



jamk

Myötätuntouupumus ja sijaistraumatisoituminen mielenterveyshoitotyössä

Kirjallisuuskatsaus

Mirka Niemi

Opinnäytetyö
Toukokuu 2022
Terveys- ja hyvinvointialat
Sairaanhoitaja (AMK)

Niemi Mirka

Myötätuntouupumus ja sijaistraumatisoituminen mielenterveyshoitotyössä

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Toukokuu 2022, 39 sivua.

Terveys- ja hyvinvointialat. Sairaanhoidaja. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Mielenterveyshoitotyössä tarvitaan emotionaalista yhteyttä luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumisessa. Empatia ja myötätunto, jotka ovat välttämättömiä työvälineitä mielenterveyshoitotyössä, altistavat hoitotyöntekijän samalla myötätuntostressille ja sen kehittymiseen myötätuntouupumukseksi tai sijaistraumatisoitumiseksi. Myötätuntouupuminen ja sijaistraumatisoituminen voivat aiheuttaa sairaanhoidajan maailmankuvan muuttumisen kumuloituneen myötätuntostressin seurauksena. Tämän muutoksen vaikutuksia ovat usein negatiiviset fyysiset, psyykkiset, emotionaaliset ja sosiaaliset muutokset. Myötätuntostressistä ei automaattisesti seuraa uupumusta, vaan se voi myös johtaa ammatillisen voimaantumisen kautta myötätuntotytyvyyteen.

Tehtävänä oli selvittää myötätuntouupumiselle ja sijaistraumatisoitumiselle mielenterveyshoitotyössä altistavat ja suojaavat tekijät, sekä mahdolliset keinot ennaltaehkäistä myötätuntouupumisen ja sijaistraumatisoitumisen kehittymistä. Tavoitteena oli kerätä yhteen ja jäsentää kokonaisuuksiksi tietoa myötätuntouupumisesta ja sijaistraumatisoitumisesta mielenterveyshoitotyötä tekevän sairaanhoidajan näkökulmasta.

Toteutustapana oli kirjallisuuskatsaus, jossa aineisto haettiin ajalta 1/2010–3/2022. Aineisto rajattiin sellaisiin tutkimuksiin, joissa käsiteltiin ammattilaisista sairaanhoidajia ja erikoisaloista psykiatria/mielenterveyshoitotyötä. Metodologisesti aineistoa ei rajattu, joten aineiston metodologinen laatu oli vaihteleva. Tietokantahakujen 90 tuloksesta valikoitui viisi (5) sisäänottokriteerit täyttävää artikkelia ja manuaalisen haun kautta artikkelien määrä täydentyi viidellä (5). Yhteensä analysoitavaa materiaalia oli 10 tutkimusartikkelia. Aineiston materiaalista kostettiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

Laadukkaita, kattavia tutkimuksia aiheesta löytyi niukasti. Aihe on ollut tutkijoiden kasvavan kiinnostuksen kohteena viime vuosina erityisesti Aasiassa. Myötätuntouupumisen ja sijaistraumatisoitumisen kehittymiseen vaikuttavat keskeisesti työelämän laadun muuttujat. Ammatilliset ja sosiodemograafiset tekijät selittivät vain vähäisissä määrin myötätuntostressin kehittymistä myötätuntouupumukseksi ja sijaistraumatisoitumiseksi.

Avainsanat (asiasanat)

Myötätuntouupumus, sijaistraumatisoituminen, myötätuntostressi, myötätuntotytyvyys, mielenterveyshoitotyö, psykiatrinen hoitotyö

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

Ei sisällä salassa pidettäviä osia.

Niemi Mirka

Compassion fatigue and secondary traumatization in psychiatric nursing

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2022, 39 pages.

Health and welfare. Degree programme in Nursing. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

In mental health nursing, an emotional connection is needed to form a confidential treatment relationship. Empathy and compassion, which are essential tools in mental health care, expose the nurse to secondary traumatic stress and its development into compassion fatigue or secondary traumatization. Compassion fatigue and secondary traumatization can cause a change in the nurse's worldview as a result of accumulated secondary traumatic stress. The effects of this change are often negative physical, mental, emotional, and social changes. Secondary traumatic stress does not automatically lead to compassion fatigue, it can also lead to compassion satisfaction through professional strength.

The purpose of the study was to find out the factors that predispose and protect against compassion fatigue and secondary traumatization in mental health care work, along with possible ways to prevent the development of compassion fatigue and secondary traumatization. The aim was to gather and structure information on compassion fatigue and secondary traumatization from the perspective of a nurse who is working in mental health care.

The method of the study was a literature review, and the material search period was 1/2010–3/2022. The material was limited to studies in which health care professionals were nurses and the area of specialization was psychiatric / mental health work. The data was not methodologically limited, so the methodological quality of the data was variable. From the 90 results of the database searches, five (5) articles completed the selected criteria, and the number of articles was supplemented by five (5) through a manual search. Therefore, the total material to be analyzed was 10 research articles. A descriptive literary review was compiled from the material data.

There was a shortage of high-quality, comprehensive research on the subject. The topic has been researchers' growing interest in recent years, especially in Asia. It can be argued that variables in the quality of working life play a significant role in the development of compassion fatigue and secondary traumatization. Occupational and socio-demographic factors explained only to a small extent the development of secondary traumatic stress into compassion fatigue and secondary traumatization.

Keywords/tags (subjects)

Compassion fatigue, secondary traumatization, vicarious traumatization, secondary traumatic stress, compassion satisfaction, mental health nursing, psychiatric nursing

Miscellaneous (Confidential information)

No confidential information.

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Teoreettinen tietoperusta	4
2.1	Mielenterveyshoitotyö	4
2.2	Empatia ja myötätunto.....	6
2.3	Myötätuntostressi	6
2.4	Myötätuntouupumus	7
2.5	Sijaistraumatisoituminen	8
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	10
3.1	Tutkimuskysymykset	11
4	Aineiston keruu ja analyysi	11
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	11
4.2	Aineistonkeruu	12
4.3	Aineiston analyysi.....	15
5	Tulokset	16
5.1	Altistavat tekijät	17
5.1.1	Yksilölliset tekijät.....	17
5.1.2	Organisaatiotasolla	18
5.1.3	Moraalinen ahdistus	19
5.1.4	Erikoisalan merkitys	19
5.1.5	Maantieteelliset ja kulttuuritekijät	20
5.2	Suojaavat tekijät	21
5.2.1	Yksilötekijät	21
5.2.2	Sijaisresilienssi.....	22
5.2.3	Työelämän laatu ja ammatillinen autonomia	22
5.2.4	Interventiot	24
6	Pohdinta	25
6.1	Sairaanhoidajan omat vaikutusmahdollisuudet	26
6.2	Työelämän vaikutukset	27
6.2.1	Työyhteisön vaikutus	28
6.2.2	Interventioiden hyödynnettävyys.....	28
6.2.3	Maantieteelliset ja kulttuuriset näkökohdat	29
6.3	Eettisyys ja luotettavuus	29
6.4	Jatkotutkimustarve.....	30
	Lähteet	32

Liitteet	35
Liite 1. Tiedonhakutaulukko	35
Liite 2. Tutkimukset taulukossa.....	36
Kuvio 1. Myötätuntouupumus / sijaisresilienssi malli.	10
Kuvio 2. Aineistonvalintaprosessi.	14
Kuvio 3. Koonti tutkimuksen tuloksista.	17

1 Johdanto

Myötätuntostressi, myötätuntouupumus ja sijaistraumatisoituminen kuvaavat ilmiötä, jossa asiakkaan hankalat ja traumaattiset kokemukset siirtyvät työntekijälle tai työyhteisölle aiheuttaen henkistä kuormitusta ja taakkaa (Castaneda, Mäki-Opas, Jokela, Kivi, Lähteenmäki, Miettinen, Nieminen & Santalahti 2018, 142). Myötätuntouupuminen ja sijaistraumatisoituminen ovat riskinä yleisesti auttamisammateissa, joissa ihmisten hätää ja kärsimystä kohdataan (Nissinen 2012, 13). Myötätuntostressi on ensisijaisesti työperäinen ilmiö, joka on hallittavissa (Castaneda ym. 2018, 143).

Sairaanhoitajien kokemaa myötätuntouupumista on Suomessa tutkittu syöpätautien poliklinikalla ja hematologian vuodeosastolla. Myötätuntouupumisesta on tehty Suomessa tutkimusta myös ensihoidon, diakoniatyöntekijöiden, fysioterapeuttien, kriisityöntekijöiden ja kuntoutusohjaajien näkökulmasta. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen, & Vuokila-Oikonen 2014, 149-150.) Mielenterveyshoitotyötä tekevien sairaanhoitajien myötätuntouupumista ja sijaistraumatisoitumista ei ole tutkittu. Myötätuntouupumista ja sijaistraumatisoitumista on käsitelty viime vuosina Suomessa enimmäkseen sosiaalialan tutkimuksissa. Monissa sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa näkökulma on lasten kanssa toimivissa ammattilaisissa. Myötätuntouupuminen on nostettu yhdeksi teemaksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2018 julkaistun Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa, PALOMA-käsikirjaan.

Opinnäytetyössä tarkastellaan myötätuntouupumusta ja sijaistraumatisoitumista sairaanhoitajan tekemässä mielenterveyshoitotyössä. Aihe on rajattu mielenterveyshoitotyötä tekeviin sairaanhoitajiin tutkijan kiinnostuessa siitä, kuinka mielenterveyshoitotyön emotionaalisesti kuormittavat tilanteet ja hoitosuhteet vaikuttavat sairaanhoitajiin ja heidän ajatteluunsa.

Tarkoituksena on saada kerättyä yhteen tietoa erityisesti mielenterveystyössä sijaistraumatisoitumiselle ja myötätuntouupumiselle altistavista ja suojaavista tekijöistä, sekä vaikutusmahdollisuuksista näihin työyhteisössä ja henkilökohtaisessa ammatillisessa kasvussa. Tavoitteena on selvittää, millaisia keinoja käyttäen työntekijä ja työyhteisö voivat vaikuttaa ehkäisten ja vähentäen myötätuntouupumusta ja sijaistraumatisoitumista. Tietoa voivat hyödyntää mielenterveyshoitotyötä tekevät sairaanhoitajat, alan opiskelijat ja opettajat, esihenkilöt ja työnantajat.

2 Teorettinen tietoperusta

2.1 Mielen terveyshoitotyö

Mielen terveyslaissa mielen terveystyötä määritellään seuraavasti ”Mielen terveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielen terveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.” (Mielen terveyslaki 1990/1116, 1 §). Mielen terveyspalveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta ja psykososiaalinen tuki, kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki, sekä mielen terveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Mielen terveyspalveluissa avopalvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat ensisijaisia. Erikoissairaanhoidossa järjestetään mielen terveyspalveluja psykiatrisien poliklinikoilla ja sairaalahoitona. Lisäksi kunnan sosiaalihuollon kautta mielen terveyskuntoutujille järjestetään asumispalveluita, kotipalveluita ja kuntouttavaa työtoimintaa. (STM, 2022.)

Vuosina 2018-2020 mielen terveyshuollon avohoitokäyntejä on ollut vuosittain yli 3 000 000, joista erikoissairaanhoidon käyntejä vuosittain reilut 2 000 000. Mielen terveyden laitoshoitopäiviä on ollut vuosina 2018-2020 yli miljoona vuosittain. (THL 2021, 72-73.) Mielen terveyteen liittyviä käyntejä ja hoitopäiviä on siis vuosittain varsin suuria määriä ja suuri osa näistä on sairaanhoitajien tekemää hoitotyötä.

Sairaanhoitajia työskentelee mielen terveyshoitotyössä esimerkiksi erikoissairaanhoidossa psykiatrisilla osastoilla ja psykiatrisilla poliklinikoilla, perusterveydenhuollossa mielen terveys- ja päihdehoitotyössä, opiskelu- ja työterveyshuollossa, asumispalveluissa, kolmannella sektorilla ja lastensuojelussa. Sairaanhoitaja tulee kuitenkin lähes missä tahansa työympäristössä olemaan tekemisissä mielen terveydellisten asioiden kanssa. Mielen terveyden parissa työskentelee myös monia muita ammattiryhmiä.

Hoitosuhte on vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhte, jolla on suuri merkitys mielen terveystyössä, jotta asiakas kokee tulevansa ymmärretyksi ja autetuksi. (Holmberg 2016, 71-72.) Asiakkaan mukana yhteistyösuhteeseen tulevat hänen elämäänsä liittyvät kysymykset ja avuntarpeensa, voimavaransa ja itse asiakas ihmisenä. Myös työntekijä tuo yhteistyösuhteeseen itsensä ihmisenä ja hänen mukanaan tulevat hänen osaamisensa ja omaksumansa eettiset periaatteet. (Kiviniemi ym. 2014, 60-61.)

Hoitotyössä työn sosiaalinen luonne on nostettu perimmäiseksi kuormitustekijäksi. Työtä tehdään omalla persoonalla latautuneissa tilanteissa muiden ihmisten kanssa, pyrkimyksenä vaikuttaa muiden tulevaisuuteen. (Ahola & Hakanen, 2010.) Emotionaalinen osallistuminen on peruselementti terapeutin suhteen muodostumisessa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välillä. Emotionaalinen osallistuminen kuitenkin altistaa terveydenhuollon ammattilaisen tunnetyölle, työperäiselle stressille ja loppuun palamiselle. (Afriyie 2021, 141.)

Terveystieteen ammattilaisten odotetaan käyttäytyvän, olevan läsnä ja ilmentävän tunteita - kuten myötätuntoa - tietyllä tavalla, sekä hallitsevan kokemiaan negatiivisia tunteita. Tällainen ammattilaisen roolin mukainen käyttäytyminen voi aiheuttaa dissonanssia eli epäsuhtaa todellisten ja osoitettujen tunteiden välillä. Rungas emotionaalinen dissonanssi aiheuttaa kuormitusta ja liittyy työuupumuksen kehittymiseen. (Ahola & Hakanen 2010.) Sosiaalinen kanssakäyminen ja emotionaalinen yhteys ovat välttämättömiä hyvän hoitosuhteen saavuttamiseksi, mutta samaan aikaan ne altistavat hoitotyötä tekevän ammattilaisen tunnetason stressitekijöille.

Hoitosuhteessa työntekijän tehtävänä on tunnistaa ja vastaanottaa potilaan tunteita ja reaktioita, työstää omia tunteitaan ja ymmärtää vuorovaikutustapahtumia (Holmberg 2016, 99). Ammatillisissa yhteistyösuhteissa tutkittaessa on havaittu, että työskentelysuhteen hyvä laatu, luottamuksellisuus tunnetasolla, merkittävät tunnekokemukset yhteistyön aikana ja tiedollinen hallinnan tunteen lisääntyminen ennustavat hyvää hoidollista tulosta (Kiviniemi ym. 2014, 113). Sairaanhoidajan työvälineenä mielenterveyshoitotyössä on siis hänen tietojensa ja taitojensa lisäksi hänen oma persoonansa ja tunteensa, joka luo tarpeen ymmärtää ja oppia käsittelemään työperäisiä tunteita ja mahdollista tunnekuormaa.

Mielenterveyden ja persoonallisuuden haasteet, traumat ja psyykkiset sairaudet eivät ole yhdellä käynnillä parannettavissa, vaan potilaat palaavat vastaanotoille ja osastoille useita kertoja, asumispalveluissa asutaan jopa useita vuosia ja erilaiset tukitoimet jatkuvat viikosta toiseen, jotta asiakkaan mielenterveyttä ja toimintakykyä voidaan tukea ja ylläpitää. Hoitosuhteista muodostuu siis tavallisesti useiden viikkojen, kuukausien tai vuosien mittaisia. Psyykkisten sairauksien tila vaihtelee ja toipuminen harvoin etenee lineaarisesti, vaan mutkat ja kuopat kuuluvat toipumisprosessiin. Ammattilaisen kannalta tämä voi tarkoittaa, että auttamisen lopputulosta ei kyetä suoraan näkemään ja auttamiskeinot voivat vaikuttaa lyhyellä aikavälillä havainnoituna jopa tehottomilta.

2.2 Empatia ja myötätunto

Empatia on kokemus toisen ihmisen mielentilojen tunnistamisesta tai myötäelämisestä niiden mukana (Aaltola 2017, 25). Sympatia eli myötätunto tarkoittaa tunteiden tuntemista toista kohtaan ja sen edellytys on toisesta välittäminen. Voimme kokea tunteita asiakkaan puolesta, vaikka hän itse ei näitä tunteita kokisikaan. Sympatialla tarkoitetaan ihmisen hyväksymistä sen jälkeen, kun on ymmärtänyt häntä. Empatia ja sympatia toimivat rinnakkain ja usein vahvistavat toisiaan. (Aaltola 2017, 25; Kiviniemi ym. 2014, 111.)

Empatia auttaa selittämään omaa ja muiden käyttäytymistä ja on siten jopa välttämätöntä sosiaalisten suhteiden muodostamisessa ja ylläpitämisessä. Korkea empatiataso liittyy myös ihmisen haluun auttaa muita ja jäsentää asioita vahvemmin moraalin kautta. (Aaltola 2017, 20–23.) Myötätunto on surua toisen ihmisen kärsimyksestä ja näkyy haluna auttaa vähentäen kärsimystä ja sen vaikutuksia (Nissinen 2012, 39). Tarvitaan siis empatiaa, jotta voidaan ymmärtää toisen ihmisen kärsimystä, ja sen seurauksena kokea myötätuntoa, tarvetta toimia toisen puolesta. Myötätunnon tunteminen saa ammattilaisen toimimaan yksilöllisesti auttavansa puolesta, sen sijaan että suorittaisi vain työtehtäviään liukuhihnamaisesti.

Auttamistyön ammattilaisen työvälineenä on empatia ja samaistumiskyky, joiden avulla hän asettuu asiakkaan asemaan ja saa yhteyden asiakkaaseen (Castaneda ym. 2018, 142). Empaattisessa työskentelyssä lähtökohtana on kriittikön ja tuomitsematon asenne. Asiakas kokee työntekijän välittävän siitä, mitä hänelle tapahtuu. (Kiviniemi ym. 2014, 112.) Ammattilaisen altistuminen emotionaalisesti työssään on tarpeellista, jotta hän kykenee auttamistyöhön, eikä kyynisesti ohita asiasta tarpeineen. Empaattisen työskentelyn luonnollinen seuraus on ammattilaisen kokema emotionaalinen taakka ja kuormittuminen. (Castaneda ym. 2018, 142.)

2.3 Myötätuntostressi

Carles R. Figley (1995) rajasi tutkimuksissaan sekundaarisen traumaattisen stressin, (secondary traumatic stress) määritelmän, jossa auttajat tiesivät traumaattisista tapahtumista ja se vaikutti heihin, mutta ei traumaattisen häiriön mittasuhteissa (Figley, 1995). Sekundaarista traumaattista stressiä eli myötätuntostressiä kehittyy ihmissuhdetyön luonnollisena seurauksena, kun ihminen auttaa tai haluaa auttaa kärsivää ihmistä (Nissinen 2012, 49).

Myötätuntostressiä syntyy, kun asiakkaan kertomukset tai vaikeat tilanteet jäävät auttajan mieleen aiheuttaen huolta. Myötätuntostressiä voidaan pitää normaalina reaktiona epänormaaleihin, epäinhimillisiin tapahtumiin. (Castaneda ym. 2018, 142.) Kun auttajan selviytymisstrategiat eivät riitä ratkaisemaan uhrin stressiä, auttajaa stressaantuu sekundaarisesti (Valent 2002, 25). Myötätuntostressi on siis luonnollinen seuraus tarpeesta vastata asiakkaan hätään, jota ammattilainen haluaa kyetä lievittämään.

Myötätuntostressistä ei välttämättä seuraa uupumista, vaan se voi olla myös positiivinen ja energisoiva ilmiö, joka laukaisee myönteisen kyvyn ja halun toimia (Castaneda ym. 2018, 142). Vaikka kaikkea kärsimystä ei voida poistaa, optimismi herättää halun auttaa edes joitakin. Kokonaisvaltainen kuva autettavasta, jolloin nähdään akuutin hädän lisäksi myös hänen toimijuutensa, kyvykkyytensä ja sinnikkyytensä, tarjoaa toivoa ja tekee empatian kokemisesta mielekkäämpää. (Aaltola 2017, 131-132.) Ihmissuhdetyössä myötätunnon positiiviset ja negatiiviset vaikutukset vaihtelevat, vuorottelevat ja painottuvat eri tavoin tilanteesta riippuen. (Nissinen 2012, 28.)

Auttajan oman toimijuuden ja kyvykkyyden tunnistaminen tekee empatian kokemisesta mielekkäämpää. Kun empatia on mahdollista kanavoida tekoihin, siitä ei todennäköisemmin seuraa lamaantumista ja loitontumista. (Aaltola 2017, 132-133.) Ammatillinen empaattisuus tarkoittaa työntekijän suhtautumista itseensä realistisesti, kokevana ihmisenä (Nissinen 2012, 44). Reflektiivinen empatia voi auttaa tunnistamaan tunteidemme alkuperän ja hahmottamaan, kuinka vahvistaa rajojamme. Keskittymällä toisen yksilön kokemukseen sen sijaan, että pohtisimme mitä itse kokiimme hänen tilanteessaan, empatiaan liittyy enemmän halua auttaa ja vähemmän epämukavuutta ja henkilökohtaista hätää. (Aaltola 2017, 138.)

2.4 Myötätuntouupumus

Carles R. Figley (1995) määritteli käsitteen compassion fatigue, myötätuntouupumus, joka on seurausta syvästä yhteydestä traumatisoituneen henkilön kanssa (Figley, 1995). Myötätuntouupumus on työuupumusta, joka liittyy työn emotionaalisiin haasteisiin. Työssä toistuva asiakkaiden emotionaalisesti raskaiden tilanteiden näkeminen ja jakaminen aiheuttavat myötätuntostressiä. Myötätuntostressi voi vähitellen emotionaalisen kuorman ylittäessä työntekijän sietokyvyn kehittyä myötätuntouupumukseksi. (Nissinen 2012, 31-32.) Työntekijän empaattisuuden taso vaikuttaa siihen,

kuinka altis hän on myötätuntouppumiselle. Riittävän suuri kuormitus voi kuitenkin aiheuttaa oireita lähes kaikissa. (Kiviniemi ym. 2014, 149.)

Myötätuntostressin tunnejäämiä kertyy päivittäisissä asiakaskontakteissa altistumisesta asiakkaan kärsimykselle (Figley & Figley 2017, 5). Traumaattisissa tilanteissa, joissa uhreja ei ole saatu pelastettua tai hoidettua kunnolla, myötätuntostressi saavuttaa traumaattiset mittasuhteet ja sitä voidaan kutsua myötätuntouppumukseksi. Myötätuntostressin lisäksi tähän sisältyy vakava ahdistus ja voimakas syyllisyys. (Valent 2002, 26.) Jatkuva muiden kokemusten myötäeläminen ja siitä seuraava ahdistus voivat johtaa siihen, että empatiasta on tullut liian epämukavaa ja psyykkiset suojamekanismit kytkevät sen pois päältä. Muiden kärsimykseen ennen tunnejakamisella ja välittämällä reagoi saattaa alkaa vaikuttaa kolkolta ja välinpitämättömältä. (Aaltola 2017, 129.)

Myötätuntouppumus aiheuttaa psykofyysisiä ja sosiaalisia stressioireita ja työntekijän ammatillisen itsetunnon laskua. Myötätuntouppumiseen liittyy voimistunut kritiikki ja pettymys itseään ja omaa ammatillisuuttaan kohtaan. Kielteisyys kohdistuu myös omaan työalaaan ja toiveikkaat näköalat vähenevät. Myötätuntouppunut kokee kuitenkin edelleen oman alansa merkityksellisenä ja on motivoitunut työhönsä. Myötätuntouppumisen vaikutukset näkyvät laajalla työntekijän elinpiirissä, esimerkiksi väkisin mieleen tunkeutuvina mielikuvina, torjuntana asiakas-, työ- ja henkilökohtaisissa ihmissuhteissa, fysiologisina ylivirittyneisyyden oireina ja arvojen ja elämän merkitysten muutoksina. (Nissinen 2012, 32-37.) Kokemus siitä, että on täysin kyvytön auttamaan muita voi johtaa toivottomuuteen ja auttajan minäkuvan vääristymiseen passiiviseksi ja hyödyttömäksi. Myötätuntouppumus saattaa olla oman toimijuuden aliarvioimista ja virheellisen avuttomuuden omaksumista. (Aaltola 2017, 132-133.)

2.5 Sijaistraumatisoituminen

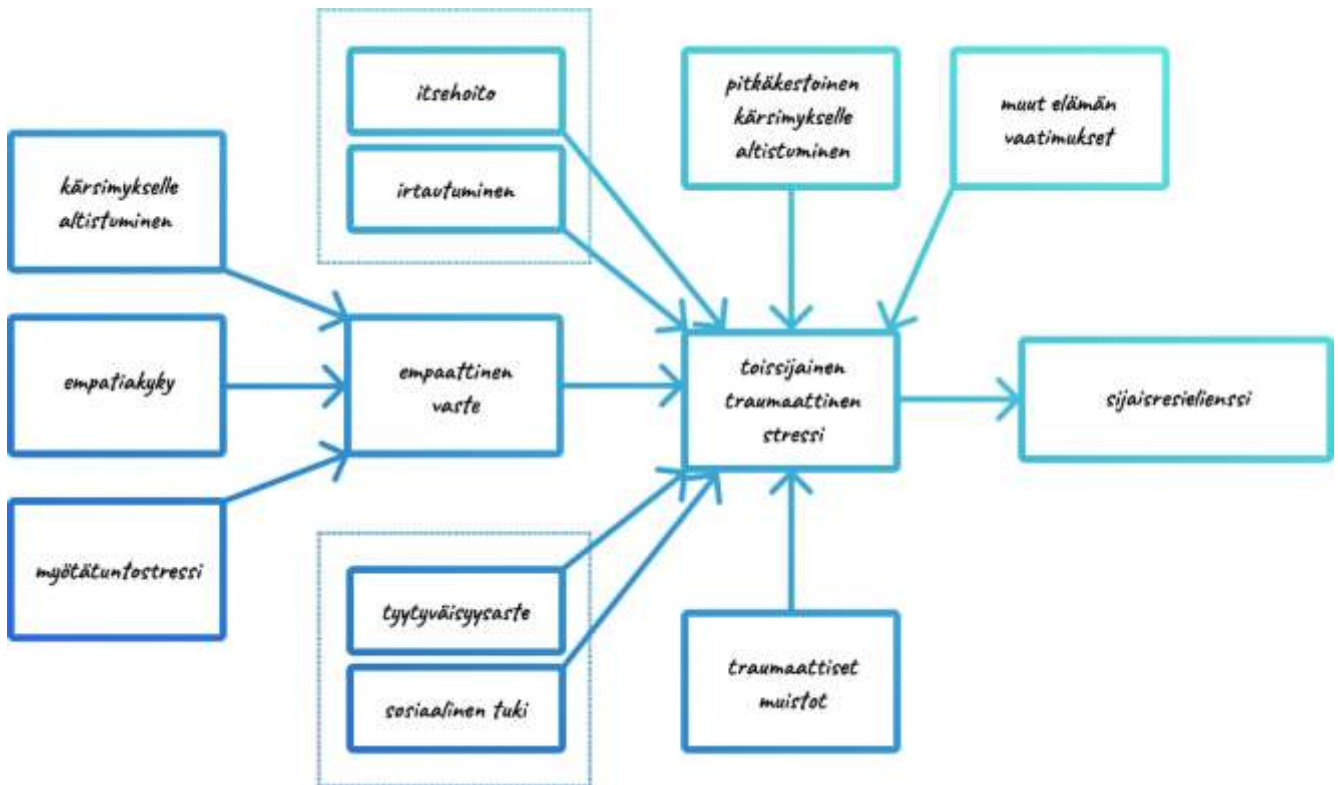
Carles R. Figley (1995) määritteli sekundaarisesti traumaattiseksi stressihäiriöksi (secondary traumatic stress disorder, STSD) tilan, jossa ilmenee samoja oireita, kuin posttraumaattisessa stressihäiriössä (posttraumatic stress disorder, PTSD). Näiden välinen ero on se, että sekundaarisessa traumaattisessa stressihäiriössä altistuminen tapahtuu traumatisoituneelle henkilölle traumaattisen tapahtuman sijaan, ja tunkeutumis- ja välttämisoireet liittyivät ensisijaisen uhrin kokemukseen, eivät omaan. (Figley, 1995.) Sekundaarinen traumatisoituminen eli sijaistraumatisoituminen

on seurausta toistuvasta kärsivien ihmisten empaattisesta kohtaamisesta. Auttajan sisäinen kokemusmaailma muuttuu auttamistyön sisällön seurauksena. Traagisten tarinoiden, julmuuden, pahuuden ja kärsimyksen todistaminen muuttaa hitaasti auttajan kuvaa hänestä itsestään ja elämästä yleensä. (Nissinen 2008, 140-141.)

Empatiaprosessi traumatisoituneen henkilön kanssa auttaa ymmärtämään hänen kokemaansa, mutta samalla altistaa auttajan traumatisoitumiselle (Figley, 1995). Auttaja voi samaistua uhrin traumareaktioihin tai auttajan omat epäonnistuneet toimet saavuttavat traumaattiset mittasuhteet. Tuska ja trauma siitä, ettei ole tehty tarpeeksi kärsimyksen tai kuoleman välttämiseksi, on yleinen sekundaarinen stressi- ja traumareaktio auttajissa. (Valent 2002, 25-26.)

Sijaistraumatisoituminen on seurausta vastatransferenssista, joka samaistuu uhrien selviytymisstrategioiden sopeutumattomiin ja traumaattisiin puoliin, eivätkä auttajan omat selviytymisstrategiat ole kaikilla asteilla riittäviä (Valent 2002, 24-25). Ylikuormittuneena työntekijän ajattelu- ja tulkintatavat voivat kehittyä kielteisesti, ongelmat kasvavat ylivoimaisiksi ja tulkinnat kehittyvät pessimistisiksi. Kun kiihtyvässä ja vaativassa työtahdissa voimavaroja ei ehdi kartuttamaan, ammatillinen stressinhallinta ei riitä ja hallinnan tunne heikkenee. Sijaistraumatisoituneelle kehittyneet turvattomuus ja epäluottamus siirtyvät työ- ja yksityiselämän ihmissuhteisiin. (Nissinen 2012, 54-57.) Auttajan stressi ja traumat voivat heijastua asiakassuhteeseen tunnistamatta jättämisenä, asiakkaan traumojen kieltämisenä, huomion hajanaisuutena, älyllistämisenä, empatian puutteena ja uhrien epäinhimillistämisenä tapauksiksi tai tutkimuskohteiksi. Joskus auttajat voivat paradoksaalisesti osoittaa liiallista osallistumista asiakkaan traumoihin. (Valent 2002, 29.)

Sijaisresilienssi eli sijaiskestävyys tarkoittaa ammattilaisen vahvuuden kasvamista asiakaskontakteissa, joissa myös asiakkaan vahvuudet ja voimavarat tulevat esille (Castaneda ym., 2018, 143). Sijaisresilienssi kuvaa ammattilaisen käytössä olevia resursseja, joista hänen sietokykynsä muodostuu. Itsehoito, irtautuminen, tyytyväisyysaste ja sosiaalinen tuki ovat suojaavia tekijöitä, joiden avulla työssään myötätuntostressille altistunut voi kehittyä työssään itsevarmaksi, päteväksi, välittäväksi ja tehokkaaksi. Empatian ytimen kehittäminen, empaattisuus asiakkaita ja kollegoja kohtaan, sekä itsemyötätunto, antaa mahdollisuuden sijaisresilienssin kehittymiselle myötätuntouupumusta vastaan. (Figley & Fingley, 2017).



Kuvio 1. Myötätuntouupumus / sijaisresilienssi malli.

Myötätuntostressin kehittyminen sijaisresilienssiksi, vapaasti käännettynä. Kuviossa havainnollistetaan, kuinka kärsimykseen altistuminen, empatiakyky ja myötätuntostressi aiheuttavat empaattisen vasteen. Empaattinen vaste, pitkäkestoinen kärsimykseen altistuminen, muut elämän vaatimukset ja traumaattiset muistot tuottavat sekundaarista traumaattista stressiä. Itsehoito, irtautuminen, tyytyväisyysaste ja sosiaalinen tuki kompensoivat negatiivisia vaikutuksia, ja mahdollistavat sijaisresilienssin kehittymisen. (Kuvio Figley & Ludnick, 2016; haettu Figley & Figley, 2017).

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, mitkä tekijät mielenterveyshoitotyössä altistavat myötätuntostressin kehittymiseen myötätuntouupumukseksi tai sijaistraumatisoitumiseksi, sekä millaiset ominaisuudet ja asiat työntekijässä ja työympäristössä sekä työyhteisössä suojaavat sairaanhoitajaa myötätuntouupumukselta ja sijaistraumatisoitumiselta. Lisäksi selvitetään, millaisia keinoja käyttäen työntekijä ja työyhteisö voivat vaikuttaa ehkäisten ja vähentäen myötätuntouupumusta ja sijaistraumatisoitumista.

3.1 Tutkimuskysymykset

- Millaiset tekijät mielenterveyshoitotyössä altistavat sairaanhoitajan myötätuntouppumukselle ja sijaistraumatisoitumiselle?
- Millaiset tekijät mielenterveyshoitotyössä suojaavat sairaanhoitajaa myötätuntouppumukselta ja sijaistraumatisoitumiselta?

4 Aineiston keruu ja analyysi

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Menetelmäksi opinnäytetyöhön valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia jo olemassa olevaa tietoa sairaanhoitajien kokemasta myötätuntouppumuksesta ja sijaistraumatisoitumisesta mielenterveyshoitotyössä ja kerätä yhteen aineistosta löytyviä, näille ilmiöille altistavia ja suojaavia tekijöitä. Lisäksi tutkimusaineistosta etsitään keinoja, joilla sairaanhoitajat ja työyhteisöt voivat ehkäistä myötätuntouppumista ja sijaistraumatisoitumista.

Kirjallisuuskatsauksessa selvitetään, mistä näkökulmista ja miten kyseistä asiaa on aiemmin tutkittu ja miten suunnitteilla oleva tutkimus liittyy tuloksiin, jotka ovat jo olemassa. Kirjallisuuskatsauksen on tarkoitus syventää tietoa asioista, joista löytyy jo tutkittua tietoa ja tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 138.) Laadullisessa tutkimuksessa pyritään esimerkiksi ilmiön tai tapahtuman kuvaamiseen, tietyn toiminnan ymmärtämiseen tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan ymmärtämiseen tähtäävää ja aineistolähtöistä ilmiön kuvausta (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 292). Valmiit aineistot ja dokumentit ovat hyvä vaihtoehto laadulliselle tutkimukselle. Oman tutkimusaineiston kerääminen ei aina ole järkevää, koska valmiita aineistoja on saatavilla hyvin monesta aiheesta. (Eskola & Suoranta, 1998.)

Tutkimuksen tekemiseen voidaan katsoa kuuluvan viisi eri vaihetta: aiheen valitseminen, tiedon kerääminen, materiaalin arviointi ja ideoiden, tulosten ja muistiinpanojen järjestäminen, sekä tutkielman kirjoittaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2016, 63-64). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä jakautuu neljään vaiheeseen: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkastelu. Muihin kirjallisuuskatsauksiin

verrattuna sen erityispiirre on vaiheiden päällekkäinen eteneminen koko prosessin ajan. (Kangasniemi ym. 2013, 292.)

Kirjallisuuskatsauksen tekemisen aloitin aiheen valitsemisella, perehtymällä alustavasti aiheesta tehtyyn tutkimukseen ja seuraavaksi tutkimuskysymysten muodostamisella. Seuraavaksi keräsin ja analysoin varsinaisen aineiston. Viimeisimpänä vaiheena oli tulosten koostaminen kuvailuksi ja lopputuloksen tarkastelu ja arviointi. Työvaiheet ovat edenneet osittain limittäisesti toisiaan tukien ja tuloksen tarkastelua ja arviointia on tapahtunut koko prosessin ajan.

4.2 Aineistonkeruu

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta voi tapahtua joko implisiittisesti tai eksplisiittisesti, näiden tapojen systemaattisuus ja raportointitapa ovat keskenään erityyppiset. Eksplisiittinen aineistonvalinta muistuttaa aineiston valintaprosessin raportoinnissa systemaattista kirjallisuuskatsausta. Aineiston haut tehdään noudattaen aika- ja kielirajauksia, ja hakuja ohjaa tutkimuskysymys. Erotuksena systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, hakukriteereistä voidaan poiketa kesken prosessin, mikäli se on tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta merkityksellistä. Kuvaillevassa kirjallisuuskatsauksessa painoarvo aineiston valinnassa on aiempien tutkimusten sisällöllinen vastaaminen tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296.) Aineiston keräämisessä on käytetty eksplisiittistä valintatapaa ja suunniteltu hakukriteerit etukäteen. Täydentäviä hakuja on tehty lisäksi väljemmillä kriteereillä ja koehakujen perusteella löydettyä aineistoa voidaan ottaa mukaan kirjallisuuskatsaukseen, mikäli se vastaa keskeisesti tutkimuskysymyksiin.

Aineiston hakeminen alkoi hakusanojen määrittelyllä ja niiden testaamisella. Opinnäytetyössä on tarkoitus tarkastella myötätuntouppumista ja sijaistraumatisoitumista mielenterveyshoitotyössä, joten keskeisiksi hakusanoiksi määriteltiin mielenterveyshoitotyö, sijaistraumatisoituminen ja myötätuntouppumus. Koska testihakujen perusteella aineistoa löytyy pääosin englannin kielellä, hakusanat käännettiin seuraavaksi englanniksi.

Mesh / FinMesh asiasanastosta mielenterveyshoitotyötä ei löydy, vaan terminä on psykiatrinen hoitotyö. Englanninkieliset termit Psychiatric Nursing, Mental Health Nursing, Nursing, Mental

Health, Nursing, Psychiatric. Näistä kolme viimeistä antavat liian laajoja hakutuloksia, joten ne hylättiin. Testihakujen perusteella hakusanoiksi lisättiin sanamuodot psychiatric nurse, mental health nurse ja mental health professionals.

Myötätuntouupumus löytyy Mesh / FinMesh -sanastosta ja sille englanninkielisiä termejä 20. Termin compassion fatigue lisäksi termeinä olivat mm. vicarious traumatization ja secondary traumatization, jotka yleisesti aihetta käsittelevässä kirjallisuudessa on käännetty muotoihin sijaistraumatisoituminen ja toissijainen / sekundaarinen traumatisoituminen. Listalla oli myös termi secondary traumatic stress, käännettynä myötätuntostressi tai sekundaarinen traumaattinen stressi, joka liittyy myötätuntouupumisen ja sijaistraumatisoitumisen syntymiseen ja testihakujen perusteella antoi uusia hakutuloksia.

Hakusanoiksi valikoituivat lopulta asiasanahakujen ja tietokantojen testihakujen perusteella:

psychiatric nurs / mental health nurs* / mental health professionals*

vicarious trauma / secondary trauma* / compassion fatigue*

Aineiston hakuun määriteltiin kriteereiksi julkaisuvuosi 2010–2022, koska tutkimuksia aiheesta on tehty vähän ja lyhyempi aikaväli olisi rajannut aineiston määrää liikaa. Lisäksi tekstin täytyi olla kokonaan saatavilla ja kielenä englanti. Aineisto haettiin hakukriteerejä noudattaen seuraavista tietokannoista PubMed ja Ebscohost tietokannat: MEDLINE, CINAHL Plus with Full Text, eBook Collection (EBSCOhost) ja OpenDissertations. Lisäksi täydentäviä hakuja tehtiin Google Scholarin kautta ja manuaalisesti. Medic -tietokanta jäi pois varsinaisesta hausta koehakujen perusteella, koska se ei tuottanut sopivia tuloksia yksittäisillä termeillääkään.

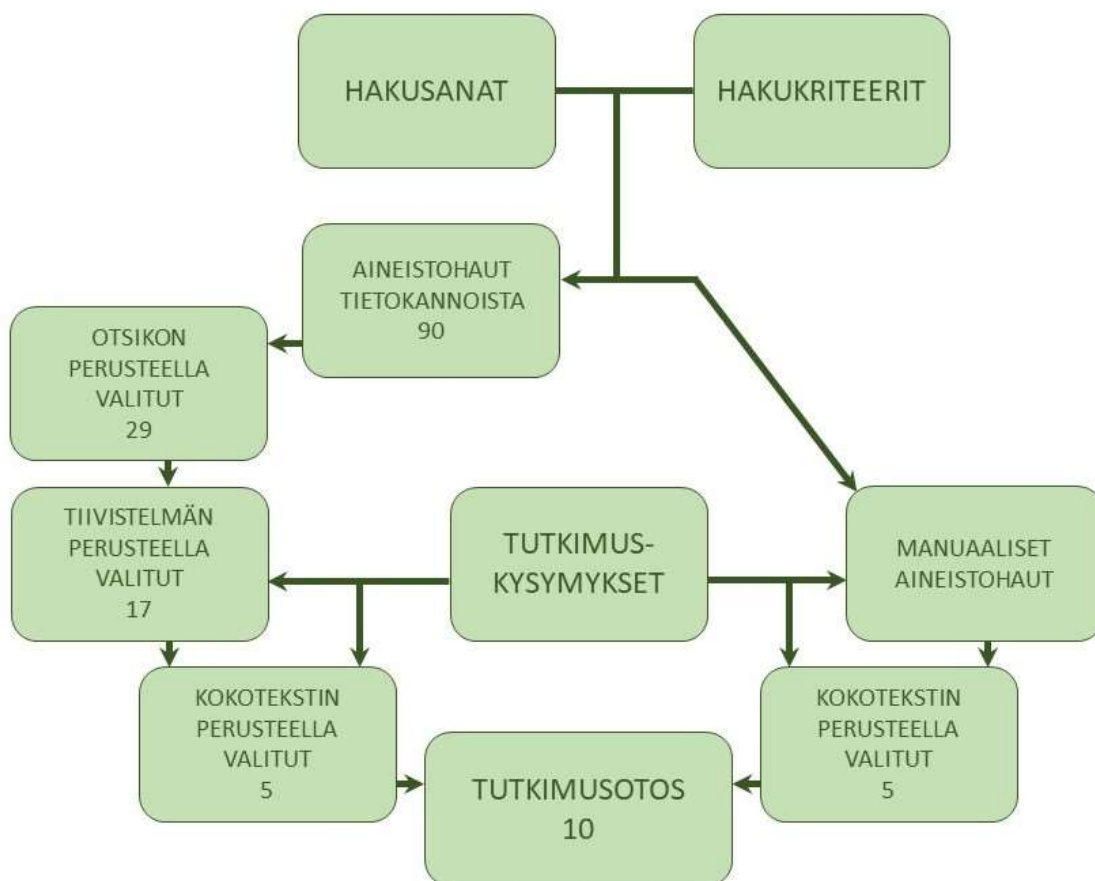
Aineiston sisäänottokriteerit:

- tutkimus käsittelee sairaanhoitajia psykiatrisessa- / mielenterveyshoitotyössä
- tutkimuksessa käsitellään sairaanhoitajien sijaistraumatisoitumista tai myötätuntouupumista
- kieli on englanti tai suomi
- tutkimus on julkaistu 2010 tai myöhemmin.

Poissulkukriteerit:

- tutkimus käsittelee ensisijaisesti muita ammattiryhmiä, kuin sairaanhoitajia
- tutkimus käsittelee yksinomaan muuta, kuin psykiatrian erikoisalaa
- muu kieli kuin englanti tai suomi
- tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2010.

Löytyneistä tutkimuksista valittiin ensin otsikkotasolla, sitten tiivistelmän perusteella ja viimeiseksi kokotekstin perusteella mukaan otettavat tutkimukset. Koska näiden hakujen perusteella aineisto rajautui lopulta vain viiteen tutkimukseen – joista yksi oli tapaustutkimus – manuaalista hakua tehtiin lisää, jotta saadaan enemmän materiaalia analysoitavaksi ja yksittäisillä tutkimuksilla ei olisi niin suuri painoarvo tämän opinnäytetyön lopputuloksessa. Tiedonhakuprosessi on liitteenä (Liite 1. Tiedonhakuprosessi).



Kuvio 2. Aineistonvalintaprosessi.

4.3 Aineiston analyysi

Tämän opinnäytetyön tekemisessä hyödynnetään aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysia voidaan pitää laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina. Sisällönanalyysin avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21.) Kirjallisuuskatsauksessa sisällönanalyysia voidaan käyttää apuvälineenä aineiston järjestämiseen ja ryhmittelyyn, ei varsinaisena analyysin välineenä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 140).

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteitä yhdistellään ja saadaan siten vastaus tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi tehdään tulkintaan ja päättelyyn perustuen, edeten empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127.) Laadullinen analyysi koostuu havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Aineistoa tarkastellessa kiinnitetään huomiota siihen, mikä on olennaista kysymyksenasettelun ja teoreettisen viitekehyksen kannalta. (Alasuutari, 2012.) Pelkistämävaiheessa aineistoa tarkastellaan tutkimuskysymysten kautta ja aineistosta saadut vastaukset kirjataan aineiston termein (Janhonen & Nikkonen 2003, 26). Analyysin kohteena oleva tekstimassa pelkistyy näin hallittavammaksi, jonka jälkeen havaintomäärää karsitaan havaintoja yhdistämällä. Laadullisessa tutkimuksessa arvoituksen ratkaisemisella tarkoitetaan merkitystulkinnan tekemistä tuotettujen johtolankojen ja vihjeiden perusteella. (Alasuutari, 2012.)

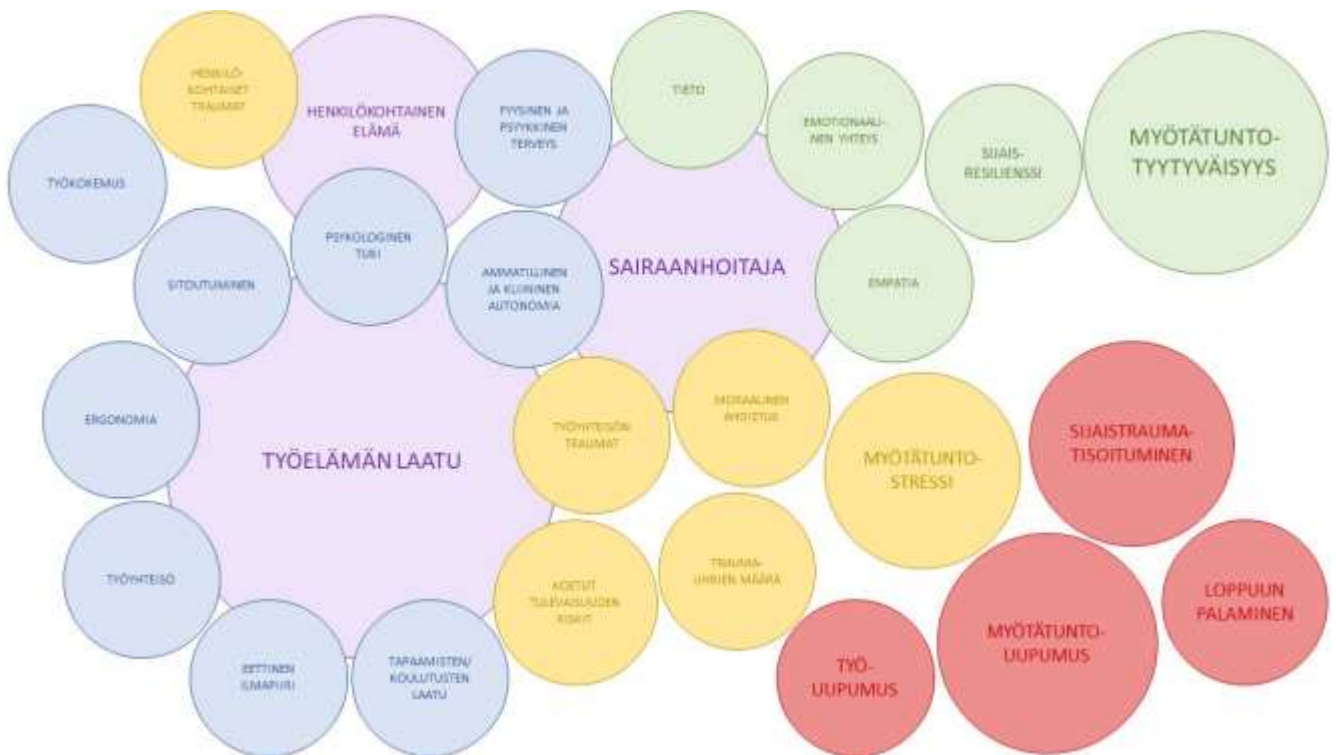
Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on tutkimuskysymykseen vastaaminen laadullisena kuvailuna ja uusien johtopäätösten tekemisenä. Valitusta aineistosta etsitään ilmiön kannalta merkityksellisiä seikkoja ja kuvailun rakentaminen tapahtuu aineistolähtöisesti. Aiemman tutkimuksen tarkastelu voi johtaa uusien johtopäätösten tekemiseen. Tavoitteena on aineiston sisäinen vertailu, olemassa olevan tiedon vahvuuksien ja heikkouksien analysointi, sekä laajempien päätelmien tekeminen aineiston pohjalta. (Kangasniemi ym. 2013, 296-297.) Tutkimustulosten analysoinnin avulla yksittäisistä vastauksista muodostuu selitysmalleja kirjoittajan tutkimuskysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2016, 229-230).

Aineiston analyysissä keskityttiin etsimään tutkimuksista toistuvia teemoja ja luokittelemaan teemat mielekkäiksi kokonaisuuksiksi. Aineistosta nostettujen keskeisimpien tulosten perusteella etsittiin yhteneväisyyksiä ja pyrittiin etenemään johtopäätöksiin yhdistelemällä yksittäisiä havaintoja laajemmiksi kokonaisuuksiksi.

5 Tulokset

Myötätuntouupumista koskevien tutkimusten määrä on noussut asteittain vuodesta 2010 vuoteen 2019. Samalla lisääntyivät tutkimusten mukaan myös myötätuntostressin ja työuupumisen määrät. (Xie, Chen, Feng, Okoli, Tang, Zeng, Jin, Zhang, & Wang 2021). Tutkimusten mukaan suurin ennustevoima oli työelämän laatuindikaattoreilla ja sosiodemografisilla ja ammatillisilla muuttujilla oli pienempi rooli (Cetrano, Tedeschi, Rabbi, Gosetti, Lora, Lamonaca, Manthorpe & Amadeo 2017). Myös Zhang, Zhang, Han, Lid, & Wang (2018) totesivat, etteivät väestötieteelliset tai ammatilliset tekijät liittyneet merkittävästi myötätuntotytyväisyyteen, myötätuntouupumukseen tai loppuun palamiseen. Hoitotyön määrän ja laadun kasvaneet vaatimukset, sekä työperäinen stressi voivat altistaa sairaanhoitajat myötätuntouupumukselle. Myötätuntouupumusriskin sairaanhoitajilla on arvioitu olevan 21,6–44,8 %. (Xie ym. 2021.)

Tuloksista käy ilmi, että myötätuntouupumusta ja sijaistraumatisoitumista on tutkittu vielä kohtalaisen vähän, mutta viime vuosina tutkijoiden kiinnostus aihetta kohtaan on kasvanut erityisesti Aasiassa. Myötätuntouupumisen ja sijaistraumatisoitumisen esiintyvyyttä on tutkittu jonkin verran, mutta vaikuttavat tekijät ja interventiot ovat toistaiseksi vähemmän selvitettyjä. Opinnäytteen liitteenä taulukko, jossa esitetään kirjallisuuskatsauksessa analysoidut tutkimusartikkelit ja niiden keskeisimmät tulokset (Liite 2. Tutkimukset taulukossa).



Kuvio 3. Koonti tutkimuksen tuloksista.

Kuvioon on jäsennetty tutkimusaineistosta löytyneet keskeisimmät tekijät, joilla on vaikutusta myötätuntouupumisen ja sijaistraumatisoitumisen kehittymiseen, sekä myötätuntotyytyväisyyden mahdollistavat tekijät. Kehityskulut näiden tekijöiden välillä eivät ole suoraviivaisia, joten kuviossa ne sulautuvat limittäin toistensa sekaan.

Työelämän laatutekijöiden on mahdollista tukea myötätuntostressin kehittymistä myötätuntotyytyväisyydeksi tai vastaavasti kohti myötätuntouupumusta, sijaistraumatisoitumista, työuupumusta ja loppuun palamista. Sairaanhoidajan yksilölliset ja henkilökohtaisen elämän tekijät mahdollistavat myös kumpaisenkin vaihtoehdoisen kehityskulun tukemisen.

5.1 Altistavat tekijät

5.1.1 Yksilölliset tekijät

Vaikka yleisesti kokemus on nähty suojaavana tekijänä, myötätuntostressiä oli enemmän niillä sairaanhoitajilla, joilla oli enemmän kokemusvuosia sairaalassa työskentelystä. On mahdollista, että vuosien kokemus mahdollistaa suuremman altistumismäärän trauman uhreille. (Mangoulia, Koukia, Alevizopoulos, Fildissis, & Katostaras 2015.)

Stressaavat tekijät ja negatiiviset tunnetilat ovat yhteydessä myötätuntuupumiseen ja loppuun palamiseen (Zhang ym. 2018). Taloudellinen stressi ja naissukupuoli lisäsivät alttiutta myötätuntuupumiselle ja avustavilla hoitajilla oli suurempi riski myötätuntuupumiselle, kuin rekisteröidyillä sairaanhoitajilla. Fyysisen ja psyykkisen terveytensä keskiverroksi kokeneilla oli suurempi riski loppuun palamiselle. (Mangoulia ym. 2015.) Sairaanhoitajan emotionaalinen uupumus ja mielialaoireet ovat yhteydessä sijaistraumatisoitumiseen (Christodoulou-Fella, Middleton, Papathanasoglou & Karanikola 2017).

Emotionaalisen yhteyden puute hoitosuhteessa vaikutti korostavan kulttuurisia eroja sairaanhoitajan ja potilaan välillä, sekä lisäävän sairaanhoitajan reaktioiden voimakkuutta ja estävän erilaisten näkökulmien ja lähtökohtien arvostusta. Fyysinen läsnäolo potilaan kotiympäristössä tehostaa emotionaalista altistumista potilaalle ja hänen kokemuksilleen. (Hubbard, Beeber & Eves 2017).

5.1.2 Organisaatiotasolla

Työn monimutkaisuus, koettu heikko tapaamisten laatu, tulevaisuuden riskien havaitseminen ja työn ja yksityiselämän vaikutukset toisiinsa olivat yhteydessä myötätuntuupumiseen. Heikko työergonomia, erityisesti aikapaineet ovat yhteydessä myötätuntuupumiseen ja loppuun palamiseen. (Cetrano ym. 2017). Yksikön suurempi potilasmäärä oli yhteydessä suurempaan myötätuntuupumisen määrään (Mangoulia ym. 2015; Singh, Karanika-Murray, Baguley, & Hudson 2020). Vähemmän viikonloppuja tekevät hoitajat kokivat enemmän myötätuntuupumista. Hoitajat, jotka kokivat, että työntekijät toimivat tiiminä vain joskus, olivat suuremmassa riskissä loppuun palamiselle (Mangoulia ym. 2015).

Laitosympäristöissä työskentelevät mielenterveystyöntekijät kokivat enemmän loppuun palamista ja myötätuntostressiä, kuin avohoidossa ja yksityisellä sektorilla työskentelevät (Singh ym. 2020). Ammatillinen stressi voi olla yksi osatekijä myötätuntuupumuksen kehittymisessä (Zhang ym. 2018). Traumaattisten tapahtumien kokeminen työpaikalla oli yhteydessä myötätuntuupumiseen (Singh ym. 2020).

Työn vaikutus henkilökohtaiseen elämään ja henkilökohtaisen elämän vaikutus työhön olivat yhteydessä myötätuntouupumiseen. Työn vaikutuksella henkilökohtaiseen elämään oli voimakkaampia negatiivisia seurauksia, joten tutkimukseen osallistuneet olivat enemmän huolissaan työn negatiivisista vaikutuksista henkilökohtaiseen elämään, kuin päinvastoin. (Cetrano ym. 2017.) Myötätuntouupumisen ja loppuun palamisen riski oli suurempi niillä hoitajilla, jotka eivät olleet itse valinneet työskennellä psykiatrisessa yksikössä ja erityisesti niillä, jotka halusivat lähteä yksiköstä pian (Mangoulia ym. 2015).

5.1.3 Moraalinen ahdistus

Sairaanhoitajan moraalinen ahdistus ja emotionaalinen uupumus ovat yhteydessä sijaistraumatisoitumiseen. Moraalisesti ahdistavien tilanteiden kohtaaminen vaarantaa sairaanhoitajan henkilökohtaisen koskemattomuuden ja ammatillisen itsetunnon. Moraalisesti ahdistavia tilanteita olivat esimerkiksi työskentely epäpätevien kollegoiden kanssa, potilaan tahdonvastaisen hoidon toteuttaminen, epäily potilaan hyväksikäytöstä ja turvaton hoitosuhde. Valtaosa moraalisesti ahdistavista tilanteista liittyy potilasturvallisuuteen, joka voi tarkoittaa, että sairaanhoitajien kokema moraalisen ahdistuksen esiintymistiheys ja intensiteetti voi olla laadun ja potilasturvallisuuden indikaattori. (Christodoulou-Fella ym. 2017).

Vaikka moraalinen ahdistus koetaan henkilökohtaisella tasolla, se on nähtävä organisatorisena ongelmana. Tarvitaan tehokkaita toimenpiteitä vähentämään moraalisen ahdistuksen syntymistä työpaikan sosiaalisissa ja organisatorisissa yhteyksissä. Sairaanhoitajien kliinisen ja organisatorisen autonomian kehittäminen nähdään tärkeäksi, erityisesti nuorempien ja vähemmän kokeneiden sairaanhoitajien tukeminen tässä. (Christodoulou-Fella ym. 2017.)

5.1.4 Erikoisalan merkitys

Myötätuntotyytyväisyys oli eritellyistä erikoisaloista alhaisin psykiatrialla, jossa se oli 30,01 keskiarvopistettä, koko tutkimukseen osallistuneiden keskiarvon ollessa 33,12 keskiarvopistettä. Samanaikaisesti myötätuntostressin keskiarvopistemäärä oli psykiatrialla tutkimuksen alhaisin, 22,91 keskiarvopistettä (ka. 25,24) ja loppuun palamisen keskiarvopistemäärä toiseksi korkein, 27,34 keskiarvopistettä (ka. 26,64). Erikoisaloittain psykiatrian tutkimuksia oli neljä, muilta neljältä erikoisalalta 5–11 ja useampia erikoisaloja sisältäviä 33. (Xie ym. 2021.)

Erikoisalojen väliset erot ovat toistaiseksi osittain selvittämättä, sillä laadukasta ja kattavaa tutkimusta näistä eroavaisuuksista ei ole tehty. Alustavien tulosten mukaan psykiatrialla myötätuntyytyväisyyden määrä on alhaisempi kuin muilla erikoisaloilla.

5.1.5 Maantieteelliset ja kulttuuritekijät

Myötätuntyytyväisyyttä mittaava keskiarvopistemäärä oli korkein Amerikassa (39,56) ja Australiassa (38,02) ja matalin Aasiassa (31,6) ja Euroopassa (31,95). Maantieteellisistä eroista ei voida vielä tehdä luotettavia johtopäätöksiä, sillä tutkimuksista Eurooppalaisia ja Australialaisia oli kumpiakin vain kolme kappaletta, Amerikkalaisia 11 ja Aasia oli yliedustettuna 62 tutkimuksella. (Xie ym. 2021.)

Ruandassa psykiatristen sairaanhoitajien sijaistraumatisoitumisesta tehdyn tutkimuksen mukaan Ruandan kansanmurhan jäljet näkyvät yhteiskunnassa edelleen laajasti. 76 % tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista oli kokenut kansanmurhan henkilökohtaisesti ja myös muita henkilökohtaisia traumakokemuksia raportoitiin. Henkilökohtaisen trauman kokeneilla oli suuri tai erittäin suuri riski sijaistraumatisoitumiselle. (Iyamuremye & Brysiewicz 2010.)

Xie ym. (2021) havaitsivat, että myötätuntyuupumuksen ja loppuun palamisen keskiarvopisteet olivat Aasiassa korkeampia Eurooppaan, Amerikkaan ja Australiaan verrattuna. He arvioivat, että Aasian vähemmän kehittyneet taloudelliset olosuhteet ja lääketieteellinen järjestelmä, hoitohenkilökunnan puute, luonnonkatastrofien suuri esiintymistiheys ja uusien infektioautien leviäminen, kuten rotavirus, SARS ja koronavirus 2019-nCoV ovat vaikuttaneet aasialaisen terveydenhuollon taakkaan. Tutkimusotoksesta 62 tutkimusta 79:stä oli tehty Aasiassa, joten on mahdollista, että tuloksissa on otoksen kokoon liittyvää harhaa. Tutkimukset myötätuntyuupumisen esiintymisestä muilla maantieteellisillä alueilla nähtiin tärkeäksi, jotta maantieteellisiä tai maidenvälisiä eroja voitaisiin tutkia. (Xie ym. 2021.)

5.2 Suojaavat tekijät

5.2.1 Yksilötekijät

Sairaanhoitajan ikä yli 40-vuotta, pitkä työsuhde ja erikoistunut tai johtava asema näyttivät vähentävän moraalista ahdistusta (Christodoulou-Fella ym. 2017). Työkokemusvuodet muissa yksiköissä korreloivat negatiivisesti myötätuntouupumuksen kanssa. Työvuosien määrä samassa tehtävässä lisäsi myötätuntotytyväisyyttä ja sairaanhoitajat, jotka valitsisivat uudelleen ammatikseen hoitotyön, kokivat enemmän myötätuntotytyväisyyttä (Mangoulia ym. 2015).

Tieto on erittäin voimakas suojatekijä ja sairaanhoitajien tulisi olla tietoisia myötätuntouupumisen riskistä hoitotyössä. Tietoisuuden lisääminen voi auttaa ehkäisemään emotionaalista uupumusta ja myötätuntostressistä kärsivien sairaanhoitajien poistumista psykiatrisesta hoitotyöstä. (Mangoulia ym. 2015.) Kun tietoa saadaan, hoitotyöntekijät pystyvät myös nimeämään ja ymmärtämään asiaan liittyviä kokemuksiaan, joka on ensimmäinen askel kohti voimaantumista (Christodoulou-Fella ym. 2017).

Fyysisen ja psyykkisen terveytensä erinomaiseksi arvioineet sairaanhoitajat kokivat enemmän myötätuntotytyväisyyttä (Mangoulia ym. 2015). Sairaanhoitajan optimaalinen mielenterveyden tila voi toimia puskurina töissä koettuja moraalisesti ahdistavien ja traumaattisten tilanteiden vaikutuksille. Mielenterveyttä tukevat interventiot voivat auttaa vähentämään alttiutta kumuloituvan työperäisen stressin vaikutuksille. (Christodoulou-Fella ym. 2017.) Positiiviset tunnetilat ja sosiaalisuus voivat edistää myötätuntotytyväisyyttä (Zhang ym. 2018).

Koettu koulutustarve, koettu tapaamisten laatu ja tulevaisuuden riskien vähäisempi havaitseminen olivat yhteydessä suurempaan myötätuntotytyväisyyteen. Näiden tekijöiden yhteisenä piirteenä voidaan nähdä työntekijöiden motivaatio ja sitoutuminen. Motivoituneet ja sitoutuneet työntekijät todennäköisesti kokevat tapaamiset hyödyllisempinä ja investoivat tietojensa ja taitojensa kehittämiseen, jonka seurauksena he pitävät kokouksiin ja koulutuksiin osallistumisesta. Korkeampi motivaatio voi myös vaikuttaa siten, etteivät he ole niin huolissaan tulevaisuuden riskeistä. (Cetrano ym. 2017.)

5.2.2 Sijaisresilienssi

Hubbard ja muut (2017) tunnistivat tutkimuksessaan sijaistraumatisoitumisen viisi avainkäsitettä sairaanhoitajien kliinisessä potilastyössä. He määrittelivät ne altistumiseksi, haavoittuvuudeksi, empatiaksi, emotionaaliseksi yhteydeksi ja muutokseksi, vaiheet etenivät ja muotoutuivat jatkuvasti ja päällekkäin. Muutos saattoi olla positiivinen tai negatiivinen ja empatian pääteltiin mahdollistavan positiivinen muutosrata. Emotionaalinen yhteys potilaan kanssa mahdollisti potilasta arvostavien ja uusien näkökulmien pohtimisen, joka puolestaan vahvisti empatiaa. (Hubbard ym. 2017.)

Työnohjaus antoi sairaanhoitajille mahdollisuuden tunteiden käsittelyyn ja pohtimiseen, vahvisti ammatillista päätöksentekoa, hallinnan tunnetta ja valmiutta palata potilaan maailmaan (Hubbard ym. 2017). Resilienssitaitojen on osoitettu vähentävän myötätuntouupumista, lisäävän elämänlaatua ja vähentävän ahdistusta. Resilienssitaidoiksi luetellaan itsehoito ja elpyminen, yhteys ja tuki, tarkoituksellinen käyttäytyminen, itsesäätely, sekä tietoinen havainnointi. (Cocker & Joss 2016). Sairaanhoitajan henkilökohtaista resilienssiä voidaan vahvistaa sosiaalisella ja kollegiaalisella tuella (Zhang ym. 2018). Sijaisresilienssi auttaa ammattilaista voimaantumaan hoitosuhteessa yhdessä potilaan kanssa (Castaneda 2018, 143).

Resilienssitaitojen vahvistaminen on hyödyllistä jo työelämän yleisiä vaatimuksia varten. Hoitosuhteen kannalta tärkeiksi taidoiksi voidaan ajatella käyttäytymisen tarkoituksenmukaisuus, itsesäätely ja tarkoituksellinen havainnointi, jotka edistävät ammatillista käyttäytymistä. Itsehoito ja elpyminen, yhteys ja tuki voivat auttaa palautumaan kuormittavista tilanteista.

5.2.3 Työelämän laatu ja ammatillinen autonomia

Työergonomia tunnistettiin keskeiseksi vaikuttajaksi myötätuntouupumiseen ja loppuun palamiinseen. Hoitotyön esihenkilöiden tulisi pyrkiä luomaan ergonominen työympäristö ja erityisesti aikapaineeseen tulisi kiinnittää huomiota. Riittävä työympäristö on välttämätön negatiivisten seurauksien, kuten myötätuntouupumisen ja loppuun palamisen ehkäisemiseksi, mutta se ei ole ratkaiseva tekijä myötätuntotytytyväisyyden lisäämisessä. (Cetrano ym. 2017.)

Työn ja yksityiselämän yhteensovittaminen on keskeisessä osassa negatiivisten vaikutusten ennaltaehkäisyssä (Cetrano ym. 2017). Työntekijät, jotka tekivät vähemmän työtunteja ja joilla oli enemmän potilaita vain yövuorossa, kokivat enemmän myötätuntotyytyväisyyttä (Mangoulia ym. 2015). Organisaatioresurssien ja -tuen tarjoaminen oli yleisimmin käytössä oleva työperäinen voimavara, joka lievensi myötätuntostressiä (Singh ym. 2020).

Myötätuntotyytyväisyys oli korkeampi, kun psykiatrisella osastolla työskenteleminen oli sairaanhoitajan oma valinta, suhteet työtovereihin olivat hyvät ja he kokivat, että työntekijät toimivat aina tiiminä. (Mangoulia ym. 2015.) Työtoverien tuki lievensi loppuun palamisen ja myötätuntostressin vaikutuksia, sekä lisäsi myötätuntotyytyväisyyttä (Singh ym. 2020). Luottamuksellinen suhde esihenkilöiden ja työntekijöiden välillä, sekä tiimien sisällä, on erityisen tärkeää (Cetrano ym. 2017). Esihenkilöiden tuki nousi esiin voimavarana, joka voi lievittää myötätuntostressiä ja loppuun palamista (Singh ym. 2020).

Koulutuksentarve sijaistraumatisoitumisesta, altistavista tekijöistä, oireista ja hoidosta, sekä henkilökohtaisen kehittymisen tukeminen tunnistettiin tarpeelliseksi sairaanhoitajille, jotka tekevät mielenterveystyötä (Iyamuremye & Brysiewicz 2010). Koulutus ja tapaamiset nähtiin tärkeiksi parannuskohteiksi, joskin tapaamisten ja koulutusten tarve voi riippua osittain henkilöstön itsensä motivaatiosta. Hoitotyön esimiesten ja johtajien pitää koulutuksia ja kokouksia tärkeänä keinona myötätuntotyytyväisyyden kasvattamiseen. (Cetrano ym. 2017.) Näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttö voi mahdollisesti vähentää myötätuntouupumusta (Singh ym. 2020).

Christodoulou-Fella ym. (2017) ehdottavat organisaatiotason voimaannuttamiseen tähtääviä toimenpiteitä, jotta psykiatriset sairaanhoitajat voivat puhua vapaasti ja ajaa potilaidensa asioita tehokkaasti moniammatillisissa tiimeissä. Erityisesti nuoremmat ja aloittelevat (alle 40-v) sairaanhoitajat voivat olla organisaation alakulttuurista tai työasetelmasta johtuen haluttomampia kertoamaan tietojansa moraalisesti ahdistavista tilanteista, joten huomiota olisi kiinnitettävä erityisesti heihin. (Christodoulou-Fella ym. 2017.)

5.2.4 Interventiot

Cocker ja Joss (2016) tutkivat terveydenhuollon, ensihoidon ja sosiaalipalvelujen työntekijöiden myötätuntouppumisen vähentämiseen tähtäävien keinojen tehokkuutta. He havaitsivat, että aiheetta on tutkittu vähän, tutkimusten tulokset olivat suurimmaksi osin sekalaisia ja tutkimusten laadullinen ja metodologinen taso oli vaihteleva, sekä tutkimusotokset suurimmilta osin pieniä, joten tulosten luotettavuus kärsii. (Cocker & Joss 2016.)

Shum (2020) teki tapaustutkimuksen, jossa selvitettiin Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) – musiikki-mielikuva-terapiatekniikan vaikutusta mielenterveyshoitotyötä tekevän sairaanhoitajan itsemyötätunnon ja ammatillisen itsetunnon hoidossa ja tekniikka todettiin tehokkaaksi. Sairaanhoitaja oli tutkimuksen alussa hakeutumassa muulle alalle ja hukassa ammatillisen roolinsa kanssa. Vuoden ajan jatkuneen GIM-terapian jälkeen hänen itsemyötätuntonsa ja tietoisuus tunteistaan olivat kehittyneet, sekä hän osasi paremmin käsitellä negatiivisia tunteitaan ja positiiviset tunteet olivat vahvistuneet. Hän oli löytänyt ammatillisen itsetuntonsa ja arvostuksen ammattiaan kohtaan ja halusi jatkaa sairaanhoitajan työtä. Tulosten perusteella GIM-terapia voi olla tehokas keino myötätuntouppumisen ja loppuun palamisen ehkäisyssä. Tapaustutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voi päätellä vaikuttavuutta laajemmassa mittakaavassa, joten aihe vaatisi lisää tutkimusta. (Shum 2020.)

Strukturoitu meditaatio ääni-Cd:llä, sekä interaktiiviset ryhmäseminaarit, joihin liittyvät yksilö- tai ryhmäharjoitukset, johtivat merkittävään laskuun loppuun palamisen suhteen (Cocker & Joss 2016). Strukturoidulla stressinhallintaprosessilla ei havaittu olevan vaikutusta myötätuntouppumisen pistemäärään, toisin kuin tutkijat olivat olettaneet. Voi kuitenkin olla, että tietyn tyyppiset stressinhallintakeinot, kuten lukeminen, liikunta ja harrastukset, ovat merkitsevempiä myötätuntostressin vähentämisessä. (Mangoulia ym. 2015).

Lupaavimmilta toimenpiteiltä vaikuttaa myötätuntouppumiseen ja sijaistraumatisoitumiseen vaikuttivat interventiot, jotka keskittyivät koulutukseen ja resilienssin vahvistamiseen. Nämä interventiot vähensivät loppuun palamista ja myötätuntostressiä, sekä lisäsivät myötätuntotytytyvyyttä (Cocker & Joss 2016).

6 Pohdinta

Myötätuntouupumusta ja sijaistraumatisoitumista on tutkittu, mutta suuri osa tutkimuksista käsittelee muita ammattiryhmiä ja sairaanhoitajia käsittelevät tutkimukset painottuvat osittain muille erikoisaloille, kuten syöpäsairauksiin, pediatriaan tai ensihoitoon ja tutkimuksia on tehty aiemmin pääasiassa USA:ssa ja viime vuosina Aasiassa (Cocker & Joss 2016; Xie ym. 2021). Euroopassa psykiatristen sairaanhoitajien myötätuntouupumista ja sijaistraumatisoitumista on tutkittu Välimeren alueella: Italiassa, Kyproksella ja Kreikassa (Cetrano ym. 2017; Cristodoulou-Fella ym. 2017; Mangoulia ym. 2015). Lähdemateriaalia tähän opinnäytetyöhön löytyi niukasti ja aineiston tutkimukset ovat keskenään hyvin erityyppisiä, joten selkeitä yleistäviä päätelmiä ei kyetä tekemään.

Myötätuntouupuminen ilmiönä ja sille altistavat hoitosuhteiden emotionaalisen puolen riskitekijät tunnistetaan psykiatriseen hoitotyöhön liittyen. Tutkimuksissa on myös todettu, että työn laadulliset muuttujat selittävät suurimmaksi osaksi riskin myötätuntouupumiseen, mutta altistavia työperäisiä muuttujia ja vaikutusmahdollisuuksia niihin on tutkittu niukasti. Työelämän yleinen uuvuttavuus ja vaatimukset, sekä mielenterveystyössä sairaanhoitajan työnkuvan vaatima tunteiden ilmentäminen, henkinen hyvinvointi ja jaksaminen ovat ristiriidassa keskenään ja luovat haasteen työntekijän hyvinvoinnin ja työyhteisön voimavarojen kehittämiseen.

Vaikka riskit myötätuntouupumiselle ja sijaistraumatisoitumiselle ovat osittain samoja ammattiryhmästä ja erikoisalasta riippumatta, on mahdollista, että psykiatristen sairaanhoitajien työssä vaikuttavat osittain eri tavalla sellaiset osa-alueet, jotka eivät muilla ammattiryhmillä tai erikoisaloilla painotu. Myös mielenterveystyön eri alueilla voivat painottua erilaiset tekijät, kuten ollaanko avohoidon piirissä, osastolla, asumispalveluissa, työskennellään lasten kanssa tai hoidetaan tahdonvastaisesti. Nämä erilaiset tekijät työympäristössä ja hoitosuhteiden laadussa voivat olla myötätuntouupumiselle ja sijaistraumatisoitumiselle altistavia tai myötätuntotytyytyväisyyttä ja ammatillista voimaantumista tukevia.

Työelämän laatu nousi tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston perusteella keskeisimmäksi tekijäksi sairaanhoitajien myötätuntostressin, myötätuntouupumisen ja sijaistraumatisoitumisen suhteen. Vaikka altistavia yksilötekijöitä tunnistetaan ja niihin voidaan osittain vaikuttaa yksilön fyysisestä ja

psykkisestä terveydestä huolehtien, lisäämällä tietoa kouluttautumalla, sekä vahvistamalla resilienssiä, suurimmat vaikutusmahdollisuudet tulevat työelämästä ja myös yksilötason tekijöihin voidaan vaikuttaa organisaatiosta käsin.

Sairaanhoidajan henkilökohtainen hyvä ammatillinen itsetunto ja koettu työn vaikuttavuus, tietoisuus myötätuntostressistä, sijaisresilienssi, sekä organisatorinen, kollegiaalinen ja moniammatillinen tuki ja avoimuus viihtyisässä työpaikassa lisäävät työtyytyväisyyttä, myötätuntotytytyväisyyttä ja suojaavat myötätuntouupumiselta sijaistraumatisoitumiselta.

6.1 Sairaanhoidajan omat vaikutusmahdollisuudet

Hyvä fyysinen ja psyykinen terveys, positiiviset tunnetilat ja sosiaalisuus lisäsivät myötätuntotytytyväisyyttä (Mangoulia ym. 2015; Zhang ym. 2018). Sairaanhoidajan oma mielenterveys voi myös toimia puskurina työn traumaattisille ja moraalisesti ahdistaville vaikutuksille. Terveystietoisuus huolehtiminen fyysisellä ja psyykkisellä tasolla on siis yksi mahdollinen keino, jolla sairaanhoitaja itse voi pyrkiä tukemaan hyvinvointiaan ja jaksamistaan myötätuntostressiä aiheuttavassa työssään.

Työkokemuksen vaikutuksesta saadut tulokset olivat osin ristiriitaisia. Ikä nähtiin yleisesti suojaavana tekijänä (Christodoulou-Fella ym. 2017), mutta työkokemusvuodet osittain lisäsivät myötätuntostressiä, osittain suojasivat myötätuntouupumiselta (Christodoulou-Fella ym. 2017; Mangoulia ym. 2015). Ehdotetun suuremman altistusmäärän lisäksi myös altistumisen laadulla voi olla merkitystä. Hoitosuhteen laatu ja pituus, trauman käsittelyn intensiteetti ja hoidon lopputulos voivat vaikuttaa siihen, missä määrin myötätuntostressiä tai myötätuntotytytyväisyyttä syntyy. Lisäksi työkokemuksen laadulla voi olla merkitystä ja kokemusvuodet työstä, jossa ammatillinen itsetunto on päässyt kasvamaan ja sijaisresilienssi kehittymään, saattavat lisätä myötätuntotytytyväisyyttä.

Tietoisuus myötätuntostressistä ja sen vaikutuksista, sekä riskistä kehittyä myötätuntouupumiseksi tai sijaistraumatisoitumiseksi on tärkeää mielenterveyshoitotyötä tekeville sairaanhoitajille (Christodoulou-Fella ym. 2017; Cetrano ym. 2016; Iyamuremye & Brysiewicz 2010). Tietoisuus on myös ensimmäinen askel vaikuttamiseen, kun tiedetään mistä on kyse, voidaan pyrkiä lievittämään myötätuntostressin vaikutuksia. Asioiden nimeäminen mahdollistaa myös niistä keskustelun,

joka voi osaltaan tukea selviytymistä uuvuttavista tunteista. Myötätuntotyytyväisyydestä tietäminen ja siihen johtavien kehityskulkujen tunnistaminen voivat myös auttaa suuntaamaan sitä kohti.

6.2 Työelämän vaikutukset

Työelämän laadun muuttajat voivat vaikuttaa monin eri tavoin myötätuntostressin kertymiseen (Cetrano ym. 2016; Xie ym. 2021). Aikapaineet, keskeytykset, epäluottamus, korkeampi potilasmäärä ja potilaiden hoitoisuus lisäävät stressiä, voivat aiheuttaa lisäksi moraalista ahdistusta, kun työtä ei ehdi tai pysty tekemään suositusten ja omien arvojensa mukaan. Stressaavat työolosuhteet vaikuttavat negatiivisesti myös yleiseen ilmapiiriin työpaikalla ja tiimityöskentely voi kärsiä, kun työntekijät keskittyvät selviytymään ensisijaisesti omista työtehtävistään. Työelämän heikko laatu todennäköisesti myös vähentää sairaanhoitajien motivaatiota ja sitoutumista työtään kohtaan.

Ammatillinen autonomia voi lisätä työntekijän motivaatiota ja sitoutumista. Kun työelämä sopii yhteen yksityiselämän kanssa, eikä jatkuvasti kuormita henkilökohtaisen elämän osa-alueita, positiivinen, innostunut ja sitoutunut suhtautuminen työhön mahdollistuu. Mikäli työyksikkö tai pahimmassa tapauksessa sairaanhoitajan ammatti ei tunnu lainkaan omalta, ammatillinen itsetunto, motivaatio ja sitoutuminen voivat kärsiä ja myötätuntotyytyväisyyden kokemisesta tulla haastavampaa.

Moraalisesti ahdistavien tilanteiden kokemisen lisäksi tilanteiden seuraukset potilaille, sekä niiden näkyminen hoitosuhteessa voivat olla tekijöitä, jotka lisäävät myötätuntostressiä. Moraalisesti ahdistavista tilanteista voi seurata myös kokemus, ettei ole tehnyt riittävästi potilaan eteen tai on toiminut itse oman ammatillisen tai henkilökohtaisen etiikkaansa vastaisesti. Omien arvojensa vastainen toiminta – vaikka uskoisi, että on toimittu potilaan parhaaksi – saati mikäli ajattelee, ettei ole, voi vaikuttaa ammatilliseen itsetuntoon ja autonomian tunteeseen.

Emotionaalisen yhteyden muodostuminen hoitosuhteessa mahdollisesti positiivisen kehityskulun sairaanhoitajan ajattelun muutoksissa (Hubbard ym. 2017). Emotionaalisen yhteyden muodostuminen voi vaihdella sairaanhoitajasta, potilaasta tai ulkoisista tekijöistä riippuen. Hoitosuhteen pi-

tuus ja luottamuksen saavuttaminen vaikuttavat emotionaalisen yhteyden muodostumiseen. Lyhyissä kontakteissa tai haastavissa, epämukavissa olosuhteissa (esimerkiksi tahdonvastainen hoito) luottamuksellisen hoitosuhteen muodostuminen ja positiivisen empatian kehä voi olla haastavampi saavuttaa.

6.2.1 Työyhteisön vaikutus

Sairaanhoitajat, jotka kokivat suhteet kollegoihin hyviksi ja kokivat, että työntekijät toimivat aina tiiminä, tunsivat enemmän myötätuntotyytyväisyyttä (Mangoulia ym. 2015). Luottamukselliset suhteet henkilökunnan kesken mahdollistavat erilaisten ajatusten ja tunteiden tuomisen muiden tietoon ja rakentavan vuorovaikutuksen pohdittaessa työn etiikkaa ja kliinisiä osa-alueita. Mahdolliset kehityskulut myötätuntostressin kääntymiseen kohti myötätuntotyytyväisyyttä voivat olla todennäköisempiä kannustavassa, avoimessa ja arvostavassa työympäristössä. Työympäristöllä voi olla suurempi merkitys uransa alussa olevalle sairaanhoitajalle, jonka ammatillinen itsevarmuus on vielä muotoutumassa kokemusten myötä.

Hyvä työilmapiiri ja suhteet kollegoihin, avoimuus ja vuorovaikutuksellinen organisaatiokulttuuri voivat tukea sairaanhoitajien tunnetyön tekemistä, kliinisiä taitoja ja ammatillista itsetuntoa, jotka mahdollistavat suuremman myötätuntotyytyväisyyden. Motivoitunut, sitoutunut ja työhönsä tyytyväinen työntekijä todennäköisemmin jatkaa samassa tehtävässä ja koee valinneensa oikean ammatin.

Organisaation mahdollistama ammatillinen autonomia, tasa-arvoinen tiimityöskentely ja henkilökunnan hyvät suhteet mahdollistavat kuormittavien tilanteiden käsittelyn ja jakamisen työntekijöiden kesken tiimeissä, työryhmissä tai esihenkilöiden kanssa. Tällaiset nopeammalla aikataululla tapahtuvat, spontaanit, palauttavat ja ammatillista tukea tarjoavat keskustelut voivat lisätä sijaisresilienssin kasvua ja antaa valmiuksia hoitosuhteen kehittämiseen ammatillisesta näkökulmasta.

6.2.2 Interventioiden hyödynnettävyys

Myötätuntostressiin, myötätuntouupumiseen, sijaistraumatisoitumiseen, loppuun palamiseen ja myötätuntotyytyväisyyteen vaikuttavista interventioista ei tässä katsauksessa löytynyt selkeää näyttöä. Näyttö oli osin ristiriitaista ja sitä oli niukasti. Tieto ja sijaisresilienssi, sekä sairaanhoitajan

hyvä fyysinen ja psyykinen terveys nousivat esiin muualta aineistosta, joten voidaan päätellä, että tietoisuuden lisäämisellä, resilienssin vahvistamisella ja yleisesti sairaanhoitajan terveyden tukemisella todennäköisesti on positiivisia vaikutuksia. Työnantajat voivat vaikuttaa työhyvinvointiin ja työterveyspalvelujen kautta työntekijöidensä terveydestä huolehtimiseen.

Koulutukset voivat olla keino lisätä tietoisuutta myötätuntostressistä ja sen riskeistä. Koulutukset mahdollistavat myös resilienssin, ammatillisen osaamisen ja itsetunnon vahvistumisen. Koulutusten laatu ja tarkoituksenmukaisuus on kuitenkin oleellisessa osassa, esimerkiksi keskittyminen juuri niihin seikkoihin, jotka kyseisessä työssä ovat keskeisimpiä. Merkittävämpiä interventioita tutkimusaineiston perusteella voivat kuitenkin olla organisaatiotason muutoksiin tähtäävät interventiot, joilla parannetaan yleisesti työelämän laatua ja ammatillista autonomiaa, sekä panostetaan henkilöstön keskinäisiin suhteisiin ja tiimien toimivuuteen.

6.2.3 Maantieteelliset ja kulttuuriset näkökohdat

Maantieteelliset erot ja yhteisöllisten traumojen vaikutukset nousivat esiin tutkimusaineiston tarkastelussa (Iyamuremye & Brysiewicz 2010; Xie ym. 2021). Pakolaisten kanssa tai katastrofialueilla työskentely voi altistaa sairaanhoitajat suuremmalle traumauhrien määrälle ja olosuhteille, jotka lisäävät riskiä myötätuntouupumiselle ja sijaistraumatisoitumiselle. Koko yhteisöä koskevissa traumaattisissa tapahtumissa, jotka ovat ennalta vaikuttaneet myös hoitoa tarjoavaan sairaanhoitajaan henkilökohtaisesti, voi olla suurempi potentiaali aiheuttaa myötätuntouupumista ja sijaistraumatisoitumista. Myös yhteiskunnan ja terveydenhuollon kulttuurierot voivat vaikuttaa myötätuntouupumisen ja sijaistraumatisoitumisen riskiin, mutta aineiston perusteella ei pystytä päättelemään, onko kulttuurilla merkitystä.

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tutkija, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tulosten esittäminen. Aineiston keräämisessä keskeistä on, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Aineiston laatu on keskeinen asia. Sisällönanalyysin haasteena on aineiston pelkistäminen siten, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Aineiston ja tulosten välinen yhteys tulee kyetä osoittamaan luotettavasti. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.)

Tutkijan valintojen ja raportoinnin eettisyys ja luotettavuus korostuu kuvailevan kirjallisuuskatsauksen teossa sen menetelmällisen väljyyden vuoksi. Eettisyyttä ja luotettavuutta voidaan parantaa johdonmukaisella ja läpinäkyvällä etenemisellä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. Menetelmäosan selkeä kuvaus ja läpinäkyvyys auttavat kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioinnissa. Luotettavuus heikkenee, mikäli aineisto on valittu tarkoitushakuisesti, mutta sitä ei ole raportoitu. Aineiston valinta ja keruu, sekä kuvauksen rakentaminen ovat subjektiivinen prosessi, jonka seurauksena eri tutkijat voivat päätyä eri johtopäätöksiin saman aineiston pohjalta. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298.)

Tämän opinnäytetyön teossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja pyritään tekemään tutkimuksen prosessista läpinäkyvä ja luotettava. Aineiston valinnassa ennakkoon määritellyt kriteerit ja tutkimuskysymykset ohjasivat aineiston valintaa. Aineistonvalintaprosessi, sekä aineisto on esitelty ja lukija voi siihen perehtyä arvioidessaan opinnäytetyön luotettavuutta.

Opinnäytetyöprosessin eettisyyteen ja luotettavuuteen on panostettu pyrkimällä aineiston puolueettomaan tarkasteluun ja avoimesti dokumentoituun johtopäätösten tekemiseen aineiston pohjalta. Opinnäytetyön luotettavuuteen voi vaikuttaa, että tutkijoita on yksi, eikä siten aineiston sisäänottoa tai analysointia voida tehdä eri tahoilla itsenäisesti ja näin vähentää henkilökohtaisen näkemyksen vaikutusta. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, joten siihen ei tarvita tutkimuslupaa. Opinnäytetyössä ei käsitellä arkaluontoisia tietoja, vaan käytetyt tiedot ovat vapaasti saatavilla. Opinnäytetyöllä ei ole tilaajaa, eikä sen tekemiseen liity sidonnaisuuksia.

6.4 Jatkotutkimustarve

Tutkimusta mielenterveystyötä tekevien sairaanhoitajien myötätuntouupumisesta, sijaistraumatisoitumisesta ja myötätuntotytyväisyydestä tarvitaan lisää, jotta voidaan päätellä mitkä tekijät erityisesti tällä erikoisalalla vaikuttavat ilmiöiden esiintymiseen. Erityisesti tutkimusta tarvitaan lisää Eurooppalaisessa ja Pohjoismaisessa hoitotyön kulttuuriympäristössä, jotta voidaan saada käsitys näiden alueiden mielenterveyshoitotyön myötätuntouupumisen, sijaistraumatisoitumisen ja myötätuntotytytyväisyyden esiintyvyydestä ja mahdollisista erityispiirteistä.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla selvittää Suomessa mielenterveyshoitotyötä tekevien sairaanhoitajien kokemuksia myötätuntostressistä, myötätuntotyytyväisyydestä ja myötätuntouupumisesta. Kansainvälisen vertailun mahdollistaisi ProQOL (Professional Quality Of Life) -ammattillisen elämänlaatumittarin käyttö, jota useimmissa viime vuosina toteutetuista tutkimuksista on käytetty mittarina. Myös myötätuntostressiin ja myötätuntotyytyväisyyteen liittyvien tekijöiden ja sairaanhoitajien kokemusten selvittäminen Suomalaisessa hoitotyön ympäristössä olisi mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe.

Lähteet

Afriyie, D. 2021, Reducing work-related stress to minimise emotional labour and burnout syndrome in nurses. Nursing, CNWL NHS, foundation Trust, Hillingdon UB83HD, UK. Evidence-Based Nursing vol.24 (4). 141. Verkkojulkaisu. Viitattu 29.3.2022.

<http://dx.doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103321>

Ahola, K. & Hakanen, J. 2010. Terveysammattilaisten työuupumus: erityisenä haasteena vuorovai-
kutuksen auttamistyössä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 126(18):2139-46. Verkkojulkaisu.
Viitattu 27.3.2022.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo99077>

Castaneda, A. Mäki-Opas, J. Jokela, S. Kivi, N. Lähteenmäki, M. Miettinen, T. Nieminen, S. & Santa-
lahti, P. (toim.) 2018. Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa: PALOMA-käsikirja. Oh-
jaus 5. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu. Viitattu 26.3.2022.

<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-100-3>

Cetrano, G. Tedeschi, F. Rabbi, L. Gosetti, G. Lora, A. Lamonaca, D. Manthorpe, J. & Amaddeo, F.
How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working
life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. BMC Health Serv Res 17, 755 (2017). Viitattu 15.4.2022.

<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2726-x>

Christodoulou-Fella, M. Middleton, N. Papathanassoglou, E. & Karanikola, M. 2017. Exploration of
the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Impli-
cations for Patient Safety in Mental Health Services. BioMed Research International (BIOMED RES
INT), 10/25/2017; 2017: 1-19. (19p). Viitattu 15.4.2022.

<https://doi.org/10.1155/2017/1908712>

Cocker, F. & Joss, N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service
Workers: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health;
Basel Vol. 13, Iss. 6, (Jun 2016): 618. Viitattu 15.4.2022.

<https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere. E-kirja.

Figley, C. 1995. Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those
Who Treat The Traumatized. Routledge. E-kirja, saatavilla: EBSCOhost.

Figley, C. & Figley, K. 2017. Edited by Seppälä, E. Simon-Thomas, E. Brown, S. Worline, M. Came-
ron, D. & Doty, J. Compassion Fatigue Resilience. The Oxford Handbook of Compassion Science.

Verkkojulkaisu. Viitattu 31.3.2022.

https://www.researchgate.net/publication/321171310_Compassion_Fatigue_Resilience

Hirsjärvi, S. Remes & P. Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21.painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Edita Publishing Oy. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Hubbard, G. Beeber & L. Eves, E. 2017. Secondary Traumatization in Psychiatric Mental Health Nurses: Validation of Five Key Concepts. Perspectives in Psychiatric Care (PERSPECT PSYCHIATR CARE), Apr2017; 53(2): 119-126. (8p) Viitattu 15.4.2022.

<https://doi.org/10.1111/ppc.12145>

Iyamuremye, J. & Brysiewicz, P. 2010. Exploring secondary traumatic stress in mental health nurses working in Kigali, Rwanda. Africa Journal of Nursing & Midwifery (AFRICA J NURS MIDWIFERY), 2010; 12(2): 96-106. (11p) Saatavilla: Ebscohost. Viitattu 15.4.2022.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. WS Bookwell Oy Juva.

Kangasniemi, M. Utriainen, K. Ahonen, S. Pietilä A. Jääskeläinen P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimus kysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4). 291-301. Verkkojulkaisu. Viitattu 26.3.2022.

Kiviniemi, L. Läksy, M. Matinlauri, T. Nevalainen, K. Ruotsalainen, K. Seppänen, U. & Vuokila-Oikonen, P. 2014. Minä mielenterveyshoitotyön tekijänä. 2. uudistettu painos. Edita Publishing Oy. Bookwell Oy. Porvoo.

Mangoulia, P. Koukia, E. Alevizopoulos, G. Fildissis, G. & Katostaras, T. (2015). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. Archives of Psychiatric Nursing, 29(5), 333–338. Viitattu 15.4.2022.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001>

Mielenterveyslaki 1990/1116 1.1.1992. Viim. muutos 1.2.2016. Viitattu 25.3.2022.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Nissinen, L 2012. Rajansa kaikella – miten estää myötätuntouupuminen? Edita Publishing Oy, Helsinki.

Nissinen, L. 2008. Auttamisen rajoilla – myötätuntouupumisen synty ja ehkäisy. Edita Publishing Oy, Helsinki.

Shum, W. 2020. Use of GIM to nurture self-compassion in a mental health nurse: A case study. *Nordic Journal of Music Therapy (NORDIC J MUSIC THER)*, Oct2020; 29(5): 476-495. (20p) DOI: 10.1080/08098131.2020.1793806 Viitattu 15.4.2022.

Singh, J. Karanika-Murray, M. Baguley, T. & Hudson, J. 2020. A Systematic Review of Job Demands and Resources Associated with Compassion Fatigue in Mental Health Professionals. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(19), 6987. Viitattu 15.4.2022

<https://doi.org/10.3390/ijerph17196987>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 25.3.2022.

<https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi Helsinki.

Xie, W. Chen, L. Feng, F. Okoli, C. Tang, P. Zeng, L. Jin, M. Zhang, Y. & Wang, J. 2021. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 103973. Viitattu 15.4.2022.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>

Zhang, Y. Zhang, C. Han, X. Lid, W. & Wang, Y. 2018. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing, A correlative meta-analysis. *Medicine* (2018) 97:26(e11086) doi:10.1097/MD.00000000000011086. Viitattu 15.4.2022.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6242309/>

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaku-aulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Kaikki / Uusien tulosten määrä	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Ebscohost	psychiatric nurs* AND compassion fatigue	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	3 / 3	3	2	2
	psychiatric nurs* AND vicarious trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	2 / 0	0	0	0
	psychiatric nurs* AND secondary trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	6 / 3	1	1	1
	mental health nurs* AND compassion fatigue	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	6 / 4	4	0	0
	mental health nurs* AND vicarious trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	2 / 0	0	0	0
	mental health nurs* AND secondary trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	6 / 1	1	1	1
	mental health professionals AND compassion fatigue	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	4 / 3	2	2	0
	mental health professionals AND vicarious trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	6 / 2	2	2	0
	mental health professionals AND secondary trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	6 / 1	0	0	0
PubMed	psychiatric nurs* AND compassion fatigue	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	3 / 3	3	0	0
	psychiatric nurs* AND vicarious trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	0 / 0	0	0	0
	psychiatric nurs* AND secondary trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	25 / 25	2	0	0

	mental health nurs* AND compassion fatigue	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	6 / 5	2	2	1
	mental health nurs* AND vicarious trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	3 / 2	0	0	0
	mental health nurs* AND secondary trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	23 / 8	1	0	0
	mental health professionals AND compassion fatigue	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	13 / 8	4	4	0
	mental health professionals AND vicarious trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	8 / 3	2	2	0
	mental health professionals AND secondary trauma*	kokoteksti, englanti, tutkimus, 2010 - 3/2022	28 / 19	2	1	0

Liite 2. Tutkimukset taulukossa

nro	Tutkimus ja tekijät	Tarkoitus/tavoite	Menetelmä + otanta	Keskeiset tulokset
1	Hubbard, G. Beeber, L. & Eves, E. 2017. Secondary Traumatization in Psychiatric Mental Health Nurses: Validation of Five Key Concepts. Perspectives in Psychiatric Care (PERSPECT PSYCHIATR CARE), Apr2017; 53(2): 119-126. (8p)	Validoida viisi keskeistä käsitettä si-jaistraumatisoitumisessa, käyttäen psykiatristen sairaanhoitajien tapauskertomuksia.	Sisälönanalyysi narratiivisista kertomuksista (N=30)	Yhdenmukaisuus löytyi kertomusten ja käsitteiden välillä. Tutkimuksen mukaan altistuminen ja haavoittuvuus edeltävät empaattista sitoutumista, reaktiota ja muutosta/muuntumista. Muutoksen kaksisuuntaisen tuloksen mukaan olosuhteilla, jotka johtavat si-jaistraumatisoitumiseen, voi olla myös positiivinen tulos.
2	Shum, W. 2020. Use of GIM to nurture self-compassion in a mental health nurse: A case study. Nordic Journal of Music Therapy (NORDIC J	Testata Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) musiikkipsyko-terapiatekniikan tehokkuutta sairaan-	Tapaustutkimus.	GIM-interventio johti 26 %:n nousuun SCS-pisteissä itsemyötätuntoon ja tunteiden ja käyttäytymisen positiivisiin laadullisiin muutoksiin. Tulokset viittaavat siihen, että GIM voi olla tehokas keino lisätä sairaanhoitajien itsemyötä-

	MUSIC THER), Oct2020; 29(5): 476-495. (20p)	hoitajan itsemyötätunnon vaalimiseen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen.		tuntoa, parantaa psyykkistä hyvinvointia ja ehkäistä loppuun palamista ja myötätuntuupumista.
3	Christodoulou-Fella, M. Middleton, N. Pappathanassoglou, E. & Karanikola, M. 2017. Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. BioMed Research International (BIOMED RES INT), 10/25/2017; 2017: 1-19. (19p)	Tutkia psykiatrisia sairaanhoitajia Kyp-roksella ja selvittää moraalisesti ahdistavien tilanteiden (MD) ja sijaistraumatisoitumisen (STSS) oireiden, sekä mielialaoireiden esiintyvyyttä ja yhteyttä toisiinsa ja sosiodemograafisiin tekijöihin, sekä työn ominaisuuksiin.	Poikkileikkaustutkimus. (N=206)	Moraalisen ahdistuksen ja sijaistraumatisoitumisen välillä löytyi yhteys. Sijaistraumatisoitumisen oireet olivat todennäköisempiä sairaanhoitajissa, jotka olivat kokeneet moraalisesti ahdistavia tilanteita ja mielialaoireita. Moraaliseen ahdistukseen johtavat tilanteet näyttävät liittyvän työympäristöön. Organisatorisia interventioita sairaanhoitajien voimaannuttamiseksi tarvitaan.
4	Iyamuremye, J. & Brysiewicz, P. 2010. Exploring secondary traumatic stress in mental health nurses working in Kigali, Rwanda. Africa Journal of Nursing & Midwifery (AFRICA J NURS MIDWIFERY), 2010; 12(2): 96-106. (11p)	Tutkia Kigalissa Ruandassa mielenterveyspalveluissa työskentelevien sairaanhoitajien sekundaarista traumaattista stressiä.	Kvantitatiivinen lähestyminen, kuvaileva malli. (N=50)	Vastaajien kokonaispisteet olivat korkealla kaikilla alueilla, mikä viittaa erittäin suureen sekundaarisen traumaattisen stressin riskiin sairaanhoitajilla, jotka työskentelevät Ruandan mielenterveyspalveluissa.
5	Cocker, F. & Joss, N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health;	Arvioida järjestelmällisesti myötätuntuupumusta vähentävien toimenpiteiden tehokkuutta terveydenhuollon, pelastustyöntekijöiden ja sosiaalipalvelujen työntekijöiden kes-	Systemaattinen katsaus. (N=13)	Huolimatta siitä, että myötätuntuupumisen riski tunnetaan kriittisillä aloilla, ei tietoa ja näyttöä ole tehokkaista interventioista sen vähentämiseksi organisaatio- tai yksilötasolla.

	Basel Vol. 13, Iss. 6, (Jun 2016): 618.	kuudessa. Tutkimuksia aikaväliltä 1990-2015.		
6	Cetrano, G. Tedeschi, F. Rabbi, L. Gosetti, G. Lora, A. Lamnaca, D. Mantorpe, J. & Amadeo, F. How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. BMC Health Serv Res 17, 755 (2017).	Tutkimuksessa selvitettiin kuinka työelämän laatu vaikuttaa myötätuntouupumukseen, työuupumukseen ja myötätuntotytyväisyyteen mielenterveysalan ammattilaisilla. Sairaanhoidajia suurin ammattiryhmä, 30,5% vastaajista.	Poikkileikkaustutkimus. (N=400)	Ergonomiset ongelmat ja työn vaikutus elämään ennustivat korkeampaa myötätuntouupumusta ja työuupumukseen. Elämän vaikutus työhön liittyi myötätuntouupumukseen, matalampi luottamustaso ja tulevaisuuden riskien näkeminen työuupumukseen. Koettu kokousten laadukkuus, koulutuksen tarve ja tulevaisuuden näkeminen ilman riskejä olivat yhteydessä myötätuntotytyväisyyteen.
7	Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. Archives of Psychiatric Nursing, 29(5), 333–338.	Selvittää sekundaarisen traumaattisen stressin / myötätuntouupumuksen ja työuupumuksen ja myötätuntotytyväisyyden yleisyyttä ja riskitekijöitä psykiatrisilla sairaanhoidajilla Kreikassa.	Kuvaava analyysi. (N=174)	Suurimmalla osalla sairaanhoidajista oli erittäin suuri riski sekundaariseen traumaattiseen stressiin / myötätuntouupumiseen (44,8%) ja työuupumiseen (49,4%). Myötätuntotytyväisyyden suuri potentiaali oli vain 8,1%:lla. Tietoisuus sekundaarisesta traumaattisesta stressistä voi auttaa ennaltaehkäisemään tai kompensoimaan sen vaikutuksia.
8	Zhang, Y. Zhang, C. Han, X. Lid, W. & Wang, Y. 2018. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing, A correlative meta-analysis. Medicine (2018) 97:26(e11086)	Selvittää myötätuntouupumukseen, myötätuntotytyväisyyteen ja loppuun palamiseen yhteydessä olevia tekijöitä sairaanhoidajilla.	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi. (N=11)	Monet hoitotyön stressaavat tekijät ja negatiiviset affektit lisäävät myötätuntouupumusta ja loppuun palamista, kun taas positiiviset affektit lisäävät myötätuntotytyväisyyttä.

9	Singh, J. Karanika-Murray, M. Baguley, T. & Hudson, J. 2020. A Systematic Review of Job Demands and Resources Associated with Compassion Fatigue in Mental Health Professionals. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2020, 17(19), 6987.	Selvittää työperäisten muuttuvien tekijöiden vaikutusta mielenterveystyötä tekevien ammattilaisten myötätuntouupumiseen.	Systemaattinen katsaus. (N=15)	Työn kuormittavuus, kuten työpaikan traumat, työtaakka ja terapeuttiset puitteet ovat yhteydessä myötätuntouupumukseen. Työn resurssit, kuten esihenkilöiden, kollegojen ja organisaation tuki voivat vähentää työn kuormittavuutta ja sitä kautta myötätuntouupumisen riskiä.
10	Xie, W. Chen, L. Feng, F. Okoli, C. Tang, P. Zeng, L. Jin, M. Zhang, Y. & Wang, J. 2021. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 120, 103973.	Arvioida myötätuntotyytyväisyyden ja myötätuntouupumuksen esiintyvyyttä sairaanhoitajien keskuudessa, sekä arvioida maantieteellisten alueiden, vuosien ja erikoisalojen vaikutusta myötätuntotyytyväisyyden ja myötätuntouupumuksen esiintyvyyteen. Katsaus tutkimuksiin 1/2020 saakka.	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi. (N=79)	Aasian alueella myötätuntotyytyväisyyden taso oli alhaisin ja myötätuntouupumuksen korkein. Euroopassa ja Amerikassa oli korkein myötätuntotyytyväisyys ja matalin myötätuntouupumus. Vuositasolla myötätuntouupumisen aste nousi 2010 vuodesta asteittain ja huippu oli 2019. Erikoisaloista tehosastojen sairaanhoitajilla oli korkeimmat myötätuntouupumuksen tasot.