

MIELIALAN HAVAINNOINNIN, TUNNISTAMISEN JA SÄÄTELYN YHTEYDET TYÖUUPUMUKSEN RYHMÄHOIDON TULOKSELLISUUTEEN

Psykologian pro gradu –tutkielma (48 s + 2 s)
Marraskuu 2002
Taina Anneli Hintsa

Tiivistelmä

Työuupumus on kolmitahoinen stressioireyhtymä, jolle on tyypillistä uupumusasteinen väsymys, kyynistyneisyys ja ammatillisen itsetunnon heikkeneminen. Balanssi-hanke perustettiin tutkimaan ja kehittämään ryhmähoitomuotoa vakavaan työuupumukseen. Projektin tavoitteena on selvittää kahden eri ryhmähoitomuodon vaikuttavuutta ja sellaisia yksilöön liittyviä tekijöitä, joilla saattaa olla vaikutusta ryhmähoidon tuloksellisuuteen. Tässä tutkimuksessa selvitettiin mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn (Trait Meta-Mood) yhteyksiä työuupumuksen laskuun ryhmähoitojen aikana ja kuuden kuukauden pituisella seurantajaksolla.

Emootioilla on useiden eri teorioiden mukaan yksilön sopeutumista edistävä signaalitehtävä. Mieliala kertoo yksilön sisäisestä tilasta, ja sitä voidaan kuvata miellyttävänä, epämiellyttävänä, kiihtyneenä tai rauhallisena. Mielialaa voi tarkastella mielialakokemuksen tai mielialan säätelyn tasolla. Mielialan säätelyn tasolla tarkoitetaan ajatuksia mielialasta. Tällä reflektiivisellä tasolla mielialaa havainnoidaan, tunnistetaan ja säädellään. Oletettiin, että jos mieliala tunnistetaan hyvin ja mielialaa säädellään tehokkaasti, työuupumus vähenee eli työuupumuksen ryhmähoito on tuloksellista. Lisäksi tutkittiin missä vaiheessa mahdolliset yhteydet ilmenevät ja eroavatko yhteydet psykoanalyttisessä ja toiminnallisessa hoitoryhmässä.

Tutkimusaineisto kerättiin 1999-2000. Koehenkilöt (n=99) olivat 31-59-vuotiaita valtion laitosten ja valtion yritysten työuupumuksesta kärsiviä työntekijöitä, miehiä oli 24 ja naisia 75. Lisäksi kerättiin ei-uupuneiden kontrolliryhmä (n = 26, ikä 37 - 58 vuotta), jota hyödynnettiin tässä tutkimuksessa vain uupuneiden ja ei-uupuneiden vertailuihin ennen hoidon alkua. Molempina vuosina uupuneet henkilöt satunnaistettiin toiminnallisiin ja psykoanalyttisiin hoitoryhmiin. Työuupumus mitattiin 9 kuukautta kestäneen hoidon alussa, lopussa ja puoli vuotta hoidon päättymisen jälkeen. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely mitattiin hoidon alussa, lopussa ja puoli vuotta hoidon päättymisen jälkeen.

Tulokset osoittivat, että mielialan tunnistamisen korkea taso ja mielialan säätelyn korkea taso olivat yhteydessä työuupumuksen voimakkaampaan laskuun koko tutkimusjakson ajan. Yhteydet olivat erilaiset eri ryhmähoidoissa hoidon aikana ja seurantajaksolla. Hoidon aikana psykoanalyttisessä hoitoryhmässä mielialan havainnoinnin lisääntyminen ja mielialan säätelyn tehokkuus olivat yhteydessä työuupumuksen voimakkaampaan laskuun. Toiminnallisessa hoitoryhmässä sen sijaan mielialan tunnistamisen taito oli yhteydessä työuupumuksen voimakkaampaan laskuun hoidon aikana. Seurantajaksolla molemmissa hoitoryhmissä mielialan tunnistamisen taito oli yhteydessä työuupumuksen voimakkaampaan laskuun. Kontrolliryhmässä ei todettu mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn taitojen ja työuupumuksen vähenemisen välistä yhteyttä.

Tutkimuksen tulokset antavat uutta tietoa sellaisista yksilöllisistä tekijöistä, joilla on työuupumuksen ryhmähoitoprosessia moderoiva rooli. Mielialan hyvin tunnistaminen ja mielialan tehokas säätely saattavat olla sellaisia ryhmäterapiassa opittuja yksilöllisiä voimavaroja, joita työuupumuksesta toipumisessa tarvitaan hoidon päättymisen jälkeen. Koska mielialan hyvin tunnistamisen, mielialan tehokkaan säätelyn ja työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuuden väliset yhteydet todettiin molemmissa ryhmähoitomenetelmissä, voi olettaa, että molemmat ryhmähoitomenetelmät ovat vakavaa työuupumusta vähentäviä hoitomenetelmiä. Ryhmähoidon aikana opitut mielialan

tunnistamisen ja säätelyn taidot auttavat ylläpitämään terapian aikana alkanutta hyvinvoinnin kasvua.

Avainsanat

työuupumus, toiminnallinen ryhmäterapia, psykoanalyttinen ryhmäterapia, mielialan havainnointi, mielialan tunnistaminen, mielialan säätely, työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuus

Esipuhe

Tutkimus on tehty Helsingin yliopiston ja Medivire Työkykykeskuksen yhdessä toteuttamasta Balanssi-hankkeesta. Kaksivuotisen hankkeen aineisto on kerätty vuosina 1999 - 2000. Hankkeen tutkimusvastaavana on toiminut yliopiston lehtori, psykologian lisensiaatti Petri Näätänen. Aineistosta on aiemmin tehty kuusi pro gradu -tutkielmaa.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. TYÖUUPUMUS	2
2.1. Mitä on työuupumus?	2
2.2. Työuupumus – kansanterveydellinen ongelma	3
2.3. Työuupumuksen hoito	4
3. EMOOTIOT JA MIELIALA	5
3.1. Emootiot	5
3.2. Mieliala	7
3.3. Emootiot, mieliala ja kognitiiviset prosessit	8
4. MIELIALAN HAVAINNOINTI, TUNNISTAMINEN JA SÄÄTELY	10
4.1. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja sääteily	10
4.2. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja sääteily ja työuupumus	11
5. RYHMÄINTERVENTIO	12
5.1. Ryhmähoito ja sen sovelluksia	12
5.2. Työuupumus ja ryhmähoito	13
6. TUTKIMUSONGELMAT	15
7. MENETELMÄT	16
7.1. Koehenkilöt	16
7.2. Mittarit	16
7.3. Tutkimuksen kulku	18
8. TULOKSET	20
8.1. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja sääteily ennen hoidon alkua	20
8.2. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja sääteilyn muutokset hoidon aikana ja seurantajaksolla	21
8.3. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja sääteilyn yhteydet työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuuteen	22

9. POHDINTA	29
9.1. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely ennen hoidon alkua	29
9.2. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn muutokset hoidon aikana ja hoidon jälkeen	31
9.3. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn yhteydet työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuuteen	32
9.4. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset	35
9.5. Yhteenveto	38
LÄHTEET	40
LIITTEET	49

1. JOHDANTO

Työuupumus on kolmitahoinen oireyhtymä, joka sisältää uupumusasteista väsymystä, kyynistymistä ja ammatillisen itsetunnon heikkenemistä (Maslach & Leiter, 1997).

Työuupumuksella on ihmisen työkykyä heikentävä vaikutus. Työelämän luonne on muuttunut teknologian kehityksen, informaation luonteen muuttumisen sekä kilpailun kiristymisen myötä. Työtehtävät ovat muuttuneet monimutkaisemmiksi ja erityistaitoja vaativiksi sekä vaatimukset entistä kovemmiksi. Kullakin työntekijällä on yksilölliset taitonsa ja psyykkiset resurssinsa, joiden avulla työtä tehdään ja vastataan ympäristön vaatimukseen. Työntekijän työuupumusriski saattaa kasvaa, jos resurssit eivät ole tasapainossa ympäristön vaatimusten kanssa. Työssäkäyvästä väestöstä noin 5-7 % kärsii työuupumuksesta (Kalimo & Toppinen, 1997).

Työuupumuksen ennaltaehkäisy ja hoitomallien kehittäminen ovat vaativia haasteita.

Tutkimusta työuupumuksen hoidosta on vähän, ja työuupumuksen ryhmähoidosta tuskin ollenkaan. Tutkimusta tarvitaan, jotta saataisiin selville tarkemmin ryhmähoidossa vaikuttavia tekijöitä sekä myös tarkempi kuva työuupumukselle altistavista ja siltä suojaavista tekijöistä. Vakavan työuupumuksen hoitoon tarvitaan sopiva hoitomuoto.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kahden eri ryhmähoidon vaikuttavuutta vakavan työuupumuksen hoidossa. Ryhmähoidon vaikuttavuutta tarkastellaan mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn välittämällä. Mielialan ja työuupumuksen hoidon suhdetta ei ole aiemmin tutkittu. Tämä tutkimus tarjoaa uutta tietoa sellaisista yksilöllisistä tekijöistä, joilla voi olla työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuutta välittävä rooli.

2. TYÖUUPUMUS

2.1. Mitä on työuupumus?

Työuupumuksen tutkimus alkoi jo 1970-luvun puolivälissä. Ensin työuupumusta ajateltiin esiintyvän vain hoito- ja palveluammateissa. 1990-luvulla on kuitenkin alettu tutkia työuupumusta muillakin aloilla, kuten toimistotyössä ja johtajien keskuudessa (Kivimäki, Kalimo & Julkunen, 1996) sekä tietotekniikan (Maslach & Leiter, 1999) aloilla.

Työuupumustutkimuksessa on selvitetty yksilön ominaisuuksia ja piirteitä, jotka ovat yhteydessä työuupumukseen (Chang, Rand & Strunk, 2000; Maslach & Goldberg, 1998; Spector & Connell, 1994; Thornton, 1992; Vredenburg, Carlozzi & Stein, 1999). On tutkittu sekä työtehtäviä ja työtilanteita, jotka ovat työuupumuksen kanssa yhteydessä (Maslach & Leiter, 1999) että yksilön ja työkontekstin välistä vuorovaikutusta (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Tutkimusten tuloksena on kehittynyt suhteellisen yleisesti hyväksytty käsitys työuupumuksesta kolmitahoisena oireyhtymänä, jolle on ominaista uupumusasteinen väsymys, kyynistyneisyys ja heikentynyt ammatillinen itsetunto.

Työuupumus on aina työkontekstiin liittyvä ilmiö (Maslach ym., 2001). Työn ja ihmisen välinen epätasapaino voi johtaa työuupumukseen. Epätasapaino ilmenee kontrollin, vaikutusmahdollisuuksien, palkitsemisen puutteena sekä yhteisöllisyyden katoamisena, epäoikeudenmukaisuutena ja arvojen yhteensopimattomuutena (Kärnä & Aro, 2002; Maslach & Leiter, 1999). Lisäksi pitkään jatkunut stressi ja turhautuneisuus edesauttavat työuupumuksen kehittymistä (Aro, 2001). Maslach ja Leiter ovat (1997) esittäneet käsitteiden energia ja sitoutuminen olevan vastakkaisia ulottuvuuksia työuupumukselle.

Yleensä ajatellaan, että yksilö on tai ei ole uupunut, mutta ilmiön kehittymisen näkökulmasta olisi tärkeää mieltää työuupumus jatkumona energisyyden ja sitoutumisen tilasta eri vaiheiden ja prosessien kautta voimattomuuden, välinpitämättömyyden ja uupumuksen puolelle. Työuupumusriskiltä suojaaviksi tekijöiksi on havaittu esimerkiksi optimismi, ekstroversio ja avoimuus kokemuksille (Chang ym., 2000; Ek, 1999; Rustling, 1998; Spector, 1994). Neuroottisuuden on todettu olevan yhteydessä työuupumukseen siten, että uupuneet ovat neuroottisempia kuin ei-uupuneet (Maslach ym., 2001).

2.2. Työuupumus – kansanterveydellinen ongelma

Kalimo ja Toppinen (1997) ovat tutkineet työuupumuksen esiintymistä Suomen työikäisessä väestössä. Kyseisessä tutkimuksessa työuupumusta oli noin puolella työssäkävystä väestöstä. Vakavaa työuupumusta oli n. 7 % työntekijöistä. Tällöin vakavasti uupuneita olisi työssäkävään väestöön (Tilastokeskus 2001: 2 367 000) suhteutettuna melko suuri lukumäärä. Vaikkakaan ei ole kyse tarkoista luvuista, voi työuupumusta olettaa esiintyvän eri aloilla muutaman prosentin verran (Aro, 2002), ja hoitamattomana yksilön työkyky voi olla vaarassa (Kalimo & Toppinen, 1997; Wright & Bonnett, 1997). Työuupumuksen hoitoon yleisesti käytetyn pitkän sairasloman aiheuttamat suorat kustannukset yritykselle voivat olla hyvinkin suuria (www.stakes.fi). Lisäksi työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä mielenterveydellisistä syistä on melko tasaisesti noussut jo useiden vuosien ajan (Työturvallisuuskeskus, 1986: 5037 kpl, 1994: 7059 kpl). Koska työuupumus on työelämää koskettava ongelma, josta aiheutuu sekä kustannuksia yrityksille ja yhteiskunnalle että kärsimystä yksilölle, on tarpeellista kehittää työuupumuksen hoitoon sopivia menetelmiä.

2.3. Työuupumuksen hoito

Jos työuupumusta ei hoideta saattaa seurauksena olla kokonaisvaltaisesti yksilön elämän tasapainon ylläpidon ongelma. Tutkimuksissa on todettu, että työuupumus lisää poissaoloja (Kalimo & Toppinen, 1997). On myös todettu, että työuupumuksella on yhteyttä työkyvyn alenemiseen (Kalimo & Toppinen, 1997; Maslach ym., 2001), itse-raportoitujen somaattisten oireiden lisääntymiseen sekä psykiatristen oireiden lisääntymiseen (Kärnä, 1999; Näätänen ym., 2002). Työuupumus kuluttaa todennäköisesti yksilön resursseja, ja näin ollen yksilön yleinen selviytyminenkin saattaa vaikeutua. On todettu, että yksilön koko elämä saattaa hankaloitua työuupumuksen levitessä muille elämän alueille kuten perhe-elämään ja vapaa-aikaan (Maslach & Jackson, 1985).

On todettu, että työuupumus ei vähene itsestään tai levon avulla (Kalimo & Toppinen, 1997; Maslach ym., 2001; Savicki & Cooley, 1994). Hoitamattomana työuupumus saattaa kroonistua ja sen jälkeen hoitokin saattaa olla vaikeampaa ja hitaampaa (Savicki & Cooley, 1994). Jos uupunutta ei auteta, voi työhön palaaminen olla vain väliaikaista. Työstressin kognitiivis-behavioraalista hoitamisesta on todettu olevan hyötyä (van der Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2001). Nk. organisatoriset interventiot eivät todennäköisesti yksinään sovellu vakavan työuupumuksen hoitoon. Vaikka työkontekstissa olevia kuormitustekijöitä ei voi muuttaa yksilötason interventiolla, on perusteltua keskittyä ainakin vakavan työuupumuksen hoidossa yksilön hoitamiseen. Työuupumuksesta toipuminen saattaa olla tuloksellisinta kuitenkin silloin kun sekä yksilötason että organisaatiotason interventioita käytetään yhdessä (Näätänen ym., 2002). Työuupuneen tasapainon palauttamiseksi tarvitaan tukitoimia, sillä pelkkä lääkehoito ei korjaa kaikkia

psykososiaalisia ongelmia, jotka liittyvät työuupumisprosessiin. Psykoterapiassa saattaa oppia sellaisia taitoja, joita voi myöhemmin hyödyntää työssään ja elämässään niin toipumisaikana kuin myöhemmin psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitoprosesseissa.

Emootioiden ja mielialan voi olettaa vaikuttavan subjektiivisten kokemusten arviointiin, ja tätä kautta välittävän työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuutta.

3. EMOOTIOT JA MIELIALA

3.1. Emootiot

Emootioille on vaikea löytää yhtä tarkkaa määritelmää. Yleisellä tasolla voi määritellä emootioiden sisältävän fysiologisia prosesseja, kognitiivista arviointia ja kehollisia ilmauksia. Emootiot syntyvät yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa (Parkinson, Totterdell, Briner & Reynolds, 1996). Monet teoriat ovat samaa mieltä siitä, että emootioilla on adaptiivinen funktio ihmisen elämässä. Frijdan (1986) mukaan emootio on seurausta tilanteen arvioinnista suhteessa hyvinvoinnin kannalta tärkeisiin tavoitteisiin. Emootiot priorisoivat tehtäviä ja tavoitteita (Power & Dalglish, 1998).

Koska emotionaalisen tilan selkeydellä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia hyvinvoinnille (Näätänen ym., 1995), on hyvä tutkia, kuinka nämä emootionaalisiin ominaisuuksiin ja taitoihin liittyvät mekanismit välittävät työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuutta. Työuupuneiden emotionaalisisissa prosesseissa tapahtuu todennäköisesti joitakin muutoksia, koska on todettu, että työuupuneet kokevat vähemmän positiivisia emootioita kuin ei-uupuneet (Näätänen ym., 2002). Emotionaalisisessa säätelyssä

emootioita vaimennetaan, muunnetaan, ylläpidetään ja voimistetaan (Näätänen, Ryytänen, Räikkönen, Rajava & Keltinkangas-Järvinen, 1995). Kognitiivisilla keinoilla on mahdollista säädellä emootioiden ilmaisua, ja myös emootioiden kokemiseen on osittain mahdollista vaikuttaa ajattelun keinoin (Kokkonen, 2000).

Kun emotionaalista tapahtumista joko puhutaan tai kirjoitetaan, ihmisessä tapahtuu tärkeitä fysiologisia muutoksia (Pennebaker, 1995, 2001). Laboratoriokokeissa traumaista puhumisella on ollut erittäin suuri vaikutus verenpaineen laskuun, lihasjännitykseen ja ihon sähköjohtavuuteen heti puhumisen jälkeen (Pennebaker, 1995, 2001). Kielen avulla on mahdollista järjestää, organisoida ja assimiloida sekä emotionaalisia kokemuksia että emootioita herättäneitä tapahtumia. Mielialan laatua ja emootioita arvioidaan subjektiivisesti, ja tarve säätelyyn voi seurata, jos mieliala arvioidaan tilanteeseen sopimattomaksi. Emootioiden säätelyllä pyritään estämään emotionaalisen kokemuksen kohoaminen stressaavalle tasolle (Kokkonen, 2000).

3.2. Mieliala

Neuropsykologian käsitteet -sanakirjassa mieliala määritellään ”*pitkään jatkunut tunnetila... kestoltaan tunteja tai päiviä*”. Mielialan voisi määritellä myös ”*kohteettomaksi, arvioivaksi tilaksi, joka tilapäisesti altistaa yksilön tulkitsemaan ja toimimaan tietyissä tapahtumissa niiden emotionaalisen sisällön mukaan*” (Parkinson ym., 1996). Mielialaa voi tarkastella suoran kokemuksen tasolla tai reflektiivisellä tasolla (Mayer & Gaschke, 1988; Parkinson ym., 1996). Mielialan suoralla kokemuksella tarkoitetaan mielialan laadullisia ominaisuuksia ja reflektiivisellä tasolla taas koettua mielialaa. Suoralla tasolla mielialakokemusta voi kuvata miellyttävyys-epämiellyttävyys – ja kiihtynyt-

rauhallinen –ulottuvuuksilla (Mayer, Mamborg & Volanth, 1988). Reflektiivisellä tasolla mielialaa havainnoidaan, ylläpidetään ja säädellään (Mayer ym., 1988; Mayer, Salovey, Gomberg-Kaufman & Blainey, 1991). Mielialan tunnistamisen korkealla tasolla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia ryhmän vuorovaikutuksen toimivuuteen (Mayer, 2001).

Mayer ym. (1991) ovat kehittäneet mielialan monikomponenttiteorian. Tämä teoria kuvaa mielialaan liittyviä emootiokokemuksia ja toisaalta emootioiden säätelyyn liittyviä tekijöitä. Emootiokokemuksiin sisältyvät emootioiden tuottamat fysiologiset muutokset ja niihin liittyvät kognitiiviset prosessit. Toiminta-ajatukset, suppressio ja kieltäminen ovat emootioiden säätelyyn liittyviä tekijöitä. Mielialan reflektiivisellä tasolla käsitellään ja säädellään emootiokokemuksia, joita havainnoidaan, arvioidaan ja tarpeen vaatiessa säädellään. Mielialan ja emootioiden säätelyssä emootioiden vaikuttavuutta minimoidaan toiminnan ja ajatusten avulla, lisäksi emootioita osittain tukahdutetaan ja kielletään (Mayer ym., 1991). Emootiot ja kognitiot ovat kiinteästi toisiinsa liittyviä, ja näin ollen on tarkasteltava lähemmin emootioiden, mielialojen ja kognitiivisten prosessien suhdetta.

3.3. Emootiot, mieliala ja kognitiiviset prosessit

Mieliala- ja emootiokäsitettä käytetään kirjallisuudessa ajoittain hyvin epämääräisesti, mutta tutkimuksen kannalta on välttämätöntä erottaa nämä käsitteet toisistaan. Mieliala ja emootio on erotettu toisistaan keston, aikamallin, suhteellisen voimakkuuden, syyn spesifisyyden, signaalifunktion ja kohteellisuuden mukaan (Parkinson, 1996). Emootiot ovat lyhytkestoisia ja niillä on yleensä alkujankkohta, ne ovat mielialaa voimakkaampia ja tietyn tapahtuman aiheuttamia. Emootiot antavat informaatiota enimmäkseen yksilön ja

ympäristön välisestä tilasta, kun taas mieliala antaa informaatiota pääasiassa yksilön tilasta (Morris, 1992).

Sekä positiivisten että negatiivisten informatiivisten emootioepisodien vaikutus mielialaan on yhteydessä positiiviseen/hyväksytyyn sekä negatiiviseen/ei-hyväksytyyn mielialaan ja näin myös yksilön arvioon kokemuksesta hyvänä tai huonona (Coleman, 1995; Coleman, 1998; Lindeman & Mäkelä, 1994; Näätänen ym., 1995). Positiivinen mieliala viestii ongelmattomasta tilanteesta. Negatiivinen mieliala taas viestii ongelman läsnäolosta, mikä johtaa yleensä systemaattisempaan ajattelutapaan (Catanzaro, 1993, 1997; Erber & Erber, 2001; Lindeman & Mäkelä, 1994), joka saattaa epäonnistuessaan johtaa murehtivaan ajattelutapaan (Martin & Tesser, 1989). Se, arvioiko yksilö mielialansa sopivaksi ja hyväksi, määrittää kuinka paljon koetaan tarvetta säädellä mielialaansa. Yksilön ja ympäristön välisiä ristiriitoja yritetään ratkaista, jotta tasapaino saavutetaan (Carver & Scheier, 1981).

Toiset yksilöt saattavat olla taitavampia ratkomaan itsen ja ympäristön välisiä ristiriitoja kuin toiset, mihin liittyy todennäköisesti emotionaalisen informaation hyödyntäminen. Näitä emotionaalisia taitoja on kutsuttu kirjallisuudessa emotionaaliseksi älykkyydeksi (Ciarrochi, 2002; Laabs, 1999; Mayer & Salovey, 1993; Mayer, 2001; Pfeiffer, 2000). Esimerkiksi emootioiden tunnistamattomuus saattaa heijastua mielialaan siten, ettei yksilö saa itsestään riittävästi tietoa korjatakseen tilannetta. Epäonnistuminen mielialan säätelyssä kuormittaa yksilöä ja saattaa pitkällä aikavälillä johtaa myös fyysisen terveydentilan heikkenemiseen (Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000). Emotionaalisesti älykkäiden on todettu toimivan vaativissa sosiaalisissa tilanteissa muita tehokkaammin ja

tunnistavan sekä omia että toisten emootioita muita paremmin (Mayer, 2001).

Emotionaalisen älykkyyden on katsottu moderoivan työuupumus-kokemusta siten, että emotionaalisesti älykkäämmät ovat vähemmän uupuneita (You, Lee & Lee, 1998).

Työuupumuksen on todettu olevan yhteydessä etenkin positiivisten emootioiden vähenemiseen, (Näätänen, 2001), mikä voi edistää epätasapainon syntymistä työntekijän ja työkontekstin välillä. Positiivisilla emootioilla on todennäköisesti yksilöä toiminnan jatkamiseen kannustava vaikutus, kun taas negatiivisilla emootioilla on toimintaa muuttamaan kannustava vaikutus. Tämä saattaa edesauttaa työn ja yksilön välisen yhteensopimattomuuden kehittymistä. Emootioita ja mielialaa säädellään osittain kognitioiden avulla. Tämä säätely on kaksisuuntaista: toisaalta emootioilla on vaikutuksensa ajatteluun ja toisaalta ajattelulla voi vaikuttaa emotionaaliseen kokemukseen (Näätänen ym., 1995; Kokkonen, 2000). Mielialan yhteyksiä työuupumukseen ei ole aiemmin tutkittu. Kuitenkin on hyvin todennäköistä, että mieliala moderoi työuupumusprosessia subjektiivisen kokemusten arvioinnin kautta.

4. MIELIALAN HAVAINNOINTI, TUNNISTAMINEN JA SÄÄTELY

4.1. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely

Emootion, mielialan ja kognition vuorovaikutusta tarkastellaan tässä tutkimuksessa reflektiivisen mielialakokemuksen tasolla. Reflektiivisen tason mielialakokemusta luonnehtii esimerkiksi ”ajattelen hyviä ajatuksia piristääkseni itseäni” –tyyppiset väittämät (Mayer ym., 1988; Mayer ym., 1991). Reflektiivisellä tasolla ajatukset mielialasta

vaikuttavat mielialan laatuun, ja päinvastoin mielialan laatu vaikuttaa osittain ajatuksiin mielialasta (Mayer ym., 1991). Mielialaa tarkastellaan tässä tutkimuksessa sen mukaan a) miten paljon yksilö havainnoi emootioitaan ja mielialojaan, b) kuinka selkeinä yksilöt kokevat mielialansa ja c) minkälaiset uskomukset yksilöillä on kyvyistään lopettaa negatiivinen mieliala ja pidentää positiivista mielialaa (Salovey ym., 1995). Tässä tutkimuksessa nämä mielialan reflektiivisen tason tekijät nimetään *mielialan havainnoinniksi, tunnistamiseksi ja säätelemiseksi*.

Yksilöt arvioivat jatkuvasti emootioitaan ja säätelevät niitä (Mayer ym., 1991). Toiset yksilöt ovat taitavampia hyödyntämään emootioiden välittämän informaation kuin toiset, ja nämä emotionaaliset taidot saattavat auttaa omien ja toisten ihmisten emootioiden tunnistamisessa, tilanteeseen hyvin sopivien toimintamallien valitsemisessa ja vuorovaikutuksen säätelyssä (Mayer & Salovey, 1993; Mayer, 2001). Etenkin stressaavissa tilanteissa mielialan voi olettaa olevan olennainen subjektiivista kokemusta välittävä tekijä, ja tällöin on tarpeen tutkia, minkä mekanismien kautta tämä tapahtuu.

4.2. Mielialan havainnointi, tunnistaminen, säätely ja työuupumus

Mielialan havainnointiin, tunnistamiseen ja säätelyyn liittyviä uskomuksia on tutkittu stressin kokemisen yhteydessä. Tilanteen stressaavuustason noustessa ne, jotka luottivat mielialan havainnointiin, raportoivat eniten fyysisiä ja psyykkisiä oireita (Goldman, Kraemer & Salovey, 1996). Stressi ja emootioiden säätely liittyvät kiinteästi yhteen (Kokkonen, 2001). Työuupumuksen on todettu olevan yhteydessä psykiatristen oireiden raportoinnin lisääntymiseen ja negatiivisten emootioiden ilmaisuvaikeuksiin (Näätänen ym., 2002).

Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely heijastavat yksilön kykyä hallita omia emootioitaan ja ilmaista niitä toisille (Salovey ym., 1995). Stressaavaan tilanteeseen onnistuneesti sopeutuminen vaatii kykyä havainnoida, tunnistaa ja säädellä emotionaalisia prosessejaan (Kokkonen, 2000; Salovey ym., 1995).

Ns. kuumemalli ehdottaa, että psyykkisessä stressitilanteessa ihmisellä on tarve esittää kokemuksensa muille siinä tarkoituksessa, että stressi helpottuisi esilletulon tai itseymmärryksen lisääntymisen kautta (Stiles, 1995). Työuupuneet todennäköisesti kokevat myös stressiä, ja stressaavan kokemuksen käsittelyn voi olettaa vaativan emootioiden hallitsemista ja ilmaisua toisille ihmisille. Ulkoistavalla puheella voi olla tärkeä rooli emotionaalisen mielialakokemuksen assimiloinnissa (Stiles, 1995). Puhe organisoii subjektiivista kokemusta ja asiasta kertominen toiselle saattaa palauttaa mielialan takaisin tasapainoon (Pennebaker, 1986). Emotionaalisen tasapainon ylläpitäminen on todennäköisesti vahvasti mukana työkontekstissa, jossa saattaa esiintyä runsaasti sellaisia tapahtumia, joissa yksilön tavoitteet ovat ristiriidassa ympäristön kanssa. Kun tasapaino järkkyy, on tehtävä korjaavia toimintoja. Mikäli säätely-yritys onnistuu, tilanne palautuu tasapainoon (Carver & Scheier, 1981). Kuitenkin jatkuvat yritykset sopeutua ympäristön vaatimusten kanssa kuluttavat yksilön resursseja: seurauksena saattaa olla luovuttaminen, elleivät sopeutumisyritykset tuota tulosta. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely ovat todennäköisesti olennaisia tekijöitä sekä työuupumuksen kehittymisen estämisessä että työuupumuksesta toipumisessa.

5. RYHMÄINTERVENTIO

5.1. Ryhmähoito ja sen sovelluksia

Ryhmäterapiatutkimuksissa on tutkittu pääasiassa hyvää hoitotulosta ennustavia tekijöitä (Bemak & Young, 1998; MacNair-Semands & Lese, 2000) sekä vuorovaikutusta ryhmässä (Doxsee & Kivlighan, 1994). Lisäksi ryhmäterapiatutkimus on keskittynyt terapiasuhteen laadun ja terapiatekniikan tutkimiseen (Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon, 1998). Jäljittelevän käyttäytymisen ja vuorovaikutuksellisen oppimisen on todettu olevan hyviä hoitotulosta ennustavia tekijöitä (Arppo, Pölonen & Sitolahti, 1998; MacNair-Semands & Lese, 2000).

Ryhmässä ihmisten välinen vuorovaikutus on monisuuntaista: ryhmän jäsenet kommunikoivat toisille jäsenille, jäsenet terapeutille sekä terapeutti jäsenille (Arppo ym., 1998). Ryhmästä oletetaan olevan hyötyä yksilöterapiaan verrattuna siinä, että jäsenet voivat havaita muillakin olevan samanlaatuisia ongelmia kuin itsellään. Lisäksi ryhmän oletetaan tarjoavan turvallisen harjoitteluympäristön ryhmässä heränneille ajatuksille ja tunteille (Salminen, 1997; Näätänen ym. 2002). Ryhmähoitosovelluksia on kehitetty esimerkiksi stressin hallintaan (Antai-Otong, 2001), eri sairauksia sairastaville (Dopkin & Costa, 2000), vangeille (Morgan & Ferrell, 1999) ja työuupuneille sosiaalisten taitojen parantamiseksi (Rowe, 2000).

5.2. Työuupumus ja ryhmähoito

Työuupumuksen hoitoon liittyviä tutkimuksia on tehty jonkin verran (Maslach & Goldberg, 1998). Työuupumuksen ryhmähoitotutkimusta tai vakavan työuupumuksen hoitoon tarkoitettuja interventiotutkimuksia ei ole juurikaan tehty (Näätänen ym., 2002).

Työuupuneille ei ole vielä aiemmin kehitetty erillistä hoitomuotoa, jolla pyrittäisiin opettamaan yksilöä hyödyntämään emootioitaan. Työuupuneille on opetettu stressinhallintaa ja sosiaalisia taitoja ryhmässä (Rowe, 2000). Kuitenkin taitojen harjoittamisen ajallisella kestolla on todettu olevan vaikutusta: 6 viikon harjoittelujakso ei tuottanut yhtä pysyvää tulosta kuin kuukausia kestänyt harjoittelujakso (Rowe, 2000). Oppiminen ryhmässä voi tapahtua tehokkaammin, koska ryhmän kaikilla jäsenillä on ideoita, ja jokainen ryhmän jäsen voi peilata omia kokemuksiaan toisten ryhmäläisten kanssa (Arppo ym., 1998) .

Tässä tutkimuksessa verrataan kahden eri vakavan työuupumuksen hoitoon tarkoitetun ryhmähoitomenetelmän vaikuttavuutta. Tämän tutkimuksen ryhmähoidoissa työskentelymenetelminä käytetään psykoanalyttisesti orientoitunutta vapaata keskustelua (Salminen, 1997) ja toiminnallisesti orientoituneita rooli- ja psykodraamamenetelmiä (Blatner, 1991, 1997; Hammer, 2000; Moreno, 1991). Psykoanalyttisesti orientoituneessa hoidossa tarkoituksena on tulla kuulluksi ja ymmärretyksi, ja tätä kautta löytää uusia keinoja ratkaista ongelmiaan (Näätänen ym., 2002). Toiminnallisen hoidon tavoitteena on roolien avulla kehittää yksilön toimintamuotoja ja psykodraamamenetelmien avulla auttaa yksilöä ratkaisemaan nykyhetken ongelmia (Näätänen ym., 2002).

Koska on aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että emotionaalisesti älykkäämmät olivat vähemmän uupuneita (You ym., 1998) ja että emotionaalisesti älykkäiden on todettu toimivan vaativissa sosiaalisissa tilanteissa muita tehokkaammin ja tunnistavan sekä omia että toisten emootioita muita paremmin (Mayer, 2001), on perusteltua tutkia mielialan vaikutusta työuupumuksen ryhmähoitoprosessiin.

6. TUTKIMUSONGELMAT

1) *Eroavatko ei-uupuneet ja uupuneet mielialan havainnoinnissa, tunnistamisessa ja säätelyssä ennen hoidon alkua?*

Hypoteesi: Ei-uupuneet tunnistavat paremmin ja säätelevät tehokkaammin mielialaansa kuin uupuneet.

2) *Muuttuvatko mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely ryhmähoidon aikana ja/tai sen jälkeen?*

Hypoteesi: Mielialan tunnistaminen ja säätely lisääntyvät enemmän hoitoryhmissä kuin kontrolliryhmässä sekä hoidon aikana että hoidon jälkeen.

3) *Miten mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely ovat yhteydessä työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuuteen?*

Hypoteesi: Ne, jotka tunnistavat mielialansa paremmin ja säätelevät sitä tehokkaammin, hyötyvät ryhmähoidosta enemmän kuin ne, jotka tunnistavat huonommin mielialansa.

4) *Ovatko mahdolliset mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn sekä työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuuden väliset yhteydet erilaisia hoidon aikana ja hoidon päättymisen jälkeen?*

5) *Ovatko mahdolliset mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn sekä työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuuden väliset yhteydet erilaisia hoitoryhmissä ja kontrolliryhmässä?*

7. MENETELMÄT

7.1. Koehenkilöt

Alkuvaiheessa oli kaiken kaikkiaan koehenkilöitä 99. Miehiä oli 24 ja naisia 75 (miehiä 24 %, naisia 76 %). Iältään he olivat 31-59-vuotiaita (ka = 47.9, kh = 5.8). Ammatillisena koulutuksena 13 % oli ammattitutkinto, 23 % opistotasoinen koulutus ja 47 % korkeakoulututkinto. Ammatillista koulutusta ei ollut 17 %. Aineistossa oli edustettuna useita eri ammatteja sekä useita eri työpaikkoja. *Ei-uupuneiden kontrolliryhmää* (n = 26, ikä 37 - 58 vuotta, iän ka = 48.0, kh = 6.5) hyödynnettiin tässä tutkimuksessa vain alkutilannetta tarkasteltaessa. *Uupuneessa kontrolliryhmässä* oli 27 hoitoon pääsyä odottavaa työuupunutta (naisia 78 % ja miehiä 22 %), iältään 31 - 58 vuotta (ka = 46.9, kh = 6.5). *Psykoanalyttisissä hoitoryhmissä* oli 32 koehenkilöä iältään 33 - 59 vuotta (naisia 78 % ja miehiä 22 %, (ka = 48.9, kh = 5.8), ja *toiminnallisissa hoitoryhmissä* 30 koehenkilöä iältään 37 - 56 vuotta (naisia 67 % ja miehiä 33 %, (ka = 47.8, kh = 5.2). Mittaukset tapahtuivat alkutilanteessa (= alkumittaus), hoidon päättyessä (= loppumittaus) ja seurantavaiheessa (= seurantamittaus).

7.2. Mittarit

Työuupumus. Työuupumuksen mittaamiseen käytettiin BBI (Bergen Burnout Indicator) –mittaria (Matthiesen & Dyregrov, 1992). Se koostuu 25 väittämästä. Arviointi tapahtuu 6-portaisella asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 6 = täysin samaa mieltä). Suomalaisessa normiaineistossa (n = 6499) keskiarvo oli 66 pistettä (vaihteluväli 62-70). Keskiarvopisteinä vastaava keskiarvo on 2.6 (vaihteluväli 2.5 – 2.8). Tässä

tutkimusaineistossa työuupumus pistemäärä laskettiin keskiarvopistemääränä, ja se vaihteli alkumittauksessa 3.00 – 5.16 (ka = 4.1, kh = .52). Työuupumusasteikkojen reliabiliteetit (Cronbachin α) olivat hyvää tasoa alku-, loppu- ja seurantamittauksessa: .77, .90 ja .91.

Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely. Mielialan havainnointia, tunnistamista ja säätelyä mitattiin Trait Meta-Mood –mittarilla (Salovey ym., 1995). Tässä mittarissa on 30 väittämää, joita arvioidaan viisiportaisella asteikolla (1 = erittäin paljon eri mieltä, 5 = erittäin paljon samaa mieltä). Mittarissa on kolme ala-asteikkoa: 1) *mielialan havaitseminen* ("yleensä en välitä paljoakaan siitä, miltä minusta tuntuu", "kiinnitän paljon huomiota tunteisiini", yhteensä 13 osiota), 2) *mielialan tunnistaminen* ("olen usein selvillä tunteistani", "tiedän aina lähes täsmälleen, miltä minusta tuntuu", yhteensä 11 osiota) sekä 3) *mielialan säätely* ("yritän ajatella myönteisesti, vaikka minusta tuntuisi kuinka kurjalta tahansa", "kun joudun pois tolaltani, muistutan itseäni kaikista mielihyvää ja iloa tuottavista asioista elämässä", yhteensä 6 osiota). Osa väittämistä oli käänteisiä. Yhtään osiota ei poistettu.

Koko mittarille ei ollut mielekäästä laskea summapistemäärää, joten kullekin ala-asteikolle laskettiin pääkomponenttifaktorianalyysillä saatujen faktorien mukaan keskiarvopistemäärä. Näitä asteikkoja nimitetään tässä tutkimuksessa mielialan havainnoinniksi, tunnistamiseksi ja säätelyksi. Asteikkojen reliabiliteetit olivat hyvää tasoa alku-, loppu- ja seurantamittauksessa (taulukko 1).

Taulukko 1. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn asteikkojen reliabiliteetit eri mittausajankohtina.

Mieliala	Mittausajankohta		
	Alkumittaus	Loppumittaus	Seurantamittaus
Havainnointi	.75	.70	.85
Tunnistaminen	.89	.86	.78
Säätely	.74	.81	.76

7.3. Tutkimuksen kulku

Projektin alussa koehenkilöt täyttivät työuupumusmittarin sekä heidät haastateltiin.

Tutkimukseen valittiin mukaan ne, jotka saivat työuupumus pistemääräksi yli 75 pistettä ja jotka olivat valmiita sitoutumaan 9 kuukauden mittaiseen hoito- ja tutkimusprosessiin.

Nämä sopivat henkilöt satunnaistettiin kahteen hoitoryhmään. Kontrolliryhmä koottiin hoitoon pääsyä odottavista henkilöistä eli niistä, jotka ottivat työterveysasemalle yhteyttä hoitoryhmien alkamisen jälkeen. Nämä henkilöt valittiin samoin kriteerein kuin hoitoryhmätkin. Kontrolliryhmän jäsenillä oli mahdollisuus käydä tarvittaessa tavanomaisella terveydenhuollon vastaanotokäynnillä. Tätä mahdollisuutta käytti hyväkseen noin 60 % kontrolliryhmästä (Näätänen ym., 2002).

Hoitoryhmät kokoontuivat 16 kertaa joka toinen viikko, kerrallaan kokonaisen päivän verran (klo 9 – 15.30). Hoitoryhmät aloittivat maaliskuussa ja lopettivat marraskuun lopussa. Hoitoryhmillä oli tauko kesäaikana heinäkuun puolesta välistä elokuun loppuun saakka. Vuosina 1999 ja 2000 hoitoryhmiä oli 8. Psykoanalyttisessä hoitoryhmässä oli 32 henkilöä (8+8+8+8) ja toiminnallisessa hoitoryhmässä 30 henkilöä (6+8+9+7). Kaksi henkilöä lopetti hoidon aivan alkuvaiheessa, yksi kummastakin hoitoryhmästä. Ryhmän vetäjinä toimivat psykoanalyttisessä hoitoryhmässä 2 lääkäriä. Toiminnallisessa

ryhmässä vetäjänä toimivat ryhmänvetäjäkoulutuksen saaneet psykologi ja toimintaterapeutti. Alku- ja loppumittaukset (tutkimuslomakkeiden täyttäminen) tapahtuivat Helsingin yliopiston psykologian laitoksen klinikalla. Hoitoryhmät kokoontuivat Medivireen Työkykykeskuksen tiloissa.

Psykoanalyttisessä hoitoryhmässä ensimmäiset 4 istuntoa olivat ryhmän aloittamiskertoja. Terapiakerrat 5 - 12 olivat nk. työvaiheita, jolloin keskityttiin erityisesti yksilöllisiin kokemuksiin ja yksilöiden välisiin eroihin sekä kannustettiin ilmaisemaan itseään avoimesti. Erityisesti kiinnitettiin huomiota kunkin henkilön historiaan ja henkilökohtaisiin tarpeisiin sekä yritettiin keksiä uusia vaihtoehtoisia ratkaisuja. Kerrat 13 - 16 olivat ryhmän lopettamiskertoja, jolloin käsiteltiin ryhmän päättymisestä seuraavaa menetyskokemusta ja tulevaisuuden odotuksia (Näätänen & Salmela-Aro, 2002).

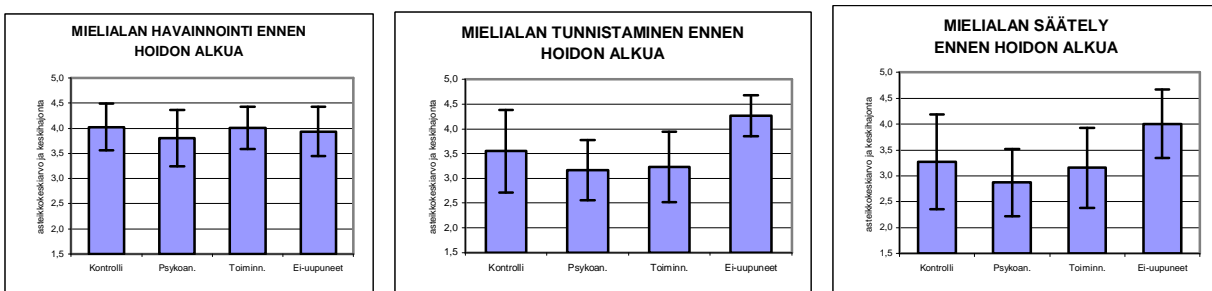
Toiminnallisessa hoitoryhmässä ensimmäisillä 4 kerralla tutustuttiin ryhmän jäseniin ja luotiin turvallista ilmapiiriä. Kerroilla 5 - 12 työskenneltiin käyttäen erilaisia terapiatekniikoita (piirtäminen, keholliset harjoitukset ja psykodraama). Tavoitteena oli selvittää rooleja sekä mahdollisia konflikteja niissä. Tätä toteutettiin päähenkilötyön avulla, jossa yhden henkilön tarinaa käytiin muiden ryhmän jäsenten avulla läpi. Kokemusten ja emootioiden ilmaisua kannustettiin. Viimeiset kerrat 13 - 16 olivat opittujen taitojen harjoittamiskertoja sekä myös tulevan arkielämän ennakoitua (ja kuinka opittu toimisi siellä). Työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuus operationalisoitiin tässä tutkimuksessa työuupumus pistemäärän vähenemisenä.

8. TULOKSET

8.1. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely ennen hoidon alkua

Aluksi haluttiin selvittää oliko ennen hoitoa eroja uupuneiden ja ei-uupuneiden välillä mielialan havainnoinnissa, tunnistamisessa ja säätelyssä (tutkimusongelma 1). Ei-uupuneiden ja uupuneiden välillä oli keskiarvoeroja $F(3, 111) = 15.750, p < .001$. Scheffen testillä selvitettiin, minkä ryhmien välillä nämä keskiarvoerot olivat. Ei-uupuneet tunnistivat mielialansa paremmin kuin uupuneet ryhmät ($p < .01$). Myös mielialan säätely $F(3, 111) = 11.167, p < .001$ oli korkeampi ei-uupuneilla kuin muilla ryhmillä Scheffen testillä vertailtuna ($p < .01$). Mielialan havainnointi oli lähes samalla tasolla sekä ei-uupuneiden ryhmässä että uupuneidenkin ryhmissä. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn keskiarvot eri ryhmissä ennen hoidon alkua ovat kuvassa 1.

Kuva 1. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely ennen hoidon alkua eri ryhmissä.



Kontrolli = uupunut kontrolliryhmä, Psykoan. = psykoanalyttinen hoitoryhmä, Toiminn. = toiminnallinen hoitoryhmä, Ei-uupuneet = ei-uupuneiden kontrolliryhmä

Tässä vaiheessa ei-uupuneiden kontrolliryhmä jätettiin pois analyyseistä.

Työuupumuksessa ei ollut ennen hoidon alkua keskiarvoeroja kontrolliryhmän ja hoitoryhmien välillä $F(2, 84) = .944, ns$. Kontrolliryhmän ja hoitoryhmien välillä ei ollut

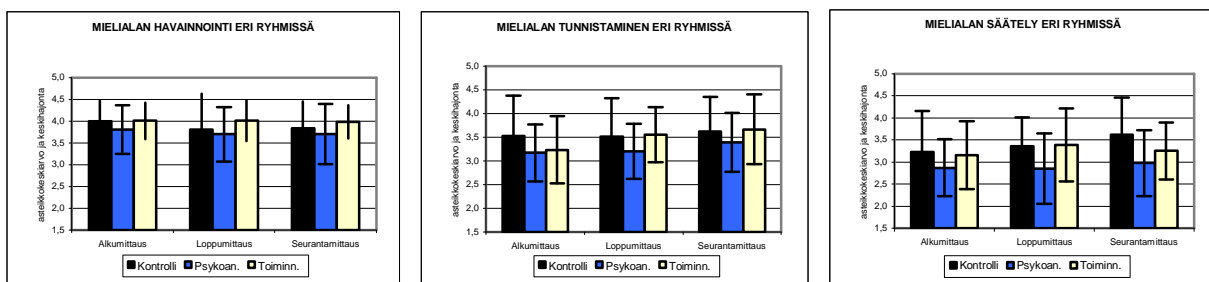
eroja myöskään mielialan havainnoinnissa $F(2, 84) = 1.682$, ns., tunnistamisessa $F(2, 84) = 1.989$, ns. tai säätelyssä $F(2, 84) = 1.768$, ns.

8.2. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn muutokset hoidon aikana ja seurantajaksolla

Seuraavaksi tutkittiin keskiarvoeroja mielialan havainnoinnissa, tunnistamisessa ja säätelyssä hoidon päättyessä ja seurantajaksolla kontrolli- ja hoitoryhmissä yksisuuntaisilla varianssianalyyseillä ja t-testeillä (tutkimusongelma 2). Keskiarvot ovat kuvassa 2. **Hoidon päättyessä** ryhmien välillä oli eroa *mielialan säätelyssä* $F(2, 71) = 4.015$, $p = .022$. Scheffen-testillä selvitetiin, minkä ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevät keskiarvoerot esiintyivät. Keskiarvoero esiintyi hoitoryhmien välillä: mielialan säätelyn keskiarvo oli pienin psykoanalyttisessä hoitoryhmässä ja suurin toiminnallisessa hoitoryhmässä ($p = .045$). Kontrolliryhmä ei eronnut hoitoryhmistä: kontrolliryhmän keskiarvo mielialan säätelyssä oli lähes sama kuin toiminnallisen hoitoryhmän koehenkilöillä. Hoitoryhmien välisiä keskiarvoeroja selvitetiin tarkemmin t-testeillä. Hoitoryhmät erosivat toisistaan mielialan havainnoinnissa siten, että toiminnallisessa hoitoryhmässä hoidetuilla koehenkilöillä mielialan havainnointi oli korkeammalla tasolla kuin psykoanalyttisen hoitoryhmän koehenkilöillä $t(54) = -2.055$, $p = .045$. Mielialansa tunnistaminen oli korkeampi toiminnallisessa hoitoryhmässä hoidetuilla koehenkilöillä $t(54) = -2.300$, $p = .025$, ja mielialan säätely oli korkeammalla tasolla toiminnallisen hoitoryhmän koehenkilöillä $t(54) = -2.443$, $p = .018$.

Seurantajaksolla ryhmien välillä oli eroa *mielialan säätelyssä* $F(2, 69) = 4.000, p=.023$ siten, että mielialan säätelyn keskiarvo oli suurin kontrolliryhmässä ja pienin psykopsykoanalyttisessä hoitoryhmässä (kuva 2). Mielialan havainnoinnissa, tunnistamisessa ja säätelyssä ei ollut hoitoryhmien välisiä keskiarvoeroja hoidon jälkeen.

Kuva 2. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely eri ryhmissä alku-, loppu- ja seurantamittauksessa.



Kontrolli = kontrolliryhmä, Psykoan. = psykopsykoanalyttinen hoitoryhmä, Toiminn. = toiminnallinen hoitoryhmä

8.3. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn yhteydet työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuuteen

Seuraavaksi tutkittiin Huynh-Feldt -korjatulla toistomittausvarianssianalyysillä mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn muutosten ja työuupumuksen ryhmähoidon välisiä yhteyksiä (tutkimusongelma 3). Toistotekijänä olivat työuupumuksen pistemäärät eri mittausajankohtina (alku-, loppu- ja seurantamittaus). Ryhmittelevänä tekijänä olivat kontrolliryhmä ja hoitoryhmät. Analyysillä selvitettiin ajassa tapahtuvia profiilimuutoksia mielialan havainnoinnissa, tunnistamisessa ja säätelyssä ja työuupumuksen ryhmähoidossa sekä edellisten muuttujien keskinäisiä yhteyksiä (Looney & Stanley, 1989).

Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn muutoksista laskettiin erotusmuuttujat, jotka toimivat kovariaattina. Erotusmuuttujat laskettiin mielialan havainnoinnista, tunnistamisesta ja säätelystä, koska haluttiin selvittää näiden muutoksien vaikutuksia työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuuteen. Kun mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn erotusmuuttujat toimivat kovariaatteina, mallin tilastollinen merkitsevyys hävisi tai ainakin heikkeni. Osatekijöiden selitysosuuksien suuruuden selvittämiseksi laskettiin etan neliöt, η^2 (Haase, 1983). Osatekijöiden selitysosuudet ovat suuria kun η^2 arvot vaihtelevat 0.12 - 1.0, ja keskisuuria kun η^2 vaihtelee 0.05 - 0.11 (Cohen, 1988).

Hoidon aikana mielialan havainnoinnin muutoksella oli yhteys työuupumuksen muutokseen $F(2, 128) = 3.458$, $p = .034$, $\eta^2 = .051$. Myös *hoitoryhmällä* oli vaikutusta eli työuupumus väheni eniten toiminnallisessa hoitoryhmässä $F(4, 128) = 2.905$, $p = .024$, $\eta^2 = .083$. Mielialan havainnoinnin muutoksen ja työuupumuksen ryhmähoidon yhdysvaikutusta ei ollut $F(4, 128) = 2.306$, ns. Mielialan tunnistamisen muutosten ja työuupumuksen ryhmähoidon välillä ei havaittu merkitseviä yhteyksiä hoidon aikana. *Mielialan säätelyn muutoksella* oli vaikutusta työuupumuksen laskuun $F(2, 128) = 3.161$, $p = .046$, $\eta^2 = .047$ sekä myös *hoitoryhmällä* $F(4, 128) = 3.032$, $p = .020$, $\eta^2 = .087$. Mielialan säätelyn muutoksen ja ryhmähoidon interaktiota ei havaittu.

Seurantajaksolla havaittiin *hoitoryhmällä* olevan vaikutusta työuupumuksen muutokseen, kun mielialan havainnoinnin muutos oli kovariaattina $F(4, 122) = 2.769$, $p = .030$, $\eta^2 = .083$. *Mielialan tunnistamisen muutoksella* oli vaikutusta työuupumuksen muutokseen $F(2,$

122) = 3.804, $p = .025$, $\eta^2 = .059$ sekä hoitoryhmällä oli myös vaikutusta työuupumuksen muutokseen kun mielialan tunnistaminen oli kovariaattina

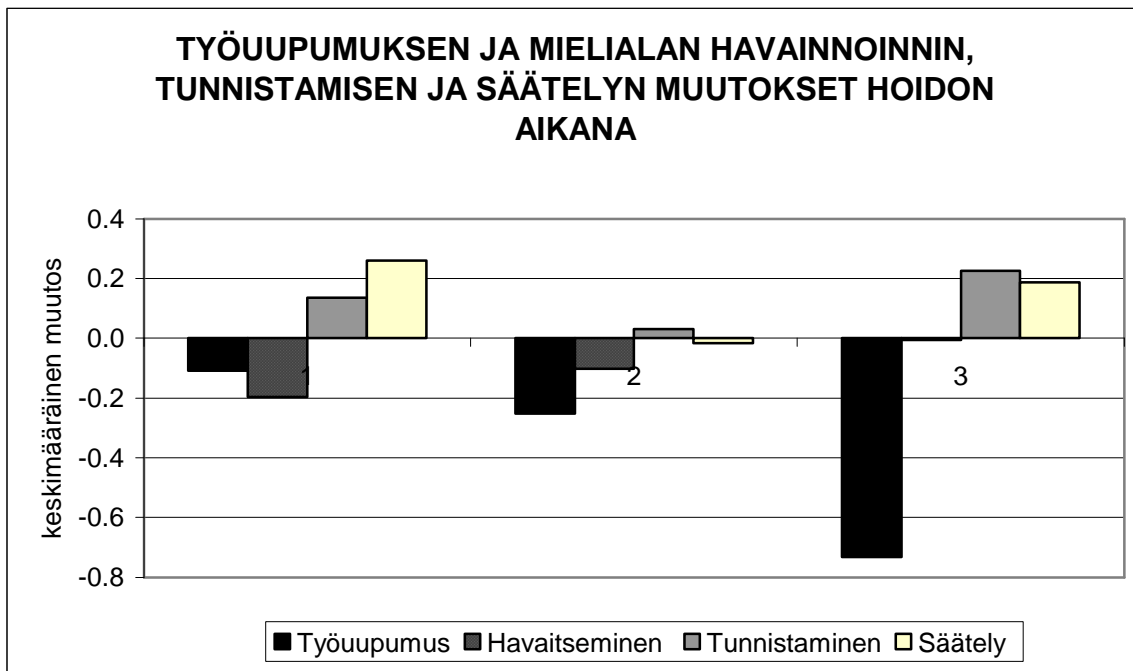
$F(4, 122) = 3.303$, $p = .013$, $\eta^2 = .098$.

Yhteyksien tarkentamista varten laskettiin lisäksi erotusmuuttujia työuupumuksen muutoksista hoidon aikana ja seurantajaksolla, jotta saataisiin selvitettyä mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn muutosten yhteydet ryhmähoidon tuloksellisuuteen (tutkimusongelma 3). Riippuvana muuttujana yksisuuntaisissa varianssianalyseissä olivat työuupumuksen pistemääristä lasketut erotusmuuttujat, ryhmittelevänä tekijänä hoitoryhmät ja kontrolliryhmä. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn erotusmuuttujat toimivat kovariaatteina. **Hoidon aikana mielialan havainnoinnin lisääntyminen** oli yhteydessä työuupumuksen ryhmähoitoon $F(1, 67) = 6.603$, $p = .012$, $\eta^2 = .090$. Työuupumus muuttui eri ryhmissä eri tavoin eli $F(2, 67) = 3.868$, $p = .026$, $\eta^2 = .104$. Mielialan havainnoinnin muutoksen ja ryhmän välillä havaittiin yhdysvaikutus $F(2, 67) = 4.240$, $p = .018$, $\eta^2 = .112$. Työuupumuksen ja mielialan havainnoinnin yhteisvaihtelu oli erilaista eri ryhmissä (kuva 3). **Mielialan tunnistamisen lisääntymisellä** oli yhteys työuupumuksen ryhmähoitoon $F(1, 67) = 5.535$, $p = .022$, $\eta^2 = .076$. **Mielialan säätelyn lisääntymisellä** oli yhteys työuupumuksen ryhmähoitoon $F(1, 67) = 4.527$, $p = .037$, $\eta^2 = .063$ sekä työuupumus muuttui eri tavoin eri ryhmissä $F(2, 67) = 3.662$, $p = .031$, $\eta^2 = .099$. Yhdysvaikutusta ei havaittu.

Seurantajaksolla mielialan tunnistamisen lisääntymisen yhteys työuupumuksen ryhmähoitoon oli merkitsevä $F(1, 61) = 10.363$, $p = .002$, $\eta^2 = .145$. Työuupumuksen ja

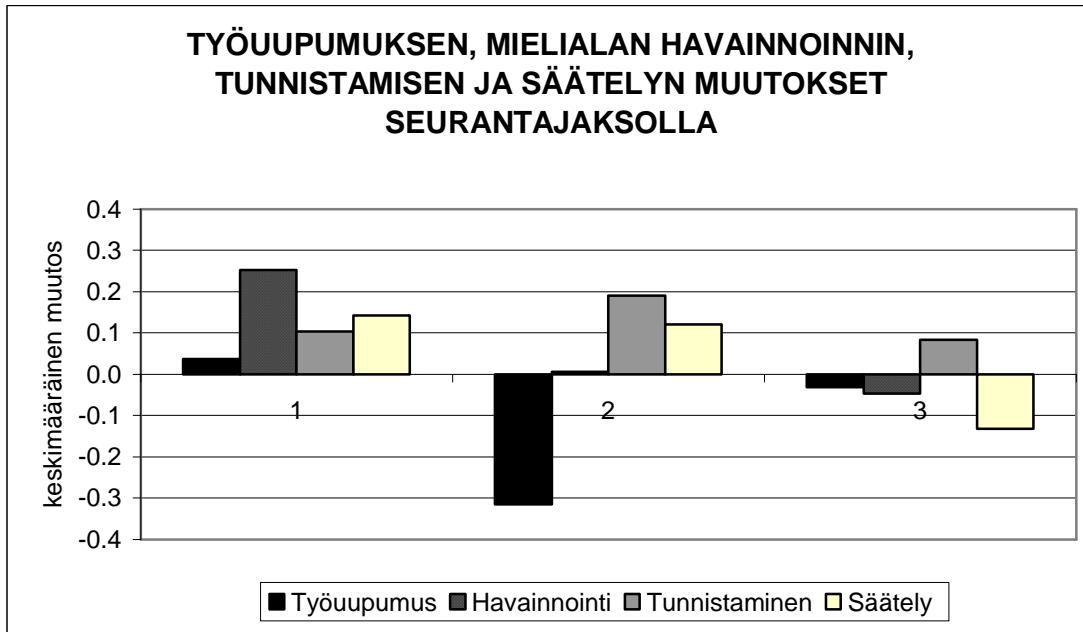
mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn muutokset hoidon aikana ovat kuvassa 3 ja seurantajaksolla kuvassa 4.

Kuva 3. Työuupumuksen muutos ja mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn muutokset hoidon aikana.



1 = kontrolliryhmä, 2 = psykoanalyttinen hoitoryhmä, 3 = toiminnallinen hoitoryhmä

Kuva 4. Työuupumuksen muutos ja mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn muutokset seurantajaksolla.



1 = kontrolliryhmä, 2 = psykoanalyttinen hoitoryhmä, 3 = toiminnallinen hoitoryhmä

Seuraavaksi haluttiin tutkia mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn selitysosuuksia työuupumuksen ryhmähoidosta hoidon aikana ja seurantajaksolla (tutkimusongelma 4). Tätä ongelmaa selvitettiin hierarkkisella regressioanalyysillä. Ensimmäisessä vaiheessa malliin lisättiin ikä ja sukupuoli, koska näiden vaikutus haluttiin kontrolloida. Nämä yhdessä selittivät työuupumuksesta vain 2-5 % ennen hoitoa, hoidon päättyessä ja seurantajaksolla. Toisessa vaiheessa malliin lisättiin mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn lisääminen malliin ennen hoitoa, hoidon päättyessä ja seurantajaksolla lisäsi mallin selitysosuutta työuupumuksesta tilastollisesti merkitsevästi. Ne selittivät työuupumusta yhdessä iän ja sukupuolen kanssa 15 % ennen hoitoa, 23 % hoidon päättyessä ja 25 % seurantajaksolla (taulukko 2).

Taulukko 2. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn yhteydet työuupumukseen eri ajankohtina.

Hierarkkinen regressioanalyysi	Ennen hoitoa			Hoidon päättyessä			Seurantajaksolla		
	β	ΔR^2	r	β	ΔR^2	r	β	ΔR^2	r
Askel 1:		.02			.04			.05	
Ikä	.18		.07	.34		.12	.37		.08
Sukupuoli	-.13		-.05	-.24		-.05	-.25		.07
Askel 2:		.13**			.19**			.20**	
Mielialan havainnointi	-.04		-.14	-.06		-.18	-.26*		-.38**
Mielialan tunnistaminen	-.11		-.34**	-.29*		-.41**	-.21		-.36**
Mielialan säätely	-.30**		-.21*	-.20		-.35**	-.13		-.18

* $p < .05$, ** $p < .01$

Työuupumuksen ja mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn välisten yhteyksien ryhmäkohtaisten erojen selvittämiseksi laskettiin vielä Pearsonin korrelaatiokertoimet työuupumuksen erotusmuuttujien ja mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn erotusmuuttujien välillä (tutkimusongelmat 4 ja 5). **Hoidon aikana psykoanalyttisessä hoitoryhmässä** mielialan havainnoinnin korkealla tasolla ja mielialan säätelyn korkealla tasolla olivat yhteydet työuupumuksen voimakkaampaan vähenemiseen. **Toiminnallisessa hoitoryhmässä** mielialan hyvin tunnistaminen oli yhteydessä työuupumuksen voimakkaampaan vähenemiseen. Lisäksi mielialan hyvin tunnistaminen ja mielialan säätelyn korkea taso olivat yhteydessä toisiinsa (taulukko 3). Kontrolliryhmässä ei havaittu merkitseviä yhteyksiä.

Taulukko 3. Työuupumuksen ja mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn erotusmuuttujien väliset korrelaatiot hoidon aikana eri ryhmissä.

	psykoanalyttinen			toiminnallinen			kontrolli		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1 Työuupumuksen muutos									
2 Mielialan havainnoinnin muutos	-.529**			-.076			-.081		
3 Mielialan tunnistamisen muutos	-.322	.220		-.424*	.106		-.059	-.022	
4 Mielialan säätelyn muutos	-.410*	.224	.267	-.190	.337	.408*	-.142	.012	.426

* $p < .05$, ** $p < .01$

Taulukko 4. Työuupumuksen ja mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn erotusmuuttujien väliset korrelaatiot seurantajaksolla eri ryhmissä.

	psykoanalyttinen			toiminnallinen			kontrolli		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1 Työuupumuksen muutos									
2 Mielialan havainnoinnin muutos	-.149			.034			-.004		
3 Mielialan tunnistamisen muutos	-.460 **	-.028		-.521 *	.245		-.263	-.317	
4 Mielialan säätelyn muutos	-.330	-.196	.404 *	-.128	.434 *	.150	-.149	-.111	-.087

* $p < .05$, ** $p < .01$

Seurantajaksolla mielialan hyvin tunnistaminen oli molemmissa hoitoryhmissä yhteydessä työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuuteen. *Psykoanalyttisessä hoitoryhmässä* mielialan hyvin tunnistaminen ja säätelyn korkea taso olivat yhteydessä toisiinsa. *Toiminnallisessa hoitoryhmässä* sen sijaan mielialan havainnoinnin korkea taso ja mielialan säätelyn korkea taso olivat yhteydessä toisiinsa (taulukko 4).

Kontrolliryhmässä merkitseviä korrelaatioita ei havaittu.

9. POHDINTA

Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn yhteyksiä työuupumukseen ei ole aiemmin tutkittu. Tämä tutkimus antaa tärkeää tietoa niistä yksilöllisistä tekijöistä, jotka tehostavat työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuutta. Vakavaa työuupumusta tulee aina hoitaa yksilön taitoja ja selviytymistä tukevilla menetelmillä. Tämä tutkimus antaa uutta tietoa työuupumuksen ryhmäinterventioiden kehittämiseen. Mieliala välittää subjektiivisen kokemuksen arviointia, ja tätä kautta on osatekijänä myös työuupumuksesta toipumisessa. Mielialan tunnistamis- ja säätelytaidot tehostivat ryhmähoidon vaikuttavuutta, joten työuupumuksen hoitoon tarkoitettujen interventioiden kehittämisessä tulisi keskittyä yksilön emotionaalisten taitojen harjoittamiseen. Kun mielialan tunnistamis- ja säätelytaitoja opitaan, saattaa terapiassa alkanut positiivinen kehitys jatkua terapian jälkeenkin.

9.1. Mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely ennen hoidon alkua

Ennen hoidon alkua ei-uupuneita verrattiin uupuneisiin mielialan havainnoinnissa, tunnistamisessa ja säätelyssä. Mielialan havainnoinnissa ei ollut alkutilanteessa eroja uupuneiden ja ei-uupuneiden välillä. Ei-uupuneilla mielialan tunnistaminen ja säätely olivat alkutilanteessa korkeammalla tasolla kuin uupuneilla. Uupunut kontrolliryhmä ei eronnut hoitoryhmistä mielialan havainnoinnissa, tunnistamisessa tai säätelyssä ennen hoidon alkua. Koska eroja ei havaittu, voidaan olettaa, että uupuneilla mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely olivat jokseenkin samantasoisia. Nämä tulokset olivat aiempien tutkimuksen mukaisia siten, että mielialansa hyvin tunnistavien ja tehokkaasti sitä

säätelviensä on todettu palautuvan nopeammin negatiivisesta mielialasta kuin muiden (Salovey ym., 1995). Jos mielialan tunnistamisen ja säätelyn taitoja ei ole tarpeeksi, työuupunut ei todennäköisesti palaudu nopeasti stressaavista kokemuksistaan vaan joutuu käyttämään psyykkistä energiaansa enemmän kuin ei-uupunut tasapainoisen subjektiivisen kokemuksen palauttamisessa ja ylläpitämisessä. Mielialansa hyvin tunnistavilla on todettu positiivisempi mieliala kuin huonosti mielialansa tunnistavilla (Salovey ym., 1995). Mielialaa tehokkaasti säätelviensä on todettu myös olevan vähemmän stressaantuneita kuin muut sellaisessa kokeessa, jossa tuotetaan negatiivinen mieliala (Salovey ym., 1995). Mielialan hyvin tunnistaminen ja mielialan säätelytaidot saattavat nopeuttaa subjektiivisen kokemuksen tasapainottamista (Mayer & Gaschke, 1988), ja näin tasapainon palauttaminen onnistuu ilman liiallista murehtimista.

Työ on muuttunut entistä dynaamisemmaksi ja tällöin työpaikan vuorovaikutustapahtumissa vaaditaan myös yksilöltä uusia taitoja, joilla sopeutua työkontekstin moninaisiin ongelma- ja stressitilanteisiin (Kärnä & Aro, 2002). Työuupuneiden on todettu kokevan vähemmän positiivisia emootioita (Näätänen ym., 2002), mistä voi seurata tyytymättömyyttä omaa työtä ja työsuoritusta kohtaan. Lisäksi positiivisten emootioiden puuttuminen saattaa vaikeuttaa vuorovaikutusta työyhteisössä. On myös todettu, että työuupuneiden henkilökohtaisiin projekteihin liittyvät negatiiviset toimintatendenssit vähenevät terapian edetessä (Salmela-Aro, Näätänen & Nurmi, 2002), mikä saattaa liittyä esimerkiksi emotionaalisten taitojen lisääntymiseen terapian aikana. On todettu, että hyvin mielialansa tunnistavat etenevät toiminnoissaan nopeammin kuin mielialaansa murehtivat (Salovey ym., 1995). Mielialan tunnistamisen oppiminen saattaa myös antaa yksilölle tietynlaista kontrollintunnetta ja vahvistaa yksilön uskomuksia siitä, että on mahdollista

selvitä stressaavista tilanteista työtehtävissään ja työyhteisössään. Jos uupunut kokee, ettei hän voi vaikuttaa stressaavaan tilanteeseen, saattaa seurauksena olla säätelyyrityksistä luopuminen.

9.2. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn muutokset hoidon aikana ja hoidon jälkeen

Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn muutokset hoidon aikana ja seurantajaksolla olivat melko pieniä. Kuitenkin tulosten perusteella on pääteltävissä, että nämä pienetkin muutokset ovat merkittäviä työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuutta tarkasteltaessa. Mielenkiintoista oli se, että kontrolliryhmässä mielialan säätely oli hoidon päättyessä samalla tasolla kuin toiminnallisessa hoitoryhmässä, jossa myös työuupumus väheni eniten. Kontrolliryhmän jäsenet saivat käydä tarvittaessa tavanomaisella terveydenhuollon vastaanottokäynnillä. Tätä mahdollisuutta käytti hyväkseen yli puolet kontrolliryhmästä (Näätänen ym., 2002). Vaikka kontrolliryhmän koehenkilöt eivät saaneet hoitoa, saattoi tämä kontakti terveydenhuoltoon osaksi vaikuttaa työuupumuksen vähenemiseen. Työuupumus ei laskenut kontrolliryhmässä merkittävästi, ja seurantajaksolla työuupumus marginaalisesti lisääntyi kontrolliryhmässä.

Tässä tutkimuksessa todettiin, että mielialan tunnistaminen lisääntyi erityisesti toiminnallisessa hoitoryhmässä hoidon aikana ja että tämä muutos oli yhteydessä työuupumuksen voimakkaampaan laskuun. Seurantajaksolla mielialan tunnistaminen lisääntyi molemmissa hoitoryhmissä. Tästä voi päätellä, että työuupuneet oppivat mielialan tunnistamisen taitoja ryhmäterapiassa, mikä puolestaan nopeutti ryhmähoidon

vaikuttavuutta. Tämä tulos on aiemman tutkimuksen mukainen siinä, että mielialan hyvin tunnistamisen on todettu olevan yhteydessä nopeampaan tasapainon palauttamiseen. Kun Salovey ym. (1995) jaottelivat koehenkilöitä mielialan tunnistamisessa ja säätelyssä alhaiseen, keskitasoiseen ja korkeatasoiseen ryhmään, havaittiin, että mielialansa erittäin hyvin tunnistavat lopettivat murehtimisen stressaavan tai negatiivisen tapahtuman jälkeen nopeammin kuin erittäin huonosti mielialansa tunnistavat. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn kullekin yksilölle tyypillinen tyyli saattaa olla melko pysyvä, ja näin ollen niiden muuttaminen muutamia viikkoja kestäväillä lyhytterapioilla ei ole mahdollista (Rowe, 2000).

9.3. Mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn yhteydet työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuuteen

Tuloksiksi saatiin, että *hoidon aikana* psykoanalyttisessä hoitoryhmässä työuupumus väheni sitä enemmän, mitä enemmän mielialaansa havainnoi ja mitä tehokkaammin mielialaansa sääteli. Tämä tulos on aiemman tutkimuksen mukainen siinä, että emootioiden havainnoinnin on oletettu olevan emotionaalisten kykyjen hierarkian alimmalla tasolla, ja näin ollen edellytys myös emootioiden tunnistamiselle ja säätelylle (Mayer, 2001). Onnistunut mielialan säätely saattoi edesauttaa työuupumuksesta toipumisessa. Saloveyn ym. (1995) mukaan korkea taso mielialan havainnoinnissa ja säätelyssä saattavat olla yhteydessä fyysisten oireiden ja sairauksien korkeampaan raportoimiseen, mikä ei ole tämän tutkimuksen tulosten mukaista, sillä mielialan havainnoinnin korkea taso ennusti psykoanalyttisessä hoitoryhmässä voimakkaampaa työuupumuksen laskua.

On todettu, että paljon mielialaansa havainnoivat tunnistavat toisten yksilöiden emootiot kasvonilmeistä tarkemmin kuin ne, jotka havainnoivat mielialaansa vähemmän (Otto, Doering-Seipel, Grebe & Lantermann, 2001). Työuupumus laski psykoanalyttisessä hoitoryhmässä hoidon aikana sitä enemmän, mitä enemmän mielialaansa havainnoi. Psykoanalyttisen hoitomenetelmän tekniikkana oli vapaa keskustelu. Aluksi saattoi ilmetä vaikeuksia kokemusten läpikäymisessä ja ryhmän muiden jäsenten kokemusten hyödyntämisessä, koska emootioiden ilmaisuun liittyvät sekä kulttuuriset (Hess & Kirouac, 1997) että sosiaaliset (Nelson, 1997) rajoitteet. Hoidon alussa oli todennäköisesti vaikeampaa ilmaista emootioitaan muille ryhmän jäsenille, koska tilanne oli melko strukturoimaton. Mielialan havainnointia ja sen hyödyntämistä opittiin terapian edetessä, ja tämä todennäköisesti helpotti omien ja toisten yksilöiden emootioiden havainnointia. Vuorovaikutus on työkontekstissa monisuuntaista, ja niin siihen liittyy oman mielialan säätelyn lisäksi vielä muidenkin ihmisten mielialan säätely. Yhteisen eli vuorovaikutuksessa tapahtuvan onnistuneen emootioiden säätelyn on todettu olevan yhteydessä hyvinvointiin (Lively, 2000).

Tutkimuksissa on todettu kuitenkin myös mielialan havainnoinnin olevan yhteydessä murehtivaan ajattelutapaan, ja liittyvän lähinnä negatiivisten tilanteiden käsittelyyn ja masennukseen (Martin & Tesser, 1989; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1987, 1993). Masentuneiden on todettu olevan laboratorioskokeissa vähemmän masentuneita kun he ovat suunnanneet ajatuksensa muualle, mutta sen sijaan tulevan entistä masentuneemmaksi, jos ajatuksia jäädään murehtimaan (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). Tämä tulos ei ole näiden tutkimusten tulosten mukainen. Masentuneilla ja

työuupuneilla saattaa olla jokin sellainen subjektiivisten emotionaalisten kokemusten arvioinnin ero, joka on syynä tähän tutkimustulosten eriytymiseen.

Toiminnallisessa hoitoryhmässä työuupumus laski ryhmähoidon aikana sitä enemmän, mitä paremmin mielialansa tunnisti. Toiminnallisessa hoitoryhmässä mielialan hyvä tunnistaminen oli lisäksi hoidon aikana yhteydessä mielialan tehokkaaseen säätelyyn, mistä saattoi seurata työuupumuksen tason nopeampi lasku. Tämä tulos on aiemman tutkimuksen mukaista siinä, että työuupumuksen on todettu laskevan enemmän toiminnallisella ryhmähoidolla (Kärnä, 1999). Mielialan tunnistamisen ja mielialan säätelyn on todettu liittyvän psyykkiseen joustavuuteen ja nopeampaan palautumiseen negatiivisen emotionin tuottamista vaikutuksista (Mayer ym. 1988; Salovey ym., 1995).

Kontrolliryhmässä ei havaittu yhteyksiä mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn ja työuupumuksen muutoksen välillä.

Seurantajaksolla molemmissa hoitoryhmissä työuupumus väheni sitä enemmän, mitä paremmin mielialansa tunnisti. Psykoanalyttisessä hoitoryhmässä mielialan tunnistamisen korkea taso oli yhteydessä mielialan tehokkaaseen säätelyyn.

Toiminnallisessa hoitoryhmässä mielialan havainnoinnin korkea taso oli yhteydessä mielialan tehokkaaseen säätelyyn. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että mielialaansa tehokkaasti säätelevät koehenkilöt palautuivat nopeammin kuin muut negatiivisesta mielialasta, ja raportoivat vähemmän negatiivisia emootioita melko pian stressaavan tilanteen jälkeen (Salovey ym., 1995). Omien ajatusten reflektointimahdollisuudet saattavat lisääntyä terapiassa, mikä saattaa edistää myös vuorovaikutuksen toimivuutta. Mielialan hyvin tunnistamisen on todettu olevan yhteydessä toimivampaan vuorovaikutukseen

ryhmässä (Mayer, 2001). Mielialan tunnistamisen oppiminen saattaa mahdollistaa toimivamman vuorovaikutuksen ryhmässä, mikä saattaa puolestaan edistää työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuutta.

Työuupumus laski enemmän terapian aikana toiminnallisessa hoitoryhmässä hoidetuilla. Hoidon jälkeen psykoanalyttisessä hoitoryhmässä hoidetuilla työuupumus jatkoi voimakkaampaa laskua kuin muilla. Tämä ero saattaa johtua erilaisista työskentelymenetelmistä. Toiminnallisen hoitoryhmän käyttämät terapiatekniikat saattoivat strukturoida tilanteen heti alusta lähtien paremmin kuin psykoanalyttisen hoidon vapaa keskustelutilanne. Näin ollen toipuminenkin oli nopeampaa. Saattaa myös olla, että on helpompi lähteä ns. leikkimieliseen tilanteiden tarkasteluun kuin vapaaseen mielensä avaamiseen. Näin mahdollisesti tulee esille erittäin tärkeää informaatiota itsestä, mikä voi taas osaltaan antaa motivaatiota jatkotyöskentelyyn.

9.4. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tämän tutkimuksen erityisansiona voidaan pitää sitä, että mielialan reflektiivisen tason kokemusta vakavasti työuupuneilla ei ole tutkittu aiemmin pitkittäisasetelmassa. Näin ollen tulokset antavat alustavia viitteitä siitä, miten tietoa mielialan reflektiivisen tason kokemuksesta voisi hyödyntää jatkossa niin ryhmäinterventiotutkimuksessa kuin työuupumustutkimuksessa. Työuupumuksen kehittyminen on todennäköisesti hyvin yksilöllinen prosessi, ja tämä tulee ottaa huomioon työuupumuksen hoitomenetelmiä kehitettäessä. Se, mikä tehoaa yhdelle uupuneelle, ei saatakaan toimia toiselle.

Tutkimus antaa uutta tietoa mielialan havainnoinnista, tunnistamisesta ja säätelystä vakavasti työuupuneilla. Tuloksista saatiin tukea sille, että mielialan havainnointi, tunnistaminen ja säätely moderoivat työuupumuksen ryhmähoidon tuloksellisuutta.

On tärkeää tutkia myös organisaatiota, kun tutkitaan yksilön ja työkontekstin välistä ongelmaa. Olisi kuitenkin harkitsematonta unohtaa sellaisten yksilöllisten piirteiden selvittäminen, joilla voisi olla intervention tehokkuutta parantavia vaikutuksia. Tässä tutkimuksessa on saatu tietoa näistä yksilöllisistä intervention tehokkuutta parantavista tekijöistä. Entistä paremmin työuupumuksen hoitoon soveltuvien hoitomenetelmien kehittäminen on tämän tiedon avulla mahdollista. Jatkotutkimuksissa olisi mielekästä yhdistää sekä psykoanalyttisen että toiminnallisen menetelmän hyötyjä, ja ottaa yksilöllisten tekijöiden vaikutus huomioon työskentelymenetelmiä valittaessa (Aronson, 1990).

Jatkossa työuupumusta olisi ehkä hyödyllistä mitata MBI:llä (Maslach Burnout Inventory), koska se on viimeaikaisimman työuupumustutkimuksen tuloksiin perustuva mittari. Tällöin olisi mahdollista tutkia mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn yhteyksiä työuupumuksen osa-alueisiin kuten kynnistymiseen ja ammatillisen itsetunnon heikkenemiseen. Kynnistyminen on emotionaalista etäisyyden ottamista sekä emootioiden latistumista (Maslach ym., 2001), joten mielialan tunnistamisen ja säätelynkin voisi olettaa vähenevän työuupuneilla. Jos emotionaaliseen kokemukseen otetaan etäisyyttä, voi kokemus alkaa myös ajan kanssa vääristyä yksilölle epäedulliseen suuntaan.

Tässä tutkimuksessa eroja tarkasteltiin ryhmätasolla, mutta tulevaisuudessa olisi hyödyllistä yrittää tarkentaa sitä, onko työuupuneiden joukosta erotettavissa erilaisia alaryhmiä. Näiden ryhmien erottelun jälkeen voisi muotoilla kullekin ryhmälle parhaiten sopivia hoitoja. Lisäksi ryhmittely esimerkiksi työuupumuksen tason ja muiden työuupumukseen yhteydessä todettujen ominaisuuksien mukaan voi auttaa ryhmän jäsenten valinnassa. Ryhmän samanlaisuus saattaa edesauttaa ryhmän toiminnan tehokkuutta (Arppo, 1998). Ne uupuneet, joilla on monia psykiatrisia häiriöitä työuupumuksen lisäksi saattavat hyötyä aivan toisenlaisesta hoidosta kuin ne, joilla muita häiriöitä ei ole.

Mielialan suoraa tai moderoivaa vaikutusta stressiin tai psyykkiseen pahoinvointiin on tutkittu erittäin niukasti. Tämän tutkimuksen myötä mielialan havainnoinnista, tunnistamisesta ja säätelystä on saatu sellaista uutta tietoa, jota voi hyödyntää jatkotutkimuksissa. Käsitteiden teoreettinen selkiyttäminen auttaa entistä parempien tutkimusasetelmien suunnittelussa. Työuupumustutkimusta pitäisi ehdottomasti jatkaa myös yksilöllisestä näkökulmasta, vaikkakin työn kuormitustekijöiden tutkiminen onkin tärkeää. Jatkotutkimuksissa tulisi kiinnittää huomiota nimenomaan emotionaalisen säätelyn strategioihin, koska emotionaalisen säätelyn ja mielialaprosessien häiriintyminen kun todennäköisesti liittyy moniin mielenterveyden häiriöihin (Power & Dalgleish, 1998).

Yksi tutkimuksen puutteista oli se, että tutkittava aineisto oli melko pieni. Tällöin tiettyjä tilastollisia menetelmiä ei ole edes mahdollista käyttää tulosten analysointiin (esim. rakenneyhtälömallitus). Toiseksi aineistossa olivat eri koulutustaustat, työpaikat ja -tehtävät olivat hyvin edustettuina, mutta naiset olivat aineistossa kovin yliedustettuja.

Kolmanneksi mielialan havainnoinnin, tunnistamisen ja säätelyn mittaamiseen käytettiin itseraportointia, joten ei voitu puhua esim. mielialan tunnistamis- ja säätelykyvyistä. Kyseisellä mittarilla saatu tieto oli yksilöiden oma käsitys mielialan havainnoinnista, tunnistamisesta ja säätelystä, ja nämä arviot voivat vaihdella melko paljon asteikonkäyttötyyliin vuoksi. Mielialan havainnoinnin asteikkoa olisi hyvä tutkia tarkemmin, sillä se ei ollut mielialan tunnistamisen ja säätelyn kanssa aivan yhtä hyvin toimiva asteikko.

9.5. Yhteenveto

Työuupumuksen hoidossa ei voi ainoastaan keskittyä organisatorisiin interventioihin vaan on kiinnitettävä huomio myös yksilön ominaisuuksiin. Lisäämällä työuupuneen taitoja tunnistaa ja säädellä mielialaansa on mahdollista vapauttaa psyykkistä energiaa muuhun ongelmanratkaisuun, mikä taas puolestaan saattaa parantaa elämän laatua. Kun saa onnistumiskokemuksia itsensä ja mielialojensa hallinnasta, voi saada luottamusta ilmaista emootionsa ja mielialansa toisille niin, että subjektiivinen hyvinvointi lisääntyy. On kuitenkin myös muistettava se, ettei työuupumuksen hoidossa ole riittävää kehittää ja opettaa yksilöä vaan myös tehtävä työyhteisössä parannuksia ja muutoksia, jotta työuupumuksesta toipuminen olisi mahdollista. Tieto yksilön niistä ominaisuuksista, jotka voivat edesauttaa työuupumuksesta toipumisessa, tulisi ottaa huomioon myös organisatoristen interventioiden kehittämisessä. Näin olisi mahdollisesti saavutettavissa sellainen kokonaisvaltainen työuupunutta tukeva ympäristö, johon työuupunut voisi palata työskentelemään ja jossa hoidossa saavutettu positiivinen kehitys voisi jatkua.

LÄHTEET

Antai-Otong D. (2001). Creative stress-management techniques for self-renewal. *Dermatology Nursing*, 13, 31-32, 35-39.

Aro A. (2001). On niin kiire, ettei ehdi tehdä mitään. Oy Edita Ab, Helsinki.

Aronson M. L. (1990). Integrating Moreno's psychodrama and psychoanalytic group therapy. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 42, 99-103.

Arppo M., Pölönen R. & Sitolahti T. (toim.) (1998). Ryhmäpsykoterapian perusteet. Helsinki: Yliopistopaino.

Bemak F. & Young Y. E. (1998). Role of catharsis in psychotherapy. *International Journal of Action Methods*, 50, 166-184.

Blatner A. (1997). Toiminnalliset menetelmät terapiassa ja koulutuksessa. Naantali: Resurssi.

Blatner A. (1991). Role dynamics: a comprehensive theory of psychology. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 44, 33-40.

Brief A. P. & Weiss H. M. (2002). Organisational behavior: affect in the workplace. *Annual Reviews of Psychology*, 53, 279-307.

Carver C. S. & Scheier M. F. (1981). The self-attention-induced feedback loop and social facilitation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, 545-568. (Psycinfo tietokannan abstrakti 1982-12036-001).

Catanzaro S. (1993). Mood regulation expectancies, anxiety sensitivity, and emotional distress. *Journal of Abnormal Psychology*.102, 327-330.

Catanzaro S. (1997). Mood regulation expectancies, affect intensity, dispositional coping, and depressive symptoms: a conceptual analysis and empirical reanalysis. *Personality and Individual Differences*, 23, 1065-1069.

Chang E. C., Rand K. L. & Strunk D. R. (2000). Optimism and risk for job burnout among working college students: stress as a mediator. *Personality and Individual Differences* 29, 255-263.

Ciarrochi J. V., Chan A. Y. C. & Caputi P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences* 28, 539-561.

Ciarrochi J. V., Deane F. P. & Anderson S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences* 32, 197-209.

Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum.

Coleman D. (1995). *Känslans intelligens*. Stockholm: Wahlström & Widstrand,.

Coleman D. (1998). *Känslans intelligens och arbetet*. Danmark: Norhaven A/S.

Dopkin P. L. & Costa D. D. (2000). Group psychotherapy for medical patients. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 87-97.

Doxsee D. J. & Kivlighan Jr. D. M. (1994). Hindering events in interpersonal relations groups for counselor trainees. *Journal of Counseling & Development*, 72, 621-626.

Ek E. (1999). *Optimismista apua stressin hallintaan*. Psykologian pro gradu –tutkielma, Helsingin yliopisto.

Erber R. & Erber M-W. (2001). Mood and processing: A view from a self-regulation perspective. (Psycinfo tietokannan abstrakti 2001-16267-003).

Frijda N. H. (1986). The emotions. Studies in emotion and social interaction. (Psycinfo tietokannan abstrakti 1987-97938-000).

Gaston L., Thompson L., Gallagher D., Cournouyer L.-G. & Gagnon R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.

Goldman S. L., Kraemer D. T. & Salovey P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. (Psycinfo tietokannan abstrakti 1996-06555-003).

Guest H. & Marshall I. (1997). The scale of responses: emotions and mood in context. *International Journal of Psychotherapy*, 2, 149-169.

Haase R. F. Classical and partial eta square in multifactor anova designs. *Educational & Psychological Measurement*. (Psycinfo tietokannan abstrakti 1983-22506-001).

Hammer R. D. (2000). New Approaches to Psychodrama. *International Journal of Action Methods*, 52, 155-161.

Hess U. & Kirouac G. (2001). Emotion expression in groups. Teoksessa M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (toim.), *Handbook of emotions*, 2. painos, 325-414. New York: The Guilford press.

Howard C., Tuffin K. & Stephens C. (2000). Unspeakable emotion. *Journal of Language and Social Psychology*, 19, 295-314.

Horowitz M. J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1457-1463. (Psycinfo tietokannan abstrakti 1976-23454-001).

Kalimo R. & Toppinen S. (1997). *Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä*. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kivimäki M., Kalimo R. & Julkunen J. (1996). Components of Type A behavior pattern and occupational stressor-strain relationship: testing different models in sample of industrial managers. *Behavioral Medicine*, 22, 67-76.

van der Klink J. J., Blonk R. W. B., Schene A. H. & van Dijk F. J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.

Kokkonen M. (2000). Aikuisiän tunteiden säätely ja fyysinen terveys. *Psykologia*, 6/2001, 398-401. Suomen psykologisen seuran julkaisu.

Kähkönen S., Karila A. & Holmberg N. (toim.) (2001). *Kognitiivinen psykoterapia*. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Kärnä P. (1999). *Työuupumuksen ryhmähoito toiminnallisella ja ryhmäanalyttisellä menetelmällä*. Psykologian pro gradu –tutkielma. Helsingin yliopisto.

Kärnä P. & Aro A. (2002). Työkontekstin ja työuupumuksen yhteys. *Psykologia*, 4/2002, 325-331. Suomen psykologisen seuran julkaisu.

Laabs J. (1999). Emotional intelligence at work. *Workforce*, 78, 68-71.

Lindeman M. & Mäkelä A. (1994). Positiivisen ja negatiivisen informaation epäsuhta henkilöhavainnoissa. *Psykologia*, 29, 122-125. Suomen psykologisen seuran julkaisu.

Lively K. (2000). Reciprocal emotion management. *Work & Occupations*, 27, 32-65.

Looney S. W. & Stanley W. B. (1989). Exploratory repeated measures analysis for two or more groups. *The American Statistician*, 43, 220-225.

MacNair-Semands R. R. & Lese K. P. (2000). Interpersonal problems and the perception of therapeutic factors in group therapy. *Small Group Research*, 31, 158-174.

Martin L. L. & Tesser A. (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. (Psycinfo tietokannan abstrakti 1989-98-15-010).

Maslach C. & Leiter P. (1997). *The truth about burnout. How organisations cause personal stress and what to do about it.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Maslach C & Goldberg J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74.

Maslach C. & Leiter P. (1999). Burnout and engagement in the workplace. A contextual analysis. *Advances in Motivation and Achievement*, 11, 275-302.

Maslach C., Schaufeli W. B. & Leiter P. M. (2001). Job burnout. *Annual Reviews Psychology*, 52, 397-422.

Matthiesen S. B. & Dyregrov A. (1992). Empirical validation of the Bergen Burnout Indicator. *Bergenin yliopisto.*

Mayer J. D., Mamborg M. H & Volanth A.J. (1988). Cognitive domains of the mood system. *Journal of Personality*, 56, 453-486.

Mayer J. D. & Gaschke Y. N. (1988). The experience and meta-experience of mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 102-111.

Mayer J. D., Salovey P., Gomberg-Kaufman S. & Blainey K. (1991). A broader conception of mood experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 100-111.

Mayer J. D. & Salovey P. (1993). The Intelligence of Emotional Intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442.

Mayer J. D. (2001). Emotional intelligence and giftedness. *Roeper Review*, 23, 131-137.

Moreno J. D. (1991). Group psychotherapyin bioethical perspective. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 44, 60-71.

Morgan R. D. & Ferrell S. (1999). Therapist perception of important therapeutic factors in psychotherapy groups for male inmates in the states correctional facilities. *Small Groups Research*, 30, 712-731.

Morris W. N. (1992). A functional analysis of the role of mood in affective systems. Teoksessa Clark M. S. (toim.) *Emotion. Review of Personality and Socioial Psychology* (s. 256-293). California: Sage Publications.

Nelson T. D. (1997). Mood regulation prior to social interaction: mood maintenance versus neutralisation. *Journal of Social Psychology*, 137, 535-537.

Nolen-Hoeksema S. & Morrow J. (1987). Sex differences in unipolar depression. Evidence and theory. (Psycinfo tietokannan abstrakti 1987-18933-001).

Nolen-Hoeksema S. & Morrow J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occuring depressed mood. (Psycinfo tietokannan abstrakti 1994-17675-001).

Näätänen P., Ryyänen A., Räikkönen K., Rajava N. & Keltinkangas-Järvinen L. (1995). Emootioiden funktiot, säätely ja somaattinen terveys. Teoksessa K. Räikkönen & J.-E. Nurmi (toim.), *Persoonallisuus, terveys ja hyvinvointi*, 54-75. Helsinki: Suomen psykologinen seura.

Näätänen P., Grandell T., Kähönen K., Miikkulainen T., Saarnio M., Salmela-Aro K. & Nurmi J.-E. (2002). Työuupumuksen ryhmähoidon tutkimus- ja kehittämishanke Balanssi. *Psykologia*, 4/2002, 332-344. Suomen psykologisen seuran julkaisu.

Näätänen P., Salmela-Aro K & Nurmi J.-E (2002). Group Psychotherapy Decreases Severe Burnout: A Comparative Group Intervention Study of Group Analytic and Psychodrama Methods. Käsikirjoitus painovaiheessa.

Otto J H., Doering-Seipel E., Grebe M. & Lantermann E-D. (2001). Development of a questionnaire for measuring perceived emotional intelligence: Attention to, clarity, and repair of emotions. *Diagnostica*, 47, 178-187. (Psycinfo tietokannan abstrakti 2002-00507-002).

Parkinson B., Totterdell P., Briner R. B. & Reynolds S. (1996). *Changing moods: The psychology of mood & mood regulation*. New York: Addison Wesley Longman Limited.

Pennebaker J. W. & Graybeal A. (2001). Patterns of natural language use: Disclosure, personality, and social intergration. (Psycinfo tietokannan abstrakti 2001-06949-005).

Pfeiffer S. I. (2001). Emotional intelligence: popular but elusive construct. *Roeper Review*, 23, 38-42.

Power M. & Dalgleish T. (1998). *Cognition and emotion. From order to disorder*. Cambridge: University press.

Rowe M. M. (2000). Skills training in the long-term management of stress and occupational burnout. *Current Psychology*, 19, 215-228.

Rustling C. L. (1998). Personality, mood, and cognitive processing of emotional information: three conceptual frames. *Psychological Bulletin*, 124, 165-196.

Salmela-Aro K., Näätänen P. & Nurmi J-E. (2002). Henkilökohtaiset projektit ja työuupumus. *Psykologia*, 4/2002, 315-324. Suomen psykologisen seuran julkaisu.

Salminen H. (1997). Ryhmäanalyysin perusteet. Gummerus 1997. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Salovey P., Mayer J. D., Goldman S. L, Turvey C. & Palfai T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood scale. Teoksessa J. W. Pennebaker (toim.), *Emotion, disclosure, & health*. Washington DC: American Psychological Association.

Salovey P., Rothman A. J., Detweiler J. B. & Steward W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.

Savicki V. & Cooley E. J. (1994). Burnout in child protective service workers: a longitudinal study. *Journal of Organisational Behavior*, 15, 655-666.

Schaufeli W. B., Maslach C. & Marek T. (1993). Professional burnout: recent developments in theory and research. Philadelphia: Taylor & Francis.

Spector P. A. & Connell B. J. (1994). The contribution of personality traits, negative affectivity, locus of control and Type A to the subsequent reports of job stressors and job strains. *Journal of Occupational & Organisational Psychology*, 67, 1-12.

Thornton P. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *Journal of Psychology*, 126, 261-272.

Vredenburgh L. D., Carlozzi A. F. & Stein L. B. (1999). Burnout in counseling psychologists: type of practice setting and pertinent demographics. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 295-305.

Wright T. A. & Bonett D. G. (1997). The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organisational Behavior*, 18, 491-499.

You J. H., Lee S. J. & Lee H. K. (1998). The influence of on individual's emotional characteristics on work-related burnout experience: the emotional intelligence as a mediator to experience burnout feeling. (Psycinfo tietokannan abstrakti 1999-2001/8).