric care
and to find out if some groups might need special public
health measures.

Material and methods: In this cross-sectional question-
naire reaching throughout Iceland, the participants were
employees in 62 geriatric nursing homes and geriatric
hospital wards with 10 or more employees. A total of 1886
questionnaires were distributed. The 84-item questionnaire
included questions on demographic and work-related
factors, health and life style. Age-adjusted odds ratios
(OR) were calculated and confidence intervals were set at
95% (95% CI). Registered nurses were taken as a
reference category.

Results: The response rate was 80%. Registered nurses
accounted for 16%, practical nurses 21%, unskilled
attendants 44%, cleaning personnel 8% and others 12%
of the total group. Men were 4.5% of the group. The
practical nurses, unskilled attendants and cleaning
personnel assessed work as more physically difficult, and
more monotonous both physically and mentally, than did
the registered nurses, who enjoyed somewhat more
physical and mental well-being than the others. Little
difference was found as to visits to doctors.

Conclusions: Various personnel groups of women in
geriatric care have different physical and psychosocial
workload that is reflected in their well being. The results
provide opportunities to guide public health measures for
people employed in geriatric care.

Keywords: women, geriatric care, work, occupational
health care.

Correspondance: Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, hkg@ver.is

¹Rannsókn- og heilbrigðis-
deild Vinnueftirlitsins,
²Félagsvísindadeild
Háskóla Íslands.

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Hólmfríður K. Gunnarsdóttir,
Rannsókn- og heilbrigðis-
deild Vinnueftirlitsins, Bils-
höfða 16, 110 Reykjavík.
hkg@ver.is

Lýkilord: konur, öldrunar-
þjónusta, vinna, heilsuvernd.

sem vinnunni fylgir, það er lífshættir og ýmiss konar
álag (3). Vinnan virðist ekki heldur vera eins sterk
tengd heilsufari kvenna og karla (6, 7). Hjá konum
hefur skólagangan á hinn bóginn reynst hafa ágætt
forspárgildi um sjálfmetna heilsu (8). Konur með
stutta skólagöngu að baki og í láglauastörfum eru
líklegri en aðrar til að lýsa lélegu heilsufari og vanlíð-
an (3).

Rannsókn á vinnu og vinnuálagi sjúkraliða
og kvenna í heimahjúkrun aldraðra í Svíþjóð leiddi í

Tafla I. Lýðfræðilegar og starfstengdar breytur hjá starfshópum kvenna í öldrunarþjónustunni (n= 1215). Staðalfrávik í svigum.

	Hjúkrunarfræðingar	Sjúkraliðar	Ófaglærðar	Ræstitækna	Aðrar
Lýðfræðilegar breytur					
Meðalaldur**	46,7 (10,0)	45,6 (10,5)	43,0 (14,8)	46,3 (13,7)	46,6 (13,1)
Meðalhæð*	167,4 (6,1)	166,2 (5,8)	165,9 (6,0)	164,4 (7,2)	165,3 (6,6)
Meðallíkamsþyngd	72,4 (12,9)	71,3 (11,8)	70,0 (12,7)	71,1 (15,8)	71,0 (14,2)
	Hlutfallstölur (%)				
Skólamenntun					
Framhaldsmenntun í háskóla	14	1	1	0	2
Hjúskaparstaða					
Gift	75,6	79,8	67,3	71,1	72,9
Einhleyp	8,1	9,2	19,5	15,5	14,3
Fráskilin	13,2	9,9	8,9	5,2	7,5
Ekkja	3,0	1,1	4,2	8,2	5,3
Vinnuumhverfi					
Þurrt loft**	29,5	19,6	22,5	25,0	37,0
Þungt loft**	24,0	16,0	22,0	19,7	35,1
Ólykt**	28,5	17,5	18,3	21,1	37,6
Þrengsli**	42,1	33,0	39,5	48,2	56,4
Lífshættir					
Stunda ekki reglubundna líkamsrækt***	13,8	13,0	25,0	31,6	23,7
Reykja***	23,2	31,1	42,6	31,5	28,5
Neyta áfengis**	79,9	74,4	76,4	59,3	71,0

*p<0,01 **p<0,001, ***p<0,0001.

ljós að vinnan var talin bæði andlega og líkamlega erfið en samt sjálfstæð og gefandi (9). Í þeirri rannsókn voru sjúkraliðar óánægðari í vinnunni en ófaglærðar konur í umönnun (9). Rannsókn á nýgengi krabbameina hjá heilbrigðisstarfsmönnum í Finnlandi sýndi á hinn bóginn að hjúkrunarfræðingar voru í helmingi meiri hættu að fá brjóstakrabbamein en sjúkraliðar en hvítblæði og krabbamein í eitlum og lifur voru sjaldgæfari meðal sjúkraliða en hjúkrunarfræðinga (10). Tengsl þjóðfélagslegrar stöðu og heilsufars eru því talsvert flókin.

Hjúkrunarstörf eru almennt talin andlega erfið. Alþjóðavinnuumálastofnunin hefur séð ástæðu til að gefa út leiðbeiningar um það hvernig unnt sé að draga úr streitu meðal hjúkrunarfræðinga (11). Vinnutengd streita þeirra tengist hjúkrun dauðvona sjúklinga, samskiptum við annað starfsfólk, vanmætti að taka á tilfinningalegum viðbrögðum sjúklinga og fjölskyldna þeirra, vinnuálags og fleira. Ætla má að álag af þessu tagi sé ekki minna hjá sjúkraliðum og ófaglærðu fólki í umönnunarstörfum.

Heilbrigðisþjónustan er flókið félagslegt kerfi sem er byggt upp eins og pýramídi þar sem starfsfólkið stendur ólíkt að vígi að því er varðar völd, mannvirðingar, laun og möguleika til að þroskast (12). Eftir því sem neðar dregur í pýramídanum lækka launin, virðingin og sjálfræðið. Í öldrunarþjónustu í Svíþjóð reyndi hver starfshópur að afmarka sitt svæði og var annt um að sanna gildi sitt (12). Karasek og Theorell eru meðal þeirra sem hafa haldið því fram að álag í vinnu, sem stafar af togstreitu milli þess að gerðar séu miklar andlegar kröfur og að viðkomandi hafi lítið

sjálfræði í vinnunni, leiði til andlegrar og líkamlegrar vanlíðanar (13). Samkvæmt þessu má búast við því að ólíkir starfshópar búi við mismunandi heilsu.

Í ljósi þessarar vitneskju var ákveðið að rannsaka mögulegt ójafnræði í vinnuálagi og líðan kvenna í öldrunarþjónustu og hvort einhverjir starfshópar gætu sérstaklega þurft á heilsuvernd að halda.

Efniviður og aðferðir

Við notuðum efnivið frá könnun á heilsufari, líðan og vinnuumhverfi starfsfólks í öldrunarþjónustu (14). Könnunin fór fram frá morgni 1. nóvember til morguns 2. nóvember 2000. Allir starfsmenn á öldrunardeildum og öldrunarstofnunum á landinu, þar sem starfsmenn voru 10 eða fleiri, fengu spurningalista sem þeir voru beðnir að svara. Dreift var 1886 spurningalistum með 84 spurningum. Vinnustaðirnir reyndust 62. Þar sem margir útlendingar starfa í öldrunarþjónustu var spurningalistinn bæði á íslensku og ensku.

Spurt var um lýðfræðileg atriði, líkamlegt álag og líkamsbeitingu, óþægindi frá hreyfi- og stoðkerfi, andlegt og félagslegt álag, lífshætti og heilsufar. Spurningarnar um líkamlegt álag og líkamsbeitingu byggðust á norrænum spurningalista (15) en spurningarnar um andlegt og félagslegt álag voru sóttar í norræna spurningalistann um sálfélagslegt álag í vinnu (16). Aðrar spurningar voru fengnar úr ýmsum spurningalistum en listinn í heild var í megindráttum sá sami og lagður hafði verið fyrir hjá starfsmönnum leikskóla í Reykjavík (17). Sérstökum starfsmönnum á hverjum vinnustað var falið að dreifa spurningalist-

Tafla II. Hlutfall þeirra sem svöruðu játandi, aldursstaðlað mat á áhættuhlutfalli (OR) og 95% vikmörk (95% CI) starfstengds líkamlegs álags hjá starfshópum kvenna í öldrunarþjónustunni (n=1215). Hjúkrunarfræðingar hafðir til viðmiðunar við aðra hópa.

Líkamlegt álag	%	OR (95% CI)				
		Hjúkrunarfræðingar	Sjúkraliðar	Ófaglærðar	Ræstitækna	Aðrar
Vinnan líkamlega einhæf	38,4	1	2,8 (1,8-4,3)	2,3 (1,6-3,4)	5,7 (3,3-9,9)	2,9 (1,8-4,8)
Vinnan líkamlega erfið	71,2	1	3,5 (2,2-5,4)	3,7 (2,5-5,4)	0,9 (0,5-1,5)	0,7 (0,4-1,0)
Líkamlega úrvinda eftir vakt	65,2	1	2,8 (1,8-4,1)	2,3 (1,6-3,3)	1,0 (0,6-1,7)	0,8 (0,5-1,2)
Unnið með bol snúinn	31,6	1	3,2 (2,1-4,9)	2,2 (1,5-3,3)	1,8 (1,0-3,5)	0,8 (0,5-1,5)
Unnið með bogið bak	49,8	1	5,0 (3,2-7,8)	3,3 (2,3-4,8)	3,1 (1,6-6,0)	1,0 (0,6-1,7)
Unnið á hækjum sér	38,9	1	5,2 (3,3-8,1)	4,2 (2,9-6,3)	3,0 (1,6-5,7)	0,9 (0,5-1,6)
Þungu lyft í uppréttri stöðu	37,9	1	3,9 (2,5-5,9)	3,5 (2,4-5,2)	0,3 (0,1-0,9)	0,9 (0,5-1,5)
Þungu lyft í álútri stöðu	36,5	1	3,1 (2,1-4,8)	3,1 (2,1-4,5)	0,3 (0,1-0,8)	0,6 (0,3-1,0)

Tafla III. Hlutfall þeirra sem svöruðu játandi, aldursstaðlað mat á áhættuhlutfalli (OR) og 95% vikmörk (95% CI) starfstengds andlegs álags hjá starfshópum kvenna í öldrunarþjónustunni (n=1215). Hjúkrunarfræðingar hafðir til viðmiðunar við aðra hópa.

Andlegt álag	%	OR (95% CI)				
		Hjúkrunarfræðingar	Sjúkraliðar	Ófaglærðar	Ræstitækna	Aðrar
Vinnan andlega einhæf	39,9	1	7,3 (4,5-12,0)	5,0 (3,2-8,0)	15,6 (8,4-29,1)	8,1 (4,6-14,1)
Vinnan andlega erfið	55,9	1	1,1 (0,7-1,6)	1,0 (0,7-1,6)	0,2 (0,1-0,3)	0,3 (0,2-0,5)
Andlega úrvinda eftir vakt	51,4	1	1,2 (0,8-1,7)	0,9 (0,6-1,3)	0,4 (0,2-0,6)	0,4 (0,3-0,7)
Óánægja með yfirmenn	8,7	1	0,8 (0,4-1,5)	0,9 (0,5-1,5)	0,7 (0,3-1,7)	0,9 (0,4-1,8)
Óánægja með upplýsingaflæði	29,1	1	1,0 (0,7-1,6)	0,9 (0,6-1,3)	0,6 (0,3-1,2)	1,4 (0,8-2,2)
Ekki nóg spurð álits	48,2	1	2,5 (1,7-3,6)	3,1 (2,2-4,4)	1,9 (1,1-3,3)	1,9 (1,2-3,0)
Lítil samstaða á vinnustað	22,7	1	1,4 (0,9-2,3)	1,8 (1,2-2,8)	2,5 (1,4-4,5)	2,1 (1,2-3,6)
Óánægja með vinnuna	6,5	1	0,9 (0,4-1,9)	0,9 (0,5-1,7)	1,6 (0,7-3,8)	0,6 (0,2-1,7)
Áreitni í vinnunni	11,1	1	0,9 (0,6-1,3)	0,6 (0,5-0,9)	0,2 (0,1-0,4)	0,2 (0,1-0,4)

unum og senda þá aftur til rannsóknar- og heilbrigðisdeildar Vinnueftirlitsins.

Starfsfólki var skipt í fimm hópa: hjúkrunarfræðinga, sjúkraliða, ófaglærða í umönnun, ræstitækna og „aðra“. Í síðastnefnda hópnum voru settir þeir sem ekki tilheyrðu öðrum hópum, það er starfsfólk í eldhúsi, bílstjórar, skrifstofufólk og fleiri. Efniviðnum var því skipt eftir starfshópum en eins og gefur auga leið á menntun einnig hlut að máli vegna þess að hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar hafa allir lokið tilskildum prófum til starfsréttinda sinna en menntun hinna er óviss. Í hópnum „aðrir“ eru ýmsir starfshópar og hópurnir því sundurleitur.

Gögnin voru varðveitt og útreikningar gerðir í SPSS gagnagrunnskerfinu (18). Mismunur hlutfalla var metinn með Kí-kvaðratprófi og mismunur meðaltala var metinn með einhliða greiningu á breytileika (ANOVA). Tvíliða lógískt aðhvarfsgreining (binominal logistical regression) þar sem leiðrétt var fyrir aldri sem samfelldri breytu var notuð til að meta áhættuhlutföll (odds ratios, OR) en hjúkrunarfræðingar voru hafðir til viðmiðunar fyrir aðra starfshópa. Aldursstaðlað mat á áhættuhlutföllum var reiknað með 95% vikmörkum (confidence intervals, CI). Tölvunefnd og Vísindasiðanefnd veittu leyfi til rannsóknarinnar (VSN 00-020).

Niðurstöður

Heildarsvörin var 80% (n=1515). Meirihluti svaraenda voru konur eða 95,5% (n=1432). Hjúkrunarfræðingar voru 16% svarenda, sjúkraliðar 21%, ófaglærðir í umönnun 44%, ræstitækna 8% og aðrir 12%. Um 55% höfðu unnið fimm ár eða skemur í öldrunarþjónstu en 27% höfðu unnið 10 ár eða lengur. Karlar voru aðeins 4,5% starfsmanna og voru felldir úr rannsóknarhópnum, sömuleiðis þau 4% sem svöruðu á ensku. Eftir þessa takmörkun voru 1378 konur eftir í hópnum, 1215 þeirra svöruðu spurningunni um starfsheiti og uppfylltu því þau skilyrði sem sett voru fyrir þátttöku í rannsókninni. Af þessum hópi voru ófaglærðar konur í umönnun fjölmennastar, eða 45% hópsins.

Meðalaldur var hæstur meðal hjúkrunarfræðinga en lægstur meðal ófaglærðra í umönnun (tafla I). Yngsta konan var 14 ára en elsta konan 79 ára. Sautján voru yngri en 18 ára, sex eldri en sjötugar. Ekki var marktækur munur á meðalþyngd í hópnum en hjúkrunarfræðingarnir voru að meðaltali hávaxnari en aðrir (tafla I). Fjórtán af hundraði hjúkrunarfræðinga höfðu lokið framhaldsnámi í háskóla, 1% sjúkraliða og ófaglærðra í umönnun hafði lokið framhaldsnámi í háskóla, 2% „annarra“ en enginn ræsti-

Tafla IV. Hlutfall þeirra sem svöruðu játandi, aldursstaðlað mat á áhættuhlutfalli (OR) og 95% víkmörk (95% CI) þegar spurt var hvort starfshópar kvenna í öldrunarþjónustunni (n=1215) hefðu leitað læknis vegna ýmissa kvilla. Hjúkrunarfræðingar hafðir til viðmiðunar við aðra hópa.

Líkamlegt álag	%	OR (95% CI)				
		Hjúkrunarfræðingar	Sjúkraliðar	Ófaglærðar	Ræstitækna	Aðrar
Astmi	8,3	1	1,1 (0,5-2,2)	1,2 (0,7-2,3)	0,9 (0,3-2,3)	1,4 (0,6-3,1)
Vöðvabólga	40,0	1	1,5 (1,0-2,2)	1,1 (0,8-1,6)	0,9 (0,5-1,4)	1,2 (0,8-1,9)
Bakverkir	34,1	1	1,1 (0,7-1,6)	1,1 (0,7-1,5)	0,9 (0,5-1,5)	1,0 (0,6-1,6)
Hjartsláttartruflanir	9,3	1	1,3 (0,7-2,3)	0,7 (0,4-1,3)	0,3 (0,1-0,9)	0,8 (0,4-1,8)
Háþrýstingur	13,1	1	0,8 (0,4-1,3)	0,8 (0,5-1,4)	0,7 (0,3-1,5)	1,0 (0,5-1,8)
Höfuðverkur	18,4	1	1,1 (0,7-1,8)	1,0 (0,6-1,6)	1,1 (0,6-2,1)	0,9 (0,5-1,6)
Svefnraskanir	12,3	1	2,0 (1,1-3,8)	2,0 (1,1-3,7)	1,4 (0,6-3,2)	1,0 (0,4-2,3)
Depurð	10,6	1	0,9 (0,5-1,5)	0,8 (0,5-1,3)	0,4 (0,2-1,1)	0,3 (0,1-0,7)
Kvíði	12,2	1	1,1 (0,6-2,0)	1,3 (0,8-2,2)	1,0 (0,4-2,1)	0,7 (0,3-1,5)
Augnsjúkdómur	10,9	1	1,0 (0,6-1,9)	1,0 (0,6-1,8)	0,6 (0,2-1,4)	1,2 (0,6-2,3)

Tafla IV. Aldurstaðlað meðaltal stiga á skalanum 1-10 þegar starfshópar kvenna í öldrunarþjónustunni mátu andlega og líkamlega líðan sína og starfsánægju (n=1215).

	Meðaltal stiga (staðalfrávik)				
	Hjúkrunarfræðingar	Sjúkraliðar	Ófaglærðar	Ræstitækna	Aðrar
Líkamleg vellíðan F=4,72 df=4; p=0,001	7,7 (1,5)	7,2 (1,8)	7,0 (2,1)	7,2 (2,2)	7,5 (2,0)
Andleg vellíðan F=3,84 df=4; p=0,004	8,3 (1,3)	8,2 (1,7)	7,7 (2,2)	7,9 (2,3)	8,1 (1,8)
Starfsánægja F=2,02 df=4; p=0,09	8,1 (1,5)	7,7 (1,7)	7,9 (1,8)	7,7 (2,3)	8,2 (1,9)

tæknir. Ekki er hægt að sjá hvort um meistaraþróf var að ræða í framhaldsnáminu eða aðra lærdómsgráðu. Hæri hundradshluti ófaglærðra í umönnun var einhleypur, hjúkrunarfræðinga fráskilinn en ræstitækna ekkjur samanborið við aðra hópa. Kvartanir um óþægindi í vinnuumhverfinu voru mismunandi hjá hópunum. Þeir sem tilheyrðu hópnum „aðrir“ kvörtuðu mest um þurrt, þungt loft, vonda lykt og plássleysi. Ófaglærðar konur í umönnun og ræstitækna stunduðu síst reglulega líkamsrækt, reykingar voru næstum helmingi algengari meðal ófaglærðra en hjúkrunarfræðinga en algjört áfengisbindindi var helst meðal ræstitækna (tafla I).

Sjúkraliðum og ófaglærðum í umönnun fannst vinnan í öllum tilfellum líkamlega erfiðari en hjúkrunarfræðingum. Hið sama mátti að nokkru segja um ræstitækna en mynstrið var ekki eins skýrt (tafla II).

Einþæfni, skortur á samráði og ónóg samstaða í vinnunni var meiri hjá öllum aðspurðum hópum en hjúkrunarfræðingum (tafla III).

Lítil munur var á milli hópanna þegar spurt var hvort þeir hefðu leitað lækis vegna tiltekinna óþæginda eða sjúkdóma (tafla IV). Sjúkraliðar höfðu þó fremur en aðrir leitað lækis vegna vöðvabólgu og sjúkraliðar og ófaglærðar í umönnun höfðu fremur leitað lækis vegna svefnraskanana en hjúkrunarfræðingar.

Líkamleg og andleg vellíðan var heldur meiri meðal hjúkrunarfræðinga en annarra hópa. Ánægja með vinnuna var svipuð í öllum hópunum (tafla V).

Umræður

Sjúkraliðar, ófaglærðar konur í umönnun og ræstitækna í öldrunarþjónustu eru undir mun meira líkamlegu vinnuálagi en hjúkrunarfræðingar og þeim finnst vinnan einhæfari. Hjúkrunarfræðingar njóta almennt betri líkamlegrar og andlegrar líðanar en hinir starfshóparnir en samt leita þeir ekki síður lækna en þeir.

Menntun tengist mörgum atriðum sem máli skipta í lífi kvenna: efnahag, uppeldisskilyrðum, starfsframa, hjúskaparhorfum, aðgang að upplýsingum og skilningsgetu (3). Þessa vegna mátti búast við því að hjúkrunarfræðingar í öldrunarþjónustu hefðu betri andlega og líkamlega heilsu en þeir hópar sem hafa styttri skólagöngu og lægri laun.

Mögulegar skýringar á því hvers vegna hjúkrunarfræðingar leita ekki síður lækna en hinir hóparnir kunna að felast í því að þeir leiti lækis af minna tilefni, hafi betra aðgengi að læknum eða setji síður fyrir sig kostnað við lækisheimsóknir en gjald fyrir þær kunna að vera Þrándur í Götu fyrir þá sem hafa lág laun.

Allir starfshóparnir voru ánægðir með starfið og ber því saman við niðurstöður Fahlströms sem kannaði vinnuástandur og líðan sjúkraliða og ófaglærðs starfsfólks í öldrunarþjónustunni á nokkrum stöðum í Svíþjóð (9). Starfsfólkinu þar fannst eins og hér starfið gefandi og það byði upp á sjálfræði þótt það væri á hinn bóginn líkamlega og andlega erfitt.

Mikið hefur verið um það rætt hvort unnt sé að nota starfstítt kvenna sem mælikvarða á ójafnræði í heilsufari eins og reynst hefur haldgott þegar um karla er að ræða. Þegar konur voru yfirleitt heimavinnandi var starf eiginmanns/sambúðarmanns bæði mælikvarði á vinnuáætlun hans og efnahag heimilisins (8). Vegna þessa var starf eiginmannsins talið svo mikilvægt fyrir heilsu konunnar að sú siðvenja komst á að flokka konur með eiginmönnum sínum þegar skipað var niður í þjóðfélags- og starfshópa. Þar sem atvinnuþátttaka kvenna er orðin veruleg og hjúskaparstaða breytileg í nútímanum má við því búast að starf konunnar tengist heilsufari hennar (8). Þessi tilgáta reyndist rétt þegar heilsa kvenna í Bretlandi og Finnlandi var borin saman (19) og endurspeglast í niðurstöðum þessarar rannsóknar. Atvinnuþátttaka kvenna á Íslandi er veruleg. Árið 2000 voru 79% íslenskra kvenna á aldrinum 16-74 ára í launaðri vinnu. Atvinnuleysi var lítið, aðeins 2,9% meðal kvenna árið 2000 (20). Þótt þessi rannsókn sýni að starf kvenna og menntun hefur forspárgildi fyrir líðan er rétt að hafa í huga að áhrif efnahags heimilisins og stöðu maka gætu einnig verið mikil. Um þessi atriði var ekki spurt. Rannsóknir hafa sýnt að aðstaður maka hafa gagnverkandi áhrif á heilsu beggja (8).

Mikil atvinnuþátttaka kvenna á Íslandi gæti sett mark sitt á það sem kallað er áhrif hraustra starfsmanna en þau áhrif eru meðal annars fólgin í því að þeir sem eru í vinnu eru frískari en aðrir (21). Áhrifa hraustra starfsmanna gæti oftast verulega í rannsóknum þar sem starfsmannahópar eru bornir saman við þjóðarheild. Það var ekki gert í þessari rannsókn. Á hinn bóginn gæti áhrifa hraustra starfsmanna gætt að því leyti að allar konurnar í rannsóknarhópnum verða að hafa nógu góða heilsu til að vera færar um að vinna þessi andlega og líkamlega erfiðu störf. Þannig eru þær að nokkru útvalinn hópur. Þetta ætti þó fremur að draga úr mismuninum milli hópanna.

Það kann að vekja furðu að aldursbilið er 14-79 ára. Það bendir til þess að skólastúlkur vinni í öldrunarþjónustu að einhverju leyti og að konur sem komnar eru á eftirlaunaaldur geti annaðhvort ekki hætt að vinna vegna þess að eftirlaunin eru of lág eða að þær kjósa að halda áfram að vinna ef tækifæri býðst. Rannsóknir hafa sýnt að atvinnuþátttaka fólks á eftirlaunaaldri er mun hærra hér en annars staðar á Vesturlöndum (22).

Það styrkir niðurstöður þessarar rannsóknar að hún náði um allt land, þátttakendur voru margir og svörin mikil. Alls var 1886 manns boðin þátttaka í könnuninni. Ef gert er ráð fyrir að karlar hafi verið 4,5% í heildarhópnum, eins og var meðal svarenda, fór spurningalistinn til 1801 konu sem er um 2,5% allra starfandi kvenna á aldrinum 16-74 ára á landinu árið 2000 (20). Niðurstöður rannsóknarinnar eru því þýðingarmiklar fyrir stóra starfshópa og afleiðingar vanlíðanar þeirra geta orðið þjóðfélaginu þungur

baggi þegar fram í sækir.

Því hefur verið haldið fram að fáar rannsóknir hafi verið gerðar á vellíðan í vinnunni og heilsu sjúkraliða og ófaglærðra í umönnun (9). Við leit í nokkrum gagnabönkum fundum við engar rannsóknir þar sem vinnutengd líðan og heilsa sjúkraliða, ófaglærðra og hjúkrunarfræðinga í öldrunarþjónustu var könnuð með þeim hætti sem hér er gert. Þegar þess er gætt að öldruðum fer fjölgandi og þörf fyrir umönnun vex stöðugt sýnist vert að huga að starfstengdri líðan þeirra sem starfa á þessum vettvangi. Líðan og heilsa þeirra er líkleg til að skipta máli fyrir þá sem þjónustunnar eiga að njóta.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að vert væri fyrir heilbrigðisyrfvöld að huga sérstaklega að heilsuvernd þeirra sem bera hitann og þungann af umönnun aldraðra hérlendis.

Þakkir

Eftirfarandi aðilar styrktu könnunina og eru þeim veittar þakkir: Efling stéttarfélag, Elli- og hjúkrunarheimilið Grund, Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, Sjúkraliðafélags Íslands, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Hrafnista – DAS, Landspítali.

Þátttakendur í könnuninni eiga sérstakar þakkir skildar.

Heimildir

1. Sörenson S. Ensk-íslensk orðabók. Reykjavík: Mál og menning, 1999.
2. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic Position. In: Berkman LF, Kawachi I, ed. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000: 13-35.
3. Moss NE. Socioeconomic inequalities in women's health. In: Goldman MB, Hatch MC, ed. Women & Health. San Diego: Academic Press, 2000: 541-52.
4. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. Ann N Y Acad Sci 1999; 896: 3-15.
5. Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1995.
6. Lyng E, Thygesen L. Occupational cancer in Denmark. Cancer incidence in the 1970 census population. Scand J Work Environ Health 1990; 16(Suppl. 2): 35.
7. Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R, Lynch K, Bartley M. Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986-96. Br Med J 2000; 320: 1303-7.
8. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. Soc Sci Med 1997; 44: 773-87.
9. Fahlström G. Ytterst i organisationen. Om undersköterskor, vård- och sjukvårdsbiträden i äldreomsorg (doktorsavhandling). Uppsala: Uppsala universitet, 1999.
10. Sankila R, Karjalainen S, Laara E, Pukkala E, Teppo L. Cancer risk among health care personnel in Finland, 1971-1980. Scand J Work Environ Health 1990; 16: 252-7.
11. Cox T, Griffiths A, Cox S. Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health. Working paper. Geneva: ILO (International Labour Office), 1996.
12. Franssén A. Omsorg i tanke och handling, en studie av kvinnors arbete i vården (doktorsavhandling). Lund: University of Lund, 1997.
13. Karasek R, Theorell T. Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
14. Helgadóttir B, Rafnsdóttir GL, Gunnarsdóttir HK, Hrafnadóttir KÓ, Tómasson K, Jónsdóttir S, et al. Könnun á heilsufari, líðan og vinnuumhverfi starfsfólks í öldrunarþjónustu (skýrsla). Reykjavík: Vinnueftirlitið, 2001. www.vinnueftirlit.is/page/research

15. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics* 1987; 18: 233-7.
16. Lindström K, Elo AL, Skogstad A, Dallner M, Gamberale F, Hottinen V, et al. General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2000.
17. Helgadóttir B, Rafnsdóttir GL, Gunnarsdóttir HK, Hrafnadóttir KÓ, Tómasson K, Jónsdóttir S, et al. Könnun á heilsufari, líðan og vinnuumhverfi starfsfólks á leikskólum í Reykjavík (skýrsla). Reykjavík: Vinnueftirlitið, 2000.
18. SPSS. SPSS Base 7.5 for Windows. User's Guide. In: Chicago, IL.: SPSS, 1997.
19. Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill-health; Britain and Finland compared. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1055-68.
20. Hagstofa Íslands. Hagskýrslur Íslands III, 82. Landshagir 2001. Reykjavík: Hagstofa Íslands, 2001.
21. Choi BCK. Definition, sources, magnitude, effect modifiers, and strategies of reduction of the healthy worker effect. *J Occup Med* 1992; 34: 979-88.
22. Ólafsson S. Íslenska leiðin. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins og Háskólaútgáfan, 1999.