

Kun hoitaja sairastuu

Työuupumus, masennus, unettomuus

LAB-ammattikorkeakoulu

Kliininen asiantuntija, hoitotyö, YAMK

2023

Ninni Kosonen

Tiivistelmä		
Tekijä(t) Ninni Kosonen	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK	Valmistumisaika Joulukuu 2023
	Sivumäärä 45	
Työn nimi Kun hoitaja itse sairastuu Työuupumus, masennus, unettomuus		
Tutkinto ja koulutusala Klininen asiantuntija, hoitotyö YAMK		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sosiaali- ja terveysala on ollut pitkään keskustelun aiheena kaikkialla, vuorotyön terveydellisten vaikutusten suhteen, mutta viime vuosina etenkin palkkauksen ja resurssoinnin suhteen.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työhyvinvointia, painottuen työuupumukseen, masennukseen ja unettomuuteen. Tutkimus toteutettiin määrällisenä ja osittain laadullisena tutkimuksena.</p> <p>Vastaukset tutkimukseen saatiin Webropol- kyselyllä sosiaalisen median kautta, eräällä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten sivustolla.</p> <p>Tutkimuksen mukaan suurimpana ongelmana oli unettomuus, siihen vaikuttavat ja siitä johtuvat ongelmat. Apua kyseisiin ongelmiin saatiin enemmän muualta kuin esihenkilöltä tai työterveyshuollosta.</p> <p>Jatkotutkimuksissa voi keskittyä esihenkilön ja työterveyshuollon mahdollisuuteen vaikuttaa sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan työhyvinvointiin kokonaisuutena.</p>		
Asiasanat Esihenkilö, lähihoitaja, sairaanhoitaja, työhyvinvointi, työterveyshuolto, unettomuus		

Abstract		
Author(s)	Type of Publication	Published
Ninni Kosonen	Thesis, YAMK	December 2023
	Number of Pages	
45		
Title of Publication		
When the nurse gets sick		
Work burnout, depression, insomnia		
Degree, Field of Study		
Clinical expert, nursing work YAMK		
Abstract		
<p>The social and health sector has long been a topic of discussion everywhere regarding the health effect of shift work, but in recent years especially regarding pay and resourcing.</p> <p>The purpose of this study was to describe the occupational wellbeing of social and health professionals, with an emphasis on burnout, depression, and insomnia. The research was carried out as a quantitative and partly qualitative research.</p> <p>The answers to the survey were obtained through the Weprobol survey via social media, a website for social and health professionals.</p> <p>According to the study, the biggest problems that affect it and problems that arise from it. More help for the problems in question came from other sources than from a supervisor or occupational healthcare.</p> <p>In further studies, you can focus on the possibility of supervisors and occupational health care to influence the occupational wellbeing of social and health personnel.</p>		
Keywords		
Foreperson, practical nurse, nurse, occupational health care, occupational healthcare, insomnia		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Soveltavan tutkimuksen lähtökohdat.....	2
2.1	Sosiaali- ja terveysala nyt	2
2.2	Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	2
3	Työhyvinvointi.....	4
3.1	Stressi työhyvinvoinnin osana.....	6
3.1.2	Kun työhyvinvointi kärsii	7
3.2	Työuupumus, masennus, unettomuus työhyvinvoinnin haasteena.....	7
3.2.1	Työuupumus.....	7
3.2.2	Oireet	8
3.2.3	Diagnoosi	9
3.2.4	Ennaltaehkäisy ja hoito.....	10
3.3	Masennus.....	11
3.3.1	Oireet	12
3.3.2	Diagnoosi	12
3.3.3	Hoito.....	14
3.4	Unettomuus	15
3.4.1	Oireet	16
3.4.2	Diagnoosi ja Hoito	16
4	Menetelmälliset lähtökohdat.....	18
4.1	Soveltava määrällinen tutkimus	18
4.1.1	Aineiston kuvaus ja tutkimusasetelma	21
4.2	Tiedonkeruumenetelmä	22
4.2.1	Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmä.....	22
4.2.2	Tutkimuskysymyksiin vastaaminen	23
4.3	Tiedonkeruun toteuttaminen	26
4.4	Aineiston analyysi.....	27
4.4.1	Analyysi	27
5	Tulokset.....	30
5.1	Työuupumuksen, masennuksen ja unettomuuden yleisyys sosiaali- ja terveysalalla?	30
5.2	Miten työuupumus, unettomuus, masennus ovat vaikuttaneet henkilökunnan työelämään?.....	31
5.3	Kuinka työuupumus, masennus ja unettomuus vaikuttavat sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan henkilökohtaiseen elämään?	34

6	Pohdinta	36
6.1	Tulosten tarkastelu	36
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	36
6.3	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset	38
6.4	Jatkotutkimusaiheet	38
	Lähteet	40

LIITTEET

1 Johdanto

Kunta- alalla tehtyjen tutkimusten mukaan vuonna 2019 hoitajilla on ollut eniten työpoissaolopäiviä, muista kuin perhesyistä, 24,77 % henkilötyövuosia (hvt) kohden. Vuonna 2021 poissaolopäivien määrä on vain noussut, ollen 26.64 % / hvt. (TEM- Toimialaraportti a., 70.)

Sosiaali- ja terveysala on ollut keskustelun ja uutisoinnin aiheena todella usein, mutta eritoten viimeisen parin vuoden aikana. Viimeisimpinä sosiaali- ja terveysalaa on koetellut korona- aika. Tämän myötä uutisoinnin keskuuteen nousi hoitoalan palkkaus, arvostus ja henkilökunnan määrä. Näiden asioiden myötä moni sosiaali- ja terveysalan ammattilainen on irtisanoutunut kokonaan hoitoalan työstään, poistaen myös mahdollisesti oman ammattinimikkeensä Valvirasta.

Tutkimuksia työhyvinnoista, etenkin sosiaali- ja terveysalalta, oli hankala löytää. Opinnäytetöitä asian tiimoilta löytyi enemmän asiakaskuntaan liittyen, mutta muutama YAMK opinnäytetyö (Satakunta ja Vaasa) löytyi, jotka käsitelivät samaa aihetta, työhyvinvointia. Satakunnan vastauksissa tarkasteltiin työntekijöiden kantaa työhyvinvointiin yhdessä työpai- kassa, kun taas Vaasassa tutkittiin neljää eri toimipistettä. Satakunnan tutkimuksessa tuli ilmi enemmän kehitysehdotuksia työhyvinvointiin liittyen kuin Vaasan. Kuitenkin molemmissa paikoissa koettiin tästä huolimatta työhyvinnoin huomioon ottamisen tärkeys johdon kannalta. (Ahonen 2023., Noponen 2017.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään yleisesti sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työhyvinvointia, painottuen työuupumukseen, masennukseen ja unettomuuteen. Opinnäytetyö käsittelee myös sitä, kuinka näitä asioita tulisi työn puolesta ennaltaehkäistä, miten tukea töihin paluuta tai mitä tulisi organisaation tulisi ottaa huomioon työhyvinvoinnin suhteen. Kyseistä opinnäytetyötä voisi hyödyntää jatkossa myös johdon tai kollegoiden puolelta, kun he kohtaavat jonkin työntekijän, jolla mahdollisesti on näitä ongelmia.

2 Soveltavan tutkimuksen lähtökohdat

2.1 Sosiaali- ja terveysala nyt

Sosiaali- ja terveysala on ollut hyvin paljon viime vuosina puheen aiheena kaikkialla. Viimeisimpänä korona- aika, mikä erityisesti koetteli hoitoalaa todella paljon. Korona-aika toi kansan tietoisuuteen entisestään muun muassa hoitoalan palkkauksen, arvostuksen ja resurssoinnin. Nämä kaikki, joko yhdessä tai erikseen, ovat vaikuttaneet sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten alalta poistumiseen jopa kokonaan, tai vaihtamaan toiseen työpaikkaan.

Työhyvinvoinnilla on iso vaikutus työssä jaksamiseen, jos kaikki asiat ovat kunnossa työpaikalla kuten työntekijöiden tukeminen jaksamisen suhteen, on eteen tulevat haasteet varmasti helpompi ottaa vastaan. Jos näin ei ole jossain työpaikalla ole, tulee se näkymään poistumisena niin nuorten kuin konkareidenkin keskuudessa. Tämä nähdään jo Tehyn 2023 kesän tekemästä kyselystä työhyvinvoinnista, jossa kyselyyn vastasi 3 750 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista. Vastanneista 38 % on miettinyt alanvaihtoa huonon työhyvinvoinnin takia, syinä tähän olivat kiire ja liiallinen työmäärä suhteessa henkilökuntaan, joka oli vähäinen. Se mikä Tehyä huolestutti, oli että työuran loppuun asti alle 30- vuotiaista 60 % ei usko jaksavansa olla sosiaali- ja terveysalalla työuran loppuun asti. Ja juuri heidän ikäluokkansa olisivat ne, jotka ovat kyseisen ammattikunnan tulevaisuus. (Tehy)

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada näkemys sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tämänhetkiseen työhyvinvointiin, mitkä siihen vaikuttavat ja kuinka mahdollisesti voisi säilyttää kyseisen alan imun, sekä saada uusia työntekijöitä alalle.

2.2 Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitoalan ammattilaisten kokemuksia työhön liittyvästä työuupumuksesta, masennuksesta ja unettomuudesta. Tavoitteena taas oli tuottaa tietoa, jota voidaan mahdollisesti hyödyntää hoitoalan työolojen kehittämisessä painottuen edellä mainittuihin asioihin; työuupumukseen, masennukseen ja unettomuuteen. Täten tuoda ilmi työhyvinvoinnin tila myös työnantajille, eritoten mielenterveyden puolella.

Nykypäivänä nämä otetaan paremmin huomioon kuin aiemmin, mutta aina on parantamisen varaa. Joissain paikoissa kohdellaan henkilöitä eri tavoin, vaikka oirekuvat ovat täysin samanlaiset. Opinnäytetyön tarkoituksena oli rohkaista työnantajia uskaltautua puuttumaan enemmän näihin ongelmiin, tai antamaan enemmän ohjeistusta / vastuuta alemmille johtohenkilöille, kuten esihenkilöille tai tiimivastaaville.

Toki opinnäytetyö voi myös antaa selvyyttä kollegoille, jos ja kun sinä kohtaat jonkun kollegasi, jolla huomioit nämä mainitut oireet, osaat ottaa asian puheeksi joko hänen itsensä kanssa tai sitten jonkin toisen kanssa, esimerkiksi esihenkilön tai työterveyshuollon kanssa.

3 Työhyvinvointi

Sosiaali- ja terveysala on kärsinyt jo kymmeniä vuosia työvoimapulasta. Vuonna 2012 sairaan- ja erikoissairaanhoidon työvoimapula kunnissa oli 2.8 %, vuoteen 2010 mennessä muihin työtehtäviin, kuin hoitoalan, oli hakeutunut 7 % sairaanhoitajista ja lähihoitajista 13 %. Eikä tilanne ole parantunut vuosien saatossa juurikaan. Sote- alan työvoima katsausraportin mukaan, vuonna 2019, noin reilu 70 000 hoitoalan työpaikoista jäi täyttämättä, kun haussa oli kaikkiin hoitoalan ammatteihin reilu 90 000 paikkaa. Myös alan vaihtajia oli 6 %, tähän syynä oli selkeästi ollut koronapandemia. (Tilander 2014, 46–49. TEM toimialaraportit 2021:2, b.)

On arvioitu, että vuoteen 2025 mennessä hoitoalalla tulee olemaan 20–60 000 ammattilaisen vaje. Tähän vaikuttavat kunnissa eläkkeelle siirtyvät työntekijät, joita on arvioilta 10 000 sekä ikääntyvän väestön lisääntyminen, jolloin tarvitaan entistä enemmän palveluja. Näihin on yritetty saada jo aiemmin ratkaisua hankkimalla työvoimaa ulkomailta, mutta kielitaito on ollut puutteellista mikä tehnyt ammatissa olemisen hankalaksi. Myös opiskelupaikkojen lisääminen sosiaali- ja terveysalalla on ajateltu helpottavan työpulaa, mutta opintojen kesto ja vastavalmistuneiden samassa työpaikassa pitäminen ovat olleet vaikeita. (Tilander 2014, 46–49.)

Työvoimapula ei ole ainut sosiaali- ja terveysalan haaste, vaan on selkeästi tiedossa, että työelämä elää myös muutospaineen alla. Maailmantalous vaikuttaa työnteon rakenteisiin ja edellytyksiin, jossa julkinen ja yksityinen sektori miettivät omaa toimintakuvaansa. Ei ainoastaan asioiden digitalisointi tuo haasteita jo nyt olemassa olevaan työelämäään, vaan myös uudet sukupolvet. Työpaikassa pitkään olleiden työntekijöiden tulee nykymaailmassa, ikää katsomatta, sopeutua uusiin työelämäntaitoihin ja oppia uutta jatkuvasti vanhan ”jo hyväksi todetun” muuttuessa sekä mahdollisesti samalla opettaa uutta sukupolvea samaan aikaan. (Manka & Manka 2016, 13 & 17.)

Ei ole siis nykypäivänä ihme, että hoitoalan työhyvinvointi on kärsimässä. Kaikki muutokset ja työvoimapula rasittavat henkilökuntaa, aivan kuten esihenkilöäkin, jolloin työn mielekkyys ja tavoitteellisuus sekä toimiva työyhteisö voivat huonontua. Esihenkilö ei välttämättä kykene aktiiviseen johtamiseen koska joutuu keskittymään työvoiman hankkimiseen, kun taas henkilökunta joutuvat mahdollisesti tekemään töitä kiireen ja paineen alla. Näin ollen työ ei ole enää työntekijän omassa hallinnassa, vaan tehdään vain se mikä pakko on. Eikä aikaa välttämättä jää kehittää itseään siltä osin kuin haluaisi tai jopa opettaa uutta työntekijää. (Manka & Manka 2016, 26–32.)

Työterveyslaitos tekee vuosittain, tai kahden vuoden välein, Mitä kuuluu- työhyvinvointikyselyn sosiaali- ja terveysalan työpaikoille, joka tuo henkilöstön äänen kuuluviin. Kyselyllä saadaan luotettavaa tietoa yleisesti työhyvinvoinnin tilanteesta, millä tekijöillä työhyvinvointia voisi korjata tai parantaa, sekä saadaan arvio työhyvinvoinnin tilanteesta ja perusta henkilöriskien hallintaan. Näitä saatuja tuloksia vertaillaan joko saman organisaation tai yksikön tilanteeseen, tai muiden vastaavien kansallisten organisaatioiden kesken, aiempiin vastauksiin liittyen. (Työterveyslaitos a.)

Tammikuun 2023 Mitä kuuluu- työhyvinvointikyselyn saadun raportin mukaan on tavoitettu positiivinen muutos, joka tukee sosiaali- ja terveysalan työpaikkojen veto- ja pitovoimaa ja työstä palautuminen olisi parantunut. Nämä edellä mainitut vastaukset ilmeisesti olleet alalla jo kauan olleilta, sillä vasta työnsä aloittaneet olivat sitä mieltä, että työhyvinvoinnin parantamiseksi tarvitaan toimia koska osa työntekijöistä koki palautuvansa huonosti töistään tai kokivat heidän työkykynsä selkeästi heikentyneen. Olivat myös sitä mieltä, että työhyvinvoinnin parantamiseen tulisi panostaa enemmän. (Työterveyslaitos b.)

Nuorten, alle 30- vuotiaiden, työntekijöiden vastauksissa ilmeni Kunta10- tutkimuksessa (liittyen Työterveyslaitoksen kyselyyn), että työssä jaksaminen on hyvin heikkoa. Synä työssä jaksamiselle ovat masennus- ja ahdistuneisuusoireilut, joten tästä syystä työstä palautuminen on laskenut huomattavasti. Vuonna 2022, Kunta 10- vastausten perusteella, alle 30- vuotiaista 15 % kärsi masennus- ja / tai ahdistuneisuusoireista ja 29 % oli sitä mieltä, että työkyky oli heikentynyt. Kunta10- tutkimus kartoittaa eritoten kunta- alan henkilöstön työtä ja siinä tapahtuvia muutoksia, painottuen työntekijöiden terveyteen ja hyvinvointiin. (Työterveyslaitos b., Työterveyslaitos c.)

Maailmanlaajuisesti on ajateltu työhyvinvoinnin olevan työterveyteen ja työkykyyn liittyvä, kun taas suomessa näiden lisäksi mukaan luetaan työn sujuminen arjessa. Arjessa sujumiseen vaikuttaa paljon organisaation toimintapa ja johtaminen, työpaikan ilmapiiri sekä työ ja työntekijä itse omine tulkintoineen. Nämä kaikki jo edellä mainitut asiat ovat työntekijän ja työnantajan yhteisellä vastuulla, joskin työntekijä kuitenkin vastaa enemmän omasta työkyvystään ja ammatillisuuden ylläpidosta, kun taas työnantaja turvallisuudesta, hyvästä johtamisesta ja yhdenvertaisuudesta. Kun nämä eivät toteudu, voi se johtaa uupumiseen ja mahdollisesti stressiin. (Manka & Manka 2016, 75., Terveystalo.)

Kun työntekijän käytös muuttuu huomattavasti, eikä hän kykene tekemään töitä annetun aikataulun puitteissa vaan ylityöt lisääntyvät tai kun henkilön sairauslomat lisääntyvät, tulee esihenkilön puuttua ajoissa tilanteeseen. Työturvallisuus velvoittaa työnantajia huolehtimaan myös näistä osa-alueista ja puuttumaan näihin henkisen hyvinvoinnin osa- alueihin

herkästi. Jos esihenkilö ei itse kykene puuttumaan, on otettava mukaan työterveyshuolto. (Laitinen ym. 2013, 126–127.)

3.1 Stressi työhyvinvoinnin osana

Stressi käsitetään ihmisten toimesta hyvin eri tavoin, jolloin stressitekijöitä voi olla kolmea erilaista; ulkoinen (ympäristön aiheuttama), sisäinen (fysiologinen) tai näiden kahden vuorovaikutus. Toiselle perusariki (sisäinen) voi olla hyvin stressaavaa, kun taas toiselle se on normaalia ja työ (ulkoinen) on se, joka tuo stressin aiheita arkeen. Tai pahimmassa tapauksessa jopa molemmat, niin kotiarki kuin työ, voivat stressata. Työssä stressiä voivat aiheuttaa kiire, vastuunalaiset tai mahdottomat tehtävät, tai jopa tyytymättömyys itse työhön. (Räisänen 2012, 7., Tamminen ym. 2014, 89.)

Kyseinen tila voi oireilla psyykkisesti, kuten jännittyneisyys, mielialan vaihtelut (ärtymys, jopa aggressio), levottomuus, masentuneisuus, unihäiriöt ja muistiongelmien tai fyysisesti, kuten päänsärky, korkea verenpaine, vatsavaivat, sydämen tykyttely tai flunssakierre. Psyykkiset oireet johtuvat yleensä mielentilasta tai käytöksestä, kun taas fyysiset oireet olosuhteiden kuormituksesta. Nämä eivät aina välttämättä ole pahasta, vaan näillä voi joillekin olla jopa positiivinen vaikutus saada asiat tehtyä ajallaan, etenkin jos stressi on vain hetkellinen tila. Pitkään jatkuneena, etenkin psyykinen puoli voi kuitenkin ajaa henkilön työuupumukseen. (Peltomaa 2015, 49–50., Terveyskirjasto a.)

Kun stressi kestää lyhyen ajan, voi se olla henkilölle vain positiivista, jolloin henkilö saa enemmän aikaa ja työn imu sekä onnellisuus kohtaavat. Tätä tilaa voidaan kutsua eustressiksi eli hyväksi stressiksi. Muita stressin muotoja ovat distressi (vahingollinen) ja meta-stressi, joka aiheuttaa noidankehää henkilölle, jolla on distressiä eli vahingollista stressiä. (Mielipalvelut, Räisänen 2012, 22–23.)

Hyvä stressi eli eustressi on myönteinen olotila, jossa henkilö aktiivinen, jolloin tekemiseen ryhtyminen on vaivatonta, ajattelu sujuu ongelmitta sekä pystyy huomioimaan taukohetket. Tällöin myös palautuminen työstä onnistuu ongelmitta. Kun taas vahingollisessa stressissä (distressi) henkilö on epätasapainossa, jolloin keskittyminen ja muistaminen häiriintyy, voi tulla rytmihäiriöitä ja verenpaine nousta, tai vastuskyky tai unen laatu heikkenee. (Mielipalvelut)

Distressiä voidaan vielä hoitaa, jos stressin aiheuttajiin pystytään puuttumaan aikaisin. Tällöin henkilö voi päästä normaalin olotilaansa nopeastikin. Näin ollen ylivirittynyt tila laskee huomattavasti ja henkilö rentoutuu, tunnetilat ja fyysiset oireet (rytmihäiriöt, verenpaineet, flunssan oireet) helpottuvat. Jos tähän vaiheeseen ei päästä puuttumaan, voi henkilölle tulla

uupuminen, masennus tai ahdistuneisuus, tai pahimmassa tapauksessa jopa yllä mainittu noidankehä eli metastressi. (Mielipalvelut)

3.1.2 Kun työhyvinvointi kärsii

Työ tekee monelle hyvää mielenterveyden suhteen, sillä työpaikka ei ole kaikille vain tuloja vaan myös turvallinen paikka, joka lisää itsetuntoa. Työyhteisö voi tuoda henkilölle yhteisöllisyyden ja sosiaalisen tuen tunnetta. Kuitenkin työ voi myös vaikuttaa negatiivisesti henkilön mielenterveyteen ja hyvinvointiin. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos)

Nykypäivänä työ koetaan selkeästi henkisesti raskaampana ja täten psyykkinen ja henkinen puoli on todella paljon kuormittuneena, kun työstressi, uupumus ja masennus nostavat herkästi päätään. Työstressi on yksi syy muun muassa mielenterveysongelmiin, kuten masennukseen ja uupumiseen. Yhä useampi työntekijä on sairauslomalla erinäisten mielenterveyden ongelmien takia, ja saavat näistä sairauspäivärahaa. (Mielipalvelut, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos)

Kun henkilö voi hyvin, on tyytyväinen elämäänsä ja työhönsä sekä sietää vastoinkäymisiä ja saa sopivasti positiivista kuormitusta suhteessa lepoon ja vapaa- aikaan, on henkinen hyvinvointi tasapainossa niin työssä kuin henkilökohtaisessa elämässä. Jos työn tai henkilökohtaisen elämän kuormitustekijät kasvavat liian suuriksi, on hyvinvointi vaarassa ja henkilö voi kohdata pieneltä tuntuvia terveydellisiä haasteita, kuten muistamisen ja oppimisen vaikeutta, päätöksen teon hankaluutta sekä ongelmia havaitsemisessa ja tarkkaavaisuudessa. Nämä voivat kuitenkin lopulta johtaa paljon suurempaan ongelmaan, kuin henkilö olisi voinut osata ajatella. (Mertanen 2015, 74–75.)

3.2 Työuupumus, masennus, unettomuus työhyvinvoinnin haasteena

3.2.1 Työuupumus

Kun asenne työhön on kielteinen, jopa pakkomielteinen tai työ on kohtuutonta, voidaan puhua työholismista. Tuolloin työn ja henkilökohtaisen elämän erottaminen on mahdotonta, eikä työstä irrottautuminen ole helppoa ja tämä lisää riskiä työuupumiselle. Työuupumus on seurausta pitkittyneestä stressistä, kun sopeutuminen kuormitukseen ei ole riittävä eikä palautuminen ole onnistunut vaan se pitkittyy, ja henkilön psyykkiset voimavarat ehtyvät huomattavasti. Tässä kohtaa syynä ei ole välttämättä ainoastaan kohtuuton työmäärä, vaan myös työn epäselvät työtavoitteet, huono johtaminen, arvostuksen puute työssä sekä henkilökohtaisen elämän haasteet. Etenkin jos työssä on hankaluuksia ja haasteita, voivat

myös tietyt henkilökohtaisen elämän haasteet kuormittaa niin työssä kuin vapaa- ajalla. (Hakanen 2019., Aarninsalo ym. 2017, 298.)

Työuupumus ei ole sellainen, mikä kehittyy yhtäkkiä, vaan se syntyy hiljalleen persoonallisuuden sekä työn ja työyhteisön vaikutuksen takia. Syynä voivat muun muassa olla yksilön ominaisuudet (mm. ikä, parisuhteen puute), persoonallisuuden piirteet (mm. alemmuudentunne, ahdistuneisuus), työhön liittyvät asenteet (epärealistiset odotukset) tai työn ja työyhteisön ominaisuudet (mm. työn paine ja kuormittavuus, kollegiaalisuuden puute, kireä aika-taulu). Tämä ei ole sairaus, vaan oireyhtymä, jossa oireina ovat kokonaisvaltainen väsymys, kyynisyys ja alentunut sitoutunut työhönsä. (Aarninsalo ym. 2017, 298–299.)

3.2.2 Oireet

Yleisin oire on pitkään kestänyt väsymys, stressiperäinen, mikä ei enää helpotu normaalilla vapaa- ajan levolla eikä selkeästi ole kytköksissä vain työn aikaisiin kuormitushuippuihin. Toki väsymys voi myös olla tunneperäistä, mikä voi aiheuttaa masennusta, kuten esimerkiksi uupumusta, alentunutta mielialaa tai unihäiriöitä. Muut oireet ovat kyynistyminen tai alentunut itsetunto ammatillisuudessa. Vakavasti uupuneella voi esiintyä myös kognitiivisia, kuten muistin ja havainnoinnin, ongelmia yhdessä tunne- elämän hallinnan vaikeuksien kanssa. (Aarninsalo ym. 2017, 39 & 299, Terveyskirjasto b.)

Huomattava ensimmäinen oire työuupumuksen mahdollisuudesta kuitenkin on psyykkisten voimavarojen vähentyminen, jolloin motivaatio työhön alkaa laskea ja henkilö on jatkuvasti väsynyt eikä lepo auta. Toisena oireena on riittämättömyyden tunne, jossa ammatillinen itsetunto heikkenee, kokee olevansa huonompi kuin muut. Muita oireita voivat olla tunteiden säätelyn ongelmat, kuten itkuherkkyys ja mielialan vaihtelut. Myös kognitiivisia (keskittymisvaikeudet ja muistiongelmat), sekä somaattisia (päänsärky, vatsaoireet, erilaiset kiputilat) oireita voi ilmetä. Pahimmillaan henkilö voi jopa kyynistyä omaan työhönsä, jolloin työn mielekkyys ja merkityksellisyys katoaa kokonaan. (Työterveyslaitos d.)

Kyynisyys näkyy henkilön välinpitämättömyytenä työtään kohtaan, työstä kun on vain jotenkin pakko selviytyä, mutta se ei tuo enää mielihyvää samalla tavoin kuin aiemmin. Näin ollen henkilö on luonut itselleen puolustuskeinon, jolla saa tarpeeksi välimatkaa työhönsä. Tätä kautta myös ammatillinen itsetunto saattaa kärsiä, jolloin ei enää nähdä itseään ammatillisesti taitavana / riittävänä tai ei koeta saavan tarpeeksi aikaa. (Aarninsalo ym. 2017, 299, Terveyskirjasto b.)

Tila kehittyy hiljalleen, kun henkilön psyykkiset voimavarat alkavat vähentyä. Yleensä tämä tila esiintyy herkästi niillä henkilöillä, jotka ovat työpaikan motivoituneimpia henkilöitä, joilla ei ole mahdollista tehdä työtään niin hyvin kuin haluaisivat, esimerkiksi liikaa tai liian vähän

toita tai tehtyä työtä ei arvosteta/ huomioida tarpeeksi. Myös työyhteisöllä ja johtamisella on tässä suuri rooli. (Työterveyslaitos a.)

3.2.3 Diagnoosi

Tarkkoja raja- arvoja tai määritelmiä työuupumukselle ei ole olemassa, vaan vakavan työuupumuksen katsotaan olevan silloin kyseessä, kun oireet tulevat keskimääräisesti viikoittain. Lievästä puhutaan raja- arvojen mukaan, kun oireilu ilmenee noin kuukausittain. Kuitenkaan tämä ei kuulu, ainakaan vielä, viralliseen lääkinnälliseen tautiluokitukseen (ICD-10) yksin vaan sen katsotaan olevan oireyhtymä johtuen hallitsemattomasta kroonisesta työstressistä, johon yleensä ensisijaiseksi diagnoosiksi määritellään jokin mielenterveydellinen häiriö, jonka sivudiagnoosi on työuupumus. (Aarninsalo ym. 2017, 303., Terveyskirjasto b.)

Kuitenkin määritelmää on tarkennettu Who:n mukaan uuden ICD- 11 kolmen ominaisuuden myötä; heikentynyt ammatillinen tehokkuus, työhön liittyvä negatiivisuus/ kyynisyys tai henkinen etäisyys työhön lisääntyvästi, tai energian loppumisen / uupumisen tunne. Tämä ohjeistus, jossa näyttöön perustuvia ohjeistusta tultaisiin muuttamaan työhyvinvointiin liittyen, on vasta kehitteillä. (WHO)

Uupumusta kokevan/ epäilevän henkilön tulee hakeutua hoidon piiriin, joko omaan terveydenhuoltoon tai työterveyteen, jos sellainen on työn puolesta mahdollista. Diagnosoinnissa huomioidaan kokonaisvaltaisesti henkilön sen hetkinen tilanne, elämäntilanne, sekä siihen johtaneet syyt niin vapaa- ajan kuin työn puolesta. Tulee selvittää myös muut mahdolliset sairaudet, jotka voivat esiintyä alkuun väsymyksenä, esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta, uniapnea, masennus ym. Se juurisyy, mikä uupumukseen on johtanut, tulee selvittää. Apuna tässä on koko työterveyshuollon henkilökunta; hoitaja, työterveyslääkäri, työpsykologi. Nämä tekevät päätökset siitä tarvitseeko henkilö mahdollisesti sairauslomaa, lääkitystä tai psykoterapiaa. (Aarninsalo ym. 2017, 303., Terveyskirjasto b.)

Ennen diagnosointia ja hoidon aloitusta henkilö voi joutua täyttämään joko BBI (Bergen burnout indicator) tai KEDS (Karolinska Exhaustion Disorder Scale) kyselyn. BBI on Norjassa kehitetty kyselylomake, kun taas KEDS Ruotsissa. BBI:ssä on 15 kysymystä liittyen sen hetkiseen työtilanteeseen, jotka on pisteytetty 6n eri kohdan mukaan vaihteittain, täysin samaa mieltä- täysin eri mieltä. KEDS taas paneutuu suoraan uupumuksen vaaraan 7n kysymyksen verran. Kyselyyn tulee vastata kahden viikon aikaisten tuntemusten perusteella, ja vastaukset tullaan pisteyttämään 0–6 p. (Medika, Mielenterveystalo, Terveyskirjasto b.)

3.2.4 Ennaltaehkäisy ja hoito

Kun omat kyvyt ja avut, kuten palautumisesta ja työajoista huolehtiminen, eivät enää auta tulee asia ottaa puheeksi esihenkilön tai työterveyden kanssa. Kertoa omasta tilanteestaan ja yrittää saada ratkaisua ennen kuin tilanne pahenee. Ratkaisuna voi olla joko työmäärän vähentäminen tai hetkellinen sairausloma. Jos taas henkilö itse ei ymmärrä ottaa asiaa puheeksi, vaan muutoksen henkilön työn teossa tai / ja käytöksessä huomaa itse esihenkilö, tai kollega, joka vie asian esihenkilön tietoon, tulee tällöin esihenkilön puuttua tilanteeseen. Jos esihenkilöllä ei ole taitoa ratkaista ongelmaa yhdessä työntekijän kanssa, tulee mukaan ottaa työterveyshuollon ammattilainen. Uupumus ei ole päivystyksessä hoidettava, vaan hoidon tulee tapahtua sellaisessa paikassa, jossa jatkoseuranta on mahdollista. (Aarninsalo ym. 2017, 303. Terveyskirjasto b.)

Omalta kohdaltaan henkilö voi ennaltaehkäistä uupumista selkeyttämällä omia työtehtäviään, sekä taukojaan, jos se vain työn puolesta on mahdollista. Myös työajan pienentäminen voi auttaa. Itse sairausloma auttaa alkuun, mutta pidemmän päälle se ei tee hyvää, vaan työhön olisi hyvä palata mahdollisimman nopeasti. Työnantajan taas tulisi luoda henkilökunnalle hyvä työilmapiiri, kartoittaen työntekijöiden työhyvinvointia tasaisin väliajoin, tukea urakehitystä ja antaa positiivista palautetta / kiitosta, tai jopa mahdollistaa työnohjaus. (Aarninsalo ym. 2017, 300. Mehiläinen.)

Työnohjaus tapahtuu koulutetun ohjaajan avulla, jossa ohjaukseen osallistuvat työntekijät käyvät läpi omaa työtään, kehittymistään samalla arvioiden näitä osa- alueita. Samalla myös yritetään tulkita ja jäsentää työyhteisöön, omaan työrooliin liittyviä kysymyksiä niin tunteiden kuin kokemusten perusteella. Ohjaus tapahtuu useamman kerran ja ohjaaja on vaitiolovelvollinen. Tämä ohjausmuoto saattaa tuoda selkeyttä henkilölle itselleen, sekä lisätä työyhteisön hyvinvointia. (Suomen työnohjaajat)

Virallisen hoidon aloittamiseksi tulee tosiaan, kuten yllä mainittu, selvittää viralliset työuupumukseen johtavat syyt, eritoten masennus. Stressinhallinnan harjoitukset, kuten rentoutumisharjoitukset, voivat olla yksi vaihtoehto mutta se ei välttämättä sovi kaikille. Sairausloma voi sopia alkuun, mutta pidemmän päälle se vain hankaloittaa työhön paluuta. Lääkehoitona voidaan käyttää ahdistusta lievittäviä lääkkeitä tai unilääkkeitä, helpottamaan unen saantia, jolloin väsymys voi helpottaa. Kuitenkin lääkkeitä käytetään yleensä vain silloin, kun mukana on masennus. Terapiamuodosta, kognitiivinen terapia on yleisin, jossa käydään läpi henkilön kuormittavia tekijöitä ja yritetään saada niihin hallintakeinoja. (Aarninsalo ym. 2019, 303–304.)

Uupunutta henkilöä ei kuitenkaan tule jättää yksin, vaikka diagnoosi olisikin tehty, vaan tilannetta tulee seurata niin työpaikalla kuin työterveydessäkin sillä toipumiseen voi henkilön mukaan mennä jopa vuosi. Kuntoutumiseen ja työhön paluun tukemiseen on monia eri vaihtoehtoja tilanteen mukaan, kuten Kelan osasairauspäiväraha tai kuntoutuskurssi, Työterveyshuollon työkokeilu tai eläkevakuuttajan ammatillinen kuntoutus. Nämä kuitenkin arvioidaan aina tilanteen mukaan. (Terveyskirjasto b.)

3.3 Masennus

Masennuksen on todettu olevan keskeinen kansanterveydellinen ongelma, jolla on suuri merkitys työkyvyttömyyteen. On todettu, että koko kansan yleisväestöstä noin 5.8–10.3 % vuodesta sairastaa masennukseen. Tilastosta ei kuitenkaan käy ilmi, minkä seurauksena henkilöt ovat sairastuneet sillä sairastumiseen voi olla monia syitä. Kuitenkin, kun jokin asia tai tapahtuma aiheuttavat henkilölle kriisin tai stressin, joka tuntuu ylittämättömältä voi nämä aiheuttaa masennusta. Syinä voivat olla biologiset, psykologiset tai sosiaaliset tekijät. Riskitekijänä voi olla myös pitkittynyt stressi tai työuupumus. Nämä kaikki, yhdessä tai erikseen, voivat aiheuttaa masennusta, sillä henkilön mieliala on huonontunut reilusti, ja hän ei koe olevansa enää hyvä missään tekemässään asiassa (Pesonen¹ ym. 2019, 353–355., Aarninsalo ym. 2017, 12–13., Terveyskirjasto c.)

Biologisella, mahdollisesta perintötekijällä, tarkoitetaan aivojen välittäjäaineen vaihdunnan häiriötä, jossa HPA- akseli (hypotalamuksen, aivolisäkkeen ja lisämunuaisen kuorikerroksen muodosta akseli) toimii yliaktiivisesti, kun tietyt elämän tapahtumat (esimerkiksi suru) rasittavat henkilöä, jolla on taipumusta masennukseen. Psykologisissa tekijöissä taas kyse on somaattisesta, eli ruumiillisesta, sairaudesta, jota henkilö ei ole kykenevä käsittelemään, vaan kokee diagnoosin masentavana eikä osaa kuvitella elämää yhdessä diagnoosin kanssa. Jos sosiaalinen turvaverkosto (perhe, työyhteisö, ystävät) ei ole kunnossa, puhutaan sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta masennuksen ilmentymiseen. Esimerkiksi, jos henkilö sairastuu somaattisesti, voi se jo vaikuttaa suuresti sosiaalisen verkostoon henkilön itsensä vuoksi, kun ei halua / pysty sairauden vuoksi olemaan sosiaalisessa kontaktissa. (Pesonen ym. 2019, 353–355.)

Kun puhutaan tai diagnosoidaan, masennus tulee erottaa ammatti- ja arkikielen ero. Arkikielissä puhutaan yleisestä masennuksesta, kun henkilö kokee masentuneensa hetkellisesti esimerkiksi elämän tuomien pettymysten tai haasteiden vuoksi, jolloin kuin tahansa voi masentua hetkellisesti. Ammattikielissä masennuksesta puhutaan silloin, kun

masennus on selkeästi sairauden oire tai psykologinen ristiriita /-ongelma ja se on jatkunut tietyn aikaa. (Aarninsalo ym. 2019, 10., Mieli.)

Ammattikielisellemasennukselle, depressiolle, ei löydy yhtä selkeää syytä mutta tähän on voinut vaikuttaa perimä, kasvuympäristö ja elämä itsessään. Muut syyt, psykologiset, fyysiset ja / tai sosiaaliset tekijät. edellä mainittujen lisäksi voivat olla jopa hoitoon asti johtavia; Tai näiden kaikkien yhteisvaikutus. Joskus pelkästään oman henkilökohtaisen elämän haasteet suhteessa töihin, tai jo pelkästään työ, voi aiheuttaa stressiä ja sitä kautta johtaa masennukseen. On kuitenkin hyvin yksilöllistä, kuka masennukseen sairastuu, ja kuka ei, henkilön oma vika se ei koskaan ole. Masennus on sairaus, johon saa apua, niin lääketieteellistä kuin psykologista. (Aarninsalo ym. 2017, 10–13., Mieli., Terveyskirjasto c.)

3.3.1 Oireet

Masennus esiintyy erilaisin oirekuvin. Yleisimmin masentunut henkilö kokee olevansa viireystilaltaan alakuloinen tai väsynyt, aiemmin mielihyvää tuottavat asiat tuntuvat nyt rasakalta ja voimia vieviltä. Muina oireina voi olla alentunut omanarvontunne, lisääntyneet itesyytökset tai jopa itsetuhoiset ajatukset, sekä muisti ja keskittymiskyvyn vaikeuksia. Myös ruokailu totumuksissa ja painossa voi tapahtua selkeitä muutoksia. Ruumiillisina oireina voi olla päänsärkyä, unihäiriöitä, suolen toimimisen ongelmia kuten ummetus, väsymystä tai selkäkipua, sekä yleistä voimattomuutta ja toimintakyvyn heikentymistä. Nämä ruumiilliset ongelmat saattavat hämätä henkilöä luulemaan oirekuvan olevan syy jostain muusta, kuin masennuksesta. (Pesonen ym. 2019, 351–352., Aarninsalo ym. 2017, 39–40.)

Oirekuvien mukaan luokitellaan masennuksen piirteet. Masennuksessa katsotaan olevan kolme eri oirekuvaa; lievä, keskitasoiset, vaikeat ja psykoottiset. Lievässä työkyky heikkenee eritoten henkisesti vaativissa ammateissa, kun taas keskivaikea voi tehdä henkilön työkyvyttömäksi. Vaikeassa kaikki elämän osa-alueet ovat vaarassa, muun muassa psykomotoriikka (mielen ja psyyken yhteys) hidastuu tai kiihtyy huomattavasti, uni muuttuu katkonaiseksi, jolloin henkilö herää aamuyöllä saamatta enää unta, ja näiden vuoksi henkilö voi joutua jopa sairaalahoitoon. Kaikista vaikein muoto on kuitenkin psykoottinen, jossa henkilöllä ilmenee erinäisiä harhoja ja todellisuus on kadoksissa, myös skitsofrenia voi olla mahdollinen. (Pesonen ym. 2019, 351–352., Terveyskirjasto c.)

3.3.2 Diagnoosi

Kun henkilöllä on edellä mainitut oireet, mieliala muutos oireilun lisäksi, kestäneet useamman viikon, kuukauden tai jopa vuoden ajan, aletaan epäillä masennusta. Kuitenkaan kaikilla ei ole juuri samanlaisia ja tiettyjä oirekuvia, eivätkä ne ilmaannu tietynlaisessa

järjestyksessä. Diagnoosi tapahtuu arvioiden masennuksen monia eri oireita niin ajallisesti kuin tilannekohtaisesti, missä tilanteissa oireilu ilmenee ja kuinka kauan. Jotta masennusdiagnoosi täyttyy, tulee henkilöllä esiintyä kahden viikon ajan yhteensä 4 oireita alla olevasta taulukosta. Joista ainakin kaksi oiretta, oireista 1–3, yhtä aikaa. (Aarninsalo ym. 2017, 39. Mieli. Terveyskirjasto c.)

1	Masentunut mieliala
2	Mielihyvän menetys
3	Uupumus
4	Itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys
5	Kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne
6	Toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös
7	Päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne
8	Psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys
9	Unihäiriö
10	Ruokahalun ja painon muutos

Tärkeää on kuitenkin diagnosoinnin alussa huomioida mahdolliset somaattiset häiriöt, esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta tai diabetes, jotka voivat aiheuttaa ennen kyseisen sairauden diagnosointia, masennuksen oirekuva. Tällöin tulee huomioida, onko mahdollisia mielenterveysongelma oireilua tai psyykkisiä stressitekijöitä ollut ennen todettua somaattista häiriötä (sekundaarinen mielenterveyshäiriö). (Pesonen ym. 2019, 356.)

Diagnosoinnin kannalta tärkeää on siis esitiedot (yllä mainittu), psykiatrinen tutkimus sekä mahdolliset somatiikan oireilut. Somatiikan selvittelyksi tulisi ottaa verikokeita, sekä esitiedoissa selvittää mahdolliset jo käytössä olevat lääkitykset, joilla voi olla haittavaikutuksina mielialan muutokset, jopa masentuneisuuteen asti. Kuvaustutkimuksia harvemmin tarvitsee, ellei herää epäily aivosairaudesta kuten kasvaimesta. (Pesonen ym. 2019, 356–359.)

3.3.3 Hoito

Mitä nopeammin henkilö hakeutuu hoitoon sitä paremmin, voidaan vaikuttaa oireiden pahenemiseen. Hoito tapahtuu joko oman terveydenhuollon piirissä tai työterveydenhuollossa. Ellei kyseessä ole akuutti tilanne, jolloin hoitoon tulee hakeutua akuutisti erikoissairaanhoidon piiriin. Aivan ensin halutaan sulkea pois muut psyykkiset oireet, kuten ahdistuneisuus, persoonallisuus- tai päihdehäiriöt, ja somaattisen puolen ongelmat, jotka voivat aiheuttaa masennuksen kaltaisia oireita. Somaattisella puolella esimerkiksi aivokasvain, B12- vitamiinin tai foolihapon puute, tai jokin oma sillä hetkellä käyttämä lääke, voivat aiheuttaa myös masennuksen kaltaisia oireita. (Aarninsalo ym. 2017, 66., Käypähoito a., Terveyskirjasto c.)

Hoitomuoto määräytyy sen mukaan, missä vaiheessa masennus on. Lievässä voi riittää pelkästään itsehoito edistämällä omaa hyvinvointiaan pienillä asioilla, tai sitten psykoterapia. Joskus psykoterapian rinnalle pitää aloittaa lääkitys. Keskivaikeassa lääkitys ja psykoterapia tulee myös ajankohtaiseksi, kun taas vaikeassa lääkitystä sillä melko usein vaikea masennus johtaa erikoissairaanhoidon piiriin, jossa seuranta tapahtuu automaattisesti. (Aarninsalo ym. 2017, 66.)

Hoidossa noudatetaan eri vaiheita; akuuttihoito, jatkohoito, ylläpitohoito. Akuutissa pyritään mahdollisimman nopeaan ja täydelliseen toipumiseen. Jatkohoidossa, joka kestää arviolta 4- 9kk, pyritään ehkäisemään oirekuvien uusiutuminen, kun taas ylläpitovaihe kestää vuosia. Vuosia kestävä ylläpitovaiheen aikana pyritään estämään sairauden puhkeaminen uudestaan. (Aarninsalo ym. 2017, 66–67.)

Terapia ja masennuslääkkeet, ovat tehokkaimpia hoitomuotoja akuutimmassa vaiheessa, etenkin jos näitä hoitomuotoja käytetään yhdessä. Lääkehoidon aloittamisessa tulee kuitenkin ottaa huomioon masennuksen kesto suhteessa työkyvyttömyyteen, esimerkiksi jos työkyvyttömyys kestänyt yli 2 kuukautta on, lääkitys aiheellinen. Jos lääkitys aloitetaan, tulee seurannan olla tiuhaa, 1–3 viikon välein. Vaikeimmissa akuuteissa tapauksissa saataan joutua turvautumaa jopa muun muassa sähkö-, tai kirkasvalohoitoon. (Käypähoito)

Kun hoito on aloitettu erinäisin toimenpitein, on jatkohoito tärkeää. Jatkohoidolla pyritään ehkäisemään oirekuvan palaaminen, jos henkilö on ollut täysin oireeton puolen vuoden ajan lääkitys, voidaan lopettaa asteittain. Asteittain lopettamisen tärkeys tulee siinä, että jotkin lääkeaineet voivat aiheuttaa vieroitusoireita, kuten lisätä ahdistuneisuutta, unettomuutta tms. (Käypähoito)

Ylläpitohoito tulee silloin kyseeseen, kun henkilöllä on taustaa jo aiemmista masennuksista, esimerkiksi masennus on uusiutunut parisen kertaa tai osoittautunut toistuvaksi, ja se on

ollut diagnosoitua vähintään keskivaikea. Tämän hoidon muodosta päätöksen tekee joko psykiatrian erikoislääkäri tai yleislääkäri, jossa seurataan henkilön tilaa vastaanottokäynneillä joka vuosi, kunnes henkilö on täysin oireeton. Jos henkilö on ollut vuoden ajan oireeton, voidaan harkita lääkityksen asteittaista lopettamista. (Käypähoito)

3.4 Unettomuus

Uni parantaa suorituskykyä, niin henkistä kuin ruumiillista. Hyvä yöuni uudistaa immuunijärjestelmää ja näin ollen suojaa sairauksilta, sekä edistää hyvinvointia, jolloin mieli ja sielu lepää, ehkäisten muun muassa masennusta. Keskimääräinen yöuni aikuisella on 7–8.5 tuntia yössä, lyhyt uni 6–6.5 tuntia kun taas pitkä yönuni on yli 9 tuntia. Silloin kun henkilö on nukkunut tarpeeksi, herää hän virkeänä, eikä tällöin ole väsymystä iltapäivästä. (Kahle 2014, 17–18., Pesonen 2019, 500–501.)

Normaali uni on neljä vaiheinen ja toistuu terveillä ihmisillä 4–6 kertaa yössä, 90 minuutin sykleissä. Kevyt uni (N1) on valveen ja syvän unen vaihe, jolloin häilymme ympäristön tietoisuuden rajamailla, kestää 15 minuuttia, jonka jälkeen tulee N2- vaihe. N2- uni on keskisyvä uni ja kestää 30 minuuttia, jonka jälkeen henkilö siirtyy syvään uneen (N3). Syvän unen vaiheessa henkilön aivot elpyvät ja kuona- aineet poistuvat sekä fyysisen terveyden että uusien asioiden oppiminen, paranee. N3 vaiheessa myös muistijälki vahvistuu. Näiden kolmen vaiheen jälkeen henkilö siirtyy REM- uneen, jolloin automaattinen hermosto aktivoituu ja aivojen aineenvaihdunta vilkastuu. (Kanervisto 2022, Pesonen 2019, 500–501.)

Huono uni, tai sen puute, on terveydellinen haitta, sillä uni on biologinen välttämättömyys. Mitä enemmän henkilö valvoo sitä enemmän alttiimpi, hän on kerryttämään huononlaatuisia kemiallisia aineita aivoihin ja riski esimerkiksi uniapnealle kasvaa. Huononlaatuisilla kemiallisilla aineilla tarkoitetaan muun muassa adenosiniin (säätölee valverytmiä) ja / tai typpioksidin, jota ei normaalisti ole (unen puute lisää tätä) vaikutusta aivoissa. Näin ollen unettomuus on uhkana henkilön puolustusjärjestelmälle. (Kahle 2014, 17–18., Pesonen 2019, 500–501.)

Unettomuus, unenaikaiset hengityshäiriöt, liikaunisuus, unenaikaiset liikehäiriöt ynnä muut ovat unihäiriöitä, jotka voivat liittyä muihin sairauksiin. Unettomuus ongelmat alkavat normaalisti jostakin elämäntilanteen muutoksesta, hetkellinen unettomuus on täysin normaalia. Jos unettomuus on pitkäaikaista voi se vaikuttaa henkilön toimintakykyyn, niin työssä kuin arjessa, huomattavasti. Tämä voi olla osasyylinen niin työuupumukseen kuin masennukseen. (Pesonen ym. 2019, 501–504.)

Unettomuus kertoo kyvyttömyydestä nukkua, vaikka olosuhteet hyvään uneen olisikin hyvät. Ongelmana voi olla toistuva vaikeus nukahtaa, itse unessa pysyminen tai liian aikainen

herääminen. Tämä voi johtua niin kielteisistä tai myönteisistä stressitekijöistä, kuten elämän hetkisistä huolista. Tällöin unettomuutta voidaan hoitaa myös itse. (Käypähoito b., Terveyskirjasto c.)

3.4.1 Oireet

Unen puutteesta voidaan puhua silloin, kun henkilöllä on 2–6 tunnin vaje yöunessa. Kun henkilö nukkuu 2 tuntia vähemmän kuin olisi tarve, väsyvä hän nopeasti ja keskittymiskyky alenee. Neljän tunnin yöunen vajauksella, edellä mainittujen lisäksi, havaintokyky kärsii ja reagointi hidastuu. Jos henkilöllä on jopa kuuden tunnin yöunen vaje, vaikuttaa se huomattavasti elimistöön. Tällöin muun muassa hermot ja aistit ärtyvät / herkistyvät, uneliaisuus lisääntyy ja elimistö menee poikkeustilaan. (Kahle 2014, 19–21., Pesonen 2019, 500–501.)

Pitkittyessään unettomuus voi johtaa sairastumiseen, eli unettomuushäiriöön. Näin olen aivojen uni- valverytmin säätelyjärjestelmä on häiriintynyt, ja niin sanottu noidankehä alkaa. Pitkittyneestä unettomuudesta voidaan puhua silloin, kun unettomuutta on ilmennyt 3 kertaa viikossa, vähintään kuukauden aikana. Noidankehässä nykyiset tai tulevat mielenterveysongelmat voivat tunkeutua henkilön mieleen yöllä. (Käypähoito b., Terveyskirjasto c.)

Jos unettomuus johtuu, esimerkiksi masentumisesta ei henkilö virkisty saamastaan unesta samalla tavoin kuin terve, vaan se vie huomattavasti tämän henkilön voimavaroja. Voimavaroja viedessään se vaikeuttaa normaalia elämää ja täten voi aiheuttaa jopa vaaratekijöitä esimerkiksi työelämässä, kun tarkkuus, huolellisuus ja keskittymiskyky kärsii. (Aarninsalo ym. 2017, 184–85.)

3.4.2 Diagnoosi ja Hoito

Tilapäinen unettomuus on normaalia, johon vaikuttaa elämäntilanteen muutokset ja tällöin unettomuus on enemmänkin oiretasoisista. Tilapäinen unettomuus kestää yleensä alle kuukauden. Jos unettomuus on kestänyt yli 3 kuukautta tällöin se voi vaikuttaa uni- valvontajärjestelmään suuresti. Yleisimpiä nämä ovat naisilla. (Pesonen 2019, 501–504.)

Aivan ensisijaisesti henkilön tulisi itse huolehtia unettomuudestaan elintapa muutosten kautta, kuten huolehtia muun muassa säännöllisistä nukkumaanmeno ajoista ja liikunnan tärkeydestä, sekä vähentää kofeiinia. Jos henkilöllä kuitenkin on ongelmia yöunen kanssa, mutta hän selviää päivittäisistä arjen toiminnoista, ei kyse ole sairaudesta. (Aarninsalo ym. 2017, 190. Terveyskirjasto c.)

Jos aiemmissa kappaleissa mainitut asiat eivät ole syynä unettomuudelle, tulee huomioida muut syyt, kuten herkästi vähäiselle huomiolle jäävät ahdistuneisuus ja masennus. Kun

nämä osa- alueet on selvitetty, olisi henkilön hyvä pitää uni- valvopäiväkirjaa noin kolmen viikon ajan, jolloin selviää mitkä henkilöä auttavat nukahtamaan ja millä uni määrällä hän selviää. (Aarninsalo ym. 2017,190–91.)

Kun kyse on masennuksesta johtuva unettomuus, hoitona suositellaan lääkkeetöntä tai lääkkeellistä hoitoa. Lääkkeetön pitää sisällään ärsykehallintaa (nukahtamisajankohdan ärsykkeiden muuttaminen ja nukahtamisajankohdan muuttaminen säännölliseksi), unirajoitusta (valveilla oloa sängyssä tulisi rajoittaa) tai uniesto (estetään henkilöä nukkumasta). Lääkkeellinen hoito tulee siinä kohtaa kyseeseen, jos unettomuuden perussyy on selvitetty mutta silloinkin vain harkiten. Unilääkkeitä tulisi käyttää vain tilapäisesti, muutoin näistä voi seurata taas omia ongelmia, kuten riippuvuus tai unettomuuden lisääntyminen vilkeunien myötä. (Aarninsalo ym. 2017, 194.)

4 Menetelmälliset lähtökohdat

4.1 Soveltava määrällinen tutkimus

Määrällinen, eli kvantitatiivinen, tutkimus suuntaa tutkimusmuotonsa teoriasta käytäntöön, eli ilmiön taustalla on teorioita, jotka selittävät itse ilmiön ja josta voidaan luoda kysymyksiä. Tutkimusmuoto vastaa kysymyksiin ”mikä”, ”missä”, ”paljonko” ja ”kuinka usein” samalla, kun se käyttää tutkimuksen apuna erilaisia luokitteluasteikoita, kuten syy- ja seuraussuhde, vertailu ja numeraaliset. Näin ollen vastaukset pohjautuvat kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla, esimerkiksi lukumäärät ja prosenttiosuudet. (Heikkilä 2008, 16–17.)

Jotta tätä tutkimusmuotoa pystytään käyttämään, tulee sillä olla riittävän suuri ja edustava otos tutkittavasta kohteesta. Tutkimuksen tekeminen edellyttää myös tutkittavan ilmiön tarkkaa tuntemusta, jolloin voidaan luoda tutkittavasta ilmiöstä tarkkoja kysymyksiä. Tutkimuksen tekijällä tulee olla myös tehtävälle tutkimukselle ja tämän teoriapohjalle vahva sidos, näin ollen myös tutkimuksen luotettavuus on vahva. Tarkoituksen ja tutkimusongelman mukaan tutkimus voi olla kuvaileva, selittävä, muuttujien (yksilöstä mitattavia arvoja) välisiä yhteyksiä kuvaava tai ennustava. (Heikkilä 2008, 16–17., Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2013, 128–130.)

Määrällisen tutkimuksen tutkimusprosessi etenee täsmällisesti, eikä tutkittavia ongelma-kohtia voida enää muuttaa aineiston keruun jälkeen. Tutkimusprosessi on kaksivaiheinen, käsitteellinen, jolloin aiheeseen perehdytään hyvin, ja empiirinen, mikä painottuu enemmän havaintoihin ja kokemuksiin. Käsitteellisessä vaiheessa valitaan ja rajataan aihe, laaditaan kirjallinen katsaus sekä teoreettiset taustat, tutustutaan kontekstiin (onko aiemmin aihetta tutkittu), määritellään otoskoko (tutkimukseen valittavat henkilöt ja määrä), määritellään konteksti (missä aineisto kerätään), sekä valitaan menetelmä (miten kerätään). Empiirissä puolella keskitytään tiivistämään koko paketti. Kerätään aineisto, tallennetaan ja analysoidaan se, tulkitaan tuloksia sekä raportoidaan niistä. Tulosten tulkinta vaiheessa kuitenkin tulee huomioida niin sanotut raakatulokset, jotka avaavat tuloksia lukijalle enemmän, ja niiden oikeanlainen tulkintatapa. (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2013, 84–85).

Kun on päätetty aihe ja kohde, aloitetaan tiedon keruu. Tiedon keruussa kuvataan tutkimukseen osallistuvat, jotka on valittu otantojen mukaan. Otannassa puhutaan perusjoukosta ja sen alakäsitteistä, kokonais- ja otantatutkimus tai edustava otos. Perusjoukkoon käsittää kohteen, josta tehdään päätelmiä, kokonaistutkimus taas käsittää yksilön/yhteisön jotka kuuluvat edellä mainittuun perusjoukkoon, kun taas otantatutkimus edustaa koko otosta,

jonka tuloksia voidaan yleistää perusjoukkoon ja edustava otos perustaa tarkasti tulokset perusjoukkoon ominaisuuksiin. (KvaliMOTV)

Tiedon keruu tapahtuu yleensä valmiiden tilastojen, rekisterien tai tietokantojen pohjalta. Näissä tulee kuitenkin huomioida luotettavuus ja pätevyys tutkimukseen, sekä luvanvaraisuus. Tutkimustiedot voi tutkija myös itse kerätä, jolloin tutkija voi hyödyntää jo olemassa olevia lomakkeita ja muokata nämä omaan tarpeeseensa sopiviksi. Yleensä käytössä on standardoidut kyselylomakkeet valmiine vastausvaihtoehtoineen, mutta tutkija voi tehdä myös omanlaisensa kyselylomakkeen, tai havainnoida systemaattisesti vastaajia. Itse kerättävä tieto on sopiva silloin, kun halutaan lähestyä tutkittavia kohteita postitse, puhelimitse tai käyntihaastattelulla. Myös informoitu kysely, kirjekysely yhdistettynä henkilökohtaiseen haastatteluun, jossa tutkija vie ja noutaa kyselylomakkeet sekä tarkentaa tarvittaessa kysymyksiä, tai jopa esittää lisäkysymyksiä, on suosittu muoto. (Heikkilä 2008, 18., Vilka 2006, 94.)

Nykypäivänä on yleistynyt selkeästi itse tehdyt kyselylomakkeet internetin kautta. Internetin kautta tehty kysely kuitenkin vaatii asiantuntijuutta sekä teknistä osaamista, sekä pohdintaa siitä kuinka tieto saadaan hyvin vastaajille perille, jottei kyselyyn kuulumattomat vastaa kyselyyn, tai kyselyyn vastaajat eivät vastaa uudelleen. Tietenkin tulee myös varmistaa, että kyselyyn vastaajilla on mahdollisuus päästä kyseiselle sivustolle ja, että internetin käyttö on mahdollista. Muita haasteita internet kyselylle on anonymiteetin suojaaminen. Jos kysely lähetetään sähköpostitse, kuinka suojaat sen, etteivät vastaajat näe toistensa sähköpostiosoitteita, sekä nykypäivänä myös IP- osoitteen paikantaminen on mahdollista. Myöskään tutkittavien kohteiden havainnointi ei tässä kohtaa ole millään muotoa mahdollista. (Heikkilä 2008, 18–20., Vilka 2015, 95.)

Kun edellä mainitut vaiheet ovat tehty tulee aineiston analyysi, jossa tallennetaan ja tarkistetaan saadut tulokset, pohjautuen määritelmällisiin käsitteisiin. Tarkistuksessa käydään muun muassa läpi puuttuvien arvojen frekvenssi (samojen arvojen esiintyminen useasti) laskeminen ja prosenttiosuuksien ilmentäminen kullekin muuttujalle. Määrällisissä käsitteissä tulokset pohjautetaan havaintoyksikön (yksikön tai henkilön), muuttujan (yksilöstä mitattavan ominaisuuden) tai arvon (muuttujan luokat) mukaan. Yksilön ominaisuuksia (muuttujat) mitattaessa käytetään apuna mitta- asteikkoja, luokittelu-, järjestelyä, ja välimatka-asteikko. Luokittelu jakaa tutkittavat eri ryhmiin tietyn ominaisuuden perusteella, järjestely asettaa tulokset järjestykseen, välimatkat taas järjestävät arvot järjestykseen, kun taas suhdeasteikko mittaa tutkimusilmiötä käyttäen tarvittaessa nollapistettä, missä tutkittavan kohteen ominaisuus häviää. (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2013, 128–130.)

Ennen lopullista analysointia tulee muuttajat luokitella kokonaan uudelleen, esimerkiksi ristiintaulukointia apuna käyttäen. Ristiintaulukoinnissa on arvioitavana kaksi erillistä muuttujaa, joista tulkitaan kaikkien vastanneiden prosenttiosuus. Tulokset tulee tallentaa ja nimetä uudelleen, jotta alkuperäiset tulokset jäävät ennalleen. Jos mitattavissa on enemmän eri suuntiin mittaavia muuttujia, tulee ne kerätä ja luokitella kokonaan uudelleen. Jos taas tutkimuksessa on käytössä myös avoimia kysymyksiä, on niiden vastaukset helppo luokitella uudelleen koko aineistosta. Tällöin ominaisuuden arvo saa muuttujan suurimman arvon. (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2013, 128–132)

Määrällistä tutkimus tehtäessä tulee kuitenkin huomioida tämän ongelmakohdat. Näitä ovat se, ettei otosjoukko vastaa todellista kohderyhmää, jolloin tulokset ovat virheellisiä, tutkimusmuoto sopii vain tiettyjen ilmiöiden tutkimiseen, eikä tämä tarjoa selitysmahdollisuutta, vaan tutkittavan on otettava kantaa vain siihen mitä tutkijat esittävät. (Kananen 2015, 200.)

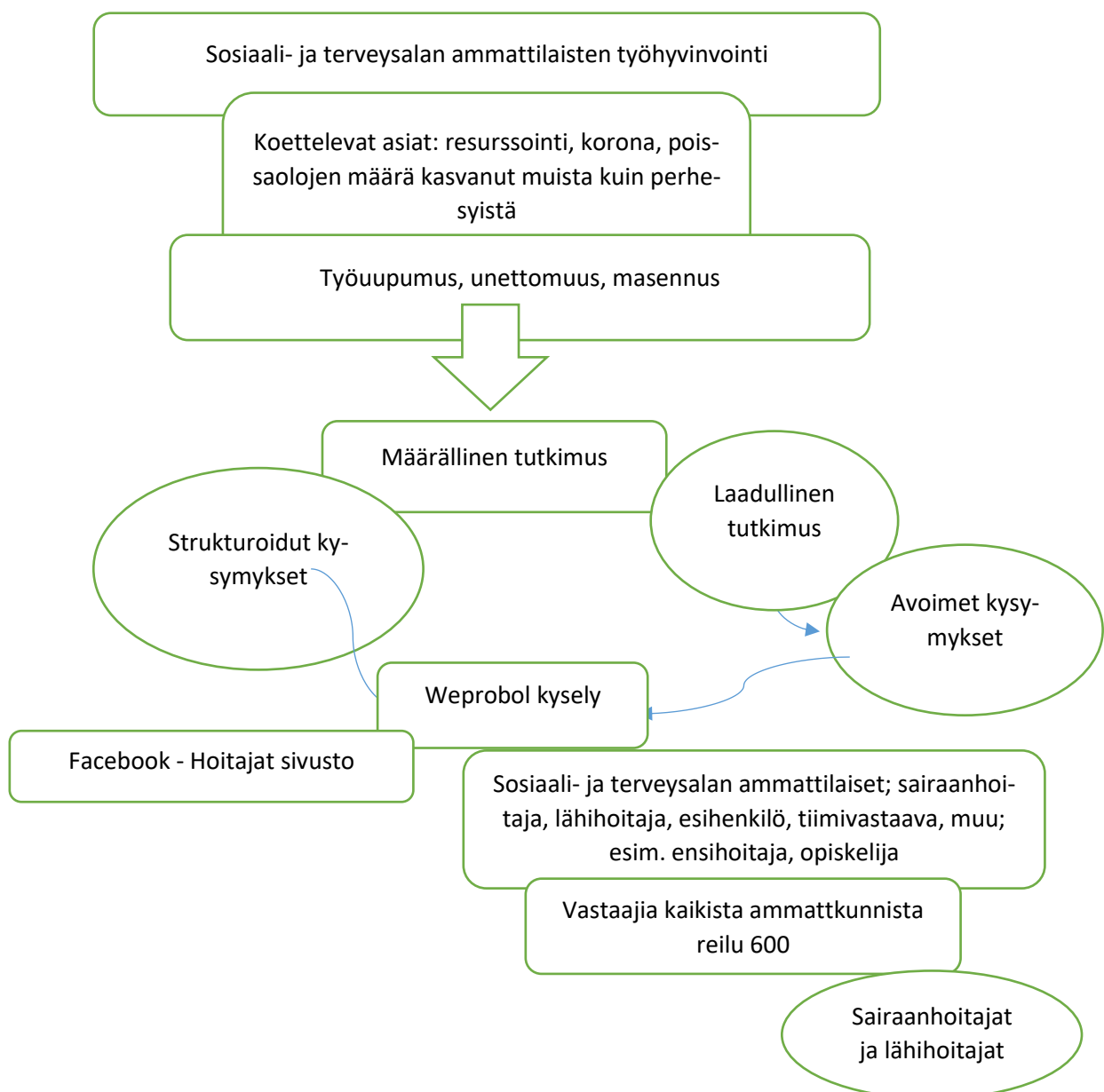
Halusin tehdä opinnäytetyöni määrällisenä, sillä halusin selvittää millä kantimilla sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työhyvinvointi on ja kuinka paljon mahdollisesti kyseinen henkilökunta itse kärsii oireista (työuupumus, unettomuus, masennus) jotka voivat vaikuttaa niin työhön kuin omaan henkilökohtaiseen elämään. Halusin myös nähdä, kuinka paljon juuri nämä edellä mainitut oireet ilmenevät tämän ammattikunnan keskuudessa, sillä nämä asiakohdat ovat olleet melkoisen vaiettu aihe. Itse olen työskennellyt sosiaali- ja terveysalalla reilu 10 vuotta, eikä näistä aiheista ole juurikaan puhuttu. Nyt viime aikojen työtaakka, kuten korona, on nostanut työssä jaksamisen uudelleen puheenaiheeksi, siitä syystä koen tämän aiheen hyvinkin tarpeellisenä ja ajankohtaisena.

Opinnäytetyötä suunnitellessani aihe oli sama, mutta tutkimusmuoto eri. Yritin tehdä opinnäytetyöni ensin laadullisena työnä, jossa vastaajille olisi lähtenyt kirje avoimin kysymyksiin ja näihin kysymyksiin henkilöt olisivat vastanneet omin sanoin. Tämä tutkimusmuoto ei kuitenkaan ottanut tuulta alleen ja päädyin vaihtamaan tutkimusmuotoa. Koin, että sain määrällistä tutkimusta apuna käyttäen parhaimmin vastauksia, sillä vaihtoehtoisin kysymyksiin on ihmisten paljon helpompi ja nopeampi vastata, kuin avoimiin. Toki opinnäytetyöni sivuaa, etenkin kyselyn suhteen, myös laadullista sillä kyselyssä on tarkentavia kysymyksiä, joihin helpompi vastata avoimesti, omin sanoin.

4.1.1 Aineiston kuvaus ja tutkimusasetelma

Opinnäytetyön kohteena oli sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, joiden työhyvinvointia halusin selvittää kyselylomakkeen avulla. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset luokittelin kyselylomakkeen alussa ammattikuntien mukaan, sairaan- ja lähihoitajat, esihenkilö, tiimivastaava, tai jokin muu. Jokin muu piti sisällään esimerkiksi opiskelijat tai ensihoitajat.

Kaikista ammattikunnista oli tarkoitus saada vastaukset esitettyihin tutkimuskysymyksiin, mutta selkeästi eniten vastaajina oli sairaan- ja lähihoitajat. Muiden kohdalla vastausprosentit olivat todella pienet. Tästä syystä tutkimuskysymysten ongelmiin etsin vastauksia vain sairaan- ja lähihoitajista.



4.2 Tiedonkeruumenetelmä

Kun tutkimusta aletaan suunnitella, valitaan tutkimukselle kohdeilmiö, josta tutkimus halutaan tehdä. Tämän avulla pyritään kuvaamaan, ymmärtämään tai selittämään tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee kuitenkin olla tietoinen mitä tutkii, jotta pystyy vastaamaan kohdeilmiötä esitettäviin kysymyksiin sekä perustelemaan nämä valinnat. Tutkijan on myös selvitettävä mistä ei tiedetä ennestään tarpeeksi, mikä on siis kyseisen tutkimuksen tavoite. (Heikkilä 2008, 26.)

Määrällisessä tutkimuksessa tiedon keruumenetelminä voidaan käyttää valmiita tilastoja tai rekisterejä, tietokantoja tai kerätä tieto itse. Tieto itsenäisesti voidaan kerätä muokkaamalla jo valmiina olevia rekistereitä tai tilastoja, mutta kyselyn voi myös tehdä kokonaan itse. Itse tehdyt tutkimukset ovat muun muassa postikysely, puhelin- tai käyntihaastattelu tai internetin välityksellä tehty kysely. (Heikkilä 2008, 18–20.)

Kyselylomakkeessa voidaan käyttää suljettuja (strukturoiduja) tai avoimia kysymyksiä. Suljetut kysymykset ovat enemmän määrällisen tutkimuksen tyyppisiä, kun taas avoimet laadullisen mutta niitä voi käyttää myös määrällisessä, joskin ne voivat olla hankalia tulkita. Avoimissa kysymyksissä vastaajalla on mahdollisuus vastata omin sanoin ja näin ollen saada lisää tietoa asiasta, myös mielipiteet ja kokemukset tulevat hyvin esiin. Suljetuissa kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot, kun ne tiedetään ennakkoon ja niitä on rajoitetusti, joista vastaaja valikoi itselleen sopivan vaihtoehdon. Näiden vastausten käsittely on hyvin yksinkertaista ja ehkäisee tiettyjä tulkinta virheitä. Kysymykset ovat kuitenkin sitovia, mutta tuottavat tietoa helposti mitattavaan muotoon. (Heikkilä 2008, 50., Surveymonkey.)

Kun kyselyyn on saatu vastaukset, määritellään jokaiselle vastaukselle oma muuttuja. Muuttujat nimetään vastausten ominaisuuksien mukaan. Tarvittaessa muuttujat voidaan yhdistää, jos tutkimuskysymykset näin sallivat, muutoin ne ovat yksittäisiä. (Heikkilä 2008, 123 & 128.)

4.2.1 Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmä

Opinnäytetyön aineisto kerättiin internetin välityksellä tehdyllä kyselyllä, Webropol-kyselyllä (LIITE). Kysymykset kyselylomakkeeseen loin sen perusteella, mitä halusin saada selville, jotta sain vastaukset luomiini tutkimuskysymyksiin. Kyselylomake koostui yhteensä 14 kysymyksestä, joista 9 oli suljettuja ja 5 avoimia. Avoimista kysymyksistä kaksi antoi lisää tietoa esitettyihin suljettuihin kysymyksiin, kun loput olivat muutoin tutkimusta avaavia kyselyitä. Ennen vastaanottajille lähettämistä, testasin kyselylomakkeen parilla ulkopuolisella vastaajalla.

Valmiin kyselylomakkeen linkin välitin erääseen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten sivustolle Facebookin kautta. Ennen kyselyn linkittämistä sivustolle, varmistin sivuston ylläpitäjältä, että tämä varmasti oli sopivaa sivuston hyötykäyttöä. Ylläpidon annettua luvan, esitelin sivustolla mitä varten kyselyä teen ja miten vastauksia tulen hyödyntämään. Kyselyn oltua reilun puoli tuntia sivustolla, vastauksia oli jo reilu 400 kappaletta. Tunnin kuluttua suljin kyselyn ja siinä kohtaa vastauksia oli jo reilu 600.

4.2.2 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen

Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä etsin vastausta siihen, kuinka yleistä työuupumus, masennus tai unettomuus ovat sosiaali- ja terveysalalla. Vastauksissa keskityttiin ammatteihin, työaikaan ja työvuosiin, sekä mahdollisten uniongelmiä ilmenemiseen. Halusin tietää minkä ammattikunnan edustajia vastaajissa on. Vastaisiko kuinka moni johdonpuolen henkilö tai alalle haluava tähän, vai ainoastaan kenttätyöläiset. Vastausten perusteella eniten vastauksia sain kenttätyöläisiltä, joten tämä opinnäytetyö painottuu eniten sairaanhoitajiin ja lähihoitajiin.

Ammatti

	n	Prosentti
Sairaanhoitaja	294	42,5 %
Lähihoitaja	341	49,3 %
Esihenkilö	30	4,3 %
Tiimivastaava	21	3,0 %
Jokin muu (opiskelija, ensihoitaja)	81	11,7 %

Halusin myös tietää, kuinka paljon vastaajilla on kokemusta sosiaali- ja terveysalan työstä ja millä työprosentilla he työtä tekevät. Työvuosilla halusin selvittää, onko tuoreilla ja kokeneilla työntekijöillä mitään eroa siihen, miten työ vaikuttaa heihin. Nykyisen työajan halusin tietää siksi, että onko vähäisellä työprosentilla mahdollisesti vaikutusta työssä jaksamiseen erilaisella tavalla kuin täydellä työprosentilla.

Työvuodet hoitoalalla

	Sairaanhoitaja	Lähihoitaja
	Prosentti	Prosentti
0–5	18,8 %	19,5 %
5–10	26,0 %	25,8 %
10–15	21,6 %	21,6 %
15–20	17,6 %	17,1 %
Yli 20	17,6 %	17,6 %
Yhteensä		

Työaika

	Sairaanhoitaja	Lähihoitaja
	Prosentti	Prosentti
Arkityö	27,5 %	28,7 %
Kaksivuorotyö	30,7 %	29,8 %
Kolmivuorotyö	43,1 %	42,8 %
Jokin muu:	4,5 %	4,8 %
Yhteensä		

Sosiaali- ja terveysala on ollut tapetilla monesta eri syystä viime aikoina. Pidempään kuitenkin vuorotyön vaikutuksista työntekijän terveyteen. On todistettu, että vuorotyö on haitallista ihmisen keholle. Vuorotyön vuoksi halusin perehtyä uniongelmiin ja kuinka yleisiä ne mahdollisesti ovat sosiaali- ja terveysalalla nykypäivänä.

	Sairaanhoitaja	Lähihoitaja
	Prosentti	Prosentti
Vaikeuksia nukahtaa	79,9 %	79,9 %
Yöllistä heräämistä	80,2 %	80,2 %
Liian aikaista heräämistä	59,6 %	59,6 %
Yhteensä		

Toisella tutkimuskysymyksellä etsin vastausta siihen, miten työuupumus, masennus ja unettomuus näkyvät sosiaali- ja terveysalalla. Tällä kysymyksellä halusin selvittää, miten aiemmin mainitut oireet näkyvät työelämässä ja kuinka moni mahdollisesti on joutunut edellä mainittujen oireiden vuoksi sairauslomalle tai muuttamaan työaikaansa. Halusin myös selvittää, kuinka moni alan ammattilaisista on saanut tukea kokemiensa ongelmien keskellä, esimerkiksi työn puolesta.

Uniongelmistä johtuvat oireet

	Sairaanhoitaja	Lähihoitaja
	Prosentti	Prosentti
Muistiongelmia	57,6 %	56,9 %
Keskittymisvaikeuksia	72,7 %	71,5 %
Riittämättömyyden/ onnistumattomuuden tunnetta	79,9 %	79,2 %
Töiden tekemisen vaikeutta	35,6 %	34,7 %
Kyynisyyttä työtä kohtaan	58,4 %	57,3 %
Yhteensä		

Sairausloman tarve

	Sairaanhoitaja	Lähihoitaja
	Prosentti	Prosentti
Kyllä	45,5 %	42,7 %
En	55,2 %	58,0 %
Yhteensä		

Työtuntien vähentäminen

	Sairaanhoitaja	Lähihoitaja
	Prosentti	Prosentti
Kyllä	24,3 %	23,7 %
Mikä työprosentti:	23,2 %	22,0 %
En	72,8 %	73,7 %
Yhteensä		

Tuen saanti

	Sairaanhoitaja	Lähihoitaja
	Prosentti	Prosentti
Kollegoilta	70,0 %	71,5 %
Esihenkilöltä	34,5 %	35,2 %
Työterveyshuollolta	45,7 %	43,6 %
Joltain muulta, keneltä:	26,6 %	25,6 %
Yhteensä		

Kolmannella kysymyksellä etsin vastausta siihen, miten kaikki tämä ovat vaikuttaneet sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen henkilökohtaiseen elämään. Vastauksia tähän kysymykseen sain enemmän avoimilla kysymyksillä, sekä yhdellä monivalintaisella kysymyksellä. Monivalintainen kysymys koski diagnoosia, sillä diagnoosilla voi olla pitkäaikainen vaikutus henkilön elämään. Avoimet kysymykset liittyivät monivalintaisiin kysymyksiin näitä täydentäen, kuten unettomuuteen ja työhön vaikuttaneisiin ongelmiin.

Diagnoosin saanti edellä mainittujen oirein vuoksi

	Sairaanhoitaja	Lähihoitaja
	Prosentti	Prosentti
Kyllä	37,6 %	35,1 %
En	58,8 %	61,4 %
Jos olet, niin minkä:	33,4 %	31,5 %
Yhteensä		

4.3 Tiedonkeruun toteuttaminen

Kun tutkimusmenetelmä, ja aineiston keruu menetelmä on päätetty, päädytään miettimään minkä suuruinen tutkimusaineisto (tutkimuskohde) tarvitaan, jotta esitettyihin tutkimusongelmiin saadaan hyvin kattava vastaus. Valitaan havaintoyksikkö, tehdään havaintoyksiköstä tietynlaiset otokset. (Vilka 2015, 98.)

Havaintoyksiköllä tarkoitetaan tutkittavan kohteen valintaa, esimerkiksi ihmistä, tuotetta, kuvaa tai tekstiä. Valitusta havaintoyksiköstä tehdään otos eri vaihein, eli valitaan muun muassa tutkimuksen perusjoukko, jonka pohjalta valitaan itse otantamenetelmä. Otantamenetelmän valintaan vaikuttaa muun muassa mihin tutkimuksella halutaan pyrkiä, ovatko perusjoukon jäsenet samankaltaisia ja onko perusjoukosta käytettävissä mitään rekistereitä / luetteloita tai mikä on budjetti. (Heikkilä 2008, 35.)

Perusjoukkoon kuuluu kaikki havaintoyksiköt, eli on kohdejoukko, joista tutkimuksessa halutaan tietää. Otoksessa perusjoukkoa ei kuitenkaan voida täydellisesti kuvata, vaikka se määriteltäisiin yksiselitteisesti ei välttämättä kaikkia yksiköitä tavoiteta. Perusjoukkoon sisältyy myös kohde- ja kehikkoperusjoukko. Kohdejoukkoon kuuluu kaikki kiinnostuksen kohteena olevat yksilöt, ja kehikkoperusjoukkoon kaikki ne yksilöt, jotka voidaan tavoittaa käytännössä. (Heikkilä 2008, 34–35.)

Otantaan, jonka perusteella perusjoukko valitaan, kuuluu, kokonaisotanta, yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen-, ositettu- ja ryväotanta. Kokonaisotannassa mukaan otetaan koko perusjoukko, jolloin muita otanta menetelmiä ei käytetä. Yksinkertaisessa otannassa havaintoyksikössä yksiköt numeroidaan ja sitten arvotaan, jolloin kaikilla on yhtä suuri mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Systemaattisessa otannassa havaintoyksikkö valitaan tasavälein, jossa arvotaan kymmenen ensimmäistä havaintoyksikön henkilöä ja sitten toiset osallistujat määräytyvät laskemalla poimintaväli, eli koko perusjoukko jaetaan koko otoskoolla. Ositetussa otannassa sekajoukko jaetaan yhtenäisiin osajoukkoihin, eli ositteisiin, josta jokaisesta ositteesta valitaan tällöin havaintoyksiköt sopivin yksiköihin. Ryväotanta on sopivin silloin, kun kohteena on luonnolliset ryhmät, esimerkiksi koululuokat yritykset tai kaupunginosat. (Vilka 2015, 99–100.)

Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä oli sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset. Aineisto olisi voitu kerätä aineiston kokonaisotannalla, mutta kaikkiin ammattikuntiin ei saatu tarpeeksi edustajia. Tästä syystä tutkimus tehtiin käyttämällä otantamenetelmästä ryväotantaa, jossa tutkimukseen osallistuvat ammattikunnat systemaattisesti. Tästä syystä valinta kohdistui sairaanhoitajiin ja lähihoitajiin, sillä heidän ammattiluokkansa olivat eniten vastanneiden joukossa. Tämän valinnan kautta sain selkeämmät ja laajemmat vastaukset

tutkimusongelmiini. Vastausten kautta tutkimuksen voi suhteuttaa myös edustavaan otokseen sillä heidän vastauksensa vaikuttavat myös koko kohderyhmään, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisiin. Sillä voidaan olettaa, että eritoten vastanneiden ammattikunnat (sairaanhoitaja ja lähihoitaja) sosiaali- ja terveysalalla tulevat kohtaamaan, elleivät jopa ole jo kohdanneet, samoja ongelmia kuin kyselyyn vastanneet.

4.4 Aineiston analyysi

Määrällistä tutkimusta tehdessä tärkeää analysoinnissa on ensisijaisesti muistaa tutkittavien tietojen tallennus ja tarkistus. Tarkistuksen ensimmäisessä vaiheessa huomioidaan laskenta puuttuville arvoille, kuinka monta kertaa kukin arvo esiintyy, sekä prosentiosuudet kullekin muuttujalle. Lopullisessa arvioinnissa luokitellaan muuttujat uudelleen, esimerkiksi ristiintaulukoinnin avulla, sekä tallennetaan ja nimetään uusi tieto uudelleen, jotta vanha tieto säilyy ennallaan. (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2013, 128–130.)

Kun tutkimuksessa on mukana myös laadullista, kuten tässä avointen kysymysten suhteen, tulee huomioida kokonaisuus, jolloin tilastollisia todennäköisyyksiä ei ole. Laadullisessa analysoinnissa käytetään aineisto- tai teorialähtöistä analyysiä. Aineistolähtöisessä analyysissä pohjaututaan sanojen teoreettiseen merkitykseen, etenkin silloin kuin aiheesta ei ole aiempaa tietoa tai se on hajanaista. Tällöin pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus, johon ei aiemmin ole vaikuttanut havainnot, tiedot tai teoriat. Näin ollen tämän osan aineiston analyysiä ohjaa pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (tiivistäminen). Teorialähtöisessä analyysissä painotus on teoriassa ja teoreettisissa käsitteissä, joita tarkastellaan itse käytännössä. Tässä apuna käytetään yleensä analyysikehikkoa tai lomaketta, jossa on huomioitu aikaisempi tieto ja tutkimuksen tarkoituksen suunta. (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2013, 167.)

Tässä opinnäytetyössä tulosten analyysi tehtiin niin määrällisesti kuin laadullisesti. Määrällisen suhteen työ pohjautuu tutkimuskysymyksiin, joissa vastausvaihtoehdot olivat vaihtoehtoisia, kun taas laadullinen painottuu avoimiin kysymyksiin.

4.4.1 Analyysi

Määrällisessä analyysissä selvisi, että uniongelmissa yleisimmät olivat, niin sairaanhoitajilla kuin lähihoitajilla. Yöllinen herääminen (80,2 %) ja nukahtamisen vaikeus (79,9 %). Näiden oireiden keskellä he kokivat saavansa eniten tukea kollegoilta (n. 70 %), sekä työterveydenhuollosta (n. 44 %). Kun taas tuen saanti esihenkilöltä (n. 35 %) tai muualta (n. 26 %) oli hyvin vähäistä.

Molempiin ammattiryhmiin uniongelmat vaikuttivat seuraavasti. Riittämättömyyden ja onnistumattomuuden tunne oli suurin (80 %), toisena tuli keskittymisvaikeudet (58 %) ja kolmantena kyynisyys (57 %). Kuitenkaan suurin osa molempien ammattikuntien edustajista eivät olleet joutuneet hakemaan sairauslomaa (57 %), eivätkä joutuneet alentamaan työtuntejaan (73 %).

Laadullisen analyysin osalta vastauksia tutkimuskysymyksiin tuli erittäin paljon ja laajalti. Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä etsittiin vastausta siihen, kuinka yleistä työuupumus, masennus ja unettomuus ovat sosiaali- ja terveysalalla. Tämän tutkimusongelman teemaksi nousi työ ja tuen saanti.

Työn koettiin tuovan uniongelmia eritoten vuorotyö muodon vuoksi, näin ollen työntekijöillä ei ollut mahdollisuutta kokea rentoutuvansa tarpeeksi vuorojen välillä. Etenkin ilta- aamu- vuoro siirtymiset korostuivat tässä kohtaa. Työn ilmapiiri ja resurssointi olivat myös korostettuina tässä kohtaa. Moni koki, että heillä oli huono työ ilmapiiri ja kollegat vahtivat toinen toisiaan, sekä kiusaamista oli myös havaittavissa. Resurssointi toi omat haasteensa, kun kenttätyöntekijät joutuivat tekemään enemmän kuin olisi ollut mahdollista.

Kyseisten ongelmien tullessa ylitse pääsemättömäksi, apua haettiin eniten työterveyshuollosta mutta myös avoterveydenhuollosta. Moni koki saaneensa avun työterveyshuollosta, mutta oli myös niitä paikkoja, joissa työterveyshuolto eivät ottaneet kantaa psyykkisiin ongelmiin vaan ohjasivat suoraan avopuolelle. Ne ketkä apua sai työterveydenhuollosta, oli se kokonaisvaltaista tukemista, kaikki palvelut oli saatu käyttöön.

Tukea toivottiin myös itse esihenkilöltä, mutta se koettiin huonoksi. Esihenkilö ei ollut se henkilö, jolle olisi ollut helppo mennä puhumaan vaan esihenkilö saattoi vähätellä työntekijän oireita, eikä siitä syystä osannut auttaa. Työntekijä ei edes saanut välttämättä pienentää työprosenttiaan, kun olisi kokenut sen voivan auttaa työssä jaksamisessa, resurssipulan vuoksi.

1. Työ	1. Tuen saanti
1.1 uniongelmat	1.1 Työterveyshuolto
1.2 työ ilmapiiri	1.2 Avoterveydenhuolto
1.3 resurssointi	1.3 Esihenkilö

Toisena tutkimuskysymyksenä selvitettiin sitä, miten työuupumus, masennus ja unettomuus näkyvät sosiaali- ja terveysalalla. Tässä korostui henkiset ongelmat, jotka juontuivat

edellä mainituista uniongelmistä. Riittämättömyyden tunne, keskittymisvaikeus ja muistiongelmat korostuivat todella paljon. Työntekijät eivät kokeneet voivansa tehdä työtä samalla tavalla kuin aiemmin. Tätä kautta myös työasiat siirtyivät kotioloihin, jossa mieli ei antanut rauhaa keskittyä omaan elämään. Henkisten ongelmien seurauksena moni vaihtoi työpaikkaa joko kokonaan, tai sitten pienensivät työprosenttia. Jotkut lähtivät opiskelemaan lisää samaa ammattia, tai jopa täysin uutta ammattia.

1. Henkiset ongelmat
1.1 Riittämättömyys
1.2 Keskittymisvaikeus
1.3 Muistiongelmat
1.1.1 Työpaikan vaihdos
1.1.2 Opiskelu

Kolmantena tutkimuskysymyksenä selvitin kuinka työuupumus, masennus ja unettomuus ovat vaikuttaneet sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan omaan henkilökohtaiseen elämään. Suurimpana ongelmana oli stressi, joka vaikutti kaikkeen myös omassa elämässä. Täten moni teki jopa radikaalejakin ratkaisuja elämässään. Toiset erosivat parisuhteesta, toiset vähensivät liikuntaa, kun taas toiset jättivät liikunnan kokonaan pois.

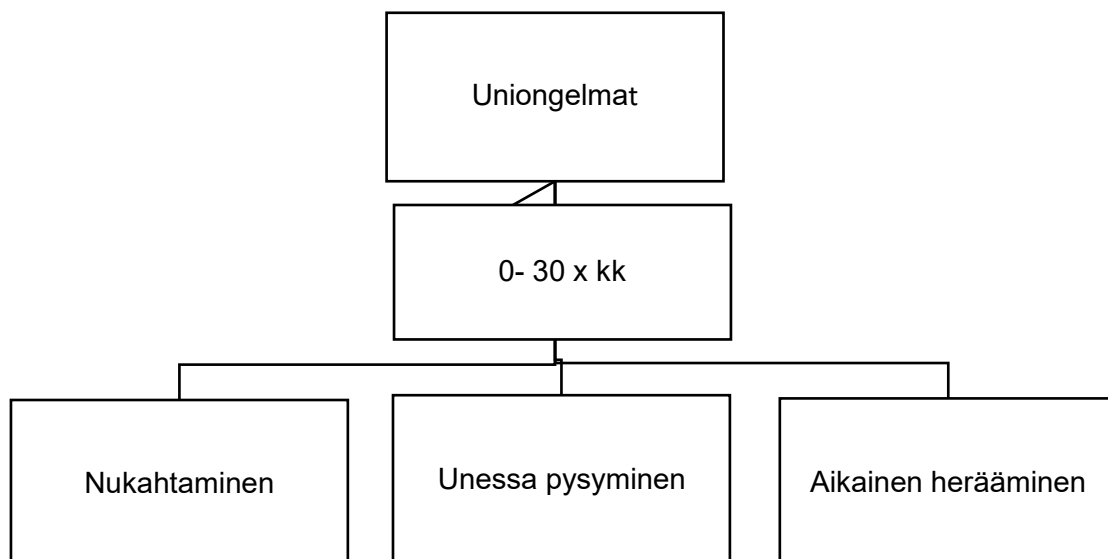
1. Stressi
1.1 Liikunta
1.2 Elämän tilanteen muutos
1.1.1 Vähentäminen tai lisääminen
1.1.2 Eroaminen parisuhteesta

5 Tulokset

5.1 Työuupumuksen, masennuksen ja unettomuuden yleisyys sosiaali- ja terveysalalla?

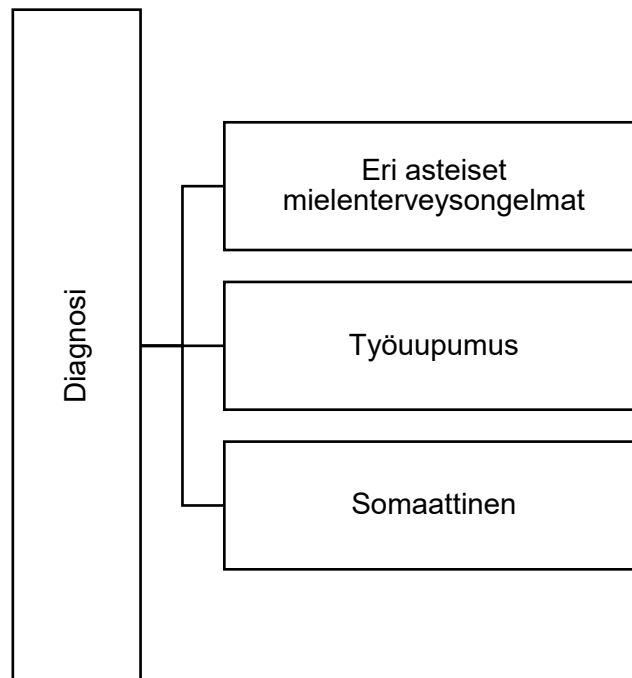
Hoitohenkilöstä koki, että eniten ongelmia toi itse kolmivuorotyö ja sen työvuorosuunnittelu. Työvuorosuunnittelu siksi, ettei moni voinut vaikuttaa itse lepoaikoihin tai vapaapäivien sijoitteluun. Työvuorosta toiseen siirtyminen, etenkin iltavuorosta aamuvuoroon, saattoi tapahtua alle 11 tunnin levon, mikä nykyään suositeltua. Joissakin työpaikoissa ei ollut ergonominen työvuorosuunnittelu käytössä, jossa työpakso olisi aamuvuorot, iltavuorot ja yövuorot. Myös vapaapäiviä oli ripoteltu yhden päivän verran sinne tänne, jolloin palautumisen mahdollisuus oli todella hankalaa. Tämän takia yleisimpänä, ja ensimmäisenä, ongelmana hoitoalalla koettiin unettomuus, joka oli seurausta vähäisen unen määrästä koska ei osattu pysähtyä työvuorojen tai -putkien jälkeen, vaan työasiat jäivät herkästi mieleen.

Eniten vaikeuksia oli nukahtamisessa ja unessa pysymisessä, kolmantena tuli liian aikainen herääminen. Joillakin oli ollut jo vuosia uniongelmia, mutta keskimäärin uniongelmat ilmenevät henkilöillä noin 0–30 kertaa kuukaudessa, eli melkein viikoittain. Vastaajissa oli myös yksi eläkeläinen, jolla edelleen vuoden eläkkeellä olon jälkeen, työ vaikuttaa yöuniin esimerkiksi heräillen kesken yönien tai nukkumalla ainoastaan muutaman tunnin yössä.



Moni vastaajista hakeutui avun piiriin jo pelkästään unettomuuden vuoksi. Unettomuus saattoi olla alkuperäinen oire, jolla henkilö alkoi oireilla mutta taustalla saattoi olla muutakin. Unettomuus saattoi jopa johtaa johonkin muuhunkin, kuin vain ainoastaan unettomuuteen, mikä täten vaikutti kokonaisuutena henkilön elämään.

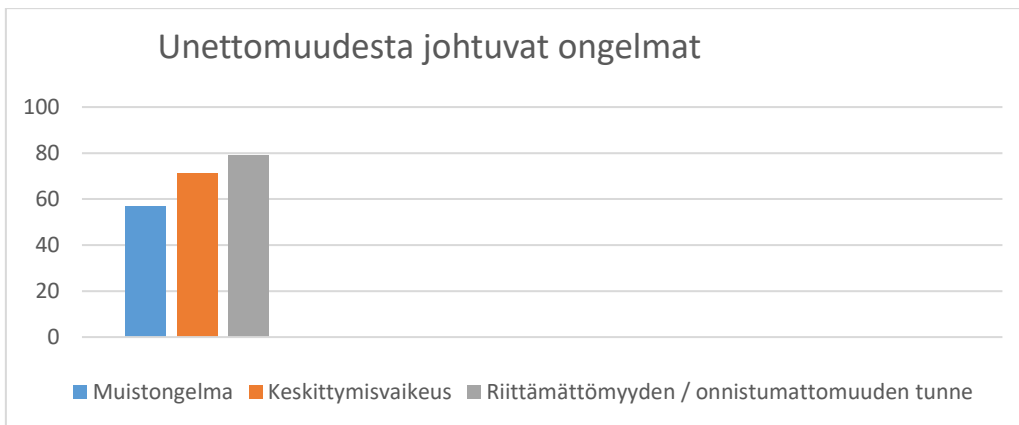
Sairausloma	43 %
Diagnoosi	35 %
Mikä diagnoosi	31 %



5.2 Miten työuupumus, unettomuus, masennus ovat vaikuttaneet henkilökunnan työelämään?

Unettomuus vaikutti työhön eniten kyynisyytenä työtä kohtaan, muistin selkeällä alenemisella sekä virheiden lisääntymisellä. Monella myös itse työn imu ja motivaatio olivat kadonneet huomattavasti. Vastaajista yli puolet olivat hakeneet tai pyytäneet apua uniongelmiinsa, muut eivät osanneet tai kokeneet tarvitsevansa vielä apua uniongelmiinsa, vaan yrittivät selvittää ongelmansa itse.

Henkilöt, jotka olivat pyytäneet tukea uniongelmiinsa, kokivat saavansa enemmän tukea kollegoilta, tämän jälkeen työterveyshuollosta ja esihenkilöltä. Joissakin työterveyshuolloissa ohjattiin suoraan hakeutumaan perusterveydenhuollon piiriin, koska kyseinen palvelu ei kattanut juuri tätä ongelmaa työpaikan ostopalvelun takia. Toiset henkilöt hakeutuivat omatoimisesti suoraan perusterveydenhuollon tai yksityisen palvelun piiriin, sillä työterveyshuollossa ei ollut mahdollista saada akuuttiapua ongelmaan, apu ei ollut sitä mitä koki tarvitsevansa tai hoitokontakti vaihtui jatkuvasti.



Muistiongelman	57 %
Keskittymisvaikeus	71 %
Riittämättömyyden / onnistumattomuuden tunne	79 %



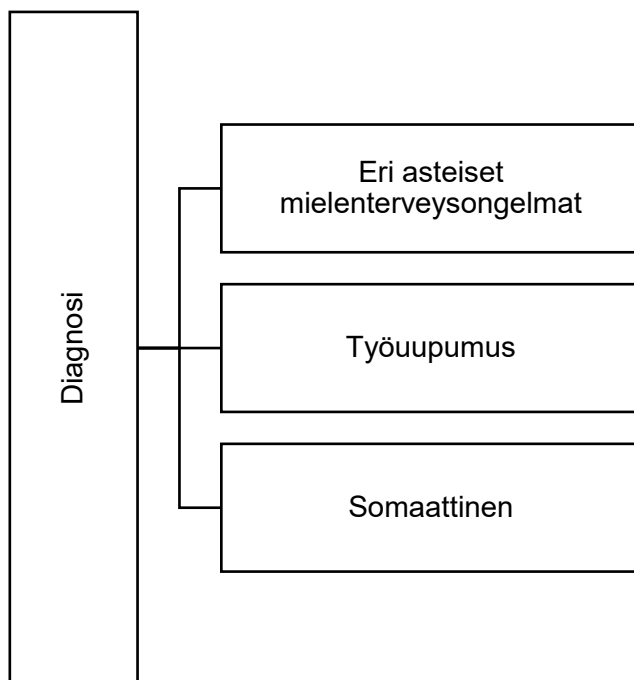
Kollegat	71 %
Esihenkilö	35 %
Työterveyshuolto	44 %

Ne ketkä eivät kokeneet tarvitsevänsä apua tilanteeseensa vielä, ilmaisivat ongelmana sen, että työterveyshuolto olisi esihenkilön ”kätyri”, jolloin työterveyshuolto oli enemmän esihenkilön kuin työntekijän puolella. Muina ongelmina olivat muun muassa ajan saannin vaikeus, tarjottiin vain sairauslomaa ei muuta apua tai eivät kuuluneet työterveydenhuollon piiriin.

Jotkut kokivat, että vaikka he itse olisivat apua hakeneet, ei työterveyshuolto olisi voinut vaikuttaa työpaikan kokonaistilanteeseen, kun se oli kokonaan ongelman ydin.

Henkilöt, jotka saivat apua työterveyshuollosta, saivat sairauslomaa sekä muun diagnoosin kuin pelkän unettomuuden. Muina diagnooseina korostui eri asteiset mielenterveysongelmat, työuupumus tai somaattisen (terveydelliset) ongelmat. Tällöin ylipuolella vastaajista hoito jatkui muulla tavalla työterveydenhuollon piirissä, kuten keskusteluapuna tai seurannalla.

Työterveyshuolto	160 %
Sairausloma	43 %
Diagnoosi	35 %
Mikä diagnoosi	31 %



Sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan elämään edellä mainitut asiat vaikuttivat niin positiivisesti, kuin negatiivisesti. Toiset lisäsivät harrastuksiaan, kun taas toiset tietoisesti vähensivät niitä jaksamisen kannalta. Jotkut lähtivät tietoisesti, jaksamisen kannalta, opiskelemaan joko samaa tai toista alaa. Toiset saivat vaihdettua työprosenttia helpottaakseen tilannetta, mutta joillakin ainoastaan työpaikan vaihto helpotti oloa. Jotkut kokivat henkilökohtaisen elämän vaikuttavan selkeästi myös työhön, etenkin jos omassa

henkilökohtaisessa elämässä oli ongelmia. Henkilökohtaisia ongelmia saattoi olla erityislapsi, muu oma tai lähiomaisen terveystilanne tai puolison huono työtilanne.

Työprosentin muutos	
Kyllä	24 %
En	74 %
Mikä %	22 % Työaika 80 % Työaika 25–60 %

Muina syinä olivat henkilökohtaiset asiat, jolloin asiat ovat jääneet herkästi pyörimään mieleen tai niistä ole päässyt eroon ennen nukahtamista. Henkilökohtaisissa asioissa korostui arjen ja työn yhteen saattamisen vaikeus, omahoitajuus tai perheenjäsenen vaikea sairaus. Toisilla taas työn ja opiskeluiden sovittaminen yhteen. Myös tuen merkityksen tarve, etenkin työpaikalta esihenkilön suhteen, tuotiin useasti esiin. Koettiin ettei esihenkilöltä saanut tarpeeksi tukea omien ongelmien ja työn suhteen niin paljon kuin olisi halunnut tai tarvinnut.

Moni oli käyttänyt vapaapäiviään tai lomapäiviään siihen, että on toipunut työvuoroistaan. Toiset olivat yrittäneet omaehtoisesti etsiä apua uniongelmiiin, kuten äänikirjaa kuunnellen ennen nukahtamista. Kun näistä ei ollut apua olivat henkilöt joutuneet turvautumaan unilääkkeisiin, tai sitten luovuttaneet unen kanssa ja keskittyneet esimerkiksi kotitöihin aamun pikkutunneilla. Jotkut olivat jopa siirtyneet täysin toisiin työtehtäviin, sosiaali- ja terveysalan ulkopuolelle täysin, tai sitten jatkaneet samalla alalla mutta arkityössä.

5.3 Kuinka työuupumus, masennus ja unettomuus vaikuttavat sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan henkilökohtaiseen elämään?

Vastauksista ilmeni niin positiiviset kuin negatiiviset vaikutukset henkilökohtaiseen elämään. Molempina koettiin työaikamuutokset, kuten työkierto, etätö, lomien tasaisuus, opinnot sekä sivutyö, kuin myös lääkitys. Työaikojen, lomien ja opintojen suhteen katsottiin niiden tuovan voimaa jaksaa työssä, kun taas toisaalta koettiin alentuneen palkan hankaloittavan omaa tilannettaan tai sitten työn ja henkilökohtaisen elämän yhteyttämisen vaikeus.

Eniten negatiivisina puolina tuotiin julki alan tai kokonaan uuden paikan vaihtaminen, joillekin tämä oli hyvästä mutta joillakin tilanne ei parantunut yhtään, vaan ongelmat seurasivat

perässä. Huolestuttavimpana piirteenä oli se, ettei henkilöt kokeneet esihenkilön tukevan kaiken keskellä vaan jotkut kokivat saaneensa ainoastaan sitäkin kautta negatiivista vaikutusta niin omaan kuin työelämäään. Jotkut olivat suoraan saaneet jopa haukkuja ja vähätelyä omasta tilanteestaan, kun olivat hakeneet apua esihenkilöltä esimerkiksi palkattomien tai lomien jaksottamisen suhteen.

Positiivisina vaikutuksina ilmeni terveydelliset elämämuutokset (harrastus ja lemmikki), rutiinien muodostuminen, keskusteluapu, työvuorosuunnittelu, kuntoutus ja työnohjaus. Moni oli kokenut, että voimaa jaksamiseen sai oman arjen helpompi organisointi työvuorosuunnittelun kautta, jolloin pystyi enemmän osallistumaan harrastuksiin, tai muutoin perhe-elämään. Tietenkin, myös ulkopuolinen apu (työterveyspsykiatri) tai työnohjaus, auttoivat jaksamaan kaiken keskellä, kun mieltä painavia asioita sai kertoa salassapito velvollisuuden turvin. Kaikissa työpaikoissa ei kuitenkaan valitettavasti tuettu työnohjausta, tai työterveyden huollon piirissä ei ollut tarpeeksi annettavia apumenetelmiä tai sitten työterveyshuollon piiriin ei päässyt jonojen vuoksi.

Positiivisena puolena korostui todella paljon myös hyvä työilmapiiri, huumori sekä ystävät. Hyvässä työilmapiirissä oli helppo purkaa omia tuntemuksiaan kollegoille, sillä he ymmärsivät paremmin kuin muut. Ystäviä saattoi tulla myös työn puolelta, joka helpotti suuresti henkilön vapaa-ajan ongelmia, etenkin jos muut ystävät eivät ymmärtäneet vuorotyötä.

Ratkaisuiksi ongelmiin henkilöt olivat tosiaan turvautuneet vaihtamaan joko kokonaan alaa tai työmuotoa. Olivat hakeneet virallista sairauslomaa, ja sitä kautta saaneet onneksi lisää apua. Jotkut olivat täysin linjanneet työt työkseksi, joten poistuneet esimerkiksi työpaikan whatsapp ryhmästä, jossa kerrottiin työvuorokohtaiset puutteet tai kutsuttiin töihin.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä tavoitteena oli saada tietoa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työhyvinvoinnista, liittyen työuupumukseen, masennukseen ja unettomuuteen. Vastauksia tuli todella paljon, joka omalta osaltaan kertoi aiheen olevan ajankohtainen. Kuitenkin jotkut vastaukset sivusivat esitettyjä kysymyksiä, etenkin avoimien kysymysten osalta, jolloin kerronta oli hyvinkin laajaa eivätkä vastanneet suoraan esitettyyn kysymykseen. Kaikkiin tutkimuskysymyksiin sain kuitenkin vastaukset. Tarkennuksena vastausten kannalta olisi ollut hyvä saada jonkinlainen ikä- tai / ja sukupuolijakauma, jotta olisi nähnyt onko iällä tai sukupuolella vaikutusta siihen kuinka eri tavoin työhyvinvointi ja sen mahdolliset ongelmat koetaan.

Opinnäytetyö painottui kuitenkin enemmän työuupumukseen, masennukseen ja unettomuuteen, sivuten työhyvinvointia. Selkeästi unettomuus oli sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan ongelma, joka saattoi vaikuttaa tai olla syynä myös muihin ilmentyviin ongelmiin, kuitenkin unettomuus oli suora vaikutus työstä. Se mikä muu vaikutti unettomuuteen, jäi hieman epäselväksi, joillakin se oli työn ja henkilökohtaisen elämän yhteisvaikutus, kun taas toiset eivät osanneet nimetä varsinaista syytä.

Kuitenkin se miten työntekijän avun pyyntö otettiin vastaan, oli hyvin poikkeava eri työpaikoissa. Toiset saivat avun heti työterveyshuollosta tai esihenkilöltä, jolloin työnkuvaa tai työtilannetta muutettiin toisella tavalla, kun taas toiset kokivat, etteivät saaneet apua kummaltakaan taholta. Joissakin työpaikoissa työterveyshuolto ei kuulunut työpaikan palveluihin.

Jokaisen työpaikan tulisi varmistaa työntekijöiden työhyvinvointi tarjoamalla työntekijöille tarvitsemaansa oikeaa palvelua, jos sitä ei ole mahdollista saada tulisi esihenkilön varmentaa paikka, josta tarvittavaa apua saa. Esihenkilöllä tulisi myös olla valmius kertoa, mitä muita palveluita tai työhön liittyviä muutoksia olisi työntekijällä mahdollisuutta saada, jos apua työn ulkopuolelta ei ole saatavilla.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys vastaa kysymykseen mikä on hyvää tai pahaa, oikein tai väärin, tietyllä inhimillisen toiminnan osa- alueella tai tietyissä tilanteissa. Tämän mukaan tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavan henkilön yksityisyyttä, ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta sekä muita oikeuksia. Tutkijan tulee myös välttää merkittäviä riskejä, vahinkoja ja haittoja tutkittavana olleelle kohteelle, huomioiden tutkimuksen rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. (Leino-Kilpi., 2015, s. 61., Tietoarkisto)

Eettisyyden ongelmakohtia ovat ristiriita kahden tai useamman arvon välillä, tai kuinka jokin arvo itse toiminnassa konkretisoituu. Tässä ei ole yhtä oikeaa ratkaisua vaan useita ratkaisuvaihtoehtoja, jotka kilpailevat keskenään. Näin ollen ratkaisuvaihtoehdot ovat epätäydellisiä, eivätkä tällöin poista kokonaan ongelmaa, vaan ongelma voi kestää pitkään ja sillä voi olla kauaskantoiset seuraukset. Hoitotyössä ongelmakohtat voivat olla esimerkiksi ihmisten välisessä kommunikaatiossa tai toiminnassa, jolloin jokapäiväinen toiminta ei suju ja koetaan epävarmuutta asioista, tai pahimmassa tapauksissa se voi vaikuttaa myös potilaiden tyytyväisyyteen saatuun hoitoon liittyen (kauaskantoiset vaikutukset). (Leino-Kilpi & Välimäki., 2015, s. 61)

Ongelmakohtien ilmetessä tulee tunnistaa ongelmien syyt, niin kliiniset kuin organisaatiolliset, jotta näihin voidaan helpommin vaikuttaa. Tunnuksmerkit ongelmakohtille ovat ristiriidat arvojen välillä, moninaiset ratkaisuvaihtoehdot, ovatko kaikki ratkaisuvaihtoehdot epätäydellisiä tai pitkäaikaisia / kauaskantoisia, vai ilmeneekö ratkaisuvaihtoehdot jollain muilla eri tavoin. Hyvä tutkija noudattaa ongelmakohtien huomiointin lisäksi, kestävänsä tiedon toteutusta, sekä kohdella tutkittavia henkilöitä hyvin. Noudattaen aiemmin mainittuja toimintatapoja. (Leino-Kilpi & Välimäki., 2015, s. 61., Tietoarkisto)

Hyvän tieteellisen tutkimuksen (HTK) piirteitä ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Nämä kaikki jatkuvat läpi prosessin, tulosten tallentamisessa sekä tutkimuksen ja tulosten arvioinnissa. Tiedon hankinnan suunnittelu ja toteutus, sekä tallennus tulee tehdä vaatimusten mukaisesti. Samalla tulee huomioida kaikki kriteerit ja eettiset käytännöt, kuten tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät, avoimuus ja vastuullisuus viestinnässä eritoten tulosten julkaisussa. Tällöin tulee ottaa huomioon myös muiden tutkijoiden työt ja saavutukset asianmukaisesti, jos niitä työssä käytetään, ja annetaan niille oikeanlainen arvo ja merkitys. (Tenk.fi)

Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan pätevyyden (validiteetti) ja itse luotettavuuden (realibiteetti) mukaan. Pätevyydellä katsotaan mittaako itse menetelmä sitä, mitä sen ajatellaankin mitattavan ja ymmärtääkö tutkittava kysymykset. Luotettavuudella arvioidaan taas toistettavuutta, eli saadaanko tarvittu tulos ilman suurempia mittauskertojen vaihteluja eikä mittaajia tarvitse vaihtaa. Jolloin siis uusinta mittauskertoja ei enää tarvita, ja mitattavat eli vastaavat pysyvät samoina. (Peda.net)

Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa huomioitiin eettisyys. Kyselylomakkeen loin niin, että vastaajien anonymiteetti säilyi, missään kohtaa he eivät ole tunnistettavissa. Alusta, jolle kyselylomakkeen linkitin ei tule opinnäytetyössäni ilmi.

Opinnäytetyöhön saatiin vastaukset juuri niihin asioihin mihin haluttiin, ja kaikki vastaajat ymmärsivät annetut kysymykset. Annetut kysymykset olivat hyvin selkeitä, etenkin

strukturoitujen kysymysten suhteen. Avoimissa kysymyksissä vastaukset sivusivat jonkin verran kysyttyä kysymystä. Kaiken kaikkiaan vastaukset olivat luotettavia ja selkeitä, jolloin kysymyksiä tai vastaajia ei tarvinnut vaihtaa, eikä lisätä.

Opinnäytetyön lähteinä käytettiin kaikissa kohdissa luotettavia lähteitä. Mitään ei kopioitu, ja kaikki lähteet varmistettiin työhön sopiviksi ja luotettaviksi.

6.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Tutkimuskysymysten vastausten perusteella ennaltaehkäisy ja työterveyshuollon toiminta tulivat eniten ilmi. Ennaltaehkäisyn suhteen kaivattiin selkeästi enemmän tietoa siitä, mistä mahdollisesti saa apua niin ongelma- kuin kriisitilanteissa. Jokaiselle työntekijälle tulisi kertoa, mitkä asiat työterveyshuolto kattaa. Toinen asia oli esihenkilön toiminta ja tuki. Esihenkilöltä ei koettu saavan niin paljon tukea ja ymmärrystä työntekijän tilanteesta, kuin olisi ollut tarpeen. Moni koki esihenkilön olevan liian vaikeasti lähestyttävä, tai ajattelevan liikaa työnteisöä kuin itse työntekijää. Täten luottaminen esihenkilöön vähentyi huomattavasti.

Esihenkilön luottamuspulan ohella luottamuspulaa loi myös yhteys työterveyshuoltoon. Ne kenellä työterveyshuolto oli, kokivat tuen saannin heidän kauttaan olevan todella heikkoa. Työntekijän ongelmaa / hätää ei otettu tosissaan, vaan koettiin saada työntekijä itse ratkaisemaan ongelma niin työpaikassa kuin muualla. Joillakin ei ollut edes mahdollisuutta hakeutua työterveydenhuollon piiriin, koska organisaatio ei ollut ostanut tarvittavia palveluita työntekijöille.

Toisaalta jos työterveyshuollosta oli haettu apua, niin sitä ei ollut saatu akuuttivaiheessa, kun sitä olisi kaivattu. Kun apua oli saatu, niin hoitokontakti oli vaihtunut jatkuvasti, jolloin työntekijä oli joutunut useaan kertaan toistamaan itseään eri henkilöille.

Se mitä tulisi kehittää, olisi työterveyshuollon palvelut, kaikille työntekijöille organisaatiosta tai paikkakunnasta riippuen, tasavertaiseksi. Ei somaattiset oireet, kuten juuri unettomuus tai työuupumus, tulisi kuulua myös kaikkien työterveyshuoltojen piiriin. Tarvittaessa tulisi lisätä työterveyshuolto henkilöstön koulutusta asioiden tiimoilta, tai jopa lisätä mahdollisesti henkilökuntaa.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä opinnäytetyössä paneuduttiin sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan työhyvinvointiin, painottuen työuupumukseen, unettomuuteen ja masennukseen. Tulosten perusteella kyseiset aihealueet olivat sellaisia, joihin ei herkästi puututa, tai ei kyetä puuttumaan. Nämä ongelmat tulevat varmasti lisääntymään, etenkin kun sosiaali- ja terveysalalle opiskelee eniten enemmän henkilöitä, ja nuoria.

Mihin jatkossa tulisi painottaa olisi se, kuinka esihenkilö voisi omalta osaltaan vaikuttaa entistä paremmin tai enemmän työntekijän työhyvinvointiin, ottaen huomioon kaikki edellä mainitut ongelmat. Toinen painava, tärkeä, asia olisi se, kuinka työterveyshuolto voisi omalta osaltaan parantaa työntekijöiden tukemista työssä jaksamisen suhteen. Tietenkin työterveyshuollon toimintaan vaikuttaa suuresti organisaatioiden toiminta, se mitä palveluita organisaatio päätyy hankkimaan työterveyshuollosta. Olisiko mahdollista organisaatioiden lisätä omalta kohdaltaan palveluita sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan työhyvinvoinnin kannalta?

Lähteet

- Ahonen, N. 2023. Työhyvinvoinnin kehittäminen yhdessä tekemällä. Satakunnan Ammattikorkeakoulu. Satakunnan AMK. Opinnäytetyö. Viitattu 8.12.2023. Saatavilla. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202305027169>
- Aarninsalo, P., Heiskanen, T., Holi, M. 2017. Masennus. Helsinki: Duodecim.
- Hakanen. 2019. Työterveyslaitos. <https://www.ttl.fi/tyopiste/kuusi-myyttia-tyouupumuksesta-ei-tyo-uuvuta-vaan-yksityiselaman-kriisit>
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki 2008.
- Kanervisto 2022. <https://www.coronaria.fi/uniklinikka/artikkelit/univaiheet/>
- Käypähoito a. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Käypähoito b. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067>
- KvalimoTV. Saatavilla. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/menelma/menetelmatyytit/>
- Laitinen, H., Vuorinen, M. & Simola, A. 2013. Työturvallisuuden- ja terveyden johtaminen. Helsinki: Tietosanoma
- Leino- Kilpi, H & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki Sanoma Pro 2014.
- Manka, M- L, & Manka, M. 2016. Työhyvinvointi. Helsinki: Talentum Pro 2016.
- Medika. <https://tyoterveys.medika.fi/wp-content/uploads/BBI-15.pdf>
- Mehiläinen. <https://www.mehilainen.fi/tyoterveys/tyoterveydessa/tyouupumus>
- Mertanen, V. 2015. Työturvallisuuden perusteet. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Mieli.fi <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/masennus/>
- Mielipalvelut. <https://mielipalvelut.fi/tieto/stressi-ja-palautuminen>
- Mielenterveystalo. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/oirekyselyt/uupumuksen-oirekyselykeds>
- Noponen, H. 2017. Työhyvinvointi hoitohenkilöstön voimavarana. Vaasan Ammattikorkeakoulu. VAMK. Opinnäytetyö. Viitattu 8.12.2023. <https://www.theseus.fi/handle/10024/130599>
- Peda. Saatavilla PDF. <https://peda.net>terveystieto>tl:fifile>download>

- Peltomaa, H. 2015. Stressi, palautuminen ja hyvinvointi. (Kerava) Opintoverkko.
- Pesonen, T., 2019. Yleissairaalapsykiatria. Duodecim 2019. 1.painos.
- Ranta, I., Tilander, E. & Ranta, I., Suomen sairaanhoitajaliitto 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Helsinki: Fioca 2014.
- Räisänen, K. 2012. Työstressirokotus. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Suomen työnohjaajat. <https://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/>
- Surveymonkey. <https://fi.surveymonkey.com/mp/quantitative-vs-qualitative-research/>
- Tamminen, N., Solin, P & Linteri, S. 2014. Mielenterveyden edistäminen työpaikalla. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tehy <https://www.tehy.fi/fi/tiedote/tehyn-kysely-hoitajien-tyohyvinvointi-hieman-parantunut-silti-yli-90-nuorista-hoitajista>
- Tietoarkisto. Tutkimusetiikka ihmistieteissä. Saatavilla. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimusetiikka-ihmistieteissa/>
- TEM Toimialaraportit a. Katsaus sote- ala työvoimaan. Saatavilla. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162852/TEM_2021_02_t.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- TEM Toimialaraportit b, 2021:2. Katsaus sote- alan työvoimaan. Saatavilla. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162852/TEM_2021_02_t.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Terveyskirjasto a. Stressi. Saatavissa. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00976>
- Terveyskirjasto b. Työuupumus. Saatavissa. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00681>
- Terveyskirjasto c. Unettomuus. Saatavissa. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Terveystalo. <https://www.terveystalo.com/fi/tyoterveys/ajankohtaista/tietopakettit/tyohyvinvointi-ja-tyossa-jaksaminen>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/tyoikaisten-mielen-hyvinvointi>
- Tilander, E., Ranta, I., Laine, P. Suomen sairaanhoitajaliitto. 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Helsinki, Fioca.
- Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta. TENK. Saatavilla. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytando-htk>

Työterveyslaitos a. Työhyvinvointi. Saatavissa. <https://www.ttl.fi/tutkimus/hankkeet/mita-kuuluu-tyohyvinvointikysely>

Työterveyslaitos b. Työhyvinvointi. Saatavissa. <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/sote-ja-kunta-alalla-tarvitaan-nyt-tukea-jaksamiseen>

Työterveyslaitos c. Kunta10. Saatavissa. <https://www.ttl.fi/tutkimus/hankkeet/kunta-ja-hyvinvointialan-henkiloston-seurantatutkimus-fps/kunta10-tiedote-tutkittaville>.

Työterveyslaitos d. Stressi- ja työuupumus. Saatavissa. <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-jatyokyky/stressi-ja-tyouupumus>

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Bookwell oy, Juva.

WHO. Saatavissa. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

LIITTEET**Kun hoitaja itse sairastuu****1. Ammatti**

- Sairaanhoitaja
- Lähihoitaja
- Esihenkilö
- Tiimivastaava
- Jokin muu (esim. opiskelija, ensihoitaja)

2. Työvuodet hoitoalalla

- [0-5](#)
- [5-10](#)
- [10-15](#)
- [15-20](#)
- yli 20

3. Työaika

- Arkityö
- Kaksivuorotyö
- Kolmivuorotyö
- Jokin muu:

4. Onko sinulla ollut

- Vaikeuksia nukahtaa
- Yöllistä heräämistä
- Liian aikaista heräämistä

5. Jos sinulla on ollut yllä mainittuja vaikeuksia niin minkälaisia ne ovat olleet ja kuinka usein kk aikana ne ovat ilmenneet?

6. Onko sinulla ollut

- Muistiongelmia
- Keskittymisvaikeuksia
- Riittämättömyyden / onnistumattomuuden tunnetta
- Töiden tekemisen vaikeutta
- Kyynisyyttä työtä kohtaan

7. Jos vastasit yllä mainittuihin asioihin myönteisesti, häiritsevätkö kyseiset asiat työtäsi jollakin tapaa?

8. Oletko joutunut yllä mainittuiden asioiden vuoksi sairauslomalle?

- Kyllä
- En

9. Oletko saanut jonkin diagnoosin aiemmin mainittujen oireiden perusteella?

- Kyllä
- En
- Jos olet, niin minkä:

10. Oletko joutunut vähentämään työtuntejasi Kyllä Mikä työprosentti: En**11. Oletko kokenut jonkin muun asian vaikuttaneen työssä jaksamiseesi kuin ainoastaan työn****12. Oletko yrittänyt jollakin tapaa itse ennaltaehkäistä / parantaa omaa työssä jaksamistasi****13. Koetko saaneesi tukea** Kollegoilta Esihenkilöltä Työterveyshuolloilta Joltain muulta, keneltä**14. Oletko saanut tarvittaessa keskusteluapua esim. työterveys psykiatrilta tms.**