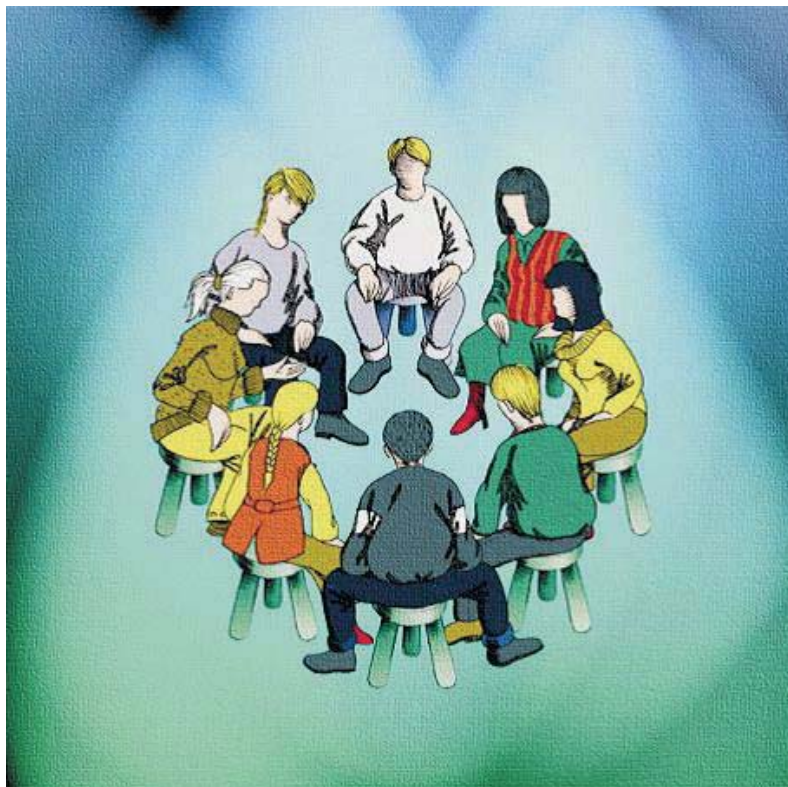


Kari Kähönen

# Uupumisesta hyvinvointiin

Työuupuneiden  
ryhmäpsykoterapeuttinen  
kuntoutusmalli BALANSSI



Kari Kähönen

# Uupumisesta hyvinvointiin

Työuupuneiden ryhmäpsykoterapeuttinen  
kuntoutusmalli BALANSSI

Esitetään Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden ja psykologian tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa S212  
helmikuun 24. päivänä 2018 kello 12.

Academic dissertation to be publicly discussed, by permission of  
the Faculty of Education and Psychology of the University of Jyväskylä,  
in auditorium S212, on February 24, 2018 at 12 o'clock noon.



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2018

# Uupumisesta hyvinvointiin

Työuupuneiden ryhmäpsykoterapeuttinen  
kuntoutusmalli BALANSSI

JYVÄSKYLÄ STUDIES IN EDUCATION, PSYCHOLOGY AND SOCIAL RESEARCH 607

Kari Kähönen

# Uupumisesta hyvinvointiin

Työuupuneiden ryhmäpsykoterapeuttinen  
kuntoutusmalli BALANSSI



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2018

Editors

Noona Kiuru

Department of Psychology, University of Jyväskylä

Sini Tuikka, Päivi Vuorio

Open Science Centre, University of Jyväskylä

Cover picture: Heikki Järvinen

Permanent link to this publication: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7346-9>

URN:ISBN:978-951-39-7346-9

ISBN 978-951-39-7346-9 (PDF)

ISBN 978-951-39-7345-2 (nid.)

ISSN 0075-4625

Copyright © 2018, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2018

## ABSTRACT

Kähönen, Kari

From Burnout to Wellbeing. The group psychotherapeutic rehabilitation method BALANSSI

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2018, 62 p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research; 607

ISSN 0075-4625)

ISBN 978-951-39-7345-2 (nid.)

ISBN 978-951-39-7346-9 (PDF)

Diss.

The aim of this thesis was to study the salutogenic effects of BALANSSI, a novel group psychotherapy rehabilitation modality, on employees suffering from severe burnout symptoms. The intervention was implemented on 16 separate days over a nine-month period with one follow-up day six months thereafter. 62 subjects were randomly assigned to eight intervention groups (four analytic and four psychodrama). An additional 32 subjects were selected as controls. The theoretical foundation was the self-determination theory, which postulates the importance of striking a balance between the three innate psychological needs of autonomy, relatedness and competence. Changes in sense of coherence and psychological wellbeing, as indicators of the effectiveness of the intervention, were measured pre-, mid-, and post- intervention and at 6 months thereafter. Sense of group coherence was used to evaluate the therapeutic process during the intervention and was measured at the end of each therapy day. The results showed a significant improvement in sense of coherence, with total effect sizes for the three study groups as follows: analytic 0.71, psychodrama 0.45 and control 0.09. No significant difference between two therapeutic modalities was observed. Psychological wellbeing improved similarly in all three study groups. Sense of group coherence correlated positively with improvement in the sense of individual coherence, the perceived benefits of being in the group and satisfaction with the therapists, and negatively with dissatisfaction with the therapists. The research demonstrated that a salutogenic group psychotherapeutic intervention of this kind can be a useful tool for improving sense of coherence and psychological well-being in employees suffering from serious burnout symptoms.

Keywords: Group rehabilitation, group psychotherapy, sense of coherence, psychological wellbeing, sense of group coherence

<b>Author's address</b>	<p>Kari Kähönen          Psykologian laitos          Jyväskylän Yliopisto          PL 35          40014 Jyväskylä          kari.o.kahonen@gmail.com</p>
<b>Supervisors</b>	<p>Professor Katariina Salmela-Aro          Department of Psychology          University of Jyväskylä</p> <p>Professor Heidi Ahonen          Wilfrid Laurier University          Canada</p> <p>Psychodrama director TEP Tuula Grandell          Finnish Morenoinstitute</p> <p>Professor Jaakko Seikkula          Department of Psychology          University of Jyväskylä</p>
<b>Reviewers</b>	<p>Professor Kirsi Honkalampi          School of Educational Sciences and Psychology          University of Eastern Finland</p> <p>Docent Kirsi Ahola          Finnish Institute of Occupational Health</p>
<b>Opponent</b>	<p>Professor Kirsi Honkalampi          School of Educational Sciences and Psychology          University of Eastern Finland</p>

## TIIVISTELMÄ (FINNISH ABSTRACT)

Kähönen, Kari

Uupumisesta hyvinvointiin. Työuupuneiden ryhmäpsykoterapeuttinen kuntoutusmalli Balanssi

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2018, 62 p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research; 607

ISSN 0075-4625)

ISBN 978-951-39-7345-2 (nid.)

ISBN 978-951-39-7346-9 (PDF)

Pitkittäistutkimukseni selvitti salutogeenisen ryhmäpsykoterapeuttisen kuntoutusmallin vaikuttavuutta työuupuneiden koherenssintunteeseen ja psykologiseen hyvinvointiin. Kuntoutusprosessi koostui 16 kuntoutuspäivästä yhdeksän kuukauden aikana ja seurantapäivästä kuuden kuukauden jälkeen. Interventioon osallistujat (N=62) satunnaistettiin kahdeksaan terapiaryhmään kahden eri terapiamenetelmään; analyttiseen (N=32) ja psykodraamaan (N=30). Kontrolliryhmässä oli 32 kuntoutusta odottavaa osallistujaa. Intervention teoreettisena lähtökohtana oli psykologisen itsemääräytymisteorian kolmen perustarpeen, omaehtoisuuden, kyvykkyyden ja yhteisöllisyyden, keskinäisen tasapainon edistäminen. Tutkimuksen vaikuttavuusmittareina käytettiin koherenssintunteen ja psykologisen hyvinvoinnin muutoksia. Lisäksi ryhmäprosessimittarina käytettiin ryhmäkoherenssin muutosta. Vaikuttavuusmittaukset tehtiin ennen ryhmän alkua, sen puolivälissä, lopussa ja kuusi kuukautta sen loppumisesta. Ryhmäkoherenssin mittaus tehtiin jokaisen ryhmäpäivän lopussa. Tulokset osoittivat, että koherenssintunne parani interventioryhmässä merkittävästi enemmän kuin kontrolliryhmässä, sen sijaan kahden eri menetelmän välillä ei ollut eroa lopputuloksessa. Vaikutuksen suuruus analyttisessä ryhmässä oli 0,71, psykodraamaryhmässä 0,45 ja kontrolliryhmässä 0,09. Psykologinen hyvinvointi parani kaikissa ryhmissä, eikä kontrolli- ja interventioryhmien välillä ollut eroa. Ryhmäprosessin kehittymistä tutkittaessa korkea ryhmäkoherenssi oli yhteydessä vahvistuneeseen koherenssintunteeseen, kohonneeseen koettuun hyötyyn ryhmästä ja korkeampaan tyytyväisyyteen ja matalampaan tyytymät-tömyyteen terapeutteja kohtaan. Tutkimus osoitti ryhmäpsykoterapeuttisen kuntoutusmallin voivan olla työuupuneiden koherenssintunnetta lisäävä ja psykologista hyvinvointia parantava työterveyshuollon käyttöön soveltuva avokuntoutuksen työväline.

Avainsanat: ryhmäkuntoutus, koherenssintunne, psykologinen hyvinvointi, ryhmäkoherenssi



## ESIPUHE

Balanssi tutkimushankkeena 1999-2001 syntyi yhteistyönä Medivireen, Valtio-  
konttorin varhaiskuntoutusyksikön ja Helsingin Yliopiston Psykologian laitok-  
sen kanssa. Tämän väitöskirjan aineisto on osa laajaa tutkimusmateriaalia, jon-  
ka suunnittelusta ja kokoamisesta kiitän kehittämispäällikkö Petri Näästästä.  
Lisäksi Petri on ollut tärkeä tuki ja neuvonantaja tämän kirjan kehitysvaiheissa.

Väitöskirjani pääohjaajan professori Katariina Salmela-Aron sinnikäs pe-  
riksi antamaton kannustus ja motivointi saattoivat lopulta tämän hankkeen  
maaliin asti. Lämmin kiitos myös muille ohjausryhmäläisilleni professori Heidi  
Ahoselle, psykodraamaohjaaja Tuula Grandellille ja professori Jaakko Seikkula-  
lle. Jaakko Seikkulaa haluan kiittää lisäksi johtamastaan tohtorikoulutusoh-  
jelmasta, jonka kannustava positiivinen henki oli arvokasta. Tuulalta olen oppi-  
nut paljon psykodraamasta ja yhteiset myöhemmät ryhmähankkeemme ovat  
kypsyttäneet ja syventäneet näkemystäni Balanssista.

Marja Saarnio, työterveyspsykologi Tuula Grandell ja Tarja Miikkulainen  
olivat Balanssiryhmien ohjaajina ja kehittäjinä korvaamattomia ja innostavia  
työtovereita ja läheisiä ystäviä, joille olen syvästi kiitollinen hienoista yhteisistä  
vuosista. Erityiskiitos on annettava Marja Saarniolle, joka sai houkuteltua kir-  
joittajan lähtemään mukaan tähän tohtorikoulutusohjelmaan.

Lämpimät kiitokset ystävälleni, työtoverilleni ja esimiehelleni Antti Arolle,  
jonka kanssa olemme kehitelleet lukuisia kiinnostavia työterveyshuoltoideoita  
ja jota ilman koko Tykeä ja Balanssi-hanketta ei olisi syntynyt.

Väitöskirjani tarkastajia professori Kirsi Honkalampea ja dosentti Kirsi  
Aholaa kiitän rakentavasta kritiikistä ja kommenteista.

Artikkelieni muita kirjoittajia kiitän yhteistyöstä ja tuesta. Professori Asko  
Tolvasen ja yliopistonopettaja Joonna Muotkan nerokkaat tilastoanalyysit loivat  
ratkaisevan perustan tulosten saamiseksi esiin suuresta tietomassasta. Professo-  
ri emeritus Juhani Julkusen kehitystyö ryhmäkoherenssin parissa ja tärkeät  
kommentit olivat korvaamattoman arvokkaita.

Kiitän Työsuojelurahastoa saamastani taloudellisesta tuesta (hanke 109252)  
väitöskirjaani varten.

Lopuksi kiitän korvaamattomasta tuesta ja kannustuksesta pitkäaikaista  
kumppaniani Pirjoa ja poikiani Henriä ja Arttua perheineen. Omistan tämän  
kirjan papan suloisille prinsessoille Vennyille, Lotalle ja Liinalle.

Jyväskylässä 21.1.2017  
Kirjoittaja

## ALKUPERÄISARTIKKELIT

- I Kähönen, K., Näätänen, P., Tolvanen, A. & Salmela-Aro, K. (2012). Development of sense of coherence during two group interventions. *Scandinavian Journal of Psychology* 53, 523-527.
- II Kähönen, K., Muotka, J., Näätänen, P. & Salmela-Aro, K. (2016). Psykologinen hyvinvointi työuupuneiden ryhmäpsykoterapeuttisessa interventiossa. *Psykologia* 51, 262-273.
- III Kähönen, K., Näätänen, P., Tolvanen, A., Julkunen, J. & Salmela-Aro, K. (2017). Sense of coherence of the group during a salutogenic intervention for employees suffering from severe burnout. Submitted manuscript.

Olen kirjoittanut kaikki alkuperäisartikkelit I-III huomioiden muiden kirjoittajien kommentit. Lisäksi olen osallistunut aktiivisesti tilastollisten analyysien suunnitteluun kaikissa artikkeleissa. Olen toiminut yhtenä neljästä ohjaajasta tutkimuksen kohteena olleissa terapiaryhmissä.

## KUVIOT

KUVIO 1	Autonomian kehitys kolmessa ryhmässä intervention aikana.....	36
KUVIO 2	Elämäntarkoituksen muutos kolmessa ryhmässä intervention aikana .....	37
KUVIO 3	Itsensä hyväksyminen kolmessa eri ryhmässä intervention .....	38

## TAULUKOT

TAULUKKO 1	Muutokset koherenssin tunteessa kolmessa eri ryhmässä ....	33
TAULUKKO 2	Muutokset psykologisen hyvinvoinnin kuudella osa-alueella kolmessa eri ryhmässä. ....	35

## SISÄLLYS

ABSTRACT  
TIIVISTELMÄ  
ESIPUHE  
ALKUPERÄISARTIKKELIT  
KUVIOT JA TAULUKOT  
SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	11
1.1	Työuupumus .....	13
1.2	Työuupumuksesta työimuun .....	15
1.3	Psykologinen pääoma .....	16
1.4	Salutogeneesi ja koherenssin tunne .....	17
1.5	Psykologinen hyvinvointi .....	18
1.6	Itsemääräytymisteoria.....	19
1.7	Ryhmäpsykoterapia .....	20
1.8	Työuupumuksen kuntoutus .....	21
1.9	Tutkimuskysymykset ja hypoteesit .....	22
1.9.1	Osatutkimukset I ja II .....	22
1.9.2	Osatutkimus III.....	23
2	MENETELMÄT .....	24
2.1	Tutkittavat.....	24
2.2	Tutkimusmenetelmät ja muuttujat.....	25
2.2.1	Ryhmäinterventiot .....	25
2.2.2	Mittarit .....	28
2.2.3	Tilastolliset analyysit .....	30
3	TUTKIMUSTULOKSET .....	32
3.1	Koherenssintunteen kehittyminen kahden ryhmäintervention aikana .....	32
3.2	Psykologinen hyvinvointi työuupuneiden ryhmäpsykoterapeuttisessa interventiossa.....	34
3.3	Ryhmäkoherenssin kehittyminen vakavasti työuupuneiden salutogeenisessä ryhmäkuntoutuksessa .....	39
4	POHDINTA .....	41
4.1	Intervention vaikutus koherenssintunteeseen ja psykologiseen hyvinvointiin .....	41
4.2	Koherenssitunteen ja psykologisen hyvinvoinnin kehittymisen erot kahdella eri ryhmäpsykoterapeuttisella menetelmällä.....	42
4.3	Ryhmäkoherenssi kuntoutusintervention kuvaajana .....	43
4.4	Balanssi kuntoutusvälineenä .....	44

4.5	Tutkimuksen rajoitukset ja ryhmäpsykoterapeuttisessa kuntoutuksessa huomioon otettavat riskit .....	46
4.6	Balanssitutkimuksen merkitys työterveyshuollon kehittämiseksi ....	47
	SUMMARY .....	50
	LÄHTEET .....	53

# 1 JOHDANTO

Tämän väitöskirjatutkimuksen tavoitteena on tutkia ryhmäpsykoterapeuttisen kuntoutusmallin Balanssin vaikutusta työuupumusoireisten työntekijöiden hyvinvointiin. Balanssi oli osa laajempaa työhyvinvoinnin kehittämiskonseptia, jota kehitettiin Medivireen Työhyvinvoinnin kehittämiskeskuksessa (TYKE) 1995-2001. Konseptin kaksi muuta pääelementtiä olivat työyhteisökonsultointi (organisaation tuki) ja verkostoneuvottelu (yksilön ja organisaation tuen monisäikeinen yhdistäminen), mutta ne rajautuivat tarkoituksella tämän väitöstutkimuksen ulkopuolelle. Tämä yhteistyöhanke Helsingin Yliopiston (HY), TYKEN ja Valtiokonttorin kesken selvitteli Balanssin vaikutuksia työuupuneiden kuntoutumiseen kahdeksassa ryhmässä vv. 1999-2001. Intervention suunnittelusta ja toteutuksesta vastasi TYKE, tieteellisen tutkimuksen suunnittelusta ja toteutuksesta Helsingin Yliopiston Psykologian laitos, osallistujien kuntoutuskustannuksista Valtiokonttori ja tutkimuksen osuuden rahoitti Suomen Työsuojelurahasto. Hankkeesta on julkaistu aiemmin Suomen Työsuojelurahaston yhteenvedoraportti 2002 ja tieteellisiä artikkeleita (Salmela-Aro ym., 2002; Salmela-Aro, Näätänen, Tolvanen, & Nurmi, 2011), joissa on osoitettu mm. työuupumuksen ja masennuksen vähenevän merkittävästi ja vaikutus on pysynyt puolen vuoden seurannassa. Tämän väitöskirjatutkimuksen kohteena on tutkia kyseisen aineiston pohjalta Balanssin vaikutuksia osallistujien terveyttä ja hyvinvointia edistäviin tekijöihin. Painopisteinä ovat salutogeeninen koherenssintunne (terveyttä ja hyvinvointia kannatteleva tunne elämän säilymisestä ehjänä ja kokonaisena), psykologinen hyvinvointi, ja niiden kehittyminen ryhmäkuntoutuksen vaikutuksesta, sekä ryhmään kohdistuvan koherenssin tunteen (ryhmäkoherenssi) kehittyminen ryhmäprosessin aikana. Lukuisissa tutkimuksissa on osoitettu sekä koherenssintunteen että psykologisen hyvinvoinnin olevan yhteydessä sekä hyvään mielenterveyteen (Bowman, 1996; Flensburg-Madsen, Ventegodt, & Merrick, 2005; Frenz, Carey, & Jorgensen, 1993; Julkunen & Ahlström, 2006; Sammallahti, Holli, Komulainen, & Aalberg, 1996) että hyvään somaattiseen terveyteen (Kivimäki, Feldt, Vahtera, & Nurmi, 2000; Konttinen, Haukkala, & Uutela, 2008) ja hyvään työkykyyn (Feldt, 1997; Gilbar, 1998).

Perinteisesti pahoinvoinnin ja sairauden tutkimusta löytyy kuusi kertaa enemmän kuin hyvinvoinnista tai onnellisuuden merkityksestä terveydelle (Salanova, 2008). Nykytutkimus osoittaa kuitenkin, että ihmisen terveys ei ole vain satunnainen lopputila vaan moniulotteinen dynaaminen prosessi, joka koostuu laajasta kirjosta inhimillisiä, älyllisiä, sosiaalisia, emotionaalisia ja fyysisiä voimavaroja (Ryff & Singer, 1998). Edelleen tutkimus on osoittanut, miten tärkeää ihmisen hyvinvoinnille ja terveydelle on elämän tarkoituksen kokeminen, tärkeät ja lämpimät suhteet toisiin ihmisiin, kyky ymmärtää ja hallita omaa elämää, mahdollisuus toteuttaa ja kehittää omia kykyjä ammattilaisena, ja kasvaa ja kypsyä ihmisenä ottamaan vastuuta sekä omasta että kanssaihmissen edellytyksistä hyvään elämään (Antonovsky, 1987; Ryff, 1989). Samanaikaisesti työelämä on muuttunut perustuksiaan myöden. Maailmanlaajuisten pääomaliikkeiden vapautuessa sekä mahdollisuudet että epävarmuus ovat kasvaneet. Nopea tekninen kehitys on sekä vapauttanut ihmistä ajan ja paikan rajoituksista että salakavalasti vienyt vapautta olla rauhassa ja suojassa jatkuvalta tietovirralla. Moniarvoistuva maailma näyttäytyy sekä vapautena valita ja luoda oma todellisuus että pirstoutumisena ja sulkeutumisen omaan kuplaan.

Kiihtyvä yhteiskunnallinen muutos ja kulttuurin yksilöllistyminen (Bauman, 2005; Beck & Beck-Gernsheim, 2009) tuovat yhä suurempia haasteita yksittäiselle ihmiselle ottaa vastuu itsestään ja selviytymisestään. Kun ihminen jää yksin näiden valintojensa kanssa, moni kokee olevansa eksesissä. Työntekijöiden vakava uupuminen on tärkeä viesti hallinnan menettämisestä ja tärkeiden motivoivien tavoitteiden kadottamisesta. Ihminen ei koe enää itseään ja työtään arvokkaaksi, jos tärkein huomio kiinnitetään vain taloudelliseen aikaansaamiseen. Asioiden ja arvojen yhteiseen pohdintaan ei jää aikaa työpaikoilla ja kilpailu korostuu yhteistyön kustannuksella (Maslach ym., 2001). Työterveyshuollon on tärkeää ymmärtää näitä uusia työhyvinvoinnin haasteita ja kiinnittää huomio ja suunnata toiminta terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen avainprosesseihin tarjoamalla työntekijöille turvallisia foorumeja pysähtyä pohtimaan ja etsimään kadoksissa olevia arvoja ja päämääriä.

Lukuisissa Euroopan unionin jäsenmaissa mielenterveysongelmat, erityisesti stressi ja masennus lisäävät työstä poissaoloja ja ennen aikaista eläköitymistä (McDaid, Curran, & Knapp, 2005). Arviolta 25% Euroopan väestöstä kokee mielenterveysongelmia elinaikanaan ja arviolta 10% pitkäaikaissairauksista on kytkeytynyt mielenterveysongelmiin ja tunne-elämän häiriöihin. Näistä ongelmista aiheutuu arviolta 135 mrd euron menetys vuosittain EUssa (European Network for Workplace Health Promotion, 2009). Mielenterveyteen liittyvät ongelmat ovat neljänneksi yleisin syy työkyvyn alenemiseen, ja stressi on yksi yleisimmistä syistä miksi työntekijät arvioivat työn olevan riski heidän terveydelleen. Tällä alueella tehtävät toimenpiteet ovat keskeisiä työterveyden kehittämisessä (European Network for Workplace Health Promotion, 2009). Suomessa oli vuonna 2013 työkyvyttömyyseläkkeellä 241 872 henkilöä, ja heistä 111327 (47%) sai eläkettä mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön vuoksi (Suomen virallinen tilasto, 2013). Masennushäiriöt ovat yleistyneet naisilla. Viimeisen 12 kuukauden aikana

masennusjakson oli sairastanut 9 prosenttia naisista vuonna 2000, ja vuonna 2011 luku oli noussut 12 prosenttiin (Markkula ym., 2015). Masennusjaksot olivat yleisimpiä 30–44-vuotiailla naisilla. Poissaolojen lisäksi vähintään yhtä suuria kustannuksia syntyy huono-kuntoisena ja sairaana työskentelystä (Johns, 2010).

Mielenterveysongelmat on liitetty lukuisiin kielteisiin seurauksiin organisaatioissa, kuten alentuneeseen suorituskykyyn, lisääntyneisiin poissaoloihin, työtapaturmiin ja työntekijöiden vaihtuvuuteen (Harnois & Gabriel, 2000). Erityisesti masennuksen kohdalla on havaittu EU-laajuinen trendi lisääntyneisiin poissaoloihin ja ennenaikaiseen eläköitymiseen sekä miehillä että naisilla (Wynne & MacAnaney, 2004). Lähitulevaisuudessa ennusteiden mukaan mielenterveysongelmat saattavat ohittaa tuki- ja liikuntaelinongelmat johtavana työstä poissaolon syynä monissa EU-maissa (Wynne & MacAnaney, 2004). Lisäksi ennusteiden mukaan 2020 mennessä masennuksesta tulee maailmanlaajuisesti toiseksi yleisin työkyvyttömyyden syy (WHO, 2005).

Balanssi on ryhmäkuntoutusinstrumentti, joka tähtää terveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin keskeisiä kysymyksiä ovat mikä auttaa selviämään ja jaksamaan vaikeissakin olosuhteissa, miten terveys rakentuu, miten mielekäästä, hallittavaa ja ymmärrettävää elämä on, onko elämällä koettua tarkoitusta, miten ihminen saa käyttöönsä oman potentiaalinsa ja miten sitä edelleen pystyy kehittämään, miten kasvaa ihmisenä, ja miten luoda ja ylläpitää tärkeitä positiivisia ihmissuhteita.

Työuupumus, työimu, niiden välisen dialektisen suhde ja psykologinen pääoma ovat tärkeitä teoreettisia käsitteitä työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen perusteiden ymmärtämiseksi. Balanssin teoreettinen perusta on psykologisessa itsemääräämisteoriassa, sosiologisessa salutogeenisessä teoriassa ja psykologisessa hyvinvointiteoriassa. Balanssin kahtena ryhmäpsykoterapiamenetelmänä ovat ryhmäanalyysi ja psykodraama, joiden yhteisenä tavoitteena on vahvistaa osallistujan psykologista pääomaa, koherenssintunnetta ja psykologista hyvinvointia.

## 1.1 Työuupumus

Työuupumus on syndrooma, joka koostuu kolmesta erillisestä mutta keskenään korreloivasta osatekijästä; uupumusasteisesta väsymyksestä, kyynisyydestä ja ammatillisen tehokkuuden heikkenemisestä (Diestel & Schmidt, 2010; Maslach, 2003; Maslach & Leiter, 2008; Taris ym., 2005). Työuupumus on useimmiten hitaasti kehittyvä prosessi, jossa pitkäaikainen ristiriita työntekijän kokemien vaatimusten ja voimavarojen välillä johtaa lisääntyvään uupumusasteiseen väsymykseen. Krooninen väsymys puolestaan aiheuttaa lisääntyvää kyynistymistä, jonka avulla työntekijä yrittää suojautua liian koviksi kokemiltaan vaatimuksilta. Lisääntyvä kielteisyys työtä kohtaan johtaa kasvavaan tehottomuuteen ja aikaansaannot heikkenevät (Leiter & Maslach, 1988). Ammatillinen



tehottomuus puolestaan voi aiheuttaa työntekijän omanarvontunnon heikkenemisen ja altistaa masennusoireiden lisääntymiselle (Kalimo & Toppinen, 1997). Työuupumuksen esiintyvyys eri tutkimuksissa vaihtelee kahdesta kolmeentoista prosenttiin työväestöstä (Ahola ym., 2005; Hallsten, Josephson, & Torgén, 2005; Norlund, Reuterwall, Höög, Janlert, & Slunga, 2015). Työuupumuksen seuraukset ovat vakavia sekä terveydelle, työkyvyille että taloudelle. Lukuisat tutkimukset osoittavat työuupumuksen olevan riskitekijä erityisesti mielenterveyshäiriöissä, lihas- ja tukirankasairauksissa ja sydän- ja verenkiertoelinsairauksissa sekä keskeinen työkyvyttömyyden aiheuttaja (Ahola ym., 2008; Ahola & Hakanen, 2007; Armon, Melamed, Shirom, & Shapira, 2010; Borritz ym., 2006; Melamed, 2009; Toker, Melamed, Berliner, Zeltser, & Shapira, 2012). Työuupumus voi aiheuttaa myös nopeutunutta vanhenemista solutasolla (Ahola ym., 2012). Pitkälle kehittyneestä uupumuksesta toipuminen on hidasta ja voi vaatia pitkän toipumisajan ja poissaolon työstä, mikä tulee taloudellisesti kalliiksi (Ahola & Hakanen, 2014). Työelämään takaisin palaaminen pitkän poissaolon jälkeen voi olla vaikeaa tai epäonnistua kokonaan (Virtanen ym., 2007). Yksilötasolla uupumukselle altistavia piirteitä ovat työntekijän voimakas velvollisuuden tunne, suostuvaisuus ja pyrkimys miellyttämiseen, sisäänpäin kääntyneisyys, vaikeus tunnistaa ja ilmaista tunteita, matala koherenssin tunne ja neuroottisuus (Armon, Shirom, & Melamed, 2012; Deary ym., 1996; Hills & Norvell, 1991; Kalimo, Pahkin, Mutanen, & Toppinen-Tanner, 2003; Mattila ym., 2007; Swider & Zimmerman, 2010; Zellars, Perrew, & Hochwarter, 2004). Työuupumukselle altistavia tekijöitä organisaatiotasolla ovat määrällinen tai laadullinen ylikuormitus, hallinnan puute, puutteet koetussa arvostuksessa ja palkitsemisessa, riittämätön tuki muulta työyhteisöltä, epäreilu kohtelu ja ristiriidat omien ja organisaatiota ohjaavien arvojen välillä (Maslach & Leiter, 2005; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998; Seidler ym., 2014).

Ylikuormituksella on selvä yhteys uupumusasteiseen väsymykseen (Cordes & Dougherty, 1993; Maslach ym., 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). Sekä laadullinen että määrällinen ylikuormitus johtaa ihmisen alentuvaan kykyyn selvittää työn vaatimuksista. Kriittinen vaihe ylikuormituksessa saavutetaan kun työntekijä ei enää ehdi palautua levossa työn rasituksista ja tilanne kroonistuu. Sinänsä lyhytkestoiset ylikuormitustilanteet eivät johda uupumukseen, jos palautumiseen on riittävästi mahdollisuuksia (Shinn, Rosario, Morch, & Chestnut, 1984).

Työstressin vaatimus-kontrolli teoria (Karasek & Theorell, 1990) on osoittanut henkilökohtaisen kontrollin tärkeyden työpaikalla. Ratkaisemattomat pitkittyneet rooliristiriidat on todettu olevan suurin uupumusta aiheuttava hallintaan liittyvä tekijä (Cordes & Dougherty, 1993; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Mitä enemmän työntekijä kokee voivansa vaikuttaa päätöksentekoon ja säädellä työn riskejä, sitä pienempi on työuupumuksen riski (Cherniss, 1980; Lee & Ashforth, 1993; Leiter, 1992).

Mikäli työntekijä kokee taloudellisen, sosiaalisen tai organisaation palkitsevuuden heikoksi, lisää se alttiutta työuupumukselle (Chappell & Novak, 1992; Glick, 1983; Maslanka, 1996). Palautteen puute asiakkailta, työtovereilta tai

johdolta heikentää työntekijän ammatillista itsetuntoa (Cordes & Dougherty, 1993; Maslach ym., 1996).

Yhteisöllisyys on koettua vuorovaikutuksen laatua työssä, kuten koettu tuki työtovereilta ja esimieheltä, läheisyys ja yhteistyö tiimissä. Tutkimukset ovat osoittaneet koetun yhteisöllisyyden olevan yhteydessä työuupumuksen todennäköisyyteen, mitä alhaisempi yhteisöllisyys sitä suurempi riski uupumiselle (Cordes & Dougherty, 1993; Greenglass, Fiksenbaum, & Burke, 1994; Greenglass, Pantony, & Burke, 1988; Maslach ym., 1996).

Ihminen kokee epäreiluna tilanteen, jossa hänen kokemuksensa antamastaan työpanoksesta ja saamastaan palkkiosta tai vastavuoroisesta palautteesta eivät ole tasapainossa (Siegrist, 1996). Tutkimusten mukaan tällainen epätasapaino altistaa työuupumukselle (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld, & van Dierendonck, 2000; Schaufeli, van Dierendonck, & van Gorp, 1996). Epäreiluus on todettu kriittiseksi tekijäksi myös johdon toimintaa arvioitaessa (Spence, Lashinger, & Leiter, 2006; White, 1987).

Arvot ovat niitä ihanteita ja motivoivia tekijöitä, jotka ovat saaneet monet työntekijät alun perin hakeutumaan johonkin työpaikkaan. Mitä suuremmaksi muuttuu ero sen välillä mitä työntekijä kokee joutuvansa tekemään ja mitä hän pitää arvokkaana ja hyvänä työnä, sitä suuremmaksi kasvaa työuupumisen riski (Leiter & Maslach, 2005). Vastaavasti hyvä arvojen sopusointu organisaation ja yksilön välillä vahvistaa ammatillista itsetuntoa (Leiter, Day, Harvie, & Shaughnessy, 2007).

## 1.2 Työuupumuksesta työimuun

Työuupumuksen tutkimuksen rinnalle on noussut tutkimusta siitä, mikä saa ihmisen jaksamaan työssään. Työn imun (engagement) tutkimuksessa tutkitaan positiivista tunne- ja motivaatiotilaa työssä. Maslach ja Leiter (1997) määrittelevät työimun työuupumuksen vastapooliksi, jota kuvaa käsitteet energisyys (energy, vastakohta uupuneisuudelle), sitoutuneisuus (involvement, vastakohtana kyynisyudelle) ja vahva ammatillinen itseluottamus (efficacy, vastakohta heikolle ammatilliselle itsetunnolle). Schaufeli kumppaneineen (2002) puolestaan määrittelee työimun itsenäiseksi kolmiulotteiseksi käsitteeksi, joka koostuu voimasta ja energiasta (vigor), halukkuudesta panostaa paljon ponnistuksia tärkeäksi koettuun työhön (dedication), ja uppoutumisesta työhön tavalla, jossa kaikki muu unohtuu (absorption). Jos työimu määritellään työuupumuksen vastapooliksi samalla akselilla, edellyttää korkea työuupumusindeksi matalaa työimuindeksiä ja päinvastoin. Jos taas työimu ja työuupumus ovat itsenäisiä käsitteitä, voi samanaikaisesti esiintyä sekä korkeita uupumusindeksejä että korkeita työimun indeksejä. Työuupumus ja työimu ovat toisilleen vastakkaisina ja keskenään ristiriitaisina käsitteinä jatkuvassa dynaamisessa aaltoliikkeessä ja voivat parhaimmillaan tuottaa kasvua ja kehitystä (Leon, Halbesleben & Paustian-Underdahl, 2015; Sonnentag, Dormann & Demerouti, 2010). Tällaisen aaltoliikkeen puolesta puhuvat tutkimukset, joissa on todettu työuupumuksen

asteen ja työimurasteen voivan vaihdella saman työpäivän aikana (Dalal ym., 2008, Maslach ym., 2001, Schaufeli & Taris, 2005, Sonnentag, 2003; Sonnentag ym., 2010).

### 1.3 Psykologinen pääoma

Organisaatiokäyttäytymisen alueella uupumuksen ja stressin tutkimus on viime vuosina saanut rinnalleen optimismin ja toivon merkityksen tutkimuksen (Luthans & Avolio, 2009). Kun aiemmin keskityttiin torjumaan työuupumusta, nyt painopiste on yrityksissä kehittää psykologista pääomaa ja edistää työn imua työpaikoilla. Positiivinen organisaatiokäyttäytyminen muodostuu sosiaalisesta pääomasta (vuorovaikutusverkosto), ekonomisesta pääomasta (organisaation materiaallinen ulottuvuus), inhimillisestä pääomasta (tieto ja osaaminen) sekä psykologisesta pääomasta, joka on erityisesti työn imun keskeinen taustatekijä (Luthans, 2002; Luthans & Youssef, 2004). On myös osoitettu, että työntekijöiden hyvinvoinnilla ja terveydellä on tärkeä vaikutus organisaation menestykselle (Zwetsloot & Pot, 2004). Psykologinen pääoma määritellään yksilön positiiviseksi kehitykselliseksi tilaksi, jota luonnehtii:

- (1) ammatillinen itseluottamus omaan kykyyn selvitä työtehtävistä (efficacy),
- (2) positiivinen usko onnistumisesta nyt ja tulevaisuudessa (optimism),
- (3) toiveikas vaihtoehtoja etsivä ponnistelu tavoitteisiin uusien haasteiden ilmaantuessa (hope),
- (4) positiivinen kapasiteetti toipua nopeasti takaiskuista ja epäonnistumisista, reagoida suuriinkin muutoksiin aktiivisesti ja luovasti (resiliency) (Luthans ym., 2007).

Ammatillista itseluottamusta vahvistaa onnistumisen kokemukset työssä, kannustava positiivinen palaute työtovereilta ja esimieheltä ja mallioppiminen. Hyvää itseluottamusta pidetään tärkeimpänä psykologisena mekanismina työhön liittyvien positiivisten vaikutusten takana (Stajkovic & Luthans, 1998). Alhainen itseluottamus lisää alttiutta uupumiselle, ja uupuminen puolestaan edelleen heikentää itseluottamusta (Gonzales-Roma ym., 2006; Schaufeli & Bakker, 2004).

Optimismi suojaa työuupumukselta, vahvasti optimistinen työntekijä näkee mahdollisuutensa myönteisinä huolimatta vaikeista olosuhteista (Avey ym., 2008). Optimistinen tulkintamalli näkee vaikeudet johtuvaksi ulkoisista olosuhteista eikä omasta riittämättömyydestä. Luottaessaan hyvään lopputulokseen optimisti tarttuu herkemmin tehtäviin ja uppoutuu niihin kokonaisemmin (Kahn, 1990).

Toivo on työn imun välttämätön edellytys, toivottomuus johtaa puolestaan työuupumiseen. Toivo auttaa löytämään vaihtoehtoisia polkuja kohden päämäärää vaikeissakin tilanteissa. Toivo myös vahvistaa myös itseluottamusta,

optimismia ja palautumiskykyä (Salanova, Schaufeli, Xanthopoulou, & Bakker, 2010).

Palautumiskyky voidaan nähdä eräänlaisena resurssipankkina, jota voidaan kehittää ja vahvistaa ja joka toimii puskurina stressille altistavissa olosuhteissa (Edwards & Rothbard, 2000; Kahn & Byosiere, 1992). Palautumiskyvyn kehittämisessä tai tankkaamisessa nähdään erityisen tärkeinä myönteiset vuorovaikutussuhteet tärkeiden ihmisten kanssa (Masten & Reed, 2002). Hyvässä palautumiskunnossa oleva työntekijä on valmis ottamaan uusia haasteita ja ylittämään omat mukavuusalueensa oppiakseen uutta ja siten vahvistaa edelleen omaa kykyään selvitä vaikeista tilanteista (Luthans ym., 2007). Hyvä palautumiskyky suojaa uupumiselle altistavissa työolosuhteissa (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005; Kahn, 1992).

## 1.4 Salutogeneesi ja koherenssin tunne

Antonovsky (1979, 1987) kehitti sosiologisen terveyttä ja hyvinvointia koskevan lähestymistavan, jota hän nimitti salutogeneettiseksi. Haastateltuaan lukuisia vaikeissa olosuhteissa eläneitä ihmisiä ja tutkittuaan miksi toiset selvisivät paremmin kuin toiset hän kehitti sittemmin paljon huomiota ja suosiota saaneen teoriansa, jonka ytimenä on koherenssintunne (sense of coherence, SOC). Antonovsky määritteli koherenssintunteen yleiseksi suhtautumistavaksi, joka ilmaisee, missä määrin ihmisellä on kokonaisvaltainen, kestävä ja dynaaminen luottamus siihen, että:

- (1) sisäiset ja ulkoiset stimulut elämässä ovat ennakoitavia, selitettävissä olevia ja jäsenyneitä (ymmärrettävyys; comprehensibility);
- (2) näiden stimulusten synnyttämiin vaatimuksiin löytyy riittävät resurssit (hallittavuus; manageability),
- (3) vaatimukset ovat mielekkäitä haasteita, joiden ratkaisemiseen kannattaa panostaa ja sitoutua (merkityksellisyys; meaningfulness) (Antonovsky 1987).

Koherenssintunteella on todettu vahva positiivinen yhteys mielenterveyteen (Bowman, 1996; Flensburg-Madsen, Ventegodt, & Merrick, 2005; Frenz, Carey, & Jorgensen, 1993; Julkunen & Ahlström, 2006; Sammallahti, Holi, Komulainen, & Aalberg, 2003), terveyteen (Kivimäki, Feldt, Vahtera, & Nurmi, 2000; Konttinen, Haukkala, & Uutela, 2008) ja hyvinvointiin (Bowman, 1996; Hart, Hittner, & Paras, 1991; Lundberg, 1997). Koherenssintunne on suojaava tekijä pitkittyvässä työstressissä (Ryland & Greenfeld, 1991), uupumusta vastaan (Feldt, 1997; Gilbar, 1998), ja loppuun palamista vastaan (Baker, North, & Smith, 1997; Gilbar, 1998; Pålsson ym., 1996). Pitkittäistutkimuksessaan Feldt, Kinnunen ja Mauno (2000) osoittivat huonon työilmapiirin ja työpaikan epävarmuuden olevan koherenssintunnetta alentavan tekijän, ja että muutokset ilmapiirissä ja johtamisessa heijastuivat muutoksina koherenssintunteessa ja hyvinvoinnissa.

Vaikka teorian mukaan koherenssintunne muodostuu ja vakiintuu pääosin nuoruuden ja varhaisen aikuisuuden aikana, voi se silti vahvistua tai heikentyä olosuhteista riippuen myös myöhemmin aikuisuudessa (Antonovsky, 1987; 1991). Työpaikan epävarmuus, ilmapiiri ja johtamiskäytännöt voivat olla vaikuttamassa koherenssintunteen muutoksiin (Antonovsky, 1991). Mahdollisuutta vaikuttaa siihen erilaisin interventioin on myös tutkittu ja todettu koherenssintunteen voivan vahvistua merkittävästi niiden aikana (Blomberg, Lazar & Sandell, 2001; Langeland ym, 2006; Weissbecker ym., 2002).

## 1.5 Psykologinen hyvinvointi

Hyvinvoinnin tutkimuksen alueella on kaksi päävirtausta, hedonismista juurensa juontava subjektiivinen hyvinvointi (Kahneman, Diener & Schwarz., 1999) ja eudaimoniasta nouseva psykologinen hyvinvointi (Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer 1998). Subjektiivinen hyvinvointi muodostuu tunnetasapainosta koettujen positiivisten ja negatiivisten tunteiden välillä ja koetusta hyvinvoinnista (Lucas, Diener & Suh, 1996). Eudaimonia (kukoistus) viittaa tilaan, joka saavutetaan kun eletään ihanteiden mukaisesti ja pyritään toteuttamaan oma inhimillinen potentiaali mahdollisimman täydellisesti elämässä (Avia & Vásquez, 1998).

Ryffin ja Singerin (1998) kehittivät laajaan kliiniseen, humanistiseen ja elämänkaarikehitypsykologiseen kirjallisuuteen perustuvan kukoistukseen pyrkivän psykologisen hyvinvoinnin näkökulman terveyteen. Heidän mukaan terveys ja hyvinvointi ei ole vain lääketieteellinen kysymys, vaan mielen ja ruumiin moniulotteista vuorovaikutusta. Se edellyttää hyvän elämän edellytysten pohtimista ja tutkimista. Ryff ja Singer määrittävät positiivisen terveyden moniulotteiseksi dynaamiseksi prosessiksi. Heidän mukaansa inhimillisessä hyvinvoinnissa on viimekädessä kyse elämään sitoutuneisuudesta, pitäen sisällään laajan valikoiman älyllisiä, sosiaalisia, emotionaalisia ja fyysisiä mahdollisuuksia (Ryff & Singer, 1998). Ryff kehitti teoreettisesti johdetun psykologisen hyvinvoinnin mallin (Ryff & Keyes, 1995), jossa on kuusi optimaalisen hyvinvoinnin ulottuvuutta, joista jokainen sisältää erilaisen haasteen positiiviselle toiminnalle:

- (1) Itsensä hyväksyminen (self-acceptance) sisältää positiivisen itsearvostuksen tiedostaen samalla omat persoonalliset rajoitukset.
- (2) Positiiviset suhteet (positive relations) pitää sisällään kyvyn luoda ja ylläpitää lämpimiä suhteita toisiin.
- (3) Ympäristön hallinta (environmental mastery) tarkoittaa kykyä luoda omia tarpeita vastaava ympäristö.
- (4) Autonomia (autonomy) on ihmisen kykyä luoda vahva yksilöllisyyden ja henkilökohtaisen vapauden tunne.
- (5) Elämän tarkoitus (purpose in life) merkitsee elämässä selkeää suunnan tunnetta, joka auttaa kohtaamaan haasteet ja suuntaamaan ponnistelut.
- (6) Henkilökohtainen kasvu (personal growth) merkitsee elämänmittaista jatkuvaa oppimista ja kykyjensä kehittämistä.

Eudaimonisen hyvinvoinnin on todettu olevan vahvemmassa yhteydessä terveyden kannalta tärkeisiin muuttujiin kuin subjektiivisen hyvinvoinnin (Fredriksson, 2009; Lindfors & Lundberg, 2002; Ryff & Singer, 2006; Ryff, Singer & Love, 2004). Psykologisen hyvinvoinnin on todettu olevan yhteydessä myös mm. alentuneeseen riskiin sairastua Alzheimerin tautiin ja pidentyneeseen elinikään (Ryff, 2014). Tuoreessa meta-analyysissä tutkittiin psykologisen hyvinvoinnin muutosta useissa interventioissa (Weiss, Westerhof, & Bohlmeijer, 2016), selvityksen mukaan psykologiseen hyvinvointiin on mahdollista vaikuttaa, vaikutuksen ollessa suurempi kliinissä ryhmä- ja yksilöinterventioissa kuin itseohjautuvissa ryhmissä. Työuupumuksen ja psykologisen hyvinvoinnin yhteyksistä ei juuri löydy tutkimuksia, kuitenkin Vazi ym. (2011) totesi Etelä-Afrikassa 562 opettajan parissa tehdyssä tutkimuksessa korkean psykologisen hyvinvoinnin suojaavan kyynisyydeltä ja uupumusasteiselta väsymykseltä. He totesivat, että opettajilla, joilla on korkea psykologinen hyvinvointi, on enemmän sisäisiä ja ulkoisia selviytymiskeinoja kohdata työhön liittyviä stressitekijöitä. Yhteenvedossaan he suosittelevat psykologista hyvinvointia yhdeksi indikaattoriksi työuupumusinterventioihin.

## 1.6 Itsemääräytymisteoria

Ryan ja Deci (2001) yhdistävät subjektiivista ja psykologista hyvinvointia itsemääräytymisteoriassaan (SDT; self-determination theory). Teoria perustuu ajatuksen kolmesta ihmisen psykologisesta perustarpeesta:

- (1) omaehtoisuus (autonomy),
- (2) kyvykkyys (competence) ja
- (3) yhteisöllisyys (relatedness)

Näiden kolmen psykologisen perustarpeen tyydytys edistää persoonan kasvua ja eheytyä, sosiaalista kehittymistä ja hyvinvointia. Tärkeää on perustarpeiden keskinäinen tasapaino, mikään tarpeista ei ole korvattavissa toisella vaan yhdenkin tarpeen tyydyttämättä jääminen heikentää hyvinvointia. Perustarpeiden tyydytys on perusta motivaation kehittymiselle kohden kiinnostavia elämänhaasteita, jotka kasvattavat ja kypsytävät yksilön potentiaalin täyteen voimaansa. Tavoitteiden on tärkeää olla itse valittuja, sisäsyntyisen tai hyvin integroituneen ulkoisen motivaation synnyttämiä, harmoniassa perustarpeiden ja omien arvojen ja kiinnostuksen aiheiden kanssa (Vásquez & Hervás, 2008). Sisäsyntyisten tavoitteiden motivoiva toiminta on positiivisessa yhteydessä koettuun hyvinvointiin ja käänteisesti masennukseen ja ahdistukseen, kun taas ulkoisten tavoitteiden ohjaama toiminta on negatiivisessa suhteessa hyvinvointiin (Kasser and Ryan, 1993, 1996; Ryan, Sheldon, Kasser, & Deci, 1996). Itsemääräytymisteorian mukaan perustarpeiden tyydytys edistää sekä subjektiivista että psykologista hyvinvointia (Ryan & Deci, 2001). Positiivista motivaatiota edistää ympäristö, joka tukee ja arvostaa autonomian ja kompetenssin tarpeita ja tarjoaa turvallisen liittymisen ja kuulumisen kokemuksen (Ryan & Deci, 2000).

Ryhmäkuntoutusmalli Balanssin käyttöteoria perustuu ajatukselle kolmen perustarpeen keskinäisestä tasapainosta. Työimun edistämiseen keskittyminen saattaisi altistaa perustarpeiden keskinäisen tasapainon vinoutumalle eikä siten edistäisi kestävästä hyvinvointia eikä kestävästä työkykyä, vaikka saattaisi lyhyellä tähtämellä tuottaa vahvaa tulosta työssä. Työelämän muutokset ovat lisääntyvässä määrin ennakoimattomia, hyvinkin organisaatio saattaa nopeasti kadota markkinoilta, kokenut ja pätevä ammattilainen saattaa yhtäkkiä huomata olevansa työtön. Siksi hyvinvoinnin ja toimintakyvyn on tärkeää perustua työelämää laajemmalle perustukselle, josta on aktiivisesti pidettävä huolta jatkuvasti.

## 1.7 Ryhmäpsykoterapia

Balanssihankkeen ryhmäpsykoterapeuttisina menetelminä olivat ryhmäanalyysi ja psykodraama (tarkempi kuvaus luvussa 2.4.1.). Yalom (2005) määrittelee useita yleisiä ryhmäterapiassa vaikuttavia terapeuttisia tekijöitä. Ryhmässä osallistuja tajuaa ongelmien olevan universaaleja, eli kaikilla on ongelmia. Voivessaan auttaa toisia ryhmäläisiä hän kokee altruistista tyydytystä, ryhmässä saa rohkaisua toipumisen suuntaan mikä herättää toivon. Lisääntyvä tieto miten elää ongelmien kanssa edistää toipumista. Kun ryhmäläinen oppii uusia tapoja puhua tunteista ja tärkeistä huolista, hänen sosiaaliset taidot kehittyvät. Puhuminen purkaa tunneperäisiä jännitteitä ja vahvistaa ryhmään kuulumisen tunnetta. Ryhmässä tapahtuu mallioppimista, eli toisten käytöksestä ja toipumisen kokemuksista osallistuja saa aineksia omaan toipumiseen. Lapsuudenperheessä opittuja haitallisia rooleja opitaan tunnistamaan ja niille tulee mahdollisuus korjautua. Ryhmäterapiassa olemassaoloon ja kuolemaan liittyvien elämän peruskysymysten käsittely vahvistaa elämän merkityksellisyyden kokemusta.

Koheesio on keskeisin ja eniten tutkittu ryhmädynamiikkaa kuvaava käsite ryhmäpsykoterapeuttisessa kirjallisuudessa (Butler & Fuhrman, 1983; Eisman, 1959; Festinger, Back, & Schachter, 1959; Gruen, 1965; Yalom & Leszcz, 2005) Koheesiota pidetään tärkeimpänä ryhmäterapian positiivisten vaikutusten osatekijänä. Käsitteen moniulotteisuuden ja yhtenäisen määritelmän puuttumisen vuoksi muita paremmin määriteltyjä käsitteitä on tuotu sosiaalipsykologian ja organisaatiopsykologian alueelta ryhmädynaamikan tutkimiseksi, kuten ryhmän homogeenisuus, ryhmäläisten tavoitteiden keskinäisriippuvuus (task interdependence) ja samaistuminen ryhmään (group identification) (Hornsey, Dwyer, & Oei, 2007). Balanssihankkeessa käytettiin ryhmäprosessin tutkimisessa Julkusen ja kumppaneiden (2006, 2013) kehittämää ryhmäkoheenssin käsitettä kuvaamaan ryhmäläisten suhteen kehittymistä ryhmään.

Meta-analyysit ryhmäpsykoterapian vaikuttavuudesta ovat osoittaneet sen tehon mm. masennuksen hoidossa (Huntley, Araya & Salisbury, 2012; McDermut, Miller & Brown, 2001; McRoberts, Burlingame & Hoag, 1998). Sekä lyhyt- että pitkäaikaisessa seurannassa sen hyödyt ovat pysyneet.

## 1.8 Työuupumuksen kuntoutus

Suomessa Työterveyslaitoksen luomassa kuntoutusmallissa työuupumusta pyritään vähentämään kolmiportaisesti. Ensimmäisessä vaiheessa pyritään ehkäisemään ongelman muodostuminen ja silloin toimenpiteet kohdistuvat jokaiseen työntekijään (primaaripreventio). Toisessa vaiheessa kohteena ovat riskiryhmässä olevat tai jo oireilevat mutta vielä hyväkuntoiset työntekijät (sekundaaripreventio), ja kolmannessa vaiheessa kohteena ovat jo pitkään oireilleet ja työkyvyttään alentuneet tai työkyvyttömät työntekijät (tertiaripreventio) (Ahola, K., 2006). Systemaattisessa katsauksessa uupumuksen ehkäisyyn suunnatusta 25:stä hankeesta 68% onnistui vähentämään työuupumusta (Awa, Plaumann, & Walter, 2010). Tehokkaimpia olivat hankkeet, jotka kohdistuivat sekä yksilöön että organisaatioon. Toisessa katsauksessa (Westermann, Kozak, Harling & Nienhaus, 2012) tutkittiin vanhustyön parissa työskentelevien hoitajien kuntoutusta ja todettiin, että seitsemän 16:sta interventiosta vähensi henkilökunnan työuupumusta. Näistä kymmenen oli satunnaistettuja ja kontrolloituja interventioita, ja niistä vain kolmessa oli positiivinen tulos. Myös tässä katsauksessa organisaatioon ja yksilöön samanaikaisesti suuntautuneet hankkeet olivat tuloksiltaan kestävämpiä kuin pelkästään yksilöön kohdistuneet. Ruotsalaisessa tutkimuksessa (Karlson ym., 2010) organisaatioon suuntautuneessa interventiossa kuudessa kuukaudessa palasi kaksi kertaa enemmän työuupumuksen vuoksi työstä poissaolijoita työhön kuin vertailuryhmässä. Puolentoista vuoden kuluttua interventioryhmäläisistä 89% oli työssä ja verrokeista 73%.

Tuoreessa systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä Ahola, Topila-Tanner ja Seppänen (2017) kävivät läpi 4430 tutkimusta, jotka jotenkin liittyivät työuupukseen. Niistä riittävät tieteelliset kriteerit täytti 18 kontrolloitua satunnaistettua interventiota, joista 14 oli pelkästään yksilöön kohdistuvia ja neljässä oli lisäksi mukana organisaatioon kohdistuva interventio. Interventiot olivat hyvin erilaisia sisällöltään ja niiden vaikutukset olivat vaihtelevia. Näistä neljä tutkimusta seuloutui meta-analyysiin, joka osoitti ettei kyseisen kaltaisilla interventioilla kyetty lievittämään työuupumusta. Vertailun tekemistä vaikeutti työuupumuksen määrittelyn ja mittaamisen kirjavuus, kuntoutusmenetelmien ja tulosten raportoinnin vaihtelevuus. Tutkijat totesivat, ettei käytettävissä olevan tutkimusaineiston pohjalta ole mahdollista laatia yleisiä suosituksia miten kuntouttaa työuupuneita. Nykytutkimusten tulokset ovat keskenään ristiriitaisia mutta viittaavat siihen, ettei pelkkä yksilöön kohdistuva interventio ole riittävä lievittämään työuupumusta pitkäjänteisesti.

Balanssikuntoutusryhmien tavoitteet muodostuivat psykologisen pääoman keskeisten käsitteiden, koherenssintunteen, psykologisen hyvinvoinnin ja psykologisten perustarpeiden kautta:

- (1) työn, sosiaalisten suhteiden ja oman autonomisen elämän keskinäisen tasapainon tutkiminen omassa elämässä
- (2) konkreettiset käytännön tavoitteet paremman tasapainon saavuttamiseksi em. perustarpeiden suhteen



- (3) positiivisuuden ja toivon vahvistaminen
- (4) palautumiskyvyn kannalta keskeisten myönteisten vuorovaikutussuhteiden luomisen ja ylläpitämisen taidon kehittäminen tärkeisiin ihmisiin
- (5) itsensä hyväksyntä toisten tuella
- (6) oman autonomian vahvistaminen eli kyky ajatella ryhmässäkin itse
- (7) elämän tarkoituksen tutkiminen omakohtaisesti
- (8) ihmisenä kasvaminen

## 1.9 Tutkimuskysymykset ja hypoteesit

### 1.9.1 Osatutkimukset I ja II

Osatutkimusten I ja II tarkoituksena oli vastata kahteen tutkimuskysymykseen: (1) Onko kahdella erilaisella ryhmämenetelmällä (ryhmäanalyttinen ja psykodraamamenetelmä) mahdollista edistää koherenssintunnetta ja psykologista hyvinvointia, ja (2) kehittykö koherenssitunne ja psykologinen hyvinvointi eri tavalla näissä kahdessa eri menetelmässä?

Tutkimushypoteesina oli (H1) että koherenssitunne ja psykologinen hyvinvointi voi merkittävästi vahvistua yhdeksän kuukauden mittaisessa ryhmäpsykoterapeuttisessa interventiossa. Perusteena oli että koherenssitunne voi merkittävästi vaihdella eri elämäntilanteissa (Antonovsky, 1987, 1991). Lisäksi koherenssitunteeseen on kyetty vaikuttamaan erilaisilla muilla interventioilla (Blomberg ym., 2001; Langeland ym., 2006; Weissbecker ym., 2002).

Toinen hypoteesini (H2) oli, että ryhmäanalyttisessä ja psykodraamar ryhmässä koherenssitunne ja psykologinen hyvinvointi muuttuvat eri tavalla. Oletus perustuu menetelmien erilaiseen toimintatapaan. Psykodraamallisessa menetelmässä ryhmänohjaajat antavat työskentelyaiheita ja työskentelyssä käytetään erilaisia apuvälineitä helpottamaan ajatusten ja tunteiden ilmaisua luomalla symbolista etäisyyttä vaikeisiin aiheisiin, ja ohjaajien aktiivinen tuki helpottaa menetelmän nopeaa oppimista. Ryhmäanalyttinen menetelmä puolestaan perustuu avoimelle ja vapaalle keskustelulle. Keskustelunaiheet ryhmä joutuu itse kehittämään eikä ohjaajien rooli ole niin keskeinen kuin psykodraamamenetelmässä. Menetelmän käytön oppiminen vie enemmän aikaa. Oletimme, että psykodraamamenetelmällä ohjatussa ryhmässä koherenssitunne ja psykologinen hyvinvointi vahvistuvat nopeammin ja enemmän kuin analyttisessä ryhmässä, mutta toisaalta analyttisen ryhmän kehitys olisi vahvempaa intervention loppuvaiheessa. Kehitys näkyisi vielä seurantavaiheessa. Tämä hypoteesi perustui ajatukseen, että koska analyttisen menetelmän oppiminen vaati enemmän vaivannäköä ja korosti enemmän ryhmäläisen omaa vastuuta sen vaikutus tulisi hitaammin mutta jatkuisi pidempään.

### 1.9.2 Osatutkimus III

Kolmannen osatutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ryhmäkoherenssin käsitteen ja mittarin soveltuvuutta ryhmädynamiikan kehittymisen seuraamiseen. Ryhmäkoherenssin tutkimusmenetelmä on kehitetty Kuntoutussäätiössä ja sitä on käytetty erilaisten ryhmäkuntoutusmenetelmien (mm. syöpä- ja sydänpotilasryhmät) arviointiin (Julkunen ym., 2006, 2013). Tässä osatutkimuksessa tutkittiin ryhmäkoherenssin, koherenssintunteen ja ryhmänohjaajiin liittyvän tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden kehittymistä ja keskinäistä suhdetta intervention aikana kaksitasomallin (vaihtelu eri yksilöiden välillä ja eri terapiapäivien välillä) avulla. Hypoteesimme oli, että osallistujan kokemat ryhmäkoherenssin muutokset prosessin aikana olisivat yhteydessä hänen kokemaansa koherenssintunteeseen ja ohjaajiin liittyviin tyytyväisyyden kokemuksiin.

## 2 MENETELMÄT

Tässä esiteltävä tutkimus on osa laajempaa Balanssihankeeseen tutkimusaineistoa, joka kerättiin 1999-2001 kahdeksasta interventoryhmästä ja kontrolliryhmästä. Toimin Balanssihankeeseen koordinaattorina ja osallistuin neljän ryhmäanalyytin ryhmän ohjaamiseen toisena ohjaajana. Tutkimuksen suunnittelusta ja materiaalin keräämisestä vastasi Helsingin Yliopiston psykologian laitos.

### 2.1 Tutkittavat

Osallistujat valittiin Medivire Työterveyspalvelut Oy:n pääkaupunkiseudun työterveyshuoltoasiakkaista. Tutkimukseen valittiin 94 osallistujaa, valintakriteerinä oli vakavat työuupumusoireet, jotka mitattiin Bergen Burnout Inventorilla (Matthiesen & Dyregrov, 1992). Seuraavaksi valittiin 62 vakavimmin oirehtivaa osallistujaa satunnaistetusti kahdeksaan interventoryhmään (neljä ryhmäanalyyttistä ja neljä psykodraamaryhmää) ja loput 32 osallistujaa jäivät kontrolliryhmäksi. Interventioon osallistujat kävivät läpi kahden ohjaajan haastattelun, jossa arvioitiin osallistujan soveltuvuus ryhmässä työskentelyyn ja toisaalta kerrottiin osallistujalle ryhmien toiminnan periaatteet yleisellä tasolla. He olivat iältään 33-59 vuotta (keskiarvo=48, 73% naisia, 27% miehiä), ja he työskentelivät eri julkisen sektorin aloilla kuten poliiseina ja verovirkailijoina. 45% oli yliopistotutkinto, 21% polytekninen tutkinto, 16% oli ammatillinen tutkinto ja 16% oli vailla ammatillista koulutusta. Osallistujat valittiin pääkaupunkiseudun valtionhallinnon työntekijöistä, jotka olivat normaaleissa terveystarkastuksissa täyttäneet työuupumusta kartoittaneen kyselyn ja olivat vapaaehtoisia osallistumaan tutkimukseen. Otoksen edustavuutta kyseisessä kohderyhmässä voi pitää hyvänä, koska terveystarkastukset kattavat koko henkilöstön. 42% osallistujista käytti mielialalääkettä, 8% ahdistusta lievittävää lääkitystä ja 5% unilääkitystä. Analyytisissä ryhmissä aloitti 32 osallistujaa, joista seitsemällä oli poissaoloja vähintään kolmannes ryhmätapaamisista, ja psykodraamaryhmissä aloitti 30 osallistujaa, joista kuusi oli poissa vähintään kolmanneksen tapaami-

sista. Nämä poissaolijat jätettiin pois lopullisista analyysistä, samoin kontrolliryhmästä jätettiin neljä osallistujaa pois tuloksista puuttuneiden mittausten vuoksi.

Kahdeksan interventoryhmän osallistujat satunnaistettiin seuraavasti: (1) vähemmistönä olleet miehet valittiin ensin, (2) seuraavaksi valittiin samassa organisaatiossa työskennelleet ja (3) lopuksi kaikki muut. Siten varmistettiin miesten jakautuminen tasaisesti kaikkiin ryhmiin ja että samassa organisaatiossa työskentelevät eivät joudu luottamuksellisuuden suhteen ristiriitoihin. Seuraavaksi nämä kahdeksan ryhmää satunnaistettiin kahteen eri ryhmämenetelmään, neljä ryhmäanalyttistä ryhmää joissa jokaisessa kahdeksan jäsentä, ja neljä psykodraamaryhmää, joissa kahdessa kahdeksan ja kahdessa seitsemän jäsentä. Kontrolliryhmään valittiin 32 jäsentä samoin kriteerein kuin interventoryhmä samalta alueelta työterveyshuollon asiakkaista. Heidän ikänsä vaihteli 31-58 vuoden välillä (keskiarvo 47v, naisia 78% ja miehiä 22%) Kontrollit olivat aktiivisessa hyvin toimivan työterveyshuollon hoidossa, jokaisella oli mahdollisuus hakeutua tarvittaessa ilman viiveitä työterveyslääkärin tai -psykologin vastaanotolle milloin tahansa. Tätä mahdollisuutta käytti 67% kontrolliryhmäläisistä, keskimäärin 6,6 käyntiä seurannan aikana. Kontrolleista 30% käytti mielialalääkitystä, 7% ahdistusta lievittävää lääkitystä ja 4% unilääkkeitä. Emme voineet tehdä aitoa satunnaistamista käytännön eettisistä syistä; uupuneempien oli päästävä nopeammin kuntoutukseen kuin vähemmän uupuneiden, joilla oli myöhemmin mahdollisuus osallistua vastaavaan ryhmäkuntoutukseen. Kontrolli- ja interventoryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti sukupuolen, iän, ammatillisen koulutuksen, parisuhdestatuksen tai lasten lukumäärän suhteen. Lääkitystä käyttävien määrissä ei myöskään ollut tilastollisesti merkittävää eroa. Jokainen osallistuja sai henkilökohtaisen perusteellisen johdatuksen tutkimukseen ja jokaiselta pyydettiin kirjallinen lupa tutkimustulosten tieteelliseen käyttöön.

## 2.2 Tutkimusmenetelmät ja muuttajat

### 2.2.1 Ryhmäinterventiot

Interventiot toteutettiin 16 erillisenä päivänä siten, että jokaisen päivän välissä oli kaksi viikkoa. Jokainen päivä koostui neljästä työskentelyjaksosta, jokainen puolentoista tunnin mittainen. Päivän aikana pidettiin tunnin lounastauko ja kaksi puolen tunnin kahvitaukoa jaksojen välissä. Jokainen ryhmä alkoi maaliskuussa ja päättyi joulukuussa, välissä oli kahdeksan viikon kesätauko kesäelokuussa. Kaikissa ryhmissä oli kaksi ohjaajaa, ryhmäanalyttisiä ryhmiä ohjasivat mies- ja naisohjaaja, molemmat koulutukseltaan lääkäreitä ja ryhmäanalyttikkoja, psykodraamaryhmiä ohjasivat kaksi naisohjaajaa, toinen koulutukseltaan psykologi ja toinen fysioterapeutti, molemmat koulutettuja psykodraamaohjaajia. Kaikki ohjaajat olivat keski-ikäisiä ja heillä oli monivuotinen kokemus työterveyshuollossa ja Balanssin kaltaisten ryhmien ohjaamisesta.

Balanssiryhmien aikarajat olivat hyvin tarkkoja, ryhmä alkoi ja päättyi aina sovittuna hetkenä täsmällisesti. Ryhmän sisäinen prosessi oli sen sijaan ainutlaatuinen eikä koskaan toistunut samanlaisena ryhmästä toiseen, koska osallistujat olivat ainutlaatuisia ja heidän keskinäinen dynamiikkansa lopulta synnytti ryhmän vaikutukset. Jotta tällainen menetelmä olisi kuitenkin lopputuloksiltaan toistettavissa ja ohjattavissa, se edellyttää ohjaajilta hyvää koulutusta. Koulutus perustuu osallistumiseen omaan henkilökohtaiseen ryhmäpsykoterapeuttiseen prosessiin ja kokeneiden kouluttajien ohjauksessa oman ryhmän ohjaamiseen. Tällöin kokemuksen kautta ohjaajat oppivat luottamaan luovan ryhmäprosessin toimivuuteen ja omaan kykyyn ohjata sitä. Lisäksi on tärkeää, että Balanssiryhmän ohjaajat ovat kokeneita työterveyshuollon ammattilaisia, jotta heillä olisi kokemukseen perustuva ymmärrys monenlaisten työorganisaatioiden dynamiikasta.

Balanssiryhmien käyttöteorian taustalla oli itsemääräytymisteoria (SDT), joka perustuu kolmeen psykologiseen perustarpeeseen – kyvykkyyteen (Harter, 1978; White, 1963), yhteisöllisyyteen (Baumeister & Leary, 1995; Reis, 1994) ja omaehtoisuuteen (deCharms, 1970; Deci, 1976). Niiden ajatellaan olevan välttämättömiä optimaalisen kasvun ja eheytyksen kannalta, ja edistävän hyvää sosiaalista kehitystä ja persoonallista hyvinvointia (Ryan & Deci, 2000). Käytännössä jokainen tutki omalla kohdallaan miten käytti aikaansa työhön, ihmissuhteidensa hoitoon ja omien henkilökohtaisten tarpeiden hoitoon. Osallistuja laati omat henkilökohtaiset tavoitteensa parantaakseen näiden perustarpeiden keskinäistä tasapainoa. Molemmille menetelmille oli yhteistä näiden kolmen elämänalueen keskinäisen tasapainon ja kehittämismahdollisuuksien tutkiminen. Yhteistä oli myös osallistujien henkilökohtaisten uskomusten, arvojen ja käytäytymismallien tutkiminen ajatuksena oppia uusia hyvinvoinnista huolehtimisen vaihtoehtoja.

Koska osallistujista suuri osa oli vakavasti uupuneita, ryhmäintervention jälkeen tarjosimme jokaiselle mahdollisuuden yhteiseen tapaamiseen oman työterveysaseman lääkärin ja/tai psykologin ja toisen ryhmäohjaajan kanssa, jolloin oli mahdollisuus yhdessä pohtia mahdollisia tarvittavia jatkotoimia toipumisen tueksi. Lähes jokainen osallistuja käytti tätä mahdollisuutta hyväkseen.

Ryhmäanalyttinen menetelmä (Foulkes & Anthony, 1990) perustui vapaasti virtaavalle keskustelulle. Ohjaajien tärkein tavoite ja tehtävä ryhmässä on edistää tämän vapaasti virtaavan keskustelun syntymistä ja kehittymistä. Alkuvaiheessa se tapahtuu rohkaisemalla ryhmäläisiä ilmaisemaan itseään ja kiinnittämällä huomiota hiljaisimpiin osallistujiin, jotta kaikki pääsisivät mukaan. Jos hiljaisuus jonkin ryhmäläisen kohdalla pääsee jatkumaan kovin pitkään, voi kynnys mukaan keskusteluun tulolle nousta kohtuuttoman korkeaksi. Ryhmän syntymä tapahtui 1-4 työskentelypäivän kuluessa. Syntymälle oli tunnusmerkillistä me-hengen syntyminen. 'Me' muodosti jotakin, joka oli erilaista myönteisessä merkityksessä suhteessa 'muihin'. Ryhmien välillä oli suuria eroja miten nopeasti ja vahvasti ryhmäytyminen tapahtui. Mitä enemmän samankaltaisuutta (homogeenisuutta) sitä nopeampi ryhmäytyminen. Ja mitä vaikeampia aiempia kokemuksia ryhmäläisillä oli erilaisista sosiaalisista tilanteista elämässään,

sitä kauemmin kesti ryhmäytyminen. Tämän vaiheen onnistuminen on ryhmän vaikuttavuuden (terapeuttisuuden) kannalta on ratkaisevan välttämätön. Vaikuttu siltä, että joillekin ryhmäläisille se oli yksi harvoja myönteisiä ryhmäytymiskokemuksia elämässään. Ryhmän terapeuttien yksi keskeinen tehtävä oli säädellä rajoja ryhmässä. Työskentely edellyttää turvallisuutta, ja turvallisuus syntyy luottamuksesta suojaavien rajojen vahvuuteen. Kahden terapeutin systeemissä syntyi vahva luottamus ohjaajien kestävykseen ja kykyyn ylläpitää ryhmän rajoja. Ryhmäanalyttisessä ryhmässä tärkeitä rajoja ovat aikarajat, ryhmä alkaa ja päättyy sovituissa rajoissa, samoin tärkeää on korostaa ryhmän luottamuksellisuutta. Ryhmässä kuultua ja nähtyä ei kerrota ryhmän ulkopuolella, eikä ryhmässä tapahtuneita asioita käsitellä ryhmän ulkopuolella vaan ryhmässä. Prosessin edistyessä ja keskustelun päästyä kaikkien osalta hyvään vauhtiin ohjaajien roolin painopiste siirtyy kannustamisesta prosessin analysointiin, kuitenkin niin, että läpi koko intervention tärkeintä on vaalia hyvää vuorovaikutusta. Analysoinnissa tärkeää on painopisteen pitäminen vahvuuksien ja mahdollisuuksien esiin nostamisessa, huomion kiinnittämisessä osallistujan itsetuntoa vahvistaviin seikkoihin hänen ryhmään tuomissaan tarinoissa. Positiivisen ja kriittisen analyysin välinen suhde toimii parhaiten, kun kannustusta ja rohkaisua on viisi kertaa enemmän kuin kyseenalaistusta (Gottman, 1994; Losada 1999; Losada & Heaphy 2004).

Ryhmäanalyttisen ryhmän loppuvaiheessa käsitellään lähestyvää ryhmän loppumista ja luopumista. Tärkeää on yhdessä pohtia erilaisia tulevaisuuskuvia, vaihtoehtoisia mahdollisuuksia jatkossa pitää itsestä ja omista tarpeista parempaa huolta. Pohditaan konkreettisia mahdollisuuksia jatkaa omien kesken jääneiden ongelmien ratkomista, avun etsimistä jatkossa. Ohjaajien tehtävä tässä ryhmän lopetusvaiheessa on pitää päättymistä esillä. Loppuminen on kipeä ja vaikea asia ryhmässä, jossa on voinut kokea paljon sellaista hyvää, mitä aiemmin elämässään ei juurikaan ole saanut. Kuitenkin loppumiseen liittyy myös vapauttavia puolia, ja ryhmän päättymisen tekee mahdolliseksi luopumisen ja surun kautta sisäistää ryhmä pysyväksi muistoksi, sisäiseksi uudeksi rakenteeksi.

Psykodraamamenetelmät ovat kokemuksellisuuden kautta vaikuttavia menetelmiä. Ryhmään osallistujalla on mahdollisuus ymmärtää ja ilmaista itseään eri ilmaisutavoilla kuten sanallisesti kirjoittaen ja puhuen, kuvia tai mielikuvia käyttäen ja kehon reaktioita kuunnellen. Menetelmillä voidaan ulkoistaa eri tilanteiden nostattamia tunteita, mielikuvia ja ajatuksia. Ryhmässä voidaan esimerkiksi rakentaa yksilölle tärkeä konkreettinen tilanne menneisyydestä, nykyisyydestä tai tulevasta tarkasteltavaksi tässä ja nyt. Voidaan löytää myös ymmärrystä sille, miten varhaiset lapsuuden tai elämänkaaren muut merkittävät kokemukset vaikuttavat tämän hetken tilanteessa. Osallistujalla on mahdollisuus myös löytää ja harjoitella uusia toimintatapoja arkeen ja työhönsä. Vähi-tellen ryhmässä hahmottuu, mikä itsessä altistaa uupumukselle ja mikä altistus on työstä itsestään, työyhteisöstä tai sen rakenteista tulevaa, mihin voi itse vaikuttaa ja mihin ei. Työskentelyssä käytetään mm. pari- ja pienryhmätyöskentelyä, psykodraamaa, sosiadraamaa ja rooliharjoittelua. Menetelmillä etsitään

myös yhteyttä kehon ja mielen välillä, esimerkiksi miten keho reagoi mielikuviin, ajatuksiin ja tunteisiin eri tilanteissa (Blatner, 1996).

Psykodraamaryhmän työskentelyvalmiuden rakentaminen tapahtuu 1.-4. ryhmäkerralla. Luottamuksen rakentaminen, ryhmän ryhmäytyminen ja tehtävään sitoutuminen ovat tämän vaiheen tärkeimmät ohjaajien tehtävät. Tutustutaan ryhmään, työskentelymetodeihin, omiin tunteisiin, ajatuksiin, kehon reagointiin, tilanteisiin ja omaan elämäntarinaansa. Osallistujat keskittyvät myös oman työskentelyteeman etsimiseen. Työskentelyn päävaihe tapahtuu 5.-12. ryhmäkerralla, jolloin keskeisin menetelmä on antaa jokaiselle osallistujalle oma kokonainen ryhmäpäivä hänen keskeisille ongelmilleen ja tavoitteilleen. Tällöin ohjaajat auttavat päähenkilöä dramatisoimaan hänen valitsemaansa uupumuksen kannalta keskeisimmän roolikonfliktin elämässään. Päivä alkaa aina lämmittelyllä, jolloin ryhmäläiset virittäytyvät jakamalla ajankohtaisia kuulumisiinsa ryhmäpäivien väliseltä ajalta, musiikkia ja piirtämistä voidaan käyttää apuna. Varsinainen päähenkilötyöskentely alkaa kun ryhmä on hyvin vireessä. Päivän viimeisessä jaksossa puidaan päivän kokemuksia ja kootaan yhteen päähenkilön työskentelyssä esiin nousseita uusia merkityksiä liittyen hänen henkilökohtaiseen historiaansa.

Psykodraamaryhmän loppuvaiheessa 13.-16. ryhmäkerralla keskitytään vahvistamaan ja realisoimaan löytyneitä uusia vahvuuksia ja selviytymisen keinoja. Ryhmän loppumista pidetään esillä ja jatkoa pohditaan miten muuttaa käyttäytymistään tulevaisuudessa ryhmän jälkeen niin, että aktiivisesti pitää huolta omista tarpeistaan ja voimavaroistaan. Myös uupumisen varhaisten merkkien tunnistamista pohditaan.

### 2.2.2 Mittarit

Työuupumusta mitattiin Bergen Burnout Indicatorilla (BBI), joka on Norjassa kehitetty mittari ja jolla on todettu olevan hyvä reliabiliteetti ja validiteetti (Matthiesen & Dyregrov, 1992). Mittarin pohjana on työuupumuksen kolmiulotteinen malli, jossa uupumus muodostuu uupumusasteisesta väsymyksestä, lisääntyneestä kyynisyydestä ja ammatillisen tehottomuuden lisääntymisestä. Mittausajankohtana BBI:llä oli hyvä suomalaiseseen aineistoon perustunut vertailuaineisto, ja sen Cronbach alfa oli .80. BBI:n ja paljon käytetyn MBI:n (Maslach Burnout Inventory; Maslach ym., 1996) korrelaatio oli .80.

Ensimmäisessä osatutkimuksessa koherenssin tunteen mittaamiseksi käytettiin 13-osaista mittaria (Orientation to Life -kysely; Antonovsky, 1987). Mittaus tehtiin ennen ryhmän alkua, sen puolivälissä ennen kesätaukoa, ryhmäintervention loputtua ja kuuden kuukauden kuluttua ryhmän loppumisesta.

Mittari koostuu kolmesta ulottuvuudesta. (1) Ymmärrettävyys (viisi kysymystä): "Onko joskus tapahtunut että ihminen jonka luulit tuntevasi hyvin yllätti sinut käytöksellään?", (2) Hallittavuus (neljä kysymystä): "Onko joku johon luotit aiheuttanut sinulle pettymyksen?" ja Merkityksellisyys (neljä kysymystä): "Onko sinulla tunne ettet oikeastaan välitä mitä ympärilläsi tapahtuu?"

Osallistujia pyydettiin vastaamaan kysymyksiin seitseenportaisella skaalalla, ankkuroivina väittäminä 1= ei koskaan ja 7= aina. Kun viisi negatiivista osio-

ta käännettiin, kokonaissumma vaihteli 13:sta (matala koherenssitunne) 90:een (korkea koherenssitunne). Alkumittauksessa Cronbach alfa oli .90, toisessa mittauksessa (keskivaihe) .85, kolmannessa (loppumittaus) .81 ja seuranta-mittauksessa .83. SOC-13 mittarilla on melko korkea rakenteellinen validiteetti ja stabiilitteetti (Feldt, Leskinen, Kinnunen & Ruoppila, 2003), ja korkea reabilitteetti ja sisältö- ja näennäisvaliditeetti (Antonovsky, 1993, Callahan & Pincus, 1995).

Toisessa osatutkimuksessa psykologista hyvinvointia mitattiin Ryffin 84-osaisella mittarilla ennen intervention alkua, sen puolivälissä (kesätauon alkessa), intervention lopussa ja kuuden kuukauden seurantajakson jälkeen. Ryffin 84-osainen mittari on todettu rakenteeltaan validiksi mittariksi mittaamaan psykologista hyvinvointia yleisellä tasolla (Burns & Machin, 2009; Ryff & Keys, 1995). Mittari koostuu sarjasta väittämiä, jotka heijastavat psykologisen hyvinvoinnin kuutta ulottuvuutta: autonomiaa, ympäristön hallintaa, henkilökohtaista kasvua, positiivisia suhteita toisiin, elämän tarkoitusta ja itsensä hyväksyntää. Vastaajat arvioivat väitteet skaalalla 1:stä 6:een siten, että 1 merkitsee voimakasta erimielisyyttä ja 6 vahvaa samanmielisyyttä väittämän kanssa. Seuraavassa muutamia esimerkkejä Ryffin mittarin jokaiselta kuudelta osa-alueelta: Autonomia: "Luotan mielipiteisiini vaikka ne poikkeaisivat yleisestä mielipiteestä"; Ympäristön hallinta: "Yleisesti ottaen koen hallitsevani elämäni eri elämäntilanteissa"; Henkilökohtainen kasvu: "Mielestäni on tärkeää saada uusia kokemuksia, jotka haastavat ajattelutapasi itsestäsi ja maailmasta"; Positiiviset suhteet toisiin: "Ihmiset kuvaisivat minua anteliaaksi ihmiseksi, joka mielellään jakaa aikaansa toisten kanssa"; Elämän tarkoitus: "Jotkut ihmiset vaeltavat läpi elämän ilman päämäärää, mutta minä en kuulu heihin"; Itsensä hyväksyminen: "Pidän useimmista persoonallisuuteni puolista". Vastaukset laskettiin yhteen kaikissa kuudessa kategoriassa (puolet väittämistä oli käännettyjä). Jokaisessa kategoriassa korkeat pisteet merkitsivät vastaajan hallitsevan kyseisen osa-alueen elämässään. Vastaavasti matalat pisteet merkitsivät että vastaaja joutuu kamppailemaan selviytyäkseen kyseisellä osa-alueella elämässään.

Kolmannen osatutkimuksen ryhmäkoherenssi kuvaa miten osallistuja ymmärtää mitä ryhmässä tapahtuu, miten hän kykenee hallitsemaan tapahtumia ryhmässä, miten merkitykselliseksi hän kokee ryhmän suhteessa omiin tavoitteisiinsa ja miten tukea antavana hän kokee ryhmän (Julkunen ym., 2013). Ryhmäkoherenssin mittaamiseksi käytettiin 20-osioista kyselykaavaketta, jonka osallistajat täyttivät jokaisen interventiopäivän loppuksi, kahdeksan kertaa kevätkauden aikana ja kahdeksan kertaa syyskauden aikana. Skaala on kehitetty Kuntoutussäätiöllä arvioimaan erilaisia ryhmäkoherenssia erilaisissa ryhmäkuntoutusohjelmissa. Aiemmat tulokset ovat osoittaneet reliabiliteetin olevan hyvä ja että mittari on validi ryhmäkuntoutusmenetelmän vaikutuksen kuvaaja (Julkunen ym., 2013). Mittarilla on kolme samaa ulottuvuutta kuin yksilöllisessä SOC-13 mittarissa: Ymmärrettävyys (neljä kysymystä), Hallittavuus (kuusi kysymystä), Merkityksellisyys (neljä kysymystä), ja lisäksi neljäntenä ulottuvuutena koettu ryhmän tuki (kuusi kysymystä). Vastaajia pyydettiin vastaamaan kysymyksiin viisiportaisella semanttisen erottelun skaalalla, ankkuroivina fraa-



seina 1= ei ollenkaan ja 5= ehdottomasti kyllä. Kokonaissumma vaihteli 17 (matala koherenssitunne) ja 100 (korkea koherenssitunne) välissä. Cronbachin alfa vaihteli .88 ja .96 välillä eri mittauspisteissä. Vaikuttavuusmittareina tässä III osatutkimuksessa käytimme yksilöllistä koherenssitunnetta ja kolmea muuta kysymystä: (1) Koitko hyötynesi ryhmästä tänään? (2) Kuinka tyytyväinen olit terapeutteihin tänään? ja (3) Kuinka tyytymätön olit terapeutteihin tänään? Osallistujia pyydettiin vastaamaan kysymyksiin Borg'n CR 10 skaalalla (Borg, 1998). Näihin kolmeen kysymykseen vastattiin jokaisen terapiapäivän lopussa.

### 2.2.3 Tilastolliset analyysit

Ensimmäisessä osatutkimuksessa käytettiin Yleistettyä lineaarista mallia (Generalized linear model, GLM) mittaamaan koherenssitunteen tasoa ja muutosta kolmen ryhmän (kaksi interventioryhmää ja verrokkiryhmä) välillä kolmessa eri mittauspisteessä. Analyysit jatkettiin parivertailuna mitkä kaksi ryhmää eroavat toisistaan koherenssitunteen muutoksessa näissä mittauspisteissä. Erot testattiin käyttäen toistettua kontrastia osoittamaan tapahtuiko ero ensimmäisen ja toisen mittauspisteen vai toisen ja kolmannen välillä. Lopuksi GLM:ä käytettiin osoittamaan oliko koherenssitunteen muutos analyyttisen ja psyko-draamaryhmän välillä erilainen ryhmän lopussa tehdyn mittauksen ja kuuden kuukauden seurantamittauksen välillä. Cohen'n d:tä käytettiin arvioimaan muutoksen efektikoko.

Toisessa osatutkimuksessa intervention vaikutusta tutkittiin käyttämällä hierarkkista lineaarista mallia (HLM) Mplussalla (version 7) (Muthen and Muthen, 2012). Puuttuva tieto on oletettu olevan satunnainen (Missing at random, MAR). Normaalisuusoletuksen ollessa puutteellinen, käytettiin suurimman uskottavuuden estimointimenetelmää robusteilla keskivirheillä (MLR). Koska ryhmiä oli kolme, kontrolliryhmästä tehtiin vertailuryhmä ja analyyttisestä sekä toiminnallisesta ryhmästä tehtiin dummy-muuttujat. Ensin ryhmän ja ajan interaktio testattiin Waldin testillä. Jos yhdysvaikutus oli tilastollisesti merkitsevä, ryhmäeroja testattiin jokaisella mittausvälillä erikseen. Efektikoot laskettiin seuraavasti. Ryhmän sisäinen efektikoko Cohenin d laskettiin jakamalla keskimääräinen muutos pisteissä mittausten yhdistetyllä keskihajonnalla. Ryhmien mahdollisten lähtöpiste-erojen vuoksi, ryhmien välinen korjattu efektikoko laskettiin vähentämällä 6 kk:n seuranta- mittauksen keskimääräisestä ryhmäerosta, jossa jakajana oli ennen hoitoa -mittauksen yhdistetty keskihajonta, ennen hoitoa -mittauksen keskimääräinen ryhmäero (tässäkin jakajana oli ennen hoitoa -mittauksen yhdistetty keskihajonta). Korjatussa ryhmien välisessä efektikoossa 0.2 pidetään pienenä, 0.5 keskikokoisena ja 0.8 suurena efektikokona. Ryhmän sisäisessä efektikoossa 0.5 pidetään pienenä, 0.8 keskikokoisena ja 1.1 isona efektikokona (Roth & Fonagy, 2005; Öst, 2007).

Kolmannessa osatutkimuksessa analyysit tehtiin Mplus 6:lla (Muthén & Muthén, 1998-2010). Ryhmäkoherenssin yhteydet koettuun ryhmäpäivän hyötyyn, tyytyväisyyteen terapeutteihin, tyytymättömyyteen terapeutteihin ja yksilölliseen koherenssitunteeseen analysoitiin kaksitasomallin avulla laskemalla muuttujien väliset korrelaatiot. Kaksitasomallissa variaatio jaetaan vaihteluun

eri yksilöiden välillä (between variation) ja yksilön sisäiseen, terapiakerrasta toiseen tapahtuvaan vaihteluun (within). ICC (intra class correlation) on yksilöiden välisen varianssin suhde kokonaisvarianssiin. Estimointi suoritettiin suurimman uskottavuuden menetelmällä käyttäen robusteja keskivirheitä ja skaalattua khii-toiseen arvoa. Tämä estimointimenetelmä on soveltuva kun aineiston jakauma poikkeavat normaalijakaumasta. Puuttuvien tietojen oletettiin olevan satunnaisia (missing at random, MAR).

### 3 TUTKIMUSTULOKSET

#### 3.1 Koherenssintunteen kehittyminen kahden ryhmäintervention aikana

Ensimmäisessä osatutkimuksessa tutkittiin koherenssin tunteen muutosta kolmessa eri tutkimusryhmässä ja näiden ryhmien välisiä eroja (ryhmäanalyttinen, psykodraama- ja kontrolliryhmä). Tilastollinen analyysi osoitti, että koherenssintunteen muutos mitattuna ennen interventiota, puolivälissä ja intervention lopussa yhdeksän kuukauden mittaisessa interventiossa oli tilastollisesti merkitsevä ( $F(4,148)=2.65$ ,  $p=.036$ ) kolmen tutkimusryhmän välillä. Ryhmien parivertailu osoitti, että psykodraamaryhmässä koherenssintunne kasvoi intervention aikana merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmässä ( $F(2,49)=4.03$ ,  $p=.024$ ) ja analyyttisessä ryhmässä ( $F(2,46)=3.00$ ,  $p=.030$ ). Muutos analyyttisen ryhmän ja kontrolliryhmän välillä ei ollut intervention aikana merkitsevä. Koherenssintunne ryhmän loppumisesta kuuden kuukauden seuranta päivään oli merkitsevästi parantunut analyyttisessä ryhmässä (keskiarvo 3.69:stä 3.96:een, taulukko 1). Kokonaismuutos intervention alusta seuranta päivään oli analyyttisessä ryhmässä 0,71 ja psykodraamaryhmässä 0,47, ja kontrolliryhmässä muutos oli 0,09 alusta intervention loppuun (taulukko 1). Kontrolliryhmän osalta 6kk seuranta mittaus jäi saamatta.

Taulukossa 1 on esitetty koherenssintunteen keskiarvot ja keskihajonta intervention aikana ja sen jälkeen analyyttiselle, psykodraama- ja kontrolliryhmälle.

TAULUKKO 1 Muutokset koherenssin tunteessa kolmessa eri ryhmässä (ka=keskiarvo, kh=keskihajonta ja va=vaikutuksen suuruus)

	Ka	Kh	Va
<b>Analyyttinen (N=25)</b>			
ennen	3,41	0,73	0,19 <sup>a</sup>
keskellä	3,56	0,9	0,17 <sup>b</sup>
lopussa	3,69	0,62	0,35 <sup>c</sup>
6kk jälkeen	3,96	0,8	0,71 <sup>d</sup>
<b>Toiminnallinen (N=24)</b>			
ennen	3,91	0,64	-0,13 <sup>a</sup>
keskellä	3,81	0,59	0,67 <sup>b</sup>
lopussa	4,33	0,78	-0,08 <sup>c</sup>
6kk jälkeen	4,27	0,76	0,45 <sup>d</sup>
<b>Kontrolli (N=28)</b>			
ennen	3,91	0,94	-0,10 <sup>a</sup>
keskellä	3,83	0,89	0,19 <sup>b</sup>
lopussa	3,98	0,88	0,09 <sup>e</sup>

Huom. Vaikutuksen suuruus= kahden keskiarvon välinen ero jaettuna yhdistetyllä keskihajonnalla alussa; a = ennen vs. keskellä, b = keskellä vs. lopussa, c = lopussa vs. 6kk jälkeen, d = ennen vs. 6kk jälkeen, e = ennen vs. lopussa

Tutkimus tuki hypoteesia (H1), että tutkituilla ryhmäinterventioilla on mahdollista kehittää koherenssintunnetta. Psykodraamaryhmässä kehitys tapahtui yhdeksän kuukautisen intervention toisen puoliskon aikana ja ryhmäanalyttisessä ryhmässä suurin muutos tapahtui seuranta-aikana, mikä tuki toista hypoteesia (H2). Psykodraamatekniikkaa käyttävässä ryhmässä muutos on nopeampi kuin analyttisessä ryhmässä, mikä voidaan ymmärtää erilaisista toimintatavoista johtuvana. Toimintakeskeisessä psykodraamaryhmässä ohjaajat antoivat aktiivista tukea osallistujille ja apuna käytettiin monenlaisia tekniikoita, jotka helpottivat työskentelyn oppimista nopeasti. Vastaavasti dialogikeskeisessä analyttisessä ryhmässä työskentelyn oppiminen oli enemmän ryhmän ja osallistujien omalla vastuulla, vaikka ohjaajat olivatkin rohkaisemassa ja luomassa turvallista ilmapiiriä. Analyttisen ryhmän hitaampi koherenssintunteen kehitys ei kuitenkaan päättynyt ryhmäintervention loppumiseen, kuten kävi psykodraamaryhmässä, vaan jatkui edelleen ja oli kuuden kuukauden kuluttua ryhmän loppumisesta saavuttanut saman tason kuin psykodraamaryhmässä. Kokonaisefektissä intervention alusta seurantamittaukseen ei ollut eroa interventioryhmien välillä, mikä osittain kumosi kolmannen hypoteesimme (H3) siitä, että psykodraamamenetelmillä saavutettaisiin suurempi muutos. Hypo-

teesi kuitenkin toteutui siltä osin, että muutos tapahtui nopeammin interventi-  
on aikana psykodraamaryhmässä.

### **3.2 Psykologinen hyvinvointi työuupuneiden ryhmäpsykoterapeuttisessa interventiossa**

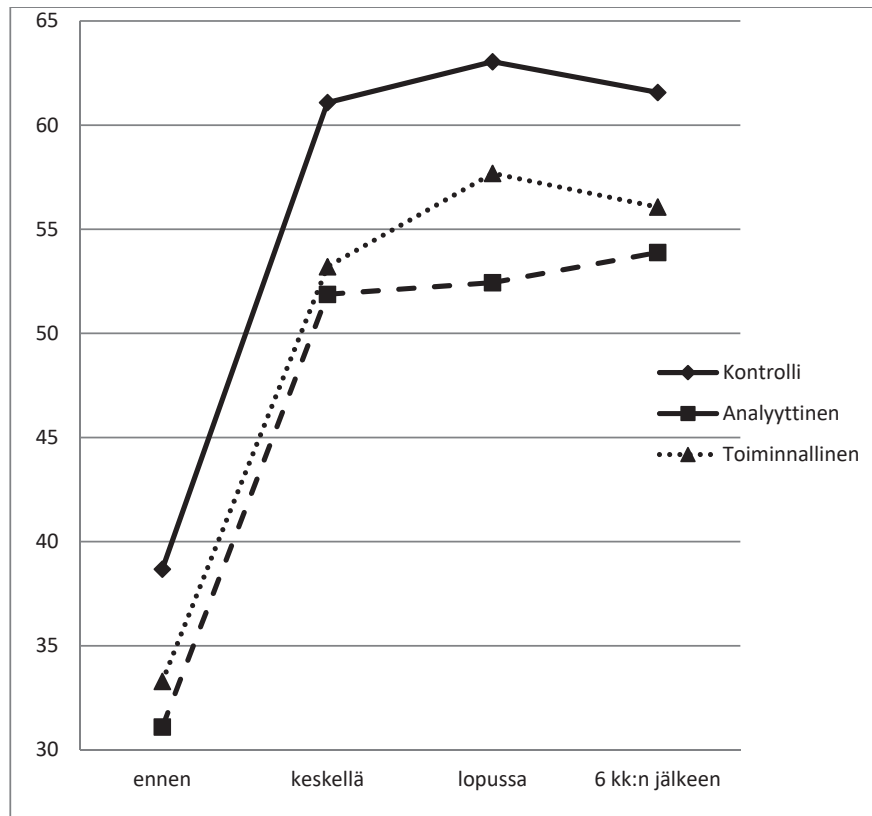
Toisessa osatutkimuksessa selvitimme psykologisen hyvinvoinnin muutosta intervention aikana ja 6kk seuranta-ajan jälkeen kolmessa eri tutkimusryhmässä (ryhmäanalyttinen, psykodraama- ja kontrolliryhmä). Ryffin psykologisen hyvinvoinnin mittari muodostuu kuudesta faktorista. Alkumittauksessa kontrolliryhmän lähtöarvot olivat merkittävästi korkeammat kuin interventioryhmässä (taulukko 2). Faktorissa Autonomia kontrolliryhmä erosi keskiarvoltaan sekä analyttisestä (estimaatti=7.577,  $p<0.001$ ) että psykodraamaryhmästä (estimaatti=5.392,  $p<0.001$ ). Kontrolliryhmällä oli korkeimmat lähtöpistemäärät ja analyttinen sekä psykodraamaryhmä eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Faktorissa Ympäristön hallinta kontrolliryhmä erosi keskiarvoltaan analyttisestä (estimaatti=8.292,  $p<0.001$ ), mutta ei toiminnallisesta ryhmästä. Analyttinen ja psykodraama ryhmä erosivat myös toisistaan (estimaatti=4.795,  $p=0.016$ ). Kontrolliryhmällä oli korkeimmat lähtöpistemäärät ja analyttisessä ryhmässä matalimmat lähtöpistemäärät. Faktorissa Henkilökohtainen kasvu kontrolliryhmä erosi keskiarvoltaan analyttisestä (estimaatti=11.114,  $p<0.001$ ) sekä toiminnallisesta (estimaatti=8.048,  $p<0.001$ ) ryhmästä. Kontrolliryhmällä oli korkeimmat lähtöpistemäärät tässä mittarissa ja analyttinen sekä psykodraamaryhmä eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Faktorissa Elämän tarkoitus kontrolliryhmä erosi keskiarvoltaan analyttisestä (estimaatti=14.277,  $p<0.001$ ), sekä toiminnallisesta (estimaatti=9.335,  $p<0.001$ ) ryhmästä. Analyttinen ja psykodraamaryhmä erosivat myös toisistaan (estimaatti=4.942,  $p=0.038$ ). Kontrolliryhmällä oli korkeimmat lähtöpistemäärät ja analyttisessä ryhmässä matalimmat lähtöpistemäärät. Faktorissa Positiiviset suhteet toisiin kontrolliryhmä erosi keskiarvoltaan analyttisestä (estimaatti=13.763,  $p<0.001$ ) sekä toiminnallisesta (estimaatti=10.111,  $p<0.001$ ) ryhmästä. Kontrolliryhmällä oli korkeimmat lähtöpistemäärät ja analyttinen sekä psykodraamaryhmä eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Faktorissa Itsensä hyväksyminen kontrolliryhmä erosi keskiarvoltaan analyttisestä (estimaatti= 13.917,  $p<0.001$ ) sekä toiminnallisesta (=10.238,  $p<0.001$ ) ryhmästä. Tässä Faktorissa kontrolliryhmällä oli korkeimmat lähtöpistemäärät ja analyttinen sekä psykodraamaryhmä eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. (taulukko 2)

TAULUKKO 2 Muutokset psykologisen hyvinvoinnin kuudella osa-alueella kolmessa eri ryhmässä.

	ennen ka (kh)	keskellä ka (kh)	lopussa ka (kh)	6kk jälkeen ka (kh)	korjattu ryhmien välinen D	Waldin Testi Df=6	P-arvo
<b>Autonomia</b>						10.928	0.0906
Kontrolli	38.682 (7.414)	61.084 (10.117)	63.046 (10.15)	61.569 (10.382)			
Analyyttinen	31.103 (5.389)	51.876 (7.956)	52.438 (7.529)	53.884 (8.076)	0.017		
Toiminnallinen	33.288 (6.324)	53.201 (7.064)	57.684 (8.498)	56.067 (6.464)	0.017		
<b>Ympäristön hallinta</b>						4.051	0.6697
Kontrolli	61.463 (10.30)	60.910 (9.29)	62.782 (9.87)	61.954 (10.82)			
Analyyttinen	53.171 (6.939)	53.224 (7.227)	55.437 (7.972)	55.595 (7.852)	0.224		
Toiminnallinen	57.966 (8.377)	57.260 (6.905)	60.359 (7.565)	58.573 (7.095)	0.012		
<b>Henkilökohtainen kasvu</b>						12.202	0.0576
Kontrolli	61.406 (11.478)	61.119 (11.095)	61.347 (10.619)	62.637 (13.116)			
Analyyttinen	50.293 (6.246)	51.592 (8.175)	52.459 (7.856)	54.415 (8.700)	0.326		
Toiminnallinen	53.358 (7.078)	55.689 (7.422)	58.609 (7.303)	57.293 (7.424)	0.291		
<b>Elämän tarkoitus</b>						8.563	0.1997
Kontrolli	59.852 (12.095)	59.699 (11.586)	60.779 (13.366)	61.046 (12.020)			
Analyyttinen	45.581 (7.658)	47.594 (9.526)	49.062 (10.556)	50.894 (9.656)	0.417		
Toiminnallinen	50.517 (10.520)	51.324 (8.873)	54.044 (9.475)	52.717 (9.399)	0.089		
<b>Positiiviset suhteet toisiin</b>						3.890	0.6915
Kontrolli	59.705 (10.589)	60.017 (11.240)	61.431 (11.307)	59.820 (11.983)			
Analyyttinen	45.942 (7.983)	47.874 (10.769)	48.562 (9.055)	49.362 (10.870)	0.356		
Toiminnallinen	49.595 (8.356)	51.622 (9.089)	53.624 (10.436)	53.220 (9.485)	0.370		
<b>Itsensä hyväksyminen</b>						9.665	0.1395
Kontrolli	62.066 (11.438)	61.419 (12.093)	62.376 (12.699)	60.874 (10.518)			
Analyyttinen	48.149 (7.838)	48.406 (11.219)	50.009 (10.724)	51.171 (11.546)	0.437		
Toiminnallinen	51.828 (9.006)	53.859 (8.408)	55.943 (9.071)	54.855 (10.085)	0.412		

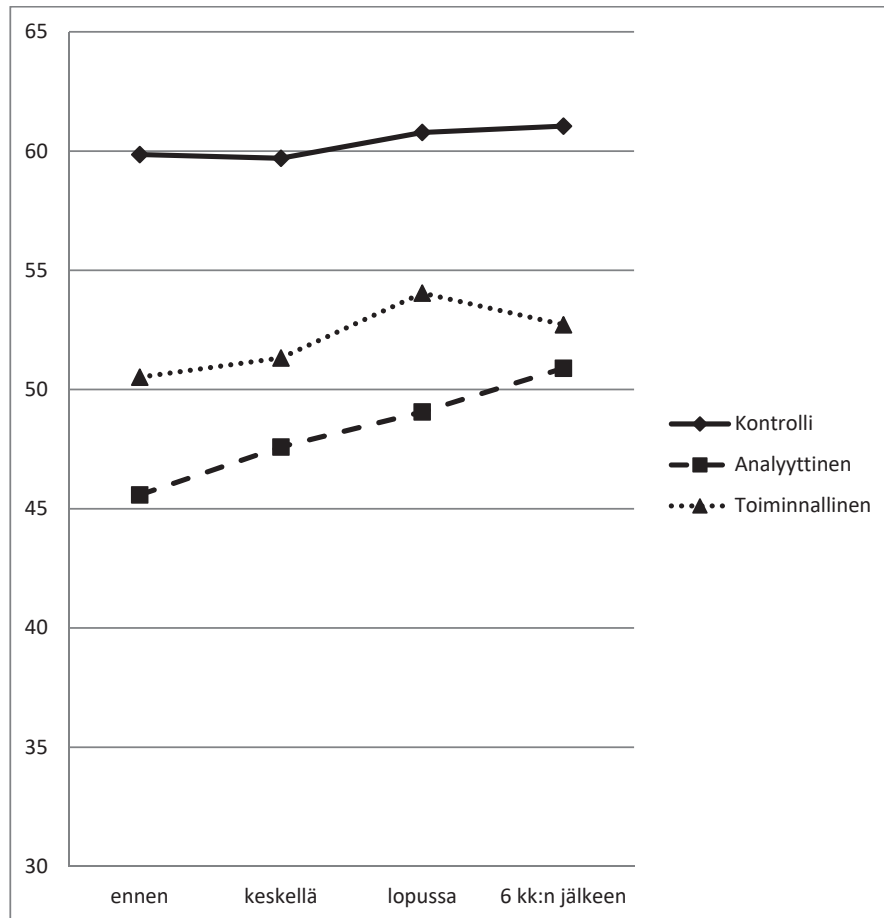
Huom. Keskiarvot (ka), keskihajonnat (kh) sekä Waldin testi ryhmäerolle muutoksessa. Ryhmien välinen korjattu vaikutuksen suuruus D on esitetty 6kk seurantamittaukselle, joka on korjattu ennen-mittauksen ryhmäerolla.

Waldin testi tuki nollahypoteesia, jossa ryhmillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa muutoksessa millään aikavälillä yhdessäkään psykologisen hyvinvoinnin kuudessa osiossa. Kuitenkin parametrien estimaattien mukaan faktorissa Autonomia (kuva 1) mittausten keski-loppu välillä toiminnallisen ryhmän keskimääräinen muutos erosi kontrolliryhmän keskimääräisestä muutoksesta (estimaatti=3.173,  $p=0.018$ ), jolloin molempien ryhmien muutos oli positiivista, mutta toiminnallisen ryhmän muutos oli suurempaa.



KUVIO 1 Autonomian kehitys kolmessa ryhmässä intervention aikana

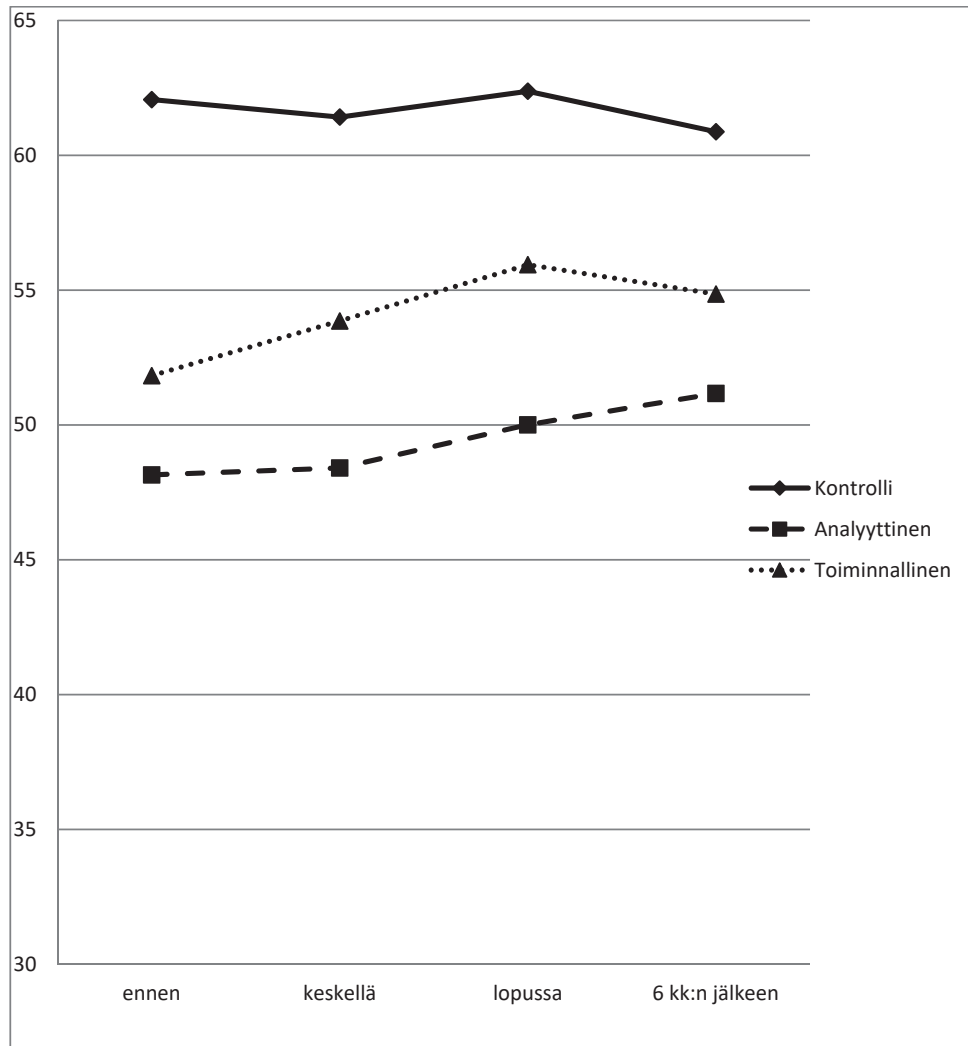
Toiminnallinen ryhmä erosi keskimääräisessä muutoksessa analyttisestä ryhmästä keski-loppu välillä (estimaatti=3.923,  $p=0.006$ ), jolloin molempien ryhmien keskimääräinen muutos oli positiivista, mutta toiminnallisessa ryhmässä muutos oli suurempaa. Lisäksi psykodraamaryhmä erosi keskimääräisessä muutoksessa analyttisestä ryhmästä välillä loppu-seuranta (estimaatti=3.097,  $p=0.050$ ), jolloin analyttisen ryhmän keskimääräinen muutos oli positiivista ja toiminnallisen ryhmän muutos negatiivista. Faktorissa Elämän tarkoitus (kuva 2) psykodraamaryhmä erosi keskimääräisessä muutoksessa analyttisestä ryhmästä loppu-seuranta välillä (estimaatti=3.357,  $p=0.027$ ), jolloin analyttisen ryhmän muutos oli positiivista ja toiminnallisen ryhmän muutos negatiivista.



KUVIO 2 Elämäntarkoituksen muutos kolmessa ryhmässä intervention aikana

Faktorissa Itsensä hyväksyminen (kuva 3) psykodraamaryhmä erosi kontrolliryhmän keskimääräisessä muutoksessa välillä ennen-keskellä (estimaatti=3.027,  $p=0.031$ ), jolloin toiminnallisen ryhmän muutos oli positiivista ja kontrolliryhmän muutos negatiivista.





KUVIO 3 Itsensä hyväksyminen kolmessa eri ryhmässä intervention

Myös faktoreissa Ympäristön hallinta, Henkilökohtainen kasvu ja Positiiviset suhteet toisiin tapahtui myönteistä kehitystä interventioryhmissä, mutta ne eivät poikenneet merkitsevästi kontrolliryhmän muutoksista.

Tämän osatutkimuksen tarkoituksena oli tutkia psykologisen hyvinvoinnin näkökulmasta työuupumuksen ryhmäkuntoutuksen vaikutuksia. Ensimmäinen hypoteesini (H1) oli, että ryhmäterapeuttisilla menetelmillä voidaan parantaa osallistujien psykologista hyvinvointia. Vaikka tulokset osoittivatkin kaikkien psykologisen hyvinvoinnin faktoreiden vahvistuneen intervention aikana, ero kontrolliryhmään ei ollut merkitsevä eikä tulos riittänyt vahvistamaan hypoteesia. Faktorissa Autonomia, jossa psykodraamaryhmä kehittyi kontrollia paremmin ryhmäintervention jälkimmäisellä puoliskolla, ja faktorissa

Itsensä hyväksyminen, jossa psykodraamaryhmä kehittyi paremmin kuin kontrolli intervention ensimmäisellä puoliskolla, tapahtui merkittävää muutosta.

Toinen psykologisen hyvinvoinnin vahvistamiseen liittynyt hypoteesini (H2) oli, että psykodraamaryhmä kehittyisi nopeammin kuin analyytinen; faktorin Autonomia mukaan näin juuri tapahtui, toiminnallisen ryhmän muutos intervention jälkipuoliskolla oli nopeampaa, vaikka molemmat kehittyivätkin positiivisesti. Kolmas hypoteesini (H3) koski tuloksen pysyvyyttä; hypoteesini mukaan analyytinen menetelmä olisi luonteeltaan pysyvämpi sen vaatiessa osallistujalta itseltään enemmän vastuuta; tulokset tukivat tätä hypoteesia osoittamalla faktoreissa Autonomia ja Elämän tarkoitus, että analyytinen ryhmä kehittyi positiivisesti seuranta-aikana, kun taas toiminnallisen ryhmän muutos oli negatiivinen ryhmän loputtua.

Sinänsä merkittävää käytännön kannalta oli, että kaikki ryhmät kehittivät myönteisesti ryhmäinterventiossa kaikilla osa-alueilla, mutta koska myös kontrolliryhmän tulokset paranivat tutkimuksen aikana, ei tilastollisesti merkittävää eroa syntynyt. Kontrolliryhmä oli koko tutkimuksen ajan normaalin työterveyshuollon hoidossa, joten heidän myönteinen kehittämisensä viittaa toisaalta siihen, että hyvin toimivat työterveyshuollon palvelut sinänsä voivat edistää merkittävästi psykologista hyvinvointia. Osallistujat saattoivat ilman omia kustannuksia hakeutua milloin tahansa nopeasti vastaanotolle. On myös huomattava, että kontrolliryhmä voi sinänsä paremmin, sen lähtötilanne oli kaikilla psykologisen hyvinvoinnin osa-alueilla erittäin merkittävästi ( $p < 0.001$ ) parempi kuin interventioryhmällä, jolloin voidaan ajatella kontrolliryhmällä olleen lähtökohtaisesti paremmat voimavarat huolehtia hyvinvoinnistaan.

Ryhmäintervention aikana kehittynyt nopeampi ja korkeampi kehitys autonomian osalta merkitsee osallistujan parempaa itseohjautuvuuskykyä ja itsenäisyyttä, kykyä vastustaa sosiaalista painetta ajatella ja toimia määrättyllä tavalla, lisääntyneitä kykyä ohjata käyttäytymistään enemmän sisältä päin ja arvioida itseään omilla standardeillaan ulkoisten sijaan (Ryff & Keys, 1995). Vastaavasti parempi itsensä hyväksyminen viittaa armollisempaan suhtautumiseen omiin piirteisiin, ominaisuuksiin ja rajoituksiin.

### 3.3 Ryhmäkoherenssin kehittyminen vakavasti työuupuneiden salutogeenisessä ryhmäkuntoutuksessa

Tutkimuksessa selvitettiin kaksitasomallin avulla ryhmäkoherenssin roolia ryhmäpsykoterapeuttisessa interventiossa. Koehenkilöiden välisen vaihtelun osuus kokonaisvaihtelusta (ICC intra class correlation) oli ryhmäkoherenssille ICC=.52, hyötymiselle ICC=.48, tyytyväisyydelle terapeutteihin ICC=.66, tyytymättömyys terapeutteihin ICC=.48 ja koherenssin tunteelle ICC=.56. Yksilöiden välillä korkeampi ryhmäkoherenssin arvo oli yhteydessä korkeampaan hyötymisen kokemiseen ( $r=.52$ ,  $p < .001$ ), korkeampaan tyytyväisyyteen terapeutteihin ( $r=.52$ ,  $p < .001$ ), alhaisempaan tyytymättömyyteen terapeutteihin ( $r=-$

.67,  $p < .001$ ) ja korkeampaan koherenssin tunteeseen ( $r = .68$ ,  $p < .001$ ). Terapiapäivien välinen vaihtelu osoitti että yksilön omaa tasoaan korkeampi ryhmäkoherenssi oli yhteydessä korkeampaan hyötymisen kokemiseen ( $r = .41$ ,  $p < .001$ ), korkeampaan tyytyväisyyteen terapeutteihin ( $r = .43$ ,  $p < .001$ ), alhaisempaan tyytymättömyyteen terapeutteihin ( $r = -.26$ ,  $p < .001$ ) ja korkeampaan koherenssin tunteeseen ( $r = .22$ ,  $p = .004$ ).

Ryhmäkoherenssi kuvaa sitä, miten osallistuja ymmärtää ja kokee voivansa vaikuttaa ryhmäprosessin kehittymiseen, miten merkityksellisenä hän kokee tämän kehityksen suhteessa omiin tavoitteisiinsa ja miten tukevana hän kokee ryhmän. Kun ryhmäkoherenssissa on samat elementit ja rakenne kuin yksilöllisessä koherenssintunteessa, voidaan ajatella näiden kummankin kehitysprosessin täydentävän toisiaan ryhmäinterventiossa, jonka tavoitteena on edistää terveyttä ja hyvinvointia. Tulosten mukaan korkea ryhmäkoherenssi oli yhteydessä vahvistuneeseen yksilölliseen koherenssintunteeseen. Tulokset osoittivat ryhmäkoherenssin liittyvän myös kohonneeseen koettuun hyötyyn ryhmästä ja korkeampaan tyytyväisyyteen ja matalampaan tyytymättömyyteen terapeutteja kohtaan. Näitä havaintoja kohonneen ryhmäkoherenssin hyödyistä tukee myös tutkimustulokset rintasyöpöpotilailta, joilla todettiin myös kohonnut ryhmäkoherenssi liittyvän vahvistuneeseen koherenssintunteeseen ja edelleen parantuneeseen elämänlaatuun (Väänänen, 2012).

Pitkittäistutkimuksemme ryhmäkoherenssin kehittymisestä kattoi kaikki interventiopäivät. Mielenkiintoista terapiapäivien välisessä variaatiossa oli, että jos osallistujan kokema ryhmäkoherenssi oli terapiapäivänä korkeampi kuin yksilön kokema ryhmäkoherenssi keskimäärin intervention aikana, se oli yhteydessä korkeampaan koettuun terapiapäivän hyötyyn, korkeampaan tyytyväisyyteen ja matalampaan tyytymättömyyteen terapeutteja kohtaan, ja korkeampaan koherenssintunteeseen. Tällaista ryhmäkoherenssin kehittymisen tutkimusta ryhmäprosessin kuluessa ei aiemmin ole tehty ja sitä voisi jatkossa käyttää myös reaaliaikaisesti ryhmäprosessin ohjaamiseen.

## 4 POHDINTA

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli tuoda terveyttä ja psykologista hyvinvointia edistävä näkökulma työuupuneiden työntekijöiden kuntoutumiseen. Tutkimuksemme tarkoitus oli etsiä vastauksia Balanssi-ryhmäkuntoutusmallia koskien kolmeen pääkysymykseen. Onko yhdeksän kuukauden aikana toteutettavalla 16 päivän kahdella erilaisella ryhmäpsykoterapeuttisella menetelmällä mahdollista vahvistaa koherenssin tunnetta ja psykologista hyvinvointia, eroavatko mainitut kaksi ryhmämenetelmää toisistaan vaikutuksiltaan, ja soveltuuko Suomessa kehitetty ryhmäkoherenssin käsite ja sille luotu mittari ryhmäpsykoterapeuttisen kuntoutuksen arvioitiin. Tulokset osoittivat, että yhdeksän kuukauden mittaisella ryhmäpsykoterapeuttisella kuntoutuksella voidaan merkittävästi parantaa koherenssintunnetta verrattuna kontrolliryhmään. Psykologinen hyvinvointi paranee myös mutta sen osalta emme voineet osoittaa merkittävää eroa kontrolliryhmään. Käyttämämme ryhmäpsykoterapeuttiset menetelmät, ryhmäanalyysi ja psykodraama, eivät eronneet lopputulosten osalta merkittävästi toisistaan. Ryhmäkoherenssi osoittautui lupaavaksi ryhmäprosessin seurantamittariksi, jonka muutokset ryhmäkuntoutuksen aikana korreloivat hyvin osallistujien kokemaan hyötyyn ja mitattuihin muutoksiin koherenssin tunteessa.

### 4.1 Intervention vaikutus koherenssintunteeseen ja psykologiseen hyvinvointiin

Balanssin vaikuttavuuden kannalta vahvin tulos oli ensimmäisen hypoteesimme (H1) vahvistuminen. Koherenssintunne vahvistui merkittävästi enemmän interventioryhmässä kuin kontrolliryhmässä. Vahvalla koherenssintunteella on osoitettu olevan positiivinen vaikutus mielenterveydenterveysteen (Bowman, 1996; Flensburg-Madsen, Ventegodt & Merrick, 2005; Frenz, Carey & Jorgensen, 1993; Julkunen & Ahlström, 2006; Samallahti, Holi, Komulainen & Aalberg, 1996), fyysiseen terveyteen (Kivimäki, Feldt, Vahtera, & Nurmi, 2000; Konttinen,

Haukkala & Uutela (2008) ja hyvinvointiin (Bowman, 1996; Hart, Hittner & Paras, 1991; Lundberg, 1997).

Sen sijaan psykologisen hyvinvoinnin osalta tulokset eivät osoittaneet merkittävää eroa kuntoutusryhmien ja kontrolliryhmän välillä hyvinvoinnin kokonaisuutuksen osalta. Jokainen hyvinvoinnin osa-alue kyllä parani intervention aikana, mutta myös kontrolliryhmässä tapahtui samaan aikaan positiivista muutosta jolloin eroa ei tullut merkittäväksi. Yhtenä tärkeänä erona interventoryhmän ja kontrolliryhmän välillä oli lähtötasojen ero; kontrolliryhmä oli kaikilla hyvinvoinnin osa-alueilla erittäin merkittävästi korkeammalla tasolla eli heidän hyvinvointinsa oli jo tutkimuksen alussa korkeampi kuin kuntoutukseen valituilla. Tämä ero johtui käytännön eettisestä valinnasta, sillä kuntoutukseen valittiin ensin kaikkein uupuneimmat. Vähemmän uupuneet jäivät kontroleiksi odottamaan myöhempää mahdollisuutta kuntoutukseen.

Toiseksi on syytä kiinnittää huomiota kuntoutusryhmiin valittujen osallistujien satunnaistamiseen intervention kahteen eri menetelmään. Tutkimuksellista syistä tehtiin aito satunnaistaminen eikä osallistujia tai ohjaajia voinut valita ryhmämenetelmää. Normaalisti toimitaan siten, että menetelmä valitaan yhdessä osallistujan kanssa. Toisille sopii ryhmä, jossa istutaan ja keskustellaan, kun taas toiset kaipaavat psykodraaman tarjoamaa toiminnallisuutta. Siten menetelmän sopivuus ja tuloksellisuus olisivat voineet olla paremmat ilman satunnaistamista.

Kolmantena seikkana on hyvä vielä huomioida kontrolliryhmän hoitomahdollisuudet intervention aikana. Heitä ei mitenkään rajoitettu tai kehoitettu välttämään tarpeelliseksi kokemaansa avun hakemista työterveyshuollosta tutkimuksen aikana. Kaikilla tutkimuksen kontrolliryhmäläisillä oli tarjolla helposti ja nopeasti saatavat työterveysaseman palvelut, joihin kuuluivat niin hoitajan, lääkärin, psykologin kuin fysioterapeutinkin palvelut. Työterveysasemilla oli lisäksi käytäntönä itse aktiivisesti seurata työkyvyltään heikentyneiden työntekijöiden hyvinvointia ja sairauksia. Siten merkittävät muutokset kontrolliryhmäläisten psykologisen hyvinvoinnin faktoreissa viittaavat näiden palveluiden hyvään vaikuttavuuteen. Myös valinta kontrolliryhmään ja siten huomion kiinnittäminen tutkimuskysymysten kautta omaan terveyteen ja hyvinvointiin on voinut aktivoida tutkittavia itse pitämään parempaa huolta omista tarpeista ja etsimään niille myös tukea työterveyshuollosta.

## **4.2 Koherenssitunteen ja psykologisen hyvinvoinnin kehittymisen erot kahdella eri ryhmäpsykoterapeuttisella menetelmällä**

Toinen hypoteesimme (H2) toteutui osittain. Tulokset osoittivat, että ryhmäanalyttisellä ja psykodraamamenetelmällä ohjatuissa ryhmissä oli erilainen prosessin kulku, vaikka menetelmien välillä ei voitu osoittaa lopputulosten osalta merkittävää eroa. Oletimme psykodraamamenetelmän tuottavan nopeammin ja suuremman vaikutuksen kuin analyttinen menetelmä. Tuloksemme viittaa

näin myös käytännössä tapahtuvan. Psykodraamaryhmässä positiivinen muutos koherenssintunteessa ja psykologisessa hyvinvoinnissa tapahtui nopeammin intervention kuluessa kuin analyttisessä ryhmässä, jossa muutos painottui pääosin intervention seurantavaiheeseen. Keskeisin syy tähän eroon saattaa liittyä siihen, miten psykodraama tarjoaa välineitä saada etäisyyttä voimakkaita tunteita herättäviin asioihin ja siten helpottaa niiden käsittelyä. Ohjaajilla on aktiivinen opettava suhde osallistujiin, varmistaen että jokainen osallistuja saa oman tilan ja ajan asioidensa käsittelyyn ryhmän tuella. Tällöin voidaan odottaa nopeampaa muutosta mitatuissa vaikuttavuusmuuttujissa kuin analyttisellä menetelmällä, jonka luonne puolestaan on alkuvaiheen haasteellisuus oppia verbaalisesti ilmaisemaan itseään aiheiltaan vapaassa ryhmässä, jossa ohjaajat eivät määrittele mistä pitäisi keskustella vaan ainoastaan rohkaisevat osallistujia avoimeen vuorovaikutukseen. Yhdeksän kuukauden mittainen ryhmäprosessi on suhteellisen lyhyt aika oppia analyttinen menetelmä, mutta tulokset viittaavat näinkin lyhyen terapiajakson riittävän tähän oppimiseen. Kiinnostavaa ja tärkeää oli, että muutos tapahtui erityisesti seuranta-aikana, terapian loppumisen jälkeen.

### 4.3 Ryhmäkoherenssi kuntoutusintervention kuvaajana

Kolmas tutkimuskohteemme oli ryhmäkoherenssi ryhmäprosessi kehityksen kuvaajana. Ryhmäkoherenssi on suomalainen käsite (Julkunen ym., 2013), joka on kehitetty Antonovskyn koherenssintunnekkäsitteen sovelluksena koskemaan osallistujan kokemusta ryhmän koherenttisuudesta. Ryhmäkoherenssi kuvaa sitä, miten osallistuja ymmärtää ja kokee voivansa vaikuttaa ryhmäprosessin kehittymiseen, miten merkityksellisenä hän kokee ryhmän suhteessa omiin tavoitteisiinsa ja miten tukevana hän kokee ryhmän. Ryhmäkoherenssi osoittautui korreloivan positiivisesti korkeampaan koherenssintunteeseen, ryhmän koettuun hyötyyn, ja tyytyväisyyteen terapeutteja kohtaan. Näitä havaintoja kohonneen ryhmäkoherenssin hyödyistä tukee myös tutkimustulokset rintasyöpöpötilailla, joilla todettiin myös kohonnut ryhmäkoherenssi liittyvän vahvistuneeseen koherenssintunteeseen ja edelleen parantuneeseen elämänlaatuun (Väänänen, 2012).

Ehkä kiinnostavinta tässä tutkimuksessa oli jokaisena terapiapäivänä suoritettu mittausta koko intervention ajan. Tällaista ryhmäkoherenssin kehittymisen pitkittäistutkimusta ei aiemmin ole tehty. Terapiapäivien välinen vaihtelu ryhmäkoherenssissa osoitti, että osallistujan päiväkohtainen keskimääräistä korkeampi ryhmäkoherenssi heijastui korkeampana koettuna terapiapäivän hyötynä, korkeampana tyytyväisyytenä terapeutteja kohtaan ja oli merkittävästi yhteydessä korkeampaan koherenssintunteeseen. Tämä tutkimus osoittaa ryhmäkoherenssin toimivan hyvänä mittarina ryhmäpsykoterapeuttiselle kuntoutusinterventiolla. Ryhmäkoherenssin seurantamittausta voisi käyttää reaaliaikaisesti ryhmäprosessin kehittymisen seuraamiseen, jolloin prosessin kehitystä olisi mahdollista seurata ilman että ryhmän työskentelyn luottamuksellisuus

mitenkään vaarantuu. Ohjaajille tällainen seuranta tarjoaisi myös tärkeää palautetta sekä ryhmäkokonaisuuden että yksittäisen osallistujan kokemuksesta ja kehityksestä. Helpolla kännykkäsovelluksella seuranta olisi nykyään yksinkertaista suorittaa käytännössä.

#### 4.4 Balanssi kuntoutusvälineenä

Tutkimukseni osoitti Balanssin vaikuttavan myönteisesti vakavista työuupumusoireista kärsivien osallistujien koherenssin tunteeseen ja psykologiseen hyvinvointiin. Lisäksi se osoitti ryhmäkoherenssin toimivan ryhmän kehittymisen mittarina intervention kuluessa. Valitsimme työuupumuksen kuntoutukseen salutogeenisen lähestymistavan, mikä tarkoittaa huomion ja toiminnan keskittämisen terveyttä edistäviin ja vahvistaviin tekijöihin. Intervention nimi Balanssi viittaa menetelmän taustalla olevaan teoriaan psykologisista perustarpeista ja niiden keskinäisestä tasapainosta. Balanssiin sisältyy näkemys työuupumuksista ilmiönä, jota on vaikeaa hallita pelkästään keskittymällä työuupumuksen ja työimun helposti heilahtavan suhteen hallintaan säätelemällä työoloja sopivammiksi ja valmentamalla työntekijöitä kestävämmiksi. Kestävän hyvinvoinnin perustaksi tarvitaan vakauttavaa Balanssin kolmikantamallia, jossa työkeskeinen kompetenssi, ihmissuhdekeskeinen sosiaalisuus ja näistä kahdesta riippumaton omaehtoinen autonomia tasapainottavat toisiaan. Tällöin pienenee riski, että työimu muuttuisi työriippuvuudeksi ja edelleen uupumukseksi. Työelämän kovassa kilpailussa työ saattaa huomaamatta vallata aikaa ja tilaa kahdelta muulta perustarpeelta. Balanssi auttaa osallistujia tutkimaan ja korjaamaan omaa kadonnutta tasapainoa. Kun se tapahtuu yhdessä samanlaisessa tilanteessa olevien kanssaihminen ja kokeneiden ohjaajien kanssa, ymmärrys avautuu ja osallistuja saa kannustusta muutoksiin.

Kahdeksan yhteistä työskentelypäivää kahden viikon välein kevätkauden aikana ja kahdeksan päivää syyskauden aikana luovat tulosten perusteella merkittävän tilan muutosprosessin käynnistymiselle myös vakavasti uupuneilla. Tämä näkyi mitattavina muutoksina sekä intervention aikana, lopussa että myöskin kuuden kuukauden jälkeen. Parempi tasapaino psykologisten perustarpeiden välillä toimii tärkeänä toimintakyvyn suojana muutuskriiseissä. Työelämälle ominaiset nopeat ja yllättävät menetykset eivät lamaa toimintakykyä samalla tavalla kuin jos ihminen on täysin riippuvainen työstään. Koherenssin tunteen vahvistuminen tarkoittaa, että osallistuja ymmärtää paremmin elämänsä kokonaisuutta, kokee voivansa paremmin vaikuttaa siihen omilla valinnoillaan ja kokee elämässään suurempaa merkityksellisyyttä (Antonovsky, 1987). Tarkoituksen ja hallinnan tunteen kokeminen elämässä ovat myös psykologisen hyvinvoinnin keskeisiä tekijöitä.

Balanssin kokonaisvaikutuksessa ei ryhmämenetelmien välillä ollut eroa. Psykoterapiassa ei yleisemminkään ole voitu osoittaa merkittävää eroa vaikutavuudessa eri terapiamenetelmien välillä. Erot erilaisten psykoterapioiden lopputuloksissa selittyvät ensisijaisesti terapeuttien ja terapiasuhteen ominai-

suuksilla (Wambold, 2015). Balanssissa oli muutamia pohdittavia tekijöitä, jotka mahdollisesti vaikuttavat menetelmien väliseen eroon. Jos sama ohjaajapari olisi voinut ohjata kaikki kahdeksan interventioryhmää kahdella eri menetelmällä, olisi ollut helpompaa arvioida itse menetelmän osuutta eroihin. Nyt tämä ei ollut mahdollista, joten pohdittavaksi jää ohjaajien persoonallisuuksien ja muiden erojen merkitys ja erityisesti ohjaajien välisen keskinäisen suhteen merkitys. Vaikka osallistajat satunnaistettiin kahteen eri menetelmään, ohjaajia ei satunnaistettu vaan he valitsivat menetelmänsä oman osaamisensa ja koulutuksensa pohjalta. Tässä tutkimuksessa analyttisiä ryhmiä ohjasivat nainen ja mies, psykodraamaryhmiä nainen ja nainen. Kumpikin ohjaajapari oli tehnyt vuosien ajan yhteistyötä samassa organisaatiossa ja olivat olleet yhteisissä koulutuksissa ja yhteisessä työnohjauksessa myös intervention aikana. Kummassakin työparissa yhteistyö oli hioutunut hyvin toimivaksi ja perustui hyvälle luottamukselle. Peruskoulutukseltaan ryhmäanalyttikot olivat työterveyslääkäreitä ja psykodraamaohjaajista toinen oli työterveyspsykologi ja toinen työfysioterapeutti. Heillä kaikilla oli useiden vuosien kokemus työterveyshuollosta.

Menetelmien välillä oli merkittävää eroa siinä, missä vaiheessa vaikutukset syntyivät. Se tarjoaa kiinnostavan kehittämismahdollisuuden miettiä menetelmien yhdistämistä siten, että intervention voisi aloittaa psykodraamamenetelmällä ja siten helpottaa prosessin käynnistymistä nopeasti. Prosessin käynnistyttyä hyvin menetelmän painopistettä kannattaisi siirtää analyttiseen suuntaan ja aikaansaada pitkäkestoinen jälkivaikutus. Ohjaajilta tällainen malli edellyttää laajempaa koulutusta ja näkemyksen kehittymistä yli menetelmärajojen. Tutkimukseni osoittaa, että menetelmien välinen vertailu ei ole hyödytöntä, vaikka lopputuloksissa ei olisikaan merkittäviä eroja. Tutkittaessa myös prosessin kulkua kuten tässä hankkeessa, on mahdollista löytää eroja, jotka auttavat kehittämään tehokkaampia menetelmiä.

Hätinen työryhmineen (2007) totesi parhaan tuloksen työuupumus kuntoutuksessa syntyvän työyhteisökytkennän sisältävässä, osallistavassa kuntoutuksessa, kun sen sijaan heidän tutkimuksessaan yksilösuuntautuneessa, perinteisessä laitospainotteisessa oireet eivät vähentyneet. Kyseisessä kuntoutuksessa ei ollut merkittävässä määrin ryhmäpsykoterapiaa. Balanssi on suunniteltu osaksi kolmiosaista syventävää työterveyshuoltoa. Sen rinnalla on kehitetty verkostoneuvottelumalli, jossa työyhteisön, työterveyshuollon ja henkilön itsensä kesken etsitään yhteistä näkemystä työolosuhteista ja ratkaisuja, jotka edistävät uupumusta synnyttävien ristiriitojen ratkaisua. Kolmas syventävän työterveyshuollon elementti on työyhteisökonsultaatio, joka tukee organisaatioita työolosuhteiden kehittämisessä.



#### 4.5 Tutkimuksen rajoitukset ja ryhmäpsykoterapeuttisessa kuntoutuksessa huomioon otettavat riskit

Olen itse ollut aktiivinen toimija työterveyshuollossa ja olin yksi neljästä ryhmän ohjaajasta tässä tutkimuksessa, mitkä seikat saattavat vaikuttaa tuloksista tehtyihin johtopäätöksiin ja pohdintoihin. Ryhmäohjaaja tutkijana saattaa sokeutua löydöksille jotka kyseenalaistavat mallin toimivuutta ja korostaa mallia puoltavia löydöksiä. Balanssin päättymisestä on toisaalta kulunut jo 16 vuotta, mikä laimentaa emotionaalista intohimoa tutkimuskohteeseen ja antaa mahdollisuuden kriittiseen arviointiin. Toisaalta se, että olin Balanssin kehittämisessä mukana suodattaa tutkimukseen sellaista laadullista tietoa, joka ei suoraan ole ilmaistavissa tuloksina mutta heijastuu pohdintoihin ja johtopäätöksiin.

Kontrolliryhmä ei ollut aidosti satunnaistettu vaan näennäiskontrolliryhmä. Heidän mahdollisia hoitoja työterveyshuollossa ei kyetty kontrolloimaan eikä siten myöskään kontrolliryhmässä tapahtuneiden muutosten syitä, mikä heikentää tutkimuksen sisäistä luotettavuutta. Kontrolliryhmäläisten alkuarvot psykologisessa hyvinvoinnissa olivat merkittävästi korkeammat kuin kuntoutukseen osallistuneilla, mikä saattaa merkitä että vähemmän uupuneella on enemmän voimavaroja etsiä ratkaisuja ja pitää itsestään huolta. Toisaalta mikäli kuntoutujien ryhmä olisi ollut vähemmän uupunut, heillä olisi ehkä ollut vielä paremmat mahdollisuudet hyödyntää Balanssin oppimismahdollisuuksia. Tämä lähtötilanteen ero osaltaan heikentää mahdollisuutta arvioida mistä muutokset ovat johtuneet, interventioista vai jostakin muusta tekijästä. Tutkimuksen yleistettävyyttä saattaa heikentää myös osallistujien valikoituvuus. Ryhmiin lähtevät ovat ehkä tavallista rohkeampia ja aktiivisempia koska ei ole helppo ajatus lähteä itselle vieraiden ihmisten kanssa puhumaan omista vaikeista asioista.

Analyttinen ryhmämenetelmä on vaikeasti käsikirjoitettavissa, koska sen keskeinen piirre on luova ennalta arvaamaton prosessi, joka ei toistu koskaan kahdesti samanlaisena. Myöskään psykodraamamenetelmässä ei ennakkoon määritellä aiheita eikä sisältöjä, vaan ne nousevat prosessin kuluessa ryhmästä. Menetelmien muutosta synnyttävä voima on niiden luovuudessa, mikä edellyttää ohjaajilta epävarmuuden sietokykyä ja rohkeaa luottamusta antaa tilaa luovuudelle. Näiden seikkojen vuoksi Balanssin menetelmät eroavat periaatteeltaan kognitiivisista ja psykoedukatiivisista ryhmämenetelmistä, joissa ryhmädynamiikka ei ole keskeinen muutoselementti. Koska Balanssin menetelmät eivät ole käsikirjoitettavissa eikä tarkasti toistettavissa, se vaikeuttaa mallin koptioimista ja monistamista.

Tilastollista todistusvoimaa ajatellen tutkimukseen osallistuneiden määrä jäi käytännön syistä pieneksi ja rajoittaa siksi osaltaan tulosten tilastollista todistusvoimaa. Olisikin tärkeää voida laajentaa tutkimusta jatkossa. Tutkimuksessa käytettiin osallistujien omaan arviointiin kyselylomakkeita, jolloin tuloksiin voivat vaikuttaa monet muutkin tekijät kuin se mitä halutaan mitata, kuten vastaajien persoonallisuus ja mielialan vaihtelut (Kompier, 2005). Toisaalta mittarit

olivat hyvin tutkittuja ja niiden luotettavuus osoitettu aiemmissä tutkimuksissa. Niin interventioon osallistujat kuin verrokkitkin elivät normaalia elämää koko tutkimuksen ajan jolloin kokonaisuutena noin puolentoista vuoden aikana voi tapahtua monenlaisia muutoksia niin työolosuhteissa kuin muutenkin elämässä, jotka vaikuttavat suuntaan tai toiseen mitatuissa muuttujissa eikä näitä vaikutuksia kyettyä kontrolloimaan.

Ryhmäpsykoterapiaan liittyy merkittäviä riskejä, joista on tärkeää olla tietoinen silloin kun ryhmädynamiikkaan perustuvia ryhmiä käytetään kuntoutuksen välineenä. Pienryhmä on kuin yhteiskunta pienoiskoossa (Jacobson, 1989), ja siinä voi nousta esiin kaikki ne ryhmää hajottavat voimat kuin yhteiskunnassakin. Ryhmä voi herättää niin voimakasta ahdistusta ja epäluottamusta, keskinäistä tuhoavaa kilpailua, häpeän tunteita ja pelkoja, että ryhmäkokemus voi vahingoittaa osallistujaa (Nitsun, 2014). Ryhmässä esiin nousevat vastustus, taantumisen primitiiviseen käyttäytymiseen ja aggressiot voivat vakavasti vaurioittaa ryhmäprosessia. Balanssimallissa ryhmädynamiikan haasteisiin oli vaurauduttu käyttämällä ryhmässä kahta ohjaajaa yhden sijaan ja järjestämällä hyvä työnohjaus ohjaajille. Nämä ryhmädynaamiset ilmiöt eivät kuitenkaan ole haitallisia tai kiusallisia ryhmäterapian sivuvaikutuksia, vaan olennainen osa terapiaprosessia. Jos näitä ryhmää koettelevia voimia ei ollenkaan nouse esiin ryhmäprosessissa, ryhmän todellinen vaikutus jää heikommaksi. Ryhmän luovuus piilee kyvyssä kohdata ja käsitellä näitä voimia siten etteivät ne saa ryhmää valtaansa, vaan ne tulevat kohdatuiksi ja käsitellyiksi (Nitsun, 2014). Balanssin tulokset osoittavat rakentavien voimien olleen hajottavia voimia suurempia.

#### **4.6 Balanssitutkimuksen merkitys työterveyshuollon kehittämiseksi**

Balanssi on työkalu, joka on integroitavissa työterveyshuollon osaksi. Balanssista voisi kehittää tulevaisuudessa foorumin, jolla työntekijä voi pysähtyä ja arvioida omaa tilaansa. Yhdessä toisten ryhmäläisten kanssa hän voi oppia uusia ideoita hyvinvointinsa edistämiseen ja paremmin hallitsemaan työuupumisen ja -imun vuorovaikutusta. Balanssista voisi myös kehittää erilaisia versioita erilaisiin tarpeisiin. Jo hyvin lyhyellä psykoedukatiivisella 1+1 päivän kurssilla voisi oppia psykologisen hyvinvoinnin periaatteet ja perustarpeiden keskinäisen tasapainon vaalimisen merkityksen. Hyvin olennaista olisi saada Balanssi integroitua osaksi työterveyshuoltoa, jolloin ammattihenkilöt kokisivat sen omakseen ja oppisivat käyttämään sen mahdollisuuksia arkityössään. Todennäköisesti parhaiten se toimisi varhaisena työterveyden edistämisinstrumenttinä. Hyvin todennäköistä on, ettei työelämä tule muuttumaan psykologisesti vähemmän vaativaan suuntaan, kun tarve uudelleenlaisille työorganisaatioille ja niiden innovointi- ja uudistumiskyvylle kasvaa (Eskola & Hakola, 2016). Perinteinen suojelujattelu ei riitä, tarvitaan yhä parempia välineitä kohdata haasteita, oppia niistä ja kasvaa vahvemmaksi. Kun ihminen huomaakin selviävänsä,

vahvistaa se itseluottamusta ja -arvostusta, ja kehittää kapasiteettia kohdata yhä suurempia haasteita. Balanssin avulla työterveyshuolto voisi tarjota hyvän ja turvallisen ympäristön oirehtiville työntekijöille oppia uusia selviämisen keinoja. Silloin todennäköisyys positiiviseen kierteseen on suurempi kuin jos ihminen joutuu yrittämään selviytymistä yksin kovan kilpailuhengen läpäisemässä työyhteisössä.

Yksi Balanssin kantavia ideoita on rikastaa kovaa ja uupumusta edistävää kilpailukulttuuria vahvistamalla yhteistyön valmiuksia. Kilpailuajattelussa korostuu selviytyminen omin voimin luottamatta toiseen, joka nähdään helposti kanssakilpailijana. Kestävä selviytymiskyky perustuu yhteistyöhön, yhdessä oppimiseen. Balanssiryhmässä voi oppia luottamaan toiseen jakamalla tärkeitä arkaluontoisia asioita itsestä ja elämästään, ja saamalla kokemuksen kuulluksi ja hyväksytyksi tulemisesta. Balanssiryhmässä syntyvä kokemus inhimillisyydestä ja välittämisestä toimii mallina aidosta ryhmäytymisestä.

Balanssin taloudellisia vaikutuksia pitäisi arvioida asiakasorganisaatiolle tai yhteiskunnalle säästyneinä työkyvyttömyyskuluina, ei ainoastaan palvelun tuottajan näkökulmasta saatuna tuottona. Tämä on keskeinen haaste tulevaisuudessa, miten arvioida kokonaistaloudelliset vaikutukset ja suhteuttaa palvelun kustannukset niihin tuottavuuden arvioimiseksi. Muuten Tyken konseptin kaltaisia vaativia työterveyspalveluja ei kyetä kehittämään ja tuottamaan. Olisi kiinnostavaa tutkia alkuperäistä Tyken konseptia, jossa verkostotyö yhdistää yksilöön ja työyhteisöön kohdistuvat interventiot. Tällä hetkellä tieteellisessä tutkimuksessa ei ole tarjolla vakuuttavaa näyttöä hyvästä vakavan työuupumuksen kuntoutuksesta (Ahola, Toppinen-Tanner, & Seppänen, 2017).

Kestävä kilpailukyky vaatii perustukseen hyvän yhteistyökyvyn, joka puolestaan perustuu aidolle inhimilliselle keskinäiselle välittämiselle. Inhimillisessä ympäristössä psykologinen hyvinvointi kaikkine dimensioineen voi alkaa kukoistamaan, koherenssin tunne vahvistuu ja työhön voi syntyä vahvaa imua. Tällaisessa ympäristössä hetkellisen uupumiset eivät ole uhka työkyvyille vaan nopeasti tunnistettavia haasteita, jotka tarjoavat uusia oppimisen mahdollisuuksia.

Uupumus on tulkittavissa psykologisten perustarpeiden vakavaksi häiriöksi. Syytä ei ole vaikeaa ymmärtää, kun koko ympäröivä työelämä on jatkuvassa vaarassa kadottaa kosketus elämän peruskysymyksiin hyvästä elämästä. Organisaatioiden elävä perustehtävä on jatkuvassa vaarassa korvautua maanisella pyrkimisellä ahneeseen ja lopulta tuhoavaan kasvuun kunnioittamatta perustehtävän pyhyttä. Autenttinen motivaatio tehdä arvokasta ja hyvää on korvautunut pyrkimisellä tehdä rahaa, ja rahalla lisää rahaa. Seurauksena on kasvava pahoinvointi, jota lääkitään viihde- ja huumeteollisuuden tuotteilla, alkoholilla, rasva- ja sokerihumalalla. Vaikka isot trendit vievät kohden pahoinvointia eikä niihin juuri voi vaikuttaa, arvokasta on tarjota mahdollisuuksia toivon ja paremman elämän suuntaan.

Balanssin syvin eettinen tavoite on aidon motivaation ytimessä olevassa toivossa, toivossa paremmasta, oikeudenmukaisemmasta, aidommasta, inhimillisesti rikkaammasta elämästä. Ihminen herää kukoistukseen saadessaan tehdä

jotakin, jonka sisimmässään kokee arvokkaaksi ja hyväksi, aitoa lisäarvoa tuottavaksi. Balanssi voi olla merkittävä sykäys uuteen suuntaan. Balanssissa tärkeää on kohtuullisen pitkä aikajänne, joka mahdollistaa toiston, ja samalla kuitenkin kerta-annos ei ole liian suuri, jotta sen voisi sulattaa väliajalla. Rakenne sopeutuu muun elämän ja työn rytmiin kohtuullisesti auttaen siten muutokseen sopeutumisessa. Balanssin tulokset viittaavat siihen, että merkittävä osa muutoksesta tapahtuu ryhmän loppumisen jälkeen, kunhan suunta on muuttunut. Tärkeää on oppia kohtaamaan ja ratkomaan ristiriitoja pakenemisen sijaan.

## SUMMARY

From Burnout to Wellbeing. The group psychotherapeutic rehabilitation method BALANSSI

The aim of this thesis was to study the salutogenic effect of BALANSSI, a novel psychotherapeutic approach to group rehabilitation, on employees suffering from severe burnout symptoms. The research was prompted by the need to develop new occupational healthcare models to tackle the growing burden presented by burnout. BALANSSI approaches burnout from the viewpoint of health and well-being rather than that of ill-health. Its theoretical foundation draws on the theories of salutogenesis, psychological well-being and psychological self-determination. The critical questions for health and well-being center on the meaning of life, managing one's life, how to develop and realize one's potential, and how to gain and maintain positive relationships with important others. Although work engagement has received the greatest research interest in the domain of occupational well-being, owing to its dialectical relationship with work burnout I have extended the theoretical foundation to include the self-determination theory, according to which it is important to achieve a balance between the three innate psychological needs of autonomy, relatedness and competence. Changes in sense of coherence and in psychological well-being were used as indicators of the effectiveness of the rehabilitation intervention. The sense of group coherence is analogous to the individual sense of coherence, but at the group level, and was used to evaluate the group process during the intervention.

The materials utilized in this thesis were drawn from the data of a larger collaborative study between the University of Helsinki, the occupational healthcare organization Medivire, the Finnish State Treasury, and the Finnish Work Environment Fund that was conducted during 1999-2000. The present author was one of the researchers conducting the intervention groups, but was not involved in planning or collecting the data for the study. Ninety-four public service employees, including police officers, tax officers and other public service officials, aged 31 to 59 years, were assigned to one of three different study groups: analytic, psychodramatic and control. The inclusion criterion was suffering from severe burnout symptoms as measured by the Bergen Burnout Inventory. In the first phase of the study, 62 participants suffering from severe burnout were randomly assigned to one of eight intervention groups (four analytic groups and four psychodrama groups). In the second phase, 32 individuals were selected for the control group. The controls were able to consult an occupational physician and a psychologist if needed, and were offered the possibility to participate in the same kind of intervention later. Two phases were used as it was deemed unethical for participants suffering from severe burnout to be unnecessarily kept waiting for therapy to begin. The rehabilitation intervention was implemented on 16 separate days over the nine-month intervention period with one follow-up day six months after the intervention ended. A common

target in both group modalities was to investigate the balance between work, social life (including family life) and personal hobbies, corresponding to the three innate psychological needs postulated by the self-determination theory. The analytic groups were conducted by two therapists, one male and one female. The method was based on free-floating discussion. The psychodrama groups were also conducted by two therapists, both female. The method was based on a range of psychodramatic techniques, such as using cards and figures, various socio- and psychodramatic techniques and drawing, music, muscle relaxation and exercises using the imagination.

In the first sub-study, the salutogenic effect was evaluated by measuring changes in sense of coherence. For this purpose, the 13-item Orientation to Life Questionnaire of Antonovsky was used. The results showed significant improvement in the intervention groups compared to controls, with total effect sizes for the three study groups as follows: analytic 0.71, psychodramatic 0.45 and control 0.09. Sense of coherence developed significantly faster in the psychodramatic group than in the analytic groups, but six months later the difference between the two methods was no longer significant. The difference in the positive slopes of the two methods was explained by the more active and supportive role of the coordinators and the use of diverse experimental techniques in the psychodrama groups to enable the participants to attain a symbolic distance from difficult topics. However, while this enhanced the rapidity of the development of sense of coherence, the effect was no longer present at follow-up. The analytic group got off to a slow start, which can be explained by the nature of the method. Compared to the psychodrama method, the coordinators in the analytic group play a less active and supportive role, while the group as a whole and the group members as individuals bear a lot more responsibility for developing dialogue between the group members. This was experienced as frustrating, and hence sense of coherence showed only slow improvement in the early stages. However, at the follow-up dialogue development showed good progress.

In the second sub-study, we measured changes in psychological well-being, both during the intervention and at the six-month follow-up, with the 84-item measure developed by Ryff. All six dimensions of psychological well-being were enhanced during the intervention in all three study groups, with no significant differences between them. The results showed significantly higher initial values in the control group than in the intervention groups. This may largely explain why the changes in the intervention groups were not significantly better than the changes in the control group. Comparison of the outcomes of the two group modalities showed the same as those observed for the development of sense of coherence: the improvement occurred more rapidly in the psychodramatic groups than in the analytic groups.

In the third sub-study, conducted to investigate the group process during the intervention and the effects of this process on the participants, sense of group coherence was evaluated. This longitudinal study was carried out by measuring participants' sense of group coherence, sense of the benefits of the

intervention day, and satisfaction or dissatisfaction with the therapists at the end of each intervention day. The results showed a significantly positive correlation of sense of group coherence with improvement in the individual's sense of coherence, the sense of the benefits of the group process, and satisfaction with the therapists, and a negative correlation with dissatisfaction with the therapists. Group sense of coherence thus proved to be an effective tool with which to monitor the development of the dynamics of the rehabilitation groups, and might even be suitable for their on-line guidance.

This study demonstrated that a salutogenic group psychotherapeutic intervention implemented in the occupational healthcare context can be a useful tool for improving sense of coherence and psychological well-being in employees with serious burnout symptoms. The research also showed that, in a group process of this kind, sense of group coherence can be monitored longitudinally, thereby significantly reducing the risks of possible damage to its development. Intelligent, sensible and evidence-based tools are needed to improve the skills required of employees to meet the complexities of contemporary working life. In occupational health care, this means a shift away from the medical treatment of ill-being towards the development of well-being via sociologically and psychologically oriented treatment modalities.

## LÄHTEET

- Ahola, K. (2006). Työuupumustilanteen käsittely ja työuupuneen tukeminen. Teoksessa K. Ahola, S Kivistö & M Vartia (toim.), *Työterveyspsykologia*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Ahola, K. (2007). Occupational burnout and health. *People and Work Research*, (Reports 81).
- Ahola, K. & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104, 103-110.
- Ahola, K. & Hakanen, J. (2014). Burnout and health. *Burnout at work*. London: Psychology Press.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the finnish health 2000 study. *Journal of Affective Disorders*, 88, 55-62.
- Ahola, K., Kivimäki, M., Honkonen, T., Virtanen, M., Koskinen, S., Vahtera, J. & Lönnqvist, J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 185-193.
- Ahola, K., Sirén, I., Kivimäki, M., Ripatti, S., Aromaa, A., Lönnqvist, J. & Hovatta, I. (2012). Work-related exhaustion and telomere length: A population-based study. *Plos One*, 7.
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S. & Seppänen, J. (2017). *Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis*.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. Teoksessa Cooper, C. L. and Payne, R (toim.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process*, 67-104. Chichester: John Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725-733.
- Armon, G., Melamed, S., Shirom, A. & Shapira, I. (2010). Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 399-408.
- Armon, G., Shirom, A. & Melamed, S. (2012). The big five personality factors as predictors of changes across time in burnout and its facets. *Journal of Personality*, 80, 403-427.
- Avey, J. B., Wernsing, T. S. & Luthans, F. (2008). Can positive employees help positive organizational change? impact of psychological capital and emotions on relevant attitudes and behaviors. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 44, 48-70.



- Awa, W. L., Plaumann, M. & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184-190.
- Baker, M. ., North, D. and Smith, D. F. (1997). Burnout, sense of coherence and sources of salutogenesis in social workers. *Journal of Human Behavior*, 34, 22-26.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 170-180.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W. & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.
- Bauman, Z. (2005). *Liquid modernity* (Reprinted). Cambridge: Polity Press.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (2009). *Individualization* (1. publ., reprinted). London [u.a.]: Sage.
- Blatner, A. (1996). *Acting-in: Practical applications of psychodramatic methods* (3). United States: Springer.
- Blomberg, J., Lazar, A. & Sandell, R. (2001). Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: First findings of the stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychotherapy Research*, 11, 361-382.
- Borg, G. (1998). *Borg's perceived exertion and pain scales*. Champaign, IL [u.a.]: Human Kinetics.
- Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K. B., Villadsen, E. & Kristensen, T. S. (2006). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: Prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 98-106.
- Bowman, B. J. (1996a). Cross-cultural validation of antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 547-549.
- Bowman, B. J. (1996b). Cross-cultural validation of antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 547-549.
- Burns, R. A. & Machin, M. A. (2009). Investigating the structural validity of ryff's psychological well-being scales across two samples. *Social Indicators Research*, 93, 359-375.
- Butler, T. & Fuhriman, A. (1983). Curative factors in group therapy: A review of the recent literature. *Small Group Behavior*, 14, 131-142.
- Callahan, L. F. & Pincus, T. (1995). The sense of coherence scale in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 8, 28-35.
- Chappell, N. L. & Novak, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *The Gerontologist*, 32, 351.
- Cordes, C. L. & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *The Academy of Management Review*, 18, 621-656.

- Dalal, R. S., Brummel, B. J., Wee, S. & Thomas, L. L. (2008). Defining employee engagement for productive research and practice. *Industrial and Organizational Psychology, 1*, 52-55.
- Deary, I., Egan, V., Gibson, G. J., Austin, E., Brand, C. R. & Kellaghan, T. (1996). Intelligence and the differentiation hypothesis. *Intelligence, 23*.
- DeCharms, R. (1970). *Personal causation* (2. print.). New York [u.a.]: Acad. Press.
- Deci, E. L. (1976). *Intrinsic motivation* (2. printing). New York [u.a.]: Plenum Press.
- Diestel, S. & Schmidt, K. (2010). Direct and interaction effects among the dimensions of the maslach burnout inventory: Results from two german longitudinal samples. *International Journal of Stress Management, 17*, 159-180.
- Edwards, J. R. & Rothbard, N. P. (2000). Mechanisms linking work and family: Clarifying the relationship between work and family constructs. *The Academy of Management Review, 25*, 178-199.
- Eisman, B. (1959). Some operational measures of cohesiveness and their interrelations. *Human Relations, 12*, 183-189.
- Eskola, A. & Hakola, L. (2016). Recreating innovative and meaningful workplaces. European Conference on Innovation and Entrepreneurship, 176.
- European Network for Workplace Health Promotion. (2009). *A guide to promoting mental health in the workplace*. Essen: BKK Bundesverband.
- Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: Analysis of main and moderator effects. *Work & Stress, 11*, 134-147.
- Feldt, T., Kinnunen, U. & Mauno, S. (2000). A mediational model of sense of coherence in the work context: A one-year follow-up study. *Journal of Organizational Behavior, 21*, 461-476.
- Festinger, L., Back, K. & Schachter, S. (1959). *Social pressures in informal groups*. London: Tavistock Publications.
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S. & Merrick, J. (2005). Sense of coherence and physical health. A review of previous findings. *The Scientific World Journal, 5*, 665-673.
- Foulkes, S.H. & Anthony, E.J. (1990). *Group psychotherapy*. London: Karnac.
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity* (1. ed.). New York: Crown Publ.
- Frenz, A. W., Carey, M. P. & Jorgensen, R. S. (1993). Psychometric evaluation of antonovsky's sense of coherence scale. *Psychological Assessment, 5*, 145-153.
- Gilbar, O. (1998). Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Social Work in Health Care, 26*, 39-49.
- Glicken, M. D. (1983). A counseling approach to employee burnout. *The Personnel Journal, 62*, 222.
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior, 68*, 165-174.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?*. Hillsdale, NJ [u.a.]: Erlbaum.

- Greenglass, E. R., Fiksenbaum, L. & Burke, R. J. (1994). The relationship between social support and burnout over time in teachers. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 219.
- Greenglass, E., Pantony, K.L., & Burke, R.J. (1988). A gender-role perspective on role conflict, work stress and social support. *Journal of Social Behavior and Personality*, 3, 317-328.
- Gruen, W. (1965). A contribution toward understanding of cohesiveness in small groups. *Psychological Reports*, 17, 311-322.
- Guditus, C. W. (1981). Staff burnout: Job stress in the human services cary cherniss beverly hills, california: Sage publications, 1980, 199 pp. *Journal of Teacher Education*, 32, 55-56.
- Hallsten, L., Josephson, M. & Torgén, M. (2005). Performance-based self-esteem : A driving force in burnout processes and its assessment. Arbetslivsinstitutet.
- Harnois, G. & Gabriel, P. (2000). *Mental health and work : Impact, issues and good practices*, Geneva : World Health Organization.
- Hart, K. E., Hittner, J. B. & Paras, K. C. (1991). Sense of coherence, trait anxiety, and the perceived availability of social support. *Journal of Research in Personality*, 25, 137-145.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development*, 21, 34-64.
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. & Kalimo, R. (2007). Comparing two burnout interventions: Perceived job control mediates decreases in burnout. *International Journal of Stress Management*, 14, 227-248.
- Hills, H. & Norvell, N. (1991). An examination of hardiness and neuroticism as potential moderators of stress outcomes. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 17, 31-38.
- Hornsey, M. J., Dwyer, L. & Oei, T. P. S. (2007). Beyond cohesiveness. *Small Group Research*, 38, 567-592.
- Huntley, A. L., Araya, R. & Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 200, 184-190.
- Jacobson, L. (1989). The group as an object in the cultural field. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39, 475.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519-542.
- Julkunen, J., Pietilä, P., Gustavsson-Lilius, M. (2013). Kuntoutusryhmän koherenssin arviointi. kyselymenetelmän luotettavuus ja alustavia tuloksia validiteetista. *Kuntoutus*, 3, 5-19.
- Julkunen, J. & Ahlström, R. (2006). Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. results of an ASCOT substudy. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 33-39.
- Kahn, R. L. & Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. Teoksessa M. D. Dunnette & L. M. Hough (toim.), *Handbook of industrial and organizational*

- psychology*, vol. 3, 571-650. Palo Alto, CA, US: Consulting Psychologists Press.
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33, 692-724.
- Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (1999). *Well-being: &nbsp;the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Kalimo, R., Toppinen, S. (1997). Työuupumus suomen työikäisellä väestöllä. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P. & Topipinen-Tanner, S. (2003). Staying well or burning out at work: Work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work & Stress*, 17, 109-122.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karlson, B., Jonsson, P., Palsson, B., Abjornsson, G., Malmberg, B., Larsson, B. & Osterberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout - a prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10.
- Kasser, T. & Ryan, R. M. (1993). A dark side of the american dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.
- Kasser, T. & Ryan, R. M. (1996). Further examining the american dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287.
- Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J. & Nurmi, J. (2000). Sense of coherence and health: Evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science & Medicine*, 50, 583-597.
- Kompier, M. (2005). Assessing the psychosocial work environment – “subjective” versus “objective” measurement. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 405-408.
- Konttinen, H., Haukkala, A. & Uutela, A. (2008). Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Social Science & Medicine*, 66, 2401-2412.
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K. & Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 62, 212.
- Lee, R. & Ashforth, B. (1993). *A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model*.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. Teoksessa Alexander-Stamatios G. Antoniou & Cary L. Cooper (toim.), *Research companion to organizational health psychology*, 544-564). GB: Edward Elgar M.U.A.
- Leiter, M. P. (1992). Burn-out as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Work & Stress*, 6, 107-115.

- Leiter, M. P., Day, A. L., Harvie, P. & Shaughnessy, K. (2007). Personal and organizational knowledge transfer: Implications for worklife engagement. *Human Relations*, 60, 259-283.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leon, M. R., Halbesleben, J. R. B. & Paustian-Underdahl, S. C. (2015). A dialectical perspective on burnout and engagement. *Burnout Research*, 2, 87-96.
- Lindfors, P. & Lundberg, U. (2002). Is low cortisol release an indicator of positive health? *Stress and Health*, 18, 153-160.
- Losada, M. (1999). The complex dynamics of high performance teams. *Mathematical and Computer Modelling*, 30, 179-192.
- Losada, M. & Heaphy, E. (2004). The role of positivity and connectivity in the performance of business teams. *American Behavioral Scientist*, 47, 740-765.
- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science & Medicine*, 44, 821-831.
- Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 695-706.
- Luthans, F. & Avolio, B. J. (2009). The "point" of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 291-307.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B. & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.
- Luthans, F. & Youssef, C. M. (2004). Human, social, and now positive psychological capital management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33, 143.
- Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Pirkola, S., Peña, S., Saarni, S., Härkänen, T. (2015). Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up--results from the finnish health 2011 survey. *Journal of Affective Disorders*, 173, 73-80.
- Maslach, C. H., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2005). Stress and burnout: The critical research. Teoksessa C. L. Cooper (toim.), *Handbook of stress medicine and health*, 153-170). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *CDIR Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory manual* (3rd ed.). Mountain View, Calif: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout* (1. ed.). San Francisco, Calif: Jossey-Bass.

- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *The Journal of Applied Psychology, 93*, 498-512.
- Maslanka, H. (1996). Burnout, social support and AIDS volunteers. *AIDS Care, 8*, 195-206.
- Masten, A. S., & Reed, M.-G. (2002). Resilience in development Teoksessa Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (toim.), *The handbook of positive psychology*, 74-88. New York, NY: Oxford University Press.
- Matthiesen, S. & Dyregrov, A. (1992). Empirical validation of the bergen burnout indicator. *International Journal of Psychology, 27*, 497.
- Mattila, A. K., Ahola, K., Honkonen, T., Salminen, J. K., Huhtala, H. & Joukamaa, M. (2007). Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of Psychosomatic Research, 62*, 657-665.
- McDaid, D., Curran, C. & Knapp, M. (2005). Promoting mental well-being in the workplace: A european policy perspective. *International Review of Psychiatry, 17*.
- McDermut, W., Miller, I. W. & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 98-116.
- McRoberts, C., Burlingame, G. M. & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 2*, 101-117.
- Melamed, S. (2009). Burnout and risk of regional musculoskeletal pain—a prospective study of apparently healthy employed adults. *Stress and Health, 25*, 313-321.
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2012). *Mplus* (7. ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nitsun, M. (2014). *The anti-group* (2nd Classic Edition.). Florence: Routledge Ltd.
- Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Janlert, U. & Slunga Järvholm, L. (2015). Work situation and self-perceived economic situation as predictors of change in burnout—a prospective general population-based cohort study. *BMC Public Health, 15*, 329.
- Pålsson, M., Hallberg, I., Norberg, A. & Björvell, H. (1996). Burnout, empathy and sense of coherence among swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 10*, 19-26.
- Reis, H. T. (1994). Domains of experience: Investigating relationship processes from three perspectives. Teoksessa Robin Gilmour & Ralph Erber (toim.), *Theoretical frameworks for personal relationships*, 87-110. GB: Psychology Press.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?* (2. Aufl.). New York, NY [u.a.]: Guilford Press.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist, 55*, 68-78.

- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T. & Deci, E. L. (1996). All goals are not created equal: An orgasmic perspective on the nature of goals and their regulation. Teoksessa Gollwitzer, P.M. & Bargh, J.A. (toim.), *The psychology of action*, 7-26. New York, NY [u.a.]: Guilford Press.
- Ryff, C.D., Singer, B.H. (2006). Best news yet on the six-factor model of wellbeing. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C. D., Singer, B. H. & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359, 1383-1394.
- Ryland, E. & Greenfield, S. (1991). Work stress and well being: An investigation of antonovsky's sense of coherence model. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 39-54.
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Xanthopoulou, D., & Bakker, A.B. (2010). The gain spiral of resources and work engagement: Sustaining a positive worklife. Teoksessa M. P. Leiter & A. B. Bakker (toim.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research*, 118-131. New York: Psychology Press.
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., Näätänen, P., Kähönen, K., Grandell, T., Saarnio, M. & Miiikkulainen, T. (2002). Työuupumuksen ryhmähoidon tutkimus- ja kehittämishanke balanssi. *Psykologia*, 37, 332-344.
- Salmela-Aro, K., Näätänen, P., Tolvanen, A. & Nurmi, J. (2011). Changes in goal-related affects: Decrease burnout during a group psychotherapy intervention. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20, 451-1.
- Sammallahti, P. R., Holi, M. J., Komulainen, E. J. & Aalberg, V. A. (2003). Comparing two self-report measures of coping— the sense of coherence scale and the defense style questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1325-1333.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. B., Dierendonck, D. V. & Gorp, K. V. (1996). Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model. *Work & Stress*, 10, 225-237.

- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-romá, V. & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schaufeli, W. B. & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19, 256.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice*. London [u.a.]: Taylor & Francis.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K. & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion - a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology (London, England)*, 9, 10.
- Shinn, M., Rosario, M., Mørch, H. & Chestnut, D. E. (1984). Coping with job stress and burnout in the human services. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 864-876.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Sonnentag, S., Dormann, C., Demerouti, E. (2010). Not all days are created equal: The concept of state work engagement. Teoksessa A. B. Bakker & M. P. Leiter (toim.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press.
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between nonwork and work. *Journal of Applied Psychology*, 88, 518-528.
- Spence Laschinger, H. K. & Leiter, M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36, 259-267.
- Stajkovic, A. D. & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124, 240-261.
- Suomen virallinen tilasto. (2013). Tilasto suomen eläkkeensaajista. Helsinki: Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos.
- Swider, B. W. & Zimmerman, R. D. (2010). *Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes*
- Taris, T. W., Schaufeli, W. B. & Verhoeven, L. C. (2005). Workaholism in the netherlands : Measurement and implications for job strain and work-nonwork conflict. *Applied Psychology*, 54, 37-60.
- Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D. & Shapira, I. (2012). Burnout and risk of coronary heart disease: A prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine*, 74, 840-847.
- Väänänen, T. (2012). *Henkilökohtainen koherenssi ja kuntoutusryhmän koherenssin yhteys elämänlaadun muutokseen rintasyöpöpotilaiden avokuntoutuksessa*. Helsingin Yliopisto.
- Vazi, M. L. M., Ruiter, R. A. C., Borne, v. d., B, Dumont, K., Martin, G. M. & Reddy, P. (2011). Indicators of subjective and psychological wellbeing as correlates of teacher burnout in the eastern cape public schools, south



- africa. *International Journal of Educational Administration and Policy Studies*, 3, 160-169.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. ES: Desclee De Brouwer.
- Vazquez, C., Hervas, G., Rahona, J. & Gomez-Baya, D. (2009). *Psychological well-being and health. contributions of positive psychology*
- Virtanen, M., Vahtera, J., Pentti, J., Honkonen, T., Elovainio, M. & Kivimaki, M. (2007). Job strain and psychologic distress - influence on sickness absence among finnish employees. *ResearchGate*, 33, 182-187.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate* (Second edition.). Florence: Routledge Ltd.
- Warren O. Hagstrom & Hanan C. Selvin. (1965). Two dimensions of cohesiveness in small groups. *Sociometry*, 28, 30-43.
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J. & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? the effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos One*, 11.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J., Floyd, A., Dedert, E. & Sephton, S. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 297-307.
- Westermann, C., Kozak, A., Harling, M. & Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 63-71.
- White, R. W. (1963). *Ego and reality in psychoanalytic theory*. New York: Internat. Univ. Press.
- White, S. L. (1987). Human resource development: The future through people. *Administration in Mental Health*, 14, 199-208.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Geneva: World Health Organization.
- Wynne, R. & McAnaney, D. (2004). Employment and disability: Back to work strategies. *GLADNET Collection*.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Zellars, K. L., Hochwarter, W. A., Perrewé, P. L., Hoffman, N. & Ford, E. W. (2004). Experiencing job burnout: The roles of positive and negative traits and states. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 887-911.
- Zwetsloot, G. & Pot, F. (2004). The business value of health management. *Journal of Business Ethics*, 55, 115-124.
- Öst, L. (2007). The claustrophobia scale: A psychometric evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1053-1064.

## ORIGINAL PAPERS

### I

#### DEVELOPMENT OF SENCE OF COHERENCE DURING TWO GROUP INTERVENTIONS

by

Kari Kähönen, Petri Näätänen, Asko Tolvanen, & Katariina Salmela-Aro,  
2012

*Scandinavian Journal of Psychology* 53, 523-527.

Reproduced with kind permission by Scandinavian Journal of Psychology

## II

### PSYKOLOGINEN HYVINVOINTI TYÖUUPUNEIDEN RYHMÄPSYKOTERAPEUTTISESSA INTERVENTIOSSA

by

Kari Kähönen, Joonas Muotka, Petri Näätänen & Katariina Salmela-Aro, 2016

*Psykologia*, 51, 262-273

Uudelleenjulkaisulupa saatu lehdeltä.

### **III**

## **SENSE OF COHERENCE OF THE GROUP DURING A SALUTOGENIC INTERVENTION FOR EMPLOYEES SUFFERING FROM SEVERE BURNOUT**

by

Kari Kähönen, Petri Näätänen, Asko Tolvanen, Juhani Julkunen and Katariina  
Salmela-Aro, 2017

Käsikirjoitus lähetetty julkaistavaksi.

Reproduced with kind permission by the authors.