

# Tunteiden eriyttämisen yhteys unettomuuteen sosiaalityöntekijöillä

Helmi Silvennoinen  
Pro gradu -tutkielma  
Psykologia  
Psykologian ja logopedian laitos  
Turun yliopisto  
Kesäkuu 2020

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO

Psykologian ja logopedian laitos / Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

SILVENNOINEN, HELMI: Tunteiden eriyttämisen yhteys unettomuuteen sosiaalityöntekijöillä.

Pro gradu -tutkielma, 32 s.

Psykologia

Kesäkuu 2020

-----

Empatia on edellytys laadukkaalle hoitotyölle. Ammattiauttajan kyky sietää empaattista kuormitusta riippuu muun muassa hänen kyvystään eriyttää asiakkaan tunteet omista tunteistaan. Vähäisen tunteiden eriyttämisen on havaittu lisäävän riskiä loppuun palamiselle, myötätuntouupumukselle ja sekundaaritraumatisoitumiselle, joiden on puolestaan havaittu lisäävän unettomuutta. Univaikeudet ovat yleinen haaste nykyihmisten hyvinvoinnille, ja pitkittynyt unettomuus onkin yhteydessä lukuisiin sairauksiin. Tunteiden eriyttämisen yhteyttä univaikeuksiin ei kuitenkaan ole aiemmin tutkittu. Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää tunteiden eriyttämisen yhteyttä unettomuuteen sosiaalityöntekijöillä.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin tunteiden eriyttämisen yhteyttä unettomuuteen kunta-alalla työskentelevistä 24–65-vuotiaista sosiaalityöntekijöistä koostuvassa aineistossa (n = 294). Yhteyttä selvitettiin pitkittäisasetelmalla vuosien 2012/2013 ja 2014 kyselyaineistojen perusteella. Tunteiden eriyttämistä mitattiin yleisesti käytössä olevalla Maintenance of Emotional Separation Scale -kyselyllä. Tunteiden eriyttämisen yhteyttä unettomuusoireisiin selvitettiin logistisella regressioanalyysillä. Mahdollisten sekoittavien tekijöiden vaikutusta kontrolloitiin lisäämällä regressiomalleihin kovariaateiksi ikä, sukupuoli, siviilisäätö, koulutustaso, psyykinen kuormittuneisuus, terveydentila, työnohjaus, loppuun palaminen ja sekundaaritraumatisoituminen.

Heikomman tunteiden eriyttämisen todettiin olevan yhteydessä suurempaan riskiin kokea unettomuutta, kun analyyseista oli jätetty pois henkilöt, joilla oli unettomuusoireita jo alkumittauksessa. Yhden yksikön nousu tunteiden eriyttämisessä asteikolla 1–5 lisäsi vakioimattoman mallin mukaan unettomuuden riskiä 2.08-kertaiseksi. Täysin vakioidussa mallissa riski laski 1.80-kertaiseksi. Tämä yhteys oli kuitenkin myös lähes tilastollisesti merkitsevä, joten kovariaattien ei voida todeta täysin selittävän tunteiden eriyttämisen ja unettomuuden yhteyttä.

Aikaisempaa tutkimusta tunteiden eriyttämisen ja unettomuuden yhteydestä ei ole, joten tämän tutkimuksen tulosten mukainen viite yhteyden olemassa olost on tärkeä. Jatkossa tulisi selvittää entistä tarkemmin yhteyden mekanismit, jotta hoitoalalla työskentelevien työntekijöiden emotionaalisen ylikuormittuneisuuden synnyttämät ongelmat saataisiin ennaltaehkäistyä riittävän aikaisessa vaiheessa.

Asiasanat: Tunteiden eriyttäminen, Unettomuus, Pitkittäistutkimus

# Sisällysluettelo

<b>1. JOHDANTO</b> .....	1
1.1 Unettomuus .....	3
1.2 Tunteiden eriyttäminen .....	4
1.3 Mekanismit tunteiden eriyttämisen yhteydestä unettomuuteen.....	5
1.4 Tutkimuksen tavoite .....	8
<b>2. MENETELMÄT</b> .....	9
2.1 Tutkimusasetelma ja tutkittavat .....	9
2.2 Tunteiden eriyttäminen .....	10
2.3 Unettomuus .....	11
2.4 Kovariaatit .....	12
2.5 Tilastolliset menetelmät .....	13
<b>3. TULOKSET</b> .....	14
3.1 Aineiston kuvaus .....	14
3.2 Tunteiden eriyttämisen yhteys unettomuuteen.....	16
<b>4. POHDINTA</b> .....	17
4.1 Päätulokset .....	17
4.2 Vahvuudet ja rajoitukset.....	18
4.3 Jatkotutkimus- ja sovellusehdotukset.....	21
4.4 Johtopäätökset.....	23
<b>LÄHTEET</b> .....	24

# 1. JOHDANTO

Empatia on edellytys laadukkaalle hoitotyölle, ja siksi sitä pidetään yhtenä sosiaalityön keskeisenä ammatillisena taitona (Holm, 2002). Empatialla tarkoitetaan kykyä ymmärtää toisen henkilön tunteet ja näkökulma sekä kykyä eläytyä niihin hetkellisesti (Davis, 1990). Se on kykyä olla vastavuoroisessa tunnepitoisessa vuorovaikutuksessa toisen kanssa niin, että kykenee kuuntelemaan ja myötäelämään toisen viestiä omasta näkökulmasta riippumatta. Alimmalla tasolla empatia on toisten tunteiden huomaamista ja korkeimmalla tasolla se on niiden sanatonta havaitsemista sekä niihin vastaamista. Empatian käsitteeseen ei kuulu kyky mennä toisen kokemaan tunnetilaan (= sympatia), vaan ymmärryksestä ja eläytymisestä huolimatta se on myös kykyä pidättäytyä omassa tunnetilassa ja näkökulmassa.

Taidokkaaseen empatian käyttöön linkittyvät oleellisesti kyky erottaa toisen kokemus omasta ja pitää omat tunteet erillään toisen tunteista. Kuitenkin liika emotionaalinen irrallisuus voi vaikeuttaa empaattista läsnäoloa (Corcoran 1982). Aiemmassa kirjallisuudessa on myös käänteisesti havaittu voimakkaan empatian puolestaan olevan yhteydessä vähäiseen omien tunteiden eriyttämiseen toisen tunteista. Empaattisen läsnäolon ja riittävän emotionaalisen irrallisuuden välinen tasapainottelu kuvautuikin hoitoalla oleelliseksi haasteeksi ja siksi sopivan joustavista, mutta omaa terveyttä edistävistä rajoista huolehtiminen on erityisen tärkeää hoitotyötä tehtäessä.

Empatiakyky ja tunteiden eriyttäminen linkittyvät oleellisesti myös mentalisaatiokykyyn, joka tarkoittaa kykyä pohtia tietoisia ja tiedostamattomia tunteita sekä itsessä että toisessa (Fonagy, 1991). Mentalisaatiokyvyn perustana on mielen teoria, joka tarkoittaa yksilön olettamusta siitä, että toisen henkilön toiminnan tai käyttäytymisen takana on aina jokin tunne, motiivi tai tavoite (Premack, 1978). Mentalisaatiokyvyn avulla ihminen kykenee pohtimaan toisen tunnekokemuksia ja näkökulmia (Kalland, 2014). Parempi mentalisaatiokyky tarkoittaa parempaa kykyä eritellä omia ja toisen tunteita toisistaan, minkä on havaittu suojaavan korkealta emotionaaliselta kuormitukselta (Kalisch ym., 2005). Lisäksi mentalisaatiokyvyn on huomattu liittyvän empatiakykyyn ja niillä kahdella on havaittu olevan jopa aivojen aktivaation tasolla paljon päällekkäisiä prosesseja (Majdandžić, Amashauffer, Hummer, Windischberger, & Lamm, 2016). Empatian, tunteiden eriyttämisen ja mentalisaation käsitteiden yhteydestä ei ole olemassa selkeää yhtenäistä teoriaa ja tutkimus tunteiden eriyttämisestä on kaiken kaikkiaan vähäistä. Ne

vaikuttaisivat kuitenkin muodostavan yhdessä hoitotyön kannalta tärkeän kokonaisuuden, jossa mentalisaatiokyky parhaimmillaan lisää sekä empatiakykyä että tunteiden eriyttämisen ja reflektoinnin kykyjä, mutta heikentyessään aiheuttaa niissä haasteita. Nämä haasteet ovat riski auttamisammattissa toimivan työntekijän hyvinvoinnin (Thomas & Otis 2010; Kalisch ym., 2005). ja työn laadun kannalta (Salo ym., 2012; Kuppermann ym., 1995).

Mentalisaatiokyvyn taso ei ole staattinen, vaan sen tasossa tapahtuu luontaista vaihtelua (Pajulo, Salo & Pyykkönen, 2015). Alentuneen mentalisaatiokyvyn taustalla on usein muun muassa väsymys, stressi tai kiihtynyt mieliala. Pahimmillaan mentalisaatiokyky voi myös alentua tai romahtaa joko hetkellisesti tai pitkäaikaisesti mielen ylikuormittuessa. Hoitoalla on paljon psyykkistä ylikuormittuneisuutta, minkä voisi ajatella lisäävän riskiä mentalisaatiokyvyn tilapäiselle heikentymälle, mikä puolestaan aiheuttaa työntekijälle riskiä riittämättömään tunteiden eriyttämiseen ja liialliseen emotionaaliseen altistukseen sekä lopulta mahdollisesti myös uupumukseen. Toisaalta hyvän mentalisaatiokyvyn voisi ajatella suojaavan työntekijöitä empaattisesti kuormittavalta työltään esimerkiksi lisääntyneen reflektiokyvyn kautta sekä lisäävän työn laatua.

Alasta riippumatta voimakkaalla empaattisella kuormituksella on aina hintansa; se on yhdistetty moniin fyysisiin ja psyykkisiin terveysongelmiin, kuten univaikeuksiin, uupumukseen, sekundaarisiin stressioireisiin, myötätuntouupumukseen, ruuansulatusongelmiin, päänsärkyyn, päihteiden käyttöön ja alhaiseen itsetuntoon (Arches, 1991; Bush, 2009; Figley 2002; Hill, 1991; Walsh, 2008).

Parempi empaattisen kuormituksen sietokyky vaatii riittävää omien tunteiden eriyttämistä asiakkaan tunteista. Mitä enemmän henkilö kokee empatiaa, sitä vähemmän hän yleensä eriyttää asiakkaansa tunteita omistaan, mikä puolestaan lisää riskiä loppuun palamiseen, myötätuntouupumukseen ja sekundaaritraumatisoitumiseen (Vachon, 1993; Thomas & Otis, 2010; Compton, 2013; Badger, 2006). Nämä ovat hankalasti hoidettavia häiriöitä, joista palautuminen on hidasta, ja siksi pitkäkestoinen hoito on tarpeen (DSM-V). Oirekuvat ovat hyvin moninaisia, mutta yksi yhteinen oire on unettomuus.

Nämä auttamisammattiin liittyvät hyvinvoinnin haasteet tulevat kalliiksi jokaisen osapuolen kannalta hoitoalla. Sairastaminen ja sairauspoissaolot maksavat niin työnantajalle, työntekijälle kuin valtiollekin. Tästä syystä kyky tarpeelliseen tunteiden

eriyttämiseen on avainroolissa empaattisesti kuormittavan työn haasteita vastaan kamppaillessa.

## **1.1 Unettomuus**

Unettomuus ja siihen liittyvät huolet ovat globaali ongelma ihmisten psyykkiselle ja fyysiselle terveydelle ja hyvinvoinnille (Walker, 2017). Unettomuus tarkoittaa vaikeutta nukahtaa ja pysyä unessa sekä liian aikaista heräämistä tai yleistä kokemusta ei-palauttavasta unesta. Univaikeuksiin liittyy myös päiväajan vireyteen liittyviä ongelmia. Yleisesti käytettyjen unettomuushäiriön diagnostisten kriteerien mukaisesti oireita tulee esiintyä vähintään kolmena päivänä viikossa kolmen kuukauden ajan (DSM-V). Arviot unettomuuden yleisyydestä vaihtelevat sen määritelmän ja käytetyn otoksen maantieteellisen sijainnin mukaisesti. Arviolta kuitenkin noin 10 % ihmisistä täyttää kliinisen unettomuuden diagnostiset kriteerit (Singareddy ym., 2012) ja yli kolmannes länsimaalaisista kokee tilapäistä unettomuutta (Shallcross, Visvanathan, Sperber, & Duberstein, 2018; LeBlanc ym., 2009; Riemann, 2007; Ohayon & Partinen, 2002).

Unettomuus on yhteydessä lukuisiin terveysongelmiin; niin psyykkisiin kuin fyysisiinkin. Unettomuus on yhdistetty esimerkiksi masennukseen ja ahdistukseen (Koffel & Watson, 2009; Taylor, Lichstein, Durrence, Reidel, & Bush, 2005; Ohayon & Roth 2003), ylipainoon ja diabetekseen (Knutson & Van Cauter, 2008), sydän- ja verisuonitauteihin (Hamer, Batty, & Kivimäki, 2012; Gupta & Arnedt 2012), elämänlaadun heikkenemiseen (Taylor, Bramoweth, Grieser, Tatum, & Roane, 2013), liikenneonnettomuuksien lisääntymiseen (Léger ym., 2014), syöpään (Irwin ym., 1995), Alzheimerin tautiin (Lim, Kowgier, Yu, Buchman, & Bennett, 2013) ja itsemurhariskiä (Turvey ym., 2002). Unettomuus lisää suomalaisten riskiä moniin kansantaudeiksi määriteltyihin sairauksiin, joten se tulee ottaa huomioon terveydenhoidossa jo alkuvaiheessa.

Unettomuuden aiheuttamien riskien ollessa näin laajoja ja merkittäviä, niiden vaikutukset näkyvät yhteiskunnallisellakin tasolla. Benca (2001) havaitsi tutkimuksessaan unettomuuden lisäävän terveydenhoitopalveluiden käyttöä, joka puolestaan kuormittaa jo ennestään tiukkaa valtion budjettia ja ruuhkauttaa julkista terveydenhoitoa. Unettomuus on merkittävä haaste myös työelämässä, ja sen onkin havaittu olevan yhteydessä heikentyneeseen työn laatuun sekä työkyvyttömyyteen (Salo ym., 2012; Kuppermann ym., 1995).

## 1.2 Tunteiden eriyttäminen

Tunteiden eriyttäminen on suhteellisen vähän tutkittu käsite, eikä siitä ole vielä muodostettu täysin yksiselitteistä teoriaa. Tunteiden eriyttämisellä tarkoitetaan kykyä pitäytyä asiakkaasta emotionaalisesti erillään ja olla samalla kuitenkin empaattinen häntä kohtaan (Badger, 2006). Tunteiden eriyttäminen tarkoittaa kykyä säädellä omia tunteitaan ja eriyttää omia tunnekokemuksiaan asiakkaan tunnekokemuksista. Käytännössä tämä tarkoittaa tunneyhteyden ylläpitämistä asiakkaaseen niin, että työntekijä pitää itselleen emotionaalisesti sopivalla ja omaa mielenterveyttään edistävällä etäisyydellä asiakkaasta. Tunteiden eriyttämisen taitoon kuuluu myös kyky säädellä emotionaalista etäisyyttä kulloisenkin tilanteen mukaisesti. Jos henkilö ei kykene tunteiden eriyttämiseen, hän voi kadottaa täysin näkökulman omiin tunteisiinsa, eikä näin ollen pysty erottamaan omaa tunnettaan asiakkaan tunteesta. Vähäinen tunteiden eriyttäminen aiheuttaa voimakasta samaistumista, myötäelämistä, ja oman sekä asiakkaan tunteiden sekoittumista toisiinsa.

Tunteiden eriyttäminen nähdään henkilön psyykkiseen terveyteen ja kapasiteettiin liittyvänä kykynä, johon voidaan jossain määrin tahallisesti tai tahattomasti vaikuttaa. Yksi oleellinen taustatekijä tunteiden eriyttämisen kyvyssä on mentalisaatiokyky, jonka on todettu lisäävän henkilön kykyä tarkastella niin omia kuin toisten tunteita (Kalland, 2014). Mentalisaatiokykyyn ja tunteiden eriyttämisen kykyyn vaikuttaa henkilön sen hetkinen psyykinen hyvinvointi ja tunnetila (Pajulo, Salo & Pyykkönen, 2015). Stressi ja vahvat tunnetilat heikentävät kyseisiä kykyjä. Näin ollen voisi ajatella esimerkiksi stressinhallintataitojen, tunnetaitojen ja ammatillisen kokemuksen lisääntymisen osaltaan vaikuttavan positiivisesti tunteiden eriyttämiseen kykyyn. Vaikka lapsuuden varhaiset vuorovaikutuskokemukset ovat tärkeitä mentalisaatiokyvyn kehittämisessä, tätä kykyä voidaan myös vahvistaa myöhempien hyvien ihmissuhteiden ja tarkasti suunnattujen hoitojen avulla (Pajulo, Salo & Pyykkönen, 2015). Näin ollen mentalisaatiokykyä vahvistavia työ- ja ajattelutapoja tulisi hyödyntää nykyistä tehokkaammin esimerkiksi työyhteisöissä, työnohjauksessa, koulutuksessa tai johtamisessa.

Corcoranin (1989) tutkimuksessa tunteiden eriyttäminen oli negatiivisesti yhteydessä empatiaan. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kun empatiataso on korkea, kyky tunteiden eriyttämiseen alkaa heikentyä merkittävästi. Tämä nähdään riskinä loppuun palamiselle ja emotionaaliselle uupumukselle (Vachon, 1993; Thomas & Otis, 2010).

Lisäksi heikon tunteiden eriyttämisen on havaittu ennustavan myötätuntouupumusta (Compton, 2013; Thomas & Otis 2010) ja sekundaaritraumatisoitumista (Badger, 2006; Badger, 2008). Puolestaan liian voimakas tunteiden eriyttäminen voi johtaa työntekijän ja asiakkaan välisen tunneyhteyden menetykseen ja asiakkaan epäempaattiseen kohtaamiseen (Barett-Lennard, 1981; Corcoran, 1981).

### **1.3 Mekanismit tunteiden eriyttämisen yhteydestä unettomuuteen**

Hoitoalalla työntekijät kohtaavat paljon traumatisoituneita asiakkaita ja käyvät empaattisesti läpi asiakkaiden vaikeita tunteita ja tilanteita. Tämä lisää työntekijän riskiä sekundaaritraumatisoitumiselle, loppuun palamiselle ja myötätuntouupumukselle. Näiden on puolestaan havaittu lisäävän riskiä unettomuuteen. Aiemmassa kirjallisuudessa on ehdotettu, että tunteiden eriyttäminen toimisi suojaavana tekijänä näitä sairauksia ja niihin liittyviä oireita vastaan (esim. Vachon, 1993; Electris, 2013).

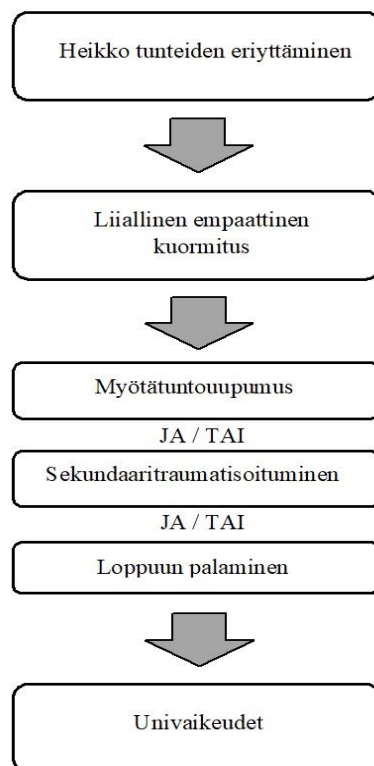
Ilman riittävää tunteiden eriyttämistä työn empaattista kuormitusta on haastava sietää. Tunteiden eriyttämisellä voi olla välillinen yhteys unettomuuteen. Polku tunteiden eriyttämisestä unettomuuteen saattaisi kulkea nimenomaan loppuun palamisen, sekundaaritraumatisoitumisen ja/tai myötätuntouupumuksen kautta. Nämä kaikki oireet ovat osa suurempaa ylikuormituksen teemaa, ja niiden oirekuivissa on paljon yhtäläisyyksiä.

Siinä missä loppuun palaminen voi olla lopputulos mistä tahansa pitkittyneeseen ylikuormitukseen johtaneesta työskentelystä, myötätuntouupumus johtuu nimenomaan liialliselle tunnekuormalle altistumisesta ja voi puolestaan kehittyä suhteellisen nopeasti esimerkiksi traumaattisen kokemuksen myötä (Portnoy, 2011; DePanfilis, 2006). Näiden kahden eri uupumustyylin tunnistaminen toisistaan voi välillä olla haasteellista, mutta tunnistettavina eroavaisuuksina toimivat uupumustilan kehkeytymisen tahti ja koetun emotionaalisen altistuksen määrä. Myötätuntouupumuksesta palautuminen on usein myös selvästi nopeampaa kuin loppuun palamisesta.

Myötätuntouupumuksen takana on aina liiallista emotionaalista altistumista, eli sekundaarista traumaa, mutta sekundaaritraumatisoituminen ei aina johda myötätuntouupumukseen esimerkiksi henkilön hyvien psyykkisten resurssien tai riittävän aikaisen kuormittuneisuuskierteen katkaisemisen ansiosta. Aiemmassa kirjallisuudessa on ehdotettu, että myötätuntouupumuksen taustalla olisi aina sekä loppuun palaminen että



sekundaaritraumatisoituminen, eli kumpikaan jälkimmäisistä ei johtaisi siihen yksinään. Kuitenkin niin loppuun palaminen, sekundaaritraumatisoituminen kuin myötätuntouupumuskin ovat kaikki liitetty unettomuusoireisiin. Siksi polku unettomuuteen voisi käydä joko yhden tai useamman tekijän kautta. Sopivan voimakas tunteiden eriyttäminen saattaisi katkaista uupumisen ja liiallisen emotionaalisen altistuksen kierteen jo aikaisessa vaiheessa, kun taas riittämätön tunteiden eriyttäminen lisäisi riskiä unettomuuteen johtavalle oireilulle. Kuvassa 1 on esitetty mahdollinen polku tunteiden eriyttämisestä unettomuuteen.



**Kuva 1.** Polku tunteiden eriyttämisen yhteydestä unettomuuteen.

Sekundaaritraumatisoitumisella tarkoitetaan kielteistä tunnetta ja stressiä, joka saattaa syntyä henkilön ollessa läheisessä ja pidempijaksoisessa kontaktissa traumatisoituneen yksilön kanssa (Perino, 2016). Unettomuuden lisäksi sekundaaritraumatisoitumisen oireita ovat muun muassa negatiivinen affektiivisuus, trauman myötäeläminen, vältteleminen, ahdistus, masennus ja ylivilkkaus (Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2011; Motta, 2012; Voss Horrell, Holohan, Didion, & Vance, 2011; Lerias & Byrne, 2003). Jos auttamisammattissa työskentelevä henkilö alkaa kokea jonkinasteisia ahdistus- tai masennusoireita, univaikeuksia tai alkaa vältellä asiakkaan traumaattisen kokemuksen

ajattelua, tämä luokitellaan sekundaaritraumatisoitumiseksi (Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2011; Motta, 2012). Sekundaaritraumatisoitumisessa on paljon samoja oireita kuin post-traumaattisessa stressihäiriössä, ja aiempi tutkimus onkin osoittanut, että sosiaalialan työntekijöillä on kliiniset kriteerit täyttäviä post-traumaattisen stressihäiriön oireita kaksi kertaa normaalipopulaatiota enemmän (Bride, 2007). Myös omakohtainen trauman kokeminen lisää riskiä näille häiriöille (APA, 2013; Lerias & Byrne, 2003).

Aiemmissä tutkimuksissa tunteiden eriyttämisen ongelmien on havaittu ennustavan sekundaaritraumatisoitumista jopa paremmin kuin empatian määrän (Badger, 2006; Corcoran 1989). Badgerin tutkimuksessa heikentynyt tunteiden eriyttäminen korreloi lisääntyvän sekundaaritraumatisoitumisen ja pessimistisempien ajatusten kanssa. Pessimistiset ajatukset liittyvät erityisesti oikeudenmukaisuuteen, hyvántahtoisuuteen, omaan arvoon ja merkityksellisyyteen. Monissa tutkimuksissa on havaittu samansuuntaisia tuloksia; tunteiden eriyttämisen on useasti havaittu pienentävän riskiä auttajan sekundaarisille stressireaktioille (Decety & Lamm, 2006; Figley, 2002; Rothschild, 2006).

Sekundaaritraumatisoitumisen oireet ovat samantyyllisiä kuin post-traumaattisessa stressihäiriössä ja myötätuntouupumuksessa, ja näiden kolmen uskotaankin olevan saman kokonaisuuden eri osia. Myötätuntouupumus tarkoittaa auttamistyötä tekevän henkilön uupuneisuuden, kyynisyyden, turhautumisen, kiukun, toivottomuuden ja masennuksen tunteita (Figley, 1995). Myötätuntouupumus alentaa työntekijän kykyä suhtautua autettavaan empaattisesti. Aiemmassa tutkimuksessa myötätuntouupumus on yhdistetty univaikeuksiin, joskaan aina yhteyden suuntaa ei ole määritelty sen tarkemmin (Carter, Dyer, & Mikan, 2013; Lombardo & Eyre, 2011). Jackson (2010) havaitsi myötätuntouupumuksen olevan yhteydessä lisääntyneisiin univaikeuksiin. Myötätuntouupumusta voi ehkäistä muun muassa lisäämällä työntekijän kykyä tunteiden eriyttämiseen.

Ammatillisessa kontekstissa tapahtuvalla loppuun palamisella puolestaan viitataan työntekijän psyykkisten voimavarojen ehtymiseen pitkittyneen työstressin seurauksena (Ahola, 2016). Loppuun palaamista kuvaa uupumusasteinen väsymys, kyyninen asenne työtä kohtaan ja alentunut ammatillinen itsetunto (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Usein hoitoaloilla tai muissa psyykkisesti kuormittavissa ammateissa loppuun palaminen syntyy reaktiona työssä esiintyvillä emotionaalisilla ja sosiaalisilla stressitekijöillä.

Esimerkiksi empaattisesti kuormittavat työtehtävät, suuri työmäärä, rooliristiriidat, vähäinen sosiaalinen tuki, koettu epäoikeudenmukaisuus ja ennakoimattomuus lisäävät loppuun palamisen riskiä (Seidler ym., 2014; Häusser, Mojzich, Niesel & Schulz-Hardt, 2010; Maslach & Leiter, 2008).

Riittämättömän tunteiden eriyttämisen on havaittu lisäävän riskiä loppuun palamiseen, jonka puolestaan on havaittu lisäävän riskiä unettomuuteen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu loppuun palamisen ja unettomuuden olevan vahvasti yhteydessä toisiinsa (Delesie ym., 2019; Toker & Melamed 2017; Metlaine ym., 2017). Delesie ja kumppanit havaitsivat myös päiväajan vireyteen liittyvien uneliaisuusongelmien ja loppuun palamisen korreloivan positiivisesti keskenään. Naissukupuoli ja loppuun palaminen olivat selvästi yhteydessä lisääntyneeseen unettomuuteen. Hoitoalalla työskentelevistä selvästi suurin osa on naisia.

Loppuun palamisen ja unettomuuden välisen yhteyden suunnasta ei ole toistaiseksi yksimielisyyttä. Jotkin tutkijat toteavat tämän yhteyden olevan yksisuuntainen niin, että joko loppuun palaminen aiheuttaa unettomuutta (Denise ym., 2017) tai että vain unettomuus aiheuttaa loppuun palamista (Jansson-Fröjmark & Lindblom, 2010). Jotkut puolestaan ovat todenneet yhteyden kaksisuuntaiseksi niin, että kumpikin vaikuttaa toisiinsa (Grossi, Perski, Osika, & Savic, 2015; Armon, Shirom, Shapira, & Melamed, 2008; Armon 2009; Söderström, Jeding, Ekstedt, Perski, & Akerstedt, 2012). Söderström ja kumppanit (2012) totesivat, että loppuun palamisen vaikutus unettomuuden lisääntymiseen saattaisi toimia iltaan sijoittuvan huolestuneisuuden ja ruminaation kautta. Negatiivisten ajatusten pyörittäminen mielessä lisää virittyneisyyttä, vaikeuttaa nukahtamista ja huonontaa unen laatua.

#### **1.4 Tutkimuksen tavoite**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää pitkäaikaistyössä toimivilla auttamisammattissa toimivilla. Aiempaa tutkimusta tunteiden eriyttämisen ja unettomuuden yhteydestä ei löydy lainkaan. Tutkimuksen kohderyhmää olivat suomalaiset kunta-alan sosiaalityöntekijät. Hypoteesina oli, että vähemmän tunteitaan eriyttävät työntekijät ovat suuremmassa riskissä kokea unettomuutta kuin henkilöt, joilla on parempi kyky eriyttää tunteitaan. Perustuen aikaisempaan tutkimustietoon voidaan olettaa, että puutteellinen tunteiden eriyttäminen

lisää riskiä sekundaaritraumatisoitumiselle, myötätuntouupumukselle ja loppuun palamiselle, jotka puolestaan lisäävät riskiä unettomuudelle. Näin ollen riittävä tunteiden eriyttäminen toimisi suojaavana tekijänä unettomuutta vastaan.

## **2. MENETELMÄT**

### **2.1 Tutkimusasetelma ja tutkittavat**

Tutkimuksessa käytetty aineisto on osa Työterveyslaitoksen Kunta10-tutkimuksen suomalaista kunta-alan seurantatutkimusaineistoa. Tutkimuksen kohteena ovat kunta-alan työntekijöiden työhön ja terveyteen liittyvät tekijät (Salo ym., 2016). Aineistoa on kerätty kyselyillä vuodesta 1997 lähtien seuraavissa kunnissa: Espoo, Vantaa, Tampere, Turku, Oulu, Raisio, Naantali, Nokia, Valkeakoski ja Virrat. Vuodesta 2014 lähtien aineistoa on kerätty myös Helsingin kaupungin työntekijöiltä. Vuonna 2012 Kunta10-kyselyyn vastasi 39 194 työntekijää (vastausprosentti 69) ja vuonna 2014 Helsingin liittyttyä mukaan vastaajamäärä kasvoi 62 769 työntekijään (vastausprosentti 69). Kunta10-tutkimuksella on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupa.

Tämän tutkimuksen aineistoon sisältyy sosiaalityöntekijöille kohdennettu lisäkysely, joka liittyi tutkimushankkeeseen, jonka tavoitteena oli selvittää sosiaalityöntekijöiden kuormittumiseen liittyviä tekijöitä sekä etsiä selityksiä sille, että sosiaalityöntekijöiden sairauspoissaolot johtuvat mielenterveyden ongelmista useammin kuin muilla työntekijöillä. Lisäkyselyn tarkoituksena oli kerätä tietoa sosiaalityöhön liittyvistä erityispiirteistä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin kahta mittauspistettä Kunta10-tutkimuksesta. Ensimmäinen tässä tutkimuksessa käytetty mittauspiste sisälsi Kunta10-kyselyn, joka tehtiin syksyllä 2012 ja siihen liittyvän sosiaalityöntekijöiden lisäkyselyn, joka toteutettiin alkuvuodesta 2013. Toinen mittauspiste sisälsi syksyllä 2014 tehdyn Kunta10-kyselyn ja siihen liittyvän sosiaalityöntekijöiden lisäkyselyn, joka toteutettiin alkuvuodesta 2015.

Tämän tutkimuksen otos koostuu sosiaalityöntekijöiden lisäkyselyyn vastanneista. Sosiaalityöntekijöiden sähköisenä toteutettu lisäkysely lähetettiin niille sosiaalityöntekijöille ja muilla nimikkeillä toimiville sosiaalityötä tekeville (n=835),

jotka olivat kyselyä edeltäneen syksyn Kunta10-kyselyn perusteella työsuhteessa joko koko- tai osa-aikaisesti (vähintään 50% työaika) tutkimukseen osallistuvassa kunnassa, ja olivat vastanneet Kunta10-kyselyyn syksyllä (Salo ym., 2016). Sosiaalityöntekijöiden kyselyyn ensimmäisessä mittauspisteessä vastasi 601 työntekijää (vastausprosentti 72). Tutkimukseen otettiin mukaan ne henkilöt, jotka olivat vastanneet tunteiden eriyttämistä mittaavaan kyselyyn ensimmäisessä mittauspisteessä ja unettomuutta koskeviin kysymyksiin toisessa mittauspisteessä. Lisäksi analyyseista poistettiin ne henkilöt, jotka olivat kokeneet unettomuutta ensimmäisessä mittauspisteessä. Yhteensä tämän tutkimuksen otokseen päätyi 294 henkilöä.

## 2.2 Tunteiden eriyttäminen

Tunteiden eriyttämistä mitattiin Maintenance of Emotional Separation (MES) Scale -kyselyllä (Corcoran, 1982), joka on yleisimmin käytetty tunteiden eriyttämisen mittari. Tämä seitsemästä itemistä koostuva kysely mittaa tunteiden eriyttämisen tapahtumista kahden henkilön välisessä vuorovaikutustilanteessa. Mittari on yksidimensionaalinen ja sillä on aiemman tutkimuksen perusteella kohtalaisen hyvä sisäinen reliabiliteetti (alfa = .71).

Mittarin validiteetti on todettu useasti hyväksi vertaamalla MES-mittarin tuloksia useampaan empatiaa mittaavan mittarin tuloksiin ja yhteen sosiaalista suotavuutta mittavan mittarin tuloksiin. Konvergentti validiteetti on todettu ensin vertaamalla MES-kyselyn tuloksia Empathic Tendency Scale -kyselyn (Mehrabia & Epstein, 1972) tuloksiin. Mittareiden välille todettiin selkeä korrelaatio ( $r = -.37, p < .001$ ), mikä osoitti empatian ja tunteiden eriyttämisen olevan vahvasti negatiivisesti yhteydessä toisiinsa niin, että mitä korkeammaksi empatian määrä kasvaa, sitä vähemmän tunteita eriytetään. Vuotta myöhemmin Corcoran (1983) totesi korrelaatioksi  $r = -.47, p < .05$ , kun hän testasi mittarin yhteyttä sosiaalialan työntekijöiden kokemaan empatian määrään heidän kuunnellessaan standardisoituja äänitteitä. Myöhemmin Corcoran (1989) vertasi uudelleen MES-mittariaan Stotlandin, Mathewsin, Shermanin, Hanssonin ja Richardsonin (1978) empatiamittariin, ja totesi niiden taas korreloivan vahvasti ja negatiivisesti toistensa kanssa ( $r = -.54, p < .01$ ). Divergentti validiteetti todettiin tarkastelemalla MES-mittarin korrelaatiota 15 itemisen sosiaalista suotavuutta mittaavan Marlowe-Crowne Social Desirability Scale -kyselyn kanssa. Korrelaatioksi todettiin  $r = -$

.02, joka todisti sen, ettei MES-tulokset ole riippuvaisia sosiaalisen suotavuuden määrästä.

Mittarin jokaisen seitsemän kysymyksen kohdalla vastaaja arvioi kyselyssä olevan arvosteluasteikon mukaisesti, missä määrin kukin väite pätee hänen kohdallaan. Väitteet ovat seuraavanlaisia: ”Joskus eläydyn muiden tunteisiin siinä määrin, että tunnun unohtavani itseni hetkeksi.” tai ” Yleensä vien muiden ongelmia kotiin mukani.”. Arvosteluasteikon laajuus on yhdestä kuuteen, jossa 1 = Ei lainkaan pidä paikkaansa ja 6 = Pitää täysin paikkaansa. Mittarista saatu lopullinen pistemäärä vaihtelee seitsemästä neljäänkymmeneenkahteen, ja isompi pistemäärää viittaa vähäisempään tunteiden eriyttämiseen. Koko kyselyn Cronbachin alfa oli tässä aineistossa .55.

### **2.3 Unettomuus**

Unettomuutta mitattiin Jenkins Sleep Problem Scale -kyselyllä (Jenkins, Stanton, Niemcryk, & Rose, 1988). Kyselyssä tutkittava arvioi kuinka usein hänellä on ollut edeltäneen neljän viikon aikana unettomuusoireita. Oireiksi määriteltiin 1) nukahtamisvaikeudet, 2) heräily useita kertoja yön aikana, 3) vaikeus pysyä unessa (sisältää myös liian aikaisen heräämisen) ja 4) tuntemus väsymyksestä ja uupumuksesta tavallisten yöunien jälkeen. Jokainen oire arvioitiin kuusiportaisen likert-asteikon avulla, jossa 1= ei lainkaan, 2= 1-3 yönä/kk, 3= noin yhtenä yönä/vko, 4= 2-4 yönä/vko, 5= 5-6 yönä/vko, 6= lähes joka yö).

Unettomuusmuuttujan arvoksi määriteltiin tutkittavan yleisimmin kokeman oireen yleisyys. Unettomuusoireet dikotomisoitiin ja muuttuja sai arvon 1, kun tutkittava koki unettomuusoireita 5-6 yönä/viikko tai lähes joka yö, ja arvon 0, kun henkilö ei kokenut unettomuusoireita tai koki niitä enintään 2-4 yönä/viikossa. Unettomuuden tavanomaisissa määritelmässä leikkauspiste unettomuuden kokemisessa on oireiden esiintyminen kolmena tai useampana yönä viikossa (esim. Roth, 2007). Kysymyksenasettelu ei sallinut jakoa kolmen yön kohdalta, joten muuttuja jaettiin viiden yön kohdalta. Vastaavanlaista menettelyä on käytetty aiemmissa tutkimuksissa (Salo ym., 2014; Salo ym., 2012). Aineiston jakautuminen unettomuutta kokeviin ja ei-kokeviin noudatti yleisiä arvioita unettomuuden esiintyvyydestä (unettomuutta 29 %) ja unettomuuden esiintymisen yliarvioinnilta vältyttiin. Reliabiliteettikerroin Cronbachin alfalla mitattuna oli tässä aineistossa .74, eli mittari toimi tässä kontekstissa kanssa hyvin.

## 2.4 Kovariaatit

Demografisista tekijöistä analyyseissa vakioitiin ikä, sukupuoli, siviilisäätö ja koulutustaso. Tieto iästä ja sukupuolesta saatiin työnantajan rekisteristä. Kaikki muut tiedot saatiin kyselystä.

Siviilisäätö selvitetiin pyytämällä henkilöä rastittamaan ”Siviilisäätösi” -kohdassa häntä parhaiten kuvaava vaihtoehto seuraavista vaihtoehdoista: naimaton, naimisissa, avioliitossa, eronnut/asumuserossa tai leski. Tässä aineistossa kaikki tutkittavat olivat samasta ammattiryhmästä, joten koulutuksen osalta vakioitiin ainoastaan se, oliko henkilölle sosiaalityön maisterintutkinto vai ei, jota kysyttiin sosiaalityöntekijöille lähetetyssä lisäkyselyssä.

Näiden demografisten tekijöiden lisäksi tutkimuksessa kontrolloitiin vastaajien kokema psyykinen kuormittuneisuus, terveydentila, työnohjaus, loppuun palaminen ja sekundaaritraumatisoituminen. Psykkistä kuormittuneisuutta mitattiin 12 itemin General Health Questionnaire -kyselyllä (Goldberg ym., 1997). Kyselyssä vastaaja arvioi omaa psyykkistä terveydentilaansa edeltävien viikkojen ajalta. Vastausasteikko on neliportainen, ja siinä henkilö arvioi terveydentilaansa mittaavia väitteitä siitä näkökulmasta, miten paljon on kokenut kyseisen osa-alueen toteutuvan viime viikkojen aikana verrattuna siihen, miten kokee niitä tavallisesti. Kysymyksillä on erilaisia vastausvaihtoehtoja, mutta esimerkkinä jaottelusta seuraavat vaihtoehdot: enemmän kuin tavallisesti, yhtä paljon kuin tavallisesti, vähemmän kuin tavallisesti tai paljon vähemmän kuin tavallisesti. Terveydentilaa kartoittavat kysymykset ovat esimerkiksi ”Oletko viime aikoina tuntenut olevasi jatkuvasti yllirasittunut?” tai ”Oletko viime aikoina tuntenut itsesi onnettomaksi ja masentuneeksi?”. Mittarin Cronbachin alfa tässä aineistossa oli .91, eli reliabiliteetti erittäin hyvä.

Yleistä terveydentilaa arvioitiin yhden 5-portaisen kysymyksen avulla: ”Millainen on terveydentilasi?” (1= Hyvä – 5= Huono). Työnohjausta ja sen määrää arvioitiin yhden 3-portaisen kysymyksen avulla: ”Saatko työnohjausta?”. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = En, 2 = Kyllä, mutta se ei ole riittävää, ja 3 = Kyllä, riittävästi.

Loppuun palamista ja sekundaaritraumatisoitumista arvioitiin Professional Quality of Life -kyselyn suomenkielisellä versiolla eli Ammatillinen elämänlaatu -asteikolla (Stamm, 2010). Kyseinen mittari perustuu teoriaan, jonka mukaan ammatillinen elämänlaatu koostuu myötätuntotytyväisyydestä ja myötätuntuupumuksesta, joka

sisältää loppuun palamisen ja sekundaaritraumatisoitumisen. Kysely koostuu 30 väitteestä, jotka mittaavat loppuun palamista, sekundaaritraumatisoitumista ja myötätuntotytyväisyyttä, jota ei kuitenkaan käytetty tässä tutkimuksessa. Loppuun palamista mittasi 10 väitettä (esimerkiksi ”Tunnen itseni lopen uupuneeksi asiakastyöni takia.”). Loppuun palamisen mittarin reliabiliteettikerroin Cronbachin alfalla laskettuna oli tässä aineistossa .43. Myös sekundaaritraumatisoitumista mittasi 10 väitettä (esimerkiksi ”Minusta tuntuu, että läpikäyn asiakkaitteni traumaattisia kokemuksia.”). Sekundaaritraumatisoitumista kartoittavan osan reliabiliteettikerroin Cronbachin alfalla mitattuna puolestaan oli .83. Loppuun palaminen ja sekundaaritraumatisoituminen pisteytetään erikseen laskemalla kunkin oireen väitteistä muodostuvat pisteet yhteen. Osa väitteistä oli esitetty käänteisesti, ja siksi ne käännettiin niin, että keskiarvosummamuuttujan suurempi arvo kuvaa suurempaa määrää mitattua asiaa. Jokaiseen kysymykseen on 6 vastausvaihtoehtoa: 0 = En/Ei koskaan, 1 = Harvoin, 2 = Joskus, 3 = Melko usein, 4 = Usein ja 5 = Erittäin usein.

## 2.5 Tilastolliset menetelmät

Kovariaatit valittiin aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Niiden yhteyttä tunteiden eriyttämiseen selvitettiin kahden riippumattoman otoksen t-testillä (sukupuolen ja koulutuksen osalta), Pearsonin korrelaatiolla (iän, psyykkisen kuormittuneisuuden, burnoutin ja sekundaaritraumatisoitumisen osalta) ja varianssianalyysillä (terveydentilan, siviilisäädyn ja työnohjauksen osalta). Terveystilamuuttuja oli regressioanalyysissä mukana alkuperäisessä muodossaan, mutta tarkasteltaessa varianssianalyysillä yhteyttä tunteiden eriyttämiseen, käytettiin 3-luokkaista muuttujaa, jossa yhdistettiin vastausvaihtoehdot ”keskitasoinen”, ”melko huono” ja ”huono” johtuen luokkien pienyydestä.

Aineisto analysoitiin käyttäen IBM SPSS Statistics -ohjelmiston versiota 25. Tunteiden eriyttämisen yhteyttä unettomuuteen analysoitiin logistisella regressioanalyysillä. Logistisella regressioanalyysillä muodostettiin yhteensä neljä mallia, joista ensimmäinen oli vakioimaton, eli tarkasteli vain tunteiden eriyttämisen yhteyttä unettomuuteen. Mallissa 2 kovariaateiksi lisättiin ikä ja sukupuoli, Mallissa 3 edellisten lisäksi terveydentila, psyykinen kuormittuneisuus, siviilisäätö ja koulutus. Mallissa 4 lisättiin vielä loppuun palaminen, sekundaaritraumatisoituminen ja työnohjaus. Logistisesta



regressioanalyysistä raportoidaan odds ratio (OR) ja sille 95 % luottamusväli (confidence interval, CI).

Tunteiden eriyttämisen ja unettomuuden yhteyttä analysoitiin pitkittäisasetelmalla. Pitkittäisasetelmassa tunteiden eriyttäminen ja taustatiedot olivat ensimmäisen mittauspisteen kyselyaineistosta, ja unettomuus oli mitattu toisessa mittauspisteessä. Pitkittäisasetelmassa todettiin ensimmäisessä mittauspisteessä ilmenneen unettomuuden selittävän parhaiten unettomuutta toisessakin mittauspisteessä muihin muuttujiin verrattuna. Tästä syystä lopullisista analyyseistä jätettiin pois unettomuutta ensimmäisessä mittauspisteessä kokeneet henkilöt, jolloin lopullinen otoskoko oli 294 työntekijää.

### **3. TULOKSET**

#### **3.1 Aineiston kuvaus**

Muuttujien kuvailevat tunnusluvut ovat raportoitu Taulukossa 1. Korkeampi pistemäärä tunteiden eriyttämisessä tarkoittaa voimakkaampaa tunteiden eriyttämistä. Tutkittavista (n = 294) naisia oli 91 prosenttia (n = 268) ja tutkittavien keski-ikä oli 45.35 vuotta (SD = 10.11). Suurimalla osalla (69 %) pohjakoulutuksena oli sosiaalityön maisteri tai vastaava tutkinto, ja loppuilla oli joko sosiaali- ja/tai terveysalan ammattikorkeakoulu- tai opistoasteen tutkinto, keskeneräinen korkeakoulututkinto tai muu.

**Taulukko 1.** Kuvailevat tunnusluvut pitkittäisasetelmassa. Sukupuolen ja koulutuksen yhteyttä tunteiden eriyttämiseen analysoitiin t-testillä. Terveystilan, siviilisäädyn ja työnohjauksen määrän yhteyttä tunteiden eriyttämiseen analysoitiin varianssianalyysillä. Näiden kaikkien osalta korkeampi pistemäärän tunteiden eriyttämisessä viittaa vähäisempään tunteiden eriyttämiseen. Iän, psyykkisen kuormittuneisuuden, loppuun palamisen ja sekundaaritraumatisoitumisen yhteyttä tunteiden eriyttämiseen arvioitiin Pearsonin korrelaatiolla. Korkeampi korrelaatiokerroin viittaa vahvempaan yhteyteen kyseisten muuttujien ja tunteiden eriyttämisen välillä.

	N / M (SD)	Tunteiden eriyttäminen M (SD) / r
Koko otos	294	2.86 (0.56)
Sukupuoli		
<i>Mies</i>	26	2.70 (0.38)
<i>Nainen</i>	268	2.88 (0.57)
Koulutus		*
<i>Maisteri</i>	203	2.91 (0.57)
<i>Muu</i>	91	2.76 (0.53)
Ikä	45.35 (10.11)	.02
Psyykinen kuormittuneisuus	2.01 (0.47)	.14*
Terveystila		
<i>Hyvä</i>	115	2.79 (0.49)
<i>Melko hyvä</i>	122	2.86 (0.61)
<i>Keskitasoinen</i>	43	3.02 (0.61)
<i>Melko huono</i>	13	2.95 (0.45)
<i>Huono</i>	1	3.29 ( - )
Siviilisäätty		
<i>Naimaton</i>	37	2.81 (0.57)
<i>Naimisissa</i>	171	2.89 (0.55)
<i>Avoliitossa</i>	47	2.83 (0.50)
<i>Eronnut tai asumuserossa</i>	35	2.82 (0.64)
<i>Leski</i>	3	3.24 (0.92)
Työnohjaus		
<i>Ei</i>	74	2.84 (0.52)
<i>Kyllä, muttei riittävästi</i>	77	2.92 (0.52)
<i>Kyllä, riittävästi</i>	143	2.85 (0.60)
Loppuun palaminen	24.11 (5.25)	.14*
Sekundaaritraumatisoituminen	20.68 (5.20)	.44**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

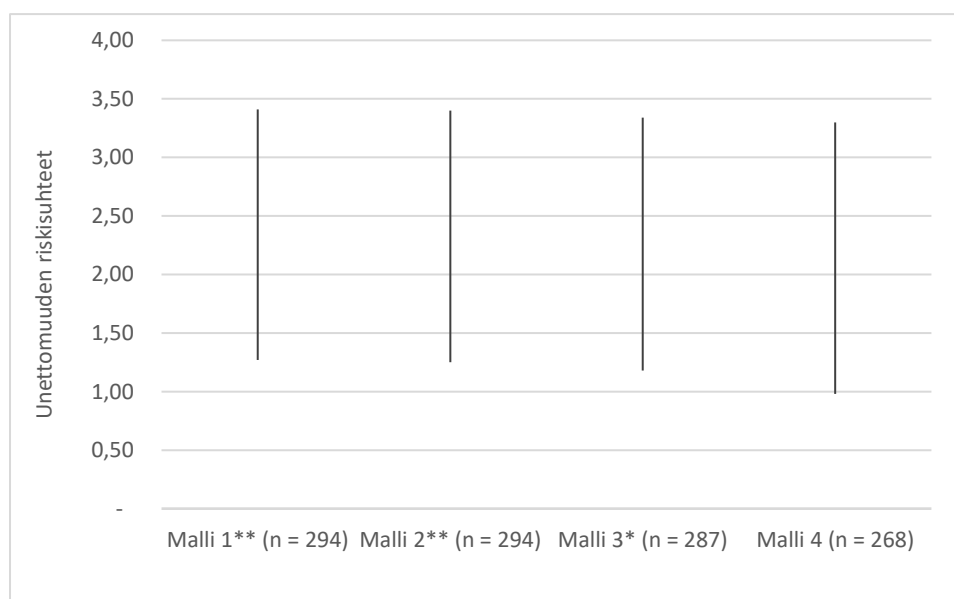
M (SD) = keskiarvo (keskihajonta), r = Pearsonin korrelaatiokerroin

Miesten ja naisten välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja tunteiden eriyttämisen osalta ( $t_{292} = 1.58$ ,  $p > .05$ ). Myöskään iällä, terveystilalla, siviilisäädyllä tai työnohjauksella ei ollut yhteyttä tunteiden eriyttämiseen. Koulutustasojen välillä oli ero ( $t_{292} = 2.06$ ,  $p < .05$ ). Maisterikoulutuksen suorittaneet saivat korkeammat pisteet

tunteiden eriyttämisessä kuin muut. Lisäksi tunteiden eriyttäminen korreloi positiivisesti psyykkisen kuormittavuuden ( $p < .05$ ), loppuun palamisen ( $p < .05$ ) ja sekundaaritraumatisoitumisen ( $p < .01$ ) kanssa.

### 3.2 Tunteiden eriyttämisen yhteys unettomuuteen

Kuvassa 2 on tarkasteltu tunteiden eriyttämisen yhteyttä riskiin kokea unettomuutta. Yhden yksikön nousu tunteiden eriyttämisessä asteikolla 1–5 lisäsi vakioimattoman mallin mukaan unettomuuden riskiä 2.08-kertaiseksi (95 % CI 1.27–3.41). Kun ikä ja sukupuoli kontrolloitiin, muuttui riski 2.07 kertaiseksi (95 % CI 1.25–3.40). Kun näiden muuttujien lisäksi vakioitiin terveydentila, psyykkinen kuormittuneisuus, siviilisääty ja koulutus, riski laski 1.98-kertaiseksi (95 % CI 1.18–3.34). Nämä mallit 1–3 olivat tilastollisesti merkitseviä, mutta lisättäessä malliin vielä loppuun palaminen, työnohjausta ja sekundaaritraumatisoituminen, riski laski 1.80-kertaiseksi (95 % CI 0.98–3.30), eikä tämä yhteys ollut enää tilastollisesti merkitsevää.



**Kuva 2.** Tunteiden eriyttämisen yhteys unettomuuteen pitkittäisasetelmassa. Malli 1 on vakioimaton. Malli 2:ssa on vakioitu ikä ja sukupuoli. Malli 3:ssa vakioitu ikä, sukupuoli, terveydentila, psyykkinen kuormittuneisuus, siviilisääty ja koulutus. Malli 4:ssa vakioitu ikä, sukupuoli, terveydentila, psyykkinen kuormittuneisuus, siviilisääty, koulutus, burnout, työnohjaus ja sekundaaritraumatisoituminen.  
\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ , OR = Odds ratio, CI = 95 % confidence interval (luottamusväli)

## 4. POHDINTA

### 4.1 Päätulokset

Tässä tutkimuksessa selvitettiin tunteiden eriyttämisen yhteyttä unettomuuteen sosiaalityöntekijöistä koostuvassa suomalaisessa aineistossa. Heikomman tunteiden eriyttämisen todettiin olevan yhteydessä suurempaan riskiin kokea unettomuutta pitkittäisasetelmassa. Analyyseista oli jätetty pois henkilöt, jotka raportoivat kokevansa unettomuusoireita jo alkumittauksessa. Hypoteesi tunteiden eriyttämisen polusta unettomuuteen loppuun palamisen, sekundaaritraumatisoitumisen ja myötätuntouupumuksen kautta sai myös osittain tukea tutkimuksen tuloksista.

Aiempaa tutkimusta tunteiden eriyttämisen ja unettomuuden yhteydestä ei ole, joten tämän tutkimuksen tuloksien suora vertaaminen aiempiin tuloksiin on mahdotonta. Tutkimuksen hypoteesina oli, että tunteiden eriyttäminen lisäisi riskiä loppuun palamiselle, sekundaaritraumatisoitumiselle ja myötätuntouupumukselle, jotka puolestaan lisäävät riskiä unettomuudelle. Tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia aiemman aihepiiriin liittyvän kirjallisuuden kanssa: mitä heikompi tunteiden eriyttäminen sitä voimakkaampi riski psyykkiselle kuormittuneisuudelle, loppuun palamiselle ja sekundaaritraumatisoitumiselle. Vachon (1993) totesi jo 1990-luvulla tunteiden eriyttämisen olevan yhteydessä loppuun palamiseen. Thomasin ja Otisin (2010) tutkimus tuki Vachonin löydöstä, ja täsmensi näkemystä liittämällä riittämättömän tunteiden eriyttämisen loppuun palamisen lisäksi myös emotionaaliseen uupumukseen ja myötätuntouupumukseen. Badger (2006, 2008) on puolestaan havainnut useampaan kertaan tutkimuksissaan heikon tunteiden eriyttämisen ennustavan sekundaaritraumatisoitumista – jopa paremmin kuin empatian määrän. Tarkasteltaessa tutkimuksen muuttujien kuvailevia tunnuslukuja huomattiin sekundaaritraumatisoitumisen olevan vahvemmin yhteydessä tunteiden eriyttämisen kanssa kuin mikään muu tarkasteltu muuttuja.

Tämän tutkimuksen tulokset olivat yhdenmukaiset aiemman kirjallisuuden kanssa myös sen suhteen, että loppuun palaminen ja sekundaaritraumatisoituminen selittivät osittain tunteiden eriyttämisen yhteyttä unettomuuteen. Havaintoa tukee muun muassa Denisen ja kumppaneiden (2017) tutkimus, jossa loppuun palamisen ja unettomuuden suhteen havaittiin olevan yksisuuntainen niin, että loppuun palaminen aiheuttaa unettomuutta.

Jotkut tutkijat ovat esittäneet yhteyden olevan kaksisuuntainen (Grossi, ym., 2015; Armon, ym., 2008; Armon 2009; Söderström, ym., 2012), mitä ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan selvitetty. Tulokset olivat yhdensuuntaiset aiemman kirjallisuuden kanssa myös sekundaaritraumatisoitumisen ja unettomuuden yhteyksien osalta (Motta, 2012; Lérias & Byrne, 2003).

Tutkimuksen tilastollisissa analyyseissa loppuun palamisen ja sekundaaritraumatisoitumisen kontrollointi pudotti hieman unettomuuden riskisuhdetta, mikä saattaisi olla tulkittavissa niin, että nämä molemmat tekijät olisivat tutkimuksen hypoteesin mukaisella polulla, jossa tunteiden eriyttämisen vähäisyys johtaa unettomuuteen sekundaaritraumatisoitumisen, myötätuntouupumuksen tai loppuun palamisen kautta. Analyyseissa täysin kontrolloitu malli 4 oli lähes tilastollisesti merkitsevä, joten tulokset siis osoittivat, että vaikka tunteiden eriyttäminen oli vahvasti yhteydessä loppuun palamiseen ja sekundaaritraumatisoitumiseen, nämä eivät kuitenkaan selittäneet täysin tunteiden eriyttämisen ja unettomuuden välistä yhteyttä. Hypoteesi tunteiden eriyttämisen yhteydestä unettomuuteen sai siis tukea, mutta polku sekundaaritraumatisoitumisen, loppuun palamisen ja myötätuntouupumuksen kautta vain osittain. Mentalisaatiokyvyn, empatian ja tunteiden eriyttämisen välistä suhdetta tai sen vaikutusta tutkimuksen hypoteesin mukaiseen unettomuuteen johtavaan polkuun ei valitettavasti pystytty tässä tutkimuksessa selkiyttämään yhtenäiseksi teoriaksi. Mentalisaatiokyky kuvautuu kuitenkin tärkeänä tekijänä tunteiden eriyttämisen ja empatian taustalla, joten sen syvempi tarkastelu voisi antaa oleellista tietoa hypoteesin mukaisen polun syntyyn ja haitallisen kehityskulun ehkäisemiseen.

#### **4.2 Vahvuudet ja rajoitukset**

Tämä tutkimus oli tietävästi ensimmäinen tutkimus tunteiden eriyttämisen yhteydestä unettomuuteen. Tämän tutkimuksen selkeitä vahvuuksia olivat pitkäikäisasetelma sekä käytetyn aineiston laatu. Aineisto oli osa laajaa Työterveyslaitoksen Kunta10-seurantatutkimusta. Tämän ansiosta tutkimukseen saatiin melko suuri otos ( $n = 294$ ), minkä ansiosta tuloksia voidaan pitää kohtuullisen luotettavina. Aineiston keruussa sosiaalialan työntekijät osallistuivat hyvin aktiivisesti, mikä näkyi korkeana vastausprosenttina. Korkea vastausprosentti kertoo aineiston kohtuullisen hyvästä edustavuudesta kunta-alan sosiaalityöntekijöistä. Toisaalta sosiaalityöntekijöillä on

kunta-alalla suuri vaihtuvuus (esim. Nevala, 2017), mikä vähentää pitkäaikaistutkimukseen osallistuvien määrää, kun kysely toistetaan samoissa työpaikoissa. Pitkäaikaasetelman vahvuutena on kuitenkin tutkimuksessa huomioitu käänteisen kausaliteetin mahdollisuus, jota pyrittiin vähentämään poistamalla aineistosta ne tutkittavat, joilla jo alkumittauksessa täyttyivät unettomuudet kriteerit. Lisäksi yhtenä tutkimuksen vahvuuksista oli myös yleisesti käytetyt ja validoidut mittarit.

Näiden vahvuuksien lisäksi tutkimuksesta löytyy myös joitakin rajoituksia. Tämän tutkimustuloksen yleistettävyydestä muihin auttamisammattissa toimiviin tai koko väestöön ei voida olla varmoja, sillä kaikki osallistujat olivat sosiaalityöntekijöitä, mikä on voinut vaikuttaa tuloksiin ja tulosten yleistettävyyteen. Sosiaalialalle päätyneillä henkilöillä saattaa olla poikkeava määrä jotain piirrettä tai riskitekijöitä, mikä vaikeuttaa tulosten yleistettävyyttä muihin auttamisammattissa toimiviin tai koko populaatioon. Aiemmassa kirjallisuudessa on arveltu, että sosiaalialalle pyrkii normaalia enemmän mielenterveyden haasteille herkkiä ihmisiä (Rantonen ym., 2017). On myös keskusteltu siitä, motivoiko parentifikaatio eli lapsuuden kokemus auttajan roolista henkilöitä hakeutumaan auttajan rooliin myös myöhemmin ammatillisesti (Burnett, Jones, Bliwise, & Ross, 2006; Nikcevic, Kramolisova-Advani, & Spada, 2007). Sosiaalialalla työskentelevistä myös selkeästi suurin osa on naisia, ja naisilla on havaittu olevan suurempi riski kokea unettomuutta (Roth, 2007; Salo, ym. 2012). Tämän tutkimuksen tulokseen on siis voinut vaikuttaa se, että aineistossa oli hyvin vähän miehiä (9 %). Lisäksi kaikki osallistujat olivat samalta naisvaltaiselta alalta, jolloin aineistoon päätyneet miehet ovat saattaneet poiketa muilla aloilla työskentelevistä miehistä esimerkiksi feminiinisyyden tai muiden piirteiden osalta. Luotettavampia tuloksia voitaisiin saavuttaa tutkimalla aihetta sukupuolen ja toimialojen osalta tasaisemmin jakautuneella aineistolla.

Aikaisemman tutkimuksen perusteella Kunta10-tutkimukseen osallistuvissa kunnissa vaihtuvuus sosiaalityöntekijöiden keskuudessa on suurta (Nevala, 2017). Kahden vuoden ajanjaksolla sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus oli keskimäärin 30 % vähintään viiden työntekijän työyksiköissä (vaihteluväli 0–99 %). Vaihtuvuus voi johtua monista työhön ja yhteiskuntaan liittyvistä seikoista, kuten työn kuormittavuudesta, alhaisesta palkasta ja vähäisestä arvostuksesta yhteiskunnassa. Todennäköisesti kaikkein huonoimmin voivat ja ne, joiden psyykkiset resurssit ovat heikoimmat, saattavat lähteä pois tai siirtyä alan sisällä vähemmän kuormittaviin tehtäviin. Työntekijöiden nopea vaihtuvuus on voinut vaikuttaa tässä tutkimuksessa käytettyyn aineistoon ja siinä tapahtuneeseen katoon, mikä

puolestaan saattaa vaikuttaa siihen, että tämän tutkimuksen tulos on aliarvio todellisesta yhteydestä.

Tutkimusaineisto perustui kokonaan itsearviointikyselyihin, joihin liittyy aina rajoituksia. Kysymysten moniselitteisyys, itsereflektion taso, vastaajan mieliala, yksilön vastaustaipumukset (liioittelu tai vähättely, optimistisuus tai pessimistisyys, totuudenmukaisuus) tai edellisten kysymysten primingvaikutus ovat voineet vaikuttaa tuloksiin. Tunteiden eriyttämistä mitattiin MES-kyselyllä, joka on aiemmassa tutkimuksessa todettu validiksi mittariksi. Kuitenkin tässä tutkimuksessa sen Cronbachin alfa jäi .55 tasolle, eli reliabiliteetti ei ollut kovin hyvä. MES-mittarin toimivuuteen ainakin tämän tutkimuksen yhteydessä on siis suhtauduttava kriittisesti.

Unettomuutta mitattiin Jenkins Sleep Problems Scale -mittarilla (Jenkins ym., 1988), jolla mitataan tutkittavan subjektiivisesti kokemia unettomuusoireita. Tähän mittariin liittyy muutama rajoitus. Unettomuutta mitattaessa kysymyksenasettelu ei sallinut unettomuuden luokittelua diagnostisten kriteerien mukaisesti niin, että unettomuusoireita olisi vähintään kolmena yönä viikossa. Näin ollen unettomuuden arvioinnissa saattaa esiintyä virhettä. Tässä tutkimuksessa katkaisurajaksi asetettiin oireiden esiintyminen vähintään 5 yönä viikossa, jolloin tutkimus tunnistaa diagnostista raja-arvoa voimakkaampia unettomuusoireita kokevia. Käytettyä mittaria ei näin ollen voida käyttää diagnostisena välineenä. Määrittelemällä unettomuus viitenä tai useampana yönä viikossa oireita kokeviksi pyrittiin kuitenkin välttymään liian herkältä diagnosoinnilta, ja tätä samaa käytäntöä on noudatettu myös aiemmissa unettomuustutkimuksissa (esim. Salo ym., 2014; Salo ym., 2012). Unettomuusmuuttujan arvoksi määriteltiin tutkittavan useimmin kokeman oireen yleisyys, jotta unettomuuden astetta pystyttiin kuvaamaan parhaiten. Jos unettomuusoireista olisi luotu summamuuttuja, se olisi voinut vääristää unettomuuden todellista astetta (esim. yksi lähes joka yö koettu oire voisi saada saman arvon kuin useampi harvakseltaan koettu oire, vaikka todellisuudessa ainoastaan ensiksi mainittu ylittäisi diagnostiset kriteerit). Lisäksi subjektiiviseen arvioon perustuva mittaus sisältää sen riskin, ettei unettomuudesta kärsivien ihmisten arviot nukutusta ajasta ja nukahtamisviiveestä pidä paikkaansa, sillä unen määrää on välillä vaikea arvioida. ”Common method” -harha on myös mahdollinen observationaalisissa kyselytutkimuksissa. Unettomuusoireiden kokeminen voi aiheuttaa myös kielteisempiä arvioita tunteiden eriyttämisen suhteen. Tutkimuksessa käytettiin kuitenkin pitkittäisasetelmaa eli selittäjä ja selitettävä mitattiin eri ajankohtina, mikä saattaa

vähentää harhaa. Lisäksi aineistosta poistettiin alkumittauksessa unettomuutta kokevat henkilöt, jolla pyrittiin kontrolloimaan myös käänteisen kausaliteetin mahdollisuutta. Puutteista huolimatta käytetty mittari kartoittaa unettomuusoireet kattavasti, sillä se sisältää samat oireet kuin diagnostiset kriteeritkin, minkä vuoksi sisältövaliditeetti pysyy.

Tutkimuksessa kontrolloitiin erilaisia unettomuuteen vaikuttavia tekijöitä aiemman tutkimustiedon perusteella kyselyaineiston asettamissa rajoissa. Valmiin kyselyaineiston vuoksi kaikkia olennaisia kovariaatteja ei onnistuttu saamaan mukaan tarkasteluun. Monet psyykkiset ja fyysiset sairaudet esiintyvät todetusti usein yhdessä unettomuuden kanssa, ja kausaliteetin suuntaa voi olla vaikea erottaa (Roth, 2007). Tutkimusaineistossa ei ollut selvitetty tutkimuksen toteuttamishetkellä voimassa olevia diagnooseja psyykkisistä häiriöistä tai muista sairauksista, joten niiden mahdollisista vaikutuksista tuloksiin ei saatu mitään tietoa. Tutkimuksessa oli kuitenkin kontrolloitu osallistujan kokemus hänen terveydentilastaan ja psyykkisestä kuormittuneisuudestaan, ja näiden on todettu kertovan suhteellisen luotettavasti vastaajan senhetkisestä terveydentilasta (Goldberg ym., 1997; Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen, & Urponen, 1997). Osallistujan persoonallisuudenpiirteitä ei pystytty kontrolloimaan, mutta persoonallisuuspiirteiden mittaaminen olisi voinut olla tarpeellista, sillä niillä on todettu olevan yhteys unettomuuteen (van de Laar, Verbeek, Pevernagie, Aldenkamp, & Overeem, 2010).

### **4.3 Jatkotutkimus- ja sovellusehdotukset**

Tunteiden eriyttämisen ja unettomuuteen yhteyteen linkittyä oleellisesti empatian käsite. Aiempi kirjallisuus toteaa, että sekä empatia että tunteiden eriyttäminen linkittyvät läheisesti mentalisaatiokykyyn, jonka uskotaan olevan molempien edellä mainittujen kykyjen taustalla. Tämän tutkimuksen hypoteesi perustuu vahvasti mediaatioon perustuvaan vaikutukseen. Vaikka tutkimuksen löydökset tukivat mediaatiota, mediaation tarkempi testaaminen mediaatioanalyysillä antaisi oleellista lisätietoa yhteydestä. Tehdyn tarkastelun perusteella jää myös avoimeksi se, perustuuko yhteys enemmän työn psyykkisen kuormittavuuden seurauksille (esim. loppuun palaminen ja sekundaaritraumatisoituminen) vai onko yhteyden taustalla esimerkiksi työntekijän heikompi mentalisaatiokyky tai alhaisempi kyky eriyttää tunteita. Koska mediaatioanalyysija ei pystynyt tekemään luotettavasti vain kahdella mittauspisteellä, niin näitä mahdollisia ketjuja ei pysty täysin tällä aineistolla saamaan selville.



Jatkossa tutkimusta kaivattaisiin ensinnäkin tasaisemmin jakautuneen aineiston kanssa niin, että sukupuolijakauma olisi tasaisempi, ja että aineistoon saataisiin lisää eri ammattiryhmiä sekä sosiaali- ja terveysalalta sisältä että muilta aloilta. Lisäksi otoskoon kasvattaminen ja vielä pidempikestoinen pitkittäisasetelma auttaisi luotettavampien ja paremmin yleistettävien tulosten saavuttamista. Tunteiden eriyttäminen saattaa olla suhteellisen vakaa ominaisuus tai taito, joten entistä pidempi tutkimusasetelma voisi tuoda paremmin sen aiheuttamaa oireilua ja polun kulkua ilmi. Mahdollisten psyykkisten tai fyysisten sairauksien sekä persoonallisuuden huomioon ottaminen tarkastelussa (niin itsearvioinnin kuin unettomuudenkin näkökulmasta) voisi myös tuottaa mielenkiintoista lisätietoa aiheeseen.

Uupumuksen ja loppuun palamisen kumuloituminen on pitkä prosessi, joten sen selvempi kartoittaminen olisi vaatinut useamman mittauspisteen. Kolmas mittauspiste olisi myös auttanut selvittämään yksityiskohtaisemmin polun tunteiden eriyttämisen ja myötätuntouupumuksen sekä sekundaaritrauman yhteyksistä. Kuitenkin kolmannen mittauspisteen kanssa olisi tullut ongelmaksi otoksen merkittävä pieneneminen, sillä kyselyaineistossa mukana olleiden työyksiköiden työntekijöiden vaihtuvuus oli keskimäärin 30 % ja se vaihteli välillä 0 % ja 99 % (Nevala, 2017). Lisääntyneet mittauspisteet olisivat siis pienentäneet otoskokoa merkittävästi.

Jansson-Fröjmark ja Lindblom (2010) ehdottivat tutkimuksessaan poikkeavan näkemyksen siitä, että unettomuus olisikin loppuun palamisen syy eikä seuraus. Monet ovat puolestaan todenneet tutkimuksissaan loppuun palamisen ja unettomuuden välisen yhteyden kaksisuuntaiseksi (Grossi, ym., 2015; Armon, ym., 2008; Armon 2009; Söderström, ym., 2012). Jatkotutkimuksen kannalta voisi olla mielenkiintoista selvittää, jospa tässä tutkimuksessa ehdotettu polku tunteiden eriyttämisestä unettomuuden voisi toimia myös toiseen suuntaan. Olisi mielenkiintoista selvittää, voiko unettomuudella olla oma roolinsa altistavana tekijänä loppuun palamiselle, sekundaaritraumatisoitumiselle ja myötätuntouupumukselle – ja kenties lopulta myös tunteiden vähäisemmälle eriyttämiselle. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin yhteyttä vain yksisuuntaisesti.

#### 4.4 Johtopäätökset

Unettomuudella on osoitettu olevan lukuisia haitallisia vaikutuksia niin yksilön elämässä kuin yhteiskunnallisella tasolla. Tämä tutkimus tuotti lisää tietoa unettomuudelta suojaavista ja sille altistavista tekijöistä. Auttajan roolissa työskentelevillä tunteiden eriyttämisen puutteellisuus aiheuttaa lisääntyvää riskiä unettomuudelle, sillä heidän työnsä on empaattisesti kuormittavaa ja sekundaariset stressioireet yleisiä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella olisi mahdollista kehittää entistä toimivampia hoitotoimenpiteitä univaikeuksiin, nimenomaan empatiakuormitukselta raskaissa olosuhteissa työskenteleville henkilöille, kuten esimerkiksi sosiaalityöntekijöille, hoitoalalla työskenteleville, psykologeille, psykoterapeuteille ja kasvatustyöntekijöille. Auttajan rooleissa eri toimialoilla työskentelevillä on usein ongelmia loppuun palamisen, myötätuntuupumuksen ja sekundaaristen stressioireiden kanssa, joten tässä tutkimuksessa ilmenneet yhteydet eivät välttämättä rajoitu vain sosiaalityöntekijöihin, vaan mahdollisesti viittaa laajempaan ilmiöön tunteiden eriyttämisen, empatian ja unettomuuden ongelmatiikasta auttajan työssä. Tämän tarkempi toteaminen vaatisi kuitenkin jatkotutkimusta.

Hoitoalan ylikuormittuneisuus on aiheuttanut paljon keskustelua yhteiskunnassamme, ja tämän tutkimuksen tuloksia olisi mahdollista hyödyntää kyseistä pulmaa ratkaistaessa. Lisäämällä hoitotyötä tekevien henkilöiden omaa hyvinvointia ja kykyjä eriyttää tunteitaan riittävästi, työn tehokkuus ja laatu saattaisivat nousta sekä kustannukset vähetä valtionlaajuisellakin tasolla. Ennaltaehkäisevien toimenpiteiden suunnitteleminen olisi tämän tutkimuksen tulosten mukaisesti perusteltua. Alan riskitekijöitä voisi ottaa paremmin huomioon jo esimerkiksi riskialttiiden alojen koulutuksessa. Myös hoitoalojen työyhteisöjen kulttuuria voisi olla perusteltua kehittää paremmin empaattista ylikuormitusta ehkäiseväksi. Mentalisaatiokyvyn ja itsereflektiotaitojen edistämisen keinot kuvautuivat tärkeinä työntekijöiden tunteiden eriyttämisen taitojen osalta, joten niitä tulisi tukea entistä enemmän auttamisammattien koulutuksessa ja työelämän ammattikäytännöissä. Koulutuksen osalta kyseisten taitojen edistämisen voisi ottaa huomioon esimerkiksi koulutussuunnitelmien ja kurssien laadinnassa sekä työharjoitteluiden muodostamisessa. Työelämän ammattikäytäntöjen tulisi myös selkeämmin tukea kyseisten taitojen kehittymistä esimerkiksi työnohjauksien, työyhteisöjen johtamisen ja työpaikkojen vallitsevan kulttuurin osalta.

## LÄHTEET

- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2016). Vaikuttava työuupumusinterventio: Systemaattinen katsaus ja toimintaohjeita. *Tietoa työstä*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Arches, J. (1991). Social structure, burnout, and job satisfaction. *Social Work, 36*, 202-206.
- Armon, G., Shirom, A., Shapira, I., & Melamed, S. (2008). On the nature of burnout–insomnia relationships: A prospective study of employed adults. *Journal of Psychosomatic Research, 65*, 5-12.
- Armon, G. (2009). Do burnout and insomnia predict each other's levels of change over time independently of the job demand control–support (JDC–S) model? *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 25*, 333-342.
- Badger, K. (2006). Catastrophe in the workplace: Impact of indirect trauma exposure on hospital social workers. *Dissertation Abstracts International, 66*, 4530.
- Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health & Social Work, 33*, 63-71.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 91.
- Benca, R. M. (2001). Consequences of insomnia and its therapies. *The Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 33-38.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work, 52*, 63-70.
- Burnett, G., Jones, R. A., Bliwise, N. G., & Ross, L. T. (2006). Family unpredictability, parental alcoholism, and the development of parentification. *The American Journal of Family Therapy, 34*, 181-189.

- Bush, N. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk? *Oncology Nursing Forum: Clinical Challenges*, 36, 24-28.
- Carter, P. A., Dyer, K. A., & Mikan, S. Q. (2013). Sleep disturbance, chronic stress, and depression in hospice nurses: testing the feasibility of an intervention. *Oncology Nursing Forum*, 40.
- Compton, L. (2013). *Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction Among Critical Incident Stress Management (CISM) Providers*. Regent University.
- Corcoran, K. J. (1981). Experiential empathy: A theory of a felt-level experience. *Journal of Humanistic Psychology*, 21, 29-38.
- Corcoran, K. J. (1982). An exploratory investigation into self-other differentiation: Empirical evidence for a monistic perspective on empathy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19, 63.
- Corcoran, K. J. (1989). Interpersonal stress and burnout: Unraveling the role of empathy. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 141.
- Davis, C. M. (1990). What is empathy, and can empathy be taught?. *Physical Therapy*, 70(11), 707-711.
- Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *Scientific World Journal*, 6, 1146-1163. doi:10.1100/tsw.2006.221
- DePanfilis, D. (2006). Invited commentary— Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction: Implications for retention of workers. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1067-1069. doi:10.1016/j.chiabu.2006.08.002
- Delesie, L., Vermeir, P., Den Hert, K., Eggermont, S., Tobbacq, E., Vogelaers, D., & Mariman, A. (2019). Cross-sectional screening for insomnia and burnout in nurses. *In Care4 congres*.
- Electris, A. C. (2013). Vicarious trauma: A relationship between emotional empathy and emotional overidentification in mid-career trauma clinicians (Order No. 3536157).
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and

- implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, *31*, 25-36.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 1433-1441.
- Fonagy, P. (1991) Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, *72*, 639–56.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, *27*, 191-197.
- Grossi, G., Perski, A., Osika, W., & Savic, I. (2015). Stress-related exhaustion disorder—clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, *56*, 626-636.
- Gupta, S., & Arnedt, T. (2011). Sleep and cardiovascular disease. *Psychiatry and Heart Disease: The Mind, Brain, and Heart*, 135-152.
- Hamer, M., Batty, G. D., & Kivimaki, M. (2012). Sleep loss due to worry and future risk of cardiovascular disease and all-cause mortality: the Scottish Health Survey. *European Journal of Preventive Cardiology*, *19*, 1437-1443
- Hill, H.R. (1991). Point and counterpoint: Relationships in oncology care. *Journal of Psychosocial Oncology*, *9*, 97–112.
- Holm, U. (2002). Empathy and professional attitude in social workers and non-trained aides. *International Journal of Social Welfare*, *11*, 66-75.
- Huedo-Medina, T. B., Kirsch, I., Middlemass, J., Klonizakis, M., & Siriwardena, A. N. (2012). Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *Bmj*, *345*, e8343.

- Häusser, J. A., Mojzich, A., Niesel, M. & Schulz-Hardt, S. (2010) Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological wellbeing. *Work & Stress* 24, 1-35.
- Irwin, M., Fortner, M., Clark, C., McClintick, J., Costlow, C., White, J., ... & Gillin, J. C. (1995). Reduction of natural killer cell activity in primary insomnia and in major depression. *Sleep Res*, 24, 256.
- Jackson, S. E. (2010). *Sleep, Compassion Fatigue, and Health Among Psychological Health Providers* (Doctoral dissertation, Alliant International University, California School of Professional Psychology, Fresno).
- Jansson-Fröjmark, M., & Lindblom, K. (2010). Is there a bidirectional link between insomnia and burnout? A prospective study in the Swedish workforce. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17, 306-13.
- Jenkins, C. D., Stanton, B. A., Niemcryk, S. J., & Rose, R. M. (1988). A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41, 313-321.
- Johnson, E. O., Roth, T., & Breslau, N. (2006). The association of insomnia with anxiety disorders and depression: exploration of the direction of risk. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 700-708.
- Kalisch, R., Wiech, K., Critchley, H. D., Seymour, B., O'Doherty, J. P., Oakley, D. A., et al. (2005). Anxiety reduction through detachment: Subjective, physiological, and neural effects. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17, 874-883.
- Kalland, M. 2014. Vanhemman mentalisaatiokyky. Julkaisussa: *Mentalisaatio perheiden kohtaamisessa*. Tampere: Mannerheimin Lastensuojeluliitto. 26-38
- Knutson, K. L., & Van Cauter, E. (2008). Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1129, 287.
- Koffel, E., & Watson, D. (2009). The two-factor structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 183.

- Kuppermann, M., Lubeck, D. P., Mazonson, P. D., Patrick, D. L., Stewart, A. L., Buesching, D. P., & Filer, S. K. (1995). Sleep problems and their correlates in a working population. *Journal of General Internal Medicine, 10*, 25-32.
- LeBlanc, M., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., Baillargeon, L., & Morin, C. M. (2009). Incidence and risk factors of insomnia in a population-based sample. *Sleep, 32*, 1027-1037.
- Leger, D., Bayon, V., Ohayon, M. M., Philip, P., Ement, P., Metlaine, A., ... & Faraut, B. (2014). Insomnia and accidents: cross-sectional study (EQUINOX) on sleep-related home, work and car accidents in 5293 subjects with insomnia from 10 countries. *Journal of Sleep Research, 23*, 143-152.
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 19*, 129-138.
- Lim, A. S., Kowgier, M., Yu, L., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2013). Sleep fragmentation and the risk of incident Alzheimer's disease and cognitive decline in older persons. *Sleep, 36*, 1027-1032.
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *Online Journal of Issues in Nursing, 16*, 3.
- Majdandžić, J., Amashafer, S., Hummer, A., Windischberger, C., & Lamm, C. (2016). The selfless mind: How prefrontal involvement in mentalizing with similar and dissimilar others shapes empathy and prosocial behavior. *Cognition, 157*, 24-38.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology, 93*, 498.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy 1. *Journal of Personality, 40*, 525-543.
- Metlaine, A., Sauvet, F., Gomez-Merino, D., Elbaz, M., Delafosse, J. Y., Leger, D., & Chennaoui, M. (2017). Association between insomnia symptoms, job strain

- and burnout syndrome: a cross-sectional survey of 1300 financial workers. *BMJ open*, 7, e012816.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 517-528.
- Motta, R. W., Newman, C. L., Lombardo, K. L., & Silverman, M. A. (2004). Objective assessment of secondary trauma. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6, 67-74.
- Motta, R.W. (2012). Posttraumatic stress disorder and secondary traumatization: A comprehensive review. *Mental Health News*, 15, 1-30.
- Nevala, E. (2017). Kunta-alan sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuuden yhteys työn kuormittavuuteen. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, Turku.
- Nikčević, A. V., Kramolisova-Advani, J., & Spada, M. M. (2007). Early childhood experiences and current emotional distress: What do they tell us about aspiring psychologists?. *The Journal of Psychology*, 141, 25-34.
- Ohayon, M. M., & Partinen, M. (2002). Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *Journal of Sleep Research*, 11, 339-346.
- Ohayon, M. M., & Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 9-15.
- Pajulo, M., Salo, S., & Pyykkönen, N. (2015). Mentalisaatio ihmistä suojaavana tekijänä. *Duodecim*, 1050-7.
- Perino, S. (2016). *The Relationship Among Secondary Trauma, Social Support, Visual Working Memory, and Attention in Clinicians*. Hofstra University.
- Portnoy, D. (2011). Burnout and compassion fatigue: watch for the signs. *Health Progress (Saint Louis, Mo.)*, 92, 46-50.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). "Does the chimpanzee have a theory of mind?". *Behavioral and Brain Sciences*. 1 (4): 515–526. doi:10.1017/S0140525X00076512.



- Rantonen, O., Alexanderson, K., Pentti, J., Kjeldgård, L., Hämäläinen, J., Mittendorfer-Rutz, E., ... & Salo, P. (2017). Trends in work disability with mental diagnoses among social workers in Finland and Sweden in 2005–2012. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 644-654.
- Riemann, D. (2007). Insomnia and comorbid psychiatric disorders. *Sleep Medicine*, 8, S15-S20.
- Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 3, S7.
- Rothschild, B. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York, NY: W. W. Norton.
- Salo P; Vahtera J; Ferrie JE; Akbaraly T; Goldberg M; Zins M; Pentti J; Virtanen M; Shipley MJ; Singh-Manoux A; Dauvilliers Y; Kivimäki M. (2012) Trajectories of sleep complaints from early midlife to old age: longitudinal modeling study. *Sleep*, 35, 1559-1568.
- Salo, P., Vahtera, J., Hall, M., Rod, N. H., Virtanen, M., Pentti, J., ... & Kivimäki, M. (2012). Using repeated measures of sleep disturbances to predict future diagnosis-specific work disability: A cohort study. *Sleep*, 35, 559-569.
- Salo, P., Ala-Mursula, L., Rod, N. H., Tucker, P., Pentti, J., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2014). Work time control and sleep disturbances: prospective cohort study of Finnish public sector employees. *Sleep*, 37, 1217-1225.
- Salo, P., Rantonen, O., Aalto, V., Oksanen, T., Vahtera, J., Junnonen, S. R., ... & Hämäläinen, J. (2016). Sosiaalityöntekijöiden hyvinvointi: Sosiaalityön kuormittavuus, voimavaratekijät ja sosiaalityöntekijöiden mielenterveys.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & de Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one*.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions

- on burnout and its core component emotional exhaustion—a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9, 10.
- Shallcross, A. J., Visvanathan, P. D., Sperber, S. H., & Duberstein, Z. T. (2018). Waking up to the problem of sleep: can mindfulness help? A review of theory and evidence for the effects of mindfulness for sleep. *Current Opinion in Psychology*, 28, 37-41.
- Singareddy, R., Vgontzas, A. N., Fernandez-Mendoza, J., Liao, D., Calhoun, S., Shaffer, M. L., & Bixler, E. O. (2012). Risk factors for incident chronic insomnia: a general population prospective study. *Sleep medicine*, 13, 346-353.
- Stamm, B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Söderström, M., Jeding, K., Ekstedt, M., Perski, A. & Akerstedt, T. (2012). Insufficient sleep predicts clinical burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17, 175–183.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*, 28, 1457-1464.
- Taylor, D. J., Bramoweth, A. D., Grieser, E. A., Tatum, J. I., & Roane, B. M. (2013). Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. *Behavior Therapy*, 44, 339-348.
- Thomas, J. T., & Otis, M. D. (2010). Intrapsychic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1, 83-98.
- Toker, S., & Melamed, S. (2017). Stress, Recovery, Sleep, and Burnout. *In the Handbook of Stress and Health*.
- Tom, S. E., Wickwire, E. M., Park, Y., & Albrecht, J. S. (2016). Nonbenzodiazepine sedative hypnotics and risk of fall-related injury. *Sleep*, 39, 1009-1014.
- Turvey, C. L., Conwell, Y., Jones, M. P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J. L., & Wallace, R. (2002). Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 398-406.

- Vachon, D. O. (1993). The influence of affect intensity, dispositional empathy, and emotional separation on the relationship between perceived stress and burnout in a nursing population.
- van de Laar, M., Verbeek, I., Pevernagie, D., Aldenkamp, A., & Overeem, S. (2010). The role of personality traits in insomnia. *Sleep Medicine Reviews, 14*, 61-68.
- Voss Horrell, S. C., Holohan, D. R., Didion, L. M., & Vance, G. T. (2011). Treating traumatized OEF/OIF veterans: How does trauma treatment affect the clinician?. *Professional Psychology: Research and Practice, 42*, 79-86.
- Walsh, F. (Ed.). (2008). *Spiritual resources in family therapy*. Guilford Press.
- Walker, M. P. (2017). *Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams*. New York, NY: Scribner, an imprint of Simon & Schuster.