

Helsemessige aspekter ved mobbing i arbeidslivet

Modererende effekter av sosial støtte og personlighet

STÅLE EINARSEN
BJØRN INGE RAKNES
STIG BERGE MATTHIESEN
ODD H. HELLESØY

*Seksjon for arbeids- og organisationspsykologi,
Institutt for Samfunnspsykologi,
Universitetet i Bergen*

Einarsen S., Raknes, B.I., Matthiesen, S.B. & Hellesøy OH. (1996). Bullying at work and its relationships with health complaints – Moderating effects of social support and personality. *Nordisk Psykologi*, 48, 116-137.

Bullying in organisations has been an issue of great public interest and debate in Scandinavia during the past few years. Several studies based on interviews with victims have stressed the serious negative impacts such experiences have on the the victims' health and well-being. The aim of the present study is to investigate the relationships between exposure to bullying and self-reported health complaints and whether these relationships are moderated by social support and aspects of the victims personality. The term *bullying* refers to a situation in which a person is subjected to negative conduct from co-workers or supervisors over a period of time, such as harassment, offensive remarks, constant criticism or social exclusion. To qualify as bullying the victim must have difficulties defending himself/herself in the actual situation. 2215 Norwegian union members from both blue-collar and white-collar occupations participated in the study. The results showed that victimization from bullying was associated with an increased level of psychological, psychosomatic and musculoskeletal health complaints. In this study bullying alone accounted for 13% of the variance in psychological complaints and 6% of the variance in musculoskeletal problems. The relationships between bullying and health were moderated by social support and the victims self-esteem and lack of social anxiety.

Ståle Einarsen, Seksjon for arbeids- og organisationspsykologi, Øysteinsgt. 1, N-5007 Bergen, Norge.

En rekke undersøkelser har vist at opplevd sosial støtte fra arbeidskolleger og ledere kan bidra til å dempe stress, redusere negative effekter av belastninger, i tillegg til å virke positivt fremmende på folks helse (Hellesøy, 1990; House, 1991). Rook (1984) hevder imidlertid at entusiasmen omkring begrepet sosial støtte har ført til at mer negative sider ved sosial interaksjon er blitt oversett. Et

sosialt nettverk virker ikke bare støttende og beskyttende, men kan også være konfliktskapende og utgjøre en betydelig psykososial stressfaktor (Bjørk, 1988).

Mellommenneskelige konflikter på arbeidsplassen har fått relativt liten oppmerksomhet i litteraturen (Appelberg, Romanov, Honlasalo & Koskenvuo, 1991; Keenan & Newton, 1984; van der Vliert, 1984). Mellommenneskelige konflikter er funnet å være den viktigste daglige belastningsfaktoren for folks humør og trivsel, særlig når slike konflikter oppstår utenfor familien (Bolger, DeLongis, Kessler & Schilling, 1989). Konflikter og motsetninger på jobb kan være en særlig belastende opplevelse. For det første foregår konflikten innenfor et formelt system med klare maktforskjeller og med formelle rettigheter og plikter. Dermed oppstår også muligheter for maktmisbruk og overgrep (Kile, 1990). Arbeidet er i tillegg av stor betydning for de fleste menneskers opplevelse av identitet og egenverdi. Arbeidet og opplevelser i arbeidssituasjonen virker også sterkt inn på en rekke andre aspekter ved livet, som familieliv og generell livstilfredshet (Burke & Greenglass, 1987).

I foreliggende studie vil vi se nærmere på sammenhenger mellom helse og en spesiell type destruktiv mellommenneskelig samhandling, nemlig mobbing i arbeidslivet. Med mobbing mener vi en situasjon der en person over tid føler seg utsatt for negative handlinger fra en eller flere andre personer på en slik måte at han eller hun ikke klarer å forsvare seg mot disse handlingene. Mobbing dreier seg altså ikke om enkeltstående konfliktepisoder på jobben, men om situasjoner der noen over lengre tid føler seg utsatt for andres aggresjon. Mobbing kjennetegnes også ved at det er en opplevd ubalanse i "styrkeforholdet" mellom offer og mobber. Offerets underlegenhet fører så til en manglende evne til å forsvare seg i situasjonen. Dette kan bunne i formelle eller uformelle statusforskjeller (se f.eks. Kile, 1990), eller offerets opplevelse av manglende makt til å forsvare seg. Det at mobbingen ofte retter seg mot svakheter eller mangler i offerets personlighet eller ferdigheter på jobben, gjør det ekstra vanskelig for offeret å forsvare seg. I en studie av 137 norske mobbeofre ble sosial utestengning, nedvurdering av ens arbeidsinnsats, latterliggjøring, sårende fleiping og erting rapportert som de vanligste formene for mobbing (Einarsen, Raknes, Matthiesen & Hellesøy, 1994).

En rekke intervjuundersøkelser har sterkt betont de negative konsekvensene slike opplevelser har for offerets fysiske og psykiske helse (Adams, 1992; Kile, 1990; Leymann, 1986, 1988, 1992). Symptomer som hodepine, mageproblemer, søvnløshet, angst, depresjon, diare, kvalme, allergiske reaksjoner og suicidal tanker blir rapportert. I en studie blant amerikanske arbeidstakere som anla sak mot sin arbeidsgiver eller hevdet seg uføre som følge av trakassering på jobben, fant Brodsky (1976) en klar overrepresentasjon av psykosomatiske symptomer utfra en klinisk vurdering. Brodsky mener å observere tre ulike

reaksjonsmønstre blant ofrene: enkelte utvikler vage fysiske symptomer, andre reagerer med depresjon og depressive følgetilstander som søvnløshet, impotens og redusert selvaktelse, mens en tredje gruppe utvikler symptomer relatert til angst og nervøsitet. Ifølge Kile (1990) vil de nervøse vanskelighetene som følger av mobbing over tid utvikle seg til kroppslige plager. Kile hevder også at dersom et menneskes selvrespekt støtes, såres og skades utover en individuell toleranseterskel vil dette over tid gi helseskader.

Björkqvist, Österman & Hjelt-Bäck (1994) og Leymann (1992) har funnet at ofre for langvarig mobbing viser klare symptomer på post-traumatisk stress syndrom (PTSD). I førstnevnte undersøkelse, utført blant ansatte ved et finsk universitet, hevdet ofrene for mobbing at de depresjoner og den engstelse de følte var en direkte konsekvens av mobbingen de ble utsatt for. I en studie blant 99 norske sykepleiere og hjelpepleiere innen psykiatriske institusjoner, fant Matthiesen, Raknes & Røkkum (1989) at de som rapporterte seg mobbet også oppga mer psykiske plager og mer somatiske plager enn andre kvinner. Blant ofre for seksuell trakassering er det også funnet en klar overrepresentasjon av både psykiske-, psykosomatiske- og muskel-skjelettplager (Einarsen, Raknes & Matthiesen, 1993). I en studie blant amerikanske ofre for seksuell trakassering mente 90 pct. av ofrene at dette hadde gitt seg negative utslag i deres psykiske helse, mens 63 pct. mente at det hadde gitt negative effekter på deres fysiske helse (Crull, 1982).

Når psykologiske belastninger overstiger en individuell terskel vil dette i de fleste tilfeller medføre fysiologiske og psykologiske stressresponser. Dersom disse vedvarer over tid vil somatiske lidelser kunne oppstå (Ursin, 1980). Persipert trussel, isolasjon, gruppepress og frustrasjon betraktes som fire av åtte situasjoner som kan forårsake slike stressreaksjoner (Wietz, 1970). Mobbing på jobben kan sies å inneholde alle disse elementene. Det er derfor all grunn til å tro at mobbing på jobben kan utgjøre en alvorlig belastningsfaktor for offeret, med en rekke mulige helsemessige konsekvenser som følge. Stress må imidlertid forstås med utgangspunkt i individets persepsjon av ytre krav og belastninger, og egen evne til å mestre disse (Hellesøy, 1990). I tillegg til ytre belastninger, er dermed både kognitive og emosjonelle mestringsmekanismer hos individet viktig for utvikling av helseproblemer i tilknytning til belastninger i arbeidssituasjonen. Det er en utbredt oppfatning at individets personlighet, erfaringsbakgrunn og sosiale nettverk har stor betydning i forhold til stressrelatert helse. Både sosiale forhold og individets personlighet kan derfor være signifikante moderatorvariabler i forhold til helserelaterte stressresponser (Sutherland & Cooper, 1988). Både selvaktelse og angst som personlighetsdisposisjoner er funnet å virke modererende i forhold til følelsesmessige belastninger (Chan, 1977; Pearlin & Schooler, 1978). Å motta sosial støtte fra

arbeidskolleger, venner og familie har i en rekke studier blitt påvist å moderere effektene av belastninger i arbeidssituasjonen (Hellesøy, 1984, 1990).

I tillegg til å undersøke sammenhenger mellom mobbing og psykiske og fysiske helseplager, vil vi i denne studien undersøke i hvilken grad opplevd sosial støtte og personlighet modererer sammenhengene mellom mobbing og helse. Vår hypotese er at det å bli utsatt for mobbing i arbeidslivet er sterkt relatert til psykiske og fysiske helseplager, men at personlighetsfaktorer og offerets sosiale relasjoner kan moderere disse sammenhengene. Mobbeofre med en positiv selvutvurdering og liten grad av angst knyttet til samhandling med andre, og mobbeofre som fortsatt har gode sosiale nettverk privat eller på jobb, forventes å rapportere mindre helseplager relatert til mobbing enn ofre som ikke har tilsvarende personlig eller sosial motstandskraft.

Metode

Datainnsamling og respondenter

Data ble innsamlet ved hjelp av spørreskjema sendt via post til 4200 fagforeningsmedlemmer og 500 arbeidsgiverrepresentanter i og omkring Bergen. Deltakerne var trukket tilfeldig fra medlemsregistrene til seks fagforeninger og fra medlemsregisteret til Hordaland NHO der daglig leder, personalansvarlig eller administrativ leder ved halvparten av medlemsbedriftene ble bedt om å delta i undersøkelsen. Etter omfattende skriftlig purring returnerte tilsammen 2215 personer skjemaet i utfylt stand, noe som gir en svarprosent på 47 pct. Svarprosenten varierte mellom 35 pct. og 59 pct. i de ulike organisasjonene. Tabell 1 viser medlemstall, utvalgsstørrelse, antall svar og svarprosent innen hver organisasjon.

Blant respondentene var 52,6 pct. menn og 47,4 pct. kvinner. Gjennomsnittsalder var 38 år, med et standardavvik på 11,9 år. Mens 38,5 pct. var ansatte i offentlig sektor, arbeidet 61,5 pct. i private virksomheter. 80 pct. av respondentene arbeidet full stilling, og 94 pct. hadde fast ansettelse.

Spørreskjema

Spørreskjema inneholdt demografiske variabler, spørsmål omkring mobbing og trakassering på arbeidsplassen, en rekke personlighetsskalaer, helserelaterte mål og arbeidsmiljøindekser. Følgende variabler vil bli analysert i denne studien:

Mobbing. En rekke ulike mål på mobbing ble kartlagt i undersøkelsen, hvorav fire vil bli analysert i den foreliggende studien. 1) Hyppighet eller frekvens av mobbingen måles ved hjelp av spørsmålet: "Har du selv vært utsatt for mobbing på arbeidsplassen i løpet av de siste seks månedene?". Svaralternativene

TABELL 1: Medlemstall, utvalgsstørrelse¹, antall svar og svarprosent for hver av de delta-kende organisasjonene

Organisasjon	Medlemstall	Utvalg	Antall svar	Svarprosent
Hordaland Lærarlag	2700	945	554	59%
Handel og Kontor	2800	940	383	38%
Kommunale Kontorfunksjonærer	974	470	265	56%
Grafisk Forening	800	397	159	40%
Hotell og Restaurantarbeider Foreningen	1187	490	172	35%
NHO-Hordland	1050	480	181	38%
Elektromontørenes Forening	1100	1020	480	47%

¹ Tallene for utvalgsstørrelse er kontrollert for returkonvolutter med adressefeil o.l.

var her "Nei", "En sjelden gang", "av og til", "Omtrent en gang i uken" og "Flere ganger pr.uke". 2) Varigheten av mobbingen måles ved at de som hadde blitt mobbet siste halvår ble bedt om å oppgi hvor lenge dette hadde foregått. 3) Samtlige deltakere ble også bedt om å oppgi hvor ofte de det siste året hadde blitt utsatt for tilsammen 18 konkrete negative handlinger på jobben som f.eks. latterliggjøring, sårende fleiping og erting, uønskede seksuelle inviter, påminnelser om tabber, osv. Svaralternativene var her "Aldri", "Av og til", "Omtrent ukentlig" og "Omtrent daglig". Skalaen "Negative handlinger" viste en tilfredsstillende indre reliabilitet (Cronbach's alpha = .87). 4) Utfra antagelsen om at mobbing kan sees på som kontinuum fra ikke mobbet i det hele tatt til alvorlig mobbet (Matthiesen, Raknes & Røkkum, 1989) ble det også konstruert en mobbeindeks bestående av 8 ledd (Cronbachs alpha = .82). Indeksen er ment å måle den opplevde alvorlighet av mobbingen, mer indirekte sider ved mobbing som ensomhet på arbeidsplassen og mobbingens konsekvenser for individ og organisasjon.

Følgende definisjon av mobbing ble presentert deltakerne foran spørsmålene om mobbing:

Mobbing og trakassering

Mobbing (f.eks. trakassering, plaging, utfrysing eller sårende fleiping og erting) er et problem på endel arbeidsplasser og for en del arbeidstakere. Vil vi gjerne vite hvordan dette er på din arbeidsplass. For at vi skal kunne kalle noe mobbing, må det forekomme gjentatte ganger over en viss tidsperiode, og den som blir mobbet må ha vanskelig for å forsvare seg. Vi snakker ikke om mobbing dersom to omtrent like "sterke" personer kommer i konflikt eller det kun dreier seg om en enkeltstående episode.

Helse. Helseplager ble målt gjennom et inventorium opprinnelig utviklet av Eide, Thyholdt og Hamre (1982). Deltakerne blir her bedt om å oppgi hvor ofte de har opplevd ubehag som følge av 37 spesifikke fysiske, psykosomatiske eller psykiske plager de siste 12 månedene. Svaralternativene er "Aldri", "Sjelden", "Noen ganger" og "Ofte". To av spørsmålene angår menstruasjonsmerter og -blødninger, og vil ikke bli behandlet i denne studien. De resterende 35 plagene er fordelt på 3 ulike indekser: psykiske plager, psykosomatiske plager og muskel-skjelettplager.

Skalaen for psykiske plager består av følgende fem ledd: søvnvansker, angst/nervøsitet, depresjon/tungsinn, tretthet og irritabilitet (Cronbachs alpha = .83). Laveste korrigerede ledd-total korrelasjon for skalaen psykiske plager var .58 for leddet "søvnvansker". Skalaen for måling av psykosomatiske plager besto av 19 spørsmål om plager av generell kroppslig karakter som f.eks. hodeverk, vondt i magen, kvalme, pustevansker, forkjølelse og forstoppelse. Skalaens indre reliabilitet var tilfredsstillende (Cronbachs alpha = .85) med laveste ledd-total korrelasjon på .31. Leddene "svimmelhet" og "kvalme" hadde den høyeste skalaladning (korrigeret ledd-total korrelasjon = .60).

Tilsammen 10 ledd inngikk i skalaen for muskel-skjelettplager, en skala som måler i hvor stor grad personen har vært plaget av smerter, verk eller ubehag i bakhode, nakke, skuldre, rygg, hofter, føtter, armer osv. (Cronbachs alpha = .89). Korrigerede ledd-total korrelasjoner lå mellom .59 og .74.

Personlighetsfaktorer. Skalaene for måling av selvaktelse og sosial angst er opprinnelig utviklet med tanke på barn (Alsaker & Olweus, 1986), men ble tilpasset til bruk blant voksne for denne studien. Selvaktelse ble målt gjennom skalaen Selvaktelse GSE (Global Selv Evaluering) som består av seks negativt formulerte ledd (Cronbachs alpha = .80). Leddet med sterkest ladning (korrigeret item-total korrelasjon = .73) var "Jeg føler meg ofte ganske mislykket". Svakest ladning hadde leddet "Jeg synes jeg ikke har så mye å være stolt av" (korrigeret item-total korrelasjon .44).

Sosial angst ble målt ved 4 ledd med indre reliabilitet Cronbachs alpha = .73. Sterkest ladning hadde leddet "Jeg er ofte redd for å dumme meg ut" (korrigeret item-total korrelasjon .57), lavest ladning hadde leddet "Jeg synes jeg ofte har oppført meg ganske tåpelig (korrigeret item-total korrelasjon = .45). Begge skalaer blir skåret på en seks-punkt skala fra "stemmer ikke" (1) til "stemmer helt" (6).

Sosial støtte. Sosial støtte dreier seg om å vise positive følelser som interesse, forståelse, varme, vennskap, tillit, respekt og aktelse, å gi informasjon og hjelp i vanskelige situasjoner og å hjelpe andre til å vurdere seg selv og sin situasjon (Hellesøy, 1990). I denne studien måles sosial støtte både utfra strukturelle og kvantitative aspekter (hvem og hvor mange) samt utfra funksjonelle

kvaliteter (hvor tilgjengelig, verdifull og god er støtten). Strukturell støtte ble målt ved å spørre om hvor mange personer blant henholdsvis arbeidskolleger, familie eller venner, man kan få råd, støtte og hjelp fra. Funksjonell og kvalitativ støtte ble målt ved hjelp av en åtte-ledds skala som måler hvor fornøyd man er med sitt samarbeidsforhold til henholdsvis kolleger, nærmeste overordnede og sin arbeidsgruppe, hvor fornøyd man er med den anerkjennelse, veiledning, respekt og sosiale støtte man får på jobben (Cronbachs alpha .84). Hvert ledd hadde fem svaralternativ: "Svært fornøyd", "Fornøyd", "Hverken fornøyd eller misfornøyd", "Misfornøyd" og "Svært misfornøyd". Høyest ladning hadde leddet "Hvor fornøyd er du med ditt samarbeidsforhold til din nærmeste arbeidsgruppe" (korrigert ledd-total korrelasjon =.67), lavest ladning hadde leddet "Hvor fornøyd er du med den anerkjennelsen du får for din innsats på jobben" (korrigert ledd-total korrelasjon =.51).

Databehandling og statistiske analyser

Alle spørsmål og skalaer er vendt slik at høy skåre viser mye av det som måles, f.eks. høy grad av selv aktelse, høy sosial angst, høy grad av psykiske plager, høy grad av mobbing osv.. Ukorrigerte råskåre og sumskåre er benyttet for alle skalaer. Ved konstruksjon av skalaer der sumskåre er benyttet ble ubesvarte ledd erstattet med gjennomsnittsskåren for øvrige ledd dersom $\frac{2}{3}$ av leddene var besvart.

Enveis ANOVA, Pearson's produkt-moment korrelasjoner og stegvis multipel regresjonsanalyse er benyttet for å måle sammenhenger mellom mobbing og helse. For å studere moderator-effekter er det benyttet regresjonsmodeller av typen hierarkisk blokk design (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner & Dale, 1975.). I denne føres de ulike prediktorene samlet i blokker inn i regresjonsmodellen¹. Blokket design har den fordel at den gir et totalt uttrykk for ulike blokkers samlede bidrag til modellen. Dette gir muligheter for en kontrollert analyse av mobbing og dens relasjoner til helse gjennom en stegvis modelloppbygging. I tillegg kan vi studere det helhetlige bilde av prediktorgruppene og ikke bare se på prediktorene som enkeltfaktorer. Alle partielle bidrag fra prediktorene vil bli fremstilt som betavekter. Betavekter er standardiserte koeffisienter som gjør det mulig å sammenligne styrken på prediktorene. Beta uttrykker relative sammenhenger uttrykt i standardavvik-enheter.

Resultater

Tilsammen 10,3 pct. av deltakerne rapporterte at de hadde vært utsatt for mobbing på arbeidsplassen i løpet av det siste halvåret. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom menn og kvinner når det gjaldt å rapportere

hvorvidt man er mobbet på arbeidsplassen ($\chi^2 = 5,82$, $df=2$, $p>.05$). I alt 10,5 pct. av mennene og 10,1 pct. av kvinnene oppga at de hadde blitt mobbet en sjelden gang eller oftere siste halvår. For 17,8 pct. hadde denne mobbingen vart i mindre enn 2 måneder på målingstidspunktet, mens 30,8 pct. mente at mobbingen hadde vart mellom 1 og 3 år. Tilsammen 24,3 pct. oppga å ha blitt mobbet lengre enn 3 år.

Kun 27,6 pct. av hele utvalget rapporterte at de aldri hadde blitt utsatt for noen negative handlinger de siste seks månedene. Tilsammen 15,8 pct. oppga at de var blitt utsatt for en eller flere negative handlinger ukentlig eller daglig i løpet av denne perioden, mens 6,8 pct. oppga at handlingene forekom daglig. Mens 14,4 pct. bekreftet at mobbing utgjorde en alvorlig belastning i det daglige arbeidet, mente hele 27,1 pct. at mobbing reduserte effektiviteten på egen arbeidsplass. Tilsammen 21,6 pct. svarte at mobbing på arbeidsplassen reduserte deres trivsel. Videre svarte 4,7 pct. at de grudde seg til å gå på jobben som følger av mobbing. Sammen med fire andre spørsmål inngikk disse fire spørsmålene i mobbeindeksen som måler opplevd alvorlighet av mobbing.

Ingen av mobbemålene avdekket signifikante kjønnsforskjeller. Siden det heller ikke ble funnet noen betydelige forskjeller mellom menn og kvinner når det gjaldt sammenhengene mellom mobbing og henholdsvis psykiske plager, psykosomatiske plager og muskel-skjelettplager, vil resultatene angående mobbing og helse bli presentert samlet for hele utvalget.

Alle de fire målene på mobbing korrelerte signifikant med de tre helsemålene, målt med Pearson's produkt-moment korrelasjon ($p<.001$). I tabell 2 er korrelasjonene mellom mobbing og de tre helseplagene fremstilt. Når det gjaldt psykiske plager, varierte korrelasjonene mellom .21 for varighet av mobbing ($p<.001$) og .30 for mobbeindeksen ($p<.001$). Produkt-moment korrelasjonene mellom mobbing og psykosomatiske helseplager var signifikante for alle mål (se tabell 2). Sterkest sammenheng med psykosomatiske plager hadde mobbeindeksen ($r=.24$, $p<.001$), mens varighet av mobbing også her var det målet som korrelerte lavest ($r=.16$, $p<.001$). For muskel-skjelettplager var det også mobbeindeksen som korrelerte sterkest ($r=.20$, $p<.001$).

For å kunne studere sammenhengen mellom mobbing og helseplager kontrollert for sosial støtte og personlighetsfaktorene selvbilde og sosial angst, gjennomførte vi en regresjonsanalyse av typen hierarkisk blokk design, der mobbing, sosial støtte og personlighet utgjorde hver sine blokker variabler. Først ble de fire mobbemålene ført inn i modellen. Vi får da frem hvert av de fire mobbemålenes selvstendige og samlede bidrag til forklart varians i helseplager. De partielle korrelasjonene blir fremstilt i form av beta-koeffisienter. I neste steg innførte vi de fire målene på sosial støtte som en ny blokk i modellen. Vi får da frem forklart varians utover det som allerede er forklart av

TABELL 2: Korrelasjoner mellom ulike mobbemål og helseplager

Mobbemål	Psykiske plager	Psykosomatiske plager	Muskel-skjelett plager
Utsatt for mobbing siste halvår (frekvens)	.28	.20	.16
Varighet	.21	.16	.09
Negative handlinger	.24	.22	.18
Mobbeindeksen	.30	.24	.14

Signifikansnivå for alle korrelasjoner er $p < .001$.

mobbemålene. I tillegg får vi frem hvert av de nå åtte målenes unike bidrag til forklart varians, kontrollert for hverandre (partielle korrelasjoner i form av beta vekter). Til slutt ble personlighetsfaktorene innført i modellen som egen blokk. Vi får også her frem denne blokkens samlede bidrag til forklart varians utover det som allerede er forklart av de to andre blokkene, og hver av de tilsammen 10 variabelnes unike bidrag (partielle korrelasjoner) til forklart varians, nå kontrollert for hver av de andre ni variablene. Denne prosedyren ble gjennomført for hvert av de tre helsemålene (se tabell 3, 4 og 5).

Ved innføring av de fire målene på mobbing som første blokk i regresjonsmodellen for psykiske plager, forsvant bidraget fra mobbingens varighet. Sterkest partielle korrelasjon med psykiske plager hadde mobbeindeksen (beta = .19, $p < .001$), men også frekvensen av mobbing og graden av negative handlinger hadde selvstendige bidrag til forklart varians av psykiske plager (henholdsvis beta = .14 og beta = .12, $p < .001$). Tilsammen forklarte mobbing 13 pct. av variasjonen i psykiske plager ($R^2 = .13$, $F = 81.14$, $df = 4/2210$, $p < .001$). Ved innføring av blokken sosial støtte i regresjonsmodellen økte forklart varians av psykiske plager med 4 pct. (se tabell 3). De partielle bidrag fra både negative handlinger og mobbeindeksen ble redusert når sosial støtte ble lagt inn i modellen (til beta = .09 og beta = .15, $p < .001$). Bidraget fra frekvensen av mobbingen (hvor ofte man har vært utsatt for mobbing siste halvår) ble imidlertid i liten grad redusert (fra .14 til .13; $p < .001$). I blokken sosial støtte var det tilfredsheten med de sosiale relasjonene på arbeidsplassen som bidro mest til prediksjon av psykiske plager (beta = -.16, $p > .001$).

Til slutt ble personlighetsfaktorene sosial angst og sosial selvaktelse ført inn i modellen som en egen blokk. Denne blokken økte den forklarte variansen av psykiske plager med ytterligere 12 pct., til 29 pct., $p < .001$ (se tabell 3). Ved innføring av personlighetsfaktorene i modellen ble bidraget fra mobbeindeksen betydelig redusert (til beta = .09), selv om bidraget fortsatt var signifikant på .001 nivå. Hverken negative handlinger eller frekvensen av mobbing ble vesentlig redusert. Frekvensen av mobbing hadde nå det største bidraget til

TABELL 3: Bidrag fra mobbing, sosial støtte og personlighet til forklart varians av psykologiske plager utfra regresjonsanalyse hierarkisk blokk design. Blokkene er innført i modellen i oppført orden. De ulike prediktorenes korrelasjoner og unike bidrag står oppført sammen med blokkens tilskudd til regresjonsmodellen. De partielle bidragene fra mobbing er fremstilt etter innbyrdes kontroll (blokk 1), etter innførsel av sosial støtte (blokk 2) og personlighet (blokk 3)

Hierarkisk blokk	r	Blokk 1	R ² for blokk	F-verdi for blokk	Blokk 2	Blokk 3
1. MOBBING						
Frekvens	.28	.14			.13	.12
Varighet	.21	c			c	c
Negative handlinger	.24	.12			.09	.09
Mobbeindeks	.30	.19	.13	81.14	.15	.09
2. SOSIAL STØTTE						
Sosiale relasjoner på arbeid	-.26				-.16	-.10
Støttepersoner arbeid	-.13				c	c
Støttepersoner familie	-.14				-.05b	c
Støttepersoner venner	-.15		.04	49.82	-.07a	-.05
3. PERSONLIGHET						
Selvaktelse	-.42					-.23
Sosial angst	.39		.12	80.05		.18

Signifikansnivå for alle verdier er $p < .001$, med unntak a $p < .01$, b $p < .05$ og c $p > .05$

forklaringen av variasjonen i psykiske plager ($\beta = .12$, $p < .001$). Sammenlignet med selvaktelse og sosial angst hadde både sosial støtte og mobbing svake partielle bidrag til forklaringen av variasjonen i psykisk helse. Bidragene er imidlertid signifikante ($p < .001$).

Tilsammen predikerte målene på mobbing 8.4 pct. av variasjonen i de rapporterte psykosomatiske plagene ($R^2 = .084$, $F = 50.79$, $df = 4/2210$, $p < .001$). Selvstendige bidrag til forklart varians hadde imidlertid bare mobbeindeksen ($\beta = .16$, $p < .001$) og negative handlinger ($\beta = .13$, $p < .001$). Ved innføring av sosial støtte i regresjonsmodellen økte den forklarte variansen med 2 pct., mens innføring av selvaktelse og sosial angst bidro med nye 7 pct.. Samlet forklart varians av psykosomatiske plager ble derfor 17 pct. Også når det gjaldt psykosomatiske plager ble mobbeindeksen moderert av sosial støtte (fra $\beta = .16$ til $\beta = .13$), mens negative handlinger i liten grad ble berørt (fra $\beta = .13$ til $\beta = .12$). Heller ikke når det ble kontrollert for personlighet, ble det partielle bidraget fra negative handlinger helt fjernet ($\beta = .11$, $p < .001$), noe som gjorde

den til den sterkeste av mobbefaktorene i forhold til psykosomatiske plager. Mobbeindeksen ble nemlig i stor grad moderert av personlighetsfaktorene (til $\beta = .08$, $p < .01$). Også når det gjaldt psykosomatiske plager var de partielle bidragene fra sosial angst og selvaktelse ($\beta = -.16$, $p < .001$ for begge mål) sterkere enn bidragene fra blokkene mobbing og sosial støtte (se tabell 4).

TABELL 4: Bidrag fra mobbing, sosial støtte og personlighet til forklaringen av variasjon i psykosomatiske plager utfra regresjonsanalyse hierarkisk blokk design. Blokkene er innført i modellen i oppført orden. De ulike prediktorenes korrelasjoner og unike bidrag står oppført sammen med blokkens tilskudd til regresjonsmodellen. De partielle bidragene fra mobbing er fremstilt etter innbyrdes kontroll (blokk 1), etter innførsel av sosial støtte (blokk 2) og personlighet (blokk 3)

Hierarkisk blokk	r	Blokk 1	R ² for blokk	F-verdi for blokk	Blokk 2	Blokk 3
1. MOBBING						
Frekvens	.20	.07b			.06b	.05b
Varighet	.16	c			c	c
Negative handlinger	.22	.13			.12	.11
Mobbeindeks	.24	.16	.08	50.79	.13	.08a
2. SOSIAL STØTTE						
Sosiale relasjoner						
på arbeid	-.18				-.11	-.06b
Støttepersoner arbeid	-.07				c	c
Støttepersoner familie	-.06b				c	c
Støttepersoner venner	-.13		.02	28,47	-.09	-.08a
3. PERSONLIGHET						
Selvaktelse	-.31					-.16
Sosial angst	.30		.07	42.22		.16

Signifikansnivå for alle verdier er $p < .001$, med unntak av a $p < .01$, b $p < .05$ og c $p > .05$.

Som det fremgår av tabell 5 forklarte regresjonsmodellen tilsammen 9 pct. av variasjonen i rapporterte muskel-skjelettplager siste år. Mobbing alene bidro med nesten 6 pct. av den forklarte variansen av muskel-skjelettplagene ($R^2 = .055$, $F = 33.78$, $df = 4/2210$, $p < .001$), mens sosial støtte og personlighetsfaktorene bidro med henholdsvis 1 pct. og 3 pct. forklart varians utover dette. Selv om alle fire mål på mobbing korrelerte signifikant med rapporterte muskel-skjelettplager ($p < .001$), var det i første rekke mobbeindeksen og negative handlinger som hadde selvstendig bidrag til forklart varians (henholdsvis $\beta = .14$, $p < .001$, og $\beta = .11$, $p < .001$). Etter at blokkene sosial støtte og person-

lighetsfaktorene ble innført i modellen, hadde mobbing fortsatt signifikante bidrag til forklaringen av muskel-skjelettplager. Ingen av målene på sosial støtte hadde selvstendige bidrag i denne modellen. Det er ellers verdt å merke seg at også de partielle bidragene fra personlighet var lave (henholdsvis $\beta = -.10$ og $\beta = .11$) og ikke stort sterkere enn bidragene fra mobbeindeksen ($\beta = .09$, $p < .001$) og negative handlinger ($\beta = .09$, $p < .001$). Også de rene korrelasjonene mellom mobbing og muskel-skjelettplager var omtrent like sterke som korrelasjonen mellom personlighetsfaktorene og slike plager.

TABELL 5: Bidrag fra mobbing, sosial støtte og personlig til forklaringen av variasjon i muskel-skjelettplager utfra regresjonsanalyse hierarkisk blokk design. Blokkene er innført i modellen i oppført orden. De ulike prediktorenes korrelasjoner og unike bidrag står oppført sammen med blokkens tilskudd til regresjonsmodellen. De partielle bidragene fra mobbing er fremstilt etter innbyrdes kontroll (blokk 1), etter innførsel av sosial støtte (blokk 2) og personlighet (blokk 3)

Hierarkisk blokk	r	Blokk 1	R ² for blokk	F-verdi for blokk	Blokk 2	Blokk 3
1. MOBBING						
Frekvens	.16	.09			.09	.06b
Varighet	.09	c			c	c
Negative handlinger	.18	.11			.10	.09
Mobbeindeks	.20	.14	.06	33.78	.13	.09
2. SOSIAL STØTTE						
Sosiale relasjoner på arbeid	-.10				-.05b	c
Støttepersoner arbeid	c				c	c
Støttepersoner familie	c				c	c
Støttepersoner venner	-.09		.01b	16.69	-.07a	-.06b
3. PERSONLIGHET						
Selvaktelse	-.21					-.10
Sosial angst	.20		.03	20.79		.11

Signifikansnivå for alle verdier er $p < .001$, med unntak av a $p < .01$, b $p < .05$ og C $p > .05$

Resultatene viste altså signifikante sammenhenger mellom mobbing og helseplager. Disse sammenhengene ble imidlertid moderert av sosial støtte og personlighetsfaktorer. For å undersøke nærmere hvordan personlighetsfaktorene modererte psykosomatiske plager og muskel-skjelettplager, selekterte vi ut de 10 pct. av respondentene som hadde høyest skåre på mobbeindeksen. Disse

ble så delt i tre grupper avhengig av deres grad av selvaktelse. Henholdsvis høy, moderat og lav selvaktelse ble operasjonalisert gjennom å dele utvalget i tre like store grupper. Enveis variansanalyse med range-test (LSD) ble så anvendt for å undersøke mobbeofrenes rapportering av helseplager på ulike nivåer av selvaktelse. Mobbeindeksen ble benyttet som mobbemål i disse analysene fordi den viste de sterkeste sammenhengene med disse helseplagene. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller menn og kvinner på denne skalaen ($p > .05$).

Som forventet viste analysen en signifikant sammenheng mellom god psykosomatisk helse og ulike nivå av selvaktelse hos mobbeofrene ($F = 21,69$, $df = 2/233$, $p < .001$). Rangetesten viste at det særlig var de med lav selvaktelse som rapporterte høy grad av plager. Ofre med lav selvaktelse rapporterte signifikant flere psykosomatiske helseplager enn både gruppen med høy selvaktelse og gruppen med moderat selvaktelse ($p < .001$).

Samme analyser ble også gjennomført mellom sosial angst og psykosomatiske plager og mellom sosial angst og muskel-skjelettplager. Begge analyser viste signifikante resultater (henholdsvis $F = 24,78$, $df = 2/233$, $p < .001$, og $F = 6,07$, $df = 2/222$, $p < .001$). I begge tilfeller viste rangtestene at mobbegruppen med høyest grad av sosial angst rapporterer mest helseplager. Denne gruppen skilte seg signifikant fra gruppene med moderat og lav sosial angst (henholdsvis $p < .001$ og $p < .01$).

Den gruppen som skåret høyest på mobbeindeksen ble deretter delt opp i grupper etter hvor mange personer de hadde i familien som de vanligvis kunne få støtte, hjelp og råd fra. Enveis variansanalyse ble så benyttet for å undersøke sammenhengen mellom psykiske plager og antall støttepersoner i familien hos denne gruppen mobbeofre. Resultatene viste klart at jo færre støttepersoner man har i familien, desto mer psykiske plager rapporterte man ($F = 5,64$, $df = 3/216$, $p < .001$). På samme måte oppga mobbeofre med mer enn 5 venner utenom familien som de kan få støtte råd eller hjelp fra signifikant mindre psykiske plager enn mobbeofre med færre støttepersoner i vennekretsen ($F = 5,4$, $df = 3/215$, $p < .01$).

Det ble ikke tatt hensyn til alder i analysene, da alder kun viste trivielle sammenhenger med de tre helsemålene, henholdsvis $r = .001$, $p = .97$ for somatiske plager, $r = .04$, $p < .05$ for psykiske plager og $r = .08$, $p < .01$ for muskel-skjelettplagene.

Diskusjon

Mobbing og helse

Den foreliggende studien ga klar empirisk støtte til vår første hypotese som var at det å oppleve mobbing på jobben er sterkt relatert til psykiske og fysiske helseplager. Vi fant signifikante korrelasjoner mellom samtlige fire mål på mobbing og deltakernes egenrapportering av helseplager. Personer som mobbes i sin arbeidssituasjon rapporterte signifikant mer psykiske plager enn andre. De oppga også signifikant mer psykosomatiske plager og flere muskel-skjelettplager. Sammenhengene mellom mobbing og helse var sterkest i forhold til psykiske plager. Isolert sett forklarte mobbing inntil 13 pct. av variasjonen i de rapporterte psykiske plagene. I lys av at mobbing er et lavfrekvent problem som rammer inntil 10 pct. av den yrkesaktive befolkning (Einarsen et al., 1994), er dette et betydelig bidrag. Leymann (1986) har da også definert mobbing som en situasjon som truer med å gi psykiske konsekvenser for offeret. Også Björkqvist og medarbeidere (Björkqvist, et al., 1994) fant en klar overrepresentasjon av depresjoner og angst hos mobbeofre.

Selv om bidragene fra mobbing til forklart varians var mindre for psykosomatiske plager og muskel-skjelettplager, henholdsvis 8 pct. og 6 pct., fant vi signifikante sammenhenger mellom mobbing og disse helseplagene også. Resultatene støtter dermed antagelsene om at mellommenneskelige konflikter på jobben har en sterkere sammenheng med folks helse enn tidligere antatt (Appelberg et al., 1991; Bolger et al., 1989; Svebak, Ursin, Endresen, Hjelmen & Apter, 1991).

Det har også tidligere vært funnet sammenhenger mellom mobbing og psykisk og somatisk helse, særlig knyttet til depresjoner og angst (Matthiesen, et al., 1989). I en studie blant 745 hjelpepleiere ble det imidlertid ikke funnet sammenhenger mellom mobbing og somatiske helse (Matthiesen, 1990), noe som ble forklart med det generelt høye nivået av helseplager i denne yrkesgruppen med påfølgende lav varians og en mulig "tak-effekt". I en annen studie blant helsearbeidere i den kommunale pleie og omsorgstjenesten ble det heller ikke funnet sammenhenger mellom mobbing og somatiske plager (Raknes & Einarsen, 1995).

Resultatene om mobbingens sammenheng med rapporterte muskel-skjelettplager er i overensstemmelse med resultater og konklusjoner i en norsk studie blant kvinnelige kontoransatte med milde muskel-skjelettplager. Negative følelser knyttet til manglende mestring av mellommenneskelig interaksjon var i denne studien sterkt assosiert til muskel-skjelettsmerter (Svebak, et al., 1991). Svebak og medarbeidere konkluderte da også med at mellommenneskelig interaksjon sannsynligvis har større betydning for ryggplager enn tidligere

antatt. Muskelspenninger er forslått som den mellomliggende psykofysiologiske variabelen mellom psykologiske faktorer og muskel-skjelettplager (Ursin, Endresen & Ursin, 1988). Når det gjaldt muskel-skjelettplager viste regresjonsanalysene at mobbemålene hadde like sterke bidrag til forklart varians som sosial angst og selvaktelse. Det er tidligere funnet at angst hos kvinner ikke har sammenheng med selvrappporterte skulder-, nakke- og ryggplager (Ibid.).

Selv om mobbingens varighet korrelerte signifikant med alle tre helsemålene, forsvant disse sammenhengene når det ble kontrollert for de andre mobbemålene. Både i forhold til definisjonen på mobbing og i forhold til utviklingen av mulige helseplager skulle en forvente at tid var en viktig variabel. Når dette ikke er tilfelle i den foreliggende studien kan dette ha flere forklaringer. For det første viste det seg at de fleste av mobbeofrene allerede hadde blitt mobbet over en lengre tidsperiode. Tilsammen 55 pct. av ofrene hadde på målingstidspunktet blitt mobbet i mer enn ett år. En annen forklaring kan være det store frafallet på dette spørsmålet. Bare halvparten av mobbeofrene svarte på en slik måte at svarene kunne nøyaktig tidfestes. Dette ga dermed lav varians og lavt n i målet.

At så få svarte eksakt på spørsmålet om varighet kan avspeile at det kan være vanskelig å nøyaktig angi hvor lenge en har vært utsatt for mobbing. Med utgangspunkt i intervjuer hevder Kile (1990) at forvirringstilstander er vanlige reaksjoner i den første fasen når man mobbes. Sammen med at det kan være vanskelig å fastslå nøyaktig når en konflikt som kan toleres går over til en opplevd mobbekonflikt, kan dette gjøre det vanskelig å fastslå eksakt hvor lenge man har vært mobbet. I oppfølgende studier bør derfor sammenhengen mellom helseproblemer og mobbingens varighet undersøkes nærmere.

Sosial støtte og personlighet som moderatorer

Regresjonsanalyse ble benyttet for å studere hvordan sammenhengene mellom mobbing og helse ble påvirket av henholdsvis sosial støtte og personlighetsvariablene selvaktelse og sosial angst. Resultatene viste at sammenhengene mellom mobbing og helse ble redusert betydelig når det ble kontrollert for sosial støtte og personlighet, uten at mobbing helt ble fjernet som prediktor hverken for psykiske plager, psykosomatiske plager eller muskel-skjelettplager.

Sammenhengene mellom mobbing og psykisk helse ble svakere ved innførsel av de fire målene på sosial støtte som andre blokk i regresjonsmodellen. Særlig bidragene negative handlinger og mobbeindeksen hadde til forklart varians ble moderert ved innførsel av sosial støtte. Personer som opplevde mange negative handlinger og negative konsekvenser av mobbingen, rapporterte altså færre psykiske plager dersom de samtidig hadde høy grad av sosial støtte. I forhold til psykosomatiske plager var det i hovedsak bidragene fra

mobbeindeksens mål på opplevd alvorlighet som ble redusert ved innførsel av sosial støtte i modellen. Sammenhengen mellom mobbing og muskel-skjelett-plager ble kun i liten grad redusert av sosial støtte. Resultatene viste ellers at kvaliteten på de mellommenneskelige relasjonene på jobb var det målet på sosial støtte som samvarierte sterkest med helse.

Sosial støtte kan tenkes å virke modererende på ulike måter (Eide, Hellesøy & Thyholdt, 1984). For det første kan god sosial støtte virke direkte positivt på folks helse. Det kan også tenkes at god sosial støtte påvirker belastningen direkte, i dette tilfellet mobbing. Mobbeofre med gode sosiale relasjoner på jobben kan få hjelp og støtte av andre i konflikten. For det tredje kan sosial støtte tenkes å ha en buffer-effekt der sosial støtte reduserer den negative virkningen av mobbing på individet. Sosial støtte fra omgivelsene har vist seg å moderere effekten av mange ulike belastninger både i og utenfor arbeidslivet. Dårlig sosial støtte gjør individet sårbart for belastninger, krav og begrensninger i miljøet. På den annen side gir sosial støtte økt styrke, trygghet og hjelp til mestring av vanskelige, uvante eller ukjente situasjoner (Hellesøy, 1990). Sosial støtte kan føre til at individet føler seg mindre sårbart fordi han eller hun vet hvor materiell eller emosjonell støtte kan hentes dersom nødvendig. Sosial støtte kan også senke emosjonell og fysiologisk aktivering. Mobbeofre med lav sosial støtte vil derfor være mer sårbare enn andre både overfor mobbing og eventuelle andre parallelle belastninger.

I den foreliggende studien reduserte sosial støtte i størst grad sammenhengen mellom mobbing og psykiske plager. Mobbeofre som ikke hadde noen de kunne få råd, hjelp og støtte fra i familien rapporterte signifikant mer psykiske plager enn andre mobbeofre. Ifølge Williams & House (1985) har sosial støtte en modererende effekt på forhold som synes å være særlig påvirket av mellommenneskelige prosesser. Resultatene viste ellers at selve frekvensen av mobbingen ikke i særlig grad påvirkes av sosial støtte. Mobbeindeksen som mer målte opplevd alvorlighet og ensomhetsfølelse knyttet til mobbing, hadde imidlertid lavere sammenhenger med helse når det ble kontrollert for sosial støtte. Sosial støtte demper altså de opplevde konsekvensene av mobbingen og betydningen av disse for personens helse, men endrer i mindre grad betydning av det faktum at man føler seg mobbet.

For alle de tre helsemålene var det særlig sammenhengene mellom mobbeindeksen og helseplager som ble redusert når personlighetsfaktorene selvaktelse og sosial angst ble ført inn i regresjonsmodellen. De andre målene ble i liten grad påvirket utover det sosial støtte allerede hadde bidratt med. Etter innførsel av personlighet i regresjonsmodellen sank det unike bidraget fra mobbeindeksen til forklart varians av psykiske plager. Personlighetsvariablene hadde en sterkere sammenheng med de tre helseplagene enn det både sosial

støtte og mobbing hadde. Resultatene viste også at det særlig var mobbeofre med høy grad av sosial angst eller lav selvaktelse som fikk helseplager fra mobbing.

Kile (1990) hevder at personer som på forhånd er lett plaget, følsomme eller ansente vil være særlig disponerte for å pådra seg langvarige psykiske lidelser i kjølvannet av jobbmobbing. Det kan også tenkes at lett sårbare personer i utgangspunktet vil reagere sterkere på å bli utsatt for negativ behandling. Personer som er lite engstelige i sosiale sammenhenger og som har et positivt og stabilt syn på seg selv, vil derimot reagere mindre i mellommenneskelige konflikter. Negative vurderinger fra andre og utestengning fra en sosial gruppe vil sannsynligvis oppleves som mindre ego-truende av personer med høy selvaktelse og lite sosial angst.

Det er hevdet at personlighetsvariabler er positivt relatert til helse i den grad de bidrar til at individet reagerer på vanskeligheter på en optimistisk, utholdende og fleksibel måte (Rodin & Salovey, 1989). I en diskusjon av psykologiske faktorer knyttet til muskel-skjelettplager hevder Ursin og medarbeidere (Ursin, Endresen, Svebak, Tellnes & Mykletun, 1993): "Also, psychological factors determine whether the individual is to enter into helplessness, hopelessness and a sickness role, or is able to fight his or her way back to working life (s. 251)". Selvaktelse reflekterer nettopp personens tillit til å kunne mestre miljøet, og reduserer dermed betydningen av uventede hendelser (Lang & Markowitz, 1989).

Metodiske begrensninger

De korrelasjonelle analysene i undersøkelsen kan ikke fastslå retningene på årsaksforholdene mellom mobbing, sosial støtte, personlighet og helse. Forholdet mellom helse og f.eks. personlighetsfaktorer er påstått å være mangesidig (Friedman & Booth-Kewley, 1987). Personlighetstrekk kan både være forårsaket av helseproblem og forårsake helseproblem gjennom aktiveringen av helsemessig sett uheldig atferd. På samme måte kan mobbing være et resultat av både helseplager og personlighetsdisposisjoner. Personer som er preget av usikkerhet i, og tilbaketrekning fra sosiale situasjoner, kombinert med lav selvaktelse, vil lett kunne bli ofre for andres aggresjon. På den annen side kan en lengre periode preget av negativ sosial interaksjon føre til sosial tilbaketrekning, engstelighet og usikkerhet. På samme måte kan helseproblemer både utløse andres aggresjon, bidra til å rettferdiggjøre mobbernes handlinger og til at personen blir mer sårbar i en mellommenneskelig konflikt. Personer som er stresset kan utløse aggresjon hos andre ved å utføre dårlig arbeid, ved å ikke leve opp til andres forventninger, eller ved å bryte sosiale normer på arbeidsplassen (Felson, 1982). Forholdet mellom mobbing, sosial støtte, personlighet

og helse kan derfor være mangesidig og gjensidig forsterkende. Slik kan mobbing, dårlig helse, svak sosial støtte og f.eks. lav selvaktelse også inngå som faktorer i en ond sirkel.

Mobbing, helseplager, sosial støtte og de aktuelle personlighetsfaktorer kan også være påvirket av en felles bakenforliggende årsak, f.eks. arbeidsmiljøforhold. Med utgangspunkt i de foreliggende undersøkelser har vi tidlegere funnet at arbeidsplasser der mobbing foregår er kjennetegnet av en høy grad av rollekonflikt. Rollekonflikt er funnet å kunne redusere jobbtilfredshet, gi mindre selvsikkerhet, svekket selvbilde, depresjoner og lav jobbmotivasjon (French & Caplan, 1973). Endelige konklusjoner om kausalitet i forhold mellom mobbing, personlighet og helse kan derfor først gjøres etter undersøkelser med et longitudinelt design.

Den foreliggende undersøkelsen baserer seg utelukkende på selvrapporterte data. Både i forhold til registrering av helsevariabler, i kartlegging av mobbing, og i forhold til sammenhengsanalyser kan dette være et problem. Brodsky (1976) mener at trakassering må sees på som en blanding av subjektive og objektive faktorer, og at trakassering oppstår ved handlinger som de fleste i en kultur vil karakterisere som trakasserende. Studier blant barn viser imidlertid en stor grad av samsvar mellom barns egenrapportering av mobbing og lærernes observasjoner og vurderinger (Olweus, 1989). Andre har hevdet at selvrapporterte mål som benytter atferdsbeskrivelser, i liten grad er påvirket av individets kognitive og emosjonelle bearbeiding, og således et relativt objektivt mål på arbeidsrelaterte belastninger (Frese & Zapf, 1988). Vårt mål på opplevelsen av konkrete negative handlinger kan sies å være et slikt mål. I den foreliggende studie er det også dette målet som i minst grad fikk redusert sin sammenheng med helse når det ble kontrollert for personlighet i regresjonsmodellen. Det er ellers en styrke ved studien at ulike operasjonaliseringer av mobbing er inkludert og at ulike sider ved fenomenet således kartlegges (ibid.).

På den annen side, ulike situasjoner kan oppleves ulikt av ulike personer. En situasjon blir kun truende, og dermed potensielt stressende, gjennom individets persepsjon av situasjonen. Det er personens opplevelse av å være mobbet eller utsatt for andres negative handlinger som til syvende og sist påvirker personens helse og trivsel. Således er det nettopp de subjektive opplevelser som er interessant i denne sammenheng.

Også helsemålene baserer seg utelukket på egenrapportering. Ifølge WHO's utvidete helsebegrep er helse ikke bare fravær av sykdom, men også en tilstand av psykisk, fysisk og sosialt velvære. Individets subjektive opplevelse av velvære, trivsel og egen helse må derfor sees på som en viktig dimensjon i begrepet helse. Fra vårt perspektiv er således de subjektive mål på helse og

velvære *ikke* av underordnet betydning sett i forhold til mer objektive helse-mål. Problemet er således ikke bruk av subjektive data i seg selv, men heller at den ensidige bruken av slike data kan medføre en samvarians i målene som ikke avspeiler reelle sammenhenger, men heller samvarians i målemetodene. På den annen side regner man med at i større utvalg vil opptil 25 pct. av deltakerne være kjennetegnet av kroniske psykiske forstyrrelser, noe som i betydelig grad kan tildekke sammenhengene mellom selvrapporterte belastninger og stressreaksjoner (Depue & Monroe, 1986).

Senere studier bør derfor også benytte objektive helse-mål og longitudinelle design, eventuelt mobbemål som er kontrollert for observatørers eller arbeidskollegers vurderinger. I den grad oppfølgende studier også baserer seg på selvrapporterte helseplager bør faktorer som sosial ønskverdighet og "negative affectivity" kontrolleres (Burke, Brief & George, 1993).

Personlighetsfaktorer i studiet av mobbing

I denne studien er mobbing forsøkt studert i et stressperspektiv der både miljø og individ inngår. En rekke studier har vist at personlighet er en av hovedfaktorene bak et individs måte å opptre på i sitt sosiale miljø (Appelberg et al., 1991). Appelberg og medarbeidere hevder også at personfaktorer knyttet til sosial omgjengelighet er særlig viktig å ta hensyn til i studiet av konflikter på arbeidsplassen. Selvaktelse og sosial angst ble valgt ut til denne studien fordi de begge påvirker individets sosiale relasjoner og individets mestring av sosialt vanskelige situasjoner.

Fokusering på personvariabler i studiet av mobbing er imidlertid omstridt. Leymann (1992) avviser personvariabler som relevante i studiet av mobbing og forsøker å studere mobbing som hendelser og handlinger som er generelt og allment belastende. Det finnes naturligvis stimuli som har traumatisk virkning på alle mennesker, og belastninger som er utenfor vanlige menneskelige opplevelser. Slike hendelser, f.eks. voldtekt, kan ha alvorlige konsekvenser for de fleste mennesker. Det er imidlertid et åpent spørsmål om jobbmobbing kan sidestilles med slike ekstreme stressorer. Det stilles da også strenge krav for at en situasjon skal kunne klassifiseres som så belastende: hendelsen skal komme plutselig og være uten forvarsel, situasjonen må være svært farlig for den enkelte og være følelsesmessig overveldende (Figley, 1986). I en artikkel om kriseintervensjon hevder Dyregrov og Ingebretsen (1988) at selv om det er naturlig at noen opplevelser er vanskelige og problematiske for alle mennesker, kan likevel forhold knyttet til individet bli avgjørende for problemenes varighet og intensitet.

De foreliggende resultater viser at forhold ved individet kan ha betydning for de helsemessige konsekvensene av opplevelser som for såvidt kan være

vanskelige og problematiske for alle mennesker. Uten at undersøkelsens design tillater konklusjoner om årsak-virkning forhold, kan vi slå fast at arbeidstakere som utsettes for mobbing har mer kroppslige og psykiske helseplager enn andre, særlig i den grad de også har lav selvaktelse eller høy sosial angst og i den grad de har lav sosial støtte. Begge fremsatte hypoteser får derfor støtte i de foreliggende data.

LITTERATUR

- Adams, A. (1992). *Bullying at work. How to confront and overcome it*. London: Virago Press.
- Alsaker, F.D. & Olweus, D. (1986). Assessment of global negative self-evaluations and perceived stability of self in Norwegian preadolescents and adolescents. *Journal of Early Adolescence*; 6: 269-278.
- Appelberg, K., Romanov, K., Honlasalo, M, & Koskenvuo, M. (1991). Interpersonal conflicts at work and psychosocial characteristics of employees. *Social Science Medicine*; 32; 9; 1051-1056.
- Bjørk, S. (1988). Sosialt nettverk, stress og mestring. I Dalgard, O.S. & Sørensen, T. (Red.), *Sosialt nettverk og psykisk helse*. Oslo: TANO.
- Björkqvist, K., Österman, K. & Hjelt-Bäck, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*, 20: 173-184.
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R.C. & Schilling, E.A. (1989). Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 808-818.
- Brodsky, C.M. (1976). *The harassed worker*. Lexington; D.C. Heath and Company.
- Burke, M.J., Brief, A.P. & George, J.M. (1993). The role of negative affectivity in understanding relations between self-reports of stressors and strains: A comment on the applied psychology literature. *Journal of Applied Psychology*, 78: 402-412.
- Burke, R.J. & Greenglass, E.R. (1987). Work and family. I Cooper, C.L. & Robertson, E.R. (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Chan, K.B. (1977). Individual differences in reactions to stress and their personality and situational determinants. *Social Science and Medicine*, 11: 89-103.
- Crull, P. (1982). Stress effects of sexual harassment on the job: implications for counseling. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52: 539-54.
- Depue, R.A. & Monroe, S.M. (1986). Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: The problem of chronic disturbance. *Psychological Bulletin*, 99: 36-51.
- Dyregrov, A. & Ingebrigtsen, R. (1988). Kriseintervensjon – Teoretisk fundament og praktisk virkelighet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 19: 583-594.
- Eide, R., Hellesøy, O.H. & Thyholdt, R. (1984). Den helsemessige betydningen av sosial støtte. I O.H. Hellesøy (Red.), *Arbeidsplass Statfjord*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, R., Thyholdt, R., & Hamre, E. (1982). Relationships of psychosocial factors to bodily and psychological complaints in a population in Western Norway. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37: 218-234.
- Einarsen, S., Raknes, B.I. & Matthiesen, S.B. (1993). *Seksuell trakassering. Bøllen og blondinen på norske arbeidsplasser*. Bergen: Sigma Forlag.
- Einarsen, S., Raknes, B.I., Matthiesen, S.B. & Hellesøy, O.H. (1994). *Mobbing og harde personkonflikter. Helsefarlig samspill på arbeidsplassen*. Bergen: Sigma forlag.
- Felson, R.B. (1992). "Kick'em when they're down": Explanations of the relationships between stress and interpersonal aggression and violence. *The Sociological Quarterly*, 33: 1-16.