

## Efnisyfirlit

Útdráttur.....	3
Inngangur.....	4
Geðraskanir, internetfíkn og áfengis- og vímuefnavandi.....	4
Þunglyndi.....	4
Kvíði.....	4
Áfallastreituröskun.....	5
Athyglisbrestur með ofvirkni.....	5
Áfengis- og vímuefnavandi.....	5
Lífsánægja.....	6
Internetfíkn.....	6
Atvinnuleysi.....	6
Skilgreining á atvinnuleysi.....	6
Atvinnuleysi á Íslandi.....	6
Afleiðingar langvarandi atvinnuleysis.....	7
Rannsóknir á tengslum atvinnuleysis og geðraskana.....	7
Rannsóknir á tengslum atvinnuleysis og áfengis- og vímuefnavanda.....	8
Rannsóknir á internetfíkn.....	9
Félagsþjónusta sveitarfélaga.....	9
Reglur um fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg.....	9
Önnur þjónusta Reykjavíkurborgar við atvinnuleitendur.....	10
Tilgangur rannsókna og nýsköpunargildi hennar.....	11
Aðferð.....	12
Þátttakendur.....	12
Mælitæki.....	12
ASEBA.....	12
Lífsánægjukvarðinn (Satisfaction With Life Scale).....	13
Matskvarði fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu (SMAST-D).....	14
Skimunarlisti fyrir áfallastreituröskun (ÁSR-HG).....	14
Sjálfsmatskvarði fyrir internetfíkn (Internet Addiction Scale).....	15
Viðbótarspurningar.....	15
Framkvæmd.....	15
Tölfræðileg úrvinnsla.....	16
Niðurstöður.....	16
Lýsandi tölfræði.....	16
ASEBA matslisti.....	20
Aldursmunur.....	21
Kynjamunur.....	26
Tímalengd fjárhagsaðstoðar.....	28
Aukaspurningar.....	30
Lífsánægjukvarðinn.....	32
Matskvarði fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu (SMAST-D).....	35
Skimunarlisti fyrir áfallastreituröskun.....	38
Sjálfsmatskvarði fyrir internetfíkn.....	40
Tengsl kynningarnámskeiðsins <i>Virgni til velferðar</i> við líðan atvinnuleitenda.....	42
Umræða.....	44
ASEBA matslisti.....	45

Aukaspurningar .....	47
Lífsánægjukvarðinn.....	48
Matskvarði fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu .....	48
Skimunarlisti fyrir áfallastreituröskun .....	49
Sjálfsmatskvarði fyrir internetfíkn .....	49
Áhrif kynningarnámskeiðsins <i>Virgni til velferðar</i> .....	50
Lokaorð.....	51
Heimildir .....	52
Viðauki 1 .....	55
Viðauki 2 .....	58
Viðauki 3 .....	59
Viðauki 4 .....	60

## ÚTDRÁTTUR

Tilgangur rannsóknar var að athuga stöðu og líðan atvinnuleitenda sem fá fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg. Tekið var 248 manna úrtak úr þýði 399 atvinnuleitenda, sem fengið höfðu fjárhagsaðstoð í þrjá mánuði eða lengur, höfðu engan bótarétt hjá Vinnumálastofnun og voru með íslenskt ríkisfang. Þátttakendur voru 82, þar af 54 karlmenn og meðalaldur voru 42,2 ár. Notaðir voru sálfræðilegir matslistar til þess að meta kvíða, þunglyndi, líkamleg vandamál, athyglisbrest með ofvirkni (ASEBA), lífsánægju (SWLS), áfengis- og vímuefnavanda (SMASD-D), internetfíkn (IAS) og áfallastreituröskun (ÁSR-HG). Einnig var staða þátttakenda metin með sérútbúnum spurningalist. Niðurstöður sýna að líðan og staða atvinnuleitenda sem fá fjárhagsaðstoð er verri en almennings. Þá er tíðni þunglyndis, líkamlegra vandamála, kvíða og athyglisbrests hjá atvinnuleitendum sem fá fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg ólík eftir aldri og er tilhneiging til þess að atvinnuleitendur sem eru yngri en 30 ára eigi við meiri vanda að stríða. Auk þess hafa atvinnuleitendur sem sótt hafa námskeiðið Virkni til velferðar færri kvíðaeinkenni og einkenni sem benda til áfallastreituröskunar heldur en atvinnuleitendur sem ekki hafa sótt námskeiðið.

## INNGANGUR

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar fer með ábyrgð á velferðarþjónustu borgarinnar, s.s. félagslega ráðgjöf, fjárhagsaðstoð, húsnæðisaðstoð, heimaþjónustu, barnavernd og aðra lögbundna grunnþjónustu. Í starfsáætlun Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar fyrir árið 2011 kemur fram að opinberar stofnanir, félagasamtök og grasrótahreyfingar þurfi að leggjast á eitt við að styðja atvinnulausa Reykvíkinga til að viðhalda heilsu sinni og atvinnufærni svo þeir komist sem fyrst út á vinnumarkaðinn aftur. Sérstök áhersla er lögð á úrræði fyrir fólk sem fær fjárhagsaðstoð til þess að auka möguleika þeirra á virkni í samfélaginu. Þessi rannsókn er liður í framkvæmd þessarar áætlunar, það er að varpa betra ljósi á stöðu og líðan atvinnuleitenda eru á framfærslu hjá Reykjavíkurborg og athuga hvernig hægt sé að bæta þjónustu við hópinn til þess að viðhalda vinnufærni þeirra og hjálpa þeim að komast aftur út á vinnumarkaðinn.

### **Geðraskanir, internetffíkn og áfengis- og vímuefnavandi**

Lífstíðaralgengi geðraskana er hátt og sýndi viðamikil rannsókn sem fór fram á Stór-Reykjavíkursvæðinu að tæplega helmingur þátttakenda hafði einhvern tíma á ævinni uppfyllt greiningarskilmerki fyrir geðröskun, þar af höfðu 14,4% sögu um kvíðaröskun og 13% sögu um lyndisröskun. Þá höfðu 20% þátttakenda sögu um geðröskun á síðustu 12 mánuðum (Jón G. Stefánsson og Eiríkur Líndal, 2009).

#### *Þunglyndi*

Helstu einkenni þunglyndis eru lækkað geðslag, minni ánægja af hlutum sem áður veittu ánægju, breytingar á svefnmynstri, breytingar á þyngd, orkuleysi, mikil þreyta, einbeitingarerfiðleikar, lítið sjálfsálit, óhófleg sektarkennd og endurteknar hugsanir um dauða ásamt sjálfsvígshugsunum eða áætlunum. Í greiningarskilmerkjum kemur einnig fram að fyrrgreind einkenni þurfa að valda hömlun á daglegu lífi (APA, 2000). Árs algengi þunglyndis mældist 2,6% í almennu þýði í nýlegri íslenskri rannsókn (Jón G. Stefánsson og Eiríkur Líndal, 2009).

#### *Kvíði*

Aðaleinkenni kvíða eru áhyggjur sem eru óhóflegar og valda hömlun í daglegu lífi. Fleiri einkenni eru spenna eða eirðarleysi, einbeitingarerfiðleikar, pirringur, vöðvaspenna,

svefntruflanir og þreyta (APA, 2000). Árs algengi kvíðaröskunar var 5,5% í almennu þýði í nýlegri íslenskri rannsókn (Jón G. Stefánsson og Eiríkur Líndal, 2009).

### *Áfallastreituröskun*

Áfallastreituröskun fellur undir flokk kvíðaraskana og samkvæmt greiningarskilmerkjum þarf einstaklingur einhvern tíma á lífsleiðinni að hafa upplifað eitthvað mjög ógnvekjandi eða hryllilegt sem hafi valdið einstaklingnum miklu uppnámi. Helstu einkenni áfallastreituröskunar eru endurupplifun áfallsins, ofurárvekni, tilfinningadofi, hliðrun frá hugsunum um atburðinn, forðun frá aðstæðum sem tengjast atburðinum og skerðing á tilfinningatengslum við aðra (APA, 2000). Viðamikil erlend rannsókn frá árinu 1995 leiddi í ljós að lífstíðaralgengi áfallastreituröskunar í almennu þýði var 7.8% og var tíðni meðal kvenna 10,4% en 5,0% meðal karla (Kessler, 1995). Þá hefur mánaðaralgengi áfallastreituröskunar í almennu þýði mælst 2% og var tíðnin 2,7% meðal kvenna og 1,2% meðal karla (Stein, Walker, Hazen og Forde, 1997).

### *Athyglisbrestur með ofvirkni*

Helstu einkenni athyglisbrests með ofvirkni eru hreyfiofviðvirkni, hvatvísi og athyglisbrestur. Samkvæmt greiningarskilmerkjum þurfa einkenni að koma fram fyrir 7 ára aldur og vera hamlandi í fleiri en einum aðstæðum (t.d. á heimili, í skóla eða í vinnu) (APA, 2000).

Samkvæmt niðurstöðum íslenskrar rannsóknar reyndust 0,9% þátttakenda á aldrinum 18-70 ára í almennu þýði hafa einkenni athyglisbrests með ofvirkni og ekki kom fram kynjamunur (Daníel Þór Ólason, Páll Magnússon og Sigurður J. Grétarson, 2006).

### *Áfengis- og vímuefnavandi*

Helstu einkenni misnotkunar áfengis og vímuefna eru endurtekin neysla við áhættusamar aðstæður (til dæmis í vinnu eða við akstur), endurtekin neysla sem leiðir til þess að einstaklingur uppfyllir ekki skyldur sínar á heimili, í vinnu eða skóla, endurteknir árekstrar við lögreglu og dómskerfi sökum neyslu og áframhaldandi neysla þrátt fyrir endurtekinn vanda (APA, 2000). Niðurstöður bandarískra rannsókna hafa sýnt tíðnitölur á bilinu 10-16% fyrir ævilíkur áfengissýki (SÁÁ, 2011), en tíðni vímuefnavanda virðist vera óljós þar sem ávallt er talað um tíðnina í tengslum við aðrar breytur eða tíðni einstakra misnotkunar

einstakra vímuefna. Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnun er ársalgengi áfengisvanda 2,97% meðal karla og 0,73% meðal kvenna (World Health Organization, 2011).

### *Lífsánægja*

Lífsánægja er huglægt mat einstaklings á eigin lífi og hefur fólk mismunandi viðmið þegar það metur eigin lífsánægju. Þannig getur heilsa skipt sumu mestu máli en fjölskylda skipt aðra mestu máli þegar fólk metur eigin lífsánægju (Diener, Robert, Emmons, Randy, Larsen og Sharon, 1985).

### *Internetfíkn*

Það má skilgreina internetfíkn sem vanhæfni einstaklings til að hafa stjórn á internetnotkun sinni sem síðan leiðir til sálrænna og félagslegra vandamála, ásamt vandamálum tengdum atvinnu eða námi. Það eru ekki til greiningarskilmerki fyrir internetfíkn í DSM-IV greiningarkerfinu, enn sem komið er (Cao, Su, Liu og Gao, 2007). Samkvæmt rannsókn sem gerð var á íslenskum háskólanemum árið 2008 var tíðni internetfíknar 5,8% (Anna Lís Pétursdóttir og Sóldís Lilja Benjamínsdóttir, 2008).

## **Atvinnuleysi**

### *Skilgreining á atvinnuleysi*

Samkvæmt Hagstofu Íslands teljast þeir atvinnulausir sem ekki voru í vinnu í vikunni sem leið, frá mánudegi til sunnudags (viðmiðunarvika). Sömu reglur gilda um launþega og sjálfstætt starfandi og er miðað við vinnu sem nemur einni klukkustund eða lengur í viðmiðunarvikunni. Atvinnulausir þurfa að vera í virkri atvinnuleit og geta hafið störf innan tveggja vikna. Þeir sem hafa fengið starf sem hefst innan þriggja mánaða teljast einnig atvinnulausir þangað til starfstími hefst (Hagstofa Íslands).

### *Atvinnuleysi á Íslandi*

Þegar kreppan skall á í október árið 2008 hafði atvinnuleysi verið lítið á Íslandi í þó nokkurn tíma. Mest var atvinnuleysið árið 1995, eða 5% (Engilbert Sigurðsson, 2009). Nú í öðrum ársfjórðungi ársins 2011 mældist atvinnuleysi 8,5% (Hagstofa Íslands).

### *Afleiðingar langvarandi atvinnuleysis*

Atvinna er grunnur framfærslu og veitir fólki félagsskap, sjálfstraust og virðingu. Atvinna virkjar jafnframt athafnaþörf og gefur lífinu gildi. Atvinnuleysi getur hins vegar haft í för með sér félagsleg og heilsufarsleg vandamál. Í samanburði við fólk sem er í vinnu þá er fólk án vinnu að jafnaði þunglyndara, kvíðnara, heilsutæpara, eirðarlausara, og með minna sjálfsálit. Þá á atvinnulaust fólk í hættu með að verða framtakslítið og er er jafnframt líklegra til að misnota áfengi og lyf. Félagsleg vandamál koma jafnframt fram í tengslum við fjárhagslegra erfiðleika og einangrun sem oft fylgir í kjölfar atvinnuleysis (Halldór Sigurður Guðmundsson, 2008; Halldór Kr. Júlíusson, 1993).

### *Rannsóknir á tengslum atvinnuleysis og geðraskana*

Atvinnuleysi hefur ítrekað verið tengt við vanlíðan af ýmsu tagi og þá sérstaklega við þunglyndi og kvíða. Því hefur lengi verið haldið fram að vanlíðan sé sérstaklega mikil á meðal fólks sem hefur verið lengi án atvinnu. Raunar virðist sambandið á milli tímalengdar atvinnuleysis og vanlíðanar vera öllu flóknara þar sem rannsóknir hafa sýnt fram á aukningu á fyrstu sex mánuðunum en að eftir það verði ákveðinn stöðugleiki. Einhverjar rannsóknir hafa jafnvel sýnt fram á það að vanlíðan fari minnkandi eftir stöðugt atvinnuleysi í 15 mánuði (Kokko og Pulkkinen, 1998). Sambandið á milli atvinnuleysis og heilsufarslegra vandamála er flókið, þar sem andleg og líkamleg veikindi geta bæði verið valdur að atvinnuleysinu og afleiðing þess. Niðurstöður langtíma rannsókna hafa þó náð að sýna fram á það að atvinnuleysið sjálft hefur almennt slæmar heilsufarslegar afleiðingar í för með sér og eru þó nokkrar sannanir fyrir því að atvinnuleysi valdi heilsufarslegum vandamálum (Mathers og Schofield, 1998).

Í ástralskri rannsókn var tíðni lyndisraskana (þunglyndi, oflæti, óyndi og geðhvarfasýki) og kvíðaraskana (ofsahræðsla, félagsfælni, víðáttufælni, almenn kvíðaröskun, árattu- og þráhyggjuröskun og áfallastreituröskun) meðal atvinnulausra borin saman við tíðni meðal fólks í vinnu. Niðurstöður voru þær að atvinnulausir þátttakendur voru þrisvar sinnum líklegri til að vera með kvíðaröskun og tvisvar sinnum líklegri til að vera með lyndisröskun heldur en þátttakendur á vinnumarkaði (Mathers og Schofield, 1998). Í íslenskri rannsókn kom fram að tíðni þunglyndis og kvíða væri hærri á meðal atvinnulausra heldur en meðal fólks á vinnumarkaði (Jakob Smári, Elvar Arason, Hafsteinn Hafsteinsson og Snorri Ingimarsson, 1997). Þá sýndu tvær allsherjargreiningar fram á sömu niðurstöður. Þannig voru teknar saman niðurstöður fleiri tuga rannsókna á tengslum atvinnuleysis, sálfræðilegra vandamála og

lífsánægju og var niðurstaðan sú að sálfræðileg vandamál væru meiri og lífsánægja minni á meðal atvinnulausra heldur en á meðal fólks í vinnu (McKee-Ryan, Song, Wanberg og Kinicki, 2005; Paul og Moser, 2009).

Atvinnuleysi getur haft mismunandi afleiðingar í för með sér eftir kyni og fyrir mismunandi aldurshópa. Þannig sýndi sænsk rannsókn fram á það að tengslin á milli atvinnuleysis og sálfræðilegra vandamála væri sterkari á meðal ungmenna heldur en á meðal fullorðinna. Jafnframt voru tengslin á milli atvinnuleysis og tíðni reykinga sterkari á meðal ungmenna (Reine, Novo og Hammerström, 2004). Því hefur verið haldið fram á það sé erfiðara fyrir karlmenn að vera atvinnulausir þar sem kynjaímyndir eru ólíkar. Konur eiga auðveldara með að vera heima og sinna börnum og heimili á meðan körlum finnst aðal hlutverk sitt vera að framfæra fjölskyldunni. Í einni rannsókn kom fram marktækur kynjamunur á sálfræðilegum vandamálum, þannig að vandi karla var marktækt meiri heldur en vandi kvenna, í kjölfar atvinnuleysis (Artazcoz, Benach, Borell og Cortés, 2004). Í rannsókn Jakobs Smára og féлага (1997) kom ekki fram marktækur kynjamunur á tíðni þunglyndis og kvíða meðal atvinnulausra.

Í skandínávískri rannsókn þar sem þátttakendur voru 45 fullorðnir einstaklingar með ADHD greiningu kom í ljós að einungis 15,6% þátttakenda voru í vinnu en 66,8% voru á einhvers konar bótum eða í starfsendurhæfingu (Torgersen, Gjervan og Rasmussen, 2006). Í viðamikilli bandarískri rannsókn kom í ljós að tíðni ADHD meðal fullorðinna var 4,4%. Jafnframt voru niðurstöður þær að fylgni var á milli atvinnuleysis og ADHD greiningar (Kessler, Adler, Barkley og Biederman, 2006).

#### *Rannsóknir á tengslum atvinnuleysis og áfengis- og vímuefnavanda*

Samkvæmt Mathers og Schofield (1998) hafa fjöldi rannsókna sýnt fram á að tíðni reykinga og drykkju sé meiri á meðal atvinnulausra heldur en á meðal fólks í vinnu. Niðurstöður hafa þó verið nokkuð misvísandi og ekki hefur verið sýnt fram á orsakasamband, þannig að það er ekki hægt að fullyrða að atvinnuleysi valdi aukinni tíðni drykkju eða reykinga (Mathers og Schofield, 1998). Í viðamikill breskri rannsókn voru atvinnulausir menn bornir saman við menn í vinnu með tilliti til áfengisneyslu. Niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að tíðni áhættusamrar drykkju væri meiri á meðal atvinnulausra manna (Crawford, Plant, Kreitman og Latcham, 1987). Í norskri rannsókn var hópi ungmenna á aldrinum 17-20 ára fylgt eftir á fjögurra ára tímabili og tengsl atvinnuleysis og áfengis- og vímuefnaneysla skoðuð. Niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að neysla áfengis jókst ekki í kjölfar



atvinnuleysis en hins vegar jókst kannabisneysla (Hammer, 1992). Í sænskri rannsókn var fylgst með heilum árgangi af krökkum sem voru að útskrifast úr grunnskóla í sveitarfélagi í norður Svíþjóð. Spurningalistar voru lagðir fyrir þátttakendur í lok skólaárs (þar sem meðal annars var spurt út í áfengisneyslu) og aftur fimm árum síðar. Niðurstöður voru þær að áfengisneysla jókst hjá þátttakendum sem voru atvinnulausir, sérstaklega á meðal stráka. Þá kom einnig í ljós að þeim mun lengur sem þátttakendur höfðu verið atvinnulausir, þeim mun meira jókst áfengisneyslan (Janlert og Hammarström, 1992).

### *Rannsóknir á internetfíkn*

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á tíðni internetfíknar og mjög fáar rannsóknir hafa verið gerðar á tengslum internetfíknar og atvinnuleysis. Gerð var rannsókn á internetnotkun Norðmanna árið 2009. Internet Addiction Scale var notaður til þess að mæla tíðni internetfíknar og reyndist hún vera 1,0%. Þá áttu 5,2% í hættu á að verða internetfíklar (Bakken, Wenzel, Gøtestam, Johansson og Øren, 2009). Bandarískar rannsóknir hafa sýnt fram á að tíðni internetfíknar þar í landi sé tæplega 6% (Young, 2004). Samkvæmt Soule, Shell og Kleen (2003) þá getur atvinnuleysi verið afleiðing internetfíknar.

### **Félagsþjónusta sveitarfélaga**

Markmið félagsþjónustu sveitarfélaga er að tryggja fjárhagslegt og félagslegt öryggi og stuðla að velferð íbúa á grundvelli samhjálpár. Það skal gert meðal annars með því að bæta lífsskjör þeirra sem standa höllum fæti og grípa til aðgerða til þess að forðast félagsleg vandamál (1. grein laga nr. 40/1991). Fjárhagsaðstoð er ein þjónustuleið sem sveitarfélög geta notað (2. grein laga nr. 40/1991). Í 19. grein laganna stendur að hverjum manni sé skylt að framfæra sjálfan sig, maka sinn og börn yngri en 18 ára og í 21. grein stendur að sveitastjórn skuli setja reglur um framkvæmd fjárhagsaðstoðar (lög nr. 40/1991). Fjallað verður um þær hér á eftir.

### *Reglur um fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg*

Í reglum um fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg sem samþykktar voru 2011 segir að skylt sé að veita fjárhagsaðstoð til framfærslu einstaklinga og fjölskyldna sem ekki geta séð sér og sínum farboða án aðstoðar sbr. IV. og VI. kafla laga um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991. Einnig segir í reglunum að skylt sé að veita einstaklingum og fjölskyldum aðstoð vegna sérstakra aðstæðna, meðal annars vegna heimilisstofnunar, náms eða óvæntra áfalla.

Kanna skal til þrautar rétt umsækjenda til annarra greiðslna, þar með talið frá almannatryggingum, atvinnuleysistryggingum, lífeyrissjóðum og sjúkrasjóðum stéttarfélaganna. Einnig þarf að veita fjárhagsaðstoð í eðlilegum tengslum við önnur úrræði velferðarráðs, svo sem ráðgjöf og leiðbeiningar. Aldrei er skylt að veita fjárhagsaðstoð lengra aftur í tímann en fjóra mánuði og aðstæður þeirra sem fengið hafa aðstoð lengur en sex mánuði í senn skulu kannaðar sérstaklega, félagsleg ráðgjöf veitt og skal viðkomandi bent á að leita sér aðstoðar hjá Umboðsmanni skuldara (Reglur um fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg, 2011).

Framvísa skal upplýsingum um eignir og tekjur, auk annarra greiðslna, þegar sótt er um fjárhagsaðstoð. Allar tekjur einstaklings og maka, í þeim mánuði sem sótt er um og mánuðinn á undan, aðrar en greiðslur vegna barna og húsaleigubætur eða vaxtabætur koma til frádráttar við ákvörðun um upphæð fjárhagsaðstoðar. Ef umsækjandi, maki hans eða sambýlingur, eiga eignir umfram íbúðarhúsnæði og eina fjölskyldubifreið eða hafa nýlega selt eignir sínar skal honum vísað á lánafyrirgreiðslu banka og sparisjóða þó að tekjur hans séu lægri en grunnfjárhæð (Reglur um fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg, 2011).

Þegar umsækjandi um fjárhagsaðstoð er atvinnulaus er honum skylt að framvísa minnisblaði atvinnuleitanda sem staðfestir atvinnuleysi hans (Reglur um fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg, 2011). Þetta á þó aðeins við atvinnuleitendur sem hafa ekki rétt á atvinnuleysisbótum. Minnisblaði atvinnuleitenda á að framvísa fyrir hver mánaðarmót. Á því kemur fram að umsækjandi hafi sótt um tvö til fjögur störf á tímabilinu (Leiðbeiningar með reglum um fjárhagsaðstoð, 2011).

Upphæð fjárhagsaðstoðar fer eftir aðstæðum fólks, en hún er 149.000 kr. á mánuði fyrir fullorðinn einstakling sem rekur eigið heimili. Einstaklingur sem býr með öðrum, leigir húsnæði án þinglýsts leigusamnings eða hefur ekki aðgang að húsnæði fær grunnfjárhæð 125.540 kr. og einstaklingur sem býr hjá foreldrum fær 74.500 kr., en ef einstaklingur sem fellur undir ofangreint hefur forsjá barns fær hann 149.000 kr. greiddar. Grunnfjárhæð fjárhagsaðstoðar til hjóna eða sambýlisfólks sem reka eigið heimili getur numið allt að 223.500 kr. á mánuði (Reglur um fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg, 2011). Sambýlisfólk þarf þó að hafa verið skráð í sambúð í Þjóðskrá í a.m.k. eitt ár áður en umsókn um fjárhagsaðstoð er lögð fram (19. grein laga nr. 40/1991).

### *Önnur þjónusta Reykjavíkurborgar við atvinnuleitendur*

Atvinnuleitendum sem þiggja fjárhagsaðstoð til framfærslu hjá Reykjavíkurborg býðst margs konar þjónusta sem hugsuð er til að styðja þá við atvinnuleitina og lágmarka neikvæð

áhrif atvinnuleysis. Þegar sótt er um fjárhagsaðstoð fá allir boð um að mæta á kynningarnámskeið sem kallast *Virgni til velferðar*. Námskeiðið er eitt skipti og tekur tvær og hálf klukkustund. Kynnt eru ýmis úrræði sem Velferðarsvið býður atvinnuleitendum og farið yfir reglur fjárhagsaðstoðar, réttindi og skyldur. Einnig eru gefnar gagnlegar ábendingar um atvinnuleit og þátttakendum eru kynnt önnur úrræði sem standa þeim til boða, t.d. Hlutverkasetur og Rauðakrosshús. Í lok hvers kynningarnámskeiðs er atvinnuleitendum boðið að bóka sig í viðtal hjá virkniráðgjafa í sínu hverfi til þess að gera áætlun um virkni. Einnig gefst þátttakendum sá möguleiki að hringt verði í þá seinna og þeim boðið viðtal. Virkniráðgjafar leitast við að gera samning um virkni við atvinnuleitendur í einu til þremur viðtölum. Virkníáætlun er samkomulag beggja aðila þar sem vilji og áhugi skjólstæðingsins ræður innihaldi. Lögð er áhersla á að virkníáætlun sé viðráðanleg fyrir viðkomandi og að hann nái markmiðum sínum þó það taki langan tíma. Samningurinn er vanalega gerður til þriggja mánaða í senn og tiltekur þá virkni sem einstaklingurinn ætlar að sinna á þeim tíma.

Ungum atvinnuleitendum á aldrinum 18-24 ára er jafnframt boðið að sitja undirbúnings hvatningarnámskeið sem heitir *Virknibrúin*. Það er kennt þrisvar í viku, tvær klukkustundir í senn eftir hádegi í þrjár vikur. Á námskeiðinu er mikið aðhald þar sem hringt er í alla þátttakendur þá daga sem námskeiðið er haldið, þeir vaktir og hvattir til að mæta. Það samræmist markmiði námskeiðsins sem er að rjúfa einangrun og hvetja til þátttöku í þeim úrræðum sem standa til boða. Að auki er unnið með kvíða þeirra við að takast á við daglegt líf með sjálfsefandi æfingum, heimsóknnum og fræðslu.

Atvinnuleitendum gefst einnig kostur á að taka þátt og kynna sér störf Reykjavíkurborgar. Úrræðið var sett af stað í samvinnu við Framkvæmda- og eignasvið borgarinnar. Þar er hægt að taka við tíu einstaklingum í starfskynningu tvisvar sinnum í viku í þrjá mánuði. Þannig fá atvinnuleitendur tækifæri til þess að öðlast starfsþjálfun og starfsreynslu til þess að setja í ferilskrá ásamt meðmælum.

### **Tilgangur rannsóknar og nýsköpunargildi hennar**

Mikilvægt er að safna upplýsingum um þann hóp atvinnulausra sem fá framfærslu hjá Reykjavíkurborg til þess að hægt sé að fylgjast með líðan og aðstæðum hópsins í því skyni að veita skilvirkari aðstoð og efla forvarnir. Einnig er mikilvægt að skoða hvernig tími sem fólk er á framfærslu, aldur og kyn hefur áhrif á líðan og stöðu atvinnuleitenda. Þessi hópur hefur lítið verið skoðaður áður og er því mikil þörf fyrir rannsókn sem þessa. Samkvæmt innlendum og erlendum rannsóknnum bjuggust rannsakendur við að fylgni væri á milli atvinnuleysis og

kvíðaeinkenna, þunglyndiseinkenna, einkenna áfallastreituröskunar (Mathers og Schofield, 1998; Jakob Smári o.fl., 1997), ADHD (Torgersen, Gjervan og Rasmussenm 2006; Kesser, o.fl., 2006), misnotkunar áfengis- og vímuefnavanda (Crawford o.fl., 1987), lífsánægju (KcKee-Ryan o.fl., 2005; Paul og Moser, 2009) og internetfíknar. Einnig var tilgangur rannsóknar að skoða hvort tími á framfærslu (Janleer og Hammarström, 1992; Kokko og Pulkkinen, 1998), aldur (Reine, Novo og Hammerström, 2004; Hammer, 1992) og kyn (Artazcoz o.fl., 2004; Jakob Smári o.fl., 1997) hefði áhrif á líðan og stöðu atvinnuleitenda en niðurstöður erlendra rannsókna um áhrifin hafa verið mismunandi og ekki allar í sömu átt varðandi þessar breytur.

## **AÐFERÐ**

### **Þátttakendur**

Úrtakið var tekið úr þýði sem samanstóð af 399 manns sem voru skráðir í atvinnuleit, höfðu fengið framfærslustyrk hjá Reykjavíkurborg í 3 mánuði hið minnsta, voru ekki með bótarétt annars staðar og voru með íslenskt ríkisfang. Tilviljunarkennt úrtak 248 einstaklinga var tekið úr þýðinu. Meiri upplýsingar um þátttakendur eru birtar í umfjöllun um úrtakið í kaflanum Lýsandi tölfræði.

### **Mælitæki**

#### *ASEBA*

Thomas M. Achenbach hóf þróun matstækisins ASEBA (*Achenbach system of empirically based assessment*) á sjöunda áratugi síðustu aldar (Achenbach og Rescorla, 2006) en listinn sem notaður er í þessari rannsókn var gefinn út árið 2001. Til eru ASEBA listar sem spanna fjóra aldurshópa og ná frá 18 mánaða aldri upp í meira en 90 ára (Achenbach og Rescorla, 2006). Í þessari rannsókn verður eingöngu notast við sjálfsmatslista fyrir fólk á aldrinum 18-59 ára sem kallast ASR (*Adult self report*). Þann lista íslenskuðu Helga Hannesdóttir, Halldór S. Guðmundsson og fleiri árið 2004.

ASR listinn er fjórar blaðsíður á lengd. Á fyrstu tveimur eru spurningar um aðlögunarfærni í lífi og starfi, t.d. um fjölda vina og samband við þá, hjúskaparstöðu, samskipti við maka, um fjölskylduhagi og samband við fjölskyldu. Að auki er spurt um atvinnu og nám síðustu 6 mánuði og um samskipti á þeim vettvangi. Aðlögunarfærni skiptist í

fimm undirkvarða. Þeir eru Vinir, Maki, Fjölskylda, Atvinna og Menntun. Á þessum blaðsíðum eru einnig opnar spurningar um líkamleg og andleg veikindi, um helstu áhyggjur og um helstu kosti og hæfileika (Achenbach og Rescorla, 2003).

Á seinni síðunum tveimur eru 123 fullyrðingar sem svarandi tekur afstöðu til á þriggja punkta kvarða. Þar stendur 0 fyrir „ekki rétt“, 1 fyrir „að einhverju leyti eða stundum rétt“ og 2 stendur fyrir „á mjög vel við eða er oft rétt“. Fullyrðingarnar mynda saman átta kvarða sem kallast einkennapættir (*syndrome scales*). Þeir eru Kvíði/þunglyndi (*anxious/depressed*), Hlédrægni (*withdrawn*), Líkamlegar kvartanir (*somatic complaints*), Vandamál tengd hugsun (*thought problems*), Einbeitingarvandi (*attention problems*), Reiðihegðun (*aggressive behavior*), Andfélagsleg hegðun (*rule-breaking behavior*) og Ágeng hegðun (*intrusive*). Ef notast er við DSM greiningarkerfið þegar vandi er metinn með ASEBA mælitækinu mynda fullyrðingarnar 123 sex þætti sem heita Þunglyndi (*depression problems*), Kvíði (*anxiety problems*), Líkamleg vandamál (*somatic problems*), Forðunareinkenni (*avoidant personality problems*), Vandamál tengd ofvirkni/athyglisbrestir (*inattention and hyperactivity/impulsivity subscales*) og Vandamál tengd andfélagslegum persónuleika (*antisocial personality problems*) (Achenbach og Rescorla, 2003).

Próffræðilegir eiginleikar listans hafa verið kannaðir og eru áreiðanleiki og réttmæti hans viðunandi (Achenbach og Rescorla, 2006). Listinn hefur verið staðlaður í Bandaríkjunum og notast er við þá stöðlun í rannsókninni. Skoðaðar verða T-tölur sem dreifast þannig að meðaltal er 50 og staðalfrávik 10 (Achenbach og Rescorla, 2003). Gögnin voru slegin inn í ADM tölvuforrit sem hannað er til úrvinnslu ASEBA listanna.

#### *Lífsánægjukvarðinn (Satisfaction With Life Scale)*

Matslistinn *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) var fyrst gefinn út árið 1985 (Diener, Emmons, Larsen og Griffin, 1985) og Daníel Þór Ólason íslenskaði hann árið 2001. Hann samanstendur af 5 fullyrðingum um viðhorf fólks til eigin lífs sem svarað er á 7 punkta Likert kvarða. Svarmöguleiki 1 merkir algerlega ósammála en svarmöguleiki 7 merkir algerlega sammála. Heildarstig listans eru lögð saman og fleiri stig benda til meiri lífsánægju. 5-9 stig merkja að svarendur séu mjög óánægðir með líf sitt, 10-14 stig merkja að þeir séu óánægðir með líf sitt, 15-19 stig að þeir séu frekar óánægðir með líf sitt, 20 stig merkja að þeir séu hvorki ánægðir né óánægðir með líf sitt, 21-25 stig merkja að þeir séu frekar ánægðir, 26-30 stig að þeir séu ánægðir og 31-35 stig merkja að svarendur séu mjög ánægðir með líf sitt (Diener o.fl., 1985; Pavot og Diener, 1993). Próffræðilegir eiginleikar listans hafa verið

prófaðir erlendis og reyndist hann hafa viðunandi réttmæti og áreiðanleika (Diener o.fl., 1985; Pavot og Diener, 1993). Með leitandi þáttagreiningum hefur komið í ljós að kvarðinn samanstandi af einum meginþætti sem spáir fyrir um 66% breytileika kvarðans (Diener o.fl., 1985 og Pavot og Diener, 1993). Ein rannsókn hefur verið gerð á próffræðilegum eiginleikum listans hérlendis. Hún var gerð árið 2011 en á gögnum sem safnað var árið 2005. Þar kom í ljós að próffræðilegar niðurstöður voru í takt við niðurstöður erlendra rannsókna (Kristín Erla Pétursdóttir, 2011). Þar kom einnig í ljós að lífsánægja sálfræðinema og þeirra sem lentu í slembiúrtaki úr þjóðskrá voru 26,95 stig (Kristín Erla Pétursdóttir, 2011).

#### *Matskvarði fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu (SMAST-D)*

Selzer, Vinokur og van Rooijen hönnuðu SMAST (*Short Michican Alcoholism Test*) árið 1975. Tilgangur hans var upphaflega að skima fyrir áfengisneyslu en listanum var síðar breytt til að skima fyrir bæði áfengis- og vímuefnaneyslu. Matskvarðinn samanstendur af 13 staðhæfingum um áfengis- og/eða vímuefnaneyslu sem svarendur merkja við hvort eigi við sig eða ekki. Hann hefur fjóra þætti. Þeir eru (a) eigin og annarra sýn á hvort vandamál sé til staðar, (b) árekstrar sem áfengið og/eða vímuefnin skapa í vinnu og í félagslegum samskiptum og hvort viðkomandi hafi komist í kast við lögin, (c) hvort viðkomandi hafi leitað sér hjálpar vegna vandans og (d) árekstrar við maka eða fjölskyldu vegna vandans. Höfundar kvarðans leggja til að miðað sé við að 0-1 stig bendi ekki til vanda, 2 stig bendi mögulega til áfengis- og/eða vímuefnavanda en 3 stig bendi til þess að viðkomandi eigi við vímuefna- og/eða áfengisvanda að stríða. Nokkur atriði spurningalistans spyrja um hvort vandamál hafi einhvern tímann komið upp og þess vegna metur listinn hvort áfengis- og/eða vímuefnavandi hafi einhvern tímann verið til staðar, þ.e. lífstíðaralgengi. Upphaflegi kvarðinn þótti hafa viðunandi áreiðanleika og réttmæti (Selzer, Vinokur og van Rooijen, 1975). Þórarinn Tyrfingsson þýddi listann yfir á íslensku.

#### *Skimunarlisti fyrir áfallastreituröskun (ÁSR-HG)*

Prins og félagar sömdu skimunarlistann *The primary care PTSD screen (PC-PTSD)* árið 2003 (Prins o.fl., 2003). Hann samanstendur af fjórum spurningum um einkenni áfallastreituröskunar sem hægt er að svara játandi eða neitandi. Hver spurning fjallar um ákveðinn flokk greiningarskilmerkja fyrir áfallastreituröskun. Fyrsta spurningin er um síendurtekna minningar, önnur spurningin er um hliðrun eða forðun, sú þriðja um ofurárvekni og sú fjórða um tilfinningadoða. Próffræðilegir eiginleikar listans hafa lítið verið

skoðaðir eftir að listinn var gerður og þá aðallega á hermönnum í Bandaríska hernum. Í athugun Prins og félagar (2003) kom þó í ljós góður endurprófunaræreiðanleiki. Hafa verður í huga að skimunarlistinn er takmarkaður að því leyti að hann mælir ekki hvort viðkomandi hafi lent í áfalli samkvæmt greiningarkerfi DSM-IV heldur bara vísendingar um hvort einkenni áfallastreituröskunar hafi verið til staðar síðasta mánuðinn. Íslenska þýðingu eiga Berglind Guðmundsdóttir og Þórunn Finnsdóttir.

#### *Sjálfsmatskvarði fyrir internetfíkn (Internet Addiction Scale)*

Young bjó til átta atriða spurningalista árið 1998 (Young, 1998a) til þess að meta internetfíkn. Til þess byggði hún á greiningarviðmiðum DSM-IV á spilafíkn. Stuttu seinna lengdi hún listann í 20 atriði. Spurningalistinn er sjálfsmatskvarði og samanstendur af spurningum sem svarað er á fimm punkta Likert kvarða. Minnst er hægt að fá 20 stig en mest 100 stig. Young leggur til að 20-39 stig merki meðalnotkun sem viðkomandi hefur algera stjórn á, 40-69 merki að internetnotkun valdi þó nokkrum vandamálum hjá viðkomandi, þ.e. að hann eigi á hættu að þróa með sér internetfíkn og 70-100 stig merki að internetnotkun valdi viðkomandi miklum erfiðleikum, þ.e. að þeir séu haldnir internetfíkn (Young, 1998b). Widyanto og McMurrar athuguðu próffræðilega eiginleika listans. Þær sýndu fram á viðunandi æreiðanleika og réttmæti og að listinn samanstandi af sex þáttum (Widyanto og McMurrar, 2004).

#### *Viðbótarspurningar*

Til viðbótar við þá spurningarlista sem fjallað var um hér að framan voru hannaðar nokkrar spurningar um atvinnuleit, daglegar venjur og um veitta þjónustu Reykjavíkurborgar og lagðar fyrir þátttakendum. Listann í heild sinni má sjá í viðauka 1.

### **Framkvæmd**

Útbúinn var listi yfir fólk sem í maí 2011 hafði verið á framfærslu hjá Reykjavíkurborg í að minnsta kosti 3 mánuði, var skráð í atvinnuleit, með íslenskt ríkisfang og hafði engan bótarétt hjá Vinnumálastofnun. Á þeim lista, þ.e. í þýðinu, voru 399 einstaklingar og úr honum var tekið tilviljunarkennt úrtak 248 einstaklinga. Rannsóknin var tilkynnt til persónuverndar. Mögulegum þátttakendum var sent kynningarbréf í pósti í byrjun júlí 2011 þar sem markmið rannsóknar voru útskýrð ásamt í hverju þátttaka fælist (sjá viðauka 2). Í bréfinu var einnig tekið fram að starfsmenn rannsóknarinnar myndu hafa samband á næstu

dögum. Því næst var haft samband við þjónustumiðstöðvar og beðið um aðstöðu til þess að hitta þátttakendur og leggja fyrir spurningarlista. Ákveðið var að boða þátttakendur í 10 manna hópum á þjónustumiðstöðvar til þess að svara spurningarlistum. Þegar þátttakendur mættu var þeim afhent umslag með kynningarbréfi um rannsóknina (sjá viðauka 3), samstarfsyfirlýsingu (sjá viðauka 4) og spurningarlistunum í tveimur heftum.

Þegar samband náðist við þátttakendur var þeim boðin þátttaka í rannsókninni. Þeir sem þáðu voru boðaðir á sína þjónustumiðstöð til þess að svara listum. Ef einstaklingar mættu ekki í bókaða tíma til þess að svara spurningarlistum var hringt í þá og þeir bókaðir aftur. Ef þátttakandi þáði þátttöku en komst ekki á þjónustumiðstöð voru listarnir sendir heim ásamt fyrirframgreiddu umslagi eða þá að listarnir voru skildir eftir á þjónustumiðstöðinni. Ef einstaklingur hafnaði þátttöku var ekki haft samband við hann aftur. Svörun spurningarlista fór fram á tímabilinu 11. júlí – 12. ágúst.

Í mörgum tilfellum reyndist erfitt að ná tali af þeim sem lentu í úrtakinu. Um miðjan júlí 2011 var hafist handa við að hringja í þá. Þeim sem höfðu ekki svarað nokkrum sinnum í símann voru send smáskilaboð í símann ásamt tölvupósti. Ef ekki tókst að ná í þátttakendur með þeim ráðum voru settar inn í málaskrá viðkomandi vinsamleg tilmæli um að svara spurningarlistunum og þeir skildir eftir á þjónustumiðstöð. Ef einstaklingar áttu umsókn um fjárhagsaðstoð voru tilmælin sett inn í kröfur um gögn í umsókninni en annars var gerður dagáll með tilmælunum.

### *Tölfræðileg úrvinnsla*

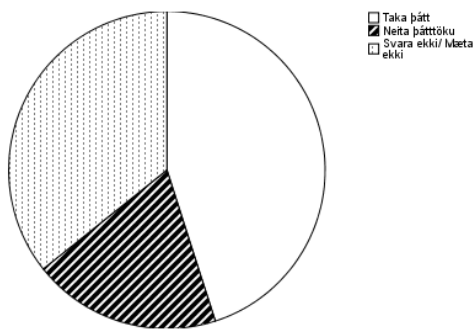
Gögnin sem safnað var með ASEBA listanum voru færð úr ADM úrvinnsluforritinu í SPSS og gögnin sem fengust með hinum listunum voru slegin beint inn í SPSS. Marktektarprófun var gerð með einhliða dreifigreiningu þegar forsendur stóðust en annars var notað Mann-Whitney U prófið. Forsendur voru skoðaðar með Levenes prófi og dreifing leifarinnar var skoðuð. Einnig var notast við marktektarpróf á hlutföll þar sem það átti við.

## **NIÐURSTÖÐUR**

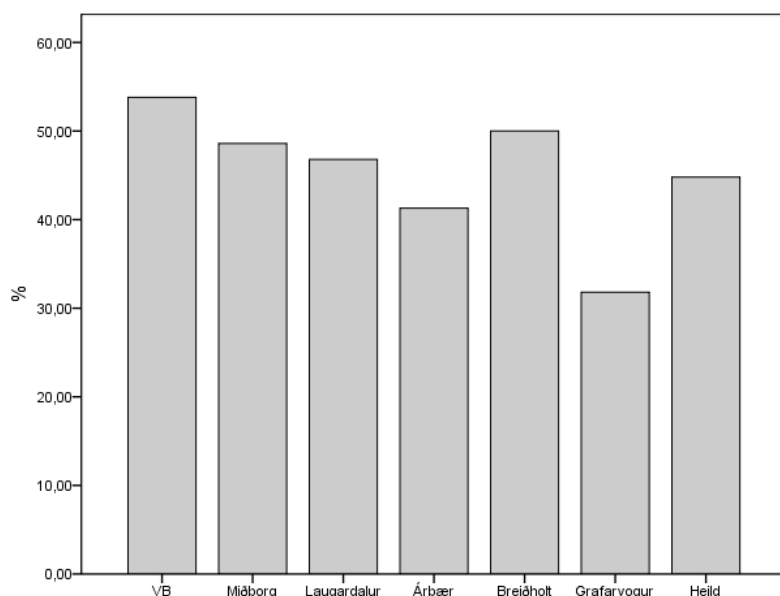
### **Lýsandi tölfræði**

Upphaflega var úrtakið 248 manns en í ljós kom að 66 manns voru þegar komnir í vinnu, fluttir úr sveitarfélaginu eða töluðu ekki nægilega góða íslensku og voru þeir því ekki beðnir um að taka þátt.





**Mynd 1.** Dreifing úrtaks.



**Mynd 2.** Hlutfall svörunar eftir þjónustumiðstöð.

Alls voru því 182 manns beðnir um að taka þátt í rannsókninni. Af þeim tóku 82 manns þátt, 35 manns neituðu þátttöku og 65 manns tóku ekki þátt annað hvort vegna þess að það náðist aldrei í þá eða vegna þess að þeir mættu ekki á þjónustumiðstöðina sína þrátt fyrir að hafa sagst ætla að mæta (sjá mynd 1). Heildarsvörun í rannsókninni var 44,8% (sjá mynd 1). Hlutfall svörunar var tiltölulega svipað á milli þjónustumiðstöðva. Svörunin var þó lægst hjá þátttakendum sem sóttu þjónustu sína á Þjónustumiðstöð Grafarvogs og Kjalarness (31,8%).

**Tafla 2.** Kynjahlutföll.

Kyn	KK	KVK
Fjöldi í úrtaki	123	59
Fjöldi sem svara	54	28
Hlutfall svörunar	43,9%	47,5%

Karlar voru í meirihluta í úrtakinu en það endurspeglar hlutföllin í þýðinu. Karlar voru 67,6% í úrtakinu en 66,2% í þýði og konur voru 32,4% í úrtakinu en 33,8% í þýði, þannig að samsvörunin er mjög góð. Af þeim sem tóku þátt í rannsókninni var hlutfall karla 65,9% og hlutfall kvenna 34,1%. Svarhlutfall karla og kvenna var mjög jafnt og munar einungis 3,6 prósentustigum á milli kynja.

**Tafla 3.** Hlutfall svörunar eftir aldri.

Aldur	18-24 ára	25-29 ára	30-39 ára	40-49 ára	50-59 ára	60-67 ára
Fjöldi í úrtaki	33	29	50	33	27	10
Hlutfall svörunar	33,3%	31%	24%	69,7%	74,1%	70%

Aldursdreifing úrtaksins var nokkuð jöfn, en þó voru fæstir þátttakendur í elsta hópnum, eða einungis 10 manns. Af þeim sem svöruðu var meðalaldur 42,2 ár og var meðalaldur karla 45,56 ár en kvenna 35,57 ár. Yngstu þátttakendurnir voru 19 ára en þeir elstu voru 65 ára. Í töflu 3 má sjá að hlutfall svörunar er mismunandi eftir aldri og rúmlega tvöfalt hærri svörun fæst hjá elstu þremur hópnum heldur en hjá yngstu þremur hópnum.

**Tafla 4.** Menntun þátttakenda.

Menntun	Fjöldi	Hlutfall
Grunnskólastig	35	42,7%
Framhaldsskólastig	14	17,1%
Viðbótarstig	7	8,5%
Háskólastig	11	13,4%
Ekki vitað	15	18,3%

Í töflu 4 má sjá að menntunarstig þátttakenda var almennt ekki hátt. Flestir þátttakendur höfðu einungis lokið grunnskólastigi (42,7%) og mjög fáir höfðu lokið námi á háskólastigi (13,4%).

**Tafla 5.** Fjölskyldugerð þátttakenda.

Fjölskyldugerð	Fjöldi	Hlutfall
Einhleypur kk	47	57,3%
Einhleyp kvk	11	13,4%
Einstæður faðir	5	6,1%
Einstæð móðir	17	20,7%
Í sambúð/hjónabandi án barna	2	2,4%
Í sambúð/hjónabandi með börn	0	0%

Langstærsti hluti þátttakenda voru einhleypir karlmenn, eða 57,3% (sjá töflu 5). Næst stærsti hluti þátttakenda voru einstæðar mæður, eða 20,7% og þar á eftir komu einhleypar

konur sem voru 13,4%. Það vekur athygli að engir þátttakendur voru í sambúð eða hjónabandi með börn og einungis tveir þátttakendur voru í sambúð eða hjónabandi án barna.

**Tafla 6.** Tímalengd fjárhagsaðstoðar.

Fjöldi mánaða	Fjöldi	Hlutfall
3-6 mánuðir	13	15,9%
7-12 mánuðir	16	19,5%
13-24 mánuðir	33	40,2%
25-36+ mánuðir	20	24,4%

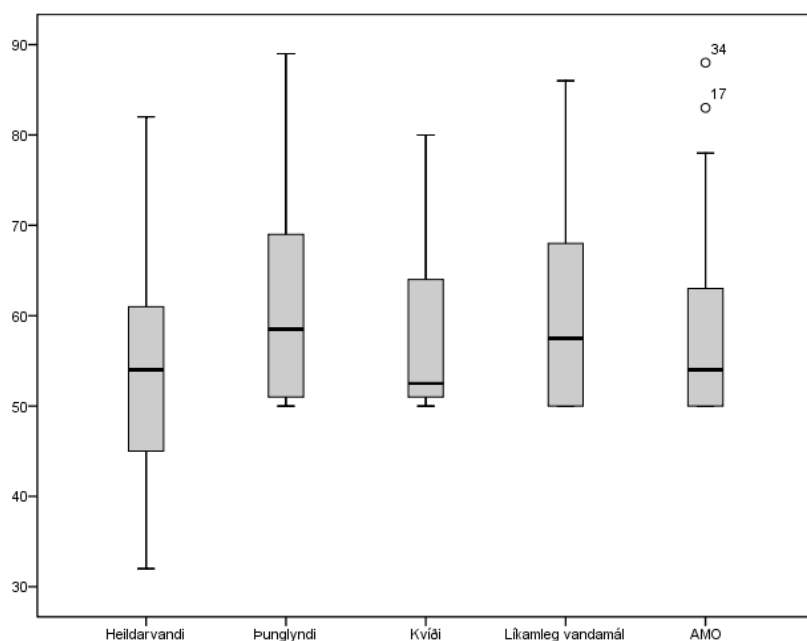
Flestir þátttakendur höfðu fengið fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg í eitt til tvö ár, eða 40,2% (sjá töflu 6). Næst flestir þátttakendur höfðu fengið fjárhagsaðstoð í meira en tvö ár en færstir höfðu fengið fjárhagsaðstoð í einungis 3-6 mánuði.

**Tafla 7.** Tegund búsetu.

Búseta	Fjöldi	Hlutfall
Býr hjá foreldrum	2	2,4%
Dvelur hjá öðrum	20	24,4%
Húsnæðislaus	2	2,4%
Eigið húsnæði	8	9,8%
Íbúð á almennum leigumarkaði	34	41,5%
Herbergi á alm. Leigumarkaði	6	7,3%
Leiguhúsnæði félagsbústaða	6	7,3%
Leiguhúsnæði félagasamtaka	1	1,2%
Ekki vitað	3	3,7%

Hafa þarf í huga að ekki var spurt sérstaklega út í sérstakar húsaleigubætur (sjá töflu 7). Flestir þátttakendur bjuggu í leiguíbúð á almennum leigumarkaði eða dvöldu hjá öðrum. Fáir þátttakendur bjuggu í eigin húsnæði, eða einungis 9,8%. Þá bjuggu fáir í leiguhúsnæði félagsbústaða en það ræðst ef til vill af því hversu stórt hlutfall þátttakenda voru einhleypir karlmenn. Sex þátttakendur leigðu herbergi á almennum leigumarkaði og tveir þátttakendur voru húsnæðislausir.

### ASEBA matslisti



**Mynd 3.** Dreifing T-skora eftir mismunandi kvörðum á ASEBA matslista.

**Tafla 8.** Niðurstöður ASEBA fyrir hópinn í heild.

	Meðaltal (T)	Hlutfall yfir viðmiðunarmörkum (%)
Heildarvandi	53,78 (11,26)	30,8
Þunglyndi	60,63 (9,85)	48,7
Kvíði	57,68 (8,85)	32,1
Líkamleg vandamál	60,10 (9,90)	47,4
Athyglisbrestur/ofvirkni	57,37 (8,99)	30,8

*Athugasemd:* N = 78 í hverri röð.

*Athugasemd:* Staðalfrávik eru innan sviga.

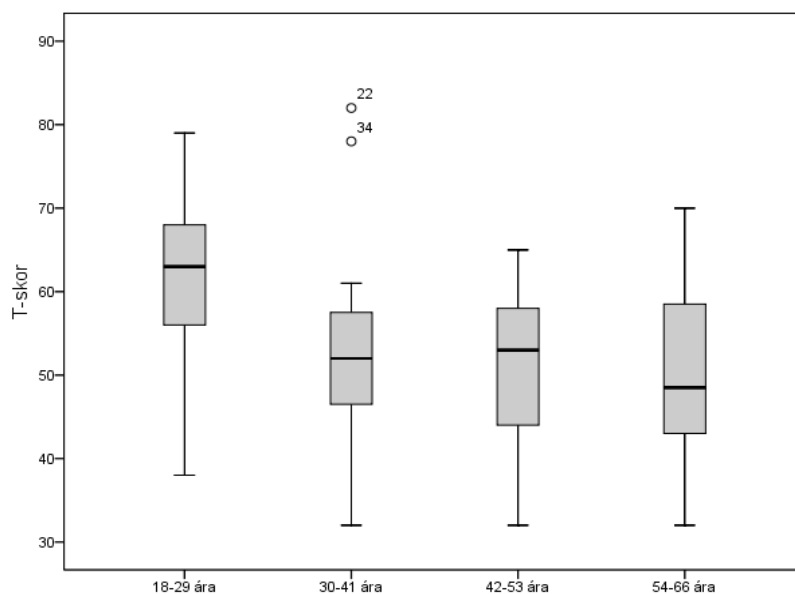
Á mynd 3 má sjá dreifingu T-skora fyrir heildarvanda, þunglyndis, kvíða, líkamlegra kvartana og athyglisbrests með ofvirkni (AMO). T-skor eru stöðluð og hafa meðaltal 50 og staðalfrávik 10. Sjá má að dreifing heildarvanda er nálægt normaldreifingu en hinar breytur eru jákvætt skekktar, auk þess sem tvö fráviksgildi koma fram á kvarða athyglisbrests með ofvirkni. Miðgildin eru hæst á kvarða þunglyndis og líkamlegra kvartana.

Í töflu 8 má sjá meðaltal, staðalfrávik og hlutfall þátttakenda sem fá T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum ( $T \geq 60$ ). Meðaltölin eru öll töluvert fyrir ofan meðaltal T-skora, þau eru hæst á kvarða þunglyndis og líkamlegra kvartana en lægst á kvarða heildarvanda. Flestir þátttakendur fá T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum á kvarða þunglyndis og líkamlegra vandamála, en á þessum kvörðum skoruðu næstum því helmingur þátttakenda yfir mörkunum. Fæstir þátttakendur skoruðu yfir klínískum viðmiðunarmörkum á

kvarða heildarvanda og athyglisbrests með ofvirkni, en samt semt áður er hlutfallið hátt og nálægt því að vera þriðjungur þátttakenda.

### Aldursmunur

Vegna kynjamunar innan aldurshópa var stjórnað fyrir áhrif kyns þegar athugað var hvort munur á milli aldurshópa væri marktækur.



**Mynd 4.** Heildarvandi: dreifing T-skora eftir aldri.

**Tafla 9.** Heildarvandi skipt eftir aldri.

Aldur	Meðaltal (T)	Hlutfall yfir viðmiðunarmörkum (%)	N
18-29 ára	61,53 <sub>a</sub> (9,96)	68,4	19
30-41 ára	52,87 (13,75)	20,0	15
42-53 ára	51,29 <sub>b</sub> (8,44)	14,3	28
54-66 ára	49,81 <sub>b</sub> (11,05)	25,0	16

*Athugasemd.* Meðaltöl með ólíka bókstafi eru marktækt ólík ( $\alpha = 0,05$ ).

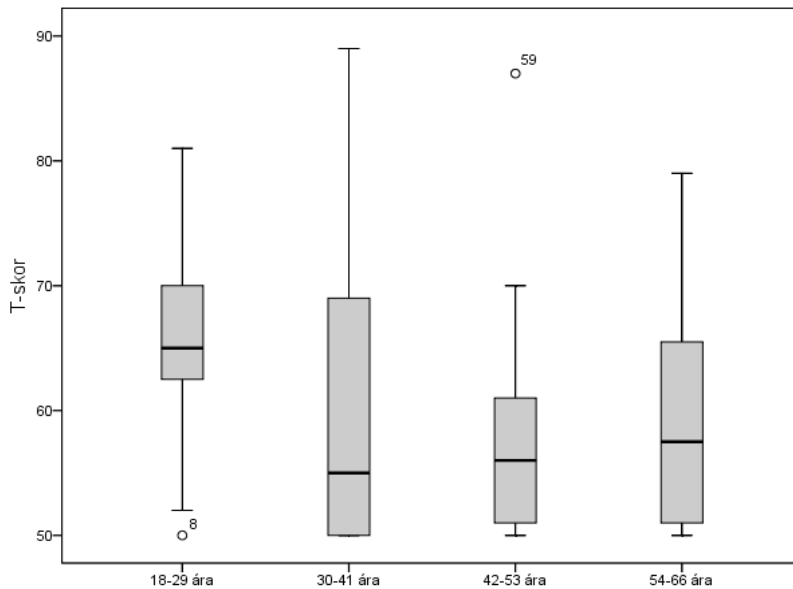
*Athugasemd:* Staðalfrávik eru innan sviga.

Á mynd 4 má sjá dreifingu T-skora fyrir kvarða heildarvanda, skipt eftir aldri.

Kassaritin fjögur eru nokkurn veginn normaldreifð, en þó má sjá tvö fráviksgildi í dreifingu næst yngsta hópsins. Dreifing yngsta aldurshópsins liggur hærra heldur en dreifing hinna hópanna.

Í töflu 9 má sjá meðaltöl og staðalfrávik T-skora fyrir kvarða heildarvanda, skipt eftir aldri. Einnig má sjá hlutföll þátttakenda hvers aldurshóps sem fengu T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Heildarvandi var áberandi mestur hjá yngsta aldurshópnum, þar sem

meðaltalið var langhæst og meira en 2/3 hlutar þátttakenda fengu T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Það var marktækur munur á T-skorum eftir aldri ( $F(3)= 4,75; p < 0,01$ ) og við nánari athugun er það yngsti aldurshópurinn sem fékk marktækt hærri T-skor heldur en næst elsti- og elsti aldurshópurinn.



**Mynd 5.** Þunglyndi: dreifing T-skora skipt eftir aldri.

**Tafla 10.** Þunglyndi skipt eftir aldri.

Aldur	Miðgildi (T)	Hlutfall yfir viðmiðunarmörkum (%)	N
18-29 ára	66,21 <sub>a</sub> (8,21)	78,9	19
30-41 ára	59,93 (11,70)	40,0	15
42-53 ára	57,86 <sub>b</sub> (8,81)	32,1	28
54-66 ára	59,50 (9,72)	50,0	16

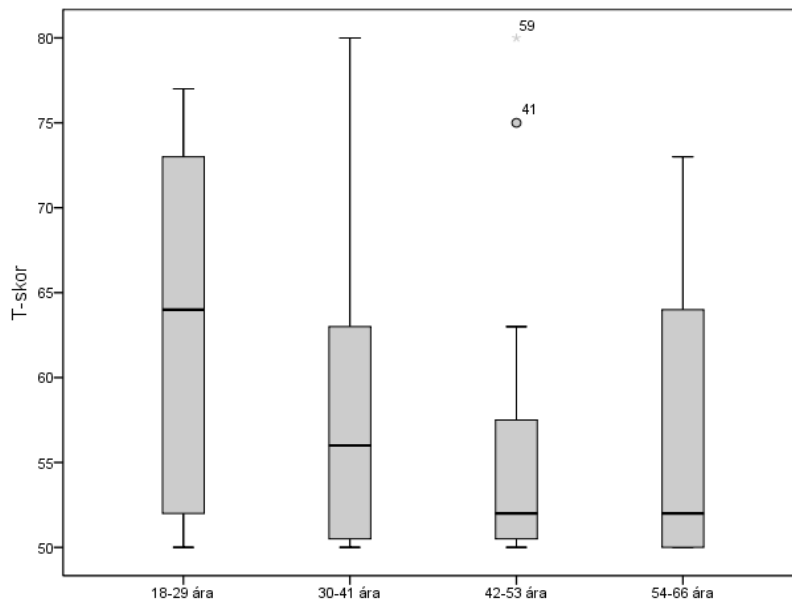
*Athugasemd.* Meðaltöl með ólíka bókstafi eru marktækt ólík ( $\alpha = 0,05$ ).

*Athugasemd.* Staðalfrávik eru innan sviga.

Á mynd 5 má sjá dreifingu T-skora fyrir kvarða þunglyndis, skipt eftir aldri. Dreifingin er nokkuð normal hjá yngsta hópnum en þó er eitt lágt fráviksgildi. Einnig má sjá að kassi yngsta hópsins liggur hærra en kassar hinna dreifinganna. Kassarnir og skeggin eru misstór þannig að spannir dreifinganna eru ólíkar á milli hópa. Dreifingin er minnst hjá yngsta hópnum og næst elsta hópnum en töluvert mikil dreifing er hjá næst yngsta hópnum og elsta hópnum.

Í töflu 10 má sjá meðaltöl og staðalfrávik T-skora á kvarða þunglyndis, skipt eftir aldri. Einnig má sjá hlutfall þátttakenda sem skoruðu yfir klínískum viðmiðunarmörkum.

Meðaltalið var langhæst hjá yngsta hópnum og fengu tæplega 80% þátttakenda aldurshópsins T-skör yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Hlutfall þátttakenda sem fengu T-skör yfir klínískum viðmiðunarmörkum var einnig hátt fyrir aðra aldurshópa. Það var marktækur munur á T-skörum eftir aldri ( $F(3)= 3,10; p < 0,05$ ) og við nánari athugun var munurinn á milli yngsta hópsins og næst elsta hópsins marktækur.



**Mynd 6.** Kvíði: dreifing T-skora eftir aldri.

**Tafla 11.** Kvíði skipt eftir aldri.

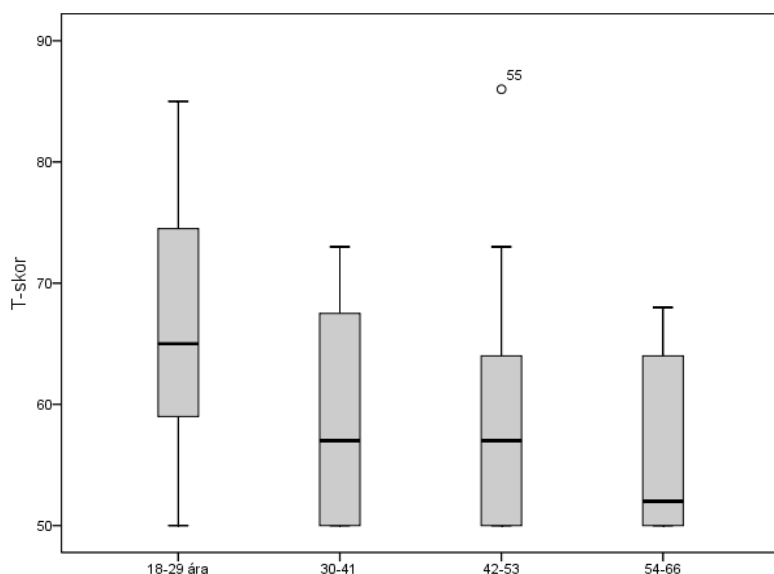
Aldur	Meðaltal (T)	Hlutfall yfir viðmiðunarmörkum (%)	N
18-29 ára	62,47 <sub>a</sub> (10,15)	57,9	19
30-41 ára	58,07 (8,82)	40,0	15
42-53 ára	55,11 <sub>b</sub> (7,35)	10,7	28
54-66 ára	56,12 (8,02)	31,2	16

*Athugasemd.* Meðaltöl með ólíka bókstafi eru marktækt ólík ( $\alpha = 0,05$ ).

*Athugasemd.* Staðalfrávik eru innan sviga.

Á mynd 6 má sjá dreifingu T-skora á kvarða kvíða, skipt eftir aldri. Dreifing yngsta hópsins er nokkuð normal en dreifingar hinna hópanna eru jákvætt skekktar og sjá má tvö fráviksgildi hjá næstelsta hópnum. Kassarnir og skeggin eru áberandi mis stór þannig að spannir dreifinganna eru ólíkar á milli hópa. Dreifingin er mjög mikil hjá yngsta hópnum en mjög lítil hjá næstelsta hópnum.

Í töflu 11 má sjá meðaltöl og staðalfrávik T-skora á kvarða kvíða, skipt eftir aldri. Einnig má sjá hlutfall þátttakenda sem fengu T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Þátttakendur í yngsta aldurshópnum fengu hæstu T-skorin og fengu mjög hátt hlutfall þeirra T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Hlutfallið var hins vegar áberandi lágt hjá næst elsta hópnum. Það var marktækur munur á T-skorum eftir aldri ( $F(3) = 3,05; p < 0,05$ ) og við nánari athugun var munurinn á milli yngsta hópsins og næst elsta hópsins marktækur.



**Mynd 7.** Líkamleg vandamál: dreifing T-skora skipt eftir aldri.

**Tafla 12.** Líkamleg vandamál skipt eftir aldri.

Aldur	Meðaltal (T)	Hlutfall yfir viðmiðunarmörkum (%)	N
18-29 ára	66,42 <sub>a</sub> (10,96)	73,7	19
30-41 ára	59,13 (9,46)	46,7	15
42-53 ára	58,36 <sub>b</sub> (9,06)	35,7	28
54-66 ára	55,56 <sub>b</sub> (7,55)	37,5	16

*Athugasemd.* Meðaltöl með ólíka bókstafi eru marktækt ólík ( $\alpha = 0,05$ ).

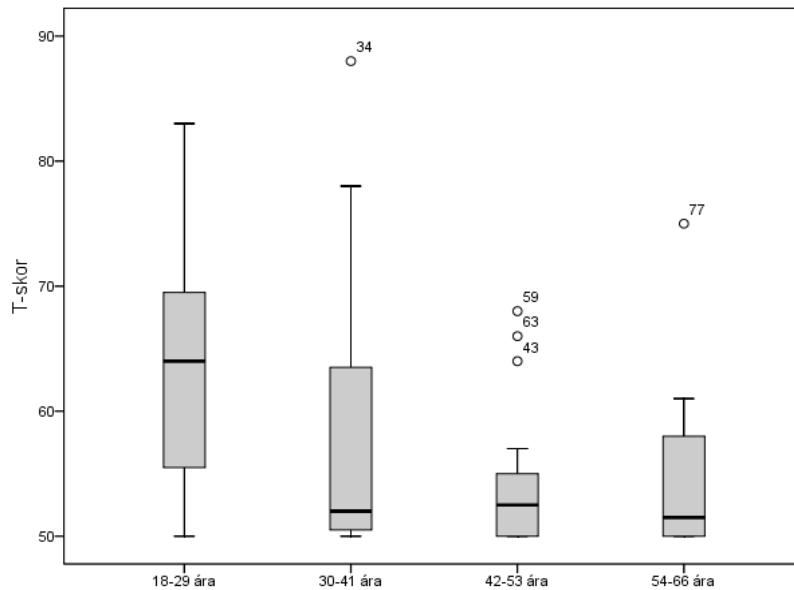
*Athugasemd.* Staðalfrávik eru innan sviga.

Á mynd 7 má sjá dreifingu T-skora fyrir kvarða líkamlegra vandamála, skipt eftir aldri. Dreifing yngsta hópsins er nokkuð nálægt normaldreifingu en dreifingar hinna hópanna eru jákvætt skekktar. Spönn dreifingar yngsta hópsins er mun meiri heldur en hjá hinum hópnum þremur.

Í töflu 12 má sjá meðaltöl og staðalfrávik T-skora á kvarða líkamlegra vandamála, skipt eftir aldri. Einnig má sjá hlutfall þátttakenda í hverjum aldurshópi sem fengu T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Þátttakendur í yngsta aldurshópnum fengu hæstu T-skorin og



skoraði mjög hátt hlutfall þeirra yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Það voru að jafnaði tvöfalt fleiri þátttakendur sem skoruðu yfir klínískum viðmiðunarmörkum í yngsta aldurshópnum heldur en í elstu aldurshópnum tveimur. Það var marktækur munur á T-skorum eftir aldri ( $F(3) = 4,03, p = 0,01$ ) og við nánari athugun var munurinn á milli yngsta og næst elsta hópsins marktækur, ásamt því að munurinn á milli yngsta og elsta hópsins var marktækur.



**Mynd 8.** Athyglisbrestur með ofvirkni: dreifing T-skora eftir aldri.

**Tafla 13.** Athyglisbrestur með ofvirkni skipt eftir aldri.

Aldur	Miðgildi	Hlutfall yfir viðmiðunarmörkum (%)	N
18-41 ára	63*(51,0; 66,0)	52,9	34
42-66 ára	52*(50,0; 55,0)	13,3	44

*Athugasemd.* Stjórnur merkja marktækan mun ( $\alpha = 0,05$ ).

*Athugasemd.*  $Q_1$  og  $Q_3$  eru innan sviga.

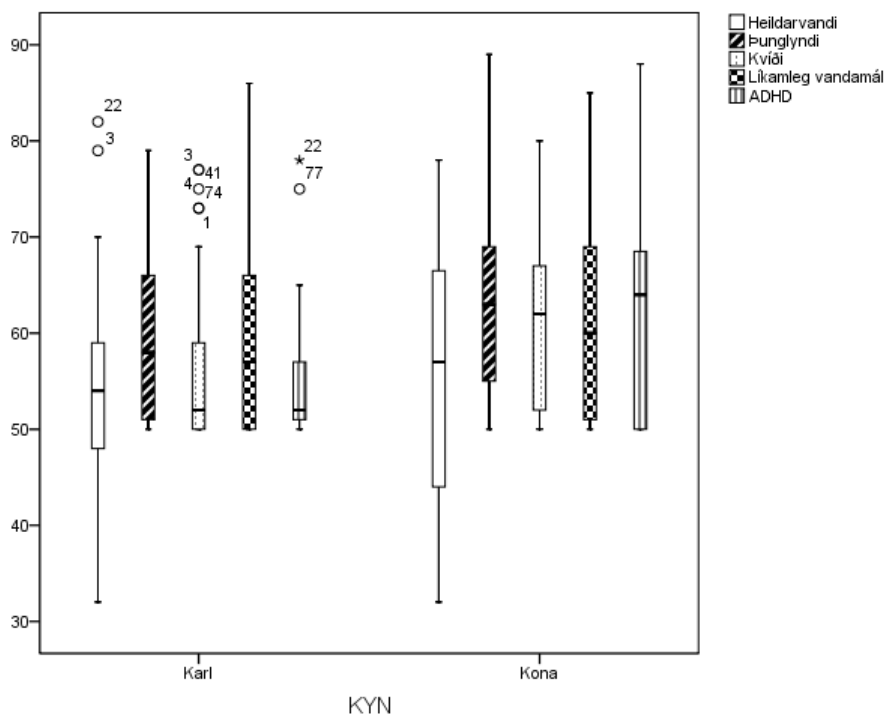
Á mynd 8 má sjá dreifingu T-skora fyrir kvarða athyglisbrests með ofvirkni, skipt eftir aldri. Hjá yngsta aldurshópnum er dreifingin nokkuð nálægt normaldreifingu en hjá hinum aldurshópnum eru dreifingarnar jákvætt skekktar og má sjá mörg fráviksgildi.

Í töflu 13 má sjá miðgildi og fjórðungstölur T-skora á kvarða athyglisbrests með ofvirkni, skipt eftir aldri. Einnig má sjá hlutfall þátttakenda í hverjum aldurshópi sem fengu T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Hér var notast við miðgildi og marktæktarprófið Mann-Whitney U þar sem dreifingin uppfyllti ekki forsendur dreifigreiningar. Þar sem Mann-

Whitney U miðast einungis við tvo hópa var aldrinum skipt í tvo hópa í stað fjögurra. Yngri aldurshópurinn var með töluvert hærra T-skör að jafnaði heldur en eldri aldurshópurinn. Auk þess skorðu mun fleiri þátttakendur í yngri aldurshópnum (39,6%) yfir klínískum viðmiðunarmörkum. Marktækur munur var á T-skörum eftir aldri ( $z = -2,91, p < 0,01$ ).

### Kynjamunur

Meðalaldur karla í úrtakinu var 45,56 ár og meðalaldur kvenna var 35,57 ár. Vegna þessa aldursmunar var nauðsynlegt að stjórna fyrir áhrifum aldurs þegar athugað er hvort marktækur munur væri á milli kynja.



**Mynd 9.** Dreifing T-skora ólíkra kvarða, skipt eftir kyni.

**Tafla 14.** Niðurstöður ASEBA skipt eftir kyni.

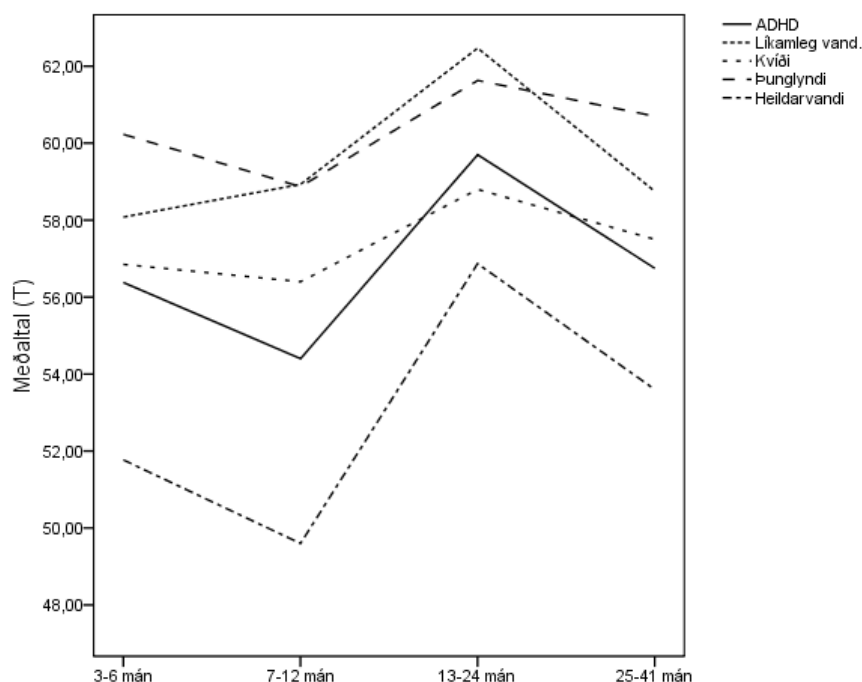
	Konur (N = 28)		Karlar (N = 54)	
	Meðaltal (T)	Hlutfall yfir viðm. (%)	Meðaltal (T)	Hlutfall yfir viðm. (%)
Heildarvandi	55,37 (12,38)	20,0	52,94 (10,66)	20,8
Þunglyndi	64,04 (11,07)	55,6	58,82 (8,73)	31,4
Kvíði	60,96 (9,46)	44,4	55,94 (8,08)	19,6
Líkamleg vandamál	60,89 (10,24)	40,7	59,69 (9,79)	35,3
AMO	61,70 (11,58)	51,9	55,08 (6,27)	15,7

*Athugasemd:* Staðalfrávik eru innan sviga.

Á mynd 9 má sjá dreifingu mismunandi kvarða skipt eftir kyni. Dreifingar listanna eru ekki ósvipaðar eftir kyni en þó má sjá fráviksgildi á þremur kvörðum meðal karla en engin fráviksgildi sjást meðal dreifinga kvenna. Mesti munurinn sést á kvarða kvíða og kvarða athyglisbrests með ofvirkni (ADHD), þar sem dreifingin er mun þrengri á meðal karla. Þá sést að miðgildi kvenna er hærra en karla á öllum kvörðum og efra skeggið er jafnframt hærra hjá konum á öllum kvörðum nema á kvarða líkamlegra vandamála.

Í töflu 14 má sjá meðaltöl, fjórðungstölur og hlutfall þátttakenda sem fengu T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum, skipt eftir kyni. Meðaltölin voru hærri á meðal kvenna á öllum kvörðum og hlutfall þeirra sem skoruðu yfir klínískum mörkum var jafnframt hærra á öllum kvörðum, nema á kvarða heildarvanda þar sem kynjahlutföll voru nánast jöfn. Mismunur meðaltala var mestur á kvarða ADHD en þar munaði rúmlega 6,5 stigum á milli kynja, munurinn var þó ekki marktækur þegar stjórnað var fyrir áhrifum aldurs. Einnig fengu mun fleiri konur T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum á ADHD kvarða, mismunur var 36,2 prósentustig. Þá var einnig mikill kynjamunur á kvarða þunglyndis þar sem meðaltal kvenna var rúmlega 5 stigum hærra en meðaltal karla, en munurinn var ekki marktækur þegar stjórnað var fyrir áhrifum aldurs. Mun fleiri konur skoruðu jafnframt yfir klínískum viðmiðunarmörkum á kvarða þunglyndis og var mismunurinn 24,2 prósentustig. Það var einnig mikill kynjamunur á kvarða kvíða en þar var meðaltal kvenna um 5 stigum hærra en meðaltal karla, munurinn var þó ekki marktækur þegar stjórnað var fyrir áhrifum aldurs. Mun fleiri konur fengu einnig T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum á kvarða kvíða, mismunur var 24,9 prósentustig. Kynjamunur var ekki mikill á kvarða heildarvanda og líkamlegra vandamála.

## Tímalengd fjárhagsaðstoðar



**Mynd 10.** Meðalskor á mismunandi kvörðum, skipt eftir tíma á fjárhagsaðstoð.

**Tafla 15.** Niðurstöður ASEBA skipt eftir tíma á fjárhagsaðstoð.

Kvarði	3-12 mánuðir (N = 28)		13-41 mánuðir (N = 50)	
	Meðaltal (T)	Hlutfall yfir viðm. (%)	Meðaltal (T)	Hlutfall yfir viðm. (%)
Heildarvandi	50,61 (9,10)	17,9	55,56 (11,63)	38,0
Þunglyndi	59,50 (8,41)	46,4	61,26 (10,60)	50,0
Kvíði	56,61 (7,14)	28,6	58,28 (9,70)	34,0
Líkamleg vandamál	58,54 (9,84)	39,3	60,98 (9,92)	52,0
ADHD	55,32 (5,56)	17,9	58,52 (10,31)	38,0

*Athugasemd:* Staðalfrávik eru innan sviga.

Á mynd 10 má sjá meðalskor á kvörðunum fimm skipt eftir tímalengd fjárhagsaðstoðar. Meðalskorin voru í öllum tilfellum hæst meðal þátttakenda sem höfðu fengið fjárhagsaðstoð í 13-24 mánuði og í nánast öllum tilfellum lægst meðal þátttakenda sem höfðu fengið fjárhagsaðstoð í 7-12 mánuði (nema á kvarða líkamlegra vandamála þar sem meðalskorið er lægst meðal þátttakenda sem höfðu fengið fjárhagsaðstoð í 3-6 mánuði). Munur á meðalskorum eftir fjölda mánaða á fjárhagsaðstoð var ekki marktækur fyrir neinn kvarða.

Í töflu 15 má sjá niðurstöður fyrir ólíka kvarða skipt í tvo hópa eftir tímalengd fjárhagsaðstoðar. Þegar meðalskor eru skoðuð sést að mesti munurinn var á kvarða heildarvanda þar sem mismunur meðaltala var tæplega 5 stig, en munurinn var ekki

marktækur. Þegar horft er á hlutfall þátttakenda sem skoruðu yfir klínískum viðmiðunarmörkum var mesti munurinn á kvarða heildarvanda og athyglisbrests með ofvirkni, þar sem mismunur eftir tíma á fjárhagsaðstoð var í báðum tilfellum 20,1 prósentustig, og var munurinn marktækur ( $z = -1,85$ ;  $p < 0,05$ ). Það var líka töluverður munur á hlutföllum á kvarða líkamlegra vandamála, eða 18,7 prósentustig, en munurinn var ekki marktækur ( $z = -1,08$ ,  $p = 0,14$ ).

## Aukaspurningar

**Tafla 16.** Aukaspurningar, fyrri hluti.

<b>1.Hversu oft hefur þú hitt félagsráðgjafa þinn eða virkniráðgjafa síðastliðna 30 daga?</b>	
Aldrei	44 (53,7%)
1 sinni	31 (37,8%)
2 sinnum	0 (0%)
Oftar en 2 sinnum	4 (4,88%)
Svaraði ekki spurningu	3 (3,66%)
<b>2.Hversu oft hefur þú sótt um vinnu síðastliðna 30 daga?</b>	
0 sinnum	10 (12,2%)
1-2 sinnum	12 (14,6%)
3-4 sinnum	27 (32,9%)
5-10 sinnum	19 (23,1%)
Oftar en 10 sinnum	9 (11,0%)
Svaraði ekki spurningu	5 (6,1%)
<b>3.a) Hversu marga mánuði varstu í þessari vinnu?</b>	
0-3 mánuði	24 (29,3%)
4-12 mánuði	18 (22,0%)
1-2 ár	13 (15,6%)
2-4 ár	13 (9,6%)
4 ár+	15 (18,3%)
Svaraði ekki spurningu	4 (4,9%)
<b>3.b) Hvers vegna hættir þú í vinnunni?</b>	
Samdráttur hjá fyrirt.	26 (31,7%)
Veikindi/ólétta	12 (14,6%)
Tímabundin ráðning	10 (12,2%)
Breyttar aðstæður	9 (11,0%)
Sagt upp	7 (8,5%)
Óánægja	6 (7,3%)
Aðrar ástæður	5 (6,1%)
Óregla/neysla	2 (2,4%)
Svaraði ekki spurningu	5 (6,1%)
<b>4.a) Hefur þú farið á kynningarnámskeiðið <i>Virgni til velferðar í Borgartúni 12-14</i>?</b>	
Já	54 (65,9%)
Nei	24 (29,3%)
Svaraði ekki	4 (4,9%)
<b>4.b) Hefur þú farið á fleiri námskeið á vegum ráðgjafa þíns?</b>	
Já	29 (35,4%)
Nei	50 (61%)
Svaraði ekki	3 (3,7%)
<b>5.Hvernig verðu tíma þínum venjulega á daginn?</b>	
Líkamsrækt	36 (43,9%)
Útivist	67 (75,6%)
Heimsóknir	42 (51,2%)
Verslanir	15 (18,3%)
Aðstoða vini/kunningja	46 (56,1%)
Horfi á sjónvarp	36 (43,9%)
Nota tölvu	62 (75,6%)
Annað	46 (56,1%)

**Tafla 17.** Aukaspurningar, seinni hluti.

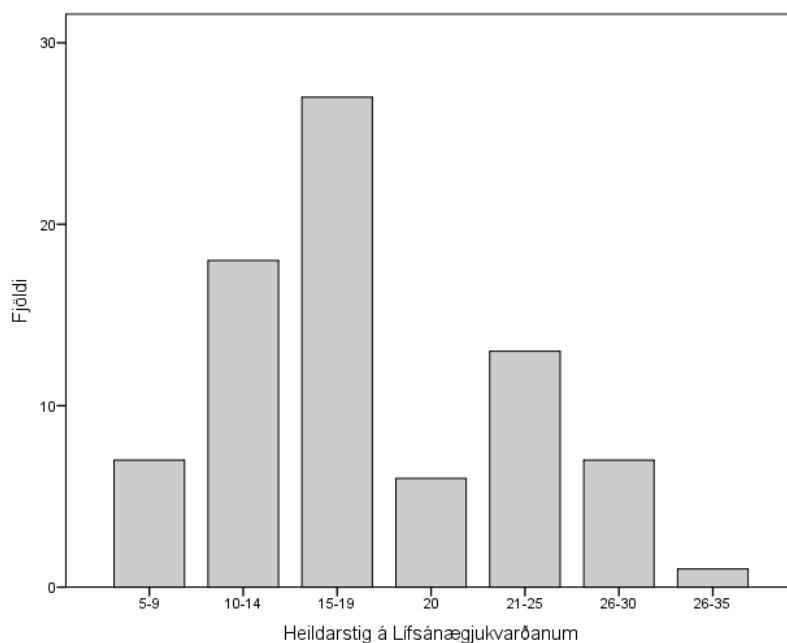
<b>6.a) Hversu marga klukkutíma sefur þú að jafnaði á sólahring?</b>	
Meðaltal	7,3
Staðalfrávik	1,38
<b>6.b) Leggur þú þig fyrir utan nætursvefninn?</b>	
Já	15 (18,5%)
Nei	66 (81,5%)
<b>7.Hvaða aðstoð myndi nýtast þér best til að fá vinnu?</b>	
Stuðningur v. atvinnuleit	35 (42,7%)
Barnapössun	12 (14,6%)
Sjálfsstyrking	29 (35,4%)
Meðferð hjá sérfræðingi	22 (26,8%)
Annað	23 (28,0%)
<b>8.Hefur þér verið boðin vinna síðastliðinn mánuð?</b>	
Já	6 (7,3%)
Nei	75 (91,5%)
Svaraði ekki	1 (1,2%)
<b>9.a) Myndir þú taka vinnu ef þér yrði boðin hún á morgun?</b>	
Já	62 (75,6%)
Nei	15 (18,3%)
Svaraði ekki/svaraði bæði já/nei	5 (6,1%)
<b>9.b) Ef nei- af hverju ekki?</b>	
Vegna veikinda	6
Fer eftir starfinu	3
Fer eftir launum	5
Er að fara í skóla í haust	2
<b>10.Reykir þú?</b>	
Já	44 (53,7%)
Nei	37 (43,1%)
Svaraði ekki	1 (1,2%)

Í töflu 16 og 17 má sjá hlutfallsleg svör þátttakenda við tíu aukaspurningum. Sjá má að meira en helmingur þátttakenda hafði ekki hitt félagsráðgjafa sinn eða virkniráðgjafa í mánuðinum sem leið. Þá hafði stærsti hluti þátttakenda sótt um vinnu 3-4 sinnum en 12,2% þátttakenda hafði ekki sótt um vinnu á síðustu 30 dögum. Áhugavert er að tæplega þriðjungur þátttakenda var einungis í 0-3 mánuði í síðasta starfi og næst stærsti hluti þátttakenda var í 4-12 mánuði í síðasta starfi, eða rúmlega 20%. Þannig höfðu rúmlega helmingur þátttakenda einungis verið í eitt ár eða minna í seinustu vinnu. Rúmlega 18% þátttakenda hafði hins vegar verið í meira en 4 ár í síðasta starfi. Flestir sögðust hafa hætt í vinnunni vegna samdráttar hjá fyrirtæki, eða tæplega þriðjungur þátttakenda. Þá höfðu meira en 2/3 hlutar þátttakenda farið á kynningarnámskeiðið *Virgni til velferðar* og rúmlega þriðjungur hafði farið á önnur námskeið. Algengast var að þátttakendur sögðust verja tíma sínum í útivist og notkun tölvu. Margir

sögðust einnig verja tíma sínum við að aðstoða vini og kunningja, fara í heimsóknir, við annað en tekið er fram á listanum og við líkamsrækt. Fáir sögðust verja tíma sínum í verslunum.

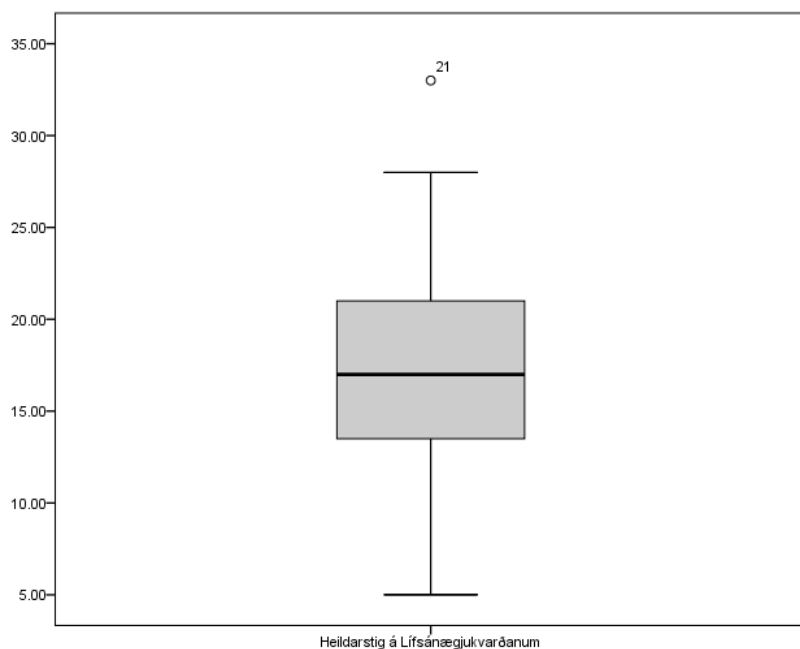
Þátttakendur sváfu að meðaltali í rúmlega 7 klukkustundir á sólahring og tæplega 20% þátttakenda sagðist jafnframt leggja sig fyrir utan nætursvefninn. Flestir sögðu að stuðningur við atvinnuleit myndi nýtast þeim best til að fá vinnu, næst flestir sögðu að sjálfsstyrking myndi nýtast þeim best, margir sögðu að eitthvað annað (sem ekki var tekið fram á listanum) myndi nýtast þeim best og margir sögðu að meðferð hjá sérfræðingi myndi nýtast þeim best. Fæstir sögðu að barnapössun myndi nýtast þeim best enda voru flestir þátttakendur einhleypir karlmenn (*athugasemd: það var leyfilegt að merkja við fleiri en einn svarmöguleika hjá þessari spurningu*). Einungis sex þátttakendum hafði verið boðin vinna í síðastliðnum mánuði. Stærstur hluti þátttakenda sögðust myndu taka starfi ef þeim yrði boðin vinna á morgun. Þeir þátttakendur sem sögðust ekki myndu taka starfi, eða svöruðu báðum svarmöguleikum sögðu ástæðurnar fyrir því vera vegna veikinda (6), vegna þess að það fari eftir starfinu (3), vegna þess að það fari eftir launum (5) eða vegna þess að þeir væru að fara í skóla í haust (2). Þá sögðust rúmlega helmingur þátttakenda reykja.

### Lífsánægjukvarðinn



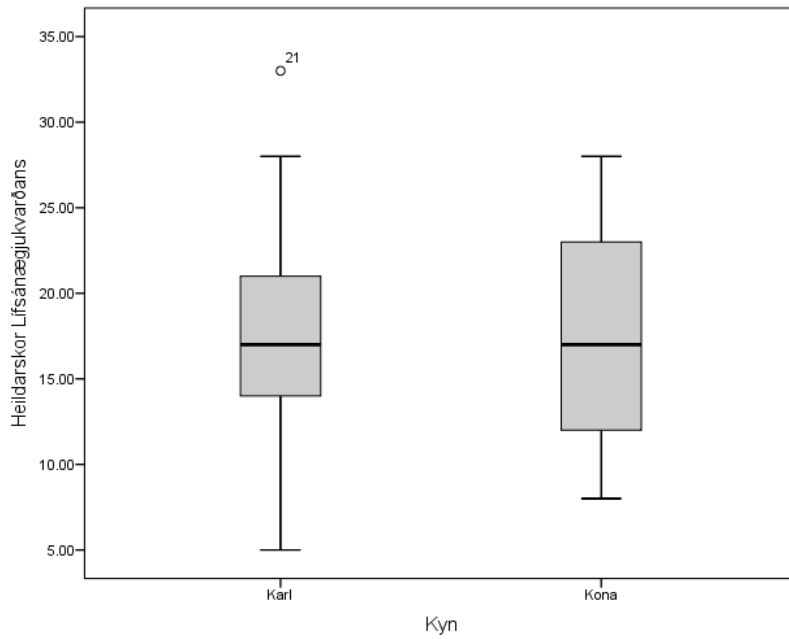
**Mynd 11.** Heildarstig á Lífsánægjukvarðanum.



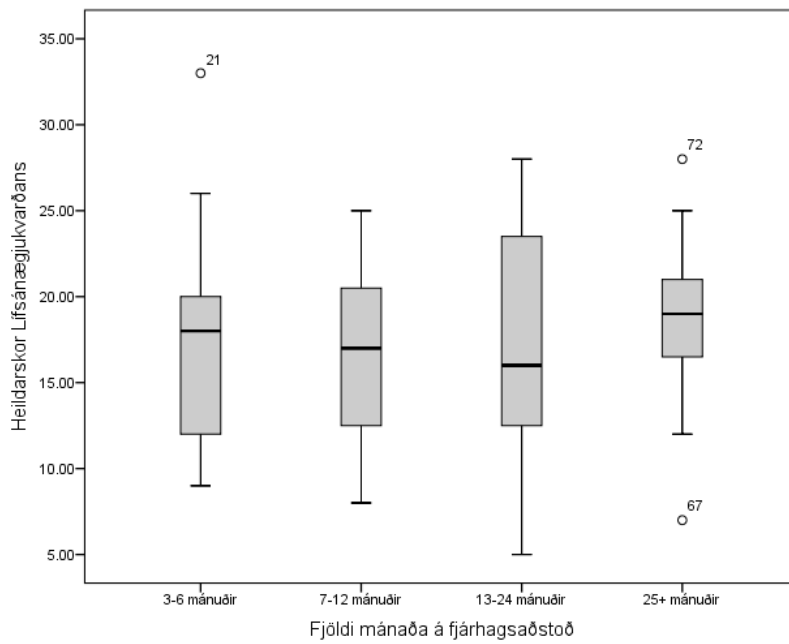


**Mynd 12.** Dreifing heildarstiga á Lífsánægjukvarðanum.

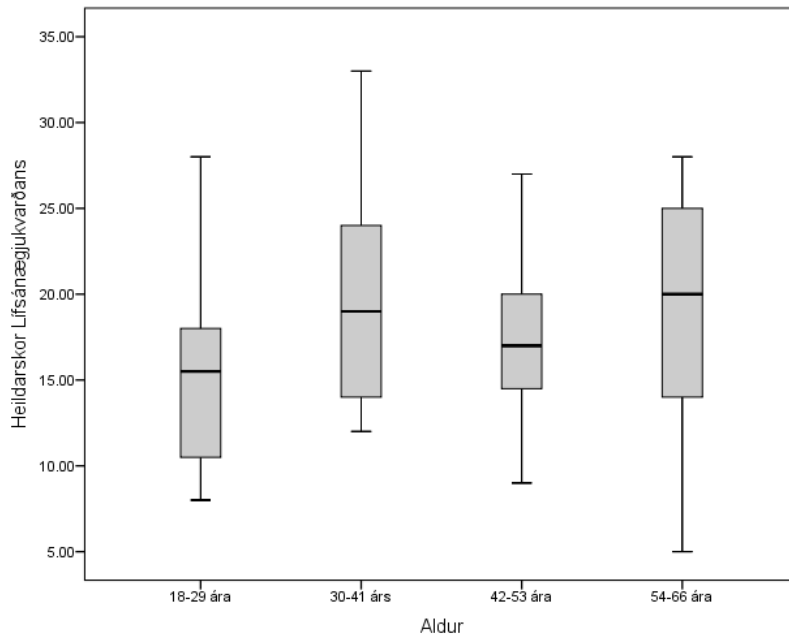
Myndir 11 og 12 sýna dreifingu heildarstiga á Lífsánægjukvarðanum. Fleiri þátttakendur mátu lífsánægju sína undir 20 stigum heldur en yfir 20 stigum en 65,8% þátttakenda voru óánægðir með líf sitt. Meðalmat þátttakanda á lífsánægju var 17,5 [16,2-18,8] stig, svo þátttakendur voru að jafnaði frekar óánægðir með líf sitt. Hægt er að segja með 95% vissu að meðallífsánægja atvinnulausra sem eru á framfærslu hjá Reykjavíkurborg sé á bilinu 16,2-18,8 stig. Marktækur munur ( $t(78) = -13,05, p < 0,00$ ) er á meðallífsánægju þátttakanda og meðallífsánægju Íslendinga samkvæmt rannsókn sem gerð var árið 2005 (Kristín Erla Pétursdóttir, 2011).



**Mynd 13.** Heildarstig á Lífsánægjukvarðanum eftir kyni.



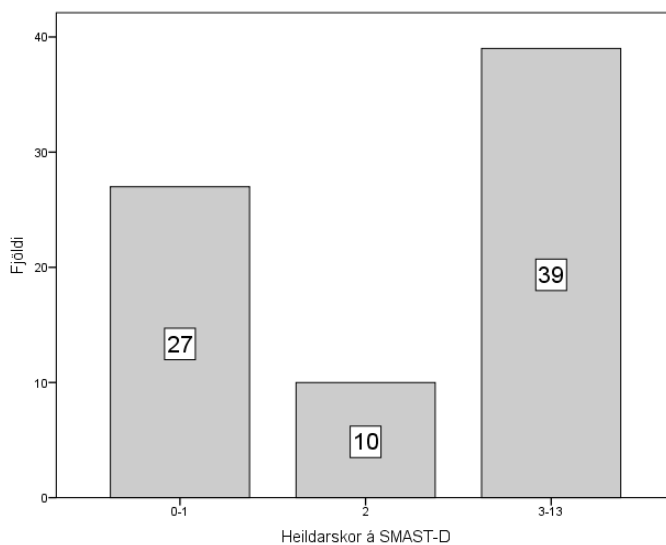
**Mynd 14.** Heildarstig á Lífsánægjukvarðanum eftir fjölda mánaða á fjárhagsaðstoð.



**Mynd 15.** Heildarstig á Lífsánægjukvarðanum eftir aldri.

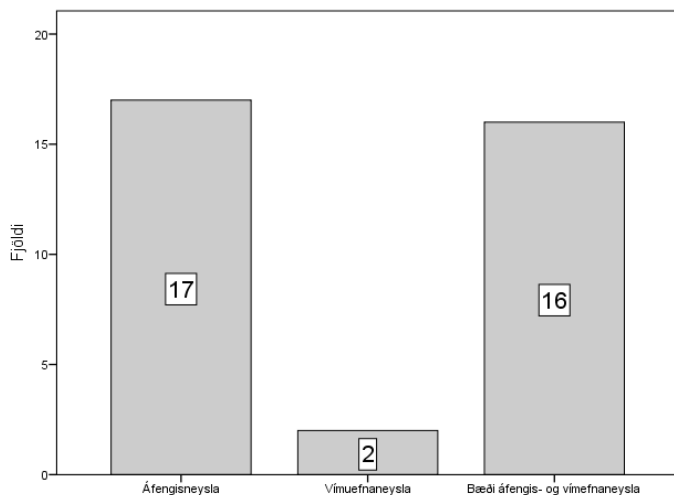
Á myndum 13 og 14 sést að enginn munur virðist vera á heildarstigum Lífsánægjukvarðans eftir fjölda mánaða á fjárhagsaðstoð og kyni. Þó bendir mynd 15 til þess að hugsanlega sé einhver munur á Lífsánægjukvarðanum eftir aldri í þýði. Sá munur reyndist þó ekki vera marktækur ( $F(3) = 1,967, p = 0,126$ ) og er það hugsanlega vegna smæðar úrtaks.

### Matskvarði fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu (SMAST-D)



**Mynd 16.** Dreifing heildarskora á SMAST-D.

Á mynd 16 sést að mjög stór hluti þátttakanda eða 51,3% fékk 3 stig eða fleiri á matskvarðanum, þ.e. áttu við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða. Að auki fengu 13,2% þátttakanda 2 stig eða fleiri, þ.e. áttu mögulega við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða. Þetta má teljast gríðarlega stór hluti hópsins.



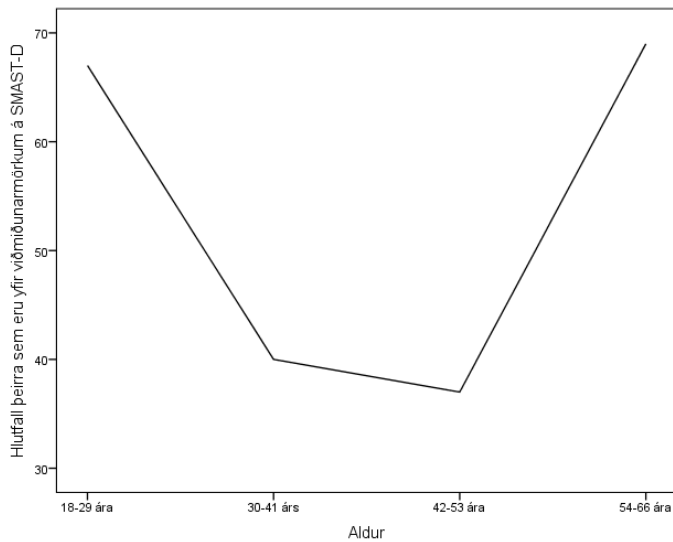
**Mynd 17.** Yfirlit yfir neyslu þeirra sem skoruðu yfir viðmiðunarmörkum.

Eins og sést á mynd 17 stríddi mjög lítið hlutfall þeirra sem skora yfir viðmiðunarmörkum einungis við vímuefnavanda. Flestir glímdu við áfengisvanda eða bæði áfengis- og vímuefnavanda, en hvorn hópinn skipaði tæplega helmingur alls hópsins.

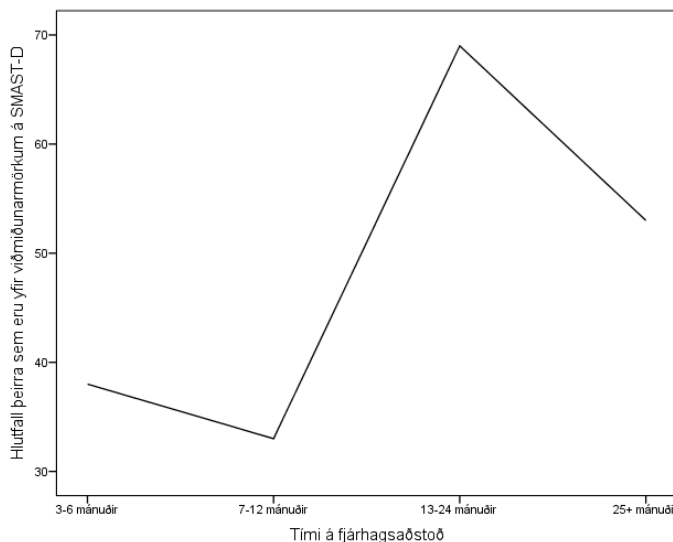
**Tafla 18.** Hlutfall þeirra sem áttu við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða eftir kyni, aldri og lengd fjárhagsaðstoðar.

		Fjöldi yfir viðmiðunarmörkum	Heildarfjöldi	Hlutfall (%)
<b>Kyn</b>	Karlar	29	50	58
	Konur	10	26	38
<b>Aldur</b>	18-29 ára	12	18	67 <sup>b</sup>
	30-41 árs	6	15	40
	42-53 ára	10	27	37 <sup>a</sup>
	54-66 ára	11	16	69 <sup>b</sup>
<b>Lengd fjárhagsaðstoðar</b>	3-6 mánuðir	5	13	38 <sup>b</sup>
	7-12 mánuðir	5	15	33 <sup>b</sup>
	13-24 mánuðir	20	29	69 <sup>a</sup>
	25+ mánuðir	10	19	53

*Athugasemd.* Meðaltöl með ólíka bókstafi eru marktækt ólík ( $\alpha = 0,05$ ).



**Mynd 18.** Hlutfall þeirra sem eru yfir greiningarviðmiðum á SMAST-D eftir aldri



**Mynd 19.** Hlutfall þeirra sem eru fyrir greiningarviðmiðum á SMAST-D eftir tímalengd á fjárhagsaðstoð.

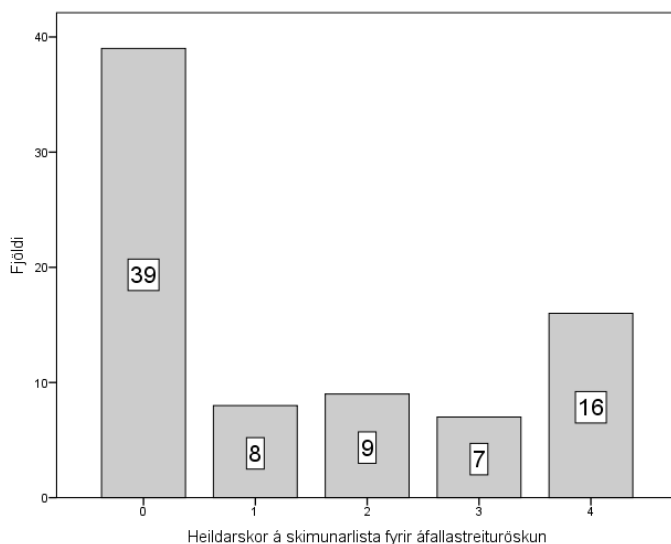
Eins og sést í töflu 18 fengu fleiri karlar en konur skor yfir viðmiðunarmörkum. Ef miðað er við fjölda karla og kvenna í úrtaki voru 58% karla yfir viðmiðunarmörkum en 38% kvenna. Þessi munur er ekki marktækur ( $z = 1,62, p = 0,0529$ ) og því ekki hægt að segja neitt til um kynjamun á áfengis- og/eða vímuefnafíkn í þýði. Kynjamunurinn er samt þónokkur og því sennilegt að marktæk niðurstaða fengist með stærra úrtaki.

Hlutfall þeirra sem voru yfir greiningarmörkum (sjá töflu 18 og mynd 18) er mjög misjafnt eftir aldri. Hlutfallslega fleiri í yngsta og elsta aldurshópnum áttu við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða en í hinum aldurshópnum. Næstelsti hópurinn er marktækt lægri en

ýngsti hópurinn ( $z = 1,95, p < 0,05$ ) annars vegar og elsti hópurinn ( $z = -2,01, p < 0,05$ ) hins vegar. Það má því álykta sem svo að lægra hlutfall 42-53 ára atvinnulausra á framfærslu hjá Reykjavíkurborg eigi við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða en 18-29 ára og 54-66 ára atvinnulausra á framfærslu hjá Reykjavíkurborg.

Hlutfall þeirra sem voru yfir greiningarmörkum í úrtakinu (sjá töflu 18 og mynd 19) er mjög misjafnt eftir því hve lengi fólk hafði verið á fjárhagsaðstoð. Hlutfallslega fleiri í yngsta og næstýngsta aldurshópnum áttu við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða en í þeim eldri. Næstelsti hópurinn er marktækt hærri en yngsti hópurinn ( $z = -1,86, p < 0,05$ ) annars vegar og næstýngsti hópurinn ( $z = -2,26, p < 0,05$ ) hins vegar. Það má því álykta sem svo að herra hlutfall atvinnulausra sem hafa verið á framfærslu hjá Reykjavíkurborg í 13-24 mánuði eigi við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða en þeirra sem hafa verið á framfærslu hjá Reykjavíkurborg í styttri tíma. Hlutfall þeirra sem voru yfir greiningarmörkum er ekki marktækt herra en hjá yngstu hópnum tveimur og því ekkert hægt að segja um muninn í þýði, þ.e. hjá atvinnulausum sem eru á framfærslu hjá Reykjavíkurborg. Þó er hugsanlegt að marktækur munur fengist ef tekið yrði stærra úrtak úr þýðinu.

### Skimunarlisti fyrir áfallastreituröskun



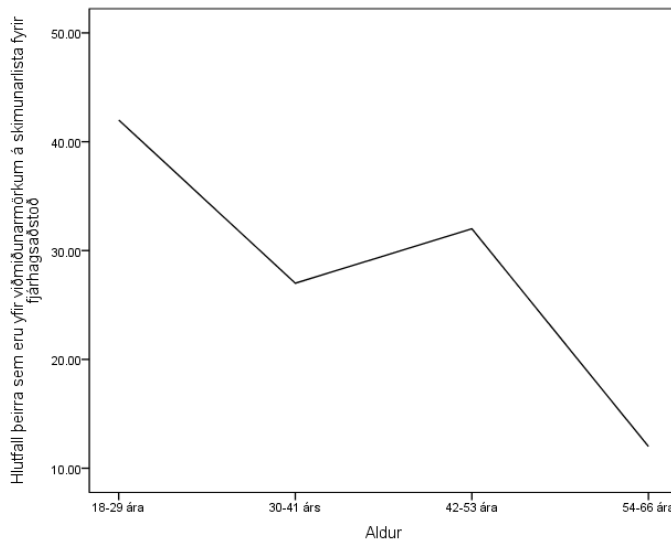
**Mynd 20.** Dreifing heildarskora á skimunarlista fyrir áfallastreituröskun.

Á mynd 20 sést að stærstur hluti þátttakanda eða 70,9% fékk 2 stig eða færri á matskvarðanum. Þeir sem ná skimunarmörkum, fá 3 stig eða fleiri, og hafa því mögulega áfallastreituröskun eru 23 talsins eða 29,1% hópsins.

**Tafla 19.** Hlutfall þeirra sem eru yfir viðmiðunarmörkum á skimunarlista fyrir áfallastreituröskun.

		Fjöldi yfir viðmiðunarmörkum	Heildarfjöldi	Hlutfall (%)
<b>Kyn</b>	Karlar	13	54	24
	Konur	10	25	40
<b>Aldur</b>	18-29 ára	8	19	42
	30-41 árs	4	15	27
	42-53 ára	9	28	32
	54-66 ára	2	17	12
<b>Lengd fjárhagsaðstoðar</b>	3-6 mánuðir	3	13	23
	7-12 mánuðir	5	16	31
	13-24 mánuðir	13	31	42
	25+ mánuðir	2	19	11

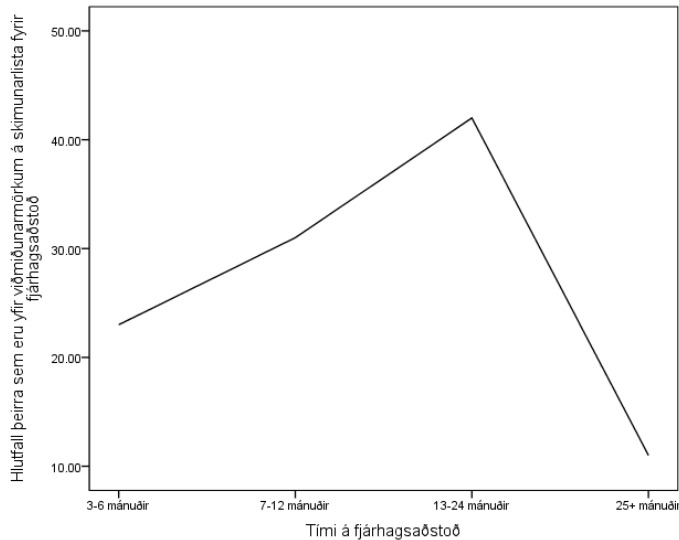
*Athugasemd.* Meðaltöl með ólíka bókstafi eru marktækt ólík ( $\alpha = 0,05$ ).



**Mynd 21.** Hlutfall þeirra sem eru yfir viðmiðunarmörkum á skimunarlista fyrir áfallastreituröskun eftir aldri.

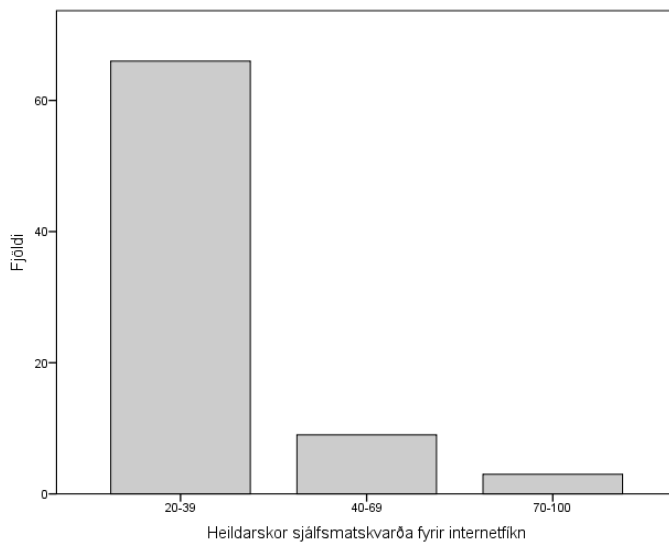
Eins og sést í töflu 19 fékk hærra hlutfall kvenna en karla skor yfir viðmiðunarmörkum í úrtaki en sá munur er ekki marktækur og því ekki hægt að segja neitt til um kynjamun á einkennum áfallastreituröskunar í þýði. Hlutfall þeirra sem voru yfir greiningarmörkum (sjá töflu 19 og mynd 21) er mjög misjafnt eftir aldri og í úrtaki var hærra hlutfall yngra fólks með einkenni áfallastreituröskunar en það eldra. Hlutfall þeirra sem voru yfir greiningarmörkum í úrtakinu (sjá töflu 19 og mynd 22) er mjög misjafnt eftir því hve lengi fólk hefur verið á fjárhagsaðstoð. Hlutfallslega flestir voru yfir viðmiðunarmörkum á skimunarlistanum í hópnum sem hafði fengið fjárhagsaðstoð í 13-24 mánuði og fæstir í hópnum sem höfðu

fengið fjárhagsaðstoð lengur en í 2 ár. Vegna þess hve fáir einstaklingar eru í hverjum hóp er ekki hægt að athuga hvort fæst marktækur munur á hlutföllunum hvað varðar aldur og tíma á fjárhagsaðstoð. Munurinn er þónokkur í úrtaki og þess vegna er hugsanlegt að marktækur munur fengist ef svarhlutfall væri hærra.



**Mynd 22.** Hlutfall þeirra sem eru yfir viðmiðunarmörkum á skimunarlista fyrir áfallastreituröskun eftir tíma á fjárhagsaðstoð.

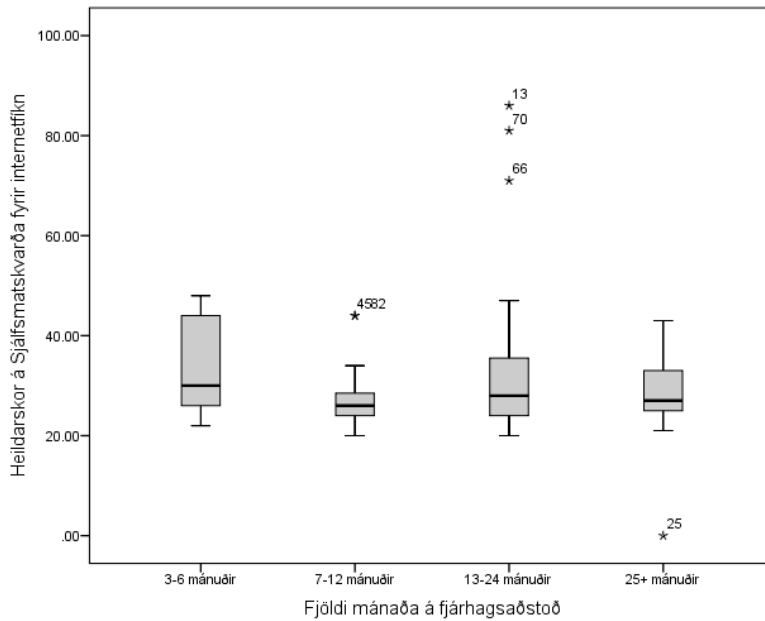
### Sjálfsmatskvarði fyrir internetfíkn



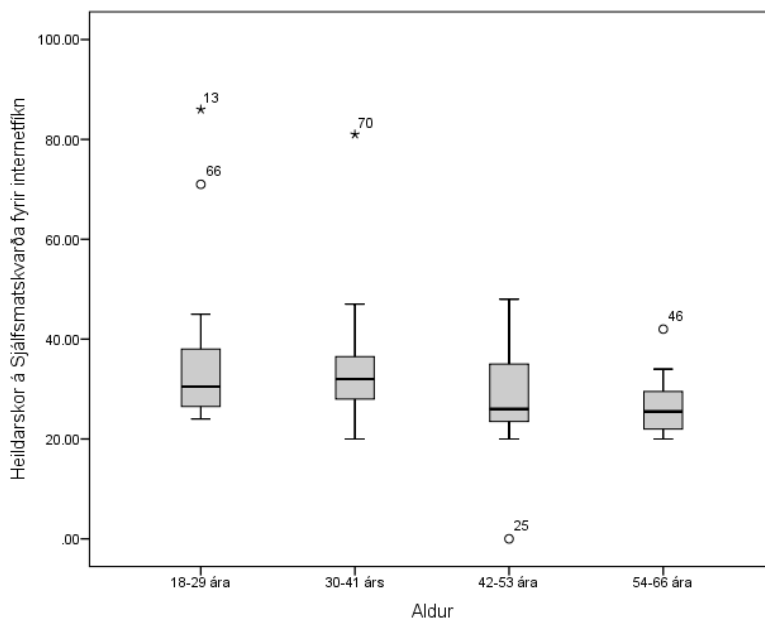
**Mynd 23.** Dreifing heildarskora á sjálfsmatskvarða fyrir internetfíkn.



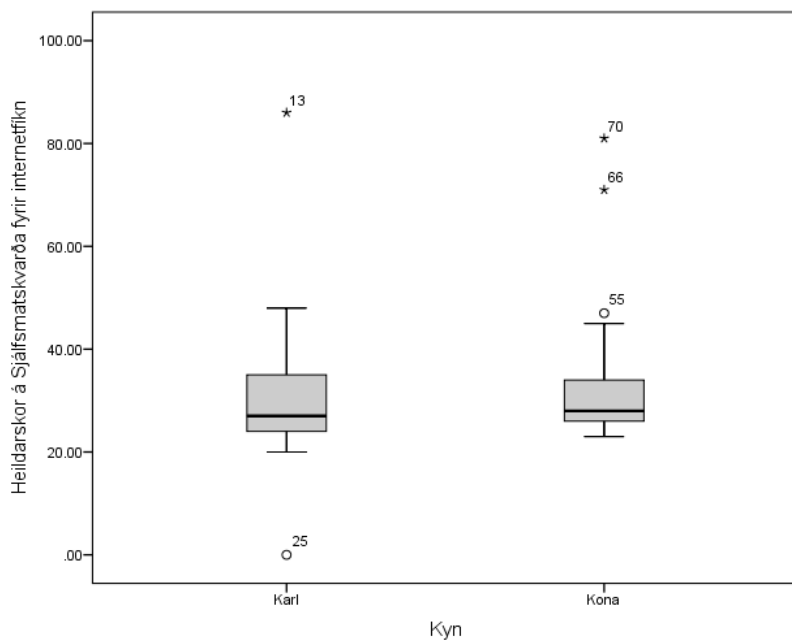
Á mynd 23 má sjá að flestir þátttakendur höfðu algjöra stjórn á internetnotkun sinni og að minnihluti þátttakanda mátu internetnotkun sína til vandræða. Níu þátttakendur (11,5%) fengu heildarskor á milli 40 og 69, þ.e. internetnotkun olli þeim töluverðum vandræðum og þeir áttu á hættu að þróa með sér internetfíkn, en einungis þrír (3,8%) þátttakendur fengu meira en 70 stig, þ.e. internetnotkun olli þeim miklum vandræðum og þjáðust af internetfíkn. Eins og sést á myndum 24-26 virðast engin tengsl vera annars vegar á milli mats þátttakanda á internetnotkun sinni og kyns, aldurs eða fjölda mánaða á fjárhagsaðstoð hins vegar.



**Mynd 24.** Heildarskor á sjálfsmatskvarða fyrir internetfíkn eftir fjölda mánaða á fjárhagsaðstoð.



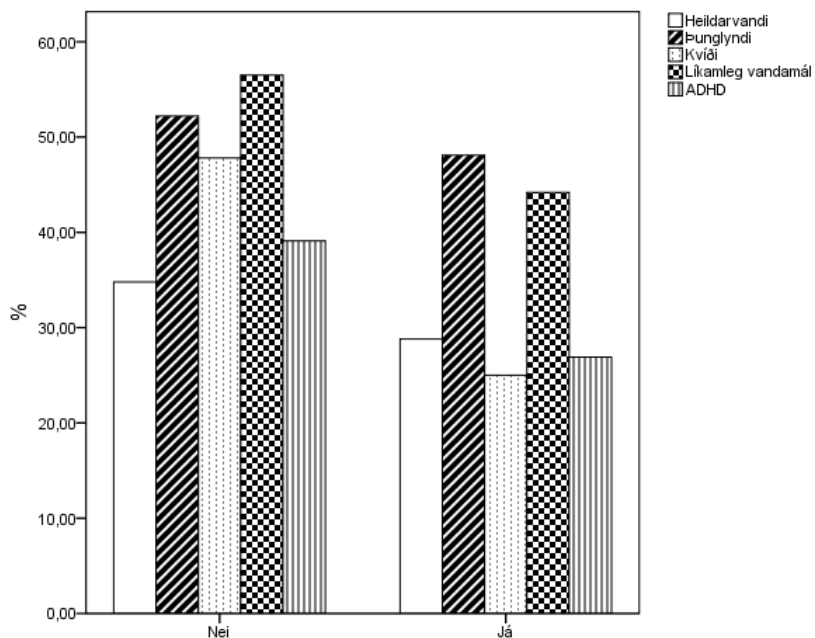
**Mynd 25.** Heildarskor á sjálfsmatskvarða fyrir internetfíkn eftir aldri.



**Mynd 26.** Heildarskor á sjálfsmatskvarða fyrir internetfíkn eftir kyni.

**Tengsl kynningarnámskeiðsins *Virgni til velferðar við líðan atvinnuleitenda***

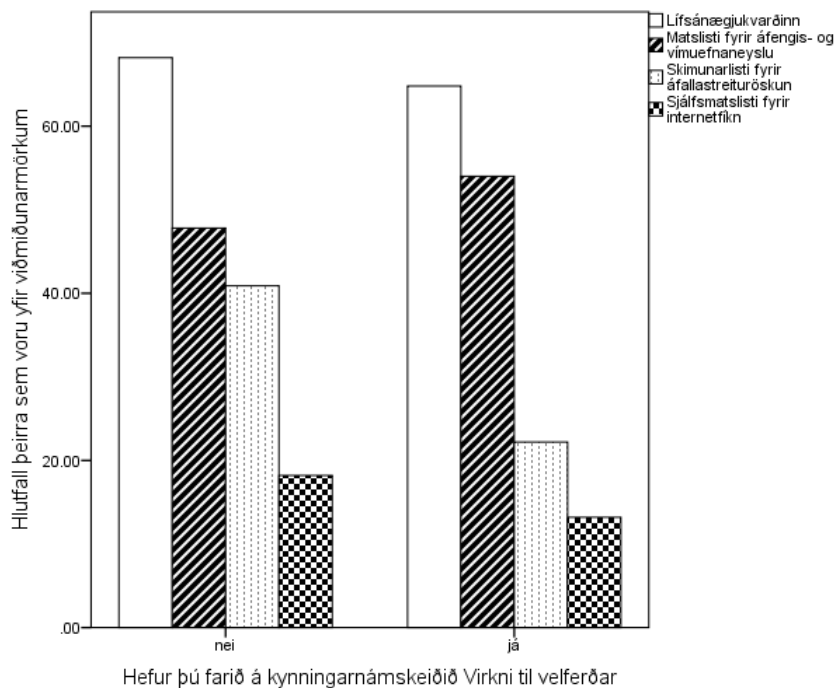
Meðalaldur þátttakenda sem hafði farið á námskeiðið var 42,37 ár og meðalaldur þátttakenda sem hafði ekki farið var 42,58 ár. Aldur hefur því ekki áhrif á niðurstöður.



**Mynd 27.** Hlutfall þátttakenda sem skoruðu yfir klínískum viðmiðunarmörkum á kvörðum ASEBA matslistans, skipt eftir því hvort þátttakendur höfðu farið á kynningarnámskeiðið *Virgni til velferðar*.

Niðurstöður ASEBA matslistans voru skoðaðar með tilliti til þess hvort þátttakendur höfðu farið á námskeiðið *Virgni til velferðar*. Meðaltöl T-skora voru skoðuð fyrir kvarða heildarvanda, þunglyndis, kvíða, líkamlegra vandamála og athyglisbrests með ofvirkni, skipt eftir því hvort þátttakendur höfðu farið á námskeiðið eða ekki. Lítil munur var á meðaltölum kvarða heildarvanda, þunglyndis, líkamlegra vandamála og athyglisbrests með ofvirkni, eftir því hvort þátttakendur höfðu sótt námskeiðið eða ekki (munur á bilinu 0,14-3,31 stig). Á kvarða kvíða var munurinn meiri eða 4,3 stig og var hann marktækur ( $F(1) = 4,196, p < 0,05$ ).

Á mynd 27 má sjá hlutfall þátttakenda sem skoruðu yfir klínískum viðmiðunarmörkum ( $T > 60$ ) á kvörðunum fimm, skipt eftir því hvort þátttakendur höfðu farið á kynningarnámskeiðið eða ekki. Á öllum kvörðum var hlutfallið lægra meðal þátttakenda sem höfðu farið á námskeiðið. Mismunurinn var í flestum tilfellum lítil en þó má sjá mikinn mun á kvarða kvíða og þó nokkurn mun á kvarða líkamlegra vandamála og athyglisbrests með ofvirkni. Mismunurinn á kvarða kvíða er 22,8% og var munurinn marktækur ( $z = 1,954; p < 0,05$ ). Mismunurinn á kvarða líkamlegra kvartana var 12,2% og mismunurinn á kvarða athyglisbrests með ofvirkni var 12,2% en í báðum tilfellum var munurinn ekki marktækur.



**Mynd 28.** Hlutfall þátttakenda sem skoruðu yfir klínískum viðmiðunarmörkum á Lífsánægjukvarða, Matslista fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu, Skimunarlista fyrir áfallastreituröskun og Sjálfsmatslista fyrir internetfíkn, skipt eftir því hvort þátttakendur höfðu farið á kynningarnámskeiðið *Virgni til velferðar*.

Niðurstöður Lífsánægjukvarðans, Matslista fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu, Skimunarlista fyrir áfallastreituröskun og Sjálfsmatslista fyrir internetfíkn voru einnig kannaðar með tilliti til þátttöku á námskeiðinu *Virkni til velferðar*. Þegar mynd 28 er skoðuð sést greinilega að í úrtaki var hlutfall þeirra sem teljast með vanda, þ.e. eru yfir viðmiðunarmörkum á matslistum, að jafnaði hærra hjá þeim sem ekki höfðu farið á kynningarnámskeiðið heldur en hjá þeim sem höfðu farið. Þetta á við um Lífsánægjukvarðann, Skimunarlista fyrir áfallastreituröskun og Sjálfsmatskvarða fyrir internetfíkn. Hlutfall þeirra sem áttu við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða var hærra hjá þeim sem farið höfðu á námskeiðið en þeim sem ekki höfðu farið og var sá munur því andstæður þeim sem kom fram á hinum listunum. Marktækur munur ( $z = 1,652, p < 0,05$ ) er á hlutfalli þeirra sem skoruðu yfir viðmiðunarmörkum á skimunarlista fyrir áfallastreituröskun og því hægt að álykta sem svo um þýðið að hlutfallslega fleiri atvinnulausir á framfærslu hjá Reykjavíkurborg sem farið hafa á kynningarnámskeiðið hafi einkenni sem bendi mögulega til áfallastreituröskunar heldur en í hópnum sem ekki hefur farið á námskeiðið. Ekki er hægt að reikna út hvort munur á einkennum internetfíknar sé marktækur vegna þess hve fáir eru í hópnum. Sá munur sem er á niðurstöðum hópanna á Lífsánægjukvarðanum og Matskvarða fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu í úrtaki er ekki marktækur.

#### UMRÆÐA

Við túlkun á niðurstöðum þarf að hafa í huga að svarhlutfall rannsóknarinnar var tæplega 50%. Þá þarf einnig að hafa í huga að svarhlutfall var mjög ólíkt eftir aldri, en rúmlega tvöfalt hærra svörun var meðal eldri helmings þátttakenda. Til þess að fá betri mynd af hópnum mætti gera aðra rannsókn þar sem færi lengri tími í að safna gögnum og fá þannig hærra svarhlutfall. Einnig væri ákjósanlegt að hafa samanburðarhóp úr almennu þýði.

Þátttakendur sem svöruðu rannsókninni geta að mörgu leyti verið ólíkir þátttakendum sem ekki svöruðu rannsókninni. Í þessu samhengi ber að hafa í huga að þátttakendur þurftu fyrir það fyrsta að svara í símann og síðan að mæta á sína þjónustumiðstöð (í örfáum tilvikum fengu þátttakendur spurningalistana senda í pósti) og svara þar spurningalistum. Þessar athafnir geta reynst fólki sem er atvinnulaust og á í mörgum tilvikum við þau vandamál að stríða sem athuguð voru í rannsókninni mjög erfiðar. Það mætti hugsa sér að því meiri og fjölbreyttari sem vandinn er, þeim mun erfiðara reynast athafnirnar. Svo dæmi sé tekið þá getur verið erfitt fyrir einstakling með kvíða að fara út úr húsi, hvað þá að fara á

þjónustumiðstöðina sína til að hitta fólk og svara spurningum um sjálft sig. Þá getur einstaklingur með ADHD átt erfitt með að muna eftir því að mæta auk þess sem hann veit vel að hann muni eiga erfitt með að sitja yfir spurningalistum í 30 mínútur. Annað dæmi er einstaklingur með þunglyndi sem kemst ekki fram úr rúminu, hvað þá í sturtu og hrein föt og út úr húsi. Margir þátttakendur svöruðu aldrei í símann og margir þátttakendur mættu ekki á þjónustumiðstöðina sína þrátt fyrir að fá mörg tækifæri til þess. Það er því ekki ólíklegt að þeir þátttakendur sem tóku ekki þátt í rannsókninni séu verr settir en þeir sem tóku þátt, með tilliti til þeirra vandamála sem athuguð voru í rannsókninni. Niðurstöður eru þar af leiðandi túlkaðar á þann veg að vandinn sem kemur fram hjá þátttakendum rannsóknarinnar sé líklega ekki meiri en hjá öðrum atvinnuleitendum sem fá framfærslu hjá Reykjavíkurborg og því er ekki ástæða til þess að draga úr niðurstöðum rannsóknarinnar.

### **ASEBA matslisti**

Hafa skal í huga að ASEBA matslisti er skimunartæki og því er ekki hægt að gefa greiningu samkvæmt niðurstöðu hans. Þegar niðurstöður listans eru skoðaðar er horft til þess hvort einstaklingar fái T-skor yfir klínískum viðmiðunarmörkum, þar sem það gefur mjög sterka vísbindingu um vanda. Tæplega helmingur þátttakenda skoraði yfir klínískum viðmiðunarmörkum á kvarða þunglyndis og líkamlegra vandamála og tæplega þriðjungur þátttakenda skoraði yfir klínískum viðmiðunarörkum á kvarða kvíða, athyglisbrests með ofvirkni og heildarvanda. Út frá þessum niðurstöðum má álykta að stór hluti atvinnuleitenda sem fá framfærslu hjá Reykjavíkurborg á við þessi vandamál að stríða og myndi líklegast greinast með fyrrgreindar raskanir. Þessar niðurstöður eru í samræmi við fyrri rannsóknir sem hafa ítrekað sýnt fram á tengsl á milli atvinnuleysis og sálfræðilegra vandamála (Mathers og Schofield, 1998; Jakob Smári o.fl., 1997; Mckee-Ryan o.fl., 2005; Paul og Moser, 2009).

Niðurstöðurnar voru skoðaðar frekar með tilliti til aldurs. Þátttakendur á aldrinum 18-29 ára komu áberandi verst út á öllum kvörðum og var marktækur munur eftir aldri. Það má því álykta að munurinn sem kemur fram í rannsókninni eftir aldri sé ekki tilkominn vegna tilviljunar, heldur sé um raunverulegan mun í þýði að ræða. Þessi munur er heldur ekki tilkominn vegna kynjamunar innan aldurshópa þar sem stjórnað var fyrir áhrifum kyns. Munurinn var þó ekki marktækur á milli allra aldurshópa, til dæmis var aldrei marktækur munur á yngsta hópnum og næstýngsta hópnum þannig að við getum ekki ályktað að atvinnuleitendur sem eru yngri en 30 ára séu líklegri til að vera með einhver af vandamálunum sem ASEBA listinn mælir, heldur en þátttakendur á aldrinum 30-41 árs. Það

var hins vegar marktækur munur á öllum kvörðum á milli yngsta aldurshópsins og þess næstelsta og getum við því ályktað að atvinnuleitendur sem eru yngri en 30 ára séu verr staddir heldur en atvinnuleitendur sem eru 42-53 ára, með tilliti til heildarvanda, þunglyndis, kvíða, líkamlegra vandamála og athyglisbrests með ofvirkni. Þá var munurinn marktækur á milli yngsta aldurshópsins og elsta aldurshópsins á kvarða heildarvanda og líkamlegra vandamála, þannig að við getum ályktað að atvinnuleitendur sem eru yngri en 30 ára séu líklegri til að vera með fyrrgreind vandamál heldur en atvinnuleitendur á aldrinum 54-66 ára. Þá má álykta að atvinnuleitendur á aldrinum 18-41 árs séu líklegri til að vera með athyglisbrest með ofvirkni heldur en atvinnuleitendur á aldrinum 42-66 ára. Þessar niðurstöður eru í nokkru samræmi við niðurstöður Reine og félaga (2004) þar sem 21 árs gamalt atvinnulaust fólk kom verr út á sálfræðilegum mælingum heldur en 30 ára gamalt atvinnulaust fólk. Það þarf þó að hafa í huga að í okkar rannsókn er ekki marktækur munur á milli aldurshópanna 18-29 ára og 30-41 árs en yngri hópurinn kemur samt sem áður verr út á öllum kvörðum og hugsanlega væri munurinn marktækur ef svarhlutfall væri hærra.

Niðurstöður ASEBA matslistans voru einnig skoðaðar með tilliti til kyns. Þó nokkur kynjamunur kom fram á öllum kvörðum og fengu konur hærra meðalskor í öllum tilfellum, auk þess sem fleiri konur skoruðu yfir klínískum viðmiðunarmörkum á öllum listum nema á lista heildarvanda, þar sem nánast enginn kynjamunur kom fram á þeim lista. Kynjamunur var ekki marktækur á neinum kvarða þegar stjórnað var fyrir áhrif aldurs. Það má því álykta að þessi kynjamunur sem kom fram sé tilkominn vegna þess að meðalaldur kvenna var mun lægri heldur en meðalaldur karla í úrtakinu. Þar sem yngri þátttakendur komu marktækt verr út á öllum listum (óháð kyni) þá komu konur verr út vegna þess að mun fleiri ungar konur voru í úrtakinu heldur en ungir karlar. Þessar niðurstöður eru ekki í samræmi við rannsókn Artazcoz og félaga (2004) þar sem karlar komu marktækt verr út á sálfræðilegum mælingum. Niðurstöðurnar eru hins vegar í samræmi við rannsókn Jakobs Smára og félaga (1997) þar sem ekki kom fram marktækur kynjamunur á tíðni þunglyndis og kvíða meðal atvinnulausra Íslendinga.

Þá voru niðurstöður matslistans skoðaðar með tilliti til tímalengdar fjárhagsaðstoðar, var þátttakendum bæði skipt í fjóra hópa og tvo hópa. Þegar þátttakendum var skipt í fjóra hópa var áhugavert að meðalskor á öllum kvörðum var hæst fyrir þátttakendur sem höfðu fengið fjárhagsaðstoð í 13-24 mánuði og lægst á öllum kvörðum nema einum fyrir þátttakendur sem höfðu fengið fjárhagsaðstoð í 7-12 mánuði. Munur eftir tímalengd fjárhagsaðstoðar var þó ekki marktækur fyrir neinn kvarða og er því ekki hægt að álykta að

um raunverulegan mun í þýði sé að ræða, þannig að munurinn gæti verið tilkominn fyrir tilviljun. Í þessu samhengi þarf samt líka að hafa í huga að svarhlutfall rannsóknarinnar var ekki hátt og þegar hópnum er skipt í fjóra hluta eftir tímalengd fjárhagsaðstoðar eru fáir þátttakendur í hverjum hóp. Með herra svarhlutfalli gæti mögulega komið í ljós marktækur munur þar sem munurinn var þó nokkur á mörgum stöðum. Þessar niðurstöður eru ekki í samræmi við niðurstöður Kokko og Pulkkinen (1998) þar sem það er hvorki þannig að vanlíðan fari stigvaxandi né þannig að vanlíðan aukist á fyrstu sex mánuðunum og nái þá jafnvægi og fari svo minnkandi eftir 15 mánuði. Þegar aldri þátttakenda var skipt í eldri og yngri hóp og niðurstöður skoðaðar með tilliti til hversu hátt hlutfall þátttakenda skoraði yfir klínískum viðmiðunarmörkum var marktækur munur á kvarða heildarvanda og kvarða athyglisbrests með ofvirkni. Það er því hægt að álykta að atvinnuleitendur sem hafa fengið fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg í 13-41 mánuð séu líklegri til að eiga við meiri heildarvanda og athyglisbrest með ofvirkni að stríða heldur en atvinnuleitendur sem hafa fengið fjárhagsaðstoð í 3-12 mánuði. Við getum samt sem áður ekki ályktað um orsakasamband, þannig að við vitum ekki hvort ástæðan fyrir þessum mun sé að fólk með meiri heildarvanda eða athyglisbrest með ofvirkni sé líklegra til þess að vera lengur atvinnulaust, eða hvort atvinnuleysið auki heildarvanda og athyglisbrest með ofvirkni.

### **Aukaspurningar**

Aukaspurningarnar gefa okkur gagnlegar upplýsingar um atvinnuleitendur sem fá framfærslu hjá Reykjavíkurborg. Meira en helmingur þátttakenda hafði ekki hitt félagsráðgjafa eða virkniráðgjafa á síðustu 30 dögum og er því möguleiki á að fjölga tíðni viðtala. Þá er hugsanlegt að stórt hlutfall atvinnuleitenda sé fólk sem haldist illa í vinnu þar sem þriðjungur þátttakenda hafði einungis verið í 0-3 mánuði í síðustu vinnu og tæplega helmingur hafði verið í minna en eitt ár í síðustu vinnu. Það mætti því skoða betur hvers vegna fólk heldur ekki í vinnu og hvernig hægt sé að aðstoða fólk að þessu leyti. Þá er greinilegt að stuðningur við atvinnuleit, sjálfsstyrking og meðferð hjá sérfræðingi gætu komið til greina til að aðstoða fólk við að komast aftur út á vinnumarkaðinn. Það er áhugavert hversu stórt hlutfall þátttakenda reykir, eða rúmlega helmingur þátttakenda. Til samanburðar má benda á að samkvæmt könnun Capacent-Gallup frá árinu 2010 reyktu 14,2% Íslendinga (Morgunblaðið, 2011).

## Lífsánægjukvarðinn

Lífsánægja atvinnulausra sem eru á framfærslu hjá Reykjavíkurborg um þessar mundir er töluvert lægri en hjá Íslendingum árið 2005 (Kristín Erla Pétursdóttir, 2011). Hafa ber þó í huga að ekki eru til nýrri samanburðartölur og mögulegt er að lífsánægja Íslendinga hafi almennt minnkað frá árinu 2005. Einnig eru niðurstöður um lífsánægju í samræmi við erlendar rannsóknir (McKee-Ryan, Song, Wanberg og Kinicki, 2005; Paul og Moser, 2009). Að auki kom í ljós að tæplega tveir af þremur í úrtakinu voru óánægðir með líf sitt. Ekki er hægt að álykta neitt um lífsánægju atvinnulausra á framfærslu hjá Reykjavíkurborg eftir aldri, kyni eða lengd fjárhagsaðstoðar. Í úrtakinu virðist lífsánægja misjöfn eftir aldri og væri sá munur hugsanlega marktækur ef svarhlutfall væri hærra. Hafa ber þó í huga að munur eftir aldri gæti hugsanlega verið tilkominn vegna kynjamunar, enda eru kynjahlutföll í úrtaki misjöfn eftir aldurshópum.

### Matskvarði fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu

Rúmlega helmingur fólksins í úrtakinu átti við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða. Tveir einstaklingar áttu einungis við vímuefnavanda að stríða en afgangurinn af hópnum skiptist í tvennt þar sem annar hópurinn átti einungis við áfengisvanda að stríða og hinn við áfengis- og vímuefnavanda að stríða. Hlutfall fólks með áfengis- og/eða vímuefnavanda er því miklu hærra meðal þátttakanda en tíðni áfengis- og/vímuefnavandamála í almennu þýði í erlendum rannsóknum (SÁÁ, 2011; World Health Organization, 2011). Það er í samræmi við erlendar rannsóknir sem sýna að áfengis- og/eða vímuefnavandi sé meiri hjá atvinnulausum en þeim sem eru í vinnu (Crawford, Plant, Kreitman og Latcham, 1987; Hammer, 1992; Janlert og Hammarström, 1992). Í úrtaki er töluvert hærra hlutfall yngsta og elsta hópsins yfir viðmiðunarmörkum á matskvarðanum. Hægt er að álykta sem svo að í þýði eigi lægra hlutfall 42-53 ára atvinnulausra á framfærslu hjá Reykjavíkurborgar við áfengis- og/eða vímuefnavanda að stríða en 18-24 ára og 54-66 ára. Hugsanlega fengist marktækur munur á næstýngsta hópnum annars vegar og hins vegar elsta og yngsta hópnum með hærra svarhlutfalli og þannig væri hægt að álykta sem svo að hlutfall fólks sem stríðir við áfengis- og/eða vímuefnavanda sé hæst hjá yngsta og elsta hópnum.

Þegar niðurstöður um áfengis- og/eða vímuefnavanda atvinnulausra Reykvíkinga á fjárhagsaðstoð eru skoðaðar verður að hafa í huga að vegna eðlis mælitækis og lágs svarhlutfalls var ekki hægt að skoða samvirkniáhrif. Það gæti því verið að sá munur sem sést á aldri sé tilkominn að hluta vegna kynjamunar eða munar á því hve lengi fólk hefur verið á



fjárhagsaðstoð. Það sama á við um tímalengd á fjárhagsaðstoð, þ.e. að sá munur sem sést þar sé tilkominn vegna aldursmunar og/eða kynjamunar.

### **Skimunarlisti fyrir áfallastreituröskun**

Þegar niðurstöður listans eru skoðaðar verður að hafa í huga að listinn greinir ekki að þá sem hafa áfallastreituröskun og þá sem hafa hana ekki heldur gefur hann vísbendingar um að mögulega séu einkenni áfallastreituröskunar til staðar og þá þurfi að greina vandann nánar. Tæpur þriðjungur úrtaksins skoraði yfir viðmiðunarmörkum á skimunarlistanum og er því líklegur til þess að þjást af áfallastreituröskun. Þetta hlutfall er töluvert hærra en erlendar rannsóknir hafa sýnt að tíðnin sé í almennu þýði (Kessler, 1995; Stein, Walker, Hazen og Forde, 1997) og í samræmi við íslenskar og erlendar rannsóknir sem hafa sýnt að tíðni kvíðaraskana sé meiri hjá atvinnulausum en þeim sem eru í atvinnu (Mathers og Schofield, 1998; McKee-Ryan, Song, Wanberg og Kinicko, 2005; Paul og Moser, 2009; Jakob Smári, Elvar Arason, Hafsteinn Hafsteinsson og Snorri Ingimarsson). Í úrtaki var þónokkur munur á hlutfalli þeirra sem skorðu yfir viðmiðunarmörkum á skimunarlistanum eftir kyni sem er einnig í samræmi við erlendar rannsóknir (Kessler, 1995; Stein, Walker, Hazen og Forde, 1997). Sá munur var þó ekki marktækur vegna smæðar úrtaks og því ekki hægt að álykta neitt um þýðið. Að auki var munur á hlutfalli þeirra sem skorðu yfir viðmiðunarmörkum eftir aldurshópum og tíma á fjárhagsaðstoð. Auðsjáanlegasta mynstrið var á aldurshópum þar sem hærra hlutfall yngri hópanna skoraði yfir viðmiðunarmörkum en hjá þeim eldri. Vegna þess hve fáir einstaklingar voru í hverjum hóp var ekki hægt að athuga hvort fengist marktækur munur á hlutföllunum hvað varðar aldur og tíma á fjárhagsaðstoð. Munurinn var þó nokkur í úrtaki og þess vegna er hugsanlegt að marktækur munur fengist ef svarhlutfall væri hærra.

Þegar niðurstöður um vísbendingar um einkenni áfallastreituröskunar atvinnulausra Reykvíkinga á fjárhagsaðstoð eru skoðaðar verður að hafa í huga að vegna eðlis mælitækis og lágs svarhlutfalls var ekki hægt að skoða samvirkniáhrif. Það gæti því verið að sá munur sem sést á aldri í úrtaki sé tilkominn að hluta vegna kynjamunar eða munar á því hve lengi fólk hefur verið á fjárhagsaðstoð. Það sama á við um tímalengd á fjárhagsaðstoð, þ.e. að sá munur sem sést þar sé tilkominn vegna aldursmunar og/eða kynjamunar.

### **Sjálfsmatskvarði fyrir internetfíkn**

Í úrtaki olli internetnotkun einhverjum vandamálum hjá einum tíunda hópsins og 4% hópsins þjást af internetfíkn samkvæmt sjálfsmatskvarðanum. Þetta hlutfall er hærra en tíðni

internetfíknar í Noregi og Bandaríkjunum (Bakken, Wenzel, Götestam, Johansson og Øren, 2009; Young, 2004) og herra en tíðni internetfíknar hjá háskólanemum á Íslandi árið 2008 (Anna Lís Pétursdóttir og Sóldís Lilja Benjamínsdóttir, 2008) en þó er ekki hægt að álykta um þýðið út frá þeim vegna þess hve fáir einstaklingar skipa hópana. Til þess að fá betri vísbendingar um hvort tíðni internetfíknar hjá atvinnulausum sem eru á fjárhagsaðstoð hjá Reykjavíkurborg hefði svarhlutfall þurft að vera herra. Engin tengsl voru annars vegar á milli mats þátttakanda á internetnotkun sinni og kyns, aldurs eða fjölda mánaða á fjárhagsaðstoð hins vegar.

### **Áhrif kynningarnámskeiðsins *Virkni til velferðar***

Munur sem kom fram eftir því hvort þátttakendur höfðu farið á kynningarnámskeiðið *Virkni til velferðar* getur verið tilkominn af tveimur ástæðum. Annars vegar getur verið að fólk sem fer á kynningarnámskeiðið sé að einhverju leyti frábrugðið fólki sem fer ekki á kynningarnámskeiðið og því hugsanlega betur sett hvað varðar líðan. Hins vegar getur verið að kynningarnámskeiðið sjálft bæti líðan atvinnuleitenda.

Marktækur munur var á meðalskori á kvarða kvíða eftir því hvort þátttakendur höfðu sótt námskeiðið eða ekki. Það má því álykta að atvinnuleitendur sem sækja námskeiðið séu að meðaltali með minni kvíða heldur en atvinnuleitendur sem ekki sækja námskeiðið. Þá var marktækur munur á hlutfalli þátttakenda sem skoruðu yfir klínískum mörkum á kvarða kvíða og má því álykta að atvinnuleitendur sem hafa sótt námskeiðið séu ólíklegri til að greinast með kvíða heldur en atvinnuleitendur sem hafa ekki sótt námskeiðið.

Lífsánægja þeirra sem höfðu farið á námskeiðið *Virkni til Velferðar* var meiri, og einkenni internetfíknar og áfallastreituröskunar var sjaldgæfari en hjá þeim sem ekki höfðu farið á námskeiðið. Þó voru einkenni áfengis- og/eða vímuefnavanda meiri hjá þeim sem höfðu farið á námskeiðið heldur en hjá þeim sem ekki höfðu farið. Ástæðan fyrir þessu er hugsanlega sú að Matskvarðinn fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu metur hvort vandamálið hafi einhvern tímann verið til staðar ásamt því að meta stöðuna þegar listanum er svarað. Þess vegna er ólíklegt að fylgni sé á milli þess hvort atvinnulausir hafi einhvern tímann átt í áfengis- og/eða vímuefnavanda og þess hvort þeir hafa farið á kynningarnámskeiðið eða ekki. Marktækur munur er á hlutfalli þeirra sem skoruðu yfir viðmiðunarmörkum á skimunarlista fyrir áfallastreituröskun. Því er hægt að álykta að atvinnuleitendur sem sótt hafa námskeiðið *Virkni til velferðar* séu síður með einkenni sem bent geta til áfallastreituröskunar heldur en þeir sem ekki hafa sótt námskeiðið. Ekki er hægt að reikna út hvort munur á einkennum

internetfíknar sé marktækur vegna þess hve fáir eru í hópunum. Sá munur sem er á niðurstöðum hópanna á Lífsánægjukvarðanum og Matskvarða fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu í úrtaki er ekki marktækur.

## LOKAORÐ

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa sterkar vísbendingar um að tíðni þunglyndis, líkamlegra vandamála, kvíða, athyglisbrests með ofvirkni, áfengis- og vímuefnavanda, áfallastreituröskunar og internetfíknar á meðal atvinnuleitenda sem fá framfærslu hjá Reykjavíkurborg sé mun hærri en meðal almennings. Að sama skapi sýna niðurstöður að lífsánægja atvinnuleitendanna er minni en almennings. Þá er tíðni þunglyndis, líkamlegra vandamála, kvíða og athyglisbrests hjá atvinnuleitendum sem fá fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg ólík eftir aldri og er tilhneiging til þess að atvinnuleitendur sem eru yngri en 30 ára eigi við meiri vanda að stríða. Auk þess hafa atvinnuleitendur sem sótt hafa námskeiðið Virkni til velferðar færri kvíðaeinkenni og einkenni sem benda til áfallastreituröskunar heldur en atvinnuleitendur sem ekki hafa sótt námskeiðið.

Heildarniðurstaðan er sú að stórt hlutfall atvinnuleitenda sem fá framfærslu hjá Reykjavíkurborg þarf á miklum stuðning að halda til að geta verið á almennum vinnumarkaði. Það er nauðsynlegt að veita fólki þá aðstoð sem það telur sig þurfa, það er stuðning við atvinnuleit, sjálfsstyrkingu og meðferð hjá sérfræðingi. Auk þess er þörf á meðferð við áfengis- og vímuefnavanda. Þá þarf að huga sérstaklega vel að atvinnuleitendum sem eru yngri en 30 ára.

## Heimildir

- Achenbach, T.M. og Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, research center for children, youth, & families.
- Achenbach, T.M. og Rescorla L. A. (2006) The Achenbach System of Empirically Based Assessment. Í R. P. Archer (Ritstj.), *Forensic users of clinical assessment instruments* (bls. 229-262). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.útgáfa, endurskoðaður texti). Washington, DC: APA.
- Anna Lísía Pétursdóttir og Sóldís Lilja Benjamínsdóttir (2008). Internetnotkun íslenskra háskólanema: Athugun á hugtakinu internetfíkn og tengsl þess við sálrænar breytur. Óbirt BA-ritgerð. Háskóli Íslands: Sálfræðideild.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. og Cortéz, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles and social class. *American Journal of Public Health* 94, 82-88.
- Bakken, I. J., Wenzel, H. G., Gøtestam, K. G., Johansson, A. og Øren, A. (2009). Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 121–127.
- Cao, F., Sul, L., Liu, T. og Gao, T. (2007). The relationship between impulsivity and internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *European Psychiatry*, 22, 466-471.
- Crawford, A., Plant, M. A., Kreitman, N. og Latcham, R. W. (1987). Unemployment and drinking behaviour: some data from a general population survey of alcohol use. *British Journal of Addiction*, 82, 1007-1016.
- Daníel Þór Ólason, Páll Magnússon og Sigurður J. Grétarsson (2006). Próffræðilegt mat á DSM-IV einkennalista um athyglisbrest með ofvirkni (AMO): Algengi einkenna AMO meðal 18 til 70 ára Íslendinga. Í Úlfar Hauksson (Ritstj.), *Rannsóknir í félagsvísindum VII* (515-525). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. og Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1-5.
- Engilbert Sigurðsson (2009). Enginn veit hvað átt hefur fyrir en misst hefur. *Læknablaðið*, 95, 255.
- Hagstofa Íslands. Laun tekjur og vinnumarkaður. Sótt þann 5. Ágúst 2011 af: <https://hagstofa.is/lisalib/getfile.aspx?ItemID=12373>
- Halldór Kr. Júlíusson (1993). Áhrif atvinnuleysis á líðan fólks. Í Þórhallur Höskuldsson (Ritstj.), *Berið hvers annars byrðar* (bls.53). Akureyri: Þjóðmálanefnd Þjóðkirkjunnar.

- Hammer, T. (1992). Unemployment and use of drug and alcohol among young people: a longitudinal study in the general population. *British Journal of Addiction*, 87, 1571-1582.
- Jakob Smári, Elvar Arason, Hafsteinn Hafsteinsson og Snorri Ingimarsson (1997). Unemployment, coping and psychological distress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 151-156.
- Janlert, U. og Hammarström, A. (1992). Alcohol consumption among unemployed youths: results from a prospective study. *British Journal of Addiction*, 87, 703-714.
- Jón G. Stefánsson og Eiríkur Líndal (2009). Algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu. *Læknablaðið*, 9, 559-564.
- Kessler, R. C, Adler, L., Barkley, R. og Biederman, J. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-724.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. og Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kokko, K. og Pulkkinen, L. (1998). Unemployment and Psychological Distress: Mediator Effects. *Journal of Adult Development*, 5(4), 205-217.
- Kristín Erla Pétursdóttir. (2011). *Mat á próffræðilegum eiginleikum íslenskrar útgáfu Lífsánægjukvarðans: Könnun á lífsánægju Íslendinga árið 2005*. Óbirt BS-ritgerð. Háskóli Íslands: Heilbrigðisvísindasvið.
- Leiðbeiningar með reglum um fjárhagsaðstoð*, 2011.
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991*.
- Mathers, C. D. og Schofield, D. J. (1998). The health consequences of unemployment: the evidence. *The Medical Journal of Australia*, 168, 178-182.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R. og Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53-76.
- Morgunblaðið (2011). Áfram dregur úr reykingum landsmanna. Sótt af [http://mbl.is/frettir/innlent/2011/01/12/affram\\_dregur\\_ur\\_reykingum\\_landsmanna/](http://mbl.is/frettir/innlent/2011/01/12/affram_dregur_ur_reykingum_landsmanna/) þann 19.september 2011.
- Paul, K. I. og Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282.
- Pavot, W. og Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.

Prins, A., Ouimette, P.C., Kimerling, R., Cameron, R.P., Hugelshofer, D.S., Shaw-Hegwer, J. o.fl. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry* 9, 9–14.

*Reglur um fjárhagsaðstoð frá Reykjavíkurborg*, 2010.

Reine, I., Novo, M. og Hammerström, A. (2004). Does the association between ill health and unemployment differ between young people and adults? Results from a 14 year follow-up study with a focus on psychological health and smoking. *Public Health*, 118, 337-345.

Samtök áhugafólks um áfengi og vímuefnavanda (SÁÁ) (2011). Ævilíkur og algengi. Sótt af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/samtokin/frettir/nr/114008/> þann 21.september 2011.

Selzer, M.L., Vinokur, A. og van Rooijen, L. (1975). A self- administered short Michigan alcoholics screening test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.

Soule, L. C., Shell, W. og Kleen, B. A. (2003). Exploring internet addiction: Demographic characteristics and stereotypes of heavy internet users. *Journal of Computer Information Systems*, 44, 64-73.

Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L. og Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-1119.

Torgersen, T., Gjervan, B. og Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 38-43.

Widyanto, L., og McMurrin, M. (2004). The psychometric properties of the Internet Addiction Test. *CyberPsychology & Behavior*, 7(4), 443-450.

World Health Organization (2011). Sótt af <http://www.who.int/substanceabuse/publications/globalalcoholreport/msbgsreur.pdf> þann 22.september 2011.

Young, K. (1998b). *Caught in the Net*. New York: John Wiley & Sons.

Young, K. S. (1998a). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and Behavior*, 1, 237-244.

Young, K. S. (2004). Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *The American Behavioral Scientist*, 48, 402-415.

## Viðauki 1



Reykjavíkurborg

Takk fyrir að koma!

Í þessu hefti eru nokkrir spurningalistar sem þú ert beðin(n) að fylla út.

Í byrjun hvers lista eru nánari skýringar hvernig sá listi er fylltur út.

Þetta eru nokkuð margar spurningar en best er að dvelja ekki lengi við hverja spurningu.

Ef eitthvað er óskýrt er velkomið að biðja starfsmann að útskýra nánar.

Ef þú glímir við lesblindu eða af öðrum sökum átt erfitt með lestur spurninganna getur þú beðið starfsmann rannsóknarinnar um aðstoð.

Þér er velkomið að taka hlé hvenær sem er.

Þú ert beðin(n) um að merkja listana með kennitölu þinni.

Hér að neðan er spurningalisti um líðan þína, hegðun og atvinnuleit. Ýmist eru beðin(n) velja annað hvort *Já* eða *Nei*, um að svara með eigin orðum eða merkja við þá svarmöguleika sem við eiga. Merkja má við fleiri en einn svarmöguleika í spurningum 7 og 9.

1. Hversu oft hefur þú hitt félagsráðgjafa þinn eða virkniráðgjafa síðastliðna 30 daga?

*Svar:*

2. Hversu oft hefur þú sótt um vinnu síðastliðna 30 daga?

*Svar:*

3. Hver var síðasta vinnan þín?

*Svar:*

Hversu marga mánuði varstu í þessari vinnu?

*Svar:*

Af hverju hættir þú í vinnunni?

*Svar:*

4. Hefur þú farið á kynningarnámskeiðið *Virgni til velferðar* í Borgartúni 12-14?

*Nei*                      *Já*

Hefur þú farið á fleiri námskeið á vegum ráðgjafa þíns?

*Nei*                      *Já – Hvaða námskeið?* \_\_\_\_\_

5. Hvernig verðu tíma þínum venjulega á daginn? (Merkja má við fleiri en einn svarmöguleika)

( ) Líkamsrækt

( ) Útivist

( ) Heimsóknir

( ) Verslanir

( ) Aðstoða vini og kunningja við ýmis verkefni

( ) Horfi á sjónvarp

( ) Nota tölvu

( ) Annað – hvað? \_\_\_\_\_



6. Hversu marga klukkutíma sefur þú að jafnaði á sólarhring?

*Svar:*

Á hvaða tíma sofnar þú venjulega og hvenær vaknar þú?

*Sofna:*

*Vakna:*

Leggur þú þig fyrir utan nætursvefninn?

*Nei*

*Já – Hvenær?* \_\_\_\_\_

7. Hvaða aðstoð myndi nýtast þér best til þess að fá vinnu? (Merkja má við fleiri en einn svarmöguleika)

( ) Stuðningur við atvinnuleit

( ) Barnapössun

( ) Sjálfsstyrking

( ) Meðferð hjá sérfræðingi

( ) Annað – hvað? \_\_\_\_\_

8. Hefur þér verið boðin vinna síðastliðinn mánuð?

*Nei*

*Já*

Ef *já* – af hverju hafnaðir þú vinnunni?

*Svar:*

9. Myndir þú taka vinnu ef þér yrði boðin hún á morgun?

*Nei*

*Já*

Ef *nei* – af hverju ekki?

*Svar:*

10. Reykir þú?

*Nei*

*Já*

## Viðauki 2

### Líðan atvinnuleitenda með framfærslu hjá Reykjavíkurborg

Kæri viðtakandi.

Nú er að fara af stað rannsókn hjá Velferðarsviði Reykjavíkurborgar á hópi atvinnuleitenda á framfærslu. Markmið rannsóknarinnar er að kanna hvernig bæta megi þjónustu og tryggja allir fá úrræði sem hæfir vanda þeirra.

Rannsóknin „*Líðan atvinnuleitenda á framfærslu hjá Reykjavíkurborg*“ er unnin á vegum Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar með styrk frá Nýsköpunarsjóði námsmanna. Ábyrgðaraðili rannsóknarinnar er Jóna Guðný Eyjólfsdóttir, félagsráðgjafi á skrifstofu Velferðarsviðs.

Þátttaka í rannsókninni felst í svörun spurningarlista sem tekur um 20-30 mínútur. Þú verður beðin(n) um að merkja spurningarlista með kennitölu þinni.

Niðurstöður verða teknar saman fyrir allan hópinn nafnlaust í lokaskýrslu sem verður afhent Velferðarsviði og Nýsköpunarsjóði námsmanna.

Rannsóknin hefur verið tilkynnt til Persónuverndar.

Þér er boðið að taka þátt í rannsókninni og munu rannsakendur hafa samband við þig með frekari upplýsingar.

Með kveðju,

---

Lydía Ósk Ómarsdóttir og

---

Unnur Vala Guðbjartsdóttir,  
starfsmenn verkefnisins.

## Viðauki 3

### Líðan atvinnuleitenda með framfærslu hjá Reykjavíkurborg

#### Um rannsóknina

Rannsóknin „*Líðan atvinnuleitenda með framfærslu hjá Reykjavíkurborg*“ er unnin á vegum Velferðarsviðs reykjavíkurborgar með styrk frá Nýsköpunarsjóði námsmanna.

Ábyrgðaraðili rannsóknarinnar er Jóna Guðný Eyjólfsdóttir, félagsráðgjafi á skrifstofu Velferðarsviðs. Markmið rannsóknarinnar er að kanna hvernig bæta megi þjónustu við atvinnuleitendur á framfærslu og tryggja að allir fái úrræði sem hæfir vanda hvers og eins. Í lok rannsóknar verða niðurstöður teknar saman fyrir allan hópinn nafnlaust í lokaskýrslu sem Velferðarsvið Reykjavíkur og Nýsköpunarsjóður námsmanna fá afhenta.

#### Trúnaður

Þú verður beðin(n) um að merkja spurningalista með kennitölu þinni. Rannsóknaraðilar eru bundnir trúnaði og þagnarskyldu varðandi þær upplýsingar sem þú veitir. Fyllsta trúnaðar verður gætt varðandi allar upplýsingar sem verður aflað í rannsókninni. Farið verður með persónuupplýsingar og skráningu þeirra í samræmi við lög nr. 77/2000 um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga.

#### Hætt við þátttöku

Þátttakendur geta hætt við þátttöku hvenær sem er, án skýringa. Neitun mun ekki hafa áhrif á þá þjónustu í framtíðinni sem þátttakandi kann að þurfa á að halda af hendi þeirra sem að rannsókninni standa.

Lydía Ósk Ómarsdóttir, cand.psych. í sálfræði og Unnur Vala Guðbjartsdóttir nemi í cand. psych. námi eru starfsmenn verkefnisins og eru til staðar til að svara þeim spurningum sem kunna að koma upp á meðan þú svarar spurningalistanum. Einnig er hægt að leita til ábyrgðarmanns rannsóknar.

Með þökk fyrir þátttökuna.

---

Nafn ábyrgðarmanns

---

Dagsetning

---

Nafn rannsakanda

---

Nafn rannsakanda

## Viðauki 4

### Líðan atvinnuleitenda með framfærslu hjá Reykjavíkurborg

#### Samstarfsyfirlýsing

Eftirfarandi er viljayfirlýsing fyrir þátttöku í rannsókninni „*Líðan atvinnuleitanda með framfærslu hjá Reykjavíkurborg*“. Markmið rannsóknarinnar er að kanna hvort mál þeirra sem eru á framfærslu hjá Reykjavíkurborg séu í réttum farvegi miðað við vanda hvers og eins og hvernig bæta megi þjónustu við þennan hóp.

Ég staðfesti hér með undirskrift minni að ég hef lesið upplýsingarnar um rannsóknina sem mér voru afhentar, hef fengið tækifæri til að spyrja um rannsóknina og fengið fullnægjandi svör við atriðum sem mér voru óljós. Ég hef af fúsum og frjálsum vilja ákveðið að taka þátt. Mér er ljóst að þó ég skrifi undir þessa samstarfsyfirlýsingu, get ég hætt þátttöku hvenær sem er án útskýringar.

---

Nafn þátttakanda

---

Dagsetning