

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala

Fyysinen aktiivisuus tunteiden prosessoinnissa

Liisa Holappa, Mikael Jurvelin & Aurelia Kropsu

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja(AMK)

KEMI 2010

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan koulutusyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

HOLAPPA, LIISA & JURVELIN, MIKAEL & KROPSU, AURELIA

FYYSINEN AKTIIVISUUS TUNTEIDEN PROSESSOINNISSA

Opinnäytetyö: 43 sivua ja 6 liitettä

Ohjaajat: Seppo Kilpiäinen ja Hannele Pietiläinen

29.11.2010

Asiasanat: Tunteiden prosessoinnin keinot, fyysinen aktiivisuus, hoitotyö, uupumisen ilmiöt

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa liikkumisen merkitystä tunteiden prosessoinnin keinona hoitotyöntekijöillä. Tutkimusongelmana oli, miten hoitotyöntekijät käyttävät liikkumista keinona tunteiden prosessoinnissa. Tutkimus myös kartoitti hoitotyöntekijöiden kokonaisvaltaista työhyvinvointia sekä fyysisen aktiivisuuden määrää.

Tutkimus toteutettiin määrällisellä menetelmällä. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella Oulun Yliopistollisessa sairaalassa huhtikuussa 2010. Kyselylomakkeita jaettiin 8 kirurgiselle vuodeosastolle ja vastauksia saatiin 136. Lopullinen vastausprosentti on 81 prosenttia. Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 15.0 for Windows -ohjelmalla. Tutkimustulokset osoittavat, että yli puolet hoitohenkilöstöstä käyttää fyysistä aktiivisuutta usein tai silloin tällöin tunteiden prosessoinnin keinona. Enemmän kuntoliikuntaa harrastavat käyttivät liikkumista useammin tunteiden prosessoinnin keinona.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO POLYTECHNIC

Social Services and Health care

Degree Programme in Nursing

Public Health Nurse

HOLAPPA, LIISA & JURVELIN, MIKAEL & KROPSU, AURELIA

PHYSICAL ACTIVITY IN EMOTIONAL-PROCESSING

Bachelor's thesis: 43 pages, 6 appendices

Advisors: Kilpiäinen, Seppo & Pietiläinen, Hannele

29.11.2010

Keywords: Emotion-processing methods, physical activity, nursing, burnout phenomenon

The purpose of this study was to identify the importance of physical activities as a way of emotional-processing methods of care workers. The research problem was; how a care workers use physical activities as a way of emotional processing. The study also surveyed the care workers' overall well-being at work and the amount of physical activities.

The study was conducted by a quantitative method. The data was gathered using a structured questionnaire at Oulu University Hospital in April 2010. Questionnaires were handed out to each eight surgical ward and results were got 136. The final response rate was 81 percent. The data were analyzed using SPSS 15.0 for Windows software. The results show that more than half of health care staff uses physical activities frequently or occasionally as a way of processing emotions. Those who are more into fitness exercises used physical activities more often as a way of processing emotions.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 HOLISTINEN IHMISKÄSITYS	3
2.1 Kehotietoisuus	3
2.2 Symbolisaatioprosessi	4
3 FYYSSINEN AKTIIVISUUS	6
3.1 Fyysisen aktiivisuuden terveystvaikutukset	6
3.2 Fyysinen aktiivisuus ja mielenterveyden häiriöt	7
3.3 Fyysisen aktiivisuuden suositukset.....	7
3.4 Fyysisen aktiivisuuden mittausmenetelmät	8
4 HOITOYHTEISÖ TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ	9
4.1 Uupumisen ilmiöt	11
4.1.1 Stressi	12
4.1.2 Ahdistus	14
4.1.3 Myötätuntouupuminen.....	15
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA ONGELMAT	17
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	18
6.1 Tutkimusote, aineiston keruu ja kohdejoukko.....	18
6.2 Aineiston analysointi	19
7 TUTKIMUKSEN VAIHEET	20
8 TULOKSET	21
8.1 Taustamuuttujien tarkastelua.....	21
8.2 Työkyky, kuntotaso ja fyysisen aktiivisuuden määrä.....	23
8.3 Liikunta ja uupumisen ilmiöt.....	28
8.4 Liikkuminen keinona tunteiden prosessoinnissa	32
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	36

10 POHDINTA.....	38
10.1 Eettisyys	39
10.2 Luotettavuus	39
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Terveysthuollon henkilöstön uupuminen on nykypäivänä yleinen keskustelun aihe. Hoitohenkilöstö käyttää sairaalomia yhä enemmän työuupumuksen vuoksi. (Suonsivu 1997, 11.) Kaikilla auttamistyötä tekeillä on työuupumisen riski. Hoitotyö kuormittaa työntekijää monella tasolla. Työ on vaativaa ja vastuullista. Yhteiskunnallisesta tilanteesta johtuva talouden kiristyminen, priorisointi ja väestön vanheneminen kuormittavat hoitajia. (Lehestö & Koivunen & Jaakkola 2004, 194.) Myös työn riskit, alipalkkaus sekä epäsäännölliset työajat huonontavat työhyvinvointia (Suonsivu 2003, 103).

Kehon ja mielen yhdistävä näkemys on tehnyt kääntein empirisen ihmistieteen menetelmille. Näkemyksen mukaan ihmisen sisäinen todellisuus, johon kuuluvat myös keholliset tunteet ovat osa fyysistä todellisuutta. (Anttila 2009.) Symbolisaatioprosessin mukaan tiedostamattomille asioille voidaan saada psyykinen sisältö toiminnan, esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden kautta. Toisaalta myös keholliset tunteet voivat kertoa psyykkisestä ongelmasta. (Siltala 1992.)

Kiinnostuimme liikunnan merkityksestä hoitotyöntekijöiden työssä jaksamiseen ja päätimme tehdä opinnäytetyönä tutkimuksen aiheesta sen ajankohtaisuuden vuoksi.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kartoittaa, miten hoitohenkilökunta käyttää liikkumista tunteiden prosessoinnin keinona. Tutkimus kartoittaa myös hoitohenkilöstön työn kuormitusta, fyysisen aktiivisuuden määrää sekä uupumisen ilmiöiden esiintyvyyttä. Tutkimus on määrällinen. Mittarina toimi kyselylomake, joka sisälsi suljettuja kysymyksiä. Kohderyhmä koostui Oulun Yliopistollisen sairaalan kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilökunnasta. Tässä tutkimuksessa keskitytään fyysiseen aktiivisuuteen symbolisaatioprosessin keinona. Tutkimuksessa on ohjaavana teoriana käytetty Rauhalan soveltamaa holistista ihmiskäsitystä. Sen mukaan ihmisen ontologinen perusmuotoisuus eli olemaisuus voidaan esittää kolmijakoisena. Nämä perusmuodot voidaan nimetä käsittein tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Ihmisen on todellistuttava näissä olemismuodoissa, jotka ovat kaikki vuorovaikutuksessa keskenään. (Rauhala 1983, 25.) Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää henkilökunnan työhyvinvoinnin kehittämisessä.

Tutkittavat saavat tietoa työympäristönsä työhyvinvoinnista tutkimustulosten avulla.
Tutkimus antaa myös tietoa liikunnan merkityksestä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

2 HOLISTINEN IHMISKÄSITYS

Tutkittaessa ihmistä empiirisesti on otettava huomioon se, miten ihmistä ainutlaatuisuutensa vuoksi tarkastellaan. Tätä tieteenfilosofian analyysin tulosta, jossa ratkaisuksi saadaan tutkimukselle ihmiskäsitys, kutsutaan ontologiseksi ratkaisuksi. (Rauhala 1990, 28–32.)

Filosofit ovat esitelleet erilaisia ihmiskäsityksiä ihmisen olemassaolosta. Ne voidaan tyypitellä monistisiin, dualistisiin, pluralistisiin ja monopluralistisiin. Monistisissa ihmiskäsityksissä ihmisen olemassaolo nähdään yhden ainoan olemisen muodon pohjalta. Dualismi taas katsoo ihmisen olemassaolon edellyttävän kaksi perusmuotoa, jotka tavallisesti esitetään muodossa tajunta ja keho. Pluralistisissa ihmiskäsityksissä ihminen nähdään todellistuvan monenlaisina osajärjestelminä, mutta osioita tutkitaan erillisinä. Monopluralistinen näkemys edellyttää ihmisen kokonaisuutta. Monopluralistisia ihmiskäsityksiä kutsutaan myös holistisiksi. (Rauhala 1983, 20–23.)

Tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on Lauri Rauhalan soveltama holistinen ihmiskäsitys. Se sisältää aiempien ihmiskäsitystyyppien olennaisimmat osat ja lähestyy yhä täydellisemmin ihmisen kokonaisvaltaisuutta. Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihmisen ontologinen perusmuotoisuus eli olevaisuus voidaan esittää kolmijakoisena. Nämä perusmuodot voidaan nimetä käsittein tajunnallisuus eli psyykkis-henkinen olemassaolo, kehollisuus, joka tarkoittaa olemassaoloa orgaanisina prosesseina ja situationaalisuus eli olemassaolo suhteessa todellisuuteen. Ihmisen on todellistuttava näissä olemismuodoissa, jotka ovat kaikki vuorovaikutuksessa keskenään. (Rauhala 1983, 25.)

2.1 Kehotietoisuus

Rauhala jäsentää tietoisuuden rakenteen fenomenologiseen filosofiaan perustuen. ”Tajuton” on sellaista, mitä emme voi kokea, kun taas ”tajuinen” on jotain sellaista, mistä voimme tulla tietoiseksi. Tiedostamattomat kokemukset ovat sellaisia, joiden merkityssisältö ja – suhde ovat vielä hämääriä. Rauhalan mukaan ihminen voi kuitenkin jäsentää kehollisten

kokemusten merkitystä suuntaamalla huomionsa niihin, jolloin tiedostamaton voi muuttua tietoiseksi sekä kielelliseksi. Keholliset kokemukset tuottavat siis merkityksiä ja merkityssuhteita tiedostamattomille asioille. (Rauhala 1998, 36–39.)

Anttila on tutkinut kehollisten kokemusten ja tuntemusten yhteyttä tajunnallisiin prosesseihin. Anttilan mukaan mikä tahansa kehollinen toiminta, kuten kävely tai tanssi, voi toimia sisäisen tarkastelun pohjana. Kehotietoisuus on ajattelun ja oppimisen perusta ja sitä voi harjoittaa. Kehotietoisuuden harjoittaminen antaa mahdollisuuden tulkita sekä ymmärtää kokemuksia, jotka usein arkielämässä sivutetaan merkityksettöminä tai joita ei tiedosteta. Menetelmä myös purkaa dualistista käsitystä ihmisyydestä. (Anttila 2009, 88.)

2.2 Symbolisaatioprosessi

Ruumiillisuus ja psyykkisyys ovat ihmisyyden perusmuotoja. Ruumis ilmaisee itseään mielenmaailmassa ja mieli ruumiissa, minkä ilmaisemiseksi käytetään psykosomatiikka-käsitettä. (Siltala 2002, 241.) Psykosomaattisia ilmiöitä ei voida rajoittaa pelkästään psykosomaattisiin sairauksiin, vaan kaikkeen fyysisiin vaurioihin ja sairauksiin tai ilmiöihin, joissa psykologisilla tekijöillä on merkittävä osuus. Sisäisten ristiriitojen ja ulkoisten paineiden heikentäessä ihmisen psyykkistä käsittelykykyä hän vastaa psykologiseen kärsimykseen kehollisilla oireilla eli somatisoinnilla. (McDougall 2000, 27,56.)

Kun psyykkistä kipua ei voida tavoittaa eikä käsitellä mielikuvien tai sanallisen ajattelun piirissä, se ilmenee kehollisina oireina, ruumiin kielellä. Sanojen puuttuessa keho kertoo sanattomaksi jääneestä ahdingosta. Tällöin kyseessä on psyykkisen toiminnan symbolinen prosessi. (Siltala 1992.) Esimerkiksi ahdistuneisuuden tiedostamisen sijasta yksilö saattaa ylensyödä tai sairastua flunssaan, eli hän hävittää tunteen sen tiedostamisen ja käsittelemisen sijasta. (McDougall 2000, 12,24.)

Symbolisaatioprosessin mukaan toiminnalla pyritään vaikuttamaan fyysisiin ja psyykkisiin tuntemuksiin. Esimerkiksi fyysisesti aktiivisen toiminnan, liikuntasuorituksen, aikana ihminen voi prosessoida tuntemuksiaan. Mieli saadaan avautumaan ja tuntemuksille voidaan

saada psyykkinen sisältö. Asia voidaan verbalisoida ja mahdollisesti jakaa myös muiden kanssa. (Liite 3)

Hyvä kehon kunto voi edistää kokemisen suotuisuutta siten, että kokemisen ”väline” on kunnossa. Keho ei tällöin tarjoa kokemukselle mitään epäsuotuisaa, vaan päinvastoin positiivista vireyttä ja elinvoimaisuutta. (Hyypä 1997, 101.)

Tässä tutkimuksessa tunteiden prosessoinnin keinoksi on rajattu fyysinen aktiivisuus. Esimerkiksi Thayerin, Newmanin & McClainin tutkimuksesta on käynyt ilmi, että liikunta on tehokkain ja käytetyin keino tunnetilojen säätelyssä (Thayer & Newman & McClain 1994). Tutkimuksessa kohdejoukolta kysytään, käyttävätkö he liikkumista keinona omien tunteidensa prosessoinnissa.

3 FYYSINEN AKTIIVISUUS

Fyysistä aktiivisuutta kuvataan keston, toistuvuuden, intensiteetin ja lajin avulla. (Montoye, H. J., Kemper, H.C. G., Saris, W.H.M. & Washburn, R.A. 1996). Fyysinen aktiivisuus on luurankoli hasten aikaansaamaa liikettä, josta seuraa energiankulutusta kun taas fyysinen kunto on yksilön ominaisuus, joka voidaan liittää joko terveyteen, taitoon tai kykyyn toteuttaa fyysistä aktiivisuutta. Harjoittelu on suunniteltua, rakenteellista ja toistuvaa toimintaa, joka tähtää fyysisen kunnan parantamiseen tai ylläpitämiseen (Caspersen, C. J., Powell, K.E. & Christenson, G.M. 1985, 126–31).

3.1 Fyysisen aktiivisuuden terveysvaikutukset

Normaali kasvu, kehitys ja toimintakyvyn säilyminen edellyttää fyysistä aktiivisuutta. Sen merkitys korostuu usein ikääntymisen ja sairauksien laskiessa toimintakykyä. Tarkasteltaessa fyysisen aktiivisuuden terveysvaikutuksista viitataan usein kestävyystyypiseen fyysiseen aktiivisuuteen kun taas voimailutyypisen fyysisen aktiivisuuden vaikutuksia on tutkittu huomattavasti vähemmän. (Vuori, I. 1988, 442–486.)

Säännöllisen liikunnan hyödyistä ja passiivisen elämäntavan riskeistä on merkittäviä todisteita (Kleim, Blanton & Kretsch 2004, 1398–1409). Säännöllisellä liikunnalla on iso rooli muun muassa toimintahäiriöiden ja sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa (Vuori, I. 1999, 442–452). On myös osoitettu, että säännöllinen fyysinen aktiivisuus voi kasvattaa tuottavuutta työpaikoilla sekä vähentää toistuvia työpoissaoloja ja työntekijöiden vaihtuvuutta (WHO 2009).

Useimmat terveysongelmat, kuten sydän- ja verisuonitaudit, lihavuus, tyypin II diabetes, osteoporoosi, eräät syöpälajit, stressi ja mielenterveyden häiriöt voidaan yhdistää elämäntapoihin ja matalaan fyysiseen aktiivisuuteen (Montoye, Kemper, Saris, & Washburn 1996). Arvioidaan että maailman aikuisväestöstä 17 % on fyysisesti inaktiivisia ja 41% riittämättömästi aktiivisia. Matalan fyysisen aktiivisuuden arvioidaan aiheuttavan vuosittain

1.9 miljoonan ihmisen kuoleman maailmassa (WHO 2009). Suomalaisen kaksoiskohorttitutkimuksen mukaan intensiteetiltään kohtalaista ja kovaa fyysistä aktiivisuutta harrastavalla on pienempi kuolleisuusriski kuin vähän liikuntaa harrastavilla (Kujala, Kaprio, Sarna & Koskenvuo 1998, 440–444). Fyysisestä aktiivisuudesta saatu terveyshyöty saavutetaan jo kohtuullisella aktiivisuudella ja hyöty kasvaa suoraan verrannollisena fyysisen aktiivisuuden määrään (US Surgeon General 1996).

3.2 Fyysinen aktiivisuus ja mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöt lisääntyvät ikärakenteeltaan vinoutuneissa ja elämäntavoiltaan passiivisissa yhteiskunnissa. Fyysisen aktiivisuuden on havaittu edistävän psyykkistä hyvinvointia vähentämällä stressiä ja yksinäisyyden tunnetta ja lievittämällä masennuksen ja ahdistuksen oireita. Fyysistä aktiivisuutta pidetäänkin halpana ja tehokkaana akuutin mielenterveyden häiriön osahoitomuotona. (Paluska & Schwenk 2000, 167–180). Fyysisellä aktiivisuudella on myös suuri rooli yksilön riskikäyttäytymisen estämisessä ja kontrolloimisessa. Riskikäyttäytymistä on muun muassa alkoholin, tupakan ja muiden vastaavien aineiden käyttö sekä epäterveellinen ruokavalio ja väkivalta (WHO 2009).

Tutkimusten mukaan omaehtoinen liikunta edistää psyykkistä hyvinvointia vain silloin kun liikunta on säännöllistä ja riittävää ja kun harrastaja sitoutuu noudattamaan tiettyä ohjelmaa ja kokee sen itselleen mielekkääksi. Satunnaiset liikuntakerrat voivat kohentaa ainoastaan hetkellisesti mielialaa, mutta niillä ei ole pysyvää vaikutusta. (Lintunen, T. & Koivumäki, K. & Säilä, H 1995, 25.) Liiallinen fyysinen aktiivisuus voi kuitenkin johtaa ylikuormitustilaan ja aiheuttaa masennusta muistuttavia psykologisia oireita. (Paluska & Schwenk 2000, 167–180)

3.3 Fyysisen aktiivisuuden suositukset

Liikuntasuositusten mukaan kaikkien terveiden 18 - 65 -vuotiaiden tulee harrastaa kohtalaisen intensiteetin aerobista fyysistä aktiivisuutta vähintään 30 minuuttia viitenä

päivänä viikossa tai vaihtoehtoisesti kovan intensiteetin aerobista fyysistä aktiivisuutta vähintään 20 minuuttia kolmena päivänä viikossa. Päivittäinen fyysinen aktiivisuus voidaan jakaa myös erillisiin 10 minuutin suoritusannoksiin. Liikuntasuositus saavutetaan myös yhdistelemällä kovaa ja kohtalaista aerobista fyysistä aktiivisuutta. Kohtalaisen intensiteetin fyysinen aktiivisuus on esimerkiksi reipasta kävelyä, joka nostaa sykettä. Kova intensiteetti on taas esimerkiksi lenkkeilyä, jota seuraa tiheytynyt hengitys sekä merkittävä sydämen sykkeen nousu. Suositeltu määrä fyysistä aktiivisuutta on lisänä normaalille päivittäiselle aktiivisuudelle. Aerobisen fyysisen aktiivisuuden lisäksi aikuiset hyötyvät aktiviteeteistä, jotka kasvattavat lihasvoimaa. Suosituksen mukaan lihaskuntoaktiivisuutta tulisi harjoittaa vähintään kahtena päivänä viikossa. Lihaskuntoharjoituksen tulisi sisältää 8-10 suurimmille lihasryhmille kohdistuvaa harjoitetta. Suosituksia suuremmat aktiivisuusmäärät lisäävät liikunnan avulla saavutettavaa terveyshyötyä. Fyysisen aktiivisuuden lisääntymisen myötä kasvavat myös luusto- ja lihasvammojen riskit, jolloin osa saavutetusta terveyshyödystä menetetään. (Haskell ym. 2007)

3.4 Fyysisen aktiivisuuden mittausmenetelmät

Fyysistä aktiivisuutta voidaan tarkastella useiden mittausmenetelmien avulla. Mittausmenetelmät jaetaan suoriin ja epäsuoriin mittauksiin. Suoriin fyysisen aktiivisuuden mittausmenetelmiin luetaan kalorimetria, kaksoismerkitty vesi, liikeanturit ja käyttäytymisen arviointi. Epäsuoria mittausmenetelmiä ovat kunnan mittaus, antropometriset mittaukset, aineenvaihdunnan mittaus, sydämen sykkeen mittaus, itseraportointi ja haastattelu (Tudor-Locke & Myers 2001, 91–100).

4 HOITOYHTEISÖ TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

Hoitotyö tarkoittaa kaikkea potilaan hyväksi tapahtuvaa toimintaa. Siihen liittyvät konkreettiset toimenpiteet ja se, miten hienovaraisesti ja myötäelävästi ne toteutetaan. Toiminta vaikuttaa autettavaan kehon tai tajunnan kanavan kautta. (Rauhala 1989, 127). Hoitotyön perustehtävänä on tukea ihmisen terveyden ylläpitämistä ja saavuttamista. Hoitotyötä toteuttavat hoitohenkilöstö, johon kuuluvat eriasteiset sairaan- ja terveydenhoitajat, kätilöt ja lähihoitajat. Sitä toteutetaan yhteistyössä terveydenhuollon asiakkaiden ja muun terveydenhuollon ammattiryhmien kanssa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 19–20.) Tässä tutkimuksessa hoitohenkilöstöllä tarkoitetaan OYS:n kirurgisilla osastoilla työskenteleviä sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia.

Kaikessa hoitotyössä on yhtäläisyyksiä riippumatta organisaatiosta tai toimipisteestä, vaikka työn sisältö saattaakin vaihdella hyvin paljon. Yleensä ottaen hoitotyö on raskasta ja kuormittavaa siihen liittyvän vastuun ja vaativuuden vuoksi. Sallittu virhemarginaali on miltei olematon. (Lehestö ym. 2004, 194.) Terveydenhuollon vaatimus- ja koulutustasoon nähden työ on koettu alipalkatuksi. Työajat, usein kolmivuorotyö, ovat kuormittavia. Työn riskit, joihin kuuluvat muun muassa tarttuvat taudit, potilassiirrot ja yksin työskentely, saattavat huonontaa työhyvinvointia. (Suonsivu 2003.)

Utraisen ja Kynkään (2009) tutkimuksessa haettiin syitä, jotka tuottavat tyytyväisyyttä hoitotyöyhteisöissä. Työtyytyväisyys voidaan määritellä positiivisten tunteiden asteena työtä tai sen osia kohtaan (Adams & Bond 2000, 536–543). Työstressi on erittäin hyvin tunnettu ilmiö, kun taas työtyytyväisyyden positiivista näkökulmaa ei ole tutkittu niin hyvin. Tärkeimmät työtyytyväisyyttä lisäävät tekijät jaetaan kolmeen osaan: työyhteisön ihmisten väliset suhteet, potilaan hoito ja hoitotyön organisointi. Ihmissuhteet koostuvat kollegoiden välisistä suhteista, yhteisöllisyyden tunteista, kommunikaatiosta, tiimityöskentelystä, sosiaalisesta ilmapiiristä ja eettisyydestä sekä vertaistuesta. Potilaiden hoitoon lasketaan kuuluvan hoitotyön merkittävyys sairaanhoitajille, mahdollisuus laadukkaaseen hoitotyöhön ja hyvät suhteet hoidettaviin potilaisiin. Hoitotyön organisaatio koostuu työn ja perheen välisestä suhteesta, tukevasta johtamisesta, työympäristöstä, hallittavasta ja sopivasta

työkuormasta, hoitokäytäntöjärjestelmästä, palkasta ja eduista, työn vaihtelevuudesta, itsemääräämisoikeudesta, ammatillisuudesta ja sen kehittämisestä. (Utriainen & Kyngäs 2009).

Työpaikkastressi aiheutuu pääosin työkuormasta, johtajuuskysymyksistä, ammatin sisäisistä ja välisistä konflikteista ja hoitotyön tunnepuolen vaatimuksista (McVicar 2003, 633–642). Liiallinen työkuorma on kuitenkin pääasiallinen hoitohenkilöstön ammatillisen stressin ennustaja. Organisaation stressin ja työtyytyväisyyden välillä on todettu olevan myös riippuvuus (Blegen 1993, 36–41). Asianmukainen hoitajien johtaminen ja johdon tuki hoitajille on avainasemassa vähennettäessä hoitajien työtytymättömyyttä ja työuupumusta. Myös hoitohenkilöstön väliset suhteet ennustavat hyvin hoitajien työtyytyväisyyttä. (Aiken & Clarke & Sloane 2002, 187–194).

Yhteiskunta asettaa myös hoitotyölle vaatimuksia. Taloudellisuus ja priorisointi liitetään nykyään kaikkeen julkisen instituution toimintaan. Sosiaali- ja terveysalalla tämä näkyy henkilöstön supistamisena sekä moniongelmaisempana potilaskuntana. Myös väestön vanheneminen lisää terveydenhuoltohenkilöstön kuormittavuutta. Kiristynyt taloudellinen yhteiskuntatilanne vaikuttaa työsuhteiden epävakauteen. (Lehestö ym. 2004, 194.)

Työntekijän jaksamisen kannalta keskeisiä asioita ovat työn merkityksellisyyden kokemukset, intohimo työhön ja sisäisen äänen kuunteleminen. Oletetaan, että hyvinvoivia hoitajia on nykyaikana vähän julkisessa terveydenhuollossa. Terveydenhuollon henkilöstön uupuminen onkin yksi julkisia keskustelun aiheita. (Suonsivu 1997, 13.)

Ammattiauttajat näkevät työssään autettavien kovia kohtaloita ja joutuvat kohtaamaan elämän raadollisuutta päivittäin. Tämä ei voi olla vaikuttamatta hoitajiin, jotka tekevät työtään persoonallaan ja joiden työhön kuuluu myötätuntoinen kohtaaminen autettavien kanssa. (Nissinen 2007, 18–21)

Suonsivu on tutkinut hoitohenkilöstön masentuneisuutta. Tutkimus kohdistui Pirkanmaan sairaanhoitopiirin viiden sairaalan hoitohenkilöstöön ja vastaajia oli 255. Masentuneeksi itsensä tunteviksi ilmeni 21.6 % ja uupuneeksi 54.1 % vastaajista. 25 % hoitajista kärsi

lievästä työuupumisesta. Masentuneisuuden syiksi ilmentyivät muun muassa hallitsemattomat ja perustelemattomat työelämän muutokset, työkuulttuuriset syyt sekä perustyöstä etäännyntä johtaminen. (Suonsivu 2003, 10, 124, 136, 221.)

4.1 Uupumisen ilmiöt

Työelämä vaatii nykyaikana työntekijältä paljon. Haasteellisessa tietotyössä tarvitaan entistä parempia yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja. Työssä tapahtuvat jatkuvat muutokset sekä työelämää leimaava epävarmuus on tullut osaksi työmarkkinoita. ”Rajallisesta ihmisestä on tullut rajattomien toiveiden toteuttaja.” (Nummelin 2008).

Huolimatta siitä, että yhä useammassa työorganisaatiossa on hyvän työn tunnuspiirteitä, on työn mielekkyys kärsinyt inflaatiota viimeisien vuosien aikana. Työelämä on muuttunut vaativammaksi ja yhä useampi jää masentuneisuuden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle. (Nummelin 2008, 15.)

Psyykkiset rasitusoireet, kuten stressi, uupumus ja masennus hankaloittavat työtehtäviä, jotka vaativat luovuutta, muistamista, keskittymiskykyä, nopeaa päätöksentekoa, uuden tiedon omaksumista ja sosiaalisia taitoja. Stressin varhaisella tunnistamisella voidaan elimistön tasapaino palauttaa ja välttää stressioireiden negatiiviset vaikutukset työkykyyn. Masennus ja uupumisoireet ovat seurausta pitkään jatkuneesta stressistä. (Nummelin 2008, 75.) Henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen ja suhteuttaminen tilannetekijöihin säätelevät psyykkistä hyvinvointia työelämässä. (Nummelin 2008, 31).

Hoitotyössä kohdataan epätasapainoisissa tilanteissa olevia potilaita, jotka ovat usein menettäneet jotain. Potilaita ymmärtävä ja kuuleva kohtaaminen vaatii hoitajalta sisäistä eheyttä, jotta hän itse jaksaa. (Suonsivu 2003, 75.) Auttamistyö vaikuttaa työntekijöihin syvästi ja kokonaisvaltaisesti, joten kaikilla auttajilla on uupumisen riski. Uupumisen yhteydessä täytyy kuitenkin muistaa, että ammattiauttaminen voidaan kokea myös hyvin tyydyttävänä. Siitä ei automaattisesti seuraa uupumisen ilmiöitä. On havaittu, että työn tyydyttävien puolien ollessa tasapainossa kuormittavien tekijöiden kanssa voimavarat

lisääntyvät ja työntekijät jaksavat raskasta asiakastyötä pitkään uupumatta. (Nissinen 2007, 45)

Negatiivinen työstressi johtaa uupumiseen ja loppuun palamiseen. Loppuun palaminen on fyysisen, emotionaalisen ja henkisen uupumisen tila. Uupuminen johtuu työntekijän vaikeudesta käsitellä työn jokapäiväisiä stressitekijöitä sekä pitkästä altistumisesta emotionaalisesti vaativille tilanteille. Palvelualoilla emotionaalista kuormittavuutta lisäävät raskas vuorovaikutus autettavien kanssa, vuorovaikutussuhteiden määrä, työn raskas sisältö ja vaikutusmahdollisuuksien vähäisyys. Uupumukselle ominaisia piirteitä ovat kokonaisvaltainen väsymys, kyyninen asennoituminen työhön ja potilaisiin sekä heikentynyt ammatillinen itsetunto. (Nissinen 2007, 27–28; 37)

4.1.1 Stressi

Stressi kuuluu normaalina osana elämäämme, sillä se on keino selvitä haastavista asioista. Ihminen tarvitsee stressiä sopivassa määrin kyetäkseen tekemään päätöksiä, keskittymään ja toimimaan rakentavasti. (Battison 1997, 6.) Sopiva stressin määrä sekä stressinsietokyky ovat yksilöllisiä. (Lehestö & Koivunen & Jaakkola 2004, 195.)

Autonominen hermosto säätelee stressireaktioon liittyviä fyysisiä reaktioita, joita ovat esimerkiksi sykkeen, verenpaineen ja verensokerin kohoaminen, hengitystiheyden kiihtyminen, hikoilun lisääntyminen ja ruoansulatuksen väheneminen. Nämä muutokset elimistössä ovat sopeuttavia, sillä ne valmistavat ihmistä stressireaktioon. Puhekielessä stressi saa monenlaisia merkityksiä. Stressaantuneisuudella kuvataan usein väsymystä, rasittuneisuutta tai ahdistuneisuutta. Stressi liitetään negatiiviseen tunnekokemukseen. Yksinkertaisesti stressi voidaan määritellä ristiriitatilanteena, jossa tavoitteet ja voimavarat sekä tarpeet ja niiden tyydyttämisen mahdollisuus ovat ristiriidassa. Stressi on siis dynaaminen ja motivoiva prosessi, joka saa ihmiset toimimaan. Ongelmia syntyy kuitenkin, jos tavoitteisiin pääseminen vaatii kohtuutonta ponnistelua tai tavoitetta ei voida saavuttaa esteen takia. (Toivio & Nordling 2009, 187–188.)

Stressi voi johtaa rasitusasteiseen väsymiseen, kun ihminen vaatii itseltään liikaa ja stressi muuttuu jatkuvaksi prosessiksi, eikä esimerkiksi viikonloppuloma työstä riitä palauttamaan voimavaroja. Elämä muuttuu suorittamiseksi tai pakkotahtiseksi työksi. Rasitusasteiseen väsymiseen liittyy psyykkisiä oireita, kuten ahdistuneisuutta, ärtyisyyttä, unettomuutta ja ilottomuutta sekä somaattisia oireita, kuten niska-hartiaseudun kipuja, vatsaoireita, kohonnutta verenpainetta, päänsärkyä ja sydämen rytmihäiriöitä. (Toivio & Nordling 2009, 188.)

Pitkäkestoinen stressitila voi johtaa työuupumukseen, jolle on tunnuksenomaista jatkuva uupumisasteinen väsymys, työmotivaation menetys, ammatillisen itsearvostuksen vähentyminen sekä työtehtäviin liittyvä kyyninen välinpitämättömyys. Hoitoalojen työntekijöiden sekä muiden ammattiauttajien keskuudessa työuupumus näkyy välinpitämättömyytenä ja persoonattomana asennoitumisena asiakkaisiin. (Toivio & Nordling 2009, 201.)

Vartiovaaran (2004) mukaan stressi voidaan jakaa kolmeen tyyppiin: eustressiin, neustressiin ja distressiin. Eustressi on nk. hyvää stressiä, jota esiintyy innostavassa tai motivoivassa tilanteessa. Usein tällainen tilanne on jokin harrastus. Neustressi ei aiheuta sen enempää hyvää kuin pahaakaan mielialaa. Esimerkkinä voidaan käyttää jotain suuronnettomuutta, joka ei kaukana asuville aiheuta stressiä sanan varsinaisessa merkityksessä, vaikka usein herättääkin tunteita. Distressi on pahaa stressiä, joka voidaan sekin jakaa kahteen muotoon. Akuutti distressi tavallisesti voimakasta, mutta helposti lievittyvää. Krooninen distressi kestää muutamasta päivästä jopa vuosiin, ja stressitekijä on yhtä lailla voimakas kuin akuutissa distressissä. (Vartiovaara 2004, 14–15.)

4.1.2 Ahdistus

”Ahdistuneisuudella tarkoitetaan tunnetilaa, johon liittyy osin tietoinen tai tiedostamaton huoli jostain nykyhetkeen tai tulevaisuuteen liittyvästä tapahtumasta”. (Huttunen 2009). Jos ahdistuneisuus muistuttaa paljon pelon kaltaista tunnetilaa, on kyse usein erilaisista fobioista tai pelkotiloista. Pelko kuitenkin kohdistuu johonkin todelliseen uhkaan, mutta ahdistuneisuudessa pelolle ei ole todellista uhkaa, vaan ahdistuneisuutta kokeva ihminen voi ymmärtää itsekkin, että pelon tunne on suhteeton ulkoiseen uhkaan nähden. Ahdistunut ihminen kokee pelkoa ilman vaaraa, mutta pelon tunne voi kuitenkin olla lähtöisin koetusta traumaattisesta tapahtumasta. (Partonen, Timo (toim.) 2009, 235).

Ahdistuneisuuden voimakkuus ja luonne voi vaihdella lievästä ahdistuneisuudesta päivittäiseen paniikinomaiseen pelkotilaan. Lievästä ahdistuneisuudesta vähänkin voimakkaampi ahdistus laukaisee sympaattisen hermoston. Sympaattisen hermoston aktivoituminen aiheuttaa somaattisia oireita, joita ovat muun muassa verenpaineen kohoaminen, sydämentykytys, hengenahdistus, ruokahaluttomuus, vapina, huimaus ja hikoilu. (Huttunen 2009).

Tietty määrä huolta tekee hyvää kaikille. Sopiva ahdistus saa ihmisen suorittamaan velvollisuutensa, auttaa kehityksessä ja suojaa vaaratilanteilta. Psykkiseksi sairaudeksi ahdistuneisuus muuttuu, kun tuskaisuus on jatkuvaa, pitkäaikaista ja haittaa merkittävästi elämää ja heikentää jokapäiväistä toimintakykyä. (Huttunen 2009).

Koska ahdistuneisuus ilmenee kehollisena, on myös sen hoitaminen kehon kautta perusteltua. Fyysinen aktiivisuus on erittäin suositeltava keino vähentämään psyykkistä ahdistusta. (Svennevig 2005, 187)

4.1.3 Myötätuntouupuminen

Myötätuntouupuminen on yksi osa työuupumusta. Riski myötätuntouupumiselle syntyy, kun ollaan toistuvasti empaattisessa vuorovaikutussuhteessa kärsivien ihmisten kanssa. Jotta ammattiauttaja ei altistuisi myötätuntouupumiselle, hänen on pystyttävä irrottautumaan potilaan vaikeista kokemuksista. (Haarala & Jääskeläinen & Kilpinen & Panhelainen & Peräkoski & Paukko & Riihimäki & Sundman & Tauriainen 2010, 92–93.)

Ominaisia piirteitä myötätuntouupumiselle ovat fyysiset stressireaktiot, kyynisyys ja sisäinen turtuminen, itsetunnon heikkeneminen sekä ihmissuhdeongelmat. Ammattiauttamisen yhteydessä myötätuntouupumuksesta puhutaan sekundäärisenä traumana tai sijaistraumatisoitumisena. (Nissinen 2007, 12–14, 55).

Riskialttiita töitä myötätuntouupumiselle ovat muun muassa terapiatyö, kriisityö sekä trauma- ja masennuspotilaiden hoitotyö. Työlleen omistautuva ja sen haasteellisena kokeva työntekijä uupuu helpommin. (Haarala ym. 2010, 92–93.)

Sijaistraumatisoituminen kuvaa tunnereaktioihin liittyviä tulkintoja ja niiden merkityksiä. Sijaistraumatisoituminen on hidas kehitysprosessi, joka kuvaa uupumista kokonaisvaltaisena muutosprosessina auttajan sisäisessä kokemusmaailmassa. Ammattiauttaja luo jatkuvasti uusia ajatus- ja toimintatapoja ympäristöstään saamansa tiedon, tulkintojensa ja aiempien kokemustensa avulla. Kehitys voi johtaa ammatillisuuden vahvistumiseen tai ihmis- ja maailmankuvan sekä ammatti-identiteetin muutoksiin niin, että hoitaja suojautuu emotionaalisesti kuormittavilta tehtäviltä ja etäännyy sekä potilaista että omasta itsestään. Sijaistraumatisoitumiseen kuuluu, että uupumiseen johtavat juuri hoitajan kokemusmaailman negatiiviset muutokset, eivät potilaiden tarinat tai tilanteet sinänsä. (Nissinen 2007, 138–139).

Sijaistraumatisoitumisen teorian perusta on kognitiivis-konstruktiiivisen minän kehitysteoria. Teorian perusajatuksena on, että uusien elämäkokemusten myötä ihmisen kokemisen tapa muotoutuu ja kehittyy jatkuvasti. Sopeutumiseen tähtäävät toimintatapojen muutokset ja niihin liittyvät asioiden ja tilanteiden tulkinnat sekä henkilön uskomukset omasta itsestä ja ihmisestä yleensä ovat teorialle keskeisiä. (Nissinen 2007, 141).

Sekä potilas ja ammattiauttaja ovat alttiita oman kokemusmaailmansa muutoksille. Sisäiseen kaaokseen ja hallitsemattomaan olotilaan joutumista ehkäisee ajattelutapojen ja tunteiden käsittelyn muutokset sekä fysiologiset muutokset. Koska ihminen on psykofyysinen kokonaisuus saa hän elimistöltään varoitusmerkkejä tilanteissa, joissa on varauduttava suojautumiseen ja tasapainon horjumiseen. Sijaistraumatisoitumisen näkökulma antaa ymmärtää, että ammattiauttajan sopeutumispyrkimykset voivat olla negatiivisia, mutta muutokset ovat kuitenkin tarpeellisia ja voivat olla myös mielekkäitä. (Nissinen 2007, 141)

”Yksi tapa ymmärtää auttajan reaktioita myötätuntuupumisessa on liittää niiden synty autettavan reaktioiden jakamiseen ja todistamiseen. Primäärin- ja sekundäärin posttraumaattisen stressin käsitteet antavat välineitä tähän.” Akuuteissa auttamistilanteissa auttajan reaktiot ovat selkeimmin tunnistettavissa. Yllättävien tilanteiden, kuten onnettomuuksien hoidossa ammattiauttajat tunnistavat usein itsessään samankaltaisia tunteuksia kuin autettavat. (Nissinen 2007, 101)

Primäärillä posttraumaattisella stressillä tarkoitetaan autettavan kokemusta ja sekundäärillä posttraumaattisella stressillä vastaavasti auttajan kokemusta. Primäärissä kokemuksessa ihminen on suoraan yhteydessä trauman aiheuttamaan tilanteeseen, kun taas sekundäärissä kosketus on välillistä. Jotta on voitu kuvata auttajan ja autettavan samassa tilanteessa, mutta eri lähteistä syntyviä reaktioita on ollut tarpeellista liittää määritteet posttraumaattiseen stressiin. Ammattiauttajan kokemus voi kuitenkin olla sekä primääri että sekundääri. (Nissinen 2007, 101–102)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA ONGELMAT

Kartoittava tutkimus etsii uusia näkökulmia ja pyrkii selvittämään vähän tunnettuja ilmiöitä. Kysytään, mitä tapahtuu juuri tietyssä kohderyhmässä tai miten tyypittelyt ovat suhteessa toisiinsa. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2005, 129.)

Tämä tutkimus on kartoittava tutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää, käyttävätkö hoitajat fyysistä aktiivisuutta yhtenä keinona tunteiden prosessoinnissa. Tutkimus kartoitti myös hoitajien työhyvinvointia ja fyysisen aktiivisuuden määrää. Tutkimuksella pyrittiin lisäksi selvittämään säännöllisen liikunnan vaikutusta hoitohenkilöstöllä esiintyviin uupumisen ilmiöihin, fyysisiin vaivoihin sekä omien tuntemusten prosessointiin. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää työhyvinvoinnin kehityksessä. Tavoitteena on myös, että tutkittavat saavat tietoa työympäristönsä työhyvinvoinnista sekä liikunnan merkityksestä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin tutkimustulosten avulla.

Tämän työn tutkimusongelmana on, miten hoitotyöntekijät käyttävät fyysistä aktiivisuutta keinona omien tuntemuksiensa prosessoinnissa.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusote, aineiston keruu ja kohdejoukko

Mittari on väline, jolla saadaan tutkittava tieto määrälliseen muotoon. Tässä tutkimuksessa mittarina toimi kyselylomake (Liite 2). Opinnäytetyön tekijät laativat kyselylomakkeen itse. Valmiita mittareita ei käytetty ollenkaan.

Tutkimus toteutettiin määrällisellä menetelmällä, koska se soveltuu parhaiten suuren ihmisjoukon mielipiteiden kuvaamiseen. Määrällisessä tutkimuksessa keskeistä ovat aiempien teorioiden tarkastelu, johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, hypoteesien esittäminen, tutkittavien henkilöiden valinta ja aineiston keruun suunnitelma. Päätelmien teko perustuu tilastolliseen analysointiin, jossa muuttujat laitetaan taulukkomuotoon ja aineisto tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi ym. 2005, 131.)

Kyselylomakkeen kokeilu on välttämätöntä. Käytettäessä apuna esitutkimusta voidaan kysymysten muotoa korjata varsinaista tutkimusta varten. (Hirsjärvi ym. 2005, 193.)

Aineiston keruu suoritettiin kyselylomakkeella, jossa on strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä. Kysymysten muoto oli standardoitu eli vakioitu. Kyselylomake testattiin Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun aikuisryhmällä. Kyselyyn vastasi 12 henkilöä, ja saadut tulokset vastasivat tutkimusongelmaa.

Tutkimuksen kohderyhmä koostui Oulun yliopistollisen sairaalan kahdeksan kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunnasta, joka koostuu sairaanhoitajista sekä perus- ja lähihoitajista. Kohderyhmä valittiin sillä perusteella, että kyseisillä osastoilla tapahtuva hoitotyö on samankaltaista. Kullekin osastolle vietiin 20 kyselylomaketta. Tutkimukseen haluttiin osallistuvan koko hoitohenkilökunnan, jotta tutkimus saisi laajuutta.

6.2 Aineiston analysointi

Aineiston käsittely aloitettiin, kun tutkimusaineisto oli saatu kerättyä. Kyselylomakkeet käytiin läpi, vajaasti täytetyt lomakkeet karsittiin pois ja laskettiin toteutunut otos ja kato. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) -ohjelmistoa. SPSS on suunniteltu kvantitatiivisen aineiston analyysiin. (Metsämuuronen 2002, 432). Aineiston analyysissä käytettiin yksisuuntaista frekvenssitaulukkoa ja ristiintaulukointia. Yksisuuntaisella frekvenssitaulukolla analysoidaan havaintojen lukumäärää tietyn muuttujan luokassa. Kahden muuttujan riippuvuustarkastelua voidaan suorittaa muodostamalla kaksiulotteinen frekvenssijakauma eli ristiintaulukko. Tällä menetelmällä saatiin syy-seuraussuhteita eri muuttujille. (Nummenmaa & Kontinen & Kuusinen & Leskinen 1997, 116-121.)

7 TUTKIMUKSEN VAIHEET

Tutkimusidea saatiin ohjaajalta jo syksyllä 2008, jolloin aiheen kypsyttely aloitettiin. Konkreettisesti suunnitelman työstäminen alkoi kuitenkin syksyllä 2009. Tutkimuksen aihe on ehtinyt muuttua useaan kertaan ennen nykyiseen muotoonsa hioutumista.

Tutkimussuunnitelma saatiin valmiiksi keväällä 2010, jonka jälkeen alkoi kyselylomakkeen työstäminen. Kyselylomakkeen esitestauksen jälkeen oltiin yhteydessä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kirurgisen vastualueen erikoissuunnittelija Pia Liljamoon, jolle tutkimuslupa-anomus esitettiin. Hän toimitti tutkimuslupa-anomuksen kirurgian ylihoitaja Mirjam Ingetille, joka myönsi opinnäytetyönä tehtävälle määrälliselle tutkimukselle luvan. Sen jälkeen kullekin osastolle vietiin erikseen tarvittava määrä lomakkeita ja saatekirje (Liite 1). Vastausaikaa annettiin 1,5 viikkoa.

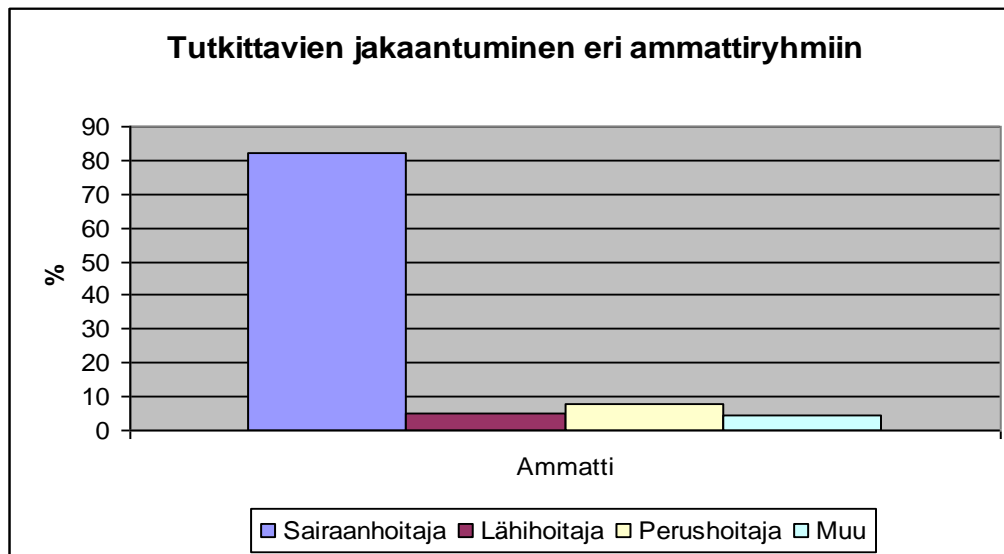
Kesän 2010 opinnäytetyön prosessi oli aikalailla jäissä henkilökohtaisista syistä johtuen, ja syksyllä työstämistä jatkettiin. Työ valmistui marraskuussa 2010.

8 TULOKSET

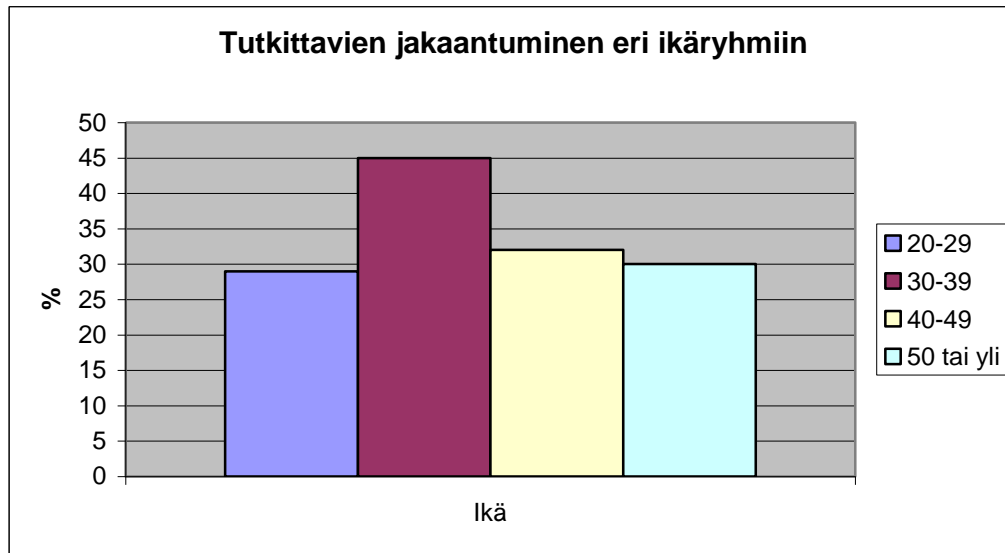
Tutkimuskysely toteutettiin Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla, joita on yhteensä 8. Kullekin osastolle vietiin 20 tutkimuslomaketta eli yhteensä 160 kappaletta. Osa osastoista oli tulostanut kyselylomakkeita itse lisää. Vajaasti täytettyjen lomakkeiden karsimisen jälkeen vastauksia saatiin 136. Lopullinen vastausprosentti oli 81.

8.1 Taustamuuttujien tarkastelua

Tutkimukseen vastanneet jakautuivat eri ammattiryhmiin kuvassa 1 esitetyllä tavalla. Tutkittavista 82,4 % oli sairaanhoitajia, 8,1 % perushoitajia, 5,1 % lähihoitajia ja 4,4 % muita hoitotyöntekijöitä.

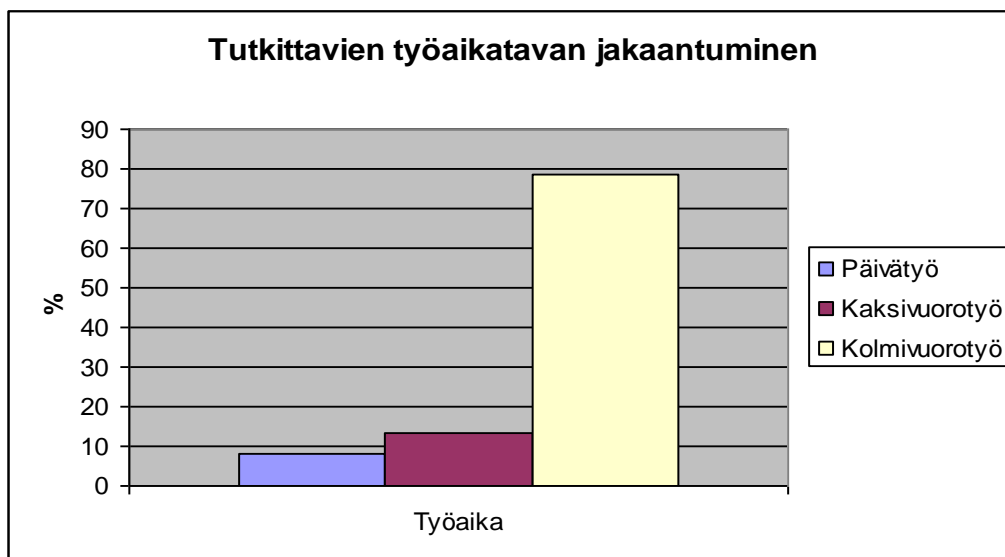


Kuva 1. Tutkittavien jakaantuminen eri ammattiryhmiin.



Kuva 2. Tutkittavien jakaantuminen eri ikäryhmiin.

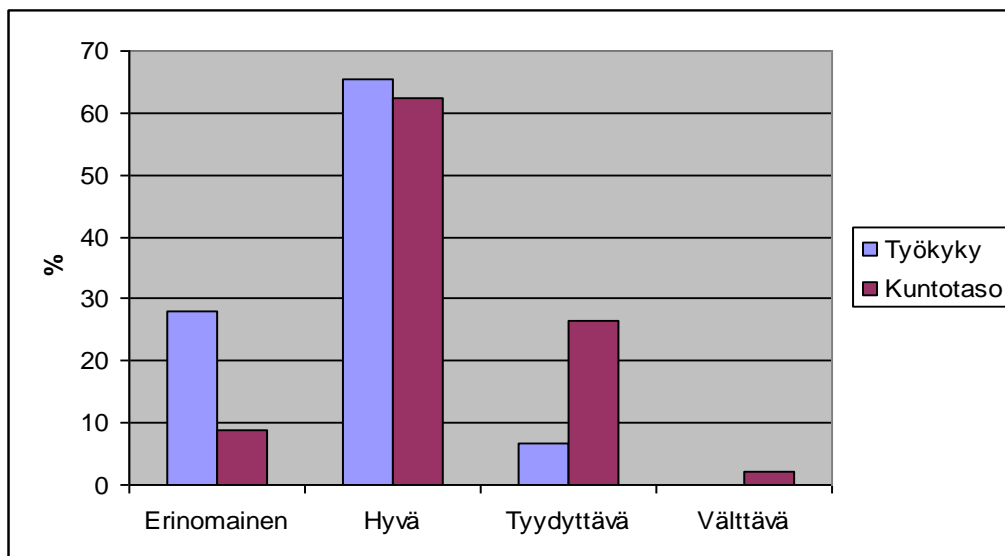
Suurin osa tutkittavista oli naisia (94,1 %). Tutkittavien työajan jakaantuminen päivätyöhön, kaksivuorotyöhön ja kolmivuorotyöhön on esitetty kuvassa 3. Enemmistö tutkittavista teki kolmivuorotyötä (78,7 %), 13,2 % kaksivuorotyötä ja 8,1 % päivätyötä. Tutkimukseen osallistuneista vakinaisia työntekijöitä oli 75,7 % ja määräaikaista 24,3 %. (Liite 4.)



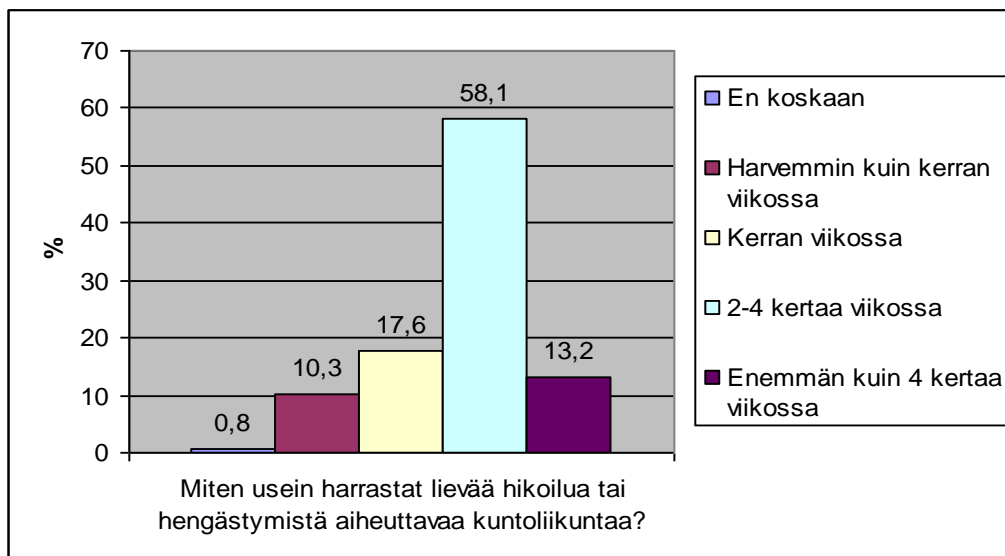
Kuva 3. Tutkittavien työaikatavan jakaantuminen

8.2 Työkyky, kuntotaso ja fyysisen aktiivisuuden määrä

Tutkittavien subjektiivinen kokemus omasta kuntotasosta ja työkyvystä on esitetty kuvassa 4. Lievää hikoilua tai hengästymistä aiheuttavaa kuntoliikunnan harrastaminen tutkittavien keskuudessa on esitetty kuvassa 5.

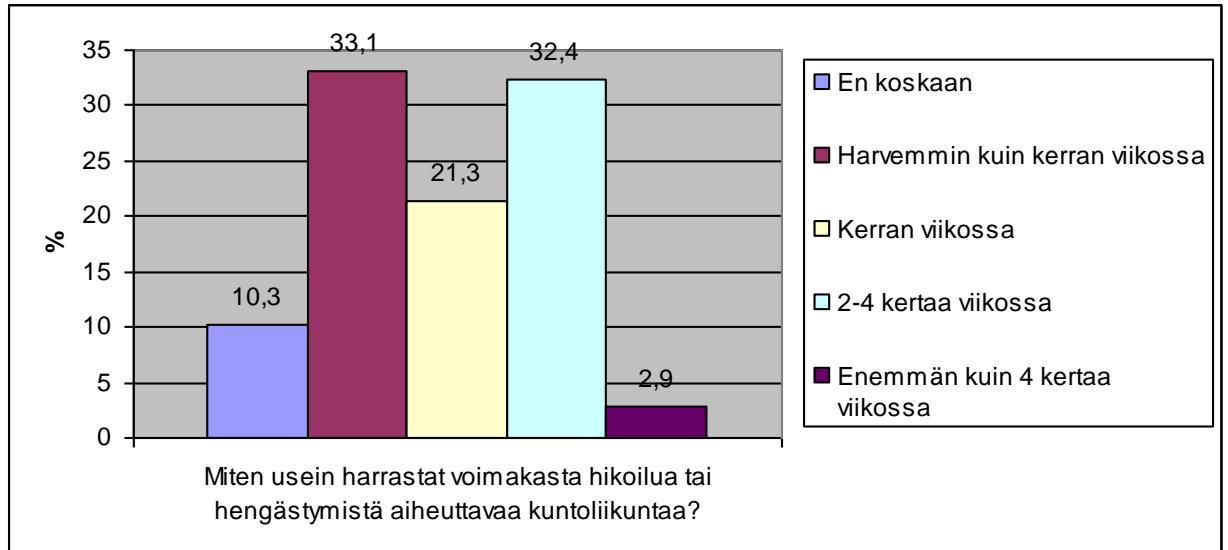


Kuva 4. Tutkittavien subjektiiviset kokemukset omasta työkyvystä ja kuntotasosta.

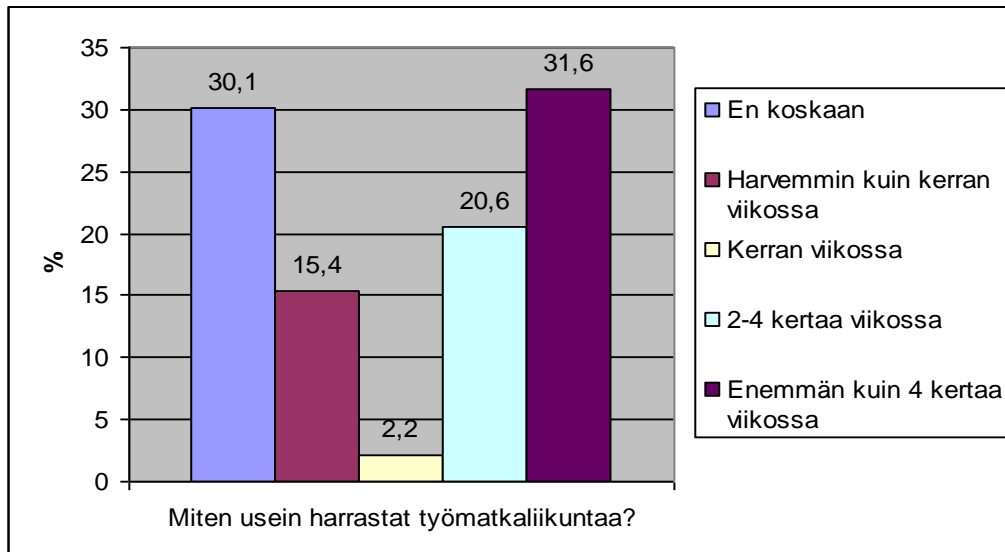


Kuva 5. Kevyesti kuormittavan kuntoliikunnan harrastaminen tutkimusryhmässä.

Voimakasta hikoilua tai hengästymistä aiheuttavan kuntoliikunnan määrä on esitetty kuvassa 6. Työmatkaliikunnan harrastamisen jakautuminen tutkittavien keskuudessa on esitetty kuvassa 7.

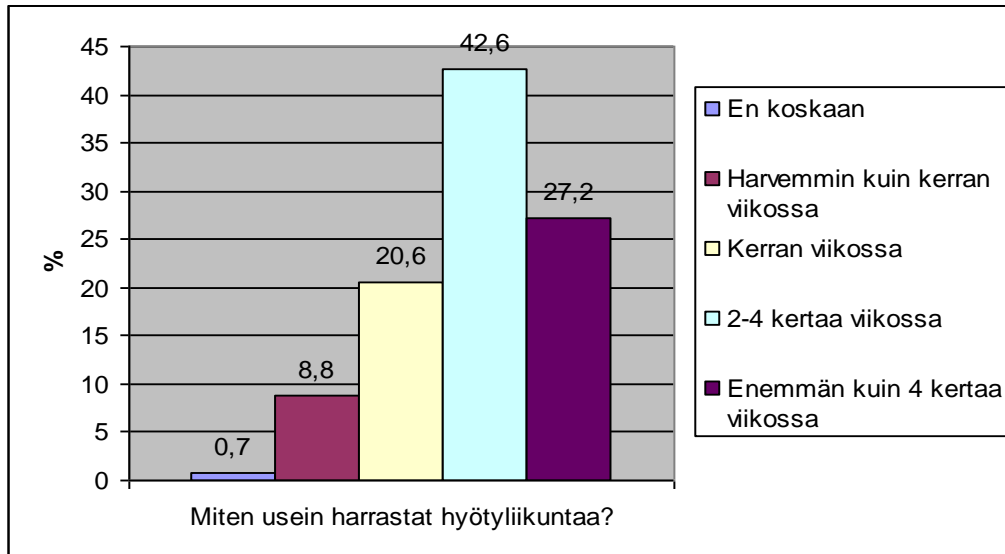


Kuva 6. Voimakkaasti kuormittavan kuntoliikunnan harrastaminen tutkimusryhmässä.



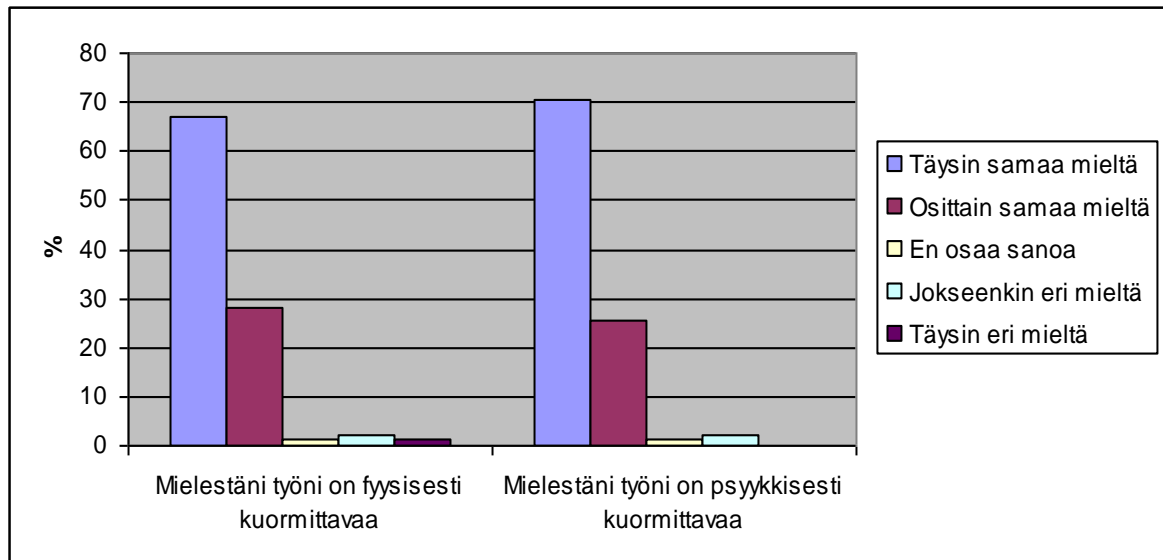
Kuva 7. Työmatkaliikunnan harrastaminen tutkimusryhmässä.

Hyötyliikunnan harrastaminen tutkittavien keskuudessa on esitetty kuvassa 8.



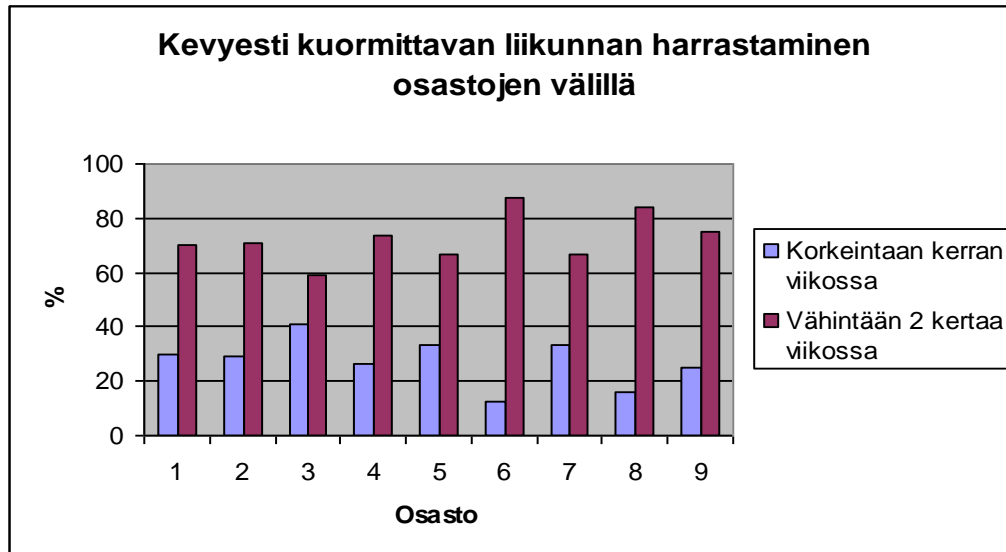
Kuva 8. Hyötyliikunnan harrastaminen tutkimusryhmässä.

Tutkittavista 96.3 % oli täysin tai osittain samaa mieltä väittämästä työni on psyykkisesti kuormittavaa. 94.9% vastaajista kokivat työnsä fyysisesti kuormittavaksi. Tutkittavien kokemukset työn fyysisestä ja psyykkisestä kuormittavuudesta on esitetty kuvassa 9.

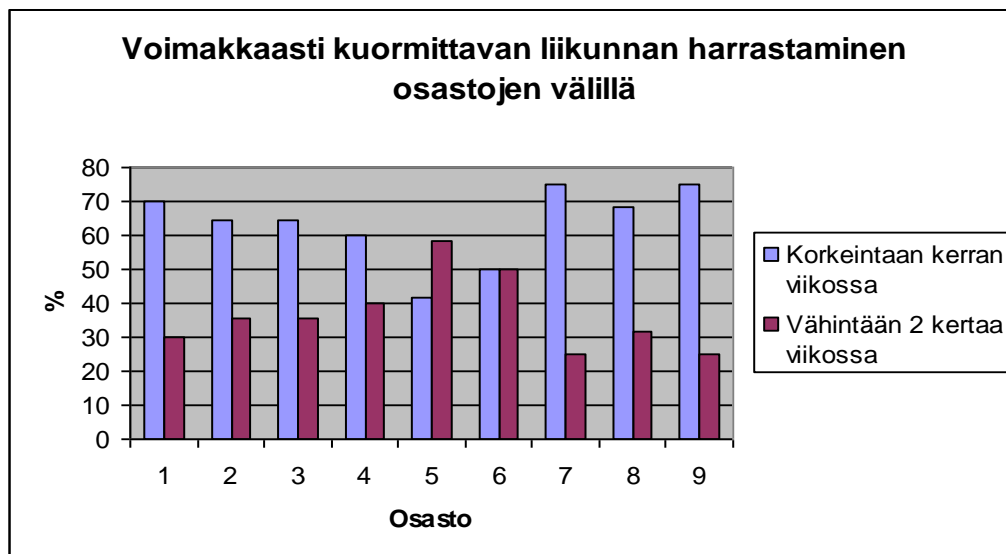


Kuva 9. Tutkittavien subjektiiviset kokemukset työnsä psyykkisestä ja fyysisestä kuormittavuudesta.

Kuvassa 10 on esitetty lievästi kuormittavan kuntoliikunnan ja kuvassa 11 voimakkaasti kuormittavan kuntoliikunnan harrastamisen jakaantuminen tutkimukseen osallistuneiden osastojen välillä.



Kuva 10. Kevyesti kuormittavan kuntoliikunnan harrastaminen eri osastoilla.



Kuva 11. Voimakkaasti kuormittavan kuntoliikunnan harrastaminen eri osastoilla.

8.3 Liikunta ja uupumisen ilmiöt

Voimakkaasti kuormittavan kuntoliikunnan määrän ja myötätuntouupumisen kokemisen yhteys on esitetty taulukossa 1. Voimakasta hikoilua tai hengästymistä 2 kertaa viikossa tai useammin harrastavista 6,3 % ja kerran viikossa tai harvemmin harrastavista 15,9 % koki myötätuntouupumista työssään usein tai silloin tällöin. Kerran viikossa tai harvemmin voimakkaasti kuormittavaa kuntoliikuntaa harrastavista 21,6 % ei kokenut lainkaan myötätuntouupumusta työssä. Kaksi kertaa tai useammin voimakkaasti kuormittavaa kuntoliikuntaa harrastavista 12,5 % ei ollut kokenut lainkaan myötätuntouupumusta töissä.

	Olen kokenut työssäni myötätuntouupumista				
Voimakkaasti kuormittavan kuntoliikunnan määrä	usein	silloin tällöin	joskus	harvoin	en koskaan
kerran viikossa tai harvemmin	2,3%	13,6%	20,5%	42%	21,6%
2 kertaa viikossa tai useammin	2,1%	4,2%	37,5%	43,8%	12,5%
Koko joukko	2,2%	10,3%	26,5%	42,6%	18,4%

Taulukko 1. Voimakkaasti kuormittavan kuntoliikunnan määrä ja myötätuntouupumuksen kokeminen työssä.

Kevyesti kuormittavan kuntoliikunnan määrän ja myötätuntouupumisen kokemisen yhteys on esitetty taulukossa 2. Kaksi kertaa tai useammin harrastavista 11,4 % koki myötätuntouupumista usein tai silloin tällöin. Harvemmin liikkuvista 15,4 % koki myötätuntouupumista usein tai silloin tällöin. 2 kertaa tai useammin liikkuvista 16,5 % ei kokenut koskaan myötätuntouupumista työssä. Kerran viikossa tai harvemmin liikkuvista 23,1% ei kokenut koskaan myötätuntouupumista.

Kevyesti kuormittavan kuntoliikunnan määrä	Olen kokenut työssäni myötätuntouupumista				
	usein	silloin tällöin	joskus	harvoin	en koskaan
kerran viikossa tai harvemmin	2,6%	12,8%	23,1%	38,5%	23,1%
2 kertaa viikossa tai useammin	2,1%	9,3%	27,8%	44,3%	16,5%
Koko joukko	2,2%	10,3%	26,5%	42,6%	18,4%

Taulukko 2. Kevyesti kuormittavan kuntoliikunnan määrä ja myötätuntouupumuksen kokeminen työssä.

Voimakkaasti kuormittavan kuntoliikunnan ja työn stressaavaksi kokemisen yhteys on esitetty taulukossa 3. Korkeintaan kerran viikossa harrastavista 65,9 % koki työn aiheuttavan stressiä, kun taas vähintään kaksi kertaa viikossa harrastavista vastaava osuus 75 %.

Kevyesti kuormittavan kuntoliikunnan ja stressin kokemisen yhteys on esitetty taulukossa 4. Kerran viikossa tai harvemmin harrastavista 61,5 % koki työn aiheuttavan stressiä, enemmän liikkuvista 72,2 % koki samoin.

	Koen työni aiheuttavan minulle stressiä				
Voimakkaasti kuormittavan kuntoliikunnan määrä	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Kerran viikossa tai harvemmin	10,2%	55,7%	4,5%	23,9%	5,7%
2 kertaa viikossa tai useammin	25,0%	50,0%	4,2%	12,5%	8,3%
Koko joukko	15,4%	53,7%	4,4%	19,9%	6,6%

Taulukko 3. Voimakkaasti kuormittava liikunta suhteessa stressin kokemiseen työssä.

	Koen työni aiheuttavan minulle stressiä				
Kevyesti kuormittavan kuntoliikunnan määrä	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
kerran viikossa tai harvemmin	7,7%	53,8%	10,3%	20,5%	7,7%
2 kertaa viikossa tai useammin	18,6%	53,6%	2,1%	19,6%	6,2%
Koko joukko	15,4	53,7%	4,4%	19,9%	6,6%

Taulukko 4. Kevyesti kuormittava liikunta suhteessa stressin kokemiseen työssä.

Taulukossa 5 on esitetty voimakkaasti kuormittavan kuntoliikunnan harrastamisen ja työssä koetun ahdistuksen yhteys. Kerran viikossa tai harvemmin harrastavista 22,8 % koki työn aiheuttavan ahdistusta ja 2 kertaa viikossa tai useammin harrastavista vastaava osuus oli 37,5 %. Kerran viikossa tai harvemmin kevyesti kuormittavaa kuntoliikuntaa harrastavista 20,5 % ja 2 kertaa viikossa tai useammin harrastavista 31 % koki työn aiheuttavan ahdistusta (Taulukko 6).

	Koen työni aiheuttavan minulle ahdistusta				
Voimakkaasti kuormittavan kuntoliikunnan määrä	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
kerran viikossa tai harvemmin	2,3%	20,5%	10,2%	50%	17%
2 kertaa viikossa tai useammin	10,4%	27,1%	12,5%	29,2%	20,8%
Koko joukko	5,2 %	22,8 %	11%	42,6%	18,4%

Taulukko 5. Voimakkaasti kuormittava liikunta suhteessa ahdistuksen kokemiseen työssä.

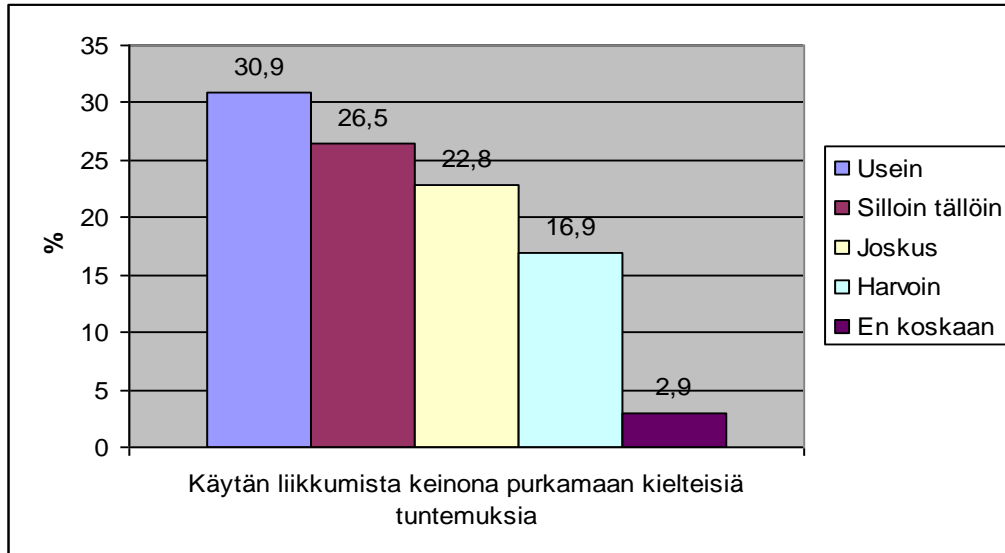
	Koen työni aiheuttavan minulle ahdistusta				
Kevyesti kuormittavan kuntoliikunnan määrä	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
kerran viikossa tai harvemmin	5,1%	15,4%	17,9%	43,6%	17,9%
2 kertaa viikossa tai useammin	5,2%	25,8%	8,2%	42,3%	18,6%
Koko joukko	5,1%	22,8%	11,0%	42,6%	18,4%

Taulukko 6. Voimakkaasti kuormittava liikunta suhteessa ahdistuksen kokemiseen työssä.

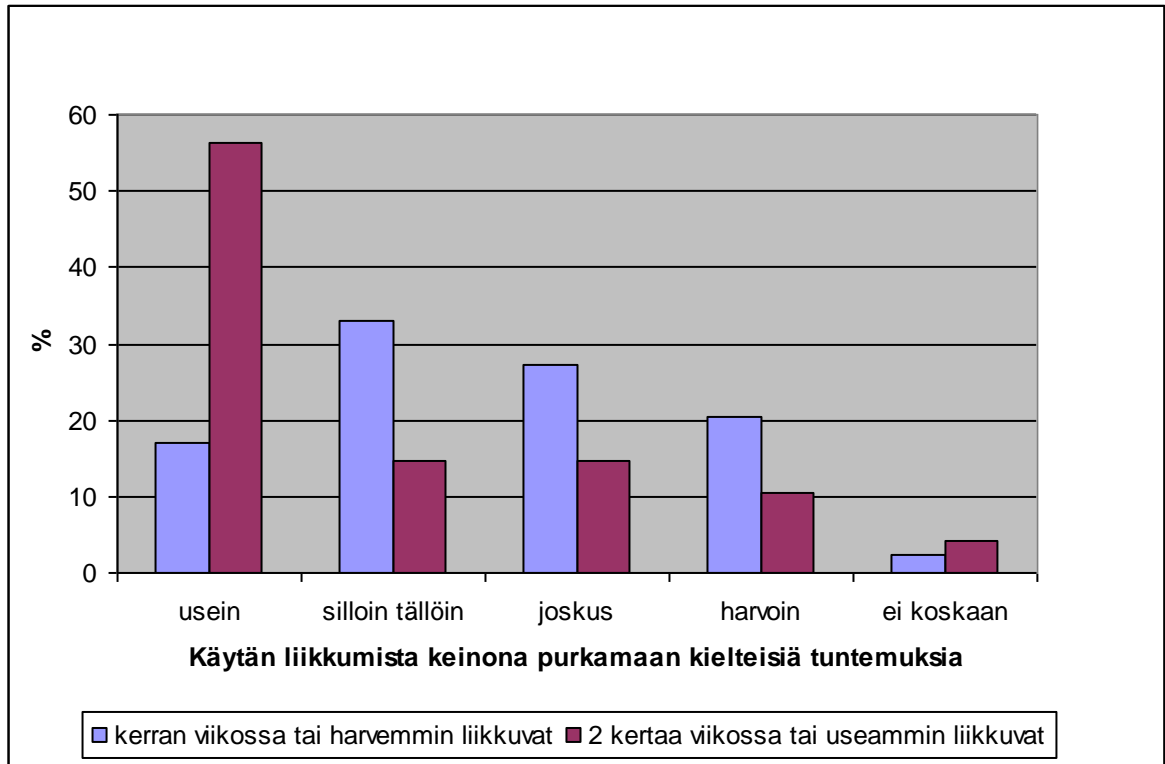
8.4 Liikkuminen keinona tunteiden prosessoinnissa

Vastaajista 57,4 % käytti liikkumista keinona purkaa kielteisiä tuntemuksia usein tai silloin tällöin, 22,8 % sanoi käyttävänsä liikkumista keinona joskus ja 19,8 % vastasi kysymykseen ”harvoin” tai ”ei koskaan” (Kuva 12).

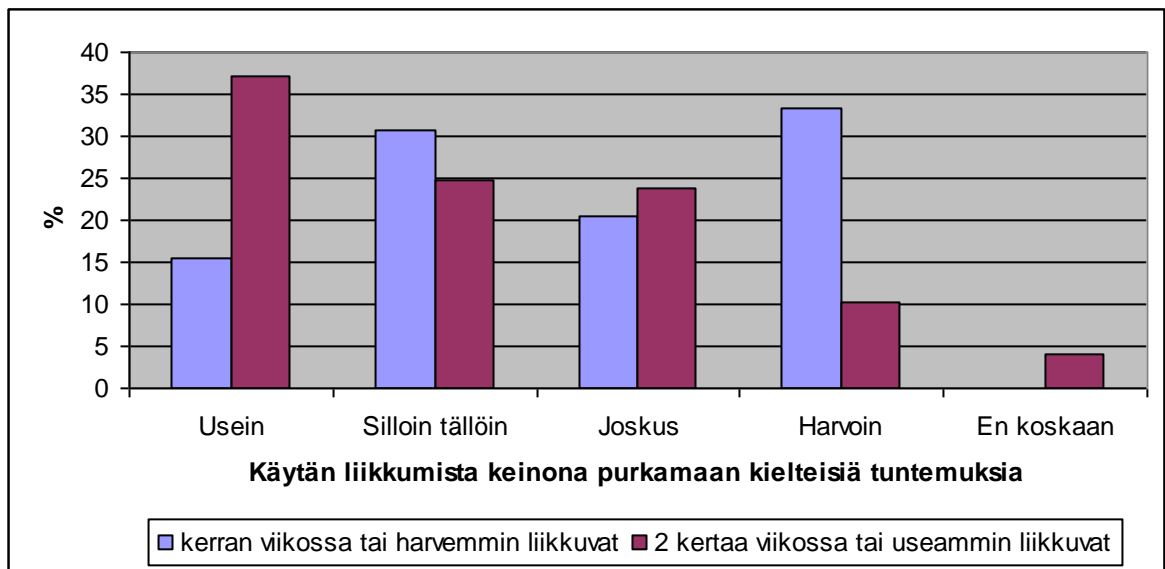
Kuva 12. Liikkuminen keinona kielteisten tuntemusten purkamisessa



Kaksi kertaa viikossa tai useammin voimakkaasti kuormittavaa liikuntaa harrastavista 56,3 % käytti liikkumista usein keinona purkamaan kielteisiä tuntemuksia, kerran viikossa tai harvemmin liikkuvista vain 17 % (Kuva 13). 2 kertaa viikossa tai useammin kevyesti kuormittavaa liikuntaa harrastavista 37,1 % vastaa väittämään ”usein”, kun taas vähemmän liikkuvista 15,4 % vastaa samalla tavalla. (Kuva 14).



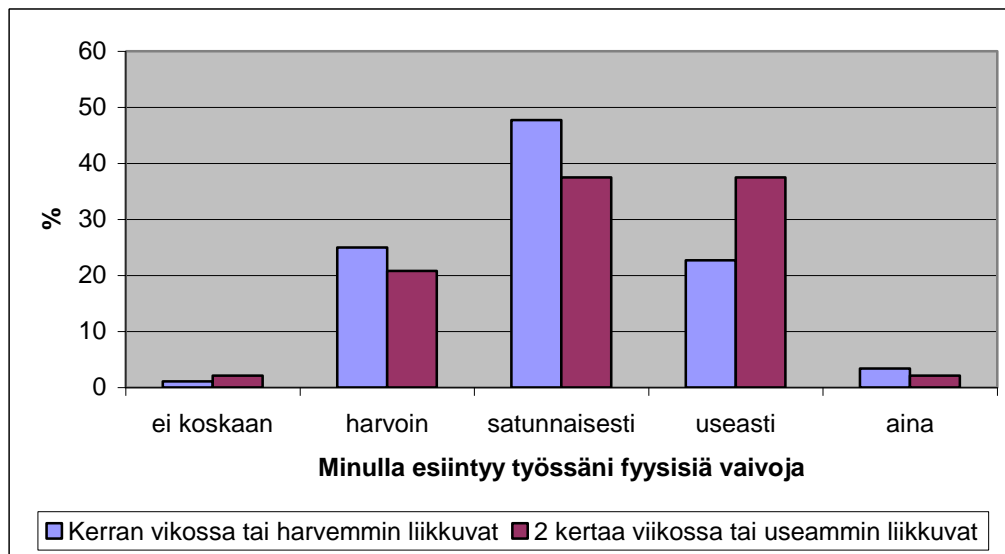
Kuva 13. Voimakasta hikoilua tai hengästymistä aiheuttavan kuntoliikunnan käyttö kielteisten tuntemusten purkamisessa.



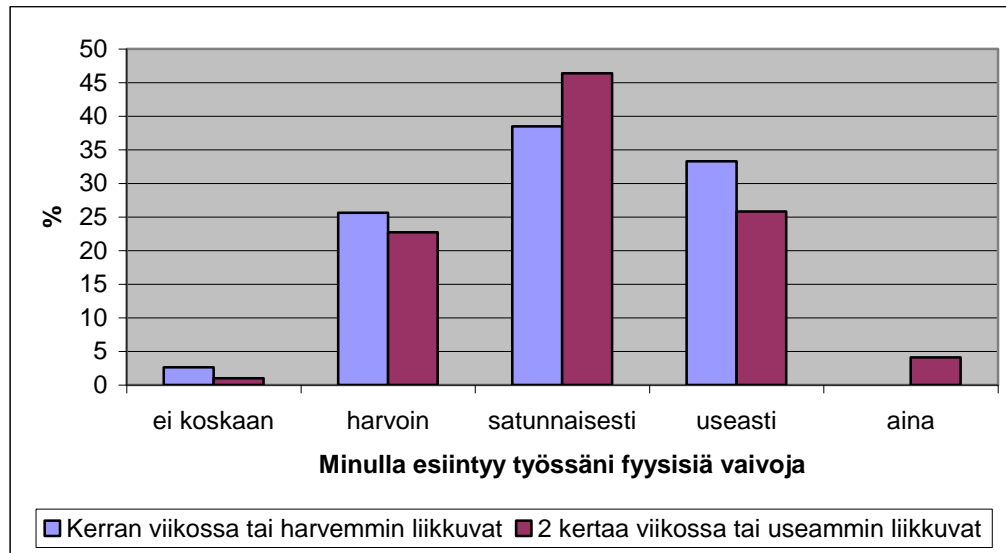
Kuva 14. Lievää hikoilua tai hengästymistä aiheuttavan kuntoliikunnan käyttö kielteisten tuntemusten purkamisessa.

8.5 Fyysisten vaivojen esiintyvyys suhteessa fyysiseen aktiivisuuteen

Kerran viikossa tai harvemmin voimakasta hikoilua tai hengästyistä aiheuttavaa kuntoliikuntaa harrastavista 26,1 % kertoi fyysisiä vaivoja esiintyvän työssään harvoin tai ei koskaan. Useammin liikkuvista samoin vastasi 22,9 %.(Kuva 15). Kerran viikossa tai harvemmin lievää hikoilua tai hengästyistä aiheuttavaa kuntoliikuntaa harrastavista 28,2 % koki fyysisiä vaivoja harvoin tai ei koskaan, useammin liikkuvista 23,7 %. (Kuva 16.)



Kuva 15. Fyysisten vaivojen esiintymisen ja voimakasta hikoilua tai hengästyistä aiheuttavan kuntoliikunnan harrastamisen yhteys.



Kuva 16. Fyysisten vaivojen esiintymisen ja lievää hikoilua tai hengästymistä aiheuttavan kuntoliikunnan harrastamisen yhteys.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen mukaan valtaosa tutkimukseen osallistuneista määritteli oman työkykynsä sekä kuntotasonsa hyväksi. Samaan aikaan suurin osa tutkittavista koki työnsä sekä psyykkisesti (96,3 %) että fyysisesti (94,9 %) kuormittavaksi.

Fyysisen aktiivisuuden suositusten mukaan kohtalaisen intensiteetin aerobista fyysistä aktiivisuutta tulisi harrastaa vähintään viitenä päivänä viikossa tai vaihtoehtoisesti kovan intensiteetin aerobista fyysistä aktiivisuutta vähintään kolmena päivänä viikossa. Liikuntasuositus saavutetaan myös yhdistelemällä kovaa ja kohtalaista aerobista fyysistä aktiivisuutta (Haskell ym. 2007). Yli puolet tutkittavista harrasti kevyesti kuormittavaa kuntoliikuntaa 2 - 4 kertaa viikossa. Voimakkaasti kuormittavaa kuntoliikuntaa 2 - 4 kertaa viikossa harrasti arviolta kolmasosa tutkittavista. Kolmasosa tutkittavista harrasti voimakkaasti kuormittavaa kuntoliikuntaa harvemmin kuin kerran viikossa. Lähes kolmas tutkittavista ei harrastanut työmatkaliikuntaa lainkaan kun taas kolmasosa harrasti työmatkaliikuntaa enemmän kuin 4 kertaa viikossa. Osastojen välillä kevyesti kuormittavan kuntoliikunnan harrastamisessa ei ollut suuria eroja. Voimakkaasti kuormittavaa kuntoliikuntaa harrastettiin osastolla 5 enemmän kuin muilla osastoilla.

Myötätuntouupuminen on työuupumusta, jota voi esiintyä silloin, kun ollaan toistuvasti empaattisessa vuorovaikutussuhteessa kärsivien ihmisten kanssa. Kerran viikossa tai harvemmin voimakkaasti kuormittavaa kuntoliikuntaa harrastavat tutkittavat kokivat myötätuntouupumusta ”silloin tällöin tai usein” enemmän kuin kaksi kertaa viikossa tai useammin voimakkaasti kuormittavaa kuntoliikuntaa harrastavat (15,9 % ja 6,3 %). Sama ilmiö näkyi myös kevyesti kuormittavan liikunnan harrastamisen yhteydessä (15,4 % ja 11,4 %). Toisaalta kerran viikossa tai harvemmin voimakkaasti kuormittavaa kuntoliikuntaa harrastavista 21,6 % ei kokenut lainkaan myötätuntouupumusta työssään kun vastaava arvo kaksi kertaa viikossa tai useammin voimakkaasti kuormittavaa kuntoliikuntaa harrastavilla oli 12,5 %. Kevyesti kuormittavaa kuntoliikuntaa kerran viikossa tai harvemmin harrastavista 23,1 % ei kokenut lainkaan myötätuntouupumista, kun taas useammin harrastavista vastaava osuus oli 16,5 %.

Tutkittavat, jotka harrastivat joko voimakkaasti tai kevyesti kuormittavaa kuntoliikuntaa kaksi kertaa viikossa tai useammin, kokivat enemmän työstä aiheutuvaa stressiä. Samanlainen ilmiö havaittiin myös työstä aiheutuvan ahdistuksen kokemisessa. Useiden aikaisempien tutkimusten mukaan fyysisellä aktiivisuudella voidaan lieventää stressin ja ahdistuksen oireita (Paluska & Schwenk 2000, 167–180). Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että työperäistä stressiä kokevat tutkittavat pyrkivät vähentämään työstressin oireita fyysisen aktiivisuuden avulla.

Symbolisaatioprosessin mukaan toiminnalla pyritään vaikuttamaan fyysisiin ja psyykkisiin tunteuksiin. Esimerkiksi fyysisesti aktiivisen toiminnan aikana ihminen voi prosessoida tunteuksiaan. Yli puolet tutkittavista käytti liikkumista keinona purkamaan kielteisiä tunteuksia usein tai silloin tällöin (57,4 %). Ainoastaan viidesosa tutkittavista purki liikunnan avulla kielteisiä tunteuksia harvoin tai ei koskaan. Enemmän kuin kaksi kertaa viikossa voimakkaasti kuormittavaa kuntoliikuntaa harrastavat tutkittavat purkivat kielteisiä tunteuksia liikunnan avulla huomattavasti useammin kuin kerran viikossa tai harvemmin voimakkaasti kuormittavaa liikuntaa harrastavat (56,3 % ja 17 %). Sama ilmiö näkyi myös kevyesti kuormittavan liikunnan harrastamisen yhteydessä (37,1 % ja 15,4 %).

Säännöllisellä liikunnalla on iso rooli muun muassa toimintahäiriöiden ja sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa (Vuori, I. 1999, 442–452). Fyysisten vaivojen esiintyminen työssä oli tutkimustulosten mukaan yleisempää tutkittavilla, jotka harrastivat voimakkaasti kuormittavaa liikuntaa kerran viikossa tai harvemmin, kuin tutkittavilla, jotka harrastivat voimakkaasti kuormittavaa liikuntaa enemmän kuin kaksi kertaa viikossa (26,1 % ja 22,9 %). Sama ilmiö näkyi myös kevyesti kuormittavan liikunnan harrastamisen yhteydessä (28,2 % ja 23,7 %).

10 POHDINTA

Tutkimusongelmana on, miten hoitotyöntekijät käyttävät fyysistä aktiivisuutta keinona omien tunteidensa prosessoinnissa. Tutkimusongelmaan onnistuttiin vastaamaan hoitotyöntekijöille suunnatun tutkimuskyselyn perusteella. Kyselylomake antoi paljon tietoa hoitohenkilökunnan psyykkisestä ja fyysisestä työhyvinvoinnista. Kyselylomake antoi myös sellaista tietoa, joka ei ollut tutkimusongelman kannalta oleellista. Mittareiden laadinta oli haasteellista, koska tutkijoilla ei ollut aikaisempaa kokemusta mittareiden laadinnasta. Osa mittareista ei hajauttanut tuloksia tarpeeksi laajasti, jonka vuoksi näitä mittareita ei käytetty. Valmiiden mittareiden käyttö joissakin osioissa olisi voinut antaa luotettavampaa tietoa. Syy-seuraussuhteita tarkasteltiin mittareiden ristiintaulukoinnin avulla. Niitä mittareita, jotka eivät antaneet merkittävää tulosta tutkimusongelman kannalta, ei ristiintaulukoitu. Analysointivaiheessa ryhmiä yhdisteltiin joissakin mittareissa, jotta saatiin selkeämpi jako vastausten välille.

Tutkimukseen olisi voinut lisätä kvalitatiivisen osion, jolloin aiheesta olisi saanut tarkempaa tietoa. Kohdejoukon suuruuden vuoksi tällainen osio olisi ollut mahdotonta toteuttaa tutkijoiden resursseihin nähden. Jatkotutkimushaasteeksi voisikin esittää kvalitatiivisen tutkimuksen tunteiden prosessoinnin keinoista.

Tutkimuksen tekemisen olisi ehkä toivonut olevan sujuvampaa. Johtuen siitä, että tutkimuksen tekijät asuvat Oulun seudulla ja ohjauksissa käytiin Kemissä, oli ohjausaikoja joskus hankala sovittaa. Kolmella tutkijalla, joilla on osalla perhe ja kaikilla omat kiireensä, oli vaikea yhteen sovittaa aikoja opinnäytetyön tekemiselle. Tosin kukin opinnäytetyön tekijöistä olisi voinut omistautua työlle intensiivisemmin, jotta alkuperäiseen aikatauluun olisi päästy. Aiheena tutkimusaihe oli haastava senkin vuoksi, ettei aihe ollut ennestään tuttu tutkijoille. Opinnäytetyön tekeminen vaati tutkijoilta paljon perehtymistä aiheeseen. Kokonaisuudessaan tutkimusprosessi oli paitsi haastava myös mielenkiintoinen ja opettava. Kaikki opinnäytetyön tekijät suuntautuvat psykiatriseen hoitotyöhön, joten työn tekemisestä oli paljon hyötyä tulevaa ammattia ajatellen. Tutkimuksen tekemiseen käytettyä aikaa on mahdoton määrittää, mutta opinnäytetyöhön varattu tuntimäärä on todennäköisesti ylittynyt.

10.1 Eettisyys

Opinnäytteinä tehtävistä tutkimuksista ei yleensä tarvitse pyytää eettisen toimikunnan lausuntoa. Tässä opinnäytetyössä oli kyse yksinkertaisesta selittävästä kyselytutkimuksesta, joten lausuntoa ei tarvinnut hakea. (Oukka & Pönkkö 2009).

Koska määrällisessä tutkimuksessa tuloksia ei kirjata yksilöittäin ja lisäksi kyselyyn vastataan nimettömänä, ei suoraa tunnistamisriskiä ole. Tutkimuksen kysymykset ovat taustamuuttujia lukuun ottamatta luonteeltaan sellaisia, ettei vastausten perusteella voi tunnistaa yksittäistä henkilöä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselylomakkeita käsittelevät vain opinnäytetyön tekijät, ja ne hävitettiin heti aineiston analysoinnin jälkeen.

Kvantitatiivisen lomakeaineiston anonymisoinnissa on tärkeää tarkastella aineistoa kokonaisuutena. Yksittäisestä taustamuuttujasta voi pystyä tunnistamaan henkilön, mikäli kohderyhmästä vain yksi henkilö edustaa jotain tiettyä ryhmää. Tunnistamisen riskiä tai epäsuoraa tunnistettavuutta voi vähentää luokittelemalla muuttujien arvot uudelleen, käyttämällä vain ääriarvoja tai poistamalla muuttuja. (Kuula 2006, 210–212.)

Useammalla kirurgisella osastolla työskentelevät vastaajat määriteltiin sisäisiksi sijaisiksi, koska mittaria laatiessa ei ollut otettu huomioon tätä ryhmää, jonka vastaukset haluttiin kuitenkin hyödyntää. Epäsuoran tunnistamisen riski poistettiin yhdistämällä nämä vastaajat yhdeksi ryhmäksi.

10.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen perusvaatimuksiin kuuluvat validiteetti ja reliabiliteetti. Reliabiliteetti ja validiteetti kuvaavat luotettavuutta, mutta reliabiliteetti kertoo lisäksi tutkimuksen toistettavuudesta. Samalla mittarilla mitattaessa useaan kertaan tulisi aina saada yhtenevät vastaukset, jos mittauksessa ei esiinny systemaattista virhettä. Ulkoiseen validiteettiin liittyy tutkimuksen yleistettävyys ja sisäistä validiteettia tarkasteltaessa tulee

mieltä, mittaako tutkimus juuri sitä, mitä on tarkoituskin selvittää. (Metsämuuronen 2002, 99-100.) Tässä tutkimuksessa tutkimusongelmaan onnistuttiin vastaamaan, mikä lisäsi sisäistä validiteettia. Aineiston yleistettävyyttä lisäsi suuri kokonaismäärä (136) sekä vastausprosentti (81%). SPSS-ohjelman käyttö vähensi tutkijoista johtuvien virheiden määrää.

LÄHTEET

Adams A. & Bond S. 2000. Hospital nurses job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 32, 536–543.

Aiken, L.H. & Clarke, S.P & Sloane, D.M. 2002. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings, *Nursing Outlook* 50(5), 187–194.

Anttila, Eeva 2009. Kehollinen tieto ajattelun ja oppimisen perustana. *Aikuiskasvatus* 2/2009, 84–92.

Battison, Toni 1997. Voita stressi – tietoa miehelle. Mattina, Portugali.

Blegen M.A. 1993. Nurses job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research* 42(1), 36–41.

Caspersen, C. J., Powell, K.E. & Christenson, G.M. 1985. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-related Research. Public health reports.

Haarala, Maria & Jääskeläinen, Anne & Kilpinen, Nina & Panhelainen, Maija & Peräkoski, Hannele & Paukko, Outi & Riihimäki, Kirsi & Sundman, Merja & Tauriainen, Pia 2010. Vammalan kirjapaino, Vammala.

Haskell, W.L, Lee, I-Min, Pate, R.R, Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thompson, P.D. & Bauman, A. 2007. Physical Activity and Public Health Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 116; 1081-1093.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2005. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Huttunen, Matti 2009. Ahdistuneisuus. Terveyskirjasto. Luettu 15.1.2010.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188>.

Hyypä, Markku T. 1997. Tunteet ja oireet: uusin psykosomatiikka. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Kleim, N.L., Blanton, C.A. & Kretsch, M.J. 2004. Americas obesity epidemic: measuring physical activity to promote an active lifestyle. *Journal of the American Dietetic Association*, 104:1398-1409.

Kujala, U.M., Kaprio, J., Sarna, S. & Koskenvuo, M. 1998. Relationship of leisure-time physical activity and mortality: The finnish twin cohort. *The Journal of the American medical association*. 279(6), 440-444.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä.

Lehestö, Mika & Koivunen, Olli & Jaakkola, Heikki 2004. Hoitajan turva. Edita, Helsinki.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva.

Lintunen, Taru & Koivumäki, Kari & Säilä, Hannu 1995. Jalka potkee, mieli notkee. Liikunta mielenterveyden tukena. Suomen mielenterveysseura ry. SMS-tuotanto, Helsinki.

Lönnqvist, Jouko & Heikkinen Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) 2009. Psykiatria. Duodecim, Helsinki.

Mc Dougall, Joyce 2000. Ruumiin näyttämöt. RT-Print Oy, Pieksämäki.

McVicar A. 2003. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing* 44(6),633-642.

Metsämuuronen, Jari 2002. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. International Methelp, Helsinki.

Montoye, H. J., Kemper, H.C. G., Saris, W.H.M. & Washburn, R.A. 1996. Measuring Physical Activity and Energy Expenditure. Human Kinetics.

Nissinen, Leena 2007. Auttamisen rajoilla. Myötätuntouupumisen synty ja ehkäisy. Edita, Helsinki.

Nummelin, Tarja 2008. Stressi haastaa työkyvyn. Varhainen puuttuminen esimiehen työkaluna. WSOY, Helsinki.

Nummenmaa, Tapio & Konttinen, Raimo & Kuusinen, Jorma & Leskinen, Esko 1997. Tutkimusaineiston analyysi. WSOY, Porvoo.

Oukka, Aino-Liisa & Pönkkö, Maija-Leena 2009. Tutkimuslupakäytännöt ja eettisen toimikunnan lausunnon tarve. PPSHP, Hallintokeskus.

Paluska, S.A. & Schwenk, T.L. 2000. Physical activity and mental health, Current concept. Sport Medicine 29(3)

Rauhala, Lauri 1983. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Gummerus, Jyväskylä.

Rauhala, Lauri 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Karisto Oy:n kirjapaino, Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Rauhala, Lauri 1990. Humanistinen psykologia. Yliopistopaino, Helsinki

Rauhala, Lauri 1998. Ihmisen ainutlaatuisuus. Yliopistopaino, Helsinki.

Siltala, Pirkko 1992. Psykosomatiikka. Keskusteleva psykologia. Tulevaisuuden ystävät ry. Luettu 12.2.2010. <<http://www.tulevaisuudenystavat.fi/KP/KP-Kirja%206-Siltala>>.

Siltala, Pirkko 2002. Ruumiillinen sairaus traumana. Kirjassa Trauman monet kasvot. Therapiea –säätii.

Suonsivu, Kaija 1997. Miten hoitaja jaksaa? Ajatuksia hoitajien jaksamisesta ja masentuneisuudesta. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.

Suonsivu, Kaija 2003. Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.

Svennevig, Hanna 2005. Kehon mieli. Kehontuntemuksesta itsetuntemukseen. WSOY, Porvoo.

Thayer, R. E. & Newman, J.R. & McClain, T.M. 1994. Self-Regulation of mood: strategies of changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 910–925.

Toivio, Timo & Nordling, Esa 2009. Mielenterveyden psykologia. Edita, Helsinki.

Tudor-Locke, C. & Myers, A. 2001. Challenges and opprtunities for measuring physical activity in sedentary adults. *Sports Medicine* 31(2),91-100.

Us Surgeon General. Department of Health and Human Services. Physical activity and health 1996. Centers for disease control and prevention. National center for chronic disease prevention and health promotion. President's council of physical fitness and sports.

Vartiovaara, Ilkka 2004. Voimaa eustressistä. Duodecim.

Vuori, I. 1988. Liikuntafysiologia. Teoksessa Uusitalo, A. ,Sovijärvi, A., Länsimies, E. ja Vuori, I. (toim.). klinisen fysiologian oppikirja 1988, Lääketehtas Orion, 442-486.

WHO (World Health Organization), Maailman
terveysjärjestö, http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/.

SAATEKIRJE

Hyvä tutkimuskyselyyn vastaaja!

Tässä opinnäytetyönä tehtävässä tutkimuksessa halutaan kartoittaa, miten hoitohenkilöstö käyttää liikkumista keinona tunteiden prosessoinnissa.

Symbolisaatioprosessin mukaan toiminnalla voidaan vaikuttaa epämääräisten tuntemusten selkiytymiseen, ja toisaalta keho voi viestiä tiedostamattomia asioita fysiologisilla oireilla. (Siltala, Pirkko 1987–1992.) Tutkimuksessa "toiminnaksi" on rajattu fyysinen aktiivisuus. Tutkimuksessa myös kartoitetaan hoitohenkilöstöllä esiintyviä "uupumisen ilmiöitä" ja fyysisen aktiivisuuden määrää.

Tutkimuksen ohjaavana teoriana on Lauri Rauhalan soveltama holistinen ihmiskäsitys.

Tutkimus on määrällinen ja kyselylomakkeessa on vain suljettuja kysymyksiä eli se on helposti täytettävä. Lomake on esitettävä Kemi-Tornion AMK:n sairaanhoitajaopiskelijaryhmällä (AK-ryhmä). Toivomme, että vastaatte kyselyyn totuuden mukaisesti ja huolella. Käsittelemme kyselylomakkeet ehdottoman luotettavasti. Tutkimukselle on saatu tutkimuslupa kirurgian ylihoitaja Mirjam Ingetiltä.

Olkaa ystävällisiä, ja täyttäkää kyselylomakkeen jokainen kohta rastittamalla vain yksi lähimpänä mielipidettänne oleva vaihtoehto. Kun olette täyttäneet lomakkeen, taittakaa se keskeltä kahtia ja laittakaa se sille varattuun pahvilaatikkoon.

Tutkimustulokset tulette saamaan sähköisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Kiitokset osallistumisestasi!

Yhteistyöterveisin,

Kemi-Tornion AMK:n sairaanhoitajaopiskelijat

Liisa Holappa, Mikael Jurvelin ja Aurelia Kropsu

KYSELYLOMAKE

Hyvä tutkimuskyselyn vastaaja. Tässä tutkimuksessa tarkoituksena on kartoittaa miten hoitajat käyttävät fyysistä aktiivisuutta keinona omien tuntemustensa prosessointiin. Kohteliaimmin pyydämme teitä vastaamaan jokaiseen kysymykseen valitsemalla (X) ainoastaan yhden vaihtoehdon. Vastaukset käsittelemme nimettöminä.

1. IKÄ

- alle 20
- 20 - 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 tai yli

2. SUKUPUOLI

- Nainen
- Mies

3. OSASTO, JOLLA TYÖSKENTELEN: _____

4. KOULUTUS

- Perushoitaja
- Lähihoitaja
- Sairaanhoitaja
- Muu, mikä? _____

5. TYÖAIKA

- Päivätyö
- Kaksivuorotyö
- Kolmivuorotyö

6. TYÖSUHDE

- Vakinainen
- Määräaikainen

7. MÄÄRITTELE TYÖKYKYSI

- Erinomainen
- Hyvä
- Tyydyttävä
- Välttävä
- Heikko

8. MILLAINEN ON TÄMÄNHETKINEN KUNTOTASOSI

- Erinomainen
- Hyvä
- Tyydyttävä
- Välttävä
- Heikko

9. MITEN USEIN HARRASTAT LIEVÄÄ HIKOILUA TAI HENGÄSTYMISTÄ AIHEUTTAVAA KUNTOLIIKUNTAA (esim. kävely, ratsastus)?

- En koskaan
- Harvemmin kuin kerran viikossa
- Kerran viikossa
- 2 – 4 kertaa viikossa
- Enemmän kuin 4 kertaa viikossa

10. MITEN USEIN HARRASTAT VOIMAKASTA HIKOILUA TAI HENGÄSTYMISTÄ AIHEUTTAVAA KUNTOLIIKUNTAA (esim. kuntosaliharjoittelu, kuntojumppa, juoksu)?

- En koskaan
- Harvemmin kuin kerran viikossa
- Kerran viikossa
- 2 – 4 kertaa viikossa
- Enemmän kuin 4 kertaa viikossa

11. MITEN USEIN HARRASTAT TYÖMATKALIIKUNTAA (esim. kävellen, pyöräillen)?

- En koskaan
- Harvemmin kuin kerran viikossa
- Kerran viikossa
- 2 – 4 kertaa viikossa
- Enemmän kuin 4 kertaa viikossa

12. MITEN USEIN HARRASTAT HYÖTYLIIKUNTAA (esim. lumityöt, marjastus, puutarhanhoito, kaupassa asiointi kävellen tai pyöräillen)?

- En koskaan
- Harvemmin kuin kerran viikossa
- Kerran viikossa
- 2 – 4 kertaa viikossa
- Enemmän kuin 4 kertaa viikossa

13. MIELESTÄNI TYÖNI ON FYYSISESTI KUORMITTAVAA

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

14. MIELESTÄNI TYÖNI ON PSYYKKISESTI KUORMITTAVAA

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

15. MINULLA ESIINTYY TYÖSSÄNI FYYSISIÄ VAIVOJA (esim. niska-hartiaseudun vaivoja, vatsavaivoja, selkävaivoja)

- Ei koskaan
- Harvoin
- Satunnaisesti
- Useasti
- Aina

Hoitotyössä esiintyviä uupumisen ilmiöitä ovat muun muassa stressi, ahdistuneisuus, masennus ja myötätuntuupuminen. **Myötätuntuupuminen** hoitotyössä tarkoittaa, että hoitaja tuntee liikaa empatiaa potilasta kohtaan ja se alkaa verottaa hoitajan voimia.

16. KOEN TYÖNI AIHEUTTAVAN MINULLE STRESSIÄ

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

17. KOEN TYÖNI AIHEUTTAVAN MINULLE AHDISTUSTA

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

18. OLEN KOKENUT OLEVANI TYÖNI VUOKSI MASENTUNUT

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

19. OLEN KOKENUT TYÖSSÄNI MYÖTÄTUNTOUPUMISTA

- Usein
- Silloin tällöin
- Joskus
- Harvoin
- En koskaan

20. KÄYTÄN LIIKKUMISTA KEINONA PURKAMAAN KIELTEISIÄ TUNTEMUKSIA.

- Usein
- Silloin tällöin
- Joskus
- Harvoin
- En koskaan

21. LIIKKUMINEN AUTTAA JÄSENTÄMÄÄN JA SELKEYTTÄMÄÄN EPÄMÄÄRÄISIÄ AJATUKSIANI.

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

22. KYKENEN TIEDOSTAMAAN ERILAISET TUNNETILANI.

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

23. OSAAN KÄSITELLÄ TUNTEITANI.

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

24. KYKENEN JAKAMAAN TUNTEENI MUIDEN KANSSA.

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

25. MINULLA ON MAHDOLLISUUS JAKAA TUNTEITANI TYÖPAIKALLA OSASTONHOITAJAN, TYÖTOVERIN TAI MUUN HENKILÖN KANSSA.

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Kiitokset kyselyyn vastaamisesta!

Ystävällisin terveisin,

Sairaanhoitajaopiskelijat Liisa Holappa, Mikael Jurvelin & Aurelia Kropsu, Kemi-Tornion
AMK

SYMBOLISAATIOPROSESSI

Ruumiillinen ja henkinen ongelma voi heijastua kehon tuntemuksina, kuten selkä- tai rintakipuna. Fyysisen aktiivisuuden, kuten esimerkiksi juoksun avulla ihminen pystyy vaikuttamaan fyysiseen tai psyykkiseen tuntemukseen. Fyysisen aktiivisuuden aikana ihmisen voi prosessoida tuntemuksiaan. Mieli avautuu ja tuntemuksille voidaan saada psyykinen sisältö ja asia on mahdollista verbalisoida ja mahdollisesti jakaa myös muiden kanssa.

SYMBOLINEN PROSESSI

Kehollinen tuntemus (esim. selkä -tai rintakipu)

Toiminta, esim. kävely tai juoksu

--> epämääräinen olo



McDougal:

MIELI AVAUTUU → ASIALLE
PSYKKINEN SISÄLTÖ



ASIAN VERBALISOINTI JA
JAKAMINEN

tavoiteorientaatioteoria → sosio-kognitiiviset teoriat

ikä

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29	29	21,3	21,3	21,3
	30-39	45	33,1	33,1	54,4
	40-49	32	23,5	23,5	77,9
	50-59	27	19,9	19,9	97,8
	60 tai yli	3	2,2	2,2	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

sukupuoli

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nainen	128	94,1	94,1	94,1
	mies	8	5,9	5,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

osasto, jolla työskentelen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	osasto 1	20	14,7	14,7	14,7
	osasto 2	17	12,5	12,5	27,2
	osasto 3	17	12,5	12,5	39,7
	osasto 4	15	11,0	11,0	50,7
	osasto 5	12	8,8	8,8	59,6
	osasto 6	8	5,9	5,9	65,4
	osasto 7	24	17,6	17,6	83,1
	osasto 8	19	14,0	14,0	97,1
	sisäinen sijainen	4	2,9	2,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

koulutus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perushoitaja	11	8,1	8,1	8,1
	lähihoitaja	7	5,1	5,1	13,2
	sairaanhoidaja	112	82,4	82,4	95,6
	muu	6	4,4	4,4	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

työaika

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	päivätyö	11	8,1	8,1	8,1
	kaksivuorotyö	18	13,2	13,2	21,3
	kolmivuorotyö	107	78,7	78,7	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

työsuhde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vakainainen	103	75,7	75,7	75,7
	määräaikainen	33	24,3	24,3	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

määrittele työkykysi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	erinomainen	38	27,9	27,9	27,9
	hyvä	89	65,4	65,4	93,4
	tydyttävä	9	6,6	6,6	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

millainen on tämänhetkinen kuntotasosi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	erinomainen	12	8,8	8,8	8,8
	hyvä	85	62,5	62,5	71,3
	tydyttävä	36	26,5	26,5	97,8
	välttävä	3	2,2	2,2	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

miten usein harrastat lievää hikoilua tai hengästymistä aiheuttavaa kuntoliikuntaa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	en koskaan	1	,7	,7	,7
	harvemmin kuin kerran viikossa	14	10,3	10,3	11,0
	kerran viikossa	24	17,6	17,6	28,7
	2-4 kertaa viikossa	79	58,1	58,1	86,8
	enemmän kuin 4 kertaa viikossa	18	13,2	13,2	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

miten usein harrastat voimakasta hikoilua tai hengästymistä aiheuttavaa kuntoliikuntaa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	14	10,3	10,3	10,3
harvemmin kuin kerran viikossa	45	33,1	33,1	43,4
kerran viikossa	29	21,3	21,3	64,7
2-4 kertaa viikossa	44	32,4	32,4	97,1
enemmän kuin 4 kertaa viikossa	4	2,9	2,9	100,0
Total	136	100,0	100,0	

miten usein harrastat työmatkaliikuntaa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	41	30,1	30,1	30,1
harvemmin kuin kerran viikossa	21	15,4	15,4	45,6
kerran viikossa	3	2,2	2,2	47,8
2-4 kertaa viikossa	28	20,6	20,6	68,4
enemmän kuin 4 kertaa viikossa	43	31,6	31,6	100,0
Total	136	100,0	100,0	

miten usein harrastat hyötyliikuntaa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	1	,7	,7	,7
harvemmin kuin kerran viikossa	12	8,8	8,8	9,6
kerran viikossa	28	20,6	20,6	30,1
2-4 kertaa viikossa	58	42,6	42,6	72,8
enemmän kuin 4 kertaa viikossa	37	27,2	27,2	100,0
Total	136	100,0	100,0	

mielestäni työni on fyysisesti kuormittavaa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	täysin samaa mieltä	91	66,9	66,9	66,9
	osittain samaa mieltä	38	27,9	27,9	94,9
	en osaa sanoa	2	1,5	1,5	96,3
	jokseenkin eri mieltä	3	2,2	2,2	98,5
	täysin eri mieltä	2	1,5	1,5	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

mielestäni työni on psyykkisesti kuormittavaa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	täysin samaa mieltä	96	70,6	70,6	70,6
	osittain samaa mieltä	35	25,7	25,7	96,3
	en osaa sanoa	2	1,5	1,5	97,8
	jokseenkin eri mieltä	3	2,2	2,2	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

minulla esiintyy työssäni fyysisiä vaivoja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ei koskaan	2	1,5	1,5	1,5
	harvoin	32	23,5	23,5	25,0
	satunnaisesti	60	44,1	44,1	69,1
	useasti	38	27,9	27,9	97,1
	aina	4	2,9	2,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

koen työni aiheuttavan minulle stressiä

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	täysin samaa mieltä	21	15,4	15,4	15,4
	osittain samaa mieltä	73	53,7	53,7	69,1
	en osaa sanoa	6	4,4	4,4	73,5
	jokseenkin eri mieltä	27	19,9	19,9	93,4
	täysin eri mieltä	9	6,6	6,6	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

koen työni aiheuttavan minulle ahdistusta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid täysin samaa mieltä	7	5,1	5,1	5,1
osittain samaa mieltä	31	22,8	22,8	27,9
en osaa sanoa	15	11,0	11,0	39,0
jokseenkin eri mieltä	58	42,6	42,6	81,6
täysin eri mieltä	25	18,4	18,4	100,0
Total	136	100,0	100,0	

olen kokenut olevani työni vuoksi masentunut

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	,7	,7	,7
kyllä	9	6,6	6,6	7,4
ei	110	80,9	80,9	88,2
en osaa sanoa	16	11,8	11,8	100,0
Total	136	100,0	100,0	

olen kokenut työssäni myötätuntouppumista

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid usein	3	2,2	2,2	2,2
silloin tällöin	14	10,3	10,3	12,5
joskus	36	26,5	26,5	39,0
harvoin	58	42,6	42,6	81,6
en koskaan	25	18,4	18,4	100,0
Total	136	100,0	100,0	

käytän liikkumista keinona purkamaan kielteisiä tuntemuksia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid usein	42	30,9	30,9	30,9
silloin tällöin	36	26,5	26,5	57,4
joskus	31	22,8	22,8	80,1
harvoin	23	16,9	16,9	97,1
en koskaan	4	2,9	2,9	100,0
Total	136	100,0	100,0	

liikkuminen auttaa jäsentämään ja selkeyttämään epämääräisiä ajatuksiani

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	täysin samaa mieltä	46	33,8	33,8	33,8
	osittain samaa mieltä	62	45,6	45,6	79,4
	en osaa sanoa	18	13,2	13,2	92,6
	jokseenkin eri mieltä	8	5,9	5,9	98,5
	täysin eri mieltä	2	1,5	1,5	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

kykenen tiedostamaan erilaiset tunnetilani

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	täysin samaa mieltä	64	47,1	47,1	47,1
	osittain samaa mieltä	67	49,3	49,3	96,3
	en osaa sanoa	5	3,7	3,7	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

osaan käsitellä tunteitani

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	täysin samaa mieltä	58	42,6	42,6	42,6
	osittain samaa mieltä	70	51,5	51,5	94,1
	en osaa sanoa	3	2,2	2,2	96,3
	jokseenkin eri mieltä	4	2,9	2,9	99,3
	täysin eri mieltä	1	,7	,7	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

kykenen jakamaan tunteeni muiden kanssa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	täysin samaa mieltä	58	42,6	42,6	42,6
	osittain samaa mieltä	68	50,0	50,0	92,6
	en osaa sanoa	2	1,5	1,5	94,1
	jokseenkin eri mieltä	8	5,9	5,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

minulla on mahdollisuus jakaa tunteitani työpaikalla osastonhoitajan, työtoverin tai muun henkilön kanssa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	täysin samaa mieltä	77	56,6	56,6	56,6
	osittain samaa mieltä	51	37,5	37,5	94,1
	en osaa sanoa	1	,7	,7	94,9
	jokseenkin eri mieltä	4	2,9	2,9	97,8
	täysin eri mieltä	3	2,2	2,2	100,0
	Total	136	100,0	100,0	