

Anne Puolakanaho, Sanna M. Kinnunen ja Raimo Lappalainen

Mindfulness-, hyväksyntä- ja
arvopohjaisen (MIHA) ohjelman
vaikuttavuus työuupumusoireiden
lievittäjänä

Tutkimusyhteenvedo Muupu-hankkeesta



Anne Puolakanaho, Sanna M. Kinnunen ja
Raimo Lappalainen

Mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaisen
(MIHA) ohjelman vaikuttavuus
työuupumusoireiden lievittäjänä

Tutkimusyhteenvedo Muupu-hankkeesta



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2016

Editors

Timo Suutama

Department of Psychology, University of Jyväskylä

Pekka Olsbo, Sini Tuikka

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

URN:ISBN:978-951-39-6562-4

ISBN 978-951-39-6562-4 (PDF)

ISBN 978-951-39-6561-7 (nid.)

ISSN 0075-4625

Copyright © 2016, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2016

ABSTRACT

Puolakanaho, Anne, Kinnunen, Sanna M. and Lappalainen, Raimo
The Effectiveness of Mindfulness-, Acceptance- and Value-based Intervention in
the Recovery from Burnout: Research Summary of the Muupu Project
Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2016, 81 p.
(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research
ISSN 0075-4625; 548)
ISBN 978-951-39-6561-7 (nid.)
ISBN 978-951-39-6562-4 (PDF)

Mindfulness-, acceptance-, and value-based (MAV) methods have gained popularity in alleviating burnout. The Muupu research project was designed to explore the effectiveness of a novel eight-week MAV-based intervention, delivered via both face-to-face group meetings and a web-based program. This research examined both the effectiveness of the program and its mechanisms of change. The 218 participants were randomly assigned to an intervention (MAV) group or to a treatment-as-usual (TAU) group. The research also utilized data from pilot group participants ($n = 24$) and their matched pairs ($n = 24$). Approximately 80% of the participants were women, and over 60% of the participants had either a polytechnic or university degree. The mean age was 47 years. All participants were required to meet the criteria for the “most exhausted workers” classification (above the 75th percentile) as measured by the Bergen Burnout Indicator. The participants represented a variety of occupational groups. Analyses were based on multivariate statistical analysis and structural equation modeling. The results are derived from four research manuscripts and eight master’s theses. The study evaluated experienced changes in MAV skills, burnout related ill-being at work, psychological symptoms, and well-being using 17 well-known scales. Measurements were recorded before the intervention, immediately after the intervention ended, as well as 6 and 12 months after the intervention began. The MAV program generated wide-ranging benefits by alleviating ill-being symptoms and improving well-being. It also appeared to buffer the stress effects caused by major life changes. The MAV group outperformed the TAU group constantly on the scales used in this study. These results were sustained throughout the one-year follow-up period. However, varying individual outcome profiles could be identified. A number of individual factors, such as personality traits and depression symptoms, affected intervention outcomes. Furthermore, continuance of mindfulness practices after the intervention and individual learning experiences were associated to better long-term outcomes. Due to their demonstrated ability to alleviate a variety of psychological symptoms and improve general well-being, low-threshold interventions, such as the one in the present study, should be applied more widely in occupational health care.

Keywords: mindfulness, acceptance, value, burnout, well-being, work conditions, intervention

Authors Address

Anne Puolakanaho
Department of Psychology
P.O.BOX 35,
40014 University of Jyväskylä

Sanna Kinnunen
Department of Psychology
P.O.BOX 35,
40014 University of Jyväskylä

Raimo Lappalainen
Department of Psychology
P.O.BOX 35,
40014 University of Jyväskylä

TIIVISTELMÄ

Puolakanaho, Anne, Kinnunen, Sanna M. ja Lappalainen, Raimo
Mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaisen (MIHA) ohjelman vaikuttavuus
työuupumusoireiden lievittäjänä: Tutkimusyhteenveto Muupu-hankkeesta
Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2016, 81 s.

Työuupumuksen lievittämiseksi on alettu maailmalla käyttää mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaisia (MIHA) -menetelmiä. Muupu-tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, voidaanko uudella, kahdeksanviikkoisella MIHA-ohjelmalla lievittää työuupumusoireita tehokkaasti. Ohjelma toteutettiin ryhmä- ja verkkointervention yhdistelmänä. Muupu-tutkimuksessa selvitettiin sekä ohjelman vaikuttavuutta että sen vaikutusmekanismeja. 218 tutkittavaa tunnustettiin kahteen ryhmään: MIHA-interventioryhmään ja tavanomaista tukea (TAV) saavien ryhmään. Tutkimuksessa hyödynnettiin myös pilottiryhmän (n = 24) ja heidän vastinpariensä (n = 24) kyselyvastauksia. Noin 80 % tutkittavista oli naisia, ja yli 60 %:lla oli ammattikorke- tai yliopistokoulutus. Tutkittavien keski-ikä oli 47 vuotta. Tutkittavien tuli hakuvaiheessa kuulua työuupuneimpien suomalaisten joukkoon (uupunein neljäsosa Bergen Burnout Indicator -kyselyllä arvioituna). Tutkittavat edustivat vaihtelevia ammattiryhmiä. Tutkimuksessa arvioitiin osallistuneiden kokemusten muutoksia työuupumuksessa, MIHA-taidoissa, työoloissa, psykologisessa oirehdinnassa sekä hyvinvoinnissa käyttämällä 17 tunnettua kyselymenetelmää. Arviointeja tehtiin ennen intervention alkua, heti sen jälkeen sekä 6 ja 12 kuukautta intervention aloittamisesta. Analyysit tehtiin monimuuttujamenetelmillä ja rakenneyhtälömallinnuksella. Tulokset perustuvat neljään artikkelikäsikirjoitukseen ja kahdeksaan pro gradu -tutkielmaan. MIHA-ohjelman vaikutukset olivat laajalajaisesti työuupumusta lievittäviä ja hyvinvointia edistäviä, ja ohjelma näytti myös suojaavan uusien elämänhaasteiden tuomilta stressivaikutuksilta. MIHA-ryhmän hyvinvointi lisääntyi johdonmukaisesti enemmän kuin TAV-ryhmän käytetyissä arvioinneissa. Lisäksi suotuisat vaikutukset säilyivät vuoden seurannassa. Intervention vaikutuksissa oli kuitenkin löydettävissä erilaisia polkuja. Monet yksilölliset tekijät, kuten persoonallisuuden piirteet ja masentuneisuus olivat yhteydessä intervention tuloksellisuuteen. Lisäksi harjoittelun omaehtoisella jatkamisella interventiojakson jälkeen ja kokemuksilla keskeisten interventioelementtien oppimisesta oli yhteys intervention vaikuttavuuteen. Muupu-ohjelman tyyppisiä matalan kynnyksen interventioita kannattaisi ottaa aikaisempaa laajemmin käyttöön suomalaisessa työterveyshuollossa, sillä niitä voidaan hyödyntää monenlaisen psyykkisen oireilun lievittämiseen ja hyvinvoinnin kohentamiseen. Hankkeen tulokset haastavat myös pohtimaan aikaisemmin käytettyjä kuntoutusmalleja.

Avainsanat: mindfulness, hyväksyntä, arvo, työuupumus, hyvinvointi, työolot, tietoinen läsnäolo, interventio

ESIPUHE

Mindfulness suomennetaan usein sanoilla tietoinen läsnäolo. Sitä on maailmalla tutkittu 1980-luvulta lähtien, mutta Suomessa ei juurikaan. Mindfulnessiin pohjautuvia menetelmiä on kuitenkin rantautunut Suomeenkin erityisesti HOT:n eli hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisten harjoitusten ja interventioiden muodossa, johtohahmonaan Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen professori Raimo Lappalainen. Aikaisempien tutkimusten valossa näytti siltä, että mindfulnessia hyödyntävät interventiot ovat tuloksellisia monenlaisen psykologisen oireilun, esimerkiksi stressin lievittäjinä. Tutkimuksia interventioiden tehokkuudesta työuupumusoireilun lievittäjinä oli kuitenkin hyvin vähän. Pitkään jatkuneen työperäisen stressin seurauksena voi kehittyä työuupumukseksi kutsuttu tila, johon liittyy erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä oireita, terveydellisiä pulmia ja heikentynyt työkyky. Työuupumuksen yleisyyden vuoksi sen aiheuttamat yhteiskunnalliset seurausvaikutukset ovat myös merkittäviä ja näkyvät esimerkiksi työn tuottavuuden laskuna. Näistä lähtökohdista ja allekirjoittaneen omakohtaisista kokemuksista mindfulness-harjoittelun hyödyistä syntyi idea tutkia mindfulness-ohjelman vaikuttavuutta työuupumuksen lievittäjänä. Muupu-tutkimuksen alkuvaiheessa haluttiin yhdistää parhaat osiot tunnetuista mindfulnessia hyödyntävistä interventioista ja HOT-menetelmistä. Näin syntyi tässä raportissa esitelty uudenlainen mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaisen (MIHA) interventio-ohjelma.

Tutkimushankerahoituksen hakuvaiheessa ymmärsimme, että intressimme Kansaneläkelaitoksen (Kela) kanssa voisivat olla yhteneväiset ja näin syntyi Muupu-tutkimushanke. Sen jälkeen olemmekin olleet säännöllisesti yhteydessä Kelan tutkimusyhteistyökumppaneihin, etenkin terveysosaston kuntoutusryhmään. Erityiset kiitokset tästä hyödyllisestä ja tutkimusta jäntevöittävästä yhteistyöstä kuuluvat alkuvaiheessa hanketta eteenpäin vieneelle kehittämisspäälikkö Seija Sukulalle ja myöhemmin yhteistyökumppanina jatkaneelle projektipäälikkö Iris Pelkoselle ja asiantuntijalääkäri Tanja Laukkalalle sekä tutkimusprofessori Annamari Tuulio-Henrikssonille. Tämä tutkimus ei kuitenkaan olisi lähtenyt liikkeelle ilman yhteistyökumppaneita käytännön työelämästä, erityisesti Jyväskylän kaupungin ja Keski-Suomen keskussairaalan väkeä sekä Työterveys Aaltoa ja Terveystaloa. Ylilääkäri Maire Laaksonen on tämän matkan kuluessa useaan otteeseen valottanut työuupumusta käytännön työterveyshuollon näkökulmasta. Raportin loppuosassa epilogissaan hän kirjoittaa kokemuksistaan tämän tutkimuksen parissa sekä esittää näkemyksiään tulosten merkityksestä ja hyödynnettävyydestä.

Haluaisimme tämän viestin mukana lähettää tuhannet lämpimät terveiset kaikille tutkittaville kiinnostuksesta ja pitkäjänteisyydestä tutkimuksen parissa. Kiitos kun jaksoitte täyttää meidän pitkät kyselymme. Se mahdollisti tässäkin raportissa esiin tuotujen moniulotteisten tutkimusten tekemisen. Kiitämme myös tutkittavien mukanaan tuomia työnantajia ja työterveydenhuollon edustajia aiheeseen paneutumisesta. Rikastutitte meitä ideoillanne ilahduttavasti.

Muupu-tutkimus on herättänyt kiinnostusta erilaisten kohtaamieni ihmisten parissa. Useimmiten ihmiset kyselevät, mistä saisivat tietoa mindfulnessista ja harjoitusohjelmia tähän liittyen. Tämän raportin lopussa on mukana pieni luettelo, jossa esitellään materiaalia MIHA-menetelmistä suomeksi (Liite 3).

Lopuksi kiitämme vielä tutkijoita ja yhteistyökumppaneitamme Jyväskylän yliopistossa ja psykologian laitoksella monipuolisen tuen tarjoamisesta tutkimuksen ja projektin hoitoon liittyvissä asioissa. Esitämme kiitokset erityisesti dosentti Anne Mäkikankaalle arvokkaista ideoista työuupumustutkimukseen liittyen. Haluamme kiittää mindfulnessista ja HOT-interventioista kiinnostunutta tutkimusryhmäämme aina hyvin mieltä virkistävästä tapaamisista. Muupu-tutkimus herätti paljon kiinnostusta psykologian opiskelijoiden keskuudessa. Kiinnostuksen konkreettisena osoituksena ovat aiheen tiimoilta valmistuneet parisenkymmentä kandidaatti- ja pro gradu -tutkielmaa, joista viimeksi mainittuja referoidaan tässäkin raportissa. Kiitos paljon paneutumisesta aiheen monimuotoisiin teemoihin.

Lähimmät työtoverit ovat aina tärkeitä työhyvinvoinnin kannalta, ja tässä suhteessa meitä on kohdannut onni. Olemme äärettömän kiitollisia professori Asko Tolvasen alati kärsivällisestä suhtautumisesta ja ammatillisesta kiinnostuksesta ja taidosta tilastollisten kysymysten parissa. Hänen kanssaan olemme voineet ratkaista monimuotoiset aineiston analyysiin liittyvät haasteet. Raimo Lappalaisen tehtävänä on Muupu-tutkimuksessa ollut erityisesti teoreettisten asioiden pohtiminen erilaisten tutkimusvaiheiden ja tutkimusteemojen yhteydessä. Muupu-tutkimuksessa työskennelleen psykologin, Sanna Kinnusen, ammatillisen osaamisen vuoksi erilaisten tutkimusvaiheiden logistiikka ja tekniikka sekä yhteydenpito tutkittaviin ovat tulleet hoidetuiksi oivallisesti. Allekirjoittaneella on ollut ilo olla synnyttämässä, kehittämässä ja vetämässä tässä raportoitua Muupu-tutkimusta sekä ohjaamassa siitä syntyneitä tutkimusjulkaisuja. Olemme varmaankin kaikki kokeneet oppineemme olennaisia asioita Muupu-tutkimusta tehdessämme, ja nyt toivomme voivamme jakaa osan tästä kokemuksesta myös lukijoillemme tämän raportin muodossa.

Lämmöllä, Anne Puolakanaho
Muupu-tutkimusryhmän puolesta
Jyväskylässä, 10.2.2016

KUVAT

| | | |
|---------|---|----|
| KUVIO 1 | Tutkimusasetelma..... | 16 |
| KUVIO 2 | Muupu-tutkimuksen osallistumiskaavio..... | 19 |

TAULUKOT

| | | |
|------------|--|----|
| TAULUKKO 1 | Muupu-harjoitusohjelman sisällöt..... | 20 |
| TAULUKKO 2 | Muupu-tutkimuksessa käytetyt arviointimenetelmät | 26 |
| TAULUKKO 3 | Tutkimusryhmien taustatiedot..... | 30 |

LIITTEET

| | | |
|---------|---|----|
| LIITE 1 | JOCHA-kysely..... | 78 |
| LIITE 2 | Oppimiskokemukset-kysely | 80 |
| LIITE 3 | Materiaalia MIHA-menetelmistä suomeksi..... | 81 |

SISÄLLYS

ABSTRACT

TIIVISTELMÄ

ESIPUHE

KUVIOT, TAULOKOT JA LIITTEET

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 11 |
| 1.1 | Työuupumus..... | 11 |
| 1.2 | Mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaiset (MIHA) menetelmät..... | 13 |
| 1.3 | Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset..... | 15 |
| 2 | MENETELMÄT..... | 16 |
| 2.1 | Tutkittavat..... | 16 |
| 2.2 | MIHA-harjoitusohjelma..... | 20 |
| 2.3 | Arviointimenetelmät..... | 24 |
| 3 | OSATUTKIMUKSET..... | 27 |
| 3.1 | Osallistuminen Muupu-tutkimukseen..... | 27 |
| 3.1.1 | Tutkittavien osallistuminen tutkimukseen..... | 27 |
| 3.1.2 | Tutkimuksesta poisjääneet..... | 28 |
| 3.1.3 | Tutkittavien taustat ja satunnaistuksen arviointi..... | 28 |
| 3.1.4 | Ryhmien käyttämät tukikeinot..... | 29 |
| 3.2 | MIHA-intervention vaikuttavuus ja vaikutuksia välittävät tekijät..... | 31 |
| 3.3 | Työuupumusta selittävät tekijät..... | 33 |
| 3.4 | Oppimiskokemukset MIHA-intervention vaikutusten välittäjinä..... | 35 |
| 3.5 | Tavoitteiden ja hyvinvoinnin väliset yhteydet MIHA-ryhmäläisillä..... | 37 |
| 3.6 | Arvotyöskentely MIHA-intervention vaikutusten välittäjänä..... | 38 |
| 3.7 | MIHA-ryhmäläisten työuupumus-mindfulness-taitoprofiilit..... | 40 |
| 3.8 | Masentuneisuus MIHA-intervention vaikutusten välittäjänä..... | 44 |
| 3.9 | Persoonallisuuden yhteys MIHA-taitoihin..... | 45 |
| 3.10 | Odotusten merkitys hyvinvointimuutoksille..... | 47 |
| 3.11 | MIHA-intervention yhteys työolosuhdekokemuksiin..... | 48 |
| 3.12 | Tutkimusyhteistyöstä työnantajien ja työterveyshuollon kanssa..... | 50 |
| 4 | POHDINTA..... | 53 |
| | EPILOGI (Maire Laaksonen)..... | 59 |
| | SUMMARY..... | 61 |
| | LÄHTEET..... | 67 |

1 JOHDANTO

1.1 Työuupumus

Työuupumus vaikuttaa monen työntekijän arkeen, sillä Suomessa noin 3 %:n työntekijöistä on arvioitu kärsivän vakava-asteisesta työuupumuksesta ja 25 %:n lievästä työuupumuksesta (Honkonen ym., 2007). Työuupumukseen liittyvät stressikokemukset ovat myös yleisiä, ja Euroopan alueella 22 % työntekijöistä raportoi kärsivänsä stressin vaikutuksista lukujen vaihdellessa maittain 18:n ja 55 %:n välillä (European Agency for Safety and Health at Work, 2009). Työuupumus määritellään yleisimmin pitkittyneen stressitilanteen seurauksena kehittyvänä työpahoinvoinnin tilana, jonka osa-alueita ovat uupumusasteinen väsymys, kyynistyneisyys ja ammatillisen itsetunnon heikkeneminen (Maslach, Jackson & Leiter, 1996; Näätänen, Aro, Matthiesen & Salmela-Aro, 2003). Uupumusasteisella väsymyksellä tarkoitetaan fyysisen ja emotionaalisen uupumisen tilaa, joka syntyy ympäristön vaatimusten ylittäessä yksilön voimavarat pitkäkestoisesti. Kyynistyminen taas merkitsee työstä etäännyttämisestä, työn merkityksen kyseenalaistamista sekä työn mielekkyyden kokemuksen vähenemistä. Ihmissuhdeammateissa toimivien kohdalla kyynistymisen tilalla käytetään usein termiä depersonalisaatio, jolla tarkoitetaan itsen etäännyttämistä asiakkaista. Ammatillisen itsetunnon heikkeneminen viittaa kokemukseen omien tietojen ja taitojen riittämättömyydestä suhteessa työtehtäviin sekä taipumukseen arvioida omia työsuorituksia kielteisesti.

Työuupumuksen kehittymistä on selitetty useista teoreettisista viitekehysistä käsin (ks. esim. Bakker & Demerouti, 2007; Hobfoll, 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998; Schaufeli, Leiter & Maslach 2009), joissa korostetaan eriasteisesti työolotekijöiden ja yksilöllisten tekijöiden roolia. Työolotekijöistä työuupumukseen kielteisessä yhteydessä ovat työmäärä ja työn psykologiset sekä fyysiset vaatimukset, alhainen työnhallinnan kokemus, vähäinen sosiaalinen tuki työyhteisössä, roolikonfliktit ja rooliristiriidat sekä vaikeudet työn ja muun elämän yhteensovittamisessa (esim. Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2015; Alarcon, 2011; Bria, Băban & Dumitrașcu, 2012). Työuupumuksen kehittymiseen voivat vaikuttaa myös organisaationaaliset tekijät, kuten organisaatiokult-

tuuri ja työntekijöiden epätasa-arvoinen kohtelu (esim. Adriaenssens ym., 2015; Bria ym., 2012).

Henkilökohtaisilla voimavaroilla ja persoonallisuudella on myös havaittu olevan yhteys työuupumukseen. Persoonallisuuden piirteistä neuroottisuus on yhteydessä korkeampaan työuupumukseen, kun taas ulospäin suuntautuneisuus, sovinnollisuus ja tunnollisuus ovat yhteydessä matalampaan uupumukseen (Alarcon, Eschleman & Bowling, 2009; You, Huang, Wang & Bao, 2015). Myös minäpystyvyys, itsetunto, optimismi, myönteisten ja kielteisten tunteiden kokeminen, sekä hallintakeinojen käyttö ovat yhteydessä matalampaan työuupumukseen (Alarcon ym., 2009; You ym., 2015). Näiden henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyvien tekijöiden lisäksi myös taustatekijöillä on erilaisia yhteyksiä työuupumukseen. Nuoremmat, vähemmän aikaa alalla olleet, korkeammin koulutetut ja pitkiä työpäiviä tekevät kokevat enemmän työuupumusta (Brewer & Shapard, 2004; Lim, Kim, Kim, Yang & Lee, 2010). Työuupumuksessa on havaittu myös sukupuolieroja, niin että miehet kokevat enemmän depersonalisaatiota ja naiset enemmän uupumusasteista väsymystä (Lim ym., 2010; Purvanova & Muros, 2010).

Seurausten osalta työuupumuksen on havaittu olevan yhteydessä somaattisen ja psyykkisen terveyden ongelmiin ja oireiluun (Ahola & Hakanen, 2014; Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita & Pfahler, 2012) sekä toiminnanohjauksen, keskittymisen ja muistin heikkenemiseen (Deligkaris, Panagopoulou, Montgomery & Masoura, 2014). Työuupumus on yhteydessä myös vähäiseen työtyytyväisyyteen (Alarcon, 2011; Lee, Lim, Yang & Lee, 2011; Morse ym., 2012). Näiden yksilön hyvinvoinnille haitallisten vaikutusten lisäksi työuupumus on yhteydessä myös vähäiseen organisaatioon sitoutumiseen, työpaikan vaihtoaikaisiin ja työvoiman vaihtuvuuteen, poissaoloihin sekä heikkoon työssä suoriutumiseen (ks. esim. Alarcon, 2011; Lee ym., 2011; Morse ym., 2012; Taris, 2006).

Työuupumus siis vaikuttaa monin tavoin sekä yksilön hyvinvointiin että organisaation toimintaan, joten sen ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi on kehitetty erilaisia keinoja. Interventioita on suunnattu yksilöille, työpaikoille ja organisaatioille, ja joissain interventioissa yhdistellään näitä tasoja (esim. Leiter & Maslach, 2014; Schaufeli & Enzmann, 1998). Interventiomuotoina on tarkasteltu muun muassa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvia menetelmiä, vuorovaikutusvalmennusta, rentoutusharjoituksia ja työjärjestelyjen muutoksia. Interventioiden vaikuttavuutta on kuitenkin tutkittu suhteellisen vähän. Yksilösuuntautuneiden interventioiden on havaittu vähentävän työuupumusta lyhyellä aikavälillä, kun taas työhön tai organisaatioon suuntautuneiden sekä yksilö- ja organisaatiosuuntautuneisuutta yhdistelevien interventioiden vaikutukset ovat kestäneet pidempään (Awa, Plaumann & Walter, 2010; Westermann, Kozak, Harling & Nienhaus, 2014).

Suomessa työuupumuksen hoitona on käytetty työhön suuntautuen työjärjestelyjen muuttamista, stressin vähennyskeinoja, ammatillista valmennusta ja kuntoutusta, sekä yksilöön suuntautuen psykoterapiaa, lääkehoitoa tai ei-ammattillista kuntoutusta (Ahola ym., 2007). Suomessa kuntoutuksen vaikutus-

ten on havaittu vaihtelevan eri ihmisryhmien välillä, ja työn vaatimusten ja voimavarojen sekä masentuneisuuden ja työtyytyväisyyden on huomattu olevan yhteydessä työuupumuksen muutokseen (Hätinen, 2008). Viime aikoina mindfulness-pohjaiset interventiot ovat kasvattaneet suosiota työkentällä, ja niiden toimivuus myös työntekijöiden oireilun ja työuupumuksen vähentämisessä on saanut alustavaa tutkimustukea (esim. Goodman & Schorling, 2012; Leiter & Maslach, 2014; Regehr, Glancy, Pitts & LeBlanc, 2014; Virgili, 2013).

1.2 Mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaiset (MIHA) menetelmät

Mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaisia (MIHA) menetelmiä on viimeisten vuosikymmenten aikana alettu hyödyntää sekä pahoinvoinnin lievittämisessä että hyvinvoinnin edistämiseksi kasvavassa määrin. Mindfulness suomenneetaan yleensä tietoisuustaidoksi, ja sillä tarkoitetaan läsnäoloa kulloinkin käsillä olevassa hetkessä mahdollisimman vapaana sisäisten tai ulkoisten asioiden arvioinnista (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 2003). Mindfulness nähdään ihmisen luontaisena kykynä, jonka ilmeneminen vaihtelee sekä ihmisten välillä että samalla ihmisellä eri tilanteissa (Brown & Ryan, 2003). Toisaalta se nähdään myös taitona, jota voidaan harjoitella (Hayes, 2004). Mindfulnessilla on läheinen yhteys hyväksyntään, millä tarkoitetaan halukkuutta kohdata ja kokea hankaliakin sisäisiä tapahtumia (esim. ajatukset, tunteet) pyrkimättä muuttamaan, hallitsemaan tai välttämään niitä. Mindfulness- ja hyväksyntätaidot voivat myös merkittävästi auttaa ihmistä määrittelemään itselleen merkityksellisiä asioita eli arvoja ja toteuttamaan arvojen mukaista elämää (Flaxman, Bond & Livheim, 2013; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

MIHA-menetelmiä käyttäviä ohjelmia on monenlaisia, joista tunnetuimpia ovat mindfulness-pohjainen stressin hallinta (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR; Kabat-Zinn, 1982, 2003) ja mindfulness-pohjainen kognitiivinen terapia (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002). MIHA-menetelmien alle lukeutuu myös hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT; Acceptance and Commitment Therapy, ACT; Hayes, 2004; Hayes, Luoma ym., 2006), joka on erityisesti tuonut arvotyöskentelyä tietoisuustaitojen harjoittelun rinnalle. MIHA-menetelmät ovat olleet tehokkaita erilaisten tilojen (esim. masennus, ahdistus, stressi) hoidossa ja kohentamisessa sekä kliinisissä että ei-kliinisissä ryhmissä (esim. A-Tjak, Davis, Morina, Powers, Smits & Emmelkamp, 2015; Chiesa & Serretti, 2009; Khoury ym., 2013; Khoury, Sharma, Rush & Fournier, 2015). Niiden on myös havaittu auttavan ahdingossa olevia työntekijöitä ja lievittävän työuupumus- ja stressioireita merkittävästi (esim. Regehr ym., 2014; Roeser ym., 2013; Virgili, 2013).

MIHA-menetelmien prosesseja on kuvailtu ehkä tarkimmin HOT-menetelmien yhteydessä, joiden kehittämisen taustalla vaikuttaa ihmisen kieltä ja kognitioita tarkasteleva suhdekehysteoria (Relational Frame Theory, RFT; ks.

esim. Blackledge, 2003; Hayes, 2004). Suhdekehysteorian yhtenä perusolettamuksena on, että mieli pyrkii hyvin automaattisesti yleistämään aiempia oppimiskokemuksia uusiin tilanteisiin, myös silloin kun aiemmin opittu ei sovi uuteen tilanteeseen (Blackledge, 2003). Tämän prosessin kautta mieleen saattaa muodostua jäykkiä ajatus-, tunne- ja toimintamalleja, jolloin uusille asioille on vähemmän tilaa, ja ne saatetaan nähdä jopa uhkaavina. Tämä voi myös vaikeuttaa sopeutumista muuttuviin työolosuhteisiin tai vaihtuviin henkilösuhteisiin työpaikalla. Tällä lailla ihmisen kieleen ja ajatteluun liittyvä toiminta johtaa kärsimykseen ja erilaiseen oireiluun (Hayes, 2004). Toisaalta joustavuuteen voidaan vaikuttaa MIHA-menetelmien kautta.

HOT:n taustalla oleva malli on kehitetty suhdekehysteorian pohjalta, ja tässä mallissa jaetaan MIHA-menetelmiin olennaisesti liittyvät prosessit mindfulness- ja hyväksyntäprosesseihin sekä sitoutumis- ja käyttäytymisenmuutosprosesseihin (Hayes, Luoma ym., 2006). Nämä prosessit liittyvät läheisesti toisiinsa ja niihin pyritään interventioissa vaikuttamaan psykologisen joustavuuden lisäämiseksi. Mindfulness- ja hyväksyntäprosesseilla tarkoitetaan nykyhetkessä olemista ilman arviointia sekä valmiutta kohdata sekä miellyttävät että epämiellyttävät sisäiset ja ulkoiset kokemukset (Hayes, Luoma ym., 2006). Sitoutumis- ja käyttäytymisenmuutosprosesseilla taas viitataan omien arvojen selkeyttämiseen ja toimimiseen näiden arvojen mukaisesti myös silloin kun vaikeuksia ilmenee. Käytännössä tämä tarkoittaa yksilöllistä motivaatiotyökentelyä. Mindfulness- ja hyväksyntätaitoihin liittyvät olennaisesti myös defuusiotaidot, joilla viitataan kykyyn havainnoida omaa mieltä ja sen sisältöjä niin, ettei jää kiinni näihin sisältöihin ja ettei toimi niiden ohjaamana (Hayes, 2004; Hayes, Luoma ym., 2006). Mindfulness- ja hyväksyntätaitojen avulla ihminen pystyy luomaan uudenlaisen suhteen sekä sisäisiin että ulkoisiin tapahtumiin, joita elämän ja työn tuomat haasteet herättävät. Tätä kautta myös oireilu ja pahoinvointi vähenevät, ja mieleen tulee enemmän tilaa voimavaroja tuoville asioille ja hyvinvointia edistäville ajatus-, tunne- ja käyttäytymismalleille. Myös rohkeus kohdata aikaisemmin pelottavina koettuja asioita kasvaa. Kaikki nämä taidot ovat myös tärkeitä työhyvinvoinnin ylläpitämisessä.

Työoloissa MIHA-taitojen on ehdotettu parantavan tunteiden, ajatusten ja käyttäytymisen itsesäätelyä niin, että työntekijä pystyy joustavasti reagoimaan erilaisiin tilanteisiin ja keskittymään käsillä olevaan tehtävään (Glomb, Duffy, Bono & Yang, 2011). MIHA-taidot voivat myös parantaa ihmissuhteiden laatua työpaikalla ja auttaa ihmisiä kestämään työn haasteet paremmin. Lisäksi psykologisen joustavuuden on arvioitu voivan parantaa työntekijän kykyä kiinnittää huomiota työsuorituksen kannalta olennaisiin asioihin ja vaikuttaa näin aktiivisesti työoloihinsa (Bond, Hayes & Barnes-Holmes, 2006). Kun ihmisellä on näitä taitoja, hän pystyy myös toimimaan omien ja työpaikan arvojen mukaan vaihtuvissa tilanteissa (Bond, Flaxman & Bunce, 2008). Hyvillä MIHA-taidoilla onkin havaittu olevan laajoja yhteyksiä yksilön toimintaan organisaatiossa, työntekijöiden uuden oppimisen valmiuksiin, työssä suoriutumiseen ja vähäisiin poissaoloihin (Bond ym., 2008; Flaxman ym., 2013; Hayes, Bond, Barnes-Holmes & Austin, 2006). MIHA-taidot siis auttavat yksilöä havainnoimaan ti-

lanteita uudeltaisesta näkökulmasta ja toimimaan tärkeiden asioiden hyväksi ilman takertumista toimimattomiin ratkaisumalleihin.

1.3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimukseen hakeutui kaiken kaikkiaan 331 vapaaehtoista tutkittavaa, joista valintakriteerit täytti 218 hakijaa. Nämä hakijat satunnaistettiin MIHA-interventoryhmään (n = 109) ja tavanomaista tukea saavaan verrokkiryhmään (n = 109). Osassa tehtyjä tutkimuksia hyödynnettiin myös pilottiryhmän (n = 24) ja heidän vastinpariensä (n = 24) kyselyvastauksia. Tutkimusta varten luotiin MIHA-interventio-ohjelma, joka perustui maailmalla tunnettuun mindfulness-ohjelmaan ja johon lisättiin arvopohjaisia harjoituselementtejä HOT:sta. Muupu-tutkimuksen kokonaistavoitteena oli vastata seuraaviin kysymyksiin:

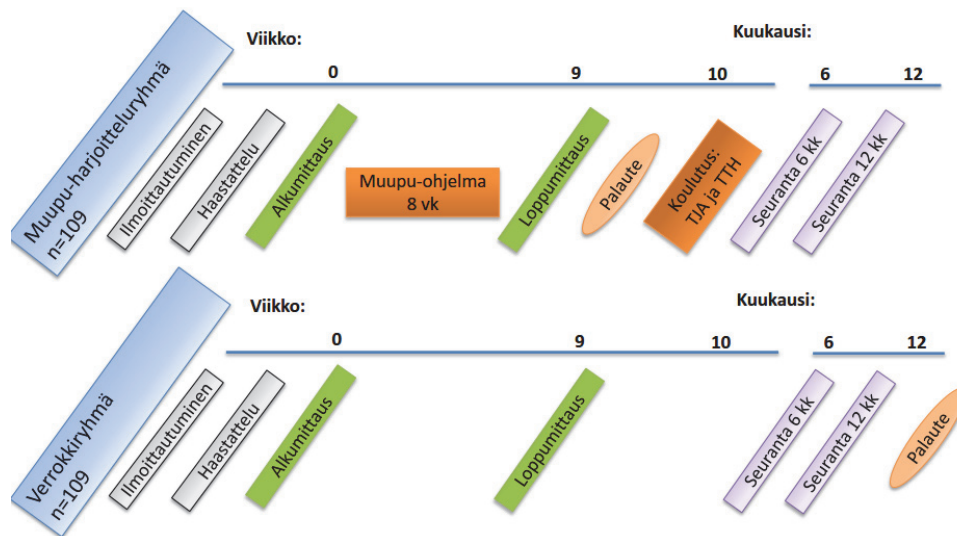
- 1) Millainen on Muupu-tutkimukseen osallistuneiden tausta?
- 2) Kuinka vaikuttava MIHA-interventio on ja välittävätkö muutokset MIHA-taidoissa muutoksia (työ)hyvinvoinnissa?
- 3) Mitkä tekijät selittävät työuupumuskokemusta?
- 4) Välittävätkö MIHA-elementtien oppimiskokemukset muutoksia hyvinvoinnissa?
- 5) Millaisia henkilökohtaisia tavoitteita MIHA-interventioon osallistuneilla on ja miten ne ovat yhteydessä hyvinvointiin?
- 6) Välittääkö arvotyöskentely muutoksia hyvinvoinnissa?
- 7) Millaisia työuupumukseen ja mindfulnessiin perustuvia profiileita intervention osallistuneiden joukosta löytyy ja miten profiilit eroavat toisistaan?
- 8) Millainen yhteys masentuneisuudella on intervention tuloksiin?
- 9) Millainen yhteys persoonallisuudella on intervention tuloksiin?
- 10) Millainen yhteys interventiota koskevilla odotuksilla on intervention tuloksiin?
- 11) Kuinka työolosuhdekokemukset muuttuvat intervention myötä?
- 12) Miten työnantajan ja työterveyden yhteistyö toteutui tutkimuksessa?

Tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi toteutettiin useita osatutkimuksia, jotka hyödynsivät eri osia tutkimusaineistosta. Seuraavaksi esitellään yleisesti tutkimusasetelma, tutkittavat ja tutkimusmenetelmät. Osatutkimukset-kappaleessa on kuvattu yksityiskohtaisemmin kunkin osatutkimuksen aineisto, menetelmät ja tulokset. Kaikkien osatutkimusten tuloksia ja niiden merkitystä arvioidaan yhteisessä pohdintaosiossa.

2 MENETELMÄT

2.1 Tutkittavat

Tutkimus hyväksyttiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Tutkimuseettisessä toimikunnassa (Dnro: 18U/2012). Tutkimus rekisteröitiin myös kansainväliseen kliinisten tutkimusten rekisteriin (ClinicalTrials.gov). Tutkimusasetelma on esitetty kuviossa 1.



KUVIO 1 Tutkimusasetelma

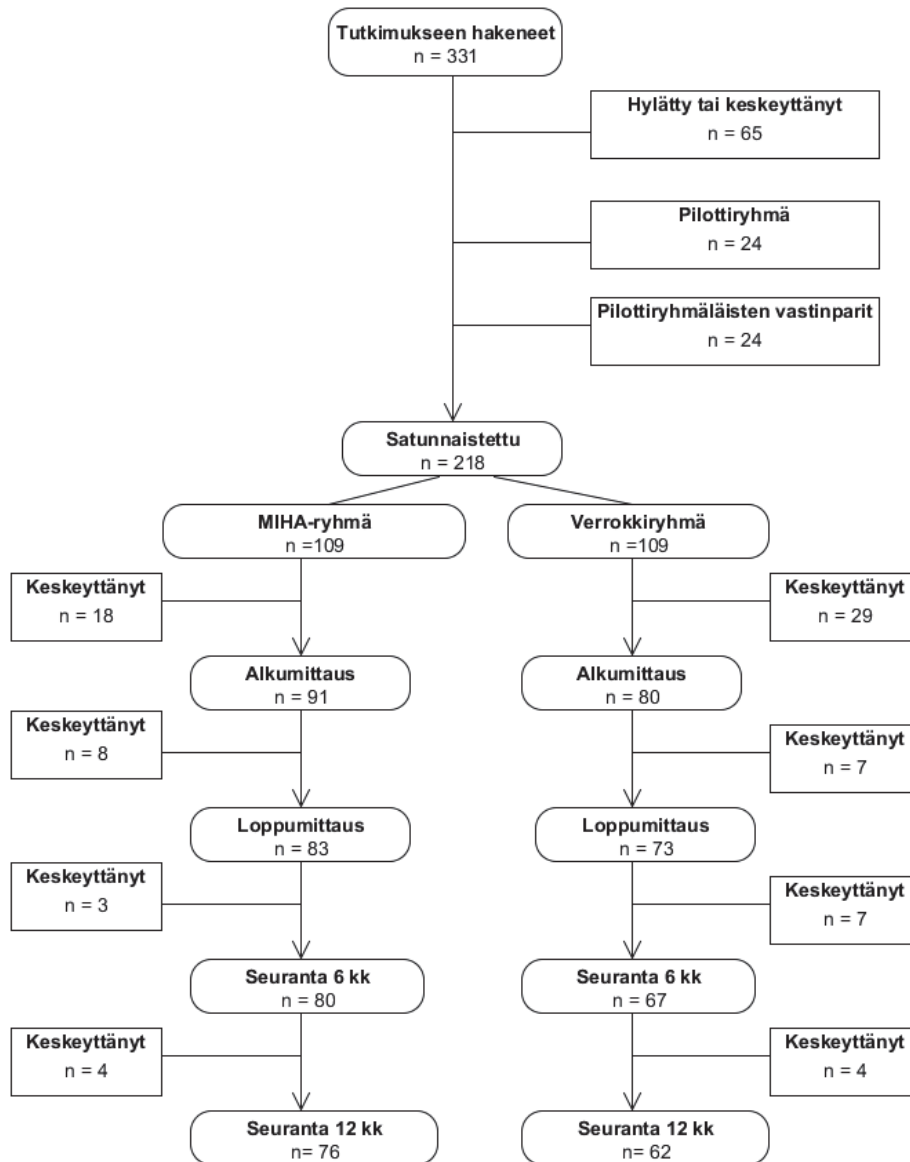
Huom. TJA = työnantaja, TTH = työterveyshuolto. Verrokkiryhmään osallistuneille tarjottiin mahdollisuutta saada MIHA-verkkointerventio käyttöönsä 12 kuukauden seuranta-kyselyn palauttamisen jälkeen.

Tutkimus oli avoin kaikille halukkaille, ja pääosin tutkittavat hakeutuivat mukaan tutkimuksesta kertovien lehti-ilmoitusten perusteella, muutama myös tutkimuksen yhteydessä luodun verkkosivuston ja tutkimusyhteistyötahojen kautta. Tutkimuksen sisäänottokriteereinä olivat: tutkimukseen hakuvaiheessa hakijan oli oltava 25–60-vuotias ja säännöllisessä työssä, hänellä tuli olla päivittäin mahdollisuus päästä internetiin ja Bergen Burnout Indicator -kyselyllä (BBI-15) (Näätänen ym., 2003) arvioituna osallistuneiden raportoimien työuupumusasteiden tulo sijoittaa hänet uupuneimman neljäsosan joukkoon verrattuna suomalaiseen normatiiviseen aineistoon. Lisäksi hänen tuli pyytää tutkimukseen mukaan yksi työnantajan ja yksi työterveyshuollon edustaja. Tutkimukseen osallistumisen poissulkukriteereinä olivat: vakava mielenterveyden häiriö (vakava masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoosi, alkoholin tai huumausaineiden liikkäyttö), muu akuutti diagnosoitu sairaus tai oireyhtymä, elämäntilanne joka estää ohjelmaan osallistumisen, säännöllinen psykoterapeuttinen hoitosuhde tai huomattavat lääkinälliset muutokset viimeisen neljän kuukauden aikana. Tarkempaa tietoa hakijoiden taustasta löytyy Kortelaisen ja Yltiön (2015) pro gradu -tutkielmasta.

Kaikkiaan 331 ihmistä jätti hakemuksen tutkimukseen. Tutkittavien mukanaolo tutkimuksen eri vaiheissa on kuvattu kuviossa 2. Heistä jokainen täytti verkkosivustolla olleen kyselyn, joka piti sisällään yhteystiedot ja BBI-15-kyselyn (Näätänen ym., 2003). Kaikki hakijat haastateltiin puhelimitse käyttäen strukturoitua haastattelulomaketta. Tarkoituksena oli tarkistaa, soveltuiko hakija tutkimukseen ja myös informoida hakijaa tarkemmin tutkimuksesta. Haastatelluista 218 täytti sisäänottokriteerit ja oli halukkaita osallistumaan tutkimukseen, ja heidät jaettiin satunnaistaen kahteen ryhmään, eli MIHA-interventio-ryhmään (n = 109; INT) ja tavanomaista tukea saavien ryhmään (n = 109; TAV) käyttäen seuraavaa menettelyä: Jokaiselle hakijalle etsittiin hakemusjärjestyksessä lähin pari siten että hakijat vastasivat toisiaan sukupuolen, iän ja koulutustason perusteella. Jokainen hakija sai oman tunnistekoodin, ja tutkimukseen kuulumaton avustaja jakoi satunnaisesti parittaiset koodit kahteen ryhmään. Tämän jälkeen hän myös arpoi, kumpi ryhmistä tulisi olemaan interventio- ja kumpi vertailuryhmä. Tämä satunnaistamismenettely toteutettiin viidessä eri vaiheessa, koska tutkittavat hakivat mukaan eri aikoina (5.3.2013 – 24.3.2014).

Ennen varsinaisten satunnaistettujen henkilöiden valintaa tutkimusmenetelmiä testattiin kahden niin sanotun pilottiryhmän (n = 24) avulla. Myöhemmin heille etsittiin sukupuolen, iän ja koulutustason perusteella vastinparit (n = 24) niistä hakijoista, jotka täyttivät sisäänottokriteerit, mutta jotka eivät olleet mukana TAV-ryhmässä. Valtaosa tutkimuskyselyistä toteutettiin nettikyselylomakkeilla, joihin tutkittava sai henkilökohtaisen vastauslinkin sähköpostinsa kautta noin viikkoa ennen tutkimuksen ensimmäistä kyselyvaihetta (1. kyselyvaihe) sekä heti 8-viikkoisen interventio-ohjelman päätyttyä (2. kyselyvaihe) ja seurantavaiheissa 6:n ja 12 kuukauden kuluttua tutkimuksen aloittamisesta (3. ja 4. kyselyvaihe). Tutkittavat saattoivat täyttää kyselylomakkeet omassa tahdissaan useassa osassa. Tutkittavia neuvottiin kuitenkin vastaamaan

kyselyyn viikon sisällä ensimmäisestä kyselyvaiheesta ja myöhemmissä vaiheissa kahden viikon sisällä kyselyn lähettamisestä. Sähköposti- ja puhelinmuistutuksia lähetettiin, mikäli kyselyvastaukset olivat myöhässä tai kyselyt olivat vain osittain täytetyt. Interventioryhmäläisten oli täytettävä ensimmäinen kysely ennen kuin he pääsivät ensimmäiseen tapaamiseen. Päämittareille laskettiin voima-arvio (Power) ennen tutkimuksen aloittamista. Arvio perustui pilottitutkimusaineistomme (n = 22) tuloksiin, joissa todettiin että perättäisissä mittauksissa mindfulnessin (FFMQ), psykologisen joustavuuden (AAQ), työuupumuksen (BBI-15) ja koetun stressin (PSS) kyselyiden (ks. tarkemmin taulukko 2) korrelaatio oli noin 0,50. Se kertoo, että intervention vaikuttavuus (efektikoko) oli 0,52 (Cohenin d). Alfa-arvolla 0,05 tarvittiin näin ollen yli 70 henkilöä 80 %:n voiman saavuttamiseksi.



KUVIO 2 Muupu-tutkimuksen osallistumiskaavio

2.2 MIHA-harjoitusohjelma

Tutkimuksessa käytetty interventio-ohjelma pohjautuu aikaisempaan tunnettuun stressin lievitykseen suunniteltuun ohjelmaan (Williams & Penman, 2011), jonka juuret ovat mindfulness-harjoitteisiin perustuvassa stressinlievitysohjelmassa (MBSR) (Bishop, 2002; Kabat-Zinn, 2003) sekä mindfulnessia ja kognitiivista terapiaa yhdistävässä terapiaohjelmassa (MBCT) (Segal ym., 2002). Interventio-ohjelmaan lisättiin kuitenkin myös arvotyöskentelyelementtejä, joita on tyypillisesti käytetty hyväksymis- ja omistautumisterapiakäytännöissä (HOT) (englanniksi Acceptance and Commitment Therapy (ACT); ks. esim. Hayes & Smith, 2005; Lappalainen ym., 2009). Niinpä ohjelma piti sisällään mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaisia (MIHA) elementtejä. MIHA-ohjelma kesti kahdeksan viikkoa ja muodostui viikoittaisista kaksi tuntia kestävästä pienryhmätapaamisista sekä päivittäisistä kotitehtävistä, jotka olivat saatavilla sitä varten suunnitellulla verkkosivustolla (<http://muupu.jyu.fi>).

MIHA-ohjelma seurasi pääosin alkuperäisen (Williams & Penman, 2011) ohjelman runkoa ja toteuttamistapaa sisältäen samat pääharjoitteet ja soveltavat harjoitteet sekä automaattisista tavoista irrottautumisen harjoitteet. Ohjelmaan ei sisällynyt kuitenkaan retriitti-osuutta. Ohjelman tarkoituksena oli lisätä mindfulness- eli tietoisuustaitoja sekä hyväksyvää ja arvostelematonta asennetta itseä ja toisia kohtaan. Lisäksi intervention uusien elementtien tarkoituksena oli selkeyttää henkilökohtaisia elämän ja työn arvoja sekä rohkaista tekemään arvojen mukaisia toimia. Uusien elementtien tavoitteena oli myös selkeyttää oman mielen toimintaa ja lisätä mahdollisuuksia irrottautua automaattisista mieleen liittyvistä reaktiomalleista sekä oppia samaistumaan tarkkailevaan osaan itseä. Peruseräpäätteen opetettiin viikoittaisissa pienryhmätapaamisissa ja ryhmään osallistuneita ohjeistettiin syventämään kokemuksiaan kotona tehtävien (verkkosivuilla olleiden) harjoitusten avulla

MIHA-ohjelmassa yhdistettiin ryhmä- ja verkkointerventio siten, että osallistuneet pystyivät kertaamaan ryhmässä käsitellyjä asioita omatoimisesti verkkomateriaalin avulla ryhmätapaamisen jälkeen. Verkossa oleva ohjelma antoi myös osallistuneille mahdollisuuden omatoimiseen työskentelyyn ryhmätapaamisten välillä. Pääosa harjoittelusta tapahtui omatoimisesti verkko-ohjelman avulla. Ryhmätapaamisten tavoitteena oli vahvistaa avointa, hyväksyvää ja läsnä olevaa asennetta omia mielen tapahtumia (erityisesti epämiellyttäviksi koettuja omia ajatuksia ja tunteita) kohtaan sekä lisätä avoimuutta ja uskallusta muutoksiin ja vastuun ottamista omasta hyvinvoinnista. Ryhmän tavoitteena oli laajentaa oppimiskokemuksia tarjoamalla mahdollisuus oppia toisten kokemuksista. Jokaisessa ryhmässä oli 6-12 tutkittavaa.

Jokainen kahdeksasta harjoitteluviikosta piti sisällään oman erityisen teemansa, ja ne on esitelty taulukossa 1. Osallistuneita ohjattiin tekemään mindfulness-harjoituksia säännöllisesti (kaksi kertaa päivässä kuutena päivänä viikossa noin 10 minuutin mindfulness-meditaatioharjoitus ja lisäksi päivittäin soveltavia harjoituksia, esimerkiksi tietoinen syöminen, suihkussa käyminen tai

auton siivoaminen), tekemään automaattisista tavoista irrottautumisen harjoitteita sekä pohtimaan henkilökohtaisia työn ja elämän arvoja ja toteuttamaan arvojen mukaisia tekoja viikoittain. Osallistuneille oli tarjolla myös vapaaehtoisia harjoitteita, kuten asiaan liittyvää informatiivista materiaalia kirjallisessa ja videoiden muodossa sekä metafora-äänitteitä. Näiden tarkoituksena oli tehdä näkyväksi mielen toimintaa ja ihmisen suhdetta omaan mieleensä (esimerkiksi sen sisältämiin ajatuksiin, tunteisiin, tuntemuksiin ja uskomuksiin).

Ryhmätapaamisissa oli seuraava rakenne: Ensimmäiseksi keskusteltiin edellisen viikon harjoituksista. Tämän jälkeen esiteltiin seuraavan viikon mindfulness-harjoitus äänitteenä ryhmälle. Muodolliset mindfulness- ja hyväksyntäharjoitteet sisälsivät esimerkiksi hengitysmeditaatiota, tietoista liikettä, mielen ja kehon reaktioiden tarkkailua sekä myötätuntomeditaatiota. Seuraavaksi esiteltiin viikon teema PowerPoint-esitysmateriaalin avulla, ja tätä seurasi teemaan liittyvä henkilökohtainen tehtävä, jota laajennettiin pari- ja ryhmäkeskusteluksi. Tapaamiskerran lopuksi tehtiin uusi lyhyt harjoitus, joka oli usein metafora. Lopuksi esiteltiin verkkosivulta saatavat seuraavan viikon kotitehtävät. Ryhmän keskustelut alkoivat aina henkilökohtaisilla pohdiskeluilla, ja niitä laajennettiin pari- ja ryhmäkeskustelun avulla. Näiden erilaisten keskustelutapahtumien tarkoituksena oli lisätä osallistuneiden avoimuutta (erityisesti itseä kohtaan) sekä tarjota mahdollisuus havainnoida ja rikastaa kokemuksia mielen toiminnasta sekä reaktiotavoista oppimalla muiden esiin tuomista kokemuksista.

Pienryhmiä johti kaksi psykologi-tutkijaa, joilla oli sekä teoreettista tuntemusta MIHA-menetelmistä että kliinistä kokemusta näiden käytöstä. Toisella oli psykologian tohtorin tutkinto ja toisella psykologian maisterin tutkinto; ensimmäinen oli harjoittanut itse tietoisuustaitoja viiden vuoden ajan, ja jälkimmäisellä oli kahden vuoden kokemus HOT-menetelmien kliinisestä käytöstä. Ohjaajan oli tarkoitus paitsi vetää ryhmää myös toimia mallina ystävällisestä (hyväksyvistä), uteliaasta (avoimesta) kokemusten kohtaamisesta ja tässä hetkessä elämisestä. Interventoryhmäläisille tarjottiin loppukyselyn jälkeen tutkimuspalaute, jossa oli pylväskuvioiden avulla kuvattu heidän tietoisuustaitojensa sekä työuupumuskokemustensa muutosta intervention aikana. Palaute sisälsi myös osallistuneiden työolosuhteitaan koskevan arvioinnin, joka perustui heidän kyselyvastauksiinsa.

Tutkimuksen tavoitteena oli verrata uutta ryhmä- ja verkkointerventiota tavanomaiseen tarjolla olevaan avokuntoutukseen (TAV). TAV-ryhmään osallistuneet saivat työuupumusoireiluunsa saatavilla olevaa tavanomaista tukea, kuten erilaista terapeuttista tukea, sairauslomaa, lääkinnällistä apua sekä tukea työnantajiltaan tai muutoksia työolosuhteissa. TAV-ryhmään osallistuneita rohkaistiin käyttämään tarjolla olevia menetelmiä, mutta näiden käyttö oli heidän omalla vastuulla ja vapaaehtoista. Huomattavaa on, että työuupumus ei ole Suomessa käytettävissä olevissa tautiluokituksissa diagnosoitava sairaus, eikä sen perusteella voida myöntää sairauslomaa. Työuupumusoireiset asiakkaat saavat yleensä sairausloman muiden oireiden, kuten masennuksen tai ahdistushäiriöiden sekä somaattisten pulmien, vuoksi.

TAULUKKO 1 MIHA-harjoitusohjelman sisällöt

| Viikon teema | Ryhmäkerran sisällöt | Kotitehtävät |
|--|--|--|
| 0 Tietoa tutkimuksesta | Muupu-tutkimuksen esittely Mindfulness-harjoittelun erityispiirteitä Käytännön asiat ja tekniikka | |
| 1 Mielessä liikkuvien tapahtumien tiedostaminen, tiedostajan erottaminen mielestä sekä ajankäyttö ja voimavarat | Ryhmän avaaminen Tietoisuustaidot mielen automaattisuuden katkaisijana Voimavaroja tuovat ja vievät asiat | Kehon ja hengityksen tiedostamisharjoitus TIL.A, IRTO Pohittimis- ja kirjaamistehtävät |
| 2 Hyväksyvä ja myötätuntoinen näkökulma mieleen, tiedostava osa itseä, henkilökohtainen motivaatio muutokseen ja oman elämän arvot | Mielen arvostelematon havainnointi Tarkkailijan löytäminen Arvojen kautta kohti hyvää elämää GAS-tavoitteiden laadinta | Kehon kartoittaminen TIL.A, IRTO, OTE Pohittimis- ja kirjaamistehtävät |
| 3 Ajatusten, tunteiden ja kehon reaktioiden havainnointi sekä vaikeiden asioiden ilmeneminen kehossa ja mielessä | Kehon ja mielen yhteys MF-harjoittelun tuomat mielen toiminnan muutokset Hankala asia vastassa: Välttäminen tai tavoittelu | Tietoiseksi liikkeen avulla 3 minuutin hengitysseuranta TIL.A, IRTO, OTE Pohittimis- ja kirjaamistehtävät |
| 4 Ajatusten vaikutusten muuttaminen, mielen automaattisuus ja mielen kontrollista irti päästäminen | Mieli ja sen ratkaisuyritykset Mielen vastustus ja hallinointi Mielen kontrollista irti päästäminen | Äänien ja ajatusten tiedostaminen 3 minuutin hengitysseuranta TIL.A, IRTO, OTE Pohittimis- ja kirjaamistehtävät |

| | | |
|--|---|---|
| 5 Hyväksyntänaikokulman yhdistämisen hyvinvointia edistävään toimintaan, vaikeuksien kohtaaminen avoimesti ja myötätuntoisesti sekä toisin tekeminen | Hyväksyntä ja vaikean asian kohtaaminen Omien arvojen mukainen toiminta vaikeiden asioiden kanssa | Vaikeuksien tutkimisen harjoitus 3 minuutin hengitysseuranta TILA, IRTO, OTE, HYS Pohittimis- ja kirjaamistehtävät |
| 6 Lempeän ja hyväksyvän suhtautumisen voima kielteisten tunne- ja ajattelumallien purkamisessa sekä elämän ja työn arvot | Uupumuksen kehitysprosessi ja siitä vapautuminen Henkilökohtaiset ja työhön liittyvät arvot ja niiden toteuttaminen | Ystävystymisharjoitus 3 minuutin hengitysseuranta TILA, IRTO, OTE, HYS Pohittimis- ja kirjaamistehtävät |
| 7 Tietoinen läsnäolo, arvot ja hyvinvointia edistävä toiminta työssä sekä voimavarojen ja myönteisyyden näkökulma | Tietoinen läsnäolon harjoittaminen Hyvän elämän ja arvojen mukaisen työn edistämisen keinot Voimavarojen tasapaino Ilon ja kiitollisuuden lähteet elämässä | Edellisten viikkojen harjoitteista valitaan yksi mieluisin ja yksi epämieluisin tehtäväksi 3 minuutin hengitysseuranta TILA, IRTO, OTE, HYS Pohittimis- ja kirjaamistehtävät |
| 8 Vapaa ja arvokas elämä - miten tästä eteenpäin ja itselle tärkeät läsnäoloon kutsuvat asiat elämässä | Voimavarojen keräämisen keinot Läsnäolon muistuttajat omassa arjessa Muutokset ohjelman aikana Ryhmän päättäminen | Verkko-ohjelma kaikkein harjoituksiin käytettävissä viikon ajan ryhmätapaamisten päätyttyä |

Huom. HOT = hyväksymis- ja omistautumisterapia, TILA = tietoinen läsnäolo arjessa, IRTO = irti pinttyneistä tottumuksista, OTE = omien tärkeiden asioiden edistäminen, HYS = huomaa, ystävällisesti tarkastele, älä samaistu, GAS = Goal Assessment Scale (tavoitteiden arviointilomake). Huomattavaa on, että koko interventio-ohjelma, teemoineen, ryhmätapaamisineen ja kotitehtävineen oli hyvin strukturoitu ja esitettiin web-ohjelman välityksellä. Osallistuneet saattoivat kuitenkin yksilöllisesti valita tekemänsä harjoitteet viikkojen myötä avautuvien harjoitteiden joukosta. Mindfulness-pääharjoitteet (taulukko 1:ssä Kotitehtävä-sarakkeen ensimmäinen harjoitus) ohjeistettiin kuitenkin tekemään ohjelman mukaan viikoittain. Soveltavia harjoitteita (TILA, IRTO, OTE, HYS) oli viikoittain useita, mutta useimmiten tutkittavat saivat itse valita sovelluskohteensa arkielämässään.

2.3 Arviointimenetelmät

Muupu-tutkimuksessa oli käytössä laaja valikoima kyselyitä, joilla arvioitiin seuraavia asioita: työhyvinvointi, mindfulness- ja hyväksyntätaidot, psykologinen joustavuus, yleinen oireilu ja hyvinvointi, persoonallisuus sekä työolosuhdekokemukset. Työhyvinvointia tarkasteltiin kyselyillä, jotka arvioivat työuupumusta (BBI-15), koettua stressiä (PSS-10), työkykyä (TKI) ja työn imua (UWES-9). Mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaisten taitojen arvioinnissa käytettiin kyselyitä, jotka arvioivat mindfulness-taitoja (FFMQ), psykologista joustavuutta (AAQ-II) sekä automaattisia ajatuksia (ATQ) kahdella osalla, joilla arvioitiin ajatusten määrää (ATQ-F) ja niihin uskomista (ATQ-B). Psykologista oirehdintaa tarkasteltiin käyttäen menetelmiä, jotka kartoittivat erilaisia oireita (SCL-90) sekä masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja stressiä (DASS, sisältää kolme osaa em. oireiden kartoittamiseksi) ja masentuneisuutta (DEPS). Persoonallisuuden arvioimiseksi käytettiin persoonallisuuskyselyä (S5). Elämän hyvinvointia kartoitettiin kolmen kyselyn avulla, jotka arvioivat elämäntyytyväisyyttä (LSQ), psykologista (RYFF) hyvinvointia ja sosiaalista hyvinvointia (KEYES). Työolosuhdekokemuksia kartoitettiin työstressikyselyn (TSK) sekä työn psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yleiskyselyn (QPSNordic) ja työn turhakkeita kartoittavan kyselyn (BITS) avulla. Kyselyiden tarkemmat tiedot esitetään taulukossa 2. Persoonallisuuskysely S5 esitettiin alkukyselyssä ja 1. seurantakyselyssä, muut kyselyt esitettiin alku- ja loppukyselyssä sekä molemmissa seurantavaiheissa. Ilmoittautumislomakkeessa olivat mukana BBI-15, PSS ja TKI. Kaikki kyselyt kartoittivat tutkittavien omia arvioita tutkituista asioista. Taulukossa 2 kuvattujen kyselyiden lisäksi mukana oli eräitä muita menetelmiä erityiskysymyksiin vastaamiseksi, ja ne esitellään tulosten raportoinnin yhteydessä.

Tässä esitellään kyselyt, joissa oli osiokohtainen asteikko. Työkyvyn arvioimiseen käytettiin tätä tutkimusta varten työkykyindeksin (Rautio & Michelsen, 2013; Sipponen, Salmelainen & Syrjäso, 2011) osioista muokattua kyselyä, jolla arvioidaan itse koettua hyvinvointia seuraavilla osa-alueilla: kyky jatkaa nykyisessä työssä kahden vuoden kuluttua (1 = Tuskin, 2 = En ole varma, 3 = Melko varmasti), arvio omasta työkyvystä (1 = En pysty työskentelemään lainkaan - 10 = Pystyn työskentelemään parhaalla tasollani työssä), koettu terveys (1 = Huono - 5 = Hyvä), koettu stressi (1 = Erittäin paljon - 5 = Ei lainkaan), työstä palautuminen (1 = Huonosti - 5 = Hyvin), huoli alakulosta, masentuneisuudesta ja toivottomuudesta (1 = Kyllä, 2 = Ei) sekä huoli koetusta mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta (1 = Kyllä, 2 = Ei).

Myös Työstressikyselyssä käytetään erilaista vastausvaihtoehtojen muotoilua osiosta riippuen, mutta suurin osa osioista arvioidaan 5-portaisella Likert-asteikolla, jossa 1 viittaa hyvin edulliseen tilanteeseen ja 5 hyvin epäedulliseen tilanteeseen. Poikkeuksena on kysymys koetusta henkisestä väkivallasta, jossa arvioidaan kolmella vaihtoehdolla (1 = En koskaan, 2 = Kyllä tällä hetkellä, 3 = Kyllä aiemmin, ei enää) väkivallan uhriksi joutumista. Lisäksi kehitystarpei-

ta kysytään 6-portaisella asteikolla, jolla arvioidaan kuinka paljon tietty työn osa-alue kaipaa kehittämistä (1 = Kyllä, erittäin paljon - 6 = Asia on jo kunnossa).

Myös QPSNordic-kyselyssä on muutama poikkeuksellisesti esitetty osio: kaksi työn merkitykseen liittyvää osiota arvioidaan 7-portaisella asteikolla, ja yhdessä osiossa tulee jakaa 100 pistettä vapaa-ajalle, yhteiskunnalliselle osallistumiselle, työlle, uskontoon liittyvälle toiminnalle ja perheelle. Muutamissa osatutkimuksissa on käytetty JOCHA-kyselyä, jossa on yhdistetty QPSNordicin ja Työstressikyselyn osioita. JOCHA-kysely on kuvattu tarkemmin liitteessä 1. JOCHA-kysely sisältää neljä faktoria: JOCHA 1) Työn selkeys (sisältäen myös työn reiluuden ja myönteisen työilmapiirin kokemuksen), JOCHA 2) Työtyytyväisyys (sisältäen myös työn merkityksellisyyden, tuloksellisuuden ja työhön sitoutumisen), JOCHA 3) Työn rasittavuus ja JOCHA 4) Työn vaikutusmahdollisuudet.

TAULUKKO 2 Muupu-tutkimuksessa käytetyt arviointimenetelmät

| Arviointimenetelmä | Lyhenne | Osiot kpl | Asteikko | Lähde |
|--|-----------|-----------|---|--|
| Työhyvinvointi | | | | |
| 1) Bergen Burnout Indicator | BBI-15 | 15 | 1 = Täysin eri mieltä - 6 = Täysin samaa mieltä | Näätänen ym., 2003 |
| 2) Perceived Stress Scale | PSS-10 | 10 | 0 = En koskaan - 4 = Hyvin usein | Cohen, Kamaric & Mermelstein, 1983 |
| 3) Työkykyindeksi, muokattu versio | TKI | 7 | Kysymyskohtainen asteikko, ks. teksti | Rautio & Michelsen, 2013; Sipponen ym., 2011 |
| 4) Utrecht Work Engagement Scale | UWES-9 | 9 | 1 = Ei koskaan - 7 = Päivittäin | Schaufeli, Salanova, González-Romá & Bakker, 2002 |
| Mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaiset taidot | | | | |
| 5) Five Facet Mindfulness Questionnaire | FFMQ | 39 | 1 = Ei koskaan tai hyvin harvoin tosi - 5 = Melkein aina tai aina tosi | Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006 |
| 6) Acceptance and Action Questionnaire | AAQ-II | 10 | 1 = Ei koskaan pidä paikkaansa - 7 = Pitää aina paikkansa | Bond, Hayes, Baer ym., 2011 |
| 7) Automatic Thought Questionnaire | ATQ | 60 | Tiheys: 1 = Ei lainkaan - 5 = Koko ajan Uskominen: 1 = En lainkaan - 5 = Täysin | Hollon & Kendall, 1980; Zettle & Hayes, 1986 |
| Oireilu ja persoonallisuus | | | | |
| 8) Symptom Checklist | SCL-90 | 90 | 0 = Ei lainkaan - 4 = Erittäin paljon | Derogatis & Cleary, 1977; Holi, Sammal-lahti & Aalberg, 1998 |
| 9) Depression, Anxiety and Stress Questionnaire | DASS | 42 | 0 = Ei pitänyt paikkaansa lainkaan - 3 = Piti paikkansa hyvin paljon tai melkein koko ajan | Lovibond & Lovibond, 1995 |
| 10) Depressioseula | DEPS | 10 | 0 = Ei lainkaan - 3 = Erittäin paljon | Salokangas, Poutanen & Stengård, 1995 |
| 11) Short Five Personality Measure | S5 | 60 | -3 = Kuvauks on täysin väärä - +3 = Kuvauks on täysin oikea | Konstabel, Lönnqvist, Walkowitz, Konstabel & Verkasalo, 2012 |
| Elämän hyvinvointi | | | | |
| 12) Life Satisfaction Questionnaire | LSQ | 7 | 1 = Erittäin tyytymätön - 4 = Erittäin tyytyväinen | Pulkkinen, Feldt & Kokko, 2005 |
| 13) The Scales of Psychological Well-Being | RYFF | 18 | 1 = Täysin eri mieltä - 4 = Täysin samaa mieltä | Ryff, 1989 |
| 14) The Scales of Social Well-Being | KEYES | 15 | 1 = Täysin eri mieltä - 4 = Täysin samaa mieltä | Keyes, 1998 |
| Työolosuhdekokemukset | | | | |
| 15) Työstressikysely | TSK | 49 | Kysymyskohtainen asteikko, ks. teksti | Elo, Leppänen, Lindström & Ropponen, 2012 |
| 16) Pohjoismaiden työn ps. ja sos. tekijöiden yleiskysely osittain | QPSNordic | 25 | 1 = Erittäin harvoin tai ei koskaan - 5 = Hyvin usein tai aina, muutama kysymyskohtainen asteikko, ks. teksti | Elo, Dallner & Gamperale, 2001 |
| 17) Bern Illegitimate Tasks Scale | BITS | 8 | 1 = Ei koskaan - 5 = Usein | Semmer, Tschann, Meier, Facchin & Jacobshagen, 2010 |

Huom. Tässä on kuvattu tutkimuksen päämenetelmät. Eriytyiskysymyksiin vastaamiseksi käytössä oli myös muita menetelmiä (esim. intervention aikaiset kyselyt), joista kerrotaan lisää tuloksia raportointaessa.

3 OSATUTKIMUKSET

3.1 Osallistuminen Muupu-tutkimukseen

Ennen varsinaisiin tutkimuskysymyksiin vastaamista tarkasteltiin tutkittavien valikoitumista sekä satunnaistamisen onnistumista. Taustatietona tarkasteltiin myös, millaista tukea TAV- ja INT-ryhmät saivat työuupumukseensa ja miten ryhmät erosivat saamansa tuen suhteen (Puolakanaho, Tolvanen, Kinnunen & Lappalainen, 2016).

3.1.1 Tutkittavien osallistuminen tutkimukseen

Haastattelun jälkeen 218 tutkimukseen soveltuvaa hakijaa satunnaistettiin interventio- (n = 109; INT) ja verrokkiryhmään (n = 109; TAV). Osallistumiskaa- viosta voi nähdä tutkimuksesta pois jättäytyneet (ks. kuvio 2). 47 tutkittavaa lähti tutkimuksesta jo ennen ensimmäistä arviointivaihetta, useimmat kiireisen elämäntilanteen tai motivaatiopulmien vuoksi tultuaan valituksi kontrolliryh- mään. 15 tutkittavaa lähti tutkimuksesta ennen loppuarviointia, 10 ennen kuu- den ja 9 ennen 12 kuukauden seuranta-arviointia. Kaksi tutkittavaa INT- ryhmästä ilmoitti alussa, että heillä ei ole aikaa harjoitella ja heidät jätettiin pois analyyseistä, ja yksi poistettiin tutkittavien joukosta, koska hänen BBI-arvonsa olivat hakuvaiheesta parantuneet huomattavasti (yli kolmen keskihajonnan päässä ryhmän keskiarvosta) ja olivat hyvät jo alkumittauksessa. Tämän osa- tutkimuksen lopulliseen perustutkimusjoukkoon kuului 168 tutkittavaa (n=88 INT; n=80 TAV), jotka vapaaehtoisesti osallistuivat tutkimukseen, täyttivät si- säänottokriteerit, kuuluivat satunnaistettujen joukkoon, vastasivat ensimmäi- seen kyselyyn kokonaan ja ainakin aloittivat vastaamisen toiseen kyselyyn.

INT-ryhmään kuuluvista 26 % osallistui kaikkiin kahdeksaan ryhmäker- taan, 40 % seitsemään, 19 % kuuteen, 6 % viiteen, 2 % neljään, 4 % kolmeen ja 2 % kahteen ryhmäkertaan. Kotitehtävien tekemistä mitattiin kotona täytettävän viikkokalenterin avulla. Sen palautti 76 tutkittavaa, jotka kertoivat tekevänsä muodollisia mindfulness-harjoitteita keskimäärin 5,9 kertaa viikossa (kh = 2,2),

soveltavia harjoitteita 5,1 (kh = 4,2) kertaa sekä metaforien, nauhoitteiden ja videoiden kuuntelua keskimäärin 2,4 (kh = 3,7) kertaa viikossa. Keskimäärin erilaisten harjoitteiden parissa vietettiin aikaa 14,6 (kh = 7,1) kertaa viikossa.

3.1.2 Tutkimuksesta poisjääneet

Ennen analyysyä tutkittiin, erosivatko tutkimuksessa mukana olleet poisjääneistä. Ensimmäiseksi vertailtiin mukana olleita (n = 168) niihin, jotka jäivät pois tutkimuksesta (n = 50) iän, sukupuolen, koulutuksen, tulotason ja hakuvaiheen BBI-pisteiden suhteen. Tulosten mukaan tutkimukseen jääneet olivat vähemmän työuupuneita (ka = 63,4; kh = 8,8) kuin ne jotka lähtivät (ka = 66,7; kh = 9,6; $t(215) = -2,134$; $p = 0,034$). Seuraavassa vaiheessa analysoitiin, erosivatko tutkittavat tutkimuksesta poisjääneistä eri arviointivaiheissa käyttäen taustamittareita (ikä, sukupuoli ja koulutustausta) sekä muita tässä tutkimuksessa käytettyjä mittareita (ks. taulukko 2).

Toisessa vaiheessa, ennen loppuarviointia poisjääneiden joukko (eli 6 + 7 tutkittavaa) ja tutkimuksessa jatkaneet erosivat yhden muuttujan suhteen. DASS-kyselyn stressiosio (DASS-S) osoitti, että tutkimukseen jääneet olivat vähemmän stressaantuneita kuin ne, jotka lähtivät tutkimuksesta. Kolmannessa vaiheessa ennen ensimmäistä seuranta-arviointia (6 kk:n seuranta) poisjääneet (4 + 8 tutkittavaa) sen sijaan olivat niitä, jotka olivat vähemmän stressaantuneita (DASS-S) kuin ne, jotka jäivät tutkimukseen. Heillä oli myös vähemmän psykologista oireilua (SCL-90) kuin tutkimuksessa jatkaneilla. Lisäksi pois jättäytyneillä oli korkeammat mindfulness-aidot (FFMQ) kuin niillä, jotka jäivät tutkimukseen. Neljännessä arviointivaiheessa (1 + 1 tutkittavaa ennen viimeistä arviointivaihetta) eroja jäljelle jääneiden ja lähteneiden välillä ei voitu osoittaa.

Lisäksi tutkimuksessa mukana pysyneitä INT- ja TAV-ryhmäläisiä verrattiin eri arviointivaiheessa taustamuuttujien suhteen (eli erosivatko ryhmät iän, sukupuolen, koulutustaustan ja tulovaiheen BBI-pisteiden suhteen), mutta mitään eroa ryhmien välillä ei havaittu.

3.1.3 Tutkittavien taustat ja satunnaistuksen arviointi

INT- ja TAV-ryhmien taustatietoja on kuvattu taulukossa 3. Tutkittavien (n = 168) tulovaiheen BBI-15-pistemäärän keskiarvo oli 57 (kh = 11,1); suomalaisessa vertailuaineistossa se on 39,13 (kh = 13,4) (Näätänen ym., 2003). Tutkittavien keski-ikä oli 46,9 (kh = 8,3) vuotta, ja he olivat valtaosin naisia (79 %) ja hyvin koulutettuja (65 %:lla oli yliopisto tai ammattikorkeakoulutus). Yli 98 % oli työelämässä hakiessaan tutkimukseen ja loput lyhyellä sairauslomalla. Kenelläkään tutkittavista ei ollut viimeisen kymmenen vuoden aikana diagnosoitu vakavaa mielenterveyden häiriötä, kuten psykoosia, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, vakavaa masennusta tai alkoholi- tai huumeriippuvuutta eikä akuutteja lääkitysmuutoksia. Kenelläkään ei ollut säännöllistä psykoterapeuttista hoitoa meneillään hakuvaiheessa. Kaikilla oli päivittäinen mahdollisuus päästä internetiin ja käyttää tietokonetta. Ennen tutkimukseen tulemista 46 % ei ollut kos-

kaan tehnyt mindfulness-harjoituksia, 35 % oli lukenut niistä jotain ja 19 % oli kokeillut harjoituksia (satunnaisesti yhden tai muutaman tunnin ajan), eikä kukaan ollut harjoitellut niitä säännöllisesti.

Ensimmäisen arviointivaiheen perusteella INT- ja TAV-ryhmien välillä ei ollut eroa iän, sukupuolen, koulutustaustan tai työuupumuksen suhteen, ei myöskään perhesuhteissa, työelämästatuksessa, viikoittaisten työtuntien määrässä, perheen taloudellisessa tilanteessa, mindfulnessin harjoittelukokemuksissa, terveydellisissä tekijöissä (ks. taulukko 2) eikä yhdessäkään käytetyssä kyselymenetelmässä (χ^2 - tai t-testin p-arvo > 0,05), mikä osoitti satunnaistuksen onnistuneen hyvin.

3.1.4 Ryhmien käyttämät tukikeinot

Tutkimuksessa tarkasteltiin yksityiskohtaisemmin, millaista tukea TAV- ja INT-ryhmät saivat työuupumukseensa ja miten ryhmät erosivat toisistaan psykologisen, lääkinnällisen, työolosuhdemuutosten sekä työnantajan ja työterveydenhuollon tarjoaman tuen tai itsehoitomenetelmien käytön suhteen. Seuraavassa kootaan tärkeimpiä havaintoja tukimuotojen käytöstä kirjaten havainnot aina siten, että ensin esitetään INT-ryhmän ja sitten TAV-ryhmän aineistohavainnot.

Psykologinen tuki. Vain pieni osa hankki itselleen yksilöllistä psykoterapeuttista tukea tutkimusvuoden (kolmen viimeisen arviointiajankohdan) aikana (1–5 % ja 1–2 %) tai tukea ryhmämuotoisista aktiviteeteista (4–7 % ja 4–12 %), kuten kuntoutuskursseilta (Aslak tms.). Yleisin tuki työuupumuksen lievittämiseen tuli työterveyteen liittyvistä psykologitapaamisista tai työterveyshoitajan tms. ammattilaisen harvajaksoisista tapaamisista (20–24 % ja 19–26 % raportoi käyttäneensä ainakin kerran). Suurin osa kuitenkin ilmoitti, ettei etsinyt minikäänlaista ulkopuolista ammatillista tukea (77 % ja 75 %) työuupumusoireiluunsa (MIHA-interventiota ei tähän lukuun laskettu).

Lääkinnällinen tuki ja sairauslomat. Osa tutkimukseen osallistuneista raportoi, että oli voinut vähentää tai jättää pois aikaisemman mielialaansa liittyvän lääkityksen 6:n ja 12 kuukauden arviointivaiheessa (7–8 % ja 5%). Kuitenkin valtaosa lääkkeitä käyttäjistä (80 % and 75 %) ilmoitti viimeisen kuuden kuukauden aikana lääkityksensä pysyneen ennallaan. Tutkittavat raportoivat olleensa sairauslomalla jonkin verran (sairauslomaviikot vuoden aikana: ka = 2,8; kh=8,0 ja ka = 2,5; kh = 5,9). Kuitenkin noin puolella tutkittavista ei vuoden aikana ollut lainkaan poissaoloja töistä sairauden takia (52 % ja 54 %).

Työhön liittyvä tuki. Kolmannes tutkittavista raportoi saaneensa jotain tukea työterveyshuollostaan (31 % ja 43 %) tai työnantajaltaan (35 % ja 28 %). Alle 10 % oli osallistunut työterveysneuvotteluun (6 % ja 8 %). Noin puolet raportoi saaneensa jotain tukea työhönsä (54 % ja 46 %) tutkimusvuoden aikana. Suhteellisen monet tutkittavista vaihtoivat työtehtävää tai työpaikkaa tutkimusvuoden aikana (13 % ja 17 %).

TAULUKKO 1 Tutkimusryhmien taustatiedot

| | | INT (n = 88) | TAV (n = 80) |
|------------------------------|--|------------------|-------------------|
| | | % | % |
| Sukupuoli | Mies (INT n = 18; TAV n = 17) | 21 | 21 |
| | Nainen (INT n = 70; TAV n = 63) | 80 | 79 |
| Ikä vuosina | 25-31 | 8 | 6 |
| | 32-38 | 13 | 16 |
| | 39-45 | 17 | 16 |
| | 46-52 | 38 | 31 |
| | Yli 53 | 27 | 30 |
| Koulutus-tausta | Ammattikorkeakoulu/yliopisto | 65 | 69 |
| | Ammattikoulu/ammattiopisto | 33 | 28 |
| | Lyhyemmät ammatilliset kurssit | 2 | 4 |
| Perhe-tilanne | Naimaton | 8 | 14 |
| | Avio-/avoliitto | 80 | 71 |
| | Eronnut tai leski | 13 | 15 |
| Taloudellinen tilanne | Erittäin hyvä | 14 | 10 |
| | Melko hyvä | 52 | 63 |
| | Melko kireä | 30 | 26 |
| | Erittäin kireä | 5 | 1 |
| Terveys-tilanne | Sairauslomalla työuupumusoireiluun liittyen viimeisen kolmen vuoden aikana (≥ 1 krt) | 19 | 25 |
| | Kaikki sairauslomaviikot tutkimus-aikana ¹ (ei yhtään / 1-2 / 3-4 / yli 4) | 52 / 27 / 6 / 15 | 54 / 22 / 10 / 13 |
| | Jokin somaattinen sairaus (≥ 1) | 65 | 71 |
| | Hoito/lääkitys somaattiseen sairauteen (≥ 1) | 43 | 49 |
| | Lievä psyykinen oireilu ² (≥ 1) | 50 | 50 |
| | Hoito/lääkitys mielenterveyssyistä ³ (≥ 1) | 25 | 15 |
| Työllisyys tilanne | Säännöllisessä työssä hakuvaiheessa | 98 | 99 |
| | Viikoittaiset työtunnit (ka (kh)) | 41 (10) | 42 (9) |
| | BBI-pisteet ⁴ (ka (kh)) | 63 (9) | 64 (9) |

Huom: INT = Interventoryhmä, TAV = Tavanomaista tukea saava verrokkiryhmä. ¹ 87 % tutkittavista INT-ryhmässä ja 84 % TAV-ryhmässä raportoi, ettei heillä ollut sairauslomaa erityisesti työuupumukseen liittyen. ² Tutkimukseen valituilla ei kenelläkään ollut tutkimuksen alussa diagnosoitu akuuttia, vakavaa mielenterveyshäiriötä. Lievä psyykinen oireilu piti sisällään useimmiten univaikeuksia (34 % raportoiduista oiretapauksista), lieviä masennusoireita (18 %), ahdistuneisuutta (10 %), somaattisia pulmia tai kaikkien näiden sekoituksia (14 %) ja muita erilaisia oireita (24 %). ³ Sisältää myös keskushermostoon vaikuttavat lääkitykset. Useimmiten lääkitystä käytettiin univaikeuksiin (5 % kaikista tutkittavista), masennukseen ja mielialapulmiin (5 %), sekä ahdistuneisuuteen (6 %) tai kaikkien näiden oireiden yhdistelmiin ja keskushermostollisiin sairauksiin tai oireisiin (esimerkiksi migreeniin) (4 %). ⁴ BBI = Bergen Bur-nout Indicator, pisteet hakuvaiheessa.

Itsehoitomenetelmät. Viimeisellä tutkimuskerralla kysyttiin, millaisia itsehoitomenetelmiä tutkittava oli ottanut käyttöönsä vuoden aikana. Vajaa puolet tutkittavista raportoi muuttaneensa elintapojaan lisäämällä liikuntaa tai muuttamalla liikkumistottumuksia ja kiinnittämällä huomiota ravitsemuksen terveellisyyteen (46 % ja 48 %). Osa tutkittavista ilmoitti myös pyrkineensä edistämään mindfulness-taitojaan sekä arvojen mukaisia toimia elämässään (29 % ja 19 %). Osa raportoi myös, ettei ollut tehnyt hyvinvointinsa eteen muutoksia (20 % ja 27 %).

Ryhmien väliset erot. Ainoat selkeät erot ryhmien välillä liittyivät kotona tehtävien mindfulness-harjoitteiden määrään ja mindfulnessin soveltamiseen arkeen, sekä omien arvojen pohdintaan ja arvojen mukaisiin tekoihin, joissa ryhmät erosivat toisistaan viimeisen kolmen arviointivaiheen aikana ($p < 0,01$). INT-ryhmäläiset harjoittelivat enemmän ja käyttivät enemmän aikaa kaikkiin MIHA-harjoitteesiin kuin TAV-ryhmäläiset. Huomionarvoista on, että suurin osa TAV-ryhmän tutkittavista ei etsinyt ammatillista tukea työuupumuksensa lievittämiseen, vaikka he hakeutuessaan aktiivisesti itse tutkimukseen korkeilla työuupumuspiistemäärillä osoittivat tunnistavansa ilmiön. INT- ja TAV-ryhmät eivät eronneet toisistaan muiden tukimuotojen käytön osalta (χ^2 - tai t-testin p -arvo $> 0,05$).

3.2 MIHA-intervention vaikuttavuus ja vaikutuksia välittävät tekijät

Puolakanaho ym. (2016) selvittivät, kuinka vaikuttava MIHA-ohjelma on verrattuna tavanomaiseen työuupumuksen hoitoon saatavaan tukeen. Lisäksi tutkittiin, toimivatko MIHA-taidot muutosmekanismeina, eli välittivätkö MIHA-taitojen muutokset hyvinvoinnissa tapahtuneita muutoksia.

Johdanto

Viimeisten vuosien aikana on alettu tutkia, voidaanko MIHA-taitoihin vaikuttamalla vähentää työuupumusta ja lisätä työhyvinvointia. Aihetta on tutkittu kuitenkin vielä vähän, ja vaikuttavuudesta on vain osittaista näyttöä, ja tutkimukset, joissa tarkastellaan myös MIHA-taitojen välittävää vaikutusta, puuttuvat miltei kokonaan. Kuitenkin teoreettisten näkemysten valossa (Bond ym., 2008; Bond ym., 2006; Hayes, 2004) MIHA-taitojen ajatellaan heijastavan ihmisen suhdetta omaan mielen maailmaansa, esimerkiksi ajatuksiin ja tunteisiin. Tämä sisäinen suhde heijastuu myös kokemuksina ulkoisesta maailmasta, mikä puolestaan määrittää elämän hyvinvointikokemusten määrää ja laatua. Näiden näkemysten valossa MIHA-elementtejä sisältävien interventioiden vaikutus on todennäköisesti laaja-alaista ja muuttaa suhdetta useisiin hyvinvointiin ja pahoinvointiin liittyviin tekijöihin, ja näin ollen vaikuttaa myös psyykkiseen oireiluun.

Intervention vaikutukset eivät teorian mukaan rajoitu ainoastaan yleiseen elämään, vaan voivat myös määrittää työelämän hyvinvointikokemuksia (Dane, 2011; Flaxman ym., 2013; Glomb ym., 2011; Hayes, Pistorello & Levin, 2012). Tähän on saatu tukea viimeaikaisista interventiotutkimuksista (McCracken & Yang, 2008; Thomas, 2012), joissa on todettu, että MIHA-taitojen lisääntyminen on yhteydessä työuupumuksen vähenemiseen ja yleisen terveyden ja hyvinvoinnin lisääntymiseen (de Vibe ym., 2013). Intervention vaikuttavuutta voidaan tutkia tarkemmin selvittämällä vaikutusmekanismeja eli tutkimalla oletettujen vaikutuselementtien yhteyksiä muutoksiin. Lloyd, Bond ja Flaxman (2013) tekivät HOT-interventiotutkimuksen, jossa he osoittivat, että interventio lisäsi työtekijöiden MIHA-taitoja (psykologista joustavuutta), ja nämä taidot puolestaan olivat välittäviä tekijöitä työuupumuskokemuksen muutoksessa.

Tässä osatutkimuksessa tarkasteltiin 1) millaisia muutosvaikutuksia MIHA-interventiolla on, 2) kuinka tehokas MIHA-interventio on verrattuna tavanomaiseen tukeen ja 3) miten MIHA-elementit välittävät työuupumukseen, yleiseen elämän hyvinvointiin ja psykologiseen oireiluun liittyviä muutoksia. Oletuksena tutkimuksessa oli että INT-ryhmäläiset lisäävät MIHA-taitoja sekä hyvinvointikokemuksiaan enemmän kuin TAV-ryhmän jäsenet. Lisäksi INT-ryhmän työuupumukseen liittyvän työpahoinvoinnin ja psykologisen oirehinnan oletettiin lievittyvän enemmän kuin TAV-ryhmän. Oletuksena oli myös, että MIHA-taitojen muutokset välittävät näitä edellä mainittuja muutoksia eli toimivat muutosmekanismeina.

Tutkittavat ja menetelmät

Tämän osatutkimuksen tutkittavat koostuivat 168 satunnaistetusta henkilöstä, jotka vastasivat alkukyselyyn ja aloittivat myös loppukyselyyn vastaamisen. Tutkimusaineisto pitää sisällään neljä arviointivaihetta: alku, loppu, seuranta 6 kk ja seuranta 12 kk.

Tutkimuksessa käytettiin laajaa valikoimaa kyselyitä (ks. taulukko 2), joiden avulla arvioitiin työpahoinvointia (kyselyt 1, 2, 3), MIHA-taitoja (kyselyt 5, 6, 7), psykologista oireilua (kyselyt 8, 9) ja yleistä hyvinvointia (kyselyt 12, 13, 14). Analyysit tehtiin Mplus-ohjelmalla (Muthén & Muthén, 1998–2012). Ensimmäisessä vaiheessa arvioitiin ryhmänsisäisiä ja ryhmienvälisiä eroja havainnollistaen näitä Cohenin d:n avulla. Toisessa vaiheessa tarkasteltiin, selittivätkö MIHA-taitojen muutokset muutoksia muissa hyvinvointimuuttujissa. Tässä välittäjäanalyysissä käytettiin rakenneyhtälömallinnusta.

Tulokset

Käytettävissä olleet 14 kyselyä osoittivat säännönmukaisesti, että INT-ryhmän työuupumus ja koettu stressi vähenivät sekä työkyky lisääntyi enemmän kuin TAV-ryhmän vastaavat kokemukset. Kun intervention tehokkuutta arvioitiin Cohenin d:llä, INT-ryhmän sisäiset muutokset vaihtelivat 0,69 ja 1,01 välillä eri arviointikerroista ja mittarista riippuen. Kun MIHA-intervention tuloksia ver-

rattiin TAV-ryhmän tuloksiin, osoittivat tehokkuutta kuvaavat arviot, että ryhmien erot lisääntyivät vuoden kuluessa. Tutkimusvuoden viimeisessä mittauksessa ryhmien väliset erot olivat työuupumuksen osalta 0,49 sekä koetun stressin osalta 0,60 ja työkyvyn osalta 0,57 Cohenin d :hen perustuvissa arvioinneissa. INT-ryhmäläisten MIHA-aidot kehittyivät selkeästi enemmän kuin TAV-ryhmäläisten vastaavat aidot. Kaikista herkin MIHA-aidojen muutosta arvioiva menetelmä oli psykologisen joustavuuden arviointikysely (AAQ-II, ks. taulukko 2). INT-ryhmässä tapahtunut psykologisen joustavuuden lisääntyminen oli merkittävää ($d = 0,74-0,94$). Ryhmävaikutuksen suuruus oli myös huomattava ($d = 0,57-0,64$) kolmen viimeisen arviointikerran aikana. Lisäksi INT-ryhmän yleinen hyvinvointi lisääntyi sekä psykologinen oireilu (esim. ahdistuneisuus ja masentuneisuus) väheni merkittävästi enemmän kuin TAV-ryhmässä, mikä näkyi keskimääräisenä d -arvojen muutoksina ja ryhmäeroina. Lisäksi välittäjäanalyysi osoitti, että kaikki hyvinvointikokemusmuutokset ja oiremuutokset olivat yhteydessä MIHA-aidojen muutoksiin ja selittyivät täysin niiden kautta. Suurimmat intervention vaikutukset näkyivät heti kahdeksan viikon intervention jälkeen, ja vaikutukset säilyivät vuoden seuranta-aikana.

Intervention vaikutukset näkyivät ensiksi koetun stressin lievittymisenä, jossa INT-ryhmässä tapahtuneet muutokset olivat suuria ($d > 0,80$). Työuupumuksen lievittymiseen sekä työkyvyn lisääntymiseen liittyvät muutokset näyttivät ilmaantuvan vasta myöhemmin, mikä heijastanee myös aikaisemmin raportoitua havaintoa työuupumuksen sitkeydestä ja pysyvyydestä (Ahola, Toppinen-Tanner, HUUHTANEN, Koskinen & Väänänen, 2009; Toppinen-Tanner, Kalimo & Mutanen, 2002). MIHA-muutoksia arvioitaessa herkimmäksi muutosta ilmaisevaksi menetelmäksi osoittautui psykologisen joustavuuden kysely, jossa vaikuttavuusmuutokset olivat myös selkeitä. Hyvinvoinnin lisääntyminen ja psykologisten oireiden lievittyminen näkyi selkeimmin kuuden kuukauden seurannan aikana. Kaiken kaikkiaan tulokset ovat teorian mukaisia ja yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten kanssa (deVibe ym., 2013; Jain ym., 2007; Van Dam, Hobkirk, Sheppard, Aviles-Andrews & Earleywine, 2014) osoittaen, että MIHA-elementeistä koostuvan lyhyen harjoitusohjelman vaikutukset ovat merkittäviä ja laaja-alaisesti hyvinvointia lisääviä. Tässä julkaisussa kuvattu MIHA-ohjelma lienee yksi tehokkaimmista (ryhmän sisäinen $d > 1,0$ ja ryhmien välinen $d > 0,49$) työuupumuksen yksilölliseen kokemukselliseen puoleen vaikuttavista interventioista verrattuna maailmalla julkaistuihin muihin työuupumusta lievittäviin menetelmiin. Esimerkiksi Khouryn ym. (2015) tekemässä meta-analyysissä ryhmän sisäinen d oli $> 0,39$ ja ryhmien välinen d oli $> 0,26$ (ks. myös Eberth & Sedlmeier, 2012).

3.3 Työuupumusta selittävät tekijät

Puolakanaho, Tolvanen, Kinnunen ja Lappalainen (2015) selvittivät, miten MIHA-aidot ovat yhteydessä työuupumukseen liittyvään työpahoinvointiin. Tutkimuksessa tarkasteltiin erityisesti sitä, kykenevätkö MIHA-aidot selittämään

työpahoinvointia vielä työolosuhdetekijöiden ja yleisen hyvinvointikokemuksen huomioimisen jälkeen.

Johdanto

Viimeaikaisissa tutkimuksissa on osoitettu että MIHA-taitojen puute on yhteydessä työuupumukseen (Lloyd ym., 2013). Toisaalta aikaisemmat työuupumusmallit ovat olettaneet ja niihin perustuva tutkimus on osoittanut (Maslach & Leiter, 2008), että työuupumuksen taustalta on löydettävissä usein erilaisia työolosuhdetekijöitä, vaikka yksilöllisten tekijöiden osuus työuupumuksen synnyssä tunnustetaan (Alarcon ym., 2009). Lisäksi tiedetään, että työelämän ja yleiset elämän hyvinvointikokemukset (Kokko, Korkalainen, Lyyra & Feldt, 2013) kulkevat käsi kädessä ja vaikuttavat toisiinsa (Reichl, Leiter & Spinach, 2014). MIHA-taitojen taustateorian (esim. Bond ym., 2008; Dane, 2011; Hayes, 2004) mukaan MIHA-taidot heijastavat perusorientaatiota mielessä oleviin ajatus- ja tunnekokemuksiin. Tämä puolestaan vaikuttaa ulkoisten tapahtumien kokemuksiin, kuten yleiseen elämän hyvinvointi- ja työhyvinvointikokemukseen. Vilardaga ym. (2011) tutkivat tällaista yhteyttä käyttäen työuupumuksen ennustajana työolosuhdeasioita ja MIHA-taitoja (psykologinen joustavuus) arvioivaa kyselyä. Tutkimuksessa todettiin, että MIHA-taidot olivat vahvemmin ja säännönmukaisemmin yhteydessä työuupumuksen kuin työolosuhdetekijät. Aikaisempien tutkimusten ja teoreettisten mallien valossa vaikuttaa siltä, että työuupumusta voitaisiin selittää paitsi työolosuhdetekijöiden myös yleisen hyvinvointikokemuksen ja yksilöllisten tekijöiden valossa. Lisäksi teorat olettavat, että MIHA-taidot ovat perustavanlaatuisia hyvinvointiin vaikuttavia taitoja, mikä voisi tutkimuksessa näyttäytyä vahvana taustaselittäjäyhteytenä.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, 1) miten MIHA-taidot, yleinen hyvinvointi ja työolosuhdetekijät ovat yhteydessä työpahoinvointiin, 2) selittävätkö MIHA-taidot työpahoinvointia senkin jälkeen, kun työolosuhdetekijät ja yleinen hyvinvointi on otettu huomioon ja 3) kuinka vahvasti nämä kolme tekijää (työolosuhdetekijät, yleinen hyvinvointi ja MIHA-taidot) selittävät uupumusperäistä työpahoinvointia. Oletuksena oli, että paremmat MIHA-taidot ovat yhteydessä parempaan yleiseen hyvinvointiin ja vähäisempään työpahoinvointiin. Lisäksi oletettiin, että työolotekijöillä, MIHA-taidoilla ja yleisellä hyvinvoinnilla on oma selitysosuus suhteessa työpahoinvointiin.

Tutkittavat ja menetelmät

Tämän osatutkimuksen tutkittavat koostuivat 168 satunnaistetusta henkilöstä, jotka vastasivat alkukyselyyn ja aloittivat myös loppukyselyyn vastaamisen. Joukko on sama kuin yllä raportoidussa osatutkimuksessa intervention vaikuttavuudesta, ja sen yhteydessä on tarkemmin esitetty valintaprosessi ja satunnaistus sekä tutkittavien osallistuminen. Tutkimus perustui näiden tutkittavien alkuarviointivastauksiin.

Tutkimuksessa käytettiin laajaa valikoimaa kyselyitä (ks. taulukko 2), joiden avulla pyrittiin muodostamaan 1) työpahoinvointia kuvaava faktori (kyse-

lyt 1, 2, 3), 2) MIHA-taitoja kuvaava faktori (kyselyt 5, 6, 7), 3) yleistä hyvinvointia kuvaava faktori (kyselyt 12, 13, 14) ja 4) työolosuhteita kuvaava faktori (kyselyt 15, 16, 17). Tutkimusmenetelmänä käytettiin rakenneyhtälömallinnusta ja Cholesky-hajotelmaa (De Jong & van der Leij, 1999), jonka avulla kyetään erittelemään eri faktoreiden ainutkertaiset yhteydet ennustettavaan tekijään (työpahoinvointiin).

Tulokset

Tulosten mukaan MIHA-taitojen puute oli vahvimmin yhteydessä työpahoinvointiin, vaikka siihen olivat merkittävästi yhteydessä myös työolosuhdetekijät ja yleinen hyvinvointi. Lisäksi MIHA-taitojen taustalta nousi esiin toinen erityinen faktori, joka nimettiin defuusiotaidoiksi. Defuusiotaidot viittaavat kykyyn irrottautua omista ajatus- ja tunneprosesseista ja nähdä ne sellaisinaan. On todennäköistä, että tähän kykyyn liittyy myös kyky samaistua itsessä olevaan tarkkailijaan ennemmin kuin omiin ajatus- ja tunneprosesseihin. Tulokset osoittivat, että kuormittavat työolosuhdetekijät (esim. työnkuvan selkeyden puute ja työ määrä, pulmat työilmapiiri ja työn kuormittavuus) sekä heikentynyt yleinen hyvinvointi ja puutteet MIHA-taidoissa sekä niiden sisältämissä defuusiotaidoissa olivat yhteydessä uupumusperäiseen työpahoinvointiin. Kun näiden tekijöiden yhteyttä tarkasteltiin tässä järjestyksessä, selittivät ne osaltaan 32 %, 45 % ja 10 % työpahoinvointikokemuksista. Nämä kolme tekijää kykenivät selittämään mallinnuksessa yhteensä 91 % työpahoinvoinnista.

3.4 Oppimiskokemukset MIHA-intervention vaikutusten välittäjinä

Kuitunen ja Rantala (2015) tarkastelivat pro gradu -tutkielmassaan, välittävätkö MIHA-intervention sisältöihin liittyvät oppimiskokemukset muutoksia mindfulness-taidoissa, työkyvyssä ja työolosuhdekokemuksissa.

Johdanto

Interventioiden vaikuttavuuden tutkimisen lisäksi on keskeistä määrittää, kuinka interventiot vaikuttavat, eli minkä tekijöiden kautta vaikutukset välittyvät. Tällaista tietoa pystytään hyödyntämään interventioiden kehittämisessä. MIHA-interventioissa esimerkiksi mindfulnessin, huolehtimisen ja murehtimisen määrän sekä itseen kohdistuvan myötätunnon ja psykologisen joustavuuden on havaittu toimivan muutosta välittävinä tekijöinä niin kliinisessä kuin eiklinisessä oirehinnassa (ks. esim. Forman, Chapman, Herbert, Goetter, Yuen & Moitra, 2012; Gu, Strauss, Bond & Cavanagh, 2015; Lillis, Hayes, Bunting & Masuda, 2009). Arvotyöskentelyn merkitystä muutosten välittämisessä on tutkittu vähemmän, mutta senkin osalta on alustavia tuloksia elämäntyytyväisyyden ja oireiden vähenemisen osalta (Carmody, Baer, Lykins & Olendzki, 2009;

Lundgren, Dahl & Hayes, 2008). Kuitenkin sitä, mitkä tekijät välittävät muutoksia MIHA-taidoissa, on tutkittu suhteellisen vähän.

Tämän osatutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka intervention aikana harjoiteltujen erilaisten MIHA-taitojen oppiminen välitti muutoksia mindfulness-taidoissa ja automaattisissa kielteisissä ajatuksissa. Lisäksi tarkasteltiin MIHA-sisältöihin liittyvien erilaisten oppimiskokemusten välittävää roolia myös työhyvinvoinnin ja työolosuhdekokemusten muutoksissa. Työhyvinvoinnin muutosta tarkasteltiin koetun työkyvyn kautta, millä tarkoitetaan yksilön arviota omasta työssä jaksamisestaan (Ilmarinen, 2009). Työolosuhdemuutoksia selvitettiin koettujen työn turhakkeiden avulla, millä viitataan yksilön kokemuksiin tiettyjen työtehtävien kohtuuttomuudesta tai tarpeettomuudesta (Semmer ym., 2010). Tutkimuskysymyksinä olivat, 1) tapahtuuko mindfulness-taidoissa, automaattisissa kielteisissä ajatuksissa, työkyvyssä ja työn turhakkeissa muutoksia intervention aikana ja 2) välittävätkö oppimiskokemukset muutoksia edellä mainituissa tekijöissä. MIHA-taitoihin liittyvän teorian (Hayes, 2004) pohjalta odotettiin, että oppimiskokemukset välittäisivät muutoksia erityisesti mindfulness-taidoissa, automaattisissa kielteisissä ajatuksissa sekä työkyvyssä, jotka kuvaavat yksilön muutosprosessia. Työn turhakkeissa taas ei odotettu huomattavia muutoksia, sillä työolosuhteet eivät olleet intervention suorana kohteena.

Tutkittavat ja menetelmät

Tämän osatutkimuksen tutkittavat olivat INT-ryhmään satunnaistettuja henkilöitä (n = 88), jotka olivat ainakin aloittaneet loppukyselyyn vastaamisen. Muutoksia arvioitiin alkumittauksesta loppumittaukseen.

Tutkimuksessa käytettiin seuraavia kyselyitä (ks. tarkemmin taulukko 2): 1) FFMQ mindfulness-taitojen, 2) ATQ-F automaattisten kielteisten ajatusten määrän ja ATQ-B automaattisten kielteisten ajatusten uskomisen, 3) TKI työkyvyn sekä 4) BITS työn turhakkeiden arviointiin. Oppimiskokemuksia arvioitiin Muupu-tutkimuksessa kehitetyllä kyselyllä, joka mittaa intervention aikana harjoiteltujen mindfulness-, hyväksyntä- ja arvotaitojen oppimista 16 väittämän avulla 5-portaisella Likert-asteikolla (ks. tarkemmin liite 2) Faktorianalyysin perusteella oppimiskokemuskyselystä eroteltiin kolmefaktoria, jotka arvioivat seuraavia oppimisen osatekijöitä: mindfulness- ja hyväksyntätaidot suhteessa itseen ja arkielämään (MF itse), mindfulness- ja hyväksyntätaidot suhteessa työelämään (MF työ) sekä arvojen mukainen elämä (Arvot). Muutoksia tarkasteltiin parittaisilla t-testillä ja muutosvaikutusten suuruutta arvioitiin Danielin ja Kosticin (2015) online-laskurilla. Välittäviä vaikutuksia tarkasteltiin Preacherin ja Hayesin (2008) esittämällä epäsuorien vaikutusten menetelmällä. Iän, sukupuolen ja koulutustaustan vaikutus kontrolloitiin analyyseissa.

Tulokset

Tutkitun ryhmän mindfulness-taidot lisääntyivät, ja sekä automaattisten kielteisten ajatusten määrä että niihin uskomisen vähenivät intervention aikana. Lisäk-

si työkyky koheni. Näissä kaikissa vaikutuksen suuruus oli kohtalainen lähenneksen suurta mindfulness-taitojen ja työkyvyn osalta. Vaikka myös kokemus työn turhakkeiden esiintymisestä väheni, vaikutuksen suuruus oli pieni. Asetettujen oletusten mukaisesti ”Arvot” (eli arvojen mukainen elämä sekä yleensä että työelämässä ja arvojen mukaista toimintaa edistävät teot) välittivät osittain muutoksia mindfulness-taidoissa sekä kielteisten ajatusten määrässä ja työkyvyssä. Näiden välittävien yhteyksien lisäksi ”MF työ” (eli mindfulness-hyväksyntätaidot suhteessa työelämään) välitti osittain muutoksia kielteisten ajatusten määrässä ja niihin uskomisessa. Odotusten vastaisesti ”MF itse” (eli mindfulness-hyväksyntätaidot suhteessa itseen ja arkielämään) ei toiminut välittävänä tekijänä minkään kyselyn muutoksissa. Odotusten mukaisesti mikään oppimiskokemusten faktori ei välittänyt muutoksia työn turhakkeissa. Tulosten valossa näyttää siltä, että kokemukset MIHA-taitojen oppimisesta ja soveltamisesta työelämään ovat yhteydessä lisääntyneisiin mindfulness-hyväksyntätaitoihin sekä kohonneeseen työkykyyn.

3.5 Tavoitteiden ja hyvinvoinnin väliset yhteydet MIHA-ryhmäläisillä

Mikkilä (2015) tarkasteli pro gradu -tutkielmassaan, millaisia henkilökohtaisia tavoitteita MIHA-ryhmäläiset asettivat itselleen ja kuinka tavoitteet olivat yhteydessä hyvinvointiin.

Johdanto

Henkilökohtaisten tavoitteiden merkitystä interventioon osallistuvien hyvinvoinnille on tärkeää tarkastella, sillä niiden on havaittu olevan yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin ja elämäntyytyväisyyteen (Salmela-Aro, 2010; Salmela-Aro & Nurmi, 2002). MIHA-kirjallisuudessa henkilökohtaisten tavoitteiden taustalla nähdään arvot, jotka ohjaavat toimintaa (Hayes, Bunting, Hersbt, Bond & Barnes-Holmes, 2006). Arvoja ei voi koskaan täysin saavuttaa, mutta niiden pohjalta asetettavat tavoitteet ovat tavoitettavissa. MIHA-interventiossa asetettiin henkilökohtaiset tavoitteet interventioajalle omiin arvoihin pohjautuen.

Tavoitteiden ja hyvinvoinnin välisten yhteyksien on havaittu riippuvan siitä, millaisia tavoitteita henkilö itselleen asettaa sekä kuinka tärkeiksi ja saavutettavissa oleviksi hän tavoitteensa arvioi (Salmela-Aro, 2010; Salmela-Aro & Nurmi, 2002). Osa tavoitteista voi olla myös hyvinvoinnille kielteisiä, esimerkiksi itseen suuntautuneiden tavoitteiden on huomattu olevan yhteydessä alhaiseen itsetuntoon ja mielenterveysongelmiin (Salmela-Aro, Pennanen & Nurmi, 2001). Tämän osatutkimuksen tavoitteena oli selvittää, 1) millaisia henkilökohtaisia tavoitteita INT-ryhmäläiset asettavat, 2) millaiset tavoitteet tukevat hyvinvointia ja 3) miten tavoitteessa intervention aikana saavutettu taso on

yhteydessä hyvinvointiin? Oletuksena oli, että tavoitteissa edistyminen olisi yhteydessä tietoisuustaidoissa edistymiseen ja automaattisten kielteisten ajatusten määrän vähenemiseen.

Tutkittavat ja menetelmät

Tutkimusjoukko koostui MIHA-intervention läpikäyneistä satunnaistetuista tutkittavista sekä kahden pilottiryhmän tutkittavista. Näistä tutkittavista mukaan tulivat ne, jotka olivat vastanneet GAS-tavoitekyselyyn (n = 91). Osatutkimuksessa hyödynnettiin tietoa alku- ja loppumittauksista.

Henkilökohtaisten tavoitteiden määrittämiseen käytettiin GAS-tavoitekyselyä (Autti-Rämö, Vainiemi, Sukula & Louhenperä, 2010), jossa määritetään yksi tai useampia tavoite ja näille tavoitteille luodaan 5-portainen arviointiasteikko. MIHA-interventioon osallistuneet määrittivät tavoitteet 2. ja 3. ryhmäkerralla ja niiden saavuttamista arvioitiin 8. ryhmäkerralla. Hyvinvoinnin arviointiin käytettiin LSQ-, RYFF- ja KEYES-kyselyitä (ks. tarkemmin Taulukko 2). Lisäksi käytettiin seuraavia kyselyitä: FFMQ mindfulness-taitojen ja ATQ automaattisten kielteisten ajatusten arviointiin. Henkilökohtaisia tavoitteita luokiteltiin aineistolähtöisesti niin, että sisällöllisesti samankaltaiset tavoitteet sijoitettiin samaan luokkaan. Tämän jälkeen muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella, χ^2 -testillä, ristiintaulukoinnilla ja regressioanalyysillä tilanteesta riippuen.

Tulokset

INT-ryhmäläisiltä löydettiin neljä henkilökohtaisten tavoitteiden luokkaa, joista suurin oli tunteisiin ja ajatusten hallintaan sekä mindfulnessiin liittyvät tavoitteet (46 % tavoitteista). Toiseksi eniten asetettiin ajankäytön hallintaan liittyviä tavoitteita (25 %), ja näiden jälkeen terveellisiin elämäntapoihin (20 %) ja ihmissuhteisiin (9 %) liittyviä tavoitteita. MIHA-intervention aikana suurin osa (77 % osallistuneista) pääsi ensimmäisessä tavoitteessaan vähintään realistiseen tavoitetasoon tai sen yli. Laskettaessa kaikki tavoitteet (1-3/tutkittava) yhteen 64 % tutkittavista saavutti vähintään realistisen tavoitetason. Henkilökohtaisten tavoitteiden luokan ei havaittu olevan yhteydessä hyvinvointiin, mutta odotusten mukaisesti tavoitteissa edistyminen oli yhteydessä tietoisuustaidoissa edistymiseen ja automaattisten kielteisten ajatusten määrän vähenemiseen.

3.6 Arvotyöskentely MIHA-intervention vaikutusten välittäjänä

Hakio ja Savolainen (2015) tarkastelivat pro gradu -tutkielmassaan, miten muutokset arvotyöskentelyssä välittivät muutoksia mindfulness-taidoissa ja työhyvinvoinnissa.

Johdanto

MIHA-interventioissa arvotyöskentelyllä on keskeinen rooli, ja etenkin HOT:n piirissä arvojen selvittämisen ajatellaan luovan kontekstin, jossa hyväksynnän harjoittaminen on mahdollista (Wilson, Sandoz, Flynn, Slater & DuFrene, 2010). Tällöin arvot antavat motivaation hyväksynnän harjoittamiselle, sillä epämukavuutta hyväksytään harvemmin vain sen itsensä takia (Plumb, Stewart, Dahl & Lundgren, 2009). Arvoja määriteltäessä korostuvat seuraavat asiat: niiden tulee olla vapaasti valittuja, itse muodostettuja, muutoksessa olevia ja kehittyviä, niiden tulee muodostaa jatkuvia toimintaketjuja ja toimia sisäisinä vahvistajina (Plumb ym., 2009; Wilson ym., 2010). Arvoihin keskittymällä voidaan parantaa elämänlaatua, vähentää kärsimystä ja luoda kokemusta merkityksellisyydestä ja tarkoituksellisuudesta, mikä voi säilyä vielä pitkään intervention jälkeen (Plumb ym., 2009).

Arvojen keskeisestä roolista huolimatta ne ovat harvemmin olleet tutkimuksen keskeisenä kohteena. Tämän osatutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, toimiiko arvojen mukaisen elämän ja työn toteuttaminen eli arvotyöskentely välittävänä tekijänä työhyvinvoinnin ja mindfulness-taitojen muutoksissa MIHA-interventiossa. Tutkimuksessa selvitettiin, 1) tapahtuuko mindfulness-taidoissa, psykologisessa joustavuudessa, automaattisissa kielteisissä ajatuksissa, työkyvyssä, työstressissä ja työuupumuksessa muutoksia intervention aikana ja 2) välittääkö arvotyöskentely muutoksia edellä mainituissa tekijöissä. Oletuksena oli, että työhyvinvoinnissa, psykologisessa joustavuudessa ja mindfulness-taidoissa tapahtuu myönteisiä muutoksia ja että arvotyöskentely välittää näitä muutoksia. Lisäksi muutosten odotettiin olevan suosiollisempia niillä osallistuneilla, jotka toimivat jatkuvasti arvojensa mukaan.

Tutkittavat ja menetelmät

Tutkimusryhmään kuului 73 INT-ryhmään satunnaistettua henkilöä ($n = 73$), jotka palauttivat oikein täytetyn 6. ryhmäkerralla jaetun arvoarviointilomakkeen. Muutoksia arvioitiin alkumittauksesta loppumittaukseen.

Arvojen arvioinnissa käytettiin Muupu-tutkimusta varten muokattua lomaketta, joka perustuu Hayesin, Strosahlin ja Wilsonin (1999) esittelemään arvolomakkeeseen. Lomakkeeseen kirjattiin arvoja sekä elämälle yleensä että työlle erityisesti, ja arvojen tärkeyttä ja niiden mukaan toimimisen onnistumista arvioitiin asteikolla 1-10, jossa 1 oli vähäinen arvo ja 10 korkea arvo kyseisellä asteikolla. Tärkeyden ja arvojen mukaisen toiminnan perusteella luotiin indeksi, jota käytettiin analyysissa. Tutkimuksessa käytettiin seuraavia kyselyitä (ks. tarkemmin taulukko 2): 1) AAQ psykologisen joustavuuden, 2) FFMQ mindfulness-taitojen, 3) ATQ automaattisten kielteisten ajatusten, 4) BBI-15 työuupumuksen, 5) TKI työkyvyn ja 6) PSS koetun stressin arviointiin.

Intervention aikaisia muutoksia arvioitiin toistomittausten t-testillä, muutosten suuruutta arvioitiin Cohenin d :llä ja välittäviä vaikutuksia tarkasteltiin Preacherin ja Hayesin (2008) esittämällä epäsuorien vaikutusten menetelmällä. Bootstrapping-menetelmää käytettiin epäsuorien vaikutusten merkitsevyyden

arviointiin. Iän, sukupuolen ja koulutustaustan vaikutus kontrolloitiin. Arvojen mukaisen toiminnan jatkuvuuden erojen arvioimista varten tutkittavat jaettiin jatkuvasti arvojen mukaisesti elävään ryhmään (ylin 25 %) ja vähemmän säännöllisesti arvojen mukaan elävään ryhmään (alin 75 %). Näiden ryhmien eroja testattiin työuupumuksen ja psykologisen joustavuuden osalta toistomittausten MANOVA:lla.

Tulokset

Työuupumus, koettu stressi sekä automaattisten kielteisten ajatusten määrä ja niihin uskominen vähenivät intervention aikana, kun taas työkyky, mindfulness-aidot ja psykologinen joustavuus lisääntyivät. Jatkuvasti ja vähemmän säännöllisesti arvojen mukaan toimivien ryhmien välillä ei havaittu eroja työuupumuksen tai psykologisen joustavuuden muutoksissa. Arvotyöskentely toimi kuitenkin osittaisena välittäjänä psykologisen joustavuuden muutoksessa. Muiden muuttujien osalta arvotyöskentely ei välittänyt muutoksia. Tulokset olivat yhteneväisiä viimeaikaisten HOT-terapiaan liittyvien tutkimustulosten ja teoreettisten pohdintojen (Plumb ym., 2009) kanssa osoittaessaan arvotyöskentelyn tärkeyttä psykologisen joustavuuden lähteenä.

3.7 MIHA-ryhmäläisten työuupumus-mindfulness-taitoprofiilit

Kinnunen, S. M., Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Mäkikangas, A. & Lappalainen, R. (2016a) sekä Kinnunen, S. M., Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Mäkikangas, A. & Lappalainen, R. (2016b) selvittivät kahdessa osatutkimuksessa, millaisia yksilöllisiä profiileja MIHA-interventioon osallistuneiden joukosta löytyi työuupumuksen ja mindfulness-taitojen osalta. Lisäksi he tutkivat profiiliryhmien eroja intervention aikaisessa harjoittelussa ja oppimisessa sekä hyvinvointimuutoksissa vuoden seurannan aikana.

Johdanto

MIHA-ohjelmien on havaittu tuottavan hyviä tuloksia työhyvinvoinnin kohentamisessa (ks. esim. Regehr ym., 2014; Virgili, 2013), mutta suurin osa näistä tutkimuksista on toteutettu käyttäen ryhmätason tarkasteluja. Aiemmissä tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että intervention aikana tapahtuva muutos voi olla erilaista eri henkilöillä. Kiken, Garland, Bluth, Palsson ja Gaylord (2015) huomasivat, että meditaatiointervention aikaisessa mindfulness-taitojen muutoksessa oli yksilöllisiä eroja ja että nämä erot ennustivat muutoksia psykologisessa pahoinvoinnissa intervention jälkeen. Myös työuupumuksen interventiotutkimuksissa (muut kuin MIHA-menetelmät) on havaittu, että työuupumuksen muutoksissa on yksilöllistä vaihtelua niin, että osa hyötyy interventiosta enemmän ja osa vähemmän (Hätinen, Kinnunen, Mäkikangas, Kalimo, Tolvanen & Pekkonen 2009; Hätinen, Mäkikangas, Kinnunen & Pekkonen,

2013). On tärkeää saada tietoa yksilöllisistä eroista intervention vaikuttavuudessa, sillä tätä tietoa voidaan hyödyntää interventioiden kehittämiseen.

Profiilien määrittämisen ohella on keskeistä selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä näihin eroavaisuuksiin. MIHA-kirjallisuudessa intervention aikaisella harjoittelulla nähdään olevan keskeinen rooli myönteisten muutosten aikaansaamisessa (Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 2003). Harjoitteluun liittyvistä tekijöistä on tutkittu harjoitusten tyyppiä (esim. muodolliset ja epämuodolliset harjoitukset), harjoittelun määrää ja tiheyttä sekä harjoittelun jatkamista interventio-ohjelman päättymisen jälkeen. Tutkimustulokset harjoittelun vaikutuksista ovat kuitenkin olleet ristiriitaisia (ks. esim. Vettese, Toneatto, Stea, Nguyen & Wang, 2009), ja lisää tietoa aiheesta tarvitaan. Tutkimuksessa on myös havaittu, että MIHA-interventioissa tyypillisesti harjoitellut psykologinen hyväksyntä, kognitiivinen defuusio ja halukkuus toimia vaikeista ajatuksista ja tunteista huolimatta välittävät muutoksia hyvinvoinnissa (esim. Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007; Forman ym., 2012). Näiden taitojen oppimisprosessia ei kuitenkaan ole juurikaan tarkasteltu.

MIHA-harjoitusten odotetaan muuttavan perustavanlaatuisesti ihmisen tapaa tarkastella itseään, toisia ihmisiä ja ympäröivää maailmaa (Baer, 2003; Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 2003). Tämän vuoksi on mahdollista, että tietyn asian (esim. työuupumus) hoitamiseen suunnatulla interventiolla olisi laajempia vaikutuksia yksilön työhyvinvointiin ja yleiseen hyvinvointiin. Aiemmassa tutkimuksessa työhyvinvoinnin ja yleisen hyvinvoinnin on havaittu olevan vastavuoroisessa yhteydessä toisiinsa (Reichl ym., 2014), ja MIHA-taidot taas ovat olleet myönteisessä yhteydessä hyvinvointikokemuksiin (Christopher & Gilbert, 2010; Howell, Digdon & Buro, 2010).

Näissä kahdessa osatutkimuksessa selvitettiin, 1) onko MIHA-interventioon osallistuvien joukosta löydettävissä erilaisia työuupumukseen ja mindfulnessiin perustuvia taitoprofiileja, 2) onko profiilien välillä eroa intervention aikaisessa harjoittelussa ja oppimisessa tai harjoittelun jatkamisessa ohjelman jälkeen ja 3) onko profiilien välillä eroa yleisessä hyvinvoinnissa ja työhyvinvoinnissa tapahtuvissa muutoksissa vuoden seuranta-aikana. Tutkimuksissa oletettiin löytyvän profiileja, jotka eroavat toisistaan työuupumuksen ja mindfulnessin tasojen ja muutosten suuruuden ja pysyvyyden osalta, kuitenkin niin että suurimmalla osalla tutkittavista tapahtuu myönteistä muutosta. Lisäksi oletettiin, että mindfulness-taitojen lisääntyessä työuupumus vähenee. Harjoittelun ja oppimisen osalta oletettiin, että niillä, jotka harjoittelevat ja kokevat oppivansa enemmän intervention aikana sekä jatkavat harjoittelua intervention jälkeen, olisi suosiollisemmat muutokset työuupumuksessa ja mindfulness-taidoissa kuuden kuukauden seuranta-aikana. Niissä profiileissa, joissa on suurimmat myönteiset muutokset työuupumuksessa ja mindfulness-taidoissa kuuden kuukauden seuranta-aikana, oletettiin olevan suurimmat muutokset myös yleisessä hyvinvoinnissa ja työhyvinvoinnissa vuoden seuranta-aikana.

Tutkittavat ja menetelmät

Tämän osatutkimuksen tutkittavat olivat INT-ryhmään satunnaistetut ja pilotti-ryhmään kuuluneet (yhteensä $n = 105$), jotka vastasivat kokonaisuudessaan alku- ja loppukyselyyn. Tutkimuksessa käytettiin aineistoa seuraavilta arviointiajankohdilta: alku, loppu, 6 kk:n seuranta ja 12 kk:n seuranta.

Profiilien luomiseen käytettiin BBI-15-kyselyä työuupumuksen ja FFMQ-kyselyä mindfulness-taitojen osalta (ks. tarkemmin taulukko 2), joista käytössä olivat alku-, loppu- ja 6 kk:n seurantavaiheen mittaukset. Profiilit muodostettiin käyttämällä latenttia profiilianalyysiä (Muthén & Muthén, 1998–2012; Sterba, 2013), jossa pyrittiin työuupumuksen ja mindfulness-taitojen tason ja muutosten perusteella löytämään alaryhmiä (profiileita), joihin kuuluvat muistuttavat toisiaan työuupumuksen ja mindfulness-taitojen kehityksen osalta, mutta yhtä aikaa eroavat muihin alaryhmiin kuuluvista näissä samoissa tekijöissä. Profiiliratkaisun onnistuneisuutta arvioitiin sekä tilastollisin että teoreettisin perustein. Muutoksien merkittävyyttä arvioitiin ryhmien sisällä käyttäen Cohenin d :tä (Cohen, 1992) vastaavaa laskelmaa. Lisäksi laskelman luotettavuutta arvioitiin laskemalla 95 %:n luottamusvälit kullekin muutokselle (Cohen, 1990).

Profiilien välisiä eroja tutkittiin χ^2 -testillä, jossa hyödynnettiin todennäköisyyspohjaista ryhmäjakoa. Intervention aikaisen harjoittelun määrää ja tiheyttä arvioitiin tutkittavien täyttämällä viikkokalenterilla, johon kirjattiin jokainen tehty harjoitus. Intervention aikaisen harjoittelun lisäksi tarkasteltiin myös harjoittelun jatkamista intervention päättymisen jälkeen, ja tähän käytettiin Muupu-tutkimuksessa kehitettyä kyselyä, jossa tiedusteltiin mindfulness-harjoittelun (4 kysymystä) jatkamista asteikolla 1 = En tee niitä lainkaan – 4 Teen niitä yli 3 kertaa viikossa sekä arvotyöskentelyn jatkamista (4 kysymystä) asteikolla 1 = En lainkaan – 4 Lähes päivittäin. Sekä mindfulness-harjoittelun että arvotyöskentelyn jatkamisen osalta käytettiin kaikkien kysymysten keskiarvosummaa. Oppimiskokemuksia kartoitettiin Muupu-tutkimusta varten luodulla kyselyllä (ks. tarkemmin liite 2), josta käytettiin 13 kysymyksen summaa. Yleisen hyvinvoinnin ja työhyvinvoinnin arviointiin käytettiin seuraavia kyselyitä (ks. tarkemmin taulukko 2): LSQ (elämäntyytyväisyys), RYFF (psykologinen hyvinvointi), KEYES (sosiaalinen hyvinvointi), TKI (työkyky) ja PSS (koettu stressi). Kullekin edellä mainitulle hyvinvointimuuttujalle laskettiin muutospistemäärä alkutilanteesta 12 kuukauden seurantaan, jotta seuranta-ajan muutosten erojen tarkastelu mahdollistui.

Tulokset

MIHA-interventioon osallistuniden joukosta löytyi kuusi profiilia, joissa työuupumuksen ja mindfulness-taitojen taso ja muutos vaihtelivat. Kaikissa ryhmissä mindfulness-taitojen ja työuupumuksen muutos eteni yhtä aikaa ja käänteisesti niin, että mindfulness-taitojen lisääntyessä työuupumus väheni.

Profiilissa 1 ”Keskivaikea työuupumus – Hyötynyt huomattavasti” (30 % osallistuneista) työuupumus laski keskivaikeasta matalaan kuuden kuukauden

seuranta-aikana, ja vaikutuksen merkittävyys oli suuri Cohenin d:llä arvioituna. Mindfulness-taidot lisääntyivät seuranta-aikana, ja muutoksen merkittävyys oli suuri.

Profiilissa 2 ”Keskivaikea työuupumus – Parantuneet mindfulness-taidot” (29 %) mindfulness-taidot lisääntyivät kuuden kuukauden seuranta-aikana (suuri merkittävyys), mutta työuupumuksen lasku ei ollut merkittävä.

Profiilissa 3 ”Keskivaikea työuupumus – Hyötynyt hieman” (12 %) intervention aikaisessa merkittävyydeltään suuressa työuupumuksen laskussa tapahtui palautumista kohti lähtötilannetta seurantaan mentäessä, jolloin koko seuranta-ajan työuupumuksen lasku oli merkittävyydeltään kohtalainen. Mindfulness-taitojen lisäksi seuranta-aikana oli merkittävyydeltään suuri.

Profiilissa 4 ”Vakava työuupumus – Hyötyminen ei pysyvää” (12 %) näkyi merkittävyydeltään kohtalainen lasku työuupumuksessa intervention aikana, mutta se ei säilynyt kuuden kuukauden seurantaan asti. Mindfulness-taidoissa ei tapahtunut merkittävää muutosta.

Profiilissa 5 ”Vakava työuupumus – Hyötynyt huomattavasti” (10 %) työuupumus laski ja mindfulness-taidot lisääntyivät huomattavasti (molemmissa suuri merkittävyys) intervention aikana, ja tämä kehitys jatkui seurantaan. Työuupumus laski kuuden kuukauden seuranta-aikana vakavasta matalaan.

Profiilissa 6 ”Keskivaikea työuupumus – Hyötynyt” (8 %) mindfulness-taidoissa tapahtui merkittävyydeltään suuri nousu seuranta-aikana. Työuupumuksessa tapahtui intervention aikana merkittävyydeltään suuri lasku, joka säilyi seurantaan.

Suurin osa profiileihin sisällyneistä henkilöistä raportoi sekä työuupumuksen vähenemistä (Profiilit 1, 3, 5 ja 6; 60 % osallistuneista) että mindfulness-taitojen lisääntymistä (Profiilit 1, 2, 3, 5 ja 6; 89 % osallistuneista). Profiilien välillä ei ollut eroa intervention aikaisen harjoittelun määrässä tai tiheydessä, mutta harjoittelun jatkamisessa intervention jälkeen ryhmät erosivat toisistaan. Yleisesti ottaen niissä profiileissa, joissa harjoittelua jatkettiin, muutokset työuupumuksessa ja mindfulness-taidoissa olivat suotuisimmat. Myös ne profiili-ryhmät, jotka kokivat oppineensa enemmän MIHA-taitoja, raportoivat sosiolisempia muutoksia kuin muut profiilit. Profiileissa, joissa oli enemmän myönteisiä muutoksia työuupumuksessa ja mindfulness-taidoissa kuuden kuukauden seuranta-aikana, oli myös suurimmat myönteiset muutokset työkyvyssä, koetussa stressissä ja elämäntyytyväisyydessä sekä psykologisessa ja sosiaalisessa hyvinvoinnissa 12 kuukauden seuranta-aikana. Kuuden kuukauden aikaiset muutokset työuupumuksessa ja mindfulness-taidoissa siis tietyssä määrin ennakoivat ryhmien välisiä eroja myös yleisessä hyvinvoinnissa koko seurantavuoden aikana.

3.8 Masentuneisuus MIHA-intervention vaikutusten välittäjänä

Kettunen ja Tarkiainen (2015) tarkastelivat pro gradu -tutkielmassaan, millainen muuntava ja välittävä vaikutus masentuneisuudella oli MIHA-intervention tuottamiin hyvinvointikokemuksiin.

Johdanto

Masennuksella viitataan ihmismielen pitkittyneeseen alakuloiseen tilaan, jossa on vaikeata tuntea mielihyvää (Heiskanen, Tuulari & Huttunen, 2011). Nykyään se on yleisin psykologisen pahoinvoinnin lähde ja hoidon kohde. Masennuksen tiedetään vähentävän työkykyä, ja pahimmillaan se johtaa syventyvään oireiluun ja on usein itsemurhien taustalla (Isometsä, 2011). Masennus liittyy myös käänteisesti psyykkiseen hyvinvointiin. Inhimillisen hyvinvoinnin ajatellaan nykypsykologisessä tutkimuksessa muodostuvan usein eudaimonisesta hyvinvoinnin käsityksestä, jonka mukaan hyvinvointi pitää sisällään subjektiivisen kokemuksen hyvinvoinnista sekä mahdollisuuden omien henkilökohtaisten mahdollisuuksien toteuttamiseen (Ryan & Deci, 2001). Psykkistä hyvinvointia voidaan kuvata kolmiulotteisen mallin avulla, jossa se muodostuu emotionaalisen, psykologisen ja sosiaalisen (Keyes, 2002; Kokko ym., 2013) hyvinvoinnin kokemuksista. Osana erilaisia mindfulness-tutkimuksia on kehitelty interventio-ohjelmia, joiden tavoitteena on lievittää masennuksen oireita ja parantaa hyvinvointia. Masennukseen kohdistuvissa hoidoissa näyttää erityisen tärkeältä vaikuttaa yksilön omiin mielentuotoksiin liittyviin uskomuksiin (Zettle, Rains & Hayes, 2011). Tällaisia vaikutuksia MIHA-tyyppisiä menetelmiä hyödyntävillä interventioilla ajatellaan teoreettisesti olevan (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Zettle, 2015).

Muupu-tutkimukseen osallistuneet täyttivät tutkimuksessa myös kyselyitä, joiden avulla kartoitettiin tutkittavien masentuneisuuteen liittyviä ajatuksia. Tämän osatutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, 1) tapahtuuko hyvinvoinnissa muutoksia intervention aikana sekä 2) muuntavatko ja välittävätkö masentuneisuusmuutokset hyvinvointikokemusmuutoksia MIHA-intervention aikana. Oletuksena oli, että hyvinvoinnissa tapahtuu myönteisiä muutoksia. Sen sijaan masennuksen muuntavista tai välittävistä mekanismeista on vähän aikaisempaa tietoa ja niinpä näistä ei asetettu tarkkoja oletuksia, vaan yhteyksiä pyrittiin selvittämään tässä tutkimuksessa.

Tutkittavat ja menetelmät

Tutkimusjoukko koostui INT-ryhmään satunnaistetuista henkilöistä ja pilottiryhmäläisistä (n = 110) sekä verrokkiryhmäläisistä ja pilottiryhmäläisille valituista pareista (n = 104), jotka palauttivat tässä tutkimuksessa käytetyt alku-, loppu- ja seurantamittauksen arvioinnit.

Masentuneisuutta mitattiin DASS-kyselyn masennusta kartoittavalla osalla sekä DEPS-kyselyn avulla, ja hyvinvointia arvioiva menetelmä muodostui LSQ-, KEYES- ja RYFF-kyselyn keskiarvotuloksesta (ks. tarkemmin taulukko 2). Intervention aikaisia muutoksia arvioitiin toistomittausten t-testillä, ja muutosten suuruutta Cohenin d:llä, ja välittäviä vaikutuksia tarkasteltiin Preacherin ja Hayesin (2008) esittämällä epäsuorien vaikutusten menetelmällä. Bootstrapping-menetelmää käytettiin epäsuorien vaikutusten merkitsevyyden arviointiin. Välittävää vaikutusta arvioitiin hierarkkisen regressiomallinnuksen avulla.

Tulokset

Hyvinvointikokemukset lisääntyivät kaikilla mittareilla mitattuna interventoryhmäläisten keskuudessa merkittävästi enemmän kuin verrokkiryhmäläisten keskuudessa. Tulosta vahvistivat myös Cohenin d:n vaikuttavuusarvot, jotka olivat keskisuuria interventoryhmässä ja pieniä verrokkiryhmässä. Masentuneisuus toimi osittaisena välittäjänä alkutilanteen ja lopputilanteen hyvinvointimuutoksessa. Tulosta vahvasti havainto masentuneisuuden muuntavasta ominaisuudesta, mikä näkyi hyvinvointieron lisääntymisenä ryhmissä siten, että seurantavaiheessa hyvinvointi lisääntyi enemmän niillä, jotka olivat vähiten masentuneita, ja vähiten niillä, jotka olivat eniten masentuneita intervention jälkeen.

3.9 Persoonallisuuden yhteys MIHA-taitoihin

Lipsanen (2015) tarkasteli pro gradu -tutkielmassaan, millaisia yhteyksiä on löydettävissä persoonallisuuden piirteiden ja hyväksyntätaitojen välillä, ja miten näiden väliset yhteydet muuntuvat MIHA-ohjelman myötä.

Johdanto

Inhimillisiä persoonallisia piirteitä voidaan kuvata viiden ulottuvuuden kautta, joita ovat neuroottisuus (tunne-elämän tasapainoisuus), miellyttävyys (suhtautuminen toisiin ihmisiin), vastuuntuntoisuus (järjestelmällisyys), ekstroversio (ulospäin suuntautuneisuus) sekä avoimuus kokemuksille (uusiin asioihin suhtautuminen) (McCrae & Costa, 2003). Näistä piirteistä erityisesti neuroottisuus on liitetty psyykkisiin häiriöihin, kuten masennukseen ja ahdistuneisuuteen, ja viime aikoina myös työuupumukseen (Alarcon ym., 2009; Bakker, Van Der Zee, Lewig & Dollard, 2006). Persoonallisuuden piirteitä on pidetty suhteellisen pysyvinä, läpi elämän säilyvinä piirteinä, mutta tätä näkemystä on alettu kyseenalaistaa (Ardelt, 2000). On muutamia alustavia havaintoja, joiden mukaan psykologisilla hoidoilla voi olla vaikutus hyvinvointimuutoksiin ja näillä puolestaan persoonallisuuteen, esimerkiksi neuroottisuuteen, miellyttävyyteen ja tunnollisuuteen (Piedmont, 2001). Mindfulnessin on havaittu olevan yhteydessä persoonallisuuden piirteisiin (Giluk, 2009). ACT-teorioiden valossa MIHA-

taidot heijastelevat syvempiä sisäisen toiminnan malleja. Myös persoonallisuuden kehityksellä lienee yhteyksiä näihin sisäisiin malleihin. Niinpä vaikuttamalla MIHA-taitoihin oletetaan voivan vaikuttaa myös persoonallisuuteen.

Tässä osatutkimuksessa selvitettiin, 1) tapahtuuko persoonallisuuspiirteisissä ja hyväksyntätaidoissa muutoksia tutkimusaikana, 2) ennakoivatko jotkipersonallisuuden piirteet intervention aikana tapahtuvia hyväksyntätaitojen muutoksia ja 3) onko hyväksyntätaitojen muutoksilla yhteyttä persoonallisuuspiirteiden muuntumiseen. Oletuksena tutkimuksessa oli, että MIHA-taitojen muuntuminen on yhteydessä myös persoonallisuuteen ja muuntaa sitä, vaikka tarkempia hypoteeseja oli vaikea luoda aiheeseen liittyvän tutkimuksen vähäisyyden vuoksi.

Tutkittavat ja menetelmät

Tutkittavat koostuivat INT-ryhmään satunnaistetuista henkilöistä ja pilottiryhmäläisistä (n = 110) sekä verrokkiryhmäläisistä ja pilottiryhmäläisille valituista pareista (n = 104), jotka palauttivat alku-, loppu- ja kuuden kuukauden seurannan kyselyt, joita käytettiin tässä tutkimuksessa.

MIHA-taitojen mittaukseen käytettiin kahta kyselyä, eli ATQ- ja AAQ-II-kyselyä, joista muodostettiin yhdistetty arviointimenetelmä standardoimalla kyselyvastaukset ja laskemalla näiden summatuista arvoista keskiarvo. Persoonallisuutta arvioitiin S5-kyselyn avulla. (ks. tarkemmin taulukko 2). Intervention aikaisia muutoksia arvioitiin toistomittausten t-testillä ja muutosten suuruutta Cohenin d:llä. Hierarkkisen regressiomallinnuksen avulla katsottiin hyväksyntätaitojen muutoksia, ja näiden välittäviä vaikutuksia tarkasteltiin Preacherin ja Hayesin (2008) menetelmällä. Tulosten luotettavuuden arviointiin käytettiin Bootstrapping-menetelmää.

Tulokset

MIHA-taidot lisääntyivät molemmissa ryhmissä ensimmäisen ja toisen mittauksen välillä (Cohenin d:n ryhmäero 0,37). Lisäksi neuroottisuus väheni molemmissa ryhmissä, mutta vähenemistä tapahtui enemmän interventioryhmässä. Tässä ryhmässä lisääntyivät myös ekstroversio ja tunnollisuus. Lisääntyneisiin hyväksyntätaitoihin oli yhteydessä kuuluminen interventioryhmään, alkuvaiheen hyväksyntätaitojen taso, sekä avoimuus, ekstroversio ja vähäinen neuroottisuus. Välittäjäanalyysin tulosten mukaan hyväksyntätaitojen muutokset selittivät osittain persoonallisuuspiirteistä neuroottisuuden muutoksia ja kokonaan tunnollisuuden sekä ekstroversion muutoksia. Oletusten mukaisesti näytti siltä, että MIHA-taitojen muutokset ovat yhteydessä persoonallisuudenpiirteisiin ja että interventio voi muuntaa persoonallisuuspiirteitä.

3.10 Odotusten merkitys hyvinvointimuutoksille

Mäkinen (2015) tarkasteli pro gradu -tutkielmassaan, ennustavatko interventioita koskevat odotukset MIHA-intervention aikana tapahtuvia hyvinvointimuutoksia.

Johdanto

Interventioita koskevien odotusten vaikutusta intervention tuloksellisuuteen on toistaiseksi tutkittu vähän MIHA-interventioissa. Hoitojen ja interventioiden yhteydessä odotuksilla tarkoitetaan potilaan/asiakkaan uskomuksia hoidon tuloksellisuudesta hänen kohdallaan sekä hoidon läpikäynnin seurauksista itselle (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano & Smith, 2011; Schulte, 2008). Ne on nähty yleisinä tekijöinä, jotka vaikuttavat psykoterapioiden ja psykologisten interventioiden tuloksellisuuteen (ks. esim. Sprenkle & Blow, 2004; Thomas, 2006). Odotusten ja hoidon tulosten väliset yhteydet ovat olleet ristiriitaisia (Schulte, 2008). Osa tutkimuksista on vahvistanut yhteyden (Constantino ym., 2011), kun taas osassa yhteyttä ei ole löytynyt (ks. esim. Barber, Zilcha-Manoi, Gallop, Barret, MacCarthy & Dinger, 2014).

MIHA-interventioiden osalta Wyatt, Harper ja Weatherhead (2014) havaitsivat metasynteesissään, että hyvin korkeat odotukset johtivat todennäköisesti pettymyksiin hoitotuloksissa. Mason ja Hargreaves (2001) ovatkin osoittaneet, että joustavat odotukset MBCT:n vaikutuksista johtavat korkeampiin meditaatioihin ja suurempaan terapeuttiseen muutokseen. Toisaalta Snippe, Schroevers, Tovote, Sanderman, Emmelkamp ja Fleeer (2015) huomasivat, että korkeat odotukset ennustivat vähäisempiä poisjääntejä, korkeampaa kotitehtävien noudattamista ja suurempaa masennuksen laskua MBCT:ssä.

Tässä osatutkimuksessa selvitettiin, 1) tapahtuuko työpahoinvoinnissa ja yleisessä hyvinvoinnissa myönteisiä muutoksia intervention aikana ja 2) ennustaako odotusten taso muutoksia työpahoinvoinnissa ja yleisessä hyvinvoinnissa. Aiempien tutkimushavaintojen pohjalta keskisuurten odotusten oletettiin olevan yhteydessä suurempiin myönteisiin muutoksiin hyvinvoinnissa kuin matalien tai korkeiden odotusten.

Tutkittavat ja menetelmät

Tämän osatutkimuksen otos koostui INT-ryhmään satunnaistetuista ja pilottiryhmään osallistuneista (n = 88), jotka olivat vastanneet kaikkiin tutkimuksessa käytettyihin mittareihin.

Interventiota koskevia odotuksia kartoitettiin Muupu-tutkimusta varten kehitetyllä kyselyllä, jossa tiedusteltiin kuuden kysymyksen avulla tutkittavien motivaatiota osallistua MIHA-interventioon, heidän odotuksiaan intervention toimivuudesta sekä heidän uskoaan muutoksen mahdollisuuteen elämässään. Kysymyksiin vastattiin viisiportaisella Likert-asteikolla, jossa 1 = Täysin eri

mieltä ja 5 = Täysin samaa mieltä. Yleistä hyvinvointia arvioitiin seuraavilla kyselyillä, jotka summattiin yhteen analyysseissa (ks. tarkemmin taulukko 2): LSQ, RYFF ja KEYES. Työpahoinvointia mitattiin seuraavilla kyselyillä, jotka summattiin yhteen analyysseissa: BBI-15, TKI ja PSS. Analyysseissa tutkittavat jaettiin odotustason mukaisesti seuraaviin ryhmiin: alhaiset odotukset (-1 kh ka:sta), keskiuuret odotukset (-1 kh:n ja + 1 kh:n ka:sta välissä olevat arvot) ja korkeat odotukset (+1 kh ka:sta). Muutoksia työpahoinvoinnissa ja yleisessä hyvinvoinnissa sekä odotusten vaikutuksia näihin muutoksiin testattiin GLM-toistomittauksilla. Vaikutusten suuruutta arvioitiin osittaisella etan neliöllä.

Tulokset

Tutkittavien työpahoinvointi väheni ja yleinen hyvinvointi lisääntyi intervention aikana. Työpahoinvoinnin muutos oli myönteisin niillä tutkittavilla, joilla oli korkeat odotukset intervention vaikuttavuudesta. Tämä tulos oli oletusten vastainen, mutta toisaalta yhteneväinen joidenkin aikaisempien havaintojen kanssa (Mason ja Hargreaves, 2001) Yleisen hyvinvoinnin muutoksen ja interventiota koskevien odotusten välillä ei ollut merkitsevää yhteyttä.

3.11 MIHA-intervention yhteys työolosuhdekokemuksiin

Trifoglio (2016) tarkasteli pro gradu -tutkielmassaan, miten kokemukset työolosuhteista muuntuivat intervention myötä ja miten sellaiset taustatekijät, kuten elämän ja työn muutokset tutkimuksen aikana, muunsivat kokemusta työolosuhdemuutoksista.

Johdanto

Työelämän tutkimukset ovat viime vuosikymmenien aikana keskittyneet erittelemään erilaisia työelämän alueita, joilla on yhteyttä työuupumukseen ja työpahoinvointiin (Leiter & Maslach, 2004; Maslach & Leiter, 2008). Kielteisten työolosuhdekokemusten todettiin olevan yhteydessä työpahoinvointiin myös Muupu-tutkimuksessa (Puolakanaho ym., 2015; ks. 3.3). Mindfulness-harjoittelun ajatellaan auttavan irrottautumaan toimimattomista ajatus- ja käytäytymistavoista (Brown & Ryan, 2003) sekä muuttamaan omia asenteita (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006). Niinpä sen ajatellaan myös vaikuttavan yksilön kokemuksiin omista työolosuhteistaan ja lisäävän työhyvinvointia (Hayes & Wilson, 2003). Koska myös tiedetään, että elämän hyvinvointikokemukset ovat yhteydessä työhyvinvointiin ja päinvastoin (Reichl ym., 2014), on tärkeätä tutkia, miten erilaiset muutokset elämässä ja työssä vaikuttavat kokemuksiin työolosuhteista ja onko MIHA-interventiolla vaikutusta näihin kokemuksiin.

Tässä osatutkimuksessa selvitettiin, 1) miten INT- ja TAV-ryhmä eroavat työolosuhdekokemuksiin liittyvissä muutoksissa tutkimuksen aikana ja 2) vai-

kuttavatko elämän ja työelämän muutokset (taustatekijät) näihin kokemuksiin. Tutkimuksessa oletettiin, että intervention vaikutukset näkyvät työolosuhdekokemusten muuntumisena myönteisemmäksi erityisesti työtyytyväisyyden ja työn selkeyden osalta. Elämänmuutoksien yhteydestä MIHA-intervention vaikuttavuuteen oli vähän tietoa, ja sen osalta tutkimus oli luonteeltaan uutta luovaa eikä oletuksia asetettu.

Tutkittavat ja menetelmät

Tutkittavat olivat INT-ryhmään satunnaistettuja henkilöitä (n = 82) sekä TAV-ryhmäläisiä (n = 73), jotka olivat palauttaneet alku-, loppu- ja seurantakyselyt tutkimuksen alkaessa. Tutkimuksessa käytettiin alku-, loppu- ja kuuden kuukauden seurannan kyselyiden vastauksia.

Työolosuhdekokemuksia arvioitiin JOCHA-kyselyn neljän faktorin avulla (ks. tarkemmin liite 1): JOCHA 1) Työn selkeys (sisältäen myös työn reiluuden ja myönteisen työilmapiirin kokemuksen), JOCHA 2) Työtyytyväisyys (sisältäen myös työn merkityksellisyyden, tuloksellisuuden ja työhön sitoutumisen), JOCHA 3) Työn rasittavuus ja JOCHA 4) Työn vaikutusmahdollisuudet.

Taustatekijöitä arvioitiin asteikolla 1 = kyllä, 2 = ei, ja niihin kuuluivat: 1) Työpaikan vaihto, 2) Merkittävä muutos henkilökohtaisessa elämässä (kuten naimisiin meno, ero, kumppanin menetykset, vakava sairaus, työttömyys tai ammattiin valmistuminen) ja 3) Muutos työolosuhteissa (kuten työtehtävien muutos tai vähentäminen, esimiehen vaihtuminen, lähityötoverin vaihtuminen, työtuntien vähentäminen tai sairausloma). Kaikkia näitä muutoksia arvioitiin loppukyselyssä. Intervention aikaisia muutoksia arvioitiin toistomittausten t-testillä (rANOVA). Taustatekijöiden muuntavaa vaikutusta testattiin lisäämällä nämä tekijät JOCHA-fatoreiden selittäjiksi edellä mainittua analyysiä käyttäen.

Tulokset

Molemmissa ryhmissä tapahtui myönteistä muutosta työolosuhdekokemuksissa tutkimuksen aikana. INT-ryhmän muutokset olivat kuitenkin merkittävästi suurempia kaikissa neljässä JOCHA-faktorissa, ja erityisesti työn selkeys ja työtyytyväisyys kohenivat. Ryhmät erosivat merkittävästi toisistaan myös siinä, miten taustatekijöinä arvioidut merkittävät elämän ja työelämän muutokset (työpaikan vaihtaminen ja muutokset työoloissa) vaikuttivat työolosuhdekokemuksiin. Elämänmuutos aiheutti verrokkiryhmässä merkittävän laskun työtyytyväisyydessä, kun taas INT-ryhmässä työtyytyväisyys lisääntyi huolimatta elämänmuutoksesta. Työelämään liittyvät muutokset lisäsivät INT-ryhmäläisten työtyytyväisyyttä, mutta samanlaista vaikutusta ei ollut näkyvissä TAV-ryhmäläisillä, vaikka he olisivat vaihtaneet työpaikkaakin. Työolojen muuttaminen sai aikaan myönteisiä muutoksia INT-ryhmäläisissä siten, että heidän kokemuksensa työn selkeydestä lisääntyi. TAV-ryhmässä työolojen muuttaminen ei vaikuttanut vastaavasti. Tutkimustulokset olivat oletusten mukaisia osoittaessaan, että MIHA-taitojen oppiminen näytti myös parantavan

työolosuhdekokemuksia, erityisesti työtyytyväisyyden lisääntymisen ja työnkuvan selkeytymisen muodossa. Tutkimustulosten valossa näyttää siltä, että MIHA-taitojen oppiminen suojaa elämässä tapahtuvien muutosten aiheuttamilta stressikokemuksilta.

3.12 Tutkimusyhteistyöstä työnantajien ja työterveyshuollon kanssa

MIHA-interventio-ohjelman yhtenä tavoitteena oli tukea siihen osallistuneita kohti tarpeellisia työolosuhdemuutoksia. Tämän vuoksi heitä pyydettiin nimeämään yksi työnantajan (yleensä lähiesimies) ja yksi työterveyshuollon (yleensä terveydenhoitaja) edustaja, joihin tutkijat voisivat olla yhteydessä. MIHA-ohjelma tarjosi edustajille mahdollisuuden osallistua infotilaisuuteen, jossa kerrottiin Muupu-tutkimuksesta sekä MIHA-menetelmistä. Lisäksi edustajilta kysyttiin lyhyen kyselyn avulla (puolen vuoden ja vuoden seurantamittauksen aikaan) kokemuksia intervention hyödyllisyydestä. Interventioryhmäläisille tarjottiin loppukyselyn jälkeen tutkimuspalaute, jossa oli pylväskuvioiden avulla kuvattu heidän tietoisuustaitojensa sekä työuupumuskokemustensa muutosta intervention aikana. Palaute sisälsi myös tutkittavien työolosuhteita kuvaavan arvioinnin, joka perustui heidän kyselyvastauksiinsa. Interventioryhmäläisiä ohjattiin hyödyntämään palaute työterveysneuvotteluissa työnantajan ja työterveyshuollon edustajien kanssa. Verrokkiryhmäläisille tarjottiin vastaava tutkimuspalaute vuoden seurannan jälkeen. Heitä ohjeistettiin palautteen hyödyntämiseen lyhyen saatekirjeen avulla.

Yhtenä sisäänottokriteerinä oli, että MIHA-ryhmään osallistuvan oli kutsuttava mukaan yksi työnantajan ja yksi työterveyshuollon edustaja. Kaikki (eli 115 INT- ja pilottiryhmäläistä) ilmoittivat hakuvaiheessa voivansa kutsumisen tehdä, mutta osallistumiskutsu Muupu-tutkimukselta lähti 63 osallistuneen työnantajan ja 57 osallistuneen työterveyshuollon edustajalle eli noin puolelle tutkittavien edustajista. 38 työnantajan ja 30 työterveyshuollon edustajaa (eli 33 % ja 26 % sadastaviidestätoista mahdollisesta) ilmoittautui mukaan tutkimukseen, ja heistä tutkimuksen järjestämässä infotilaisuudessa kävi 15 työnantajan ja 14 työterveyshuollon edustajaa (eli 45 % ja 46 % tutkimukseen ilmoittautuneista edustajista). Ensimmäiseen tutkimuskyselyyn aloitti vastaamisen 34 työnantajan ja 23 työterveyshuollon edustajaa (eli 30 % ja 20 % sadastaviidestätoista), ja toisen tutkimuskyselyn osalta vastaamisen aloitti 30 työnantajan ja 23 työterveyshuollon edustajaa. Huomioitavaa on, että osa näistä henkilöistä oli samoja, sillä useammalla interventioon osallistuneella oli sama työnantajan tai työterveyshuollon edustaja. Kaiken kaikkiaan siis vain murto-osa työnantajien ja työterveyshuollon edustajista saatiin mukaan tutkimukseen.

Tutkimuskyselyihin vastanneista työnantajien edustajista 18 (53 %) oli keskustellut Muupu-tutkimuksen antamasta tutkimuspalautteesta (sisältäen työolosuhdekokemuskartoituksen) MIHA-ryhmään osallistuneen kanssa. MI-

HA-ryhmäläisen uupumukseen liittyviin ammatillisiin tapaamisiin oli osallistunut tutkimusvuoden kuluessa 17 työnantajan edustajaa (50 % vastanneista), eli noin puolet kyselyyn vastanneista ei ollut tällaisissa ollut mukana. 12 työnantajan edustajaa (35 % vastanneista) arvioi tutkimuksesta ja sen antamasta palautteesta olleen hyötyä interventioon osallistuneen tukitoimien suunnittelussa. 17 työnantajan edustajaa (50 % vastanneista) arvioi MIHA-ryhmäläisen työssä jaksamisen parantuneen ainakin jossain määrin tutkimuksen aikana. Suurin osa tutkimuskyselyyn vastanneista työnantajan edustajista (81 %) arvioi, että voisi suositella MIHA-interventio tyypistä tukea työuupumusoireilun lievittämiseen.

Työterveyshuollon vastaajien osalta neljän MIHA-ryhmäläisen edustajat (16 %) olivat keskustelleet ryhmäläisensä kanssa tutkimuksen antamasta palautteesta. MIHA-ryhmäläisen uupumukseen liittyviin ammatillisiin tapaamisiin oli osallistunut tutkimusvuoden aikana yhdeksän työterveyshuollon edustajaa (36 % vastaajista), eli suurin osa tutkimuskyselyyn vastanneista ei ollut tällaisissa ollut mukana. Neljä työterveyshuollon edustajaa (16 % vastaajista) arvioi Muupu-tutkimuksesta ja sen antamasta palautteesta olleen hyötyä interventioon osallistuneen tukitoimien suunnittelussa. 10 työterveyshuollon edustajaa (40 % vastaajista) arvioi MIHA-ryhmäläisen työssä jaksamisen parantuneen ainakin jossain määrin tutkimuksen aikana.

Työnantaja-työterveysyhteistyöllä ei ollut vaikutusta interventio tuloksiin regressioanalyysillä tarkasteltuna. Eroja tuloksissa ei löytynyt niiden välillä, joiden työnantaja ja/tai työterveyshuolto osallistui tutkimukseen, ja niiden välillä, joilla ei osallistunut. Kaikkia edellä raportoituja lukuja tarkasteltaessa on huomioitava, että työnantajan ja työterveyshuollon edustajien vastauksia tuli sen verran vähän, että tulokset ovat enintään suuntaa-antavia.

Suurin osa sekä työntajien (71 %) että työterveyshuollon edustajista (72 %) arvioi Muupu-tutkimuksen onnistuneen heikosti yhteistyössään käytännön työelämän toimijoiden kanssa. Tämä arvio on yhtenevä tutkimuksen toteuttajien arvion kanssa, sillä yrityksistä huolimatta kunnollista yhteyttä työelämän toimijoihin ei saatu muodostettua. Kuitenkin ne, jotka osallistuivat infotilaisuuksiin, kokivat aiheen kiinnostavana ja hyödyllisenä. Työntajien ja työterveyshuollon vähäisen osallistumisen vuoksi kunnollista vastausta yhteistöiminnan merkitykselle osana MIHA-interventiota ei saatu.

Syyt työntajien ja työterveyshuollon edustajien poisjäämiseen vaihtelivat. Huomionarvoista on, että työntajien ja työterveyshuollon edustajien osallistuminen oli Muupu-tutkimuksessa paljolti osallistuneiden valinnasta riippuvaa eli vaikka tutkimus edellytti edustajien mukaan kutsumista, yhteydenpidon laajuus oli osallistuneiden valittavissa. Pieni osa MIHA-ryhmään osallistuneista ei aktiivisesti ilmoittanut tutkimuksesta työnantajan tai työterveyshuollon edustajalle, joissakin tapauksissa ei löytynyt sopivaa työnantajan edustajaa tai sitten hän oli kiireinen tai ei kokenut asiaa tärkeäksi. Työterveyshuollon edustajien oli vaikea osallistua tutkimukseen edellä mainittujen syiden lisäksi sen takia, että oli epäselvää, kuka kustantaisi tutkimukseen osallistumi-

seen käytettävän työajan. Katoa aiheutti myös edustajien vaihtuminen kesken tutkimuksen.

Tutkimukseen osallistuneiden työnantajan ja työterveyshuollon edustajat raportoivat useita kehittämisehdotuksia työuupumukseen liittyvässä työnantajan ja työterveyshuollon toiminnassa. Työnantajat kokivat, että tällaisen toiminnan pitäisi lähteä organisaation tasolta siten, että ylin johto olisi mukana tuke-
massa toimintaa. Olennaista olisi hyvä esimiestyö. Toimintaan pitäisi myös voida laittaa enemmän työaika. Lisäksi yhteistyötä työterveyshuollon kanssa olisi tiivistettävä, ja avuksi tarvittaisiin konkreettisia toimintaohjeita työuupumuksen lievittämiseksi. Työnantajien ja työterveyshuollon yhteiskoulutusta ehdotettiin yhdeksi toimintamuodoksi, jossa työuupumukseen liittyviä toimintamalleja voitaisiin kehittää tehokkaasti. Lisäksi edustajat toivoivat käyttöönsä menetelmiä, joita voisi tarjota aikaisessa vaiheessa tueksi työuupumusoireiden ilmaantuessa ja ennaltaehkäisevästikin. Työterveyshuollon edustajilta nousi samantapaisia asioita esille kehittämisehdotuksena, mutta sen lisäksi edustajat näkivät tärkeänä löytää luotettavia menetelmiä asiakkaan voimavarojen kartoittamiseksi sekä työuupumuksen lievittämiseksi. He toivoivat myös löytävänsä riittävästi resursseja työnantajien taholta ja uusia työterveysyhteistyöhön liittyviä toimintamalleja. Lisäksi he toivoivat toimintamallien vakiinnuttamista työterveysyhteistyötoimintaan. He myös näkivät tärkeänä, että työnantajat ottaisivat käyttöön joustavia työvuorojärjestelyjä ja kehittäisivät edelleen toimintaansa siten, että työssä voitaisiin ottaa huomioon enemmän yksilölliset taidot ja voimavaratekijät.

4 POHDINTA

Tämän Kelan rahoittaman tutkimushankkeen (Muupu) tavoitteena oli tutkia, voidaanko työuupumusta lievittää 8-viikkoisella mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaisella (MIHA) interventiolla, joka toteutettiin yhdistämällä ryhmämuotoiseen interventioon sitä tukeva verkkomateriaali. Satunnaistettuun tutkimusotokseen otettiin mukaan alun perin 218 tutkittavaa, joista puolet osallistui interventioon ja puolet sai tavanomaista tarjolla olevaa tukea työuupumusoireiden lievittämiseen. Valtaosa tutkimuksen aloittaneista (yli 90 % niistä, jotka aloittivat alkukyselyyn vastaamisen) pysyi tutkimuksessa vuoden seurannan ajan. Lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin tietoa pilottiryhmäläisistä sekä heidän vastinpareistaan (2 x 24 henkilöä). Tutkimukseen pääsyn kriteerinä oli vakava työuupumus, työelämässä mukana olo sekä 25–60-vuoden ikä. Lisäksi tutkittavilla ei saanut olla vakavia diagnostisoituja somaattisia eikä psyykkisiä sairauksia. Tutkittavista pääosa oli naisia, ja heidän koulutustasonsa oli suomalaisten keskitasoa korkeampi. Tässä julkaisussa raportoidut tulokset perustuvat neljään raportin kirjoittajien laatimaan tutkimuskäsikirjoitukseen sekä kahdeksaan tutkimusryhmän ohjaamaan pro gradu -tutkielmaan.

Työuupumusta on aikaisemmin selitetty pääosin työolosuhdetekijöillä, vaikka yksilöllisten tekijöidenkin osuus on tunnistettu (Maslach & Leiter, 2008). Muupu-tutkimuksessa tarkasteltiin molempia asioita sekä lisäksi yleistä elämän hyvinvointikokemusta työuupumukseen liittyvän työpahoinvoinnin lähteenä. Tulosten valossa tietoiseen ajatusten ja tunteiden havainnoimiseen, hyväksyntään ja arvopohjaiseen toimintaan liittyvien taitojen puute selitti työuupumusta ja pahoinvointia vielä työolosuhdetekijöiden (esimerkiksi työnkuvan selkeyden, työilmapiirin ja työn kuormittavuuden) ja yleisen hyvinvoinnin kontrolloimisen jälkeenkin. Tulos oli yhteneväinen Vilardagan ym. (2011) tulosten kanssa, mutta yhteydet näyttäytyivät tässä tutkimuksessa vielä vahvempina kuin aikaisemmin on osoitettu. Vaikuttaa siis siltä, että henkilökohtaiset MIHA-taidot ovat vahvasti yhteydessä elämän hyvinvointikokemusten kanssa, ja näiden puute selittää työuupumusta, koettua stressiä ja työkyvyn alenemista. Tutkimus myös tuki aikaisempia havaintoja, joiden mukaan työolosuhdetekijät liittyvät työhyvinvointikokemuksiin. Työuupumusta voidaan tämän tutkimuksen perusteella

hyvin kuvata ilmiönä, jota selittävät suurelta osin sekä työolosuhteet että MIHA-taitoihin liittyvät yksilölliset tekijät. Työhyvinvointia voitaisiin näiden tulosten valossa parantaa sekä vaikuttamalla työolosuhteisiin että lisäämällä MIHA-taitoja.

Muupu-tutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli tutkia, lievittääkö MIHA-harjoitteisiin perustuva interventio työuupumusta ja lisääkö se hyvinvointia elämässä ja työssä. Vaikuttavuutta arvioitiin useiden kyselyiden avulla, jotka johdonmukaisesti osoittivat, että interventio lievensi työuupumusta ja koettua stressiä, vähensi psykologista oireilua (esimerkiksi ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta) sekä lisäsi subjektiivista työkykyä, yleistä hyvinvointia ja tyytyväisyyttä enemmän kuin verrokkiryhmän saamat tavanomaiset tukitoimet. Tulosten mukaan MIHA-intervention vaikutukset olivat merkittäviä ja laaja-alaisia. Lisäksi välittäjäanalyysi osoitti, että muutokset hyvinvoinnin eri osa-alueilla johtuivat lisääntyneistä MIHA-taidoista. Näiden taitojen lisääntyminen johti muutoksiin, jotka näkyivät hyvinvoinnin lisääntymisenä, psykologisten oireiden, työuupumuksen ja stressikokemusten lievittymisenä sekä lisääntyneenä työkykynä. Vaikutukset olivat havaittavissa heti kahdeksan viikon intervention jälkeen, ja ne säilyivät tutkimuksen seurantavuoden aikana. Tulokset MIHA-menetelmien tuottamista laaja-alaisista muutoksista ovat yhteneväisiä ulkomailla toteutettujen tutkimusten kanssa (de Vibe ym., 2013; Jain ym., 2007; Van Dam ym., 2014).

Intervention vaikutukset tulivat ensiksi näkyviin koetun stressin lievittymisenä ja psykologisen joustavuuden lisääntymisenä ja vasta seurantavaiheessa psykologisen oireilun ja hyvinvoinnin muutoksina. Työuupumuksen lievittyminen ja työkyvyn koheneminen lisääntyi tutkimusvuoden loppuun saakka. Tutkimustulokset ovat linjassa aikaisempien teoreettisten pohdintojen (Bond ym., 2008; Hayes, 2004) sekä niiden HOT-perustaisten interventiotutkimusten kanssa, joita on käytetty työuupumuksen hoitoon (de Vibe ym., 2013; Lloyd ym., 2013). Toisaalta Muupu-tutkimus osoittaa vahvemmin kuin aikaisemmat tutkimukset (Eberth & Sedlemeier, 2012; Khoury ym., 2015), että tämänkaltaisella interventiolla voidaan saavuttaa merkittäviä tuloksia myös työuupumuksen lievityksessä. Näyttää kuitenkin siltä, että työuupumusoireiston lievittymiseen ja työkyvyn lisääntymiseen voi mennä enemmän aikaa, mikä vastaa aiempia havaintoja työuupumusoireiden suhteellisen korkeasta pysyvyydestä (esim. Toppinen-Tanner ym., 2002).

Intervention osallistuneiden kokemukset työolosuhteista muuttuivat myös, erityisesti työn selkeys parani ja työtyytyväisyys koheni (Trifoglio, 2016). Interventio- ja verrokkiryhmä erosivat merkittävästi toisistaan myös siinä, miten yleiset elämään liittyvät muutokset (esim. avioituminen, oma tai perheenjäsenen vakava sairastuminen) ja työelämän muutokset (esim. työpaikan vaihtaminen ja muutokset työoloissa) vaikuttivat työolosuhdekokemuksiin. Tulosten valossa näyttää siltä, että MIHA-taidot suojaavat elämässä tapahtuvien muiden mullistusten aiheuttamilta vaikutuksilta ja ovat yhteydessä positiivisiin työolosuhdekokemuksiin. MIHA-taidot voivat suoraan tuottaa emotionaalista tasapainoa (Brown & Ryan, 2003), ja lisäksi ne auttavat tunnistamaan omia aja-

tuksia ja käyttäytymismalleja sekä tuottavat luovia vastaamistapoja haasteellisiin tilanteisiin (Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska & Rakel, 2013). Niinpä elämänhaasteet voidaan kohdata ja kokea vähemmän stressiä tuottavina.

MIHA-interventioon osallistuneiden joukosta löydettiin kuusi erilaista profiiliryhmää, jotka erosivat toisistaan työuupumuksen ja mindfulness-taitojen tasojen ja niissä tapahtuneiden muutosten osalta. Suurimmassa osassa profiileista tapahtui myönteisiä muutoksia, mikä näkyi yhtäaikaisena työuupumuksen vähenemisenä ja mindfulness-taitojen lisääntymisenä. Profiilit eivät eronneet toisistaan intervention aikaisen harjoittelun määrän tai tiheyden perusteella, vaikka näin olisi voinut odottaa aiempien tutkimusten perusteella (esim. Carmody & Baer, 2008; Forman ym., 2012). Profiilien välillä oli kuitenkin eroja MIHA-harjoitteiden jatkamisessa intervention jälkeen niin, että enemmän myönteisiä muutoksia seurantaan mennessä tapahtui niillä, jotka jatkoivat harjoittelua tiiviimmin. Tämä saattaa olla merkki siitä, että MIHA-harjoitteet ovat tulleet osaksi jokapäiväistä arkea. Lisäksi ryhmien välillä oli eroja yksilöllisissä MIHA-taitojen oppimiskokemuksissa intervention aikana niin, että eniten myönteisiä muutoksia oli havaittavissa niissä profiileissa, joissa koettiin eniten oppimista. Tällaiset tulokset ovat yhteneväisiä tutkimusten kanssa, joissa mindfulness-taitojen lisääntymisen on havaittu välittävän muutoksia hyvinvoinnissa (esim. Gu ym., 2015; Puolakanaho ym., ks. 3.2). Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että interventioissa kannattaa kiinnittää huomiota harjoittelun jatkamisen tukemiseen sekä yksilöllisten oppimiskokemusten vahvistamiseen. Seurantatapaamiset voisivat tukea oppimisprosessin syventämistä ja MIHA-taitojen juurtumista osaksi jokapäiväistä elämää (esim. Grow, Collins, Harrop & Marlatt, 2015).

Aiemmissa tutkimuksissa sekä yleisestä työhyvinvoinnin kehittymisestä (Mäkikangas, Hyvönen, Leskinen, Kinnunen & Feldt, 2011) että työuupumusinterventioiden muutospoluista (Hätinen ym., 2013) on huomattu, että kehityskulut ovat suhteellisen pysyviä. Myös Muupu-tutkimuksessa havaittiin kuuden kuukauden seurannan aikana muodostettujen profiiliryhmien yleisen ja työhyvinvoinnin kehityksen olevan suhteellisen pysyvää 12 kuukauden seurannassa. Profiileissa, joissa työuupumuksen lasku ja mindfulness-taitojen nousu oli huomattavinta kuuden kuukauden seurannassa, hyvinvointi koheni enemmän sekä töissä että elämässä yleensä myös 12 kuukauden seurannassa. Nämä tulokset antavat viitteitä siitä, että lyhyen aikavälin tuloksien perusteella voidaan ennakoida pitkän aikavälin tuloksia, ja epäsuotuisiin interventiotuloksiin olisi hyvä reagoida heti intervention päätyttyä ja ohjata osallistunutta jatkotuen piiriin. Nämä tulokset puhuvat myös porrastetun kuntoutusmallin puolesta.

Tämän tutkimuksen perusteella varsin suuri osa työikäisistä henkilöistä (arviolta noin 65-85 %), joilla on työuupumusta ja siihen liittyviä psykologisia oireita hyötyisi lyhyestä, kustannustehokkaasta interventiosta. Niille, jotka eivät hyödy lyhyestä interventiosta voitaisiin tarjota muutamia arviointitapaamisia, joissa selvitettäisiin mahdollisia kuntoutustulokseen liittyviä tai vaikuttavia tekijöitä kuten esim. motivaatiota ja tehtäisiin yksilöllinen suunnitelma jatkosta. Esimerkiksi hyväksyntä- ja arvopohjaisissa (HOT/ACT) -interventioissa tällai-

sen arvion tai kartoituksen avulla selvitetään asiakkaan kokonaistilannetta, motivaatiotekijöitä ja muutoksen esteitä (Hayes ym., 2012; Lappalainen ym., 2009). Tällainen psykologinen arviointi (ensimmäisen lyhyen) kuntoutusjakson jälkeen niillä asiakkailta, joilla ei havaita riittävää muutosta, voisi selkeyttää sitä, jatketaanko kuntoutusta ja jos niin miten. Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että työolosuhdetekijöiden lisäksi olisi hyvä kiinnittää huomiota MIHA-taitojen tasoon, niiden muutokseen aikaisemman kuntoutusjakson aikana sekä taitojen harjoittelua ja soveltamista estäviin tekijöihin. Tämän jälkeen MIHA-harjoitteet voisivat aueta uudella tavalla hyödyttämään ja toimia uuden intervention pohjana. Osa ihmisistä tarvitsee myös henkilökohtaista terapeutista tukea.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös todettu, että työuupumus ja masentuneisuus kulkevat usein käsi kädessä (Ahola & Hakanen, 2014). Tässä hankkeessa havaittiin, että muutokset masentuneisuudessa selittivät ainakin osittain hyvinvointimuutoksia. Tulosta vahvasti havainto masentuneisuuden muuntavasta ominaisuudesta, mikä näkyi hyvinvointieron lisääntymisenä interventio- ja verrokkiryhmien välillä. MIHA-interventio näyttää siis vaikuttavan sekä masennusoireisiin että yleiseen hyvinvointiin, ja näillä näyttää olevan yhteys toisiinsa. Onkin esitetty, että toisenlainen näkökulma ajatuksiin ja tunteisiin (mihin MIHA-interventio pyrkii) (Hofmann ym., 2010; Zettle, 2015) näkyy myös esimerkiksi automaattisten ajatusketjujen esiintymisen ja murehtimisen vähenemisenä (Brown, Ryan & Creswell, 2007). Toisin sanoen, MIHA-intervention etuna on, että vaikutukset ovat yleisiä ja laaja-alaisia. MIHA-tyyppisen hoidon tuloksellisuudesta masentuneisuuden hoidossa on saatu näyttöä myös uudessa suomalaisessa, lyhytterapeutista HOT-interventiota hyödyntävässä tutkimuksessa (Kyllönen, Muotka, Puolakanaho, Astikainen & Lappalainen, 2015).

Yksi mielenkiintoisista ja vähän tutkituista asioista on persoonallisuuden ja MIHA-taitojen yhteys. Muupu-tutkimuksessa havaittiin (Lipsanen, 2015), että lisääntyneisiin MIHA-taitoihin (joiden tiedetään olevan läheisesti yhteydessä hyvinvointiin) oli yhteydessä 1) kuuluminen interventiooryhmään, 2) hyvä alkuvaiheen hyväksyntätaitojen taso, sekä 3) avoimuus, 4) ekstravertio ja 5) vähäinen neuroottisuus. Tämän perusteella voitaisiin olettaa, että tekijät 2-5 voisivat ennustaa kuntoutustulosta. Tutkimuksessa huomattiin myös, että hyväksyntätaitojen muutokset selittivät osittain persoonallisuuspiirteistä neuroottisuuden muutoksia ja kokonaan tunnollisuuden sekä ekstroversion muutoksia. Tulosten mukaan MIHA-tyyppinen interventio voi siis vaikuttaa persoonallisuuspiirteitä muuntavasti. Tulokset tukevat hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvia (esim. Blackledge, 2003; Hayes, 2004) näkemyksiä, joiden valossa MIHA-taidot liittyvät keskeisiin hyvinvointia ylläpitäviin mekanismeihin, joiden heijastusvaikutukset ovat laaja-alaisia ja muokkaavat myös persoonallisuuden piirteisiin kuuluvia suhtautumistapoja. Tämänkaltaisia tuloksia on vielä hyvin harvoin esitetty tutkimuskirjallisuudessa, vaikka ne ovat linjassa MIHA-taitoihin liittyvien teoreettisten oletusten kanssa. Sen sijaan tulokset haastavat ajatuksia persoonallisuuden pysyvyydestä ja korostavat kuntoutuksen hyödyllisyyttä.

Useat tämän yhteenvedon osatutkimukset selvittivät osaltaan työolosuhteiden yhteyttä työuupumukseen ja hyvinvointiin. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että MIHA-harjoitukset edistävät työ- ja yleistä hyvinvointia sekä muuntavat myös kokemuksia työolosuhteista (Kuitunen ja Rantala, 2015). Taidot näyttävät myös suojaavan elämän ja työn muutosten aiheuttamilta stressikokemuksilta työelämässä (Trifoglio, 2016). Tämän tutkimuksen osalta työterveyshuollon ja työnantajan kanssa tehty yhteistyö jäi suppeaksi, vaikka siihen tarjottiin mahdollisuus. Siitä huolimatta interventio ja sen vaikutuksesta lisääntyneet MIHA-aidot näyttivät lisäävän työhyvinvointia, mikä ilmeni muun muassa työnkuvan selkeytymisenä sekä vaikutusmahdollisuuksien lisääntymisenä.

Johtopäätökset. Muupu-tutkimuksen tulokset osoittavat että mindfulness-, hyväksyntä- ja arvopohjaisia taitoja lisäävä lyhytkestoinen interventio voi olla tehokas työuupumusta lievittävä sekä työ- ja yleistä hyvinvointia edistävä menetelmä. Lisäksi tämäntyyppinen kahdeksan viikon pituinen yhdistetty ryhmä- ja verkkointerventio voi suojata uusien elämänhaasteiden tuomilta stressivaikutuksilta. Intervention vaikutukset ovat kuitenkin myös yksilöllisiä ja näkyvät erilaisina kehityspolkuina. Kehityspolkujen tarkka tutkiminen ja ymmärtäminen voi auttaa kehittämään entistä vaikuttavampia kuntoutusmalleja. Lisäksi monet yksilölliset piirteet, kuten persoonallisuuden piirteet, masentuneisuus ja interventiota koskevat odotukset, näyttävät vaikuttavan intervention tuloksellisuuteen. Myös harjoittelun omaehtoisella jatkamisella sekä kokemuksilla harjoituselementtien oppimisesta on merkitystä kuntoutuksen vaikuttavuuteen. Tulevaisuuden tutkimuksen selvitettäväksi jää, voidaanko edellä mainittujen yksilöllisten tekijöiden avulla ennustaa kuntoutuksen pitkäaikaistuloksia.

Tämän tutkimuksen tulokset haastavat pohtimaan käytössä olevien kuntoutusmallien toimivuutta. Tulokset viittaavat siihen, että varsin lyhyellä avohoidossa toteutetulla kuntoutusjaksolla voidaan saada merkittäviä vaikutuksia työuupumukseen ja siihen liittyviin psykologisiin oireisiin. Tehokas hyvinvointia edistävä interventio toteutettiin Muupu-ohjelmassa yhdistämällä ryhmätaapaamiseen verkossa oleva psykologinen hyvinvointiohjelma. Verkkointerventio avulla pyrittiin toteuttamaan kuntoutusta myös tapaamisten välillä ja edistämään omatoimista kuntoutumista. Tutkittu interventio oli voimakkaasti painottunut keskeisten psykologisten hyvinvointitaitojen oppimiseen. Samalla interventio tarjosi ikään kuin perustyökalut erilaisten elämänhaasteiden kohtamiseen, mikä heijastui intervention vaikuttavuuden laaja-alaisuutena. Tulosten perusteella työhyvinvoinnin edistämiseksi näyttäisi työolosuhteiden lisäksi olevan tärkeää kiinnittää huomiota henkilökohtaisiin taitoihin, joiden avulla voidaan esimerkiksi sopeutua erilaisiin muutoksiin työelämässä. Muupu-tutkimuksen tulosten perusteella vaikuttaisi siltä, ettei tuloksekas kuntoutus välttämättä edellytä moniammatillista ja laajaa yhteistyötä eri toimijoiden välillä, vaan hyviin tuloksiin voidaan päästä myös kevyemmällä menetelmällä; vähemmän voi siis olla enemmän.

Olellaista olisi tulevaisuudessa selvittää, miten tutkimuksen tulokset pystyttäisiin jalkauttamaan käytännön toimijoiden keskuuteen ja työkaluksi, jolla voitaisiin lievittää, poistaa tai ennaltaehkäistäkin erilaisia psykologisia

pulmia. Olisi tärkeätä tutkia, miten psykologisen tuen palveluja tarjoavat ammattilaiset omaksuvat taitoja ja miten he kykenevät siirtämään taidot asiakkailleen. Teoriat ja tutkimustulokset herättävät myös oletuksen, että mikäli MIHA-taitoja lisäävä interventio kohdennettaisiin koko työyhteisöön, voisivat vaikutukset olla vielä suurempia ja tuottaa merkittäviä muutoksia työoloihin. Tällaisissa tutkimuksissa olisi tärkeätä kuitenkin saada interventioon mukaan koko työryhmä esimiehineen. Työyhteisölle kohdistettu ohjelma todennäköisesti lisäisi myös työn tuottavuutta. Tämä jää tulevaisuuden tutkimuksen selvitettäväksi.

EPILOGI (Maire Laaksonen)

Työterveyshuollon edustajan näkökulma tutkimukseen

Maire Laaksonen

Työterveyshuollon ja fysiatrian erikoislääkäri

Muupu-tutkimuksen asiantuntijalääkäri

Muupu-tutkimuksen kohderyhmään valikoitui valtaosin keski-ikäisiä, hyvin koulutettuja naisia, jotka hakeutuivat tutkimukseen pääosin lehti-ilmoitusten kautta. Tutkimuksen alkuajatukseen kytketty yhteistyö työterveyshuollon ja työpaikan kanssa jäi heikoksi. Vaikka työterveyshuollon nykyisissä linjauksissa työterveysyhteistyö – suunnitelmallinen ja tavoitteellinen yhteistyö asiakasorganisaation kanssa, erityisenä painopisteenä työkyvyn tuki – on keskiössä, käytännössä henkilöasiakas ja usein myös työpaikan esimiehet mieltävät työterveyshuollon roolin sairaanhoitoon ja korjaaviin toimenpiteisiin keskittyvänä. Kuormittumisen kokemus ja uupuminen voi olla merkittävää, mutta henkilö ei halua sairaan leimaa, eikä hakeudu työterveyshuollon palveluihin. Työterveysneuvottelut ovat työterveysyhteistyön käytännön työkalu. Ne kohdistuvat tavallisimmin tilanteisiin, joissa työntekijän työkyvystä on jo menetetty osa ja tarvitaan toimenpiteitä työn muuttamiseen. Tarkastelun kohteena ovat työolosuhteet ja terveydentilan vaatimat muutokset työssä. Työntekijän arvot, asenteet ja persoonallisuus jäävät vähemmälle huomiolle myös neuvottelua edeltävässä selvittelyssä.

Muupu-tutkimuksessa käytetyistä menetelmistä oli kiistaton hyöty erityisesti henkilöille, jotka sitoutuivat ohjattujen harjoitteiden toteuttamiseen. Erityisesti pohdin MIHA-interventioiden arvotyöskentelyn merkitystä psykologisen joustavuuden lisääntymisessä. Tämä näkökulma jää työterveyshuollon työssä usein ”varjoon”, kun keskitytään työolosuhdetekijöiden ja/tai sairauden oireiden selvittämiseen.

Muupu-tutkimuksen tulosten johtopäätös käytännön työterveyshuollon toimijan näkökulmasta on, että nykyisiä menetelmiä käyttäen olemme useimmiten myöhässä työuupumuksen tunnistamisessa. Samalla saatamme menettää otollisen hetken, jolloin työntekijä tunnistaa uupumuksensa ja on valmis hakemaan muutosta.

Mindfulness-työskentely voisi toimia työterveyshuollon työkaluna, vähimmillään niin, että työterveyshuollon ammattilaiset tuntevat menetelmän ja osaavat ohjata asiakkaitaan palvelujen piiriin yhteistyöverkostossaan. Tällä hetkellä työterveyshuollon tehtävä ja rooli terveydenhuollossa ovat muutoksessa ja työterveyshuollon tulevan toiminnan sisältöä on vaikea määritellä.

Yhteiskunnallisen hyödyn kannalta olennaista on, miten kohtaamisissa (työpaikoilla, terveydenhuollossa) tunnistetaan oikea-aikaisesti ne henkilöt, jotka eniten hyötyisivät MIHA-taitojen harjoittelusta. Tällöin työssä ja työyhteisön tasolla tapahtuvien muutosten rinnalla yhtä merkittävänä tulisi tarkastella yksilöllisten tekijöiden vaikutusta työtapaan ja myös kuormittumiseen. Jotta

näin voitaisiin toimia, tarvitaan tietoa, ymmärrystä ja luottamusta niin työpaikan sisällä esimerkiksi esimies-alaiskeskusteluissa kuin työterveyshuollossa ja työterveysyhteistyössä. Samoin esimerkiksi unihäiriöiden tai koetun kuormituksen selvittämiseen tarvitaan uusia toimintatapoja.

Varhainen puuttuminen työkykyasioissa on kannattavaa, ja se on todettu työeläkelaitosten tekemissä tutkimuksissa. Karkeasti voi arvioida, että Muupu-tutkimuksen mallin mukainen ryhmäharjoittelu on kannattavaa, jos sillä estetään yksikin pitkä sairauspoissaolo, pysyvästä työkyvyttömyydestä puhumattakaan.

SUMMARY

Introduction. In contemporary work environments, the promotion and maintenance of well-being is becoming increasingly important for employees to be able to meet the requirements of their jobs. *Burnout* is a prolonged work-related state of ill-being characterized by exhaustion, cynicism and reduced professional efficacy (Maslach et al., 1996; Näätänen et al., 2003). In Finland, 2.5% of employees suffer from severe burnout and as many as 25% experience mild burnout (Honkonen et al., 2007). Burnout symptoms are associated with individual health problems, decreased job performance and high societal costs (e.g., sick-leave payments). Therefore, effective treatment methods are needed. In recent years, *mindfulness-, acceptance- and value-based (MAV) methods* have been used to reduce burnout and to increase well-being. Due to being a relatively new area of study, there is limited knowledge of the effectiveness, processes and mechanisms of change of MAV methods in the work context. This report presents findings from the research project entitled “*The Effectiveness of Mindfulness Practices in the Recovery of Burnout (Muupu)*.” The aim of this research project was to investigate effectiveness of an 8-week MAV program in reducing burnout and promoting well-being. In addition, individual outcome profiles and mechanisms of change were investigated. The study was funded by the Finnish Social Insurance Institution (Kela).

Mindfulness and acceptance processes refer to the awareness that emerges through focusing fully on the present moment and observing it nonjudgmentally (Baer, 2003; Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 2003). These processes also include being willing to experience both unpleasant and pleasant internal and external internal events without avoidance. These ideas have been further developed among acceptance and commitment therapy (ACT) approach, which states that in addition to mindfulness and acceptance skills, the effective therapeutic process should also include clarification of personal values and value-based actions (Flaxman, Bond, & Livheim, 2013; Hayes, 2004; Lappalainen et al., 2009). The interventions utilizing MAV practices can help to function more flexibly in different situations, by reducing the power of one’s own evaluative thoughts, emotions, and attitudes (Hayes, 2004). Value-based actions are considered to be important in making lasting changes in one’s life by providing strong motivational base for facing challenging situations and changing one’s inner and outer life - if needed.

Nowadays, there exist a variety of programs (see e.g., Keng, Smoski, & Robins, 2011) that use MAV practices to achieve positive changes in health and well-being. Theoretical accounts suggest that MAV-based skills reflect one’s core mental orientation toward inner and outer events, which, in turn, influences one’s experiences of well-being and life in general (e.g., Baer, 2003; Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 2003). Because of this process, MAV interventions are likely to have broad effects on participant’s life experiences. Therefore, changes in MAV skills are expected to be closely linked to changes in a variety of subjec-

tive well-being indicators, such as psychological symptoms, life satisfaction, and stress. Finally, a similar pattern of increased well-being and decreased ill-being will probably occur also in the work context (e.g., Bond et al., 2008; Hayes et al., 2012). In the work context, good MAV skills have been associated with better job performance and goal-related actions, as well as improved physical and psychological health (e.g., Flaxman et al., 2013; Glomb et al., 2011; Hayes, Bond, et al., 2006).

Participants. The participants were recruited via local newspapers, webpage announcements, and from employee health care units. The following inclusion criteria were used: 25–60 years of age, currently employed, having the possibility to access the Internet daily, and burnout scores equal to or above the 75th percentile for their age group as measured by the BBI-15 (Näätänen et al., 2003). Individuals were excluded from the study if they had severe mental illness (e.g., severe depression, bipolar disorder or psychosis, drug or alcohol abuse), a somatic or other (medical) condition that hindered program attendance, were currently undergoing psychotherapeutic treatment, or had experienced major medical changes during the four months prior to the study.

Randomization. In total, 331 applicants were initially enrolled in the study. All applicants were interviewed via telephone to evaluate whether they fulfilled the inclusion criteria. Following the interviews, 218 participants were determined to be eligible, and they were randomized to two groups, i.e. intervention ($n = 109$; MAV) and treatment-as-usual group (control condition; $n = 109$; TAU). The mean age of the participants was 46.9 years ($SD = 8.3$), and most of them were female (79%). Sixty-five percent had either a polytechnic or university degree. There were also two pilot groups, whose participants completed the same MAV intervention program prior to the main study (but who did not go through the randomization procedure) ($n = 24$) and their matched controls ($n = 24$) whose data was also utilized in the analyses.

Intervention. The current intervention program combined elements from traditional mindfulness programs and ACT-based practices, and therefore included mindfulness-, acceptance-, and value-based elements. The eight-week intervention consisted of weekly 2-hour face-to-face small-group sessions and daily web-based home practices.

Measures. The results were based on multiple scales (presented in Table 2, p. 24). All of the assessments were conducted using a net-questionnaire technique. The personal link for the questionnaire was delivered via e-mail a week before the beginning of the intervention (premeasurement), immediately after the intervention (post), and at 6 and 12 months' follow-up phases after the beginning of the study (f-up6 and f-up12).

Results and Discussion. This summary gives an overview of the most important results of the studies conducted during the Muupu research project. The following overview of the results and discussion is based on the four research manuscripts and eight master's theses that are derived from the data of Muupu research. Recent studies have shown that burnout is associated with a lack of mindfulness and acceptance skills (Khoury et al., 2015). Vilardaga et al.

(2011) investigated the connections between MAV skills, worksite factors, and burnout, and their findings suggested that MAV skills could have a stronger and more consistent relationship with burnout than worksite factors. In addition, empirical studies have found a close relationship between well-being in life and work life (Reichl, et al., 2014). The goal of the study by Puolakanaho et al. (2015) was to extend the previous findings by investigating the associations between MAV skills and burnout-related ill-being at work (ILLB) by controlling not only worksite factors, but also well-being in life. The results of this study were in line with the findings of Vilardaga et al. (2011) and suggested even more strongly that a lack of MAV skills had a strong and unique association with ILLB, even after controlling for worksite factors and subjective well-being in life. However, in line with previous studies (e.g., Alarcon, 2011; Maslach & Leiter, 2008), worksite factors, such as clarity of the job, fairness in the workplace, and workload, were also found to be connected to ILLB. In addition, the findings of this study supported the theoretical views of MAV skills (e.g., Bond et al., 2008; Hayes, 2004): they can reflect one's core orientation towards inner and outer events, which can have a significant influence on well-being experiences.

Based on previous studies of the effectiveness of MAV interventions (e.g., Bond et al., 2008; Khoury et al., 2013, 2015; Van Dam et al., 2014), it was expected that the intervention group would show more positive changes in MAV skills and burnout-related outcome factors. The group-level results of our study (Puolakanaho et al., 2016) confirmed these expectations and showed that the MAV intervention was more effective than TAU. The intervention had significant, constant, and broad effects on a variety of scales representing MAV skills, ill-being at work, subjective well-being, and psychological symptoms. Mediation analyses showed that the changes in outcome measures were explained by changes in MAV skills. This study supports the view that MAV skills are important as core skills affecting experienced well-being both at work and in life in general. The most significant changes occurred during the 8-week intervention period, and the positive gains were sustained on most of the scales during the one-year follow-up period. The positive changes were first noticeable in terms of decreased stress, increased MAV skills, and psychological well-being, rather than in reduction of burnout symptoms. However, the results of the present study indicate, more strongly than the earlier studies (e.g., Khoury et al., 2015; Lloyd et al., 2013), that burnout can be reduced with the help of MAV interventions.

The effects of an 8-week mindfulness intervention on experienced work conditions, such as job clarity, job satisfaction, workload, and job control, were also explored as a part of this report (Trifoglio, 2016). Both study groups experienced work conditions in a more positive way after premeasurement; however, positive changes in the intervention group were significantly greater than in the control group. These results further support the notion of the broad effects of MAV interventions on the way that people perceive life in general and in work context (see e.g. Hayes, 2004). Furthermore, changes in work or life situation

had different effects in the two groups. The results suggest that their improved MAV skills protected participants from the effects of difficult or stressful events and life changes. Mindfulness may contribute to emotional balance by helping to recognize unhelpful thoughts and behaviors and find new, creative ways in challenging life situations (Brown & Ryan, 2003; Fortney et al., 2013). Hence, through mindfulness practices difficult changes in life can be confronted and experienced in a less stressful way. In addition, it has been suggested that well-being at work is likely to directly contribute to the well-being on other life domains (Reichl et al., 2014); the MAV group, who experienced their work conditions in a more positive way, therefore perceived non-work areas in their lives more positively as well.

Earlier studies found different trajectories for the development of burnout and mindfulness during interventions (e.g., Hättinen et al., 2009, 2013; Kiken et al., 2015). The Muupu research project aimed to widen the understanding of intervention effects by identifying different profiles among the intervention participants based on both their burnout levels and mindfulness skills (Kinnunen et al., 2016a). The results revealed six distinctive profiles in which the level, magnitude, and stability of the changes differed. The majority of the profiles showed beneficial changes in terms of reduction in burnout (Profiles 1, 3, 5, and 6; 60% of the participants) and improvement of mindfulness skills (Profiles 1, 2, 3, 5, and 6; 89% of the participants). These findings were in accordance with previous studies of the effectiveness of MAV interventions for burnout (e.g., Regehr et al., 2014; Roeser et al., 2013).

Profiles were compared based on intervention-related practices to better understand the differences in outcomes. There was no difference in practice quantity or frequency between the profiles during the intervention, as could have been expected in the light of the earlier findings (e.g. Carmody & Baer, 2008; Forman et al., 2012). However, the profiles differed in terms of continuation of practice and learning experiences, in that the changes in intervention were more beneficial in the profiles that continued the MAV practices after the intervention ended and experienced more learning of MAV skills during the intervention. Because the continuation of practices appears to be important for lasting changes, it is essential to find means to encourage intervention participants to continue their practices after the intervention. This could be achieved by adding follow-up sessions to the programs (Grow et al., 2015). Furthermore, the learning process could be followed during the intervention to detect those who struggle with learning the new skills early enough to be able to offer additional support to them. The well-being development of the profiles also supported the notion of wide-ranging effects resulting from MAV interventions (see e.g., Puolakanaho et al., 2016), since the profiles that had the most beneficial changes in terms of burnout levels and mindfulness skills at the 6-month follow-up, were also the profiles with the most beneficial changes in both general work well-being and well-being in life by the 12-month follow-up. Thus, the short-term results also indicate longer-term results, meaning the intervention effects could be accurately evaluated right after the final session.

The association between burnout and depression is well documented (see e.g., Ahola & Hakanen, 2014), but they are rarely studied together in the context of MAV based interventions. As a part of current report, Kettunen and Tarkiainen (2015) explored the mediating and moderating effects of depression on well-being during the MAV intervention for burnout. Theoretical accounts based on ACT suggest that depression can be influenced through processes of psychological flexibility (Hofmann et al., 2010; Zettle, 2015). Through these processes, emotional and cognitive changes are produced by, for example, reducing the believability of depressive thoughts (Zettle et al., 2011). Kettunen and Tarkiainen (2015) showed that changes in the MAV group's well-being increased more than the well-being of the TAU group. In addition, changes in depression partly explained (mediated) changes in well-being. The level of depression also moderated further development of well-being: decreased depression produced larger well-being in the follow-up phases. A mindful stance may lead to viewing feelings as "just feelings" and thoughts as "just thoughts," which may translate into various beneficial psychological outcomes through reduced automatic thought patterns, rumination, and psychological rigidity (Brown et al., 2007). In line with these results, a recent Finnish study (Kyllönen et al., 2015) showed that a brief ACT program was effective in the treatment of clinical depression.

There exist correlational studies of the relationship between personality and MAV skills (Giluk, 2009). In this report, in the study by Lipsanen (2015), the associative changes between personality traits and MAV skills during the Muupu study were explored. As expected the mindfulness-acceptance skills increased more in the MAV group than in the TAU group. Increased MAV skills during the study were explained by group membership (belonging to intervention group), initial skill level, extraversion, and lack of neurotic features. In addition, neuroticism decreased significantly more in the intervention group, and extraversion and conscientiousness increased in the intervention group. The change in MAV skills fully explained the further changes in extraversion and conscientiousness, and partially explained the changes in neuroticism. According to these results, MAV interventions can cause significant changes even in personality traits. Moreover, personality may affect one's MAV related skills, but the intervention may modify the effects of the personality. The results are in line with expectations based on theoretical views of MAV skills (e.g. Hayes, 2004). However, they are challenging the dominant view of the relative stability of personality features (McCrae & Costa, 2003).

Many studies derived from Muupu research and in the current report draw some connections between work conditions and work burnout or well-being. In the light of these studies it seems that work conditions, such as clarity of the job, fairness in the workplace, and workload, are also connected to ILLB (Puolakanaho et al., 2015; Trifoglio, 2016). In addition, MAV practices have effects on perception of work conditions (e.g., Kuitunen, & Rantala, 2015) and MAV skills also seem to protect from the effects of challenging life changes (Trifoglio, 2016). Only around one out of four participants sought professional help

and around half reported receiving some support from their employers or health care professionals during the study year (Puolakanaho et al., 2016). In addition, only a small number of employers or health care professionals took part in the informative meetings or answered the questionnaires aiming to collect information on the well-being of the intervention participants. Thus, although employees recognize their burnout, it is still difficult to seek and also receive help for this condition.

Conclusions. The results of the Muupu research project suggest that MAV processes have broad and long-lasting effects on individuals' well-being and programs utilizing these elements may offer effective treatment for burnout and job-related stress. In addition, these studies support arguments regarding the importance of MAV skills as core skills affecting the well-being experienced both at work and in life in general. Participation in MAV intervention was also associated with increased satisfaction with experienced work conditions. Moreover, the results suggest that MAV skills can protect individuals from stress-related outcomes resulting from challenging events in life and work. However, there exist individual paths in learning these skills and enhancing one's well-being. Many individual features, such as personality traits and depression, may affect the results of the intervention. Furthermore, continuation of the MAV practices appears to be important for ensuring lasting positive changes, and because of this, it is essential to find means to encourage intervention participants to continue to use practices after the intervention period.

Thus, the current report shows that the novel eight-week MAV-based intervention program, administered outside the institutional health care system, is effective in alleviating burnout related ill-being. The results challenge current models of burnout treatment and suggest that in many cases, short interventions can be effective treatment methods for many symptoms. This, in turn, can decrease the need for long-term, expensive indoor rehabilitation options. It would be important to examine how the current intervention model could be applied in the clinical practice and how MIHA related skills can be transferred to professionals and their customers. An interesting venue for prospective future research would be to study the effects of MAV interventions on a broader organizational level to understand if and how the changes in an individual's perception of themselves, as well as their work conditions, affects the productivity of their work, as both theoretical views and preliminary results suggest would be the case.

LÄHTEET

- Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 649–661.
- Ahola, K. & Hakanen, J. (2014). Burnout and health. Teoksessa M. P. Leiter, A. B. Bakker & C. Maslach (toim.), *Burnout at work – A psychological perspective*. New York: Psychology Press, 10–31.
- Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Kivimäki, M., Isometsä, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2007). Interventions in relation to occupational burnout: The population-based Health 2000 Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49, 943–952.
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Huuhtanen, P., Koskinen, A. & Väänänen, A. (2009). Occupational burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *Journal of Affective Disorders*, 115, 150–159.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J. & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23, 244–263.
- Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 549–562.
- Ardelt, M. (2000). Still stable after all these years? Personality stability theory revisited. *Social Psychology Quarterly*, 63, 392–405.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J. & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30–36.
- Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. (2014). GAS-menetelmä. Helsinki: Kela. Saatavana <http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_10051, 8>
- Awa, W. L., Plaumann, M. & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184–190.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309–328.
- Bakker, A., Van Der Zee, K., Lewig, K. & Dollard, M. (2006). The relationship between the Big Five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146, 31–50.
- Barber, J. P., Zilcha-Mano, S., Gallop, R., Barrett, M., McCarthy, K. S. & Dinger, U. (2014). The associations among improvement and alliance expectations,

- alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychotherapy Research*, 24, 257–268.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71–83.
- Blackledge, J. T. (2003). An introduction to relational frame theory: Basics and applications. *The Behavior Analyst Today*, 3, 421–433.
- Bond, F. W., Flaxman, P. E. & Bunce, D. (2008). The influence of psychological flexibility on work redesign: Mediated moderation of a work reorganization intervention. *Journal of Applied Psychology*, 93, 645–654.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676–688.
- Bond, F. W., Hayes, S. C. & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26, 25–54.
- Brewer, E. W. & Shapard, L. (2004). Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review*, 3, 102–123.
- Bria, M., Băban, A. & Dumitrașcu, D. L. (2012). Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 16, 423–452.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211–237.
- Carmody, J. & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23–33.
- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E. L. B. & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 613–626.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 593–600.
- Christopher, M. S. & Gilbert, B. D. (2010). Incremental validity of components of mindfulness in the prediction of satisfaction with life and depression. *Current Psychology*, 29, 10–23.
- Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). *American Psychologist*, 45, 1304–1312.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.

- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396.
- Constantino, M., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M. & Smith, J. A. (2011). Expectations. Teoksessa J. C. Norcross (toim.), *Psychotherapy relationships that work* (2. painos). Oxford: Oxford University Press, 354–376.
- Dane, E. (2011). Paying attention to mindfulness and its effects on task performance in the workplace. *Journal of Management*, 37, 997–1018.
- Daniel, T. & Kostic, B. (2015). RStats effect size calculator. Springfield: RStats Institute. Saatavana <<http://www.missouristate.edu/rstats/Tables-and-Calculators.htm>>
- De Jong, P. F. & van der Leij, A. (1999). Specific contributions of phonological abilities to early reading acquisition: Results from a Dutch latent variable longitudinal study. *Journal of Educational Psychology*, 91, 450–476.
- De Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T. & Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: A randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Medical Education*, 13, 107–118.
- Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A. J. & Masoura, E. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work & Stress*, 28, 107–123.
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981–989.
- Eberth, J. & Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness*, 3, 174–189.
- Elo, A.-L., Dallner M. & Gamperale F. (2001). *QPSNordic-käsikirja. Pohjoismainen työn psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden yleiskysely*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Elo, A.-L., Leppänen, A., Lindström, K. & Ropponen, T. (2012). *TSK - Miten käytät Työstressikyselyä*. Tampere: Työterveyslaitos.
- European Agency for Safety and Health at Work (2013). *European opinion poll on occupational safety and health*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
- Flaxman, P. E., Bond, F. W. & Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee: An acceptance and commitment therapy training manual for improving well-being and performance*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Forman, E. M., Chapman, J. E., Herbert, J. D., Goetter, E. M., Yuen, E. K. & Moitra, E. (2012). Using session-by-session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 43, 341–354.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772–799.

- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A. & Rakel, D. (2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: A pilot study. *Annals of Family Medicine, 11*, 412-420.
- Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences, 47*, 805-811.
- Glomb, T. M., Duffy, M. K., Bono, J. E. & Yang, T. (2011). Mindfulness at work. *Research in Personnel and Human Resources Management, 30*, 115-157.
- Goodman, M. J. & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 43*, 119-128.
- Grow, J. C., Collins, S. E., Harrop, E. N. & Marlatt, G. A. (2015). Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive Behaviors, 40*, 16-20.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R. & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review, 37*, 1-12.
- Hakio, T. & Savolainen, H. (2015). *Values clarification work in a mindfulness- and acceptance-based intervention*. Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavana suomeksi <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201602091506>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.
- Hayes, S. C., Bond, F. W., Barnes-Holmes, D. & Austin, J. (toim.) (2006). *Acceptance and mindfulness at work: Applying acceptance and commitment therapy and relational frame theory to organizational behavior management*. New York: Haworth.
- Hayes, S. C., Bunting, K., Herbst, S., Bond, F. W. & Barnes-Holmes, D. (2006). Expanding the scope of organizational behavior management: Relational frame theory and the experimental analysis of complex human behavior. *Journal of Organizational Behavior Management, 26*, 1-23.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25.
- Hayes, S. C., Pistorello, J. & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40*, 976-1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 161-165.

- Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M. O. (2011). Masennuksen monet ulottuvuudet. Teoksessa T. Heiskanen, M. O. Huttunen & J. Tuulari (toim.), *Masennus*. Helsinki: Duodecim, 7–16.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50, 337–421.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169–183.
- Holi, M. M., Sammallahti, P. R. & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42–46.
- Hollon, S. D. & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383–395.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., ... & Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 59–66.
- Howell, A. J., Digdon, N. L. & Buro, K. (2010). Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 419–424.
- Hätinen, M. (2008). *Treating job burnout in employee rehabilitation: Changes in symptoms, antecedents, and consequences*. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social research, 348.
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Mäkikangas, A., Kalimo, R., Tolvanen, A. & Pekkonen, M. (2009). Burnout during a long-term rehabilitation: Comparing low burnout, high burnout-benefited, and high burnout-not benefited trajectories. *Anxiety, Stress & Coping*, 22, 341–360.
- Hätinen, M., Mäkikangas, A., Kinnunen, U. & Pekkonen, M. (2013). Recovery from burnout during a one-year rehabilitation intervention with six-month follow-up: Associations with coping strategies. *International Journal of Stress Management*, 20, 364–390.
- Ilmarinen, J. (2009). Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35, 1–5.
- Isometsä, E. (2011). Masennushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (9. painos). Helsinki: Duodecim, 154–193.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I. & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 11–21.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Keng, S. L., Smoski, M. J. & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041–1056.
- Kettunen, A. & Tarkiainen, J. (2015). *The change of well-being: Mediator and moderator effects of depression in Muupu-intervention*. Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavana suomeksi <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-201602091507>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121–140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V. ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763–771.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E. & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 519–528.
- Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S. & Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 81, 41–46.
- Kinnunen, S. M., Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Mäkikangas, A. & Lappalainen, R. (2016a). Emerging profiles of burnout and mindfulness skills in mindfulness-, acceptance-, and value-based intervention for burnout. Käsikirjoitus lähetetty arvioitavaksi.
- Kinnunen, S. M., Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Mäkikangas, A. & Lappalainen, R. (2016b). Individual intervention outcomes predict general and work well-being during one-year follow-up after short mindfulness-, acceptance- and value-based intervention for burnout. Käsikirjoitus.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763–771.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E. & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 519–528.
- Kokko, K., Korkalainen, A., Lyyra, A. & Feldt, T. (2013). Structure and continuity of well-being in mid-adulthood: A longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*, 14, 99–114.
- Konstabel, K., Lönnqvist, J. E., Walkowitz, G., Konstabel, K. & Verkasalo, M. (2012). The 'Short Five' (S5): Measuring personality traits using comprehensive single items. *European Journal of Personality*, 26, 13–29.
- Kortelainen, R. & Yltiö, N. (2015). *Muupu-tutkimuksen satunnaiskoekasetelman toteutuminen, koeryhmien väliset erot sekä tutkimuksesta poisjääminen*.

- Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavana suomeksi
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-201602091509>
- Kuitunen, M. & Rantala, M. (2015). *Mindfulness, acceptance and value-based intervention for burnout – Mediational roles of learning the elements of the intervention on outcomes*. Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavana suomeksi
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-201602091515>
- Kyllönen, H. M., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P. & Lappalainen, R. (2015). Structured brief acceptance and commitment therapy is effective for ICD-10 depressive episodes: one-year follow-up. *Käsikirjoitus lähetetty arvioitavaksi*.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K., ... & McCarry, S. (2009). *Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä*. Tampere: Suomen Käyttätymistieteellinen Tutkimuslaitos, Hoitomenetelmien julkaisuja 8.1.
- Lee, J., Lim, N., Yang, E. & Lee, S. M. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 252–258.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. *Research in Occupational Stress and Well-Being*, 3, 91–134.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (2014). Interventions to prevent and alleviate burnout. Teoksessa M. P. Leiter, A. B. Bakker & C. Maslach (toim.), *Burnout at work – A psychological perspective*. New York: Psychology Press, 145–167.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K. & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 58–69.
- Lim, N., Kim, E. K., Kim, H., Yang, E. & Lee, S. M. (2010). Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: A meta-analysis. *Journal of Employment Counseling*, 47, 86–96.
- Lipsanen, R. (2015). *The changing relationship between personality traits and acceptance skills master*. Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavana suomeksi
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-201602091518>
- Lloyd, J., Bond, F. W. & Flaxman, P. E. (2013). The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work & Stress*, 27, 181–199.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335–343.

- Lundgren, T., Dahl, J. & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 225–235.
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach Burnout Inventory manual* (3. painos.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology, 93*, 498–512.
- Mason, O. & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology, 74*, 197–212.
- McCracken, L. M. & Yang, S. (2008). A contextual cognitive-behavioral analysis of rehabilitation workers' health and well-being: Influences of acceptance, mindfulness, and values-based action. *Rehabilitation Psychology, 53*, 479–485.
- McCrae, R. & Costa, P. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. New York: Guilford.
- Mikkilä, E. (2015). *Työuupuneiden henkilökohtaiset tavoitteet Muupu-tutkimuksessa*. Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavana suomeksi <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201602091519>
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M. & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 39*, 341–352.
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (1998–2012). *Mplus user's guide* (7. painos). Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Mäkikangas, A., Hyvönen, K., Leskinen, E., Kinnunen, U. & Feldt, T. (2011). A person-centred approach to investigate the development trajectories of job-related affective well-being: A 10-year follow-up study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 84*, 327–346.
- Mäkinen, K. (2015). *Intervention vaikuttavuutta koskevat odotukset ja hyvinvoinnin muutokset tietoisuustaitopohjaisessa työuupumusinterventiossa*. Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavana suomeksi urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201601051025
- Näätänen P., Aro, A., Matthiesen, S. & Salmela-Aro, K. (2003). *Bergen Burnout Indicator 15*. Helsinki: Edita.
- Piedmont, R. (2001). Cracking the plaster cast: Big Five personality change during intensive outpatient counseling. *Journal of Research in Personality, 35*, 500–520.
- Plumb, J. C., Stewart, I., Dahl, J. & Lundgren, T. (2009). In search of meaning: Values in modern clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst, 32*, 85–103.
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 3*, 879–891.

- Pulkkinen, L., Feldt, T. & Kokko, K. (2005). Personality in young adulthood and functioning in middle age. Teoksessa S. Willis & M. Martin (toim.), *Middle adulthood: A lifespan perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage, 99–141.
- Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Kinnunen, S. M. & Lappalainen, R. (2015). Burnout-related ill-being at work: Associations with mindfulness and acceptance skills, worksite factors, and experienced well-being in life. Käsikirjoitus lähetetty arvioitavaksi.
- Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Kinnunen, S. M. & Lappalainen, R. (2016). Mindfulness-, acceptance-, and value-based skills mediate multiple outcomes in burnout intervention: Randomized controlled trial. Käsikirjoitus lähetetty arvioitavaksi.
- Purvanova, R. K. & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 168–185.
- Rautio, M. & Michelsen, T. (2013). *TKI – Miten käytät Työkykyindeksi® -kyselyä*. Tampere: Työterveyslaitos.
- Regehr, C., Glancy, D., Pitts, A. & LeBlanc, V. R. (2014). Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: A review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 353–359.
- Reichl, C., Leiter, M. P. & Spinath, F. M. (2014). Work–nonwork conflict and burnout: A meta-analysis. *Human Relations*, 67, 979–1005.
- Roeser, R. W., Schonert-Reichel, K. A., Jha, A., Cullen, M., Wallace, L., Wilensky, R., ... & Harrison, J. (2013). Mindfulness training and reductions in teacher stress and burnout: Results from two randomized, waitlist-control field trials. *Journal of Educational Psychology*, 105, 787–804.
- 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.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Salmela-Aro, K. (2010). Henkilökohtaiset tavoitteet elämänsäkulussa. Teoksessa R.-L. Metsäpelto & T. Feldt (toim.), *Meitä on moneksi*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 129–143.
- Salmela-Aro, K. & Nurmi, J.-E. (2002). Henkilökohtaiset tavoitteet ja hyvinvointi. Teoksessa K. Salmela-Aro & J.-E. Nurmi (toim.), *Mikä meitä liikuttaa. Modernin motivaatiopsykologian perusteet*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 28–39.
- Salmela-Aro, K., Pennanen, R. & Nurmi, J.-E. (2001). Self-focused goals: What they are, how they function, and how they relate to well-being. Teoksessa P. Schmuk & K. M. Sheldon (toim.), *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving*. Göttingen: Hogrefe & Huber, 148–166.
- Salokangas, R. K. R., Poutanen, O. & Stengård, E. (1995). Screening for depression in primary care: Development and validation of the Depression Scale, a screening instrument for depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 10–16.

- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International*, 14, 204–220.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, 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.
- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 18, 481–494.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to prevent relapse*. New York: Guildford.
- Semmer, N. K., Tschan, F., Meier, L. L., Facchin, S. & Jacobshagen, N. (2010). Illegitimate tasks and counterproductive work behavior. *Applied Psychology*, 59, 70–96.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.
- Sipponen, J., Salmelainen, U. & Syrjäsuo, S. (2011). *Työkyvyn alenemisen varhainen tunnistaminen työterveyshuollossa*. TOIMIA/Työikäisten toimintakyky-asiantuntijaryhmä: Saatavana http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/tth_suositus_11_01_26.pdf
- Snippe, E., Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Sanderman, R., Emmelkamp, P. M. & Fleer, J. (2015). Patients' outcome expectations matter in psychological interventions for patients with diabetes and comorbid depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 307–317.
- Sprengle, D.H., & Blow, A.J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113–129.
- Sterba, S. K. (2013). Understanding linkages among mixture models. *Multivariate Behavioral Research*, 48, 775–815.
- Taris, T. W. (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work & Stress*, 20, 316–334.
- Thomas, L.M. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy*, 28, 201–210.
- Thomas, J. T. (2012). Does personal distress mediate the effect of mindfulness on professional quality of life? *Advances in Social Work*, 13, 561–585.
- Toppinen-Tanner, S., Kalimo, R., & Mutanen, P. (2002). The process of burnout in white-collar and blue-collar jobs: Eight-year prospective study of exhaustion. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 555–570.
- Trifoglio, V. (2016). *Effects of a mindfulness-based intervention on experienced job characteristics: Comparing the intervention group and the control group*. Psykologian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavana suomeksi <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201602111545>

- Van Dam, N. T., Hobkirk, A. L., Sheppard, S. C., Aviles-Andrews, R., & Earleywine, M. (2014). How does mindfulness reduce anxiety, depression, and stress? An exploratory examination of change processes in wait-list controlled mindfulness meditation training. *Mindfulness, 5*, 574–588.
- Vettese, L. C., Toneatto, T., Stea, J. N., Nguyen, L. & Wang, J. J. (2009). Do mindfulness meditation participants do their homework? And does it make a difference? A review of the empirical evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*, 198–225.
- Villardaga, R., Luoma, J. B., Hayes, S. C., Pistorello, J., Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., ... & Bond, F. (2011). Burnout among the addiction counseling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and worksite factors. *Journal of Substance Abuse Treatment, 40*, 323–335.
- Virgili, M. (2013). Mindfulness-based interventions reduce psychological distress in working adults: A meta-analysis of intervention studies. *Mindfulness, 6*, 326–337.
- 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.
- Williams, M. & Penman, D. (2014). *Tietoinen läsnäolo – löydä rauha kiireen keskellä*. Helsinki: Basam Books.
- Wilson, K., Sandoz, E. K., Flynn, M. K., Slater, R. M. & DuFrene, T. (2010). Understanding, assessing, and treating values processes in mindfulness- and acceptance-based therapies. Teoksessa R. A. Baer (toim.), *Assessing Mindfulness & Acceptance Processes in Clients*. Oakland, CA: New Harbinger, 77–106.
- Wyatt, C., Harper, B. & Weatherhead, S. (2014). The experience of group mindfulness-based interventions for individuals with mental health difficulties: A meta-synthesis. *Psychotherapy Research, 24*, 214–228.
- You, X., Huang, J., Wang, Y. & Bao, X. (2015). Relationships between individual-level factors and burnout: A meta-analysis of Chinese participants. *Personality and Individual Differences, 74*, 139–145.
- Zettle, R. D. (2015). Acceptance and commitment therapy for depression. *Current Opinion in Psychology, 2*, 65–69.
- Zettle, R. D. & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior, 4*, 30–38.
- Zettle, R. D., Rains, J. C. & Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification, 35*, 265–283.

LIITE 1 JOCHA-KYSELY

Job Characteristics (JOCHA) -kysely on muodostettu yhdistämällä QPSNordic-kyselyn (QPS) ja Työstressikyselyn (TSK) tietoa faktorianalyysin avulla. Alla esitellään JOCHA-kyselyn neljä faktoria sekä niiden sisältämät osiot ja kunkin osion lataukset faktorilleen alkukyselyssä.

JOCHA 1 - Työn selkeys ($\alpha = 0,89$)

| Nro | Kysely | Osio | Lataus |
|-----|--------|---|--------|
| 1 | TSK | Saatko keskenään ristiriitaisia määräyksiä kahdelta tai useammalta henkilöltä? | 0,47 |
| 2 | TSK | Liikkuuko työpaikallasi muutoksia koskevia huhuja? | 0,42 |
| 3 | TSK | Minkälaiset ovat työtovereiden välit työpaikallasi? | 0,46 |
| 4 | TSK | Saatko tarvitessasi tukea ja apua työtovereiltasi? | 0,29 |
| 5 | TSK | Arvostetaanko työtäsi työyhteisössäsi? | 0,43 |
| 6 | TSK | Työpaikkasi ilmapiiri on jännittynyt, kilpaileva ja omaa etua tavoitteleva. | 0,63 |
| 7 | TSK | Työpaikkasi ilmapiiri on kannustava ja uusia ideoita tukeva. | 0,65 |
| 8 | TSK | Onko työnjako työyksikössäsi oikeudenmukainen? | 0,55 |
| 9 | TSK | Miten esimiehesi kohtelee työntekijöitä? | 0,61 |
| 10 | TSK | Saatko tarvittaessa tukea ja apua esimieheltäsi? | 0,55 |
| 11 | TSK | Ottaako esimiehesi mielipiteesi huomioon työtäsi koskevissa asioissa? | 0,58 |
| 12 | TSK | Saatko riittävän selkeät ohjeet työtäsi varten? | 0,54 |
| 13 | TSK | Työpaikallani päätökset tehdään oikean tiedon perusteella? | 0,72 |
| 14 | TSK | Tehdyt päätökset ovat työpaikallani olleet johdonmukaisia (säännöt ovat kaikille samat). | 0,81 |
| 15 | TSK | Onko tiedonkulku työyksikössäsi riittävää? | 0,72 |
| 16 | TSK | Keskustellaanko työpaikallasi yhteisesti työtehtävistä, tavoitteista ja niiden saavuttamisesta? | 0,69 |
| 17 | TSK | Onko työlläsi selkeät tavoitteet? | 0,52 |

JOCHA 2 - Työtyytyväisyys ($\alpha = 0,81$)

| Nro | Kysely | Osio | Lataus |
|-----|--------|--|--------|
| 1 | QPS | Oletko tyytyväinen tekemäsi työn laatuun? | 0,41 |
| 2 | QPS | Oletko tyytyväinen suorittamasi työn määrään? | 0,50 |
| 3 | QPS | Oletko tyytyväinen kykyysi ratkaista ongelmia työssäsi? | 0,51 |
| 4 | QPS | Oletko tyytyväinen kykyysi ylläpitää hyviä suhteita työtovereihin työssä? | 0,34 |
| 6 | TSK | Voitko työssäsi tuntee saavasi todella jotain aikaan? | 0,65 |
| 7 | TSK | Pidätkö työtäsi tärkeänä ja merkittävänä? | 0,64 |
| 8 | TSK | Kuinka usein joudut työssäsi tilanteisiin, jotka herättävät sinussa kielteisiä tunteita kuten suuttumusta, vihaa, pelkoa tai häpeää? | 0,36 |
| 9 | TSK | Olen innostunut työstäni. | 0,69 |
| 10 | TSK | Tunnen itseni vahvaksi ja tarmokkaaksi työssäni. | 0,70 |
| 11 | TSK | Minkälainen on terveydentilasi ikäisiisi verrattuna? | 0,31 |
| 12 | TSK | Kuinka tyytyväinen olet nykyiseen työhösi? | 0,58 |
| 13 | TSK | Kuinka tyytyväinen olet elämäsi nykyisiin? | 0,44 |

JOCHA 3 - Työn rasittavuus ($\alpha = 0,83$)

| Nro | Kysely | Osio | Lataus |
|-----|--------|--|--------|
| 1 | QPS | Jakautuuko työmääräsi epätasaisesti niin, että työt ruuhkautuvat? | 0,73 |
| 2 | QPS | Täytyykö sinun tehdä ylityötä? | 0,63 |
| 3 | QPS | Joudutko tekemään työssäsi nopeita ratkaisuja? | 0,43 |
| 4 | QPS | Joudutko työssäsi tekemään monimutkaisia päätöksiä? | 0,48 |
| 5 | QPS | Edellyttääkö työsi uusien tietojen ja taitojen hankkimista? | 0,40 |
| 6 | QPS | Saatko toimeksiantoja saamatta riittäviä voimavaroja niiden suorittamiseksi? | 0,56 |
| 7 | QPS | Häiritsevätkö työongelmat koti- ja perhe-elämääsi? | 0,42 |
| 8 | TSK | Miten yksitoikkoista tai vaihtelevaa työsi on? | 0,38 |
| 9 | TSK | Täytyykö sinun kiirehtiä suoriutuaksesi työstäsi? | 0,62 |
| 10 | TSK | Joudutko keskeyttämään meneillään olevan tehtävän suorittamisen muiden väliin tulevien asioiden tai kiireellisempien asioiden takia? | 0,61 |
| 11 | TSK | Onko työsi henkisesti rasittavaa? | 0,44 |

JOCHA 4 - Työn vaikutusmahdollisuudet ($\alpha = 0,78$)

| Nro | Kysely | Osio | Lataus |
|-----|--------|--|--------|
| 1 | QPS | Voitko vaikuttaa työmäärääsi? | 0,42 |
| 2 | QPS | Voitko päättää itse työajoistasi (liukuva työaika)? | 0,79 |
| 3 | QPS | Voitko vaikuttaa siihen, kenen kanssa teet yhteistyötä? | 0,58 |
| 4 | TSK | Voitko määrätä työtahtisi itse? | 0,62 |
| 5 | TSK | Miten itsenäistä työsi on? | 0,54 |
| 6 | TSK | Onko työssäsi vaara, että aiheutat tapaturman jollekin toiselle? | 0,40 |
| 7 | TSK | Onko työssäsi vaara, että vahingoitat itseäsi? | 0,23 |
| 8 | TSK | Onko työsi ruumiillisesti rasittavaa? | 0,36 |

LIITE 2 OPPIMISKOKEMUKSET-KYSELY

Oppimiskokemukset-kyselyn avulla arvioidaan Muupu-ohjelman sisältöjen oppimista. Alla esitellään tutkimuksen esitystapa ja väittämät.

Arvioi seuraavia väittämiä suhteessa tilanteeseen ennen Muupu-harjoitusohjelmaa:

- 1 = En lainkaan
- 2 = Hyvin vähän
- 3 = Jonkin verran
- 4 = Melko hyvin
- 5 = Erittäin hyvin

1. Olen oppinut tiedostamaan ajatuksiani, tunteitani ja kehollisia reaktioitani.
2. Olen oppinut tunnistamaan toimintatapojani, erityisesti välttämis- ja tavoittelemispyrkimyksiäni.
3. Olen oppinut hyväksymään ajatuksiani, tunteitani ja kehollisia reaktioitani.
4. Olen oppinut päästämään irti itseäni vahingoittavista mielen malleista.
5. Olen oppinut mindfulness-taitojen soveltamista arkeen.
6. Olen oppinut vapautumaan pinttyneistä tavoistani.
7. Olen oppinut uudistamaan tavanomaisia elämässä toimimisen mallejani.
8. Olen oppinut selkeyttämään omia arvojeni.
9. Olen oppinut suunnittelemaan arvojeni mukaisia toimia.
10. Olen oppinut toteuttamaan arvojeni mukaisia toimia.
11. Olen oppinut tunnistamaan voimavaroja ja iloa tuovia asioita elämässäni.
12. Olen oppinut tunnistamaan kiitollisuuden lähteitä elämässäni.
13. Olen oppinut selkeyttämään näkemystäni omista työolosuhteistani.
14. Olen oppinut selkeyttämään sitä, toteutuvatko työssäni minulle tärkeät arvot.
15. Olen oppinut määrittämään, mitä voin itse tehdä edistääkseni (työ-) hyvinvointiani.
16. Olen oppinut selkeyttämään, millä tavalla työolosuhteitani voitaisiin kehittää niin, että ne tukisivat työhyvinvointiani ja ehkäisisivät työuupumusta.

LIITE 3 MATERIAALIA MIHA-MENETELMISTÄ SUOMEKSI

Alla on lyhyt luettelo oppaista, joista löytyy perusteltua tietoa MIHA-menetelmistä. Suomenkielisiä ja Suomessa tuotettuja julkaisujakin on jo saatavilla, esimerkiksi kirja-kaupoista. Internetistä löytyy paljon lisämateriaalia, varsinkin englanninkielisiltä sivuilta. Saatavilla on myös harjoitusohjelmia, joita voi opiskella internetin välityksellä tai esimerkiksi puhelimeen ladattavina mobiilisovelluksina.

- Bays, J. C. (2014). *Tietoinen syöminen – opas terveeseen ja onnelliseen ruokasuhteeseen*. Helsinki: Basam Books.
- Hayes, S. C. & Smith, S. (2005). *Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää*. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Kutsu tietoisien läsnäolon harjoittamiseen*. Helsinki: Basam Books.
- Siegel, R. D. (2010). *Tässä ja nyt – yksinkertaisia harjoituksia arkipäivän ongelmiin*. Helsinki: Basam Books.
- Stahl, B. & Goldstein, E. (2011). *Stressinhallinnan käsikirja – tietoisien läsnäolon menetelmä*. Helsinki: Basam Books.
- Tolle, E. (2002). *Läsnäolon voima – Tie henkiseen heräämiseen*. Helsinki: Basam Books.
- Wihuri, A.-J. (2014). *Mindfulness työssä – tietoinen läsnäolo vapauttaa onnistumaan*. Helsinki: Talentum.
- Williams, M. & Penman, D. (2014). *Tietoinen läsnäolo – löydä rauha kiireen keskellä*. Helsinki: Basam Books.
- Williams, M., Teasdale, J. & Segal, Z. (2013). *Mielekkäästi irti masennuksesta*. Helsinki: Basam Books.

Mindfulness-harjoitteita verkossa:

www.oivamieli.fi (myös mobiilisovellus Oiva)

<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/harjoitukset>

