

Kristian Reichtzeder

KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALISET INTERVENTIOT TYÖUUPUMUKSEN HOIDOSSA

Lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos

Psykiatrian oppiala

Kevätlukukausi 2021

Vastuhenkilö: Sinikka Luutonen

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

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

KRISTIAN REICHETZEDER: Kognitiivis-behavioraaliset interventiot työuupumuksen hoidossa

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 27 s.

Psykiatria

Maaliskuu 2021

Työuupumus on yleinen, mutta silti alidiagnosoitu vaiva väestössämme, ja se on muodostunut työelämän kiihtymisen myötä merkittäväksi kansanterveydelliseksi ongelmaksi. Jopa neljänneksen työssäkäyvistä arvioidaan kärsivän vähintään lievistä työuupumuksesta. Työuupumuksen diagnostisia kriteerejä ei ole standardisoitu, ja sitä myös mitataan hyvin erilaisilla mittareilla. Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ja terapiat ovat lupaavia työuupumuksen hoitotapoja. Niiden käyttöä työuupumuksen hoidossa on tutkittu runsaasti, ja tulokset ovat olleet lupaavia. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on antaa ajankohtainen katsaus kognitiivis-behavioraalisten menetelmien ja terapioiden hyödyllisyydestä työuupumuksen hoidossa, ja antaa ehdotuksia tulevien interventiotutkimusten laadun parantamiseen, jotta tulevaisuudessa voidaan parantaa työuupuneiden potilaiden tunnistamista ja hoitoa.

Katsauksen aineistona toimivat alan keskeisistä PubMed- ja PsycInfo-tietokannoista kerätyt interventiotutkimukset. Laajoin hakulausekkein haetuista tutkimuksista valikoitui ennaltamääritettyjen kriteerien mukaan 23 hoito- tai sekundaaripreventiotutkimusta, joissa hoitomuotona käytettiin kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä ja terapiota. Tässä katsauksessa esitellään artikkelien tutkimustuloksia ja pohditaan artikkeleista muodostuvaa kokonaiskuvaa ja sitä, miten tutkimustuloksia voidaan yhdistellä ja hyödyntää työuupumuksesta kärsivien potilaiden hoidossa.

Kognitiivis-behavioraalisilla menetelmillä ja terapioidella vaikuttaa olevan selkeää tehoa työuupumuksen hoidossa, mutta tutkimusnäyttö ei ole kiistatonta. Useissa tutkimuksissa interventioyöryhmän ja kontrolliryöryhmän välille ei muodostu tilastollisesti merkitseviä eroja

työuupumuksesta toipumisessa. Kognitiivis-behavioraalisten menetelmien ja terapioiden tehon kiistattoman varmentamisen esteeksi muodostuu muun muassa interventiotutkimusten kontrolliryhmien rakentamisen vaikeus, työuupumuksen heterogeeninen määrittely, diagnosointi ja mittaaminen sekä kognitiivis-behavioraalisten menetelmien monimuotoisuus. Lisää tutkimuksia aiheesta tarvitaan, ja erityisesti yhtenäistettyjen työuupumuksen diagnoosikriteerien ja mittarien kehittyminen olisi tärkeää työuupumuspotilaiden hoidon kehittymisen mahdollistamiseksi.

Sisällysluettelo

1	Johdanto.....	1
1.1	Työuupumus	1
1.1.1	Mitä on työuupumus?	1
1.1.2	Työuupumuksen synnyn ulkoiset vaikuttimet	2
1.1.3	Yksilölliset tekijät työuupumuksen taustalla	3
1.2	Kognitiivinen psykoterapia	5
2	Tutkimuksen tarkoitus ja hypoteesit.....	6
3	Aineisto ja menetelmät	7
4	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	10
4.1	Yleistiedot interventiotutkimuksista	10
4.2	CBT-interventioiden tehokkuus	14
4.2.1	Tutkimukset, joissa interventioryhmän ja kontrolliryhmän välille muodostui tilastollisesti merkitseviä eroja.....	14
4.2.2	Tutkimukset, joissa interventioryhmän ja kontrolliryhmän välille ei muodostunut tilastollisesti merkitseviä eroja.....	16
4.3	Internet-pohjaiset interventiot.....	18
5	Pohdinta	19
6	Lähteet	22

1 Johdanto

1.1 Työuupumus

1.1.1 Mitä on työuupumus?

Työuupumus voidaan määritellä pitkittyneenä reaktiona työn aiheuttamiin tunnepohjaisiin ja ihmisten välisiin ärsykkeisiin. Yleisesti työuupumuksessa tunnistetaan kolme ulottuvuutta: uupuminen, kynnistyminen ja alentunut ammatillinen itsetunto. (Maslach et al. 2001) Tämä kolmen ulottuvuuden teoria työuupumuksesta on saanut tutkimustukea useasta alkuperäistutkimuksesta, kuten Worleyn ja työtovereiden (Worley et al. 2008) 45 erilliseen tutkimukseen perustuvassa meta-analyysissä osoitetaan. Uupumisella viitataan uupumusasteiseen väsymykseen, kynnisyydellä viitataan työn merkityksen väheksymiseen ja alentunut ammatillinen itsetunto viittaa kokemukseen riittämättömyydestä työssä selviämiseen.

Työuupumusta on myös lyhyemmin kuvattu uupumuksen tilana, jossa henkilö suhtautuu kynnisesti oman työnsä arvoon ja on epävarma kyvystään toimia siinä (Maslach et al. 1996). Työuupumusta ei lääketieteen piirissä pidetä sairautena (WHO 1992). Koska työuupumuksella ei ole virallista asemaa itsenäisenä diagnoosina lääketieteessä, on luonnollista, että standardoitua määritelmää työuupumukselle ei ole käytössä. Tämän takia työuupumuksesta ja sen kehittymisestä puhutaan tiedeyhteisössä käyttäen useita eri malleja ja konstruktioita.

Suurimmassa osassa maailman valtioista työuupumusta ei siis tunnisteta lääketieteellisenä diagnoosina, jolloin myös erilaiset etuudet ja sosiaalitet eivät ainakaan suoraan hyödytä työuupuneita työntekijöitä. Eräät maat kuitenkin tunnistavat työuupumuksen lääketieteellisenä diagnoosina, ja työuupumusta hoidetaan kuten muitakin tauteja, vaikkapa diabetesta tai astmaa. Tällaisia maita ovat muun muassa Ruotsi ja Alankomaat. (Schaufeli et al. 2009)

Työuupumus käsitteenä tuli yleiseen tietoisuuteen 1970-luvulla. Englanninkielinen termi ”burnout”, viittaa energian kulumiseen; jos työ jatkuu ennallaan, liekki ei kohta enää pala, vaan energia on kulutettu loppuun. Metaforan menestys terminä perustuu siihen, että ihmiset

käyttivät ilmaisuja jo ennen kuin tieteellinen yhteisö kiinnostui ilmiöstä. (Schaufeli et al. 2009) Työuupumuksella ja masennuksella on useita yhteneväisyyksiä, mutta kuitenkin useiden tutkimusten mukaan niillä on myös eriävyyksiä, joten voidaan päätellä, että työuupumuksen käsittely itsenäisenä ei ole turhaa. (Ahola ja Hakanen 2007)

Koska diagnostiset kriteerit ovat erilaisia eri valtioissa, tarkkaa prevalenssia työuupumukselle on vaikeaa ilmoittaa. Saksalaisessa tutkimuksessa elinikäinen prevalenssi työuupumukselle oli 4,2 %. Naisilla prevalenssi oli 5,2 % ja miehillä 3,3 %. (Maske et al. 2016) Suomalaisessa tutkimuksessa naisista kolmella prosentilla ja miehistä kahdella prosentilla oli vakavaa työuupumusta. Tässä tutkimuksessa otettiin myös huomioon lievä työuupumus, jonka prevalenssi oli huomattavaa: naisista 24 prosentilla esiintyi lievää työuupumusta, ja miehistä vastaavasti 23 prosentilla. (Suvisaari et al. 2012) Voidaan siis päätellä, että ainakin lievässä muodossaan työuupumus on merkittävä kansanterveydellinen ongelma ja sen prevalenssi huolestuttavan korkea.

Diagnostisia kriteerejä työuupumukselle ei ole standardisoitu, minkä vuoksi ei ole voitu standardoida myöskään työuupumuksen mittareita. Niitä on käytössä monia, ja niiden käyttö vaihtelee eri maissa. Yksi on kuitenkin yli muiden yleisyydessään. Tämänkin kirjallisuuskatsauksen kriteerit täyttäneiden artikkeleiden yleisin mittari on Maslach Burnout Inventory (MBI). Sen ovat kehittäneet Maslach ja Jackson vuonna 1981. (Maslach ja Jackson 1981) Tämä mittari on kansainvälisesti tunnetuin, käytetyin ja eniten tutkittu työuupumuksen mittari. Toinen yleisesti käytetty mittari on Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) (Melamed et al. 1992). Tutkimuksissa käytettiin myös laajasti muita mittareita, joita ei ensisijaisesti ole kehitetty työuupumuksen mittaamiseen. Taulukoissa 1 ja 2 lisätietoja tutkimuksissa käytetyistä mittareista.

1.1.2 Työuupumuksen synnyn ulkoiset vaikuttimet

Henkilön työn ominaisuuksilla on väliä työuupumuksen kehittymisessä tai sen kehittymättä jäämisessä. Tutkimukset tukevat yleistä käsitystä siitä, että työuupumus on reaktio ylikuormittumiselle. Erityisesti työuupumuksen kolmen ulottuvuuden uupumuskomponentti on yhteydessä ylikuormitukseen. Myös sosiaalisen tuen puute työpaikalla on vahvasti yhdistetty työuupumukseen. Tuen puute työtovereilta on altistava tekijä, mutta erityisesti

tuen puute esimiehiltä altistaa työuupumukselle. Palautteen puute on myös säännönmukaisesti liitetty kaikkiin työuupumuksen ulottuvuuksiin. Lisäksi työuupumuksen on havaittu olevan yleisempää ihmisillä, jotka eivät osallistu päätöksentekoon. (Maslach et al. 2001)

Myös alalla, jolla työskentelee, on tutkimusten mukaan väliä. Työuupumusta lähdettiin alun perin tutkimaan sosiaalihuollon ja opetuksen aloilla, ja työuupumustutkimuksen fokus on vieläkin keskittynyt näille aloille. Kolmen eri työuupumuksen ulottuvuuden vaihtelu on kuitenkin erilaista eri aloilla. Esimerkiksi poliiseilla ja vanginvartioilla kynnisyys ja alentunut ammatillinen itsetunto ovat tutkimuksissa olleet korostuneita, ei niinkään uupumus. Opettajilla sen sijaan uupumus on ollut korostunutta, kun taas lääkäreillä alentunut ammatillinen itsetunto on tyypillisesti korostunutta. Tällaiset erot työuupumuksen kolmen ulottuvuuden profiileissa alojen välillä viittaavat siihen, että eri aloilla on toisistaan poikkeavia ominaisuuksia, jotka vaikuttavat työntekijöiden kokemukseen työuupumuksesta. (Schaufeli ja Enzmann 1998; Maslach et al. 2001) Yleislääkäri, psykiatri, työterveyslääkäri, kätilö, sairaanhoitaja ja vanginvartija ovat esimerkkejä ammasteista, joissa työuupumuksen riski on kohonnut (Taris et al. 2005). Taris ja työtoverit myös tunnistivat tutkimuksessaan, kuten monet jo ennen heitä, että on viitteitä siitä, että henkilön vähentynyt työn kontrolli on yhteydessä työuupumuksen kehittymiseen.

Eri alojen suuren määrän takia on hedelmällisempää ajatella työuupumusta enemmänkin organisaatioiden pohjalta kuin yksittäisten työtehtävien pohjalta. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka opettajan työ koulussa ja hoitajan työ sairaalassa ovat erilaisia, molemmissa on yhteistä se, että työ on osa laajempaa kokonaisuutta, organisaatiota, johon kuuluu hierarkioita, sääntöjä, resursseja ja työskentelytiloja. Kun työuupumusta tarkastelee organisaatioiden kontekstissa, myös suuremmat yhteiskunnan linjat, kuten sosiaaliset, kulttuurilliset ja kaupalliset voimat vaikuttavat työuupumukseen. Esimerkiksi yhteistoimintaneuvottelut yrityksessä voivat vaikuttaa työntekijöiden työuupumukseen. (Maslach et al. 2001)

1.1.3 Yksilölliset tekijät työuupumuksen taustalla

Työntekijän ja työn suhde on vuorovaikutuksellinen. Molemmat vaikuttavat toisiinsa. Työntekijä ei vain reagoi työhön, vaan tuo myös omat henkilökohtaiset ominaisuutensa

vuorovaikutukseen. Näitä ominaisuuksia ovat esimerkiksi ikä, koulutus, persoonallisuus ja asenne työtä kohtaan. Tutkimuksissa on todettu, että jotkut ominaisuuksista liittyvät työuupumuksen kehittymiseen, mutta vaikutussuhde on heikompi kuin ulkoisten tekijöiden ja työuupumuksen välinen vaikutussuhde. Tämä viittaa siihen, että työuupumus on enemmän sosiaalinen kuin yksilöllinen ilmiö. (Maslach et al. 2001)

Yksilöllisistä ominaisuuksista ikä on liittynyt työuupumukseen johdonmukaisesti. Nuorilla työntekijöillä työuupumus on raportoidusti yleisempää kuin yli 30–40-vuotiailla työntekijöillä. Tähän voi kuitenkin vaikuttaa moni asia, esimerkiksi kokemuksen puute on yleensä yhteydessä nuoreen ikään. 30–40-vuotiaista työntekijöistä ovat myös poistuneet jo loppuun palaneet työntekijät, mikä voi myös osaltaan aiheuttaa työuupuneiden aliedustusta tässä ryhmässä. Naisilla on useissa tutkimuksissa todettu enemmän työuupumuksen oireita kuin miehillä (Krantz et al. 2005; Schadenhofer et al. 2018). Maslachin ja työtoverien tutkimuksessa (Maslach et al. 2001) sukupuoli ei kuitenkaan ollut hyvä ennustetekijä työuupumuksen kehittämisessä. Naisilla on yleensä kuitenkin todettu enemmän uupumusta, kun taas miehillä kynnisyttä. Naimattomilla vaikuttaa olevan suurempi riski sairastua työuupumukseen kuin naimisissa olevilla. Tämä koskee erityisesti miehiä.

Persoonallisuus vaikuttaa myös työuupumuksen riskiin. On esitetty, että henkilöt, joilla on tiettyjä persoonallisuuden piirteitä ja ominaisuuksia, ovat suuremmissa riskissä. Näitä ominaisuuksia ovat muutosvastaisuus, välttelevä selviämistyyli, tunne siitä, ettei ole kontrollissa tapahtumista, osallistumattomuus päivittäiseen toimintaan, alhainen itsetunto sekä ajatus siitä, että tapahtumat ja saavutukset johtuvat muista tai sattumasta. (Semmer ja Meier 2009)

Big Five -mallin neuroottinen ulottuvuus on myös liitetty työuupumukseen. Neuroottisuuteen liittyy ahdistuneisuutta, vihamielisyyttä, masennusta, itsetietoisuutta ja haavoittuvaisuutta. Näiden tekijöiden vuoksi neuroottiset henkilöt ovat taipuvaisempia psykologiseen stressiin kuin muut, joten työuupumuksen lisääntynyt riski tuntuu loogiselta. A-tyypin käyttäytymismalliin on liitetty erityisesti työuupumuksen uupumuskomponenttia. A-tyyppinen henkilö määrittellään usein henkilönä, joka on kilpailullinen, tiukka-aikatauluinen, vihamielinen ja haluaa kontrolloida asioita. On myös viitteitä siihen, että jungilaisen analyysin ”tuntevat” henkilöt ovat enemmän riskissä työuupumukseen ja kynnisyteen kuin ”ajattelevat” henkilöt. (Maslach et al. 2001)

1.2 Kognitiivinen psykoterapia

Kognitiivinen psykoterapia on laaja yleiskäsite, jonka alle mahtuu monia teorioita ja sovelluksia. Yhteistä näille on kognitiiviseen psykologiaan perustuva termistö, terapian tavoitteellisuus, tasavertainen vuorovaikutussuhde ja tutkiva työote. (Kähkönen et al. 2020) Kognitiivinen psykologia on tiedonkäsittelyn psykologiaa. Tiedonkäsittelyyn sisältyy muun muassa havaitseminen, tiedon hankkiminen ja käsittely, muistaminen ja unohtaminen.

Kognitiivisessa terapiassa voidaan tunnistaa kolme aaltoa: ensimmäisenä aaltona käyttäytymisterapia (behaviour therapy, BT) 1950-luvulta 1970-luvulle, toisena aaltona rationaalis-emotiivinen käyttäytymisterapia ja yleisemmin kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT) 1960-luvulta 2000-luvulle sekä kolmantena aaltona metakognitiiviset ja tietoisuustaitoihin perustuvat kognitiiviset terapiat, hyväksymis- ja omistautumisterapiat (Acceptance and commitment therapy, ACT) ja dialektinen käyttäytymisterapia (Kähkönen et al. 2020). Tässä katsauksessa keskitytään enemmän toisen ja kolmannen aallon kognitiivisiin psykoterapioihin, sillä käyttäytymisterapiasta työuupumuksen hoidossa on erittäin rajallisesti tutkimuksia, koska työuupumus käsitteenä ei ollut vielä niin kehittynyt silloin, kun käyttäytymisterapia oli kognitiivisen terapian valtasuuntaus.

Kognitiivisen terapian tehosta on runsaasti tutkimusnäyttöä erilaisten psyykkisten sairauksien hoidossa (Beck 1993). Kognitiivisen terapian tehosta masennuksen hoidossa on erityisen runsaasti tutkimusnäyttöä, esimerkiksi Dopsonin 27 erillisen tutkimuksen meta-analysissä (Dobson 1989). CBT:n käytöstä ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on myös runsaasti näyttöä. Paniikkihäiriössä paniikkikohtausten määrä vähenee ja julkisten paikkojen pelkoon liittyvä välttämiskäyttäytyminen vähenee. CBT on myös sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa tehokasta. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä CBT vähentää ahdistuneisuuden lisäksi samanaikaista masennusta. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2019)

Kognitiivisessa terapiassa käytetään useita menetelmiä ja työkaluja. Menetelmät riippuvat usein siitä, millaisen koulutuksen terapeutti on saanut, ja millaista tarkempaa kognitiivisen terapian suuntausta hän harjoittaa. Myös kohdehenkilön ominaisuuksilla on väliä, menetelmät tulee sovittaa kohdehenkilölle sopivaksi. Kognitiivinen käsitteellistäminen on yksi tärkeimmistä kognitiivisen terapian työkaluista. Kognitiivisessa käsitteellistämässä

emotionaalisten häiriöiden kognitiivisia malleja sovelletaan yksilön ongelmiin ja ahdinkoon (Beck et al. 1985). Horisontaalista käsitteellistämistä voidaan tehdä esimerkiksi seuraavasti: Otetaan potilaan elämästä hankala tilanne tarkempaan tarkasteluun, ja pohditaan tilanteeseen johtaneita tekijöitä ja potilaan ajatuksia, tunteita, ruumiillisia tuntemuksia ja käyttäytymistä. Tarkastelun jälkeen pohditaan yhdessä potilaan kanssa, voisiko tilanteessa ajatella tai käyttäytyä toisin, ja miten se vaikuttaisi potilaan tunnetilaan ja ruumiillisiin tuntemuksiin.

Menetelmiin kuuluu myös muun muassa tunteiden tunnistaminen: monet potilaat tulevat terapiaan epävarmoina siitä, mitä he tuntevat. Tunnepäiväkirjan pitäminen on yksi keino omien tuntemusten parempaan tunnistamiseen. (Wills 1997) Wills esittää kirjassaan myös muita kognitiivisen terapian menetelmiä. Automaattisen negatiivisten ajatusten tunnistaminen on yksi tärkeä menetelmä. Esimerkiksi julkisia paikkoja pelkäävä henkilö (agorafobinen) saattaa automaattisesti ajatella julkiselle paikalle joutuessaan, että pyörtyy ja nolaa itsensä. Näitä negatiivisia ajatuksia olisi hyvä päästä muuntelemaan, esimerkiksi ohjatulla löytämisellä (guided discovery). Ohjattu löytäminen tarkoittaa sitä, että asiakas ja terapeutti työskentelevät yhdessä ja yrittävät selvittää, voisiko asiat nähdä toisin. Sokraattinen metodi on usein tärkeä ohjatussa löytämisessä. Sokraattisessa metodissa käytetään systemaattista kyselemistä ja induktiivista päättelyä. (Wills 1997)

Vaihtoehtoisia menetelmiä kognitiivisessa terapiassa on monia erilaisia, mainittakoon esimerkkeinä vielä negatiivisten ajatusten päiväkirja, käytöskokeilut ja viikoittainen aktiivisuuslukujärjestys. Jotkut menetelmistä ovat lainattuja muista terapiatyypeistä, jotkut kognitiiviseen terapiaan alun perin kuuluvia. Kognitiivinen terapia perustuu aina hyvään hoitosuhteeseen, jonka sisällä voidaan käyttää eri työkaluja ja menetelmiä ja lähes aina kognitiivista käsitteellistämistä. Kognitiivinen terapia on siis muutakin kuin yksittäisiä työkaluja ja menetelmiä. (Wills 1997)

2 Tutkimuksen tarkoitus ja hypoteesit

Työuupumus on yhteiskunnassamme yleistä, ja jopa noin neljänneksen työssäkäyvistä arvioidaan kärsivän vähintään lievistä työuupumuksesta (Suvisaari et al. 2012). Työuupumuksesta toipumiseen olisi hyvä olla keinoja ja hoitoja, joita laajemmin käytettäisiin

osana työterveyshuoltoa. Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ja terapiat ovat runsaasti tutkittuja työuupumuksen hoitomenetelmiä, ja siksi ne valikoituvat tässä katsauksessa tarkasteltavaksi hoitomuodoksi. Maricuțoiun ja työtoverien (Maricuțoiu et al. 2016) tekemässä meta-analyysissä eri interventioiden tehosta työuupumuksen hoidossa kognitiivinen terapia ei kuitenkaan ollut kaikkein tehokkain menetelmä työuupumuksen vähentämisessä. Kognitiivisella terapialla oli eniten tehoa uupumukseen, ei niinkään muihin työuupumuksen ulottuvuuksiin. Erilaiset relaksaatioon perustuvat interventiot olivat kaikkein tehokkaimpia. Sen sijaan vuonna 2008 tehdyssä meta-analyysissä (Richardson ja Rothstein 2008), oli hieman eri kriteerit, jolloin saatiin erilaisia tuloksia. Tässä meta-analyysissä päädyttiin siihen, että erilaisten interventioiden tehossa oli eroja, ja kognitiiviseen terapiaan pohjautuvat interventiot olivat kaikkein tehokkaimpia.

Työuupumuksen tason arviointimittareita on useita erilaisia ja niiden yhdisteleminen on vaikeaa ja epätarkkaa. Tämä arviointimittareiden heterogeenisyys vaikeuttaa työuupumusinterventioiden tehon arviointia, ja siksi onkin mielestäni tärkeää, että työuupumukseen liittyvää tutkimusta ja tutkimustulosten koontia tehdään ja aihetta pidetään pinnalla, jotta tiedeyhteisö löytäisi yhteiset mittarit työuupumuksen arviointia varten ja saisi tehtyä laajoja, kontrolloituja tutkimuksia eri hoitomenetelmien tehosta.

Tarkoitukseni oli tässä syventävien opintojen opinnäytetyössäni tehdä laaja kirjallisuuskatsaus systemaattisin keinoin. Tutustuin tarkasti työuupumukseen ja sen hoidossa käytettyihin CBT-interventioihin ja tuotin ajankohtaisen katsauksen tämän tärkeän interventiomenetelmän hyödyllisyydestä työuupumuksen hoidossa.

Opinnäytetyöni hypoteesi oli se, että CBT-interventiot ovat tehokkaita työuupumuksen hoidossa ja sekundaaripreventiossa, ja että tämä olisi osoitettu useassa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa.

3 Aineisto ja menetelmät

Niihin henkilöihin, jotka jo valmiiksi kärsivät työuupumuksesta, kohdistettujen interventiotutkimusten määrä on rajallinen, kun taas kokonaisuun työyhteisöihin ja satunnaisiin ihmisryhmiin, joissa suurin osa on oletettavasti terveitä, kohdistetut interventiotutkimukset

ovat yleisempiä. Hoito- ja sekundaaripreventiotutkimukset ovat siis harvemmassa kuin primaaripreventiotutkimukset. Näissä lähtökohtaisesti terveistä kohdehenkilöistä kootuista primaaripreventiotutkimuksissa on se ongelma, että kohdehenkilöt reagoivat eritavoin interventioihin sen mukaan, onko heillä taustalla piilevää työuupumusta vai ei. Hoitojen todellinen teho työuupuneisiin voi siis piiloutua terveiden koehenkilöiden vuoksi. Tätä teoriaa psykologisesti terveiden kohdehenkilöiden aiheuttamasta interventioiden tehon laimenemisesta on pohdittu tiedeyhteisössä, ja esimerkiksi Flaxman ja Bond todistivat tämän teorian paikkansapitäväksi (Flaxman ja Bond 2010). Tässä opinnäytetyössä onkin nyt keskitytty näiden syiden vuoksi tutkimuksiin, joissa kohdehenkilöinä on vain työuupumuksesta valmiiksi kärsiviä henkilöitä.

Käyttämäni tietokannat haussa olivat aiheen kannalta keskeiset tietokannat PubMed ja PsychINFO. Käyttämäni hakulauseke tietokannassa PubMed oli: ((burnout OR exhaustion OR "Burnout, Professional"[Mesh]) AND (employ* OR occupat* OR job* OR work* OR vocation* OR profession*)) AND (CBT OR behavior therap* OR behavioral therap* OR behavioural therap* OR behaviour therap* OR cognitive therap* OR "cognitive behavior therapy" OR "cognitive behavioral therapy" OR "cognitive behavioural therapy" OR "cognitive behavioural therapy" OR psychotherapy* OR "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh])) AND (Randomized Controlled Trial[Publication Type])).

Käyttämäni hakulauseke tietokannassa PsychINFO oli: (burnout OR "burn out*" OR exhaustion OR DE "Occupational Stress") AND (employ* OR occupat* OR job* OR work* OR vocation* OR profession*) AND (CBT OR "behavior therap*" OR "behavioral therap*" OR "behavioural therap*" OR "behaviour therap*" OR "cognitive therap*" OR "cognitive behavior therap*" OR "cognitive behavioral therap*" OR "cognitive behavioural therap*" OR "cognitive behavioural therap*" OR "psychotherapy*" OR DE "Cognitive Therapy")

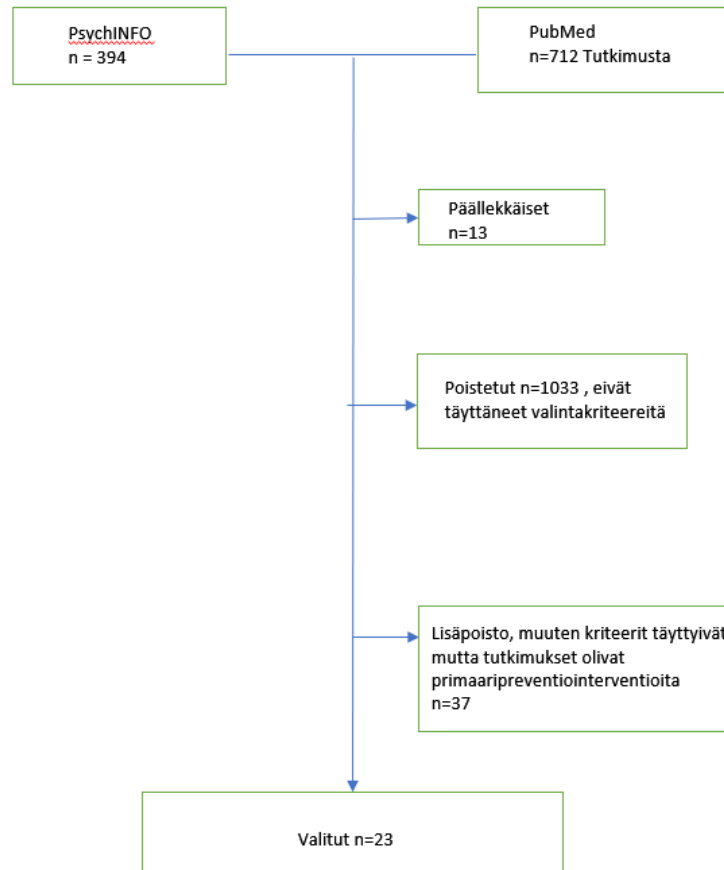
Haussani keskityin erityisesti siihen, että kaikki työuupumuksesta ja kognitiivis-behavioraalista menetelmistä käytettävät synonyymit tulivat mukaan hakutuloksiin, jotta kirjallisuuskatsauksesta tulisi mahdollisimman kattava.

PsychINFO-haku kohdistui aikavälille 01.01.1987-31.12.2020 ja PubMed-hakuun otettiin kaikki löytyvät julkaisut, jotka oli julkaistu ennen 31.12.2020. PsychINFO:n haku tuotti kokonaisuudessaan 394 hakutulosta ja PubMed:n haku 712 tulosta. PubMed:n hakutulokset

saatiin vähennettyä 162:een lisäämällä RCT-vaatimus (satunnaistetusta kontrolloidusta tutkimuksesta) hakulausekkeeseen. Näistä alustavista hakutuloksista valittiin 23 artikkelia abstraktien ja epäselvissä tapauksissa artikkelin kokotekstin perusteella. Tutkimuksista valittiin ne, jotka täyttivät tietyt ennalta määritetyt kriteerit. Kuvassa 1 on esitetty kaavio haun etenemisestä.

Kriteerit kirjallisuuskatsaukseen valituille tutkimuksille olivat seuraavat: Kohdehenkilöiden tuli olla töissä tai sairauslomalla töistä. Kohdehenkilöiltä piti olla jollain mittarilla mitattu työuupumuksen, stressin tai vastaavan oireen aste. Kohdehenkilöiden tuli olla jo kliinisesti tai subkliinisesti työuupuneita tai kärsiä samantyyppisistä oireista, kuten stressistä tai masennuksesta. Tutkimuksessa tuli käyttää työuupumukseen hoitona tai sekundaaripreventiona CBT-pohjaisia interventioita. Tutkimuksen tuli olla satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Kirjallisuushaussa löytyi 37 tutkimusta, jotka täyttivät kaikki muut kriteerit, paitsi niissä interventio kohdistui terveisiin kohdehenkilöihin, joten tutkimukset olivat primaaripreventiointerventio tutkimuksia ja täten ne poissuljettiin katsauksesta.

Myös muut työuupumuksen määritelmään sopivat oireet siis hyväksyttiin hakuun, jos ne oli mitattu jollain mittarilla. Tutkimukseen otettiin mukaan siis kliinisesti ja subkliinisesti työuupuneet kohdehenkilöt. Koska työuupumuksen kliininen diagnosointi on usein vajavaista, niin jos hoito- ja sekundaaripreventioryhmään olisi valittu vain kliinisen diagnoosin saaneita henkilöitä, tutkimuksia olisi löytynyt häviävän vähän. Suurimassa osassa valtiosta, kuten Suomessa, ei edes ole työuupumuksen diagnoosia, joten näissä maissa toteutettuja tutkimuksia subkliinisesti työuupuneilla kohdehenkilöillä ei olisi voinut sisällyttää kirjallisuuskatsaukseen.



Kuva 1. Kaavio tutkimusten valikoitumisesta kirjallisuuskatsaukseen.

4 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

4.1 Yleistiedot interventiotutkimuksista

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 23 RCT-tutkimusta. Näistä tutkimuksista kolmessa tutkimusparissa on tehty kaksi artikkelia samoista potilaista. Taulukossa 1 on tietoja tutkimusten tekijöistä, intervention ominaisuuksista, interventioiden suorittajista, interventioryhmän osallistujamäärästä, kontrolliryhmän osallistujamäärästä, käytetyistä mittareista, interventiokerroista ja tuloksista.

Osassa tutkimuksista vertailtiin CBT-intervention tehoa kontrolliryhmiin, jotka eivät saaneet mitään hoitointerventiota ja toisissa tutkimuksissa taas vertailtiin CBT-interventiota kontrolliryhmiin, jotka saivat jonkinlaisen intervention.

Tutkimuksissa käytettyjä CBT-interventioita olivat muun muassa yksilöllinen CBT, kognitiivinen ryhmäterapia, hyväksymis- ja omistautumisterapia, internet-pohjainen CBT ja daoistinen CBT. Kontrolliryhmän interventioita olivat muun muassa työhön palaamiseen tähtäävä RTW-I-interventio, Workplace dialogue -interventio, pelkkä kliininen kerta-arvio, psykodynaaminen ryhmäterapia ja qigong. Taulukossa 1 on saatavilla tiedot kaikkien tutkimusten interventio- ja kontrolliryhmistä.

Tutkimuksissa on siis käytetty useita eri CBT-interventiomuotoja ja lisäksi kontrolliryhmät ovat saaneet erilaisia hoitointerventioita, joten on selvää, että tutkimusten tuloksia voidaan tarkastella vain yleisellä tasolla.

Tutkimus	Interventio	Inklusio- ja eksklusiokriteerit	Interventio n suorittaja ja lisätiedot	Mittarit	Intervention käyntimäärä	Tulokset
(Salomonsen et al. 2019)	n=64 CBT n=67 Return-to-work intervention (RTW-I), n=80 CBT ja RTW-I yhdistelmähoito	Sairauslomalla 1-6kk, vakava masennus, yleistytnyt ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, post-traumaattinen stressihäiriö, paniikkihäiriö, pakko-oireinen häiriö, spesifi fobia, unettomuus, sopeutumishäiriö (adjustment disorder, AD) tai uupumushäiriö (exhaustion disorder, ED), CSR 4-6 pistettä 0-8 asteikolta, ikä 18-65, lääkitys stabiili 12 viikon ajan, matala itsemurhariski, ei vakavaa psyykkistä sairautta, ei päihteiden väärinkäyttöä.	14 psykologia	SMBQ-22, Clinician Severity Rating (CSR), PSS-14, HADS, MADRS-S	8-20 riippuen potilaasta, mediaani 11 AD ja ED ryhmässä	CBT vähensi uupumusta AD ja ED potilailla enemmän kuin RTW-I, mutta sairauspäivien suhteen tulokset epäselviä.
(Finnes et al. 2019)	n=90 ACT n=90 Workplace dialogue intervention (WI) n=90, ACT + WI n=89, treatment as usual (TAU)	Sairauslomalla 1-12kk, diagnostiset kriteerit täyttyivät ahdistuneisuushäiriön masennuksen tai uupumushäiriön osalta, ei aktiivista itsemurhan ajattelua, ei vakavaa psyykkistä sairautta, ei päihteiden väärinkäyttöä, ei itsenäisiä ammatinharjoittajia	9 psykologia	Sairauspoissaolojen määrä, The Work and Social Adjustment Scale (WSAS) ja Karolinka Exhaustion Disorder Scale (KEDS), The Work Ability Index (WAI), The Work and Social Adjustment Scale (WSAS), The Satisfaction With Life Scale (SWLS), The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	6	ACT-ryhmällä ei vähemmän sairauspoissaoloja kuin TAU-ryhmällä. Ahdistus, masennus, uupumus ja tyytyväisyys elämään kuitenkin paranivat merkitsevästi ACT-ryhmässä.
(Jonas et al. 2017)	n=18 Internetissä toteutettu CBT-pohjainen interventio n=21 odotusryhmä	Yli 3,5 pistettä MBI:ssä kyynisyydestä tai henkisestä uupumuksesta, ei psykologista tai psykiatrista hoitoa käynnissä, ei sairauslomalla yli 12 viikkoa, ei haitallista alkoholinkäyttöä	Internet-kurssi, koulutettu psykoterapeutti ohjaamassa.	MBI-GS, DASS-21	6 keskustelua terapeutin kanssa, vaihteleva määrä itseohjautuvia harjoituksia	Interventio-ryhmällä vähemmän depressiota, kyynisyyttä ja lisääntynyt ammatillinen itsetunto. Ei tilastollista eroa uupumuksessa, stressissä, ahdistuksessa tai psykologisessa hyvinvoinnissa.
(Dalgaard et al. 2017)	n=58 Yksilöllinen työhön keskittynyt CBT n=105 (n=56 kliininen arvio, ei hoitoa. n=49 ei arviota, ei hoitoa.)	AD, vakava stressireaktio tai lievä masennus, sairauslomalla edellisiin liittyen ja psykologi arvioinut, että oireet liittyvät työhön, ei yli 4 kk sairauslomalla, ei uusia kroonisia somaattisia sairauksia, ei raskautta, ei päihteiden väärinkäyttöä, ei alle 6kk työsuhde, ei muita psyykkisiä sairauksia, ei työkyvyttömyyseläkettä	6 psykologia	Return-to-work (RTW)	6	Nopeampi työhön paluu (RTW) CBT-ryhmässä.

(Geraedts, Kleiboer, Twisk et al. 2014) (Geraedts, Kleiboer, Wiezer et al. 2014)	n=116 "Happy@work" - internet-interventio, jolla on CBT- ja ratkaisukeskeinen teoreettinen pohja. n=115 care-as-usual	Yli 18 vuotta, yli 16 pistettä CES-D, ei sairauslomalla, ei alle 1 kk vanha lääkitys masennukseen, ei oikeudellista työriitaa työnantajan kanssa	Psykologian kandidaattit suorittivat ohjauksen, kaikki ohjaus tarkistettiin ohjaajan toimesta. 6 h koulutus kandidaateille	CES-D, MBI, Health and Work Performance Questionnaire (HPQ), HADS	6	Interventiolla ei mitattavaa hyötyä vuoden päästä intervention aloituksesta verrattuna kontrolliryhmään masennusoireiden tai poissaolojen suhteen. Lyhyen aikavälin hyödyt interventiosta jäivät tilastollisesti ei-merkittäviksi. Interventiolla oli pientä hyötyä uupumuskomponenttiin ja ahdistukseen.
(Sandahl et al. 2011)	n=40 Kognitiivinen ryhmäterapia (Cognitive group therapy, CGT) n=40 kontrolliryhmä, jolle ei tarjottu hoitoa, mutta kuitenkin 85% heistä hakeutui itse hoitoon. n=40 psykodynaaminen ryhmäterapia	Ikä 18–65, yli 90 päivän sairausloma vähintään 50 % työajan vähennyksellä, diagnosoituna masenus, dystymia tai maladaptiivinen stressireaktio joka liittyy työhön. Ei psykoosia, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, päihneiden väärinkäyttöä, akuuttia itsemurhariskiä, antisosiaalista tai skitsotyyppistä persoonallisuushäiriötä tai muuta käynnissä olevaa psykoterapiaa.	5 psykoterapiaa suoritti CGT:tä ja 5 psykoterapiaa suoritti psykodynaamista ryhmäterapiaa	CPRS-S-A Symptom Checklist-90 (SCL-90), Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)	18	Oireet eivät vähenneet hoitoryhmissä kontrolliin verrattuna merkitsevästi. Ei merkitseviä eroja hoitoryhmien tulosten välillä.
(Willert, Morten V. et al. 2010), (Willert, Morten Vejs et al. 2009)	n=51 kognitiivinen ryhmäterapia n=51 odotusryhmä	Sairausloma tai yli 4 viikkoa pitkätyötyöhön liittyvä stressioireilu, jos potilas ei sairauslomalla, PSS-10 pisteet piti olla yli 20, ei yli 26 viikon sairausloma, ei merkittävää psykososiaalista stressiä työn ulkopuolella, ei pääasiallisesti kiusaamisongelma, ei vakavia psykiatrisia sairauksia, ei päihdehäiriötä	2 kokenutta kliinistä psykologia	Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ), The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ), PSS-10, The Brief COPE questionnaire	8	Itseilmoitettu unenlaatu parani hoitoryhmissä verrattuna kontrolliryhmään. Myös kognitiivisten virheiden määrä väheni. Interventio oli tehokkaampi stressin vähentämisessä 3kk kohdalla intervention päättymisestä.
(Pan 2009)	n=38 Daoistinen kognitiivinen terapia ja akupunktio n=38 ei hoitoa	Ei tarkempia tietoja, potilaat olivat abstraktin perusteella työuupuneita.	ei ilmoitettu	Chinese Maslach Burnout Inventory (CMBI), Symptom Checklist (SCL-90)	Intervention kesto 4 viikkoa, ei ilmoitettu käyntimääriä	Interventio oli tehokkaampi työuupumuksen oireiden vähentämisessä. Ei kokotekstiä saatavilla.
(Stenlund et al. 2009)	n=67 CBT- ryhmäterapia (Cognitively oriented Behavioral Rehabilitation group) ja Qigong (kevyt meditatiivinen liikunta) n=69 vain Qigong	ikä 25–55, vähintään 25 % pois töistä työuupumuksen vuoksi viimeisimmän 3-24 kuukauden aikana, yli 4,6 pistettä SMBQ, ei muita tauteja jotka voivat johtaa uupumukseen/stressiin, ei post-traumaattista stressihäiriötä, ei yli 2 vuoden työttömyyttä taustalla, ei päihdehäiriötä, ei tarvetta yksilöterapialle, ei kielellisiä ongelmia, ei osallistumista muihin interventiotutkimuksiin.	CBT-ryhmäterapiaan koulutettu ryhmän ohjaaja	SMBQ, Everyday Life Stress Scale ELSS, CIS, CPRS-S-A ja sairauspoissaolojen määrä	30	Ei psykologisten muuttujien eroja ryhmien välillä. Interventoryhmällä paranemista itseilmoitetussa stressikäyttäytymisessä.
(De Vente et al. 2008)	n=28 yksilöterapia, CBT-pohjainen stressinhallinta harjoittelu n=28 ryhmäterapia, CBT-pohjainen stressinhallinta harjoittelu n=26 Care-as-usual (CAU)	Jatkuva henkinen tai fyysinen väsymys ja vähintään kaksi seuraavista oireista: pyöräytyminen, dyspepsia, lihaskivut, jännityspäänsärky, rentoutumisvaikeus, ärsyyntyneisyys ja unihäiriö. Työhön liittyvä stressi pääasiallinen aiheuttaja oireille ammattilaisten ja potilaan itse arvioimana. 2vk – 6 kuukauden sairausloma. Ei vakavaa masennusta, sosiaalisten tilanteiden pelkoa, paniikkihäiriötä, somatoformista häiriötä, posttraumaattista stressihäiriötä, hypomaniaa, psykoosia. Ei yli 25 pistettä BDI:stä, ei uupumuksella altistavaa somaattista sairautta, ei päihdehäiriötä.	12 kokenutta kliinistä psykologia	MBI-GS, CIS, DASS, sairauspoissaolojen määrä	12 molemissa hoitoryhmissä	10 kk seurannassa ei merkitseviä eroja CAU-ryhmällä ja hoitoryhmillä.

(Nickel et al. 2007)	n=36 kaikki miehiä, behavioraalinen harjoitusryhmä (behavioural/psycho-educational training group) n=36 kaikki miehiä, placebo-interventio, käsiteltiin ajankohtaisia uutisia.	Ikä 18–65, subjektiivista yleistymäläätiota viimeisen 3 kk aikana, ei vuorotyötä, ei psykoosia, psykiatrisia lääkkeitä tai psykoterapiaa. Keskimääräistä suuremmat pisteet Chronic Stress Screening Scale (SSCS) -testissä.	Määritelty interventio n suorittajak si vain "terapeutti"	Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress (TICS), Short Form Health Survey (SF-36)	16	TICS pisteet laskivat merkittävästi enemmän interventoryhmässä
(Ruwaard et al. 2007)	n=177 Sähköpostitse toteutettu standardisoitu CBT-interventio. n=62 odotusryhmä	Ikä yli 18, ei korkea riskiä psykoosiin tai dissosiaatioon, ei itsemurha-ajatuksia, päihdehäiriötä, ei neuroleptejä lääkkeenä, ei samanaikaista muuta hoitoa, potilaan oma kokemus työstressistä,	25 kliinisen psykologian tohtorikou lutettavaa ja 1 jatko-opiskelijä. Kaikki olivat käyneet edistyneet CBT-kurssit.	DASS-42, MBI-GS	7 viikkoa, 1 vaihe viikossa. 10 palautetta terapeutilta. Terapeutit käyttivät noin 5 h aikaa potilasta kohti.	Interventoryhmän stressi, masennus ja uupumus vähenivät merkittävästi verrattuna kontrolliin.
(Huibers et al. 2004) (Leone et al. 2006)	n=76 Yksilö CBT-interventio n=75 kontrolliryhmä	Yli 35 pistettä CIS-testissä 4 kuukauden ajan (voimakas uupumus), sairauslomalla 6–26 viikkoa, ei diagnoosia, joka selittää uupumuksen, ei muita interventioita, ei psykiatrisia diagnooseja tai meneillään olevia psykologisia hoitoja, ei työkyvyttömyyttä, ei terveydestä riippumattomia poissaoloja	9 yleislääkäreä	CIS, Causal Attribution List, Short-Form Health Survey (SF-36), Symptom Checklist-90, sairauspoissaolojen määrä	5-7, medi-aani 5,3	12 kuukauden kohdalla ei merkittävä eroa interventoryhmällä ja kontrolliryhmällä Interventoryhmällä ei tehoa kontrolliin verrattuna 4 vuoden seurannassa.
(Macias et al. 2019)	n=19 Funktionaalinen analyttinen psykoterapia ja hyväksymis- ja omistautumisterapia (ACT) yhdistelmäterapia n=19 odotusryhmä	Yli 12 pistettä GHQ-12, yli 10 pistettä MBI-GS uupumuskaalalla,	Ei ilmoitettu	GHQ-12, MBI-GS, Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), Work-Related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ), DASS-21	3	Interventoryhmällä merkittävästi tehoa ahdinkoon, työuupumukseen, psykologiseen joustavuuteen ja ahdistukseen.
(Lindsäter et al. 2018)	n=50 Internetpohjainen CBT-terapia n=50 odotusryhmä	Ikä 18–65, AD tai ED pääasiallisena diagnoosina, ei päihdehäiriötä viimeisen 6 kk aikana, ei psykoosia tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä historiassa tai akuutisti, ei itsemurha-ajatuksia, mielialälääkitys 1 kk stabiili, ei psykologisia hoitoja menossa, ei CBT:tä stressiin liittyen viimeisen vuoden aikana	2 kliinistä psykologia	PSS, SMBQ, MADRS-S, ISI, Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), sickness behavior (SicknessQ), self-rated health (SRH-5) somatoform complaints (PHQ-15), quality of life (BBQ) functional impairment (WHODAS 2.0) ja work ability (WAI)	12 viikkoa omaan tahtiin, vähintään kerran viikossa yhteydenotto hoitavalta taholta	Interventoryhmässä merkittävä paraneminen stressioireissa verrattuna kontrolliryhmään.
(Grensman et al. 2018)	n=32 Perinteinen jooga (TY) n=31 mindfulness pohjainen CBT-terapia (MBCT) n=31 CBT-terapia (CBT)	Ikä 18–65, vähintään 50% sairauslomalla, maksimissaan 1 vuoden sairausloma tai 3 vuoden osa-aikainen sairausloma, BMI 18-26, täyttää uupumus-syndrooman diagnostiset kriteerit, ei muita tauteja jotka voivat liittyä oireisiin, ei hyväksyty muita lääkityksiä kuin masennuslääkkeet, rauhoittavat, ehkäisylääkkeet ja hormonikorvauslääkkeet.	TY= Lääkäri, joka myös kokenut joogaopettaja, MBCT ja CBT = Kokenut psykoterapeutti	Swedish health-related quality of life survey, 1.0 (SWED-QUAL)	7 h viikossa 20 viikon ajan	Traditionaalinen jooga, mindfulness-pohjainen CBT ja normaali cbt vaikuttivat työuupumukseen liittyviin elämänlaadun alueisiin saman verran.
(Arredondo et al. 2017)	n=21 mindfulness harjoitteet (M-PBI) n=19 kontrolliryhmä	PSS-14 yli 22 pistettä, ei aiempaa harjoittelua meditaatioissa tai joogassa, ei sydäntauteja.	Ei ilmoitettu	PSS-14, MBI, Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Self-Compassion Scale (SCS), Experiences Questionnaire-Decentering (EQ-D), Heart Rate Variability HRV	8	Interventoryhmässä merkittävä parantuminen työuupumuksessa, stressissä ja mindfulness-taidoissa
(Persson Asplund et al. 2018)	n=59 internetpohjainen CBT-interventio n=58 attention control group (AC), viikoittainen oppimistehtävä stressistä, ei terapiaa.	AD kriteerit täyttyivät, yli 18 vuoden ikä, piti olla töissä alemmassa johdossa tai keskijohdossa. Ei 100 % sairauslomalla, muiden psykiatristen sairauksien tuli olla sekundaarisia AD:hen nähden. Ei hiljattain osallistumista stressinhallintaohjelmiin, ei ylintä johtoa, ei vakavaa psykiatrista häiriötä akuutisti, ei persoonallisuushäiriötä, ei	Psykologeja ja valvottuja psykologian maisteriopiskelijoita.	PSS-14, SMBQ, MADRS-S, ISI, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Work Experience Measurement Scale (WEMS), sairauspoissaolojen määrä, terveydenhuollon käyntikerrat	2–3 h viikossa 8 viikon ajan itsenäisesti internetissä. Yksilölliset sähköpostit terapeuteilta viikoittain harjoitusten jälkeen.	Stressi ja työuupumus vähenivät merkittävästi interventoryhmässä verrattuna kontrolliryhmään. Tulokset säilyivät 6 kk kohdalla.

		itsemurhaajatuksia, lääkitysten piti pysyä stabiileina.				
(Gavelin et al. 2015)	n=27 CBT, yksilöllinen liikunta ja yksilölliset työkeskeiset kuntoutustoimet n=32 treatment-as-usual (multimodaalista stressikuntoutusta, ei lisäharjoitteita)	ED diagnoosi, ikä 18–60, normaalisti töissä, lääkärin ja psykologin arvioimana sopiva multimodaaliseen kuntoutusryhmään, ei päihdehäiriötä, ei tarvetta muulle hoidelle tai kuntoutukselle, ei osallistumista muihin interventiotutkimuksiin, kaikki potilaat olivat sairauslomalla.	Ryhmä-terapeutti, ei ilmoitettu koulutusta	SMBQ, HAD	24	Työuupumus väheni enemmän interventioryhmässä
(Van Rhenen et al. 2005)	n=59 kognitiivinen lyhytkurssi jonka tavoitteena restrukturoida irrattionaalisia uskomuksia n=71 fyysinen harjoittelu ja rentoutus	Korkeat pisteet (yli 0,32 pistettä) "four-dimentional symptom questionnaire (4DSQ)" -testistä	Psykologi	MBI-GS, The four-dimentional symptom questionnaire (4DSQ), CIS	4	Ei eroja ryhmien välillä työuupumuksen, uupumuksen tai psykologisten vaivojen paranemisessa. Molemmissa ryhmissä merkitsevä paraneminen kaikilla asteikoilla.

Taulukko 1. Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ-22, SMBQ), Maslach Burnout Inventory (MBI-GS, MBI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, HAD), Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D), Comprehensive Psychopathological Rating Scale-Self-Affective (CPRS-S-A), Checklist Individual Strength questionnaire (CIS), Perceived Stress Scale (PSS-14, PSS-10, PSS), Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42, DASS-21, DASS), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale Self-Report (MADRS-S), Insomnia Severity Index (ISI), General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), Clinician Severity Rating (CSR), Beck Depression Inventory (BDI)

4.2 CBT-interventioiden tehokkuus

Tilastollisesti merkitsevä ero interventioryhmän ja kontrolliryhmän välille muodostui tarkastelluista 23 tutkimuksesta 14:ssä (61 %) ja lopuissa 9:ssä (39 %) eroa ei muodostunut.

Hypoteesina katsauksessa oli se, että kognitiivis-behavioraalisten menetelmien käytöstä työuupumuksen hoidossa olisi useita satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, joissa osoitettaisiin hoitomenetelmän teho. Hypoteesi sai katsauksessa jonkin verran tukea, mutta myös huomattava määrä katsaukseen valikoituneista tutkimuksista ei tukenut hypoteesia.

4.2.1 Tutkimukset, joissa interventioryhmän ja kontrolliryhmän välille muodostui tilastollisesti merkitseviä eroja

Salomonssonin ja työtoverien (Salomonsson et al. 2019) tutkimuksessa CBT-ryhmän kontrollina oli ryhmä, jonka hoitona oli "Return-to-work intervention" (RTW-I). Tämä työhön palaamiseen tähtäävä interventio perustuu periaatteisiin ja tekniikoihin, joita usein käytetään kognitiivisessa terapiassa. Eroa menetelmissä oli kuitenkin siinä, että kun CBT-ryhmässä CBT-periaatteita sovellettiin koko potilaan elämään ja kaikkiin sen osa-alueisiin, niin RTW-I-

ryhmässä CBT-periaatteita sovellettiin vain työtilanteeseen ja sairauslomaan. Terapeutit olivat samoja psykologeja molemmissa ryhmissä, ja he olivat saaneet koulutusta sekä CBT- että RTW-I-terapiaan. CBT-ryhmässä todettiin merkitsevästi enemmän uupumisoireiden vähenemistä potilailla, joilla oli sopeutumishäiriö tai uupumushäiriö, eli potilailla, jotka voidaan määritellä työuupuneiksi. Jos potilaalla oli masennusta, ahdistusta tai unihäiriötä, RTW-I interventio oli tehokkaampi sairauspäivien vähentämisessä. Tässä tutkimuksessa interventio ja kontrolli pohjautuivat molemmat kognitiiviseen terapiaan, joten siksi johtopäätöksiä kognitiivisen terapian tehosta on vaikea päätellä.

Työuupumusta on tutkittu myös siten, että ainoana mittarina on ollut työhön paluu, return-to-work (RTW). RTW on hyödyllinen mittari erityisesti työnantajien, työntekijöiden ja terveydenhuollon kulujen arvioinnissa, sillä pitkittyneet sairauslomat aiheuttavat runsaasti kuluja. Tutkimuksessa todettiin nopeampi työhön paluu CBT-ryhmässä kuin kontrolliryhmissä, joissa potilaat eivät saaneet hoitoa. (Dalgaard et al. 2017)

Hyväksymis- ja omistautumisterapialla (ACT) oli tehoa potilaiden ahdistukseen, masennukseen ja uupumukseen (Finnes et al. 2019). ACT-terapia myös lisäsi tyytyväisyyttä elämään. Kuitenkaan ACT-ryhmällä ei ollut vähemmän sairauspoissaoloja kuin kontrolliryhmällä, jota hoidettiin tavanomaisesti (englanninkielinen termi on "treatment as usual"). Myös Macíaksen ja työtoverien (Macías et al. 2019) tutkimuksessa käytettiin ACT:ta yhdistettynä funktionaaliseen analyyttiseen psykoterapiaan. Tällä yhdistelmähoidolla saatiin merkitsevä ero kontrolliryhmään nähden työuupumuksen, ahdistuksen, ahdingon ja psykologisen joustavuuden paranemisessa. Tutkimuksessa oli vain kolme interventiokäyntiä. Intervention suorittajia ei ilmoitettu.

Osassa tutkimuksista tarkasteltiin lähinnä koettua stressiä tai muita psykologisia mittareita, eikä mitattu suoraan työuupumusta. Willertin ja työtovereiden tutkimuksessa (Willert et al. 2009) hoidettiin työstressistä kärsiviä potilaita kognitiivisella ryhmäterapialla ja verrattiin kontrolliryhmään. Tutkimuksesta julkaistiin kaksi eri julkaisua, joista ensimmäisessä tutkittiin stressin vähenemistä intervention jälkeen. Interventio oli tehokas kontrolliin verrattuna koetun stressin vähentämisessä, kun mittarina käytettiin "Perceived Stress Scale (PSS-10)"-mittaria. Toisessa julkaisussa (Willert et al. 2010) mittareina oli vain itse ilmoitettu unenlaatu ja kognitiivisten virheiden määrä. Työuupumuksesta tai työstressistä ei voida vetää johtopäätöksiä tässä toisessa julkaisussa käytettyjen mittareiden perusteella. Myös

poikkeavia stressin mittareita käytettiin: Nickelin ja työtoverien (Nickel et al. 2007) tutkimuksessa mitattiin koehenkilöiden verenpainetta ja syljen kortisolitasoa. Nämä stressin epäsuorina mittareina käytetyt arvot laskivat merkitsevästi enemmän interventioryhmässä. Tutkimuksessa käytettiin myös kroonisen stressin arviointiin käytettyä ”Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress (TICS)” -mittaria, jonka pisteet laskivat merkitsevästi enemmän behavioraalissa harjoitusryhmässä verrattuna kontrolliryhmään.

Arredondon ja työtoverien (Arredondo et al. 2017) tutkimuksessa työuupumuksen ja koetun stressin pisteet laskivat merkitsevästi interventioryhmässä verrattuna kontrolliryhmään. Tutkimuksessa pohdittiin, että potilaiden korkeat pisteet työuupumusmittareilla voivat liittyä siihen, jos tutkimuksen sisäänottokriteereissä vaaditaan korkeita pisteitä koetusta stressistä. Myös Geraedts ja työtoverit (Geraedts et al. 2014) löysivät tutkimuksessaan viitteitä siitä, että kun potilas oireilee voimakkaasti (korkeat pisteet masennus- tai stressikyselyistä) on helpompaa osoittaa työuupumusintervention teho verrattuna niihin tilanteisiin, joissa potilaat oireilevat lievemmin.

Osassa tutkimuksista, joissa interventioryhmän ja kontrolliryhmän välille muodostui tilastollisesti merkitseviä eroja, käytettiin internet-pohjaista interventiota. Näitä käsitellään edempänä.

4.2.2 Tutkimukset, joissa interventioryhmän ja kontrolliryhmän välille ei muodostunut tilastollisesti merkitseviä eroja

Erästä tutkimuksesta julkaistiin kaksi julkaisua, toisessa arvioitiin lyhyen aikavälin tuloksia, ja toisessa pitemmän aikavälin tuloksia (Geraedts et al. 2014; Geraedts et al. 2014). Ryhmää, joka sai CBT- ja ratkaisukeskeisen internet-intervention, verrattiin ryhmään, jota hoidettiin tavanomaisesti omassa työterveyshuollossaan. Tutkimuksessa ei saatu esiin tilastollisesti merkitsevää parannusta oireisiin kontrolliryhmään verrattuna heti intervention jälkeen eikä myöskään vuoden päästä interventiosta. Myöskään sairauspoissaoloissa ei ollut merkittäviä eroja. Tutkimuksessa keskityttiin masennusoireisiin potilaisiin, mutta tutkimuksen sisäänottokriteereihin kuului, että potilas ei saanut olla sairauslomalla. Voidaan siis päätellä,

että potilaat kärsivät vain lieivistä ja keskivaikeista masennuksen oireista tai pystyivät olemaan töissä vakavista masennuksen oireista huolimatta.

Vuonna 2011 toteutetussa tutkimuksessa ei saatu eroa hoitoryhmille ja kontrolliryhmälle (Sandahl et al. 2011). Hoitoryhminä olivat kognitiivinen ryhmäterapia ja psykodynaaminen ryhmäterapia. Tutkimuksen kontrolliryhmä ei kuitenkaan ollut ilman hoitoa, sillä vaikkei heille sitä tarjottu, 85 % kontrolliryhmästä hakeutui itse hoitoon tutkimuksen aikana. Kaikissa tutkimusryhmissä potilaiden oireet paranivat merkitsevästi, mutta ryhmien välillä ei ollut eroa.

Stenlundin ja työtoverien (Stenlund et al. 2009) tutkimuksessa ei saatu merkitsevää eroa hoitoryhmän ja kontrolliryhmän välille, vaikka hoitoryhmän tulokset vaikuttivat olevan parempia. Interventioryhmä sai CBT-ryhmäterapiaa ja ohjattua qigong-harjoittelua ja kontrolliryhmä sai vain ohjattua qigong-harjoittelua. Qigong on kevyttä meditatiivista liikuntaa. Statistisen tehon piti olla riittävä tutkimuksessa, mutta kontrolliryhmän tulokset paranivat enemmän kuin odotettiin, jolloin tutkimukseen olisi tarvittu suurempi otanta. Interventio kesti vuoden ajan, ja viimeiset seurantamittaukset otettiin 12 kk intervention loppumisen jälkeen, joten seuranta-aika oli kohtalaisen pitkä.

De Venten ja työtoverien (De Vente et al. 2008) tutkimuksessa ei saatu eroja care-as-usual-kontrolliryhmän ja hoitoryhmien välillä. Tässä tutkimuksessa kontrolliryhmäläisillä oli kuitenkin säännöllinen terveydenhuollon kontakti. Potilaat kävivät työterveyslääkärillä, yleislääkärillä, psykologilla tai sosiaalityöntekijällä. Koska potilaat eivät olleet kokonaan ilman hoitoa, intervention teho saattaa jäädä piiloon. Tutkimuksen tekijät kuitenkin myös pohtivat, että huomattava luonnollinen paraneminen työuupumuksesta saattaa myös vaikeuttaa intervention tehon huomaamista. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat sitä, että työstressistä kärsivien potilaiden hoito CBT:llä ei ole tehokkaampaa kuin perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon antama normaali hoito.

Grensmanin ja työtoverien (Grensman et al. 2018) tutkimuksessa vertailtiin CBT-terapiaa perinteiseen joogaan ja mindfulness-pohjaiseen CBT-terapiaan. Tutkimuksessa ei saatu esiin eroja ryhmien välillä. Mittarina tutkimuksissa oli elämänlaadun monipuolinen mittari Swedish health-related quality of life survey, (SWED-QUAL). Työuupumusta pystyttiin kuitenkin

epäsuorasti arvioimaan tämänkin mittarin avulla, sillä mittarilla voidaan mitata työuupumukseen liittyviä alueita: henkistä hyvinvointia, kognitiivista toimintaa, unta ja fyysistä hyvinvointia. Tutkimuksen rajoitteissa huomioitiin, että työuupumusta ei suoraan mitattu.

Vaikuttaisi myös siltä, että lyhyen menetelmäkoulutuksen saaneiden yleislääkärien suorittama kognitiivinen terapia ei ole tehokasta. Huibersin ja työtoverien (Huibers et al. 2004) tutkimuksessa seurattiin yleislääkärien suorittamaa kognitiivista terapiaa saavaa ryhmää 4 vuoden ajan. Vuoden kohdalla merkitsevää eroa kontrolliryhmään ei saatu esille. Myöskään 4 vuoden kohdalla ei merkitseviä eroja näkynyt (Leone et al. 2006). Yleislääkäreillä ei ollut aiempaa kokemusta CBT:stä. He saivat 10 h työpajakoulutuksen aiheeseen ja saivat kokeneelta behavioraaliselta terapeutilta ohjausta 2 h kuukaudessa. Tässäkin CBT-interventiassa kontrolliryhmästä moni hakeutui muuhun hoitoon. Tässä tutkimuksessa interventioryhmän poistuma oli myös huomattavan korkea, 33 % ei suorittanut CBT-interventiota loppuun vuoden kohdalla, ja 5 potilasta 75:stä jäi vielä pois seurannasta ennen neljän vuoden kontrollia.

4.3 Internet-pohjaiset interventiot

Internet-pohjaisiin interventioihin liittyvät tutkimukset ovat lisääntyneet viime vuosina. Katsaukseen valikoituneista tutkimuksista kuudessa interventio suoritettiin internetissä. Suomessa internet-terapiaa tarjoaa muun muassa HUSin mielenterveystalo (Mielenterveystalo. www.mielenterveystalo.fi). Persson Asplundin ja työtoverien (Persson Asplund et al. 2018) tutkimuksessa päädyttiin tuloksiin, jotka tukevat tiedeyhteisön lisääntyvää käsitystä siitä, että internet-pohjaiset interventiot voivat olla tehokkaita ja saavutettavia työuupumuksen ja stressin vähentäjiä. Tutkimuksessa työuupumus ja koettu stressi vähenivät merkitsevästi enemmän interventioryhmässä kuin kontrolliryhmässä. Myös masennus, unettomuus ja tyytyväisyys työhön paranivat.

Myös muissa tutkimuksissa internetpohjaisilla CBT-interventioilla on todettu tehoa depression vähentämisessä. Jonasin ja työtoverien tutkimuksessa masennuksen lisäksi kynnisyys väheni ja ammatillinen itsetunto lisääntyi (Jonas et al. 2017). Tutkimuksessa ei

kuitenkaan todettu tilastollista eroa kontrolliryhmään verrattuna uupumuksessa, stressissä, ahdistuksessa tai psykologisessa hyvinvoinnissa. Viitteitä interventioryhmän paremmista tuloksista näiden muuttujien suhteen oli, mutta koska tutkimuksen osallistujamäärä oli pieni (interventioryhmän koko 18 potilasta), niin tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt.

Lindsäterin ja työtoverien tutkimuksessa (Lindsäter et al. 2018) todettiin 12 viikon internet-interventio tehokkaaksi masennuksen, työuupumuksen ja stressin vähentämisessä. Kontakti hoitavaan psykologian oli vähäistä, mutta terapeutit kuitenkin vastasivat potilaiden viesteihin vähintään 48 tunnin sisällä.

Ruwaardin ja työtoverien (Ruwaard et al. 2007) tutkimuksessa saatiin positiivisia tuloksia stressin, masennuksen ja uupumuksen hoidossa sähköpostitse toteutetussa interventiossa. Terapeutit olivat vain sähköpostitse yhteydessä potilaisiin ja käyttivät intervention aikana noin 5 tuntia potilasta kohti. Tutkimuksen potilaat arvioivat terapeuttinsa positiivisesti. Ruwaard ja työtoverit pohtivat, että optimaalinen terapeutin ja potilaan kontaktin määrä sähköpostiterapiassa on vielä selvittämättä, sillä tästä tutkimuksesta ei voida tehdä päätelmiä optimaalisesta ajasta.

Geraedtsin ja työtoverien (Geraedts et al. 2014; Geraedts et al. 2014) internet-pohjaisessa interventiotutkimuksessa ei ollut merkitseviä löydöksiä. Psykologian kandidaatit suorittivat interventioiden ohjauksen, jonka kouluttaja vielä tarkasti. Interventiossa oli vain 6 istuntoa.

5 Pohdinta

Tässä katsauksessa oli useita johtopäätösten tekemistä vaikeuttavia elementtejä. Haasteita aiheutti se, että kognitiivisen terapian tyyppinä on monia, ja katsaukseen hyväksyttiin monenlaisia eri kognitiivisen terapian modaliteetteja. Tämä interventioiden heterogeenisyys aiheutti epävarmuutta tulosten universaaliin paikkansapitävyyteen. Epävarmuutta aiheutti myös se, että työuupumuksen määrittely ja diagnosointi vaihtelevat eri valtioissa ja yhteisöissä. Epävarmuutta aiheutti myös mittariston moninaisuus sekä se, että CBT-interventioiden suorittajien koulutustaso vaihteli. Katsaukseen hyväksyttiin niin tutkimukset, jossa CBT-terapiakoulutuksen saaneet suorittivat intervention, kuin tutkimukset, joissa CBT-menetelmäkoulutetut henkilöt, jotka eivät olleet psykoterapeutteja, suorittivat intervention.

Myös internetissä tehdyt interventiot (esimerkiksi iSMI, internet-based stress management intervention) hyväksyttiin katsaukseen.

Tämä laveus kriteereissä aiheutti toki epätarkkuutta johtopäätösten tekemiseen, mutta oli myös välttämätöntä katsauksen kattavuuden lisäämiseksi ja erilaisten hoitomuotojen vertailun mahdollistamiseksi. Työuupumuksen määrittelyn vaihtelevuus ja kriteerien laajuus osaltaan heijastelevat ongelman laajuutta ja monipuolisuutta.

Työuupumuksen mittarit olivat moninaisia eri tutkimuksissa, kuten taulukosta 1 selviää. Neljässä tutkimuksessa, joissa SMBQ oli työuupumuksen mittarina, saatiin tilastollisesti merkitsevä ero interventioryhmän ja kontrolliryhmän välille. Yhdessä tutkimuksessa eroa ei syntynyt. Tutkimuksissa, joissa MBI oli mittarina, seitsemässä saatiin tilastollisesti merkitsevä ero interventioryhmän ja kontrolliryhmän välille. Yhdessä tutkimuksessa eroa ei syntynyt. Yhdessäkään tutkimuksessa ei käytetty kahta työuupumuksen mittaria päällekkäin. Monessa tutkimuksessa ei suoraan mitattu työuupumusta, vaan mitattiin esimerkiksi koettua stressiä PSS-mittarilla. Tulevissa tutkimuksissa olisi mittareita valittaessa edullista ottaa huomioon niiden erot, ja mahdollisuuksien mukaan käyttää useita mittareita työuupumuksen arvioinnissa.

Katsaukseen valikoitui kuusi tutkimusta, joissa interventio suoritettiin internetissä eikä kasvotusten. Näistä tutkimuksista neljässä interventio osoittautui tehokkaammaksi kuin kontrolli, mikä antaa viitteitä internetpohjaisten hoitojen tehosta, vaikka lisätutkimuksia olisi tarpeen tehdä laadukkaiden tutkimusten vähäisyyden vuoksi. Osassa katsauksen tutkimuksista oli myös tutkittu potilaiden suhtautumista internetpohjaisten interventioiden terapeutteihin, ja suhtautuminen oli positiivista. Myös muualla kuin tähän katsaukseen valituissa tutkimuksissa on todettu, että internet-terapioissa voidaan saavuttaa positiivinen hoitosuhde potilaan ja terapeutin välillä (Knaevelsrud et al. 2006; Spek et al. 2007).

Käyntikertojen itsenäistä vaikutusta intervention tehoon on vaikea tutkia, koska kun käyntikertoja lisätään, niin interventio myös ajoittuu pitemmälle ajalle. Intervention pitkässä kestossa taas on se ongelma, että työuupumuksen luonnollisesta taudinkulusta ei tiedetä tarpeeksi. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että spontaaniparaneminen on huomattavaa, jolloin ajallisesti pitkissä tutkimuksissa interventioryhmän ero kontrolliryhmään voi hävitä. (Stenlund et al. 2009) Taulukossa 1 on esitelty eri tutkimusten yksittäisten interventiokertojen eli

käyntimäärien lukumäärä. Käyntimääräksi määriteltiin yksittäisten istuntojen tai itsesuoritettujen kokonaisuuksien määrä. Tyypillisesti itsesuoritetuista kokonaisuuksista tai moduuleista sai ohjaajalta palautteen, jolloin käyntimääräksi on laskettu näiden yksittäisten palautteiden tai kontaktien määrä.

Sen lisäksi, että luonnollista taudinkulkua ei tunneta, useassa tutkimuksessa kontrolliryhmä, jonka ei pitänyt saada mitään hoitoa, sai huomattavan määrän hoitoa hakeutumalla siihen itse tutkimuksen ulkopuolella. Kontrolliryhmän rakentaminen on vaikeaa tämäntyyppisiin interventiotutkimuksiin, sillä jos halutaan aito hoitoa saamaton ryhmä, potilaita pitäisi kieltää hakeutumasta tutkimuksen ulkopuoliseen hoitoon, mikä olisi epäeettistä. Yksittäisten potilaiden tila voisi huonontua merkittävästi, jos heidät sijoitettaisiin hoidottomaan ryhmään ja he eivät esimerkiksi voisi hakeutua yleislääkärille tai päivystykseen hakemaan apua akuuttiin itsetuhoisuuteen. Jos normaalin hoidon kontrolliryhmän (care-as-usual) potilailla on säännöllinen terveydenhuollon kontakti, esimerkiksi työterveyslääkəriin, yleislääkəriin, psykologiin tai sosiaalityöntekijän, tämä kontakti itsessään ja hyvä vuorovaikutussuhde tämän tutkimuksen ulkopuolisen työntekijän kanssa voi merkittävästi edistää paranemista. CBT:stä poikkeava kontrolliryhmän kontrollihoito on helpompi toteuttaa, mutta näissä tutkimuksissa ongelmaksi tulee yhtä lailla tiedon puute työuupumuksen luonnollisesta paranemisesta.

Työuupumuksen ja masennuksen yhteyttä on tutkittu tiedeyhteisössä laajasti. Tutkimuksissa on todettu, että käsitteillä on runsaasti päällekkäisyyttä, mutta myös eroja. Aholan ja työtoverien tutkimuksessa noin puolella vakavasti työuupuneista oli diagnosoitavissa masennus (Ahola et al. 2005). Työuupumuksen vakavuudella todettiin olevan riskiä lisäävä vaikutus samanaikaiseen masennukseen. Myös kvalitatiivisia eroja on löytynyt: Brenninkmeyer (Brenninkmeyer 2001) yhdisti erityisesti ylemmydentunteen ja statuksen menettämisen tunteen masennukseen. Työuupuneet potilaat ovat ikään kuin vielä pitävät kiinni statuksestaan ja kokevat voivansa voittaa, kun taas masentuneet potilaat ovat jo luovuttaneet. Tämän katsauksen tutkimuksista valtaosassa on mitattu potilaita myös masennusta, mikä on hyvä, sillä masennuksen ja työuupumuksen välinen ero on osin vielä selvittämättä, ja työuupumukseen liittyvissä tutkimuksissa tulisi ottaa huomioon myös potilaiden mahdollinen masennus.

Olisi tärkeää, että työuupumusdiagnoosi yleistyisi kaikissa maailman valtioissa, jolloin syntyisi enemmän vertailukelpoisia tutkimuksia aiheesta. Diagnoosikriteerien yhtenäistyminen olisi

myös hyödyllistä, sillä silloin mittarit voisivat kehittyä ja yhtäläistyä, ja tutkimukset olisivat vertailukelpoisempia. Kun tutkimustietoa kerääntyisi enemmän, meta-analyysien ja hoitosuosituksen tekeminen olisi tehokkaampaa. Lopulta myös työuupumuksesta kärsivien potilaiden hoito paranisi, mikä on tietenkin työuupumuksen hoidon tutkimisen lopullinen päämäärä.

6 Lähteet

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 13.3.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Ahola, K, Honkanen, T, Isometsä E, et al. 2005: The relationship between job-related burnout and depressive disorders--Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders* (88) 1: 55-62.

Ahola K, Hakanen J 2007: Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of affective disorders* (104) 1-3: 103-110.

Arredondo M, Sabate M, Valveny M, et al. 2017: A mindfulness training program based on brief practices (M-PBI) to reduce stress in the workplace: a randomised controlled pilot study. *International Journal of Occupational and Environmental Health* (23) 1: 40-51.

Beck A, Emery G, Greenberg R 1985: *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective.* Basic Books, New York.

Beck A 1993: Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (61) 2: 194-198.

Brenninkmeyer V 2001: Burnout and depression are not identical twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences* (30) 5: 873.

Dalgaard V, Aschbacher L, Andersen K, et al. 2017: Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* (43) 5: 436-446.

De Vente W, Kamphuis J, Emmelkamp P, et al. 2008: Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology* (13) 3: 214-231.

Dobson K 1989: A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (57) 3: 414-419.

Finnes A, Ghaderi A, Dahl J, et al. 2019: Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and a workplace intervention for sickness absence due to mental disorders. *Journal of Occupational Health Psychology* (24) 1: 198-212.

Flaxman P, Bond F 2010: Worksite stress management training: Moderated effects and clinical significance. *Journal of Occupational Health Psychology* (15) 4: 347-358.

Gavelin H, Boraxbeek C, Stenlund L, et al. 2015: Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress* (18) 5: 578-588.

Geraedts A, Kleiboer S, Twisk J, et al. 2014: Long-term results of a Web-based guided self-help intervention for employees with depressive symptoms: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* (16) 7: 14-28.

Geraedts A, Kleiboer S, Twisk J, et al. 2014: Short-term effects of a web-based guided self-help intervention for employees with depressive symptoms: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* (16) 5: 3-17.

Grensman A, Acharya P, Wändell Gh, et al. 2018: Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complementary and Alternative Medicine* (18) 1: 80.

- Huibers M, Beurskens A, Van Schayck, et al. 2004: Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* (184) 3: 240-246.
- Jonas B, Leuschner F, Tossmann P et al. 2017: Efficacy of an internet-based intervention for burnout: A randomized controlled trial in the German working population. *Anxiety, Stress & Coping* (30) 2: 133-144.
- Kähkönen S, Karila I, Koivisto M et al. 2020: *Kognitiivinen Psykoterapia*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Knaevelsrud C, Maercker A et al. 2006: Does the Quality of the Working Alliance Predict Treatment Outcome in Online Psychotherapy for Traumatized Patients? *Journal of Medical Internet Research* (8) 4: 31–31.
- Krantz G, Berntsson L, Lundberg U 2005: Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *The European Journal of Public Health* (15) 2: 209-214.
- Leone S, Huibers M, Kant I, et al. 2006: Long-term efficacy of cognitive-behavioral therapy by general practitioners for fatigue: A 4-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research* (61) 5: 601-607.
- Lindsäter E, Axelsson S, Salomonsson F, et al. 2018: Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Stress: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics* (87) 5: 296-305.
- Macías J, Valero-Aguayo L, Bond F, et al. 2019: The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psicothema* (31) 1: 24-29.
- Maricuțoiu L, Sava P, Florin A, et al. 2016: The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* (89) 1: 1-27.

Maske S, Riedel-Heller I, Seiffert F, et al. 2016: [Prevalence and Comorbidity of Self-Reported Diagnosis of Burnout Syndrome in the General Population]. *Psychiatrische Praxis* (43) 1: 18-24.

Maslach C, Jackson S 1981: The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* (2) 2: 99-113.

Maslach C, Jackson S, Leiter M 1996: *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

Maslach C, Schaufeli W, Leiter M 2001: Job burnout. *Annual Review of Psychology* (52) 1: 397-422.

Nickel C, Tanca S, Kolowos S, et al. 2007: Men with chronic occupational stress benefit from behavioural/psychoeducational group training: A randomized, prospective, controlled trial. *Psychological Medicine* (37) 8: 1141-1149.

Pan W 2009: A study on the relationship between job burnout and sub-mental health and their intervention. *Psychological Science (China)* (32) 6: 1488-1490.

Persson Asplund R, Dagöö I, Fjellström L, et al. 2018: Internet-based stress management for distressed managers: results from a randomised controlled trial. *Occupational and environmental medicine* (75) 2: 105-113.

Richardson K, Rothstein H 2008: Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology* (13) 1: 69-93.

Ruwaard J, Lange A, Bouwman M, et al. 2007: E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy* (36) 3: 179-192.

Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, et al. 2019: Effects of cognitive behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to stress-related disorders: Results from a randomized trial. *Scandinavian Journal of Psychology*. (61) 2: 281-289.

Sandahl C, Lundberg U, Lindgren A, et al. 2011: Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: A one-year follow-up study. *International Journal of Group Psychotherapy* (61) 4: 539-555.

Schadenhofer P, Kundi M, Abrahamian H, et al. 2018: Influence of gender, working field and psychosocial factors on the vulnerability for burnout in mental hospital staff: Results of an Austrian cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (32) 1: 335-345.

Schaufeli W, Leiter M, Maslach C 2009: Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International* (14) 3: 204-220.

Schaufeli W, Enzmann D 1998: *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. Taylor & Francis, London

Semmer N, Meier L 2009: Individual differences, work stress and health. Teoksessa C. L. Cooper (toim.) *International Handbook of Work and Health Psychology*. S 99-121. John Wiley & Sons Ltd.

Melamed S, Kushnir T, Shirom A 1992: Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behav Med.* (18) 2: 53–60.

Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, et al. 2007: Internet-Based Cognitive Behaviour Therapy for Symptoms of Depression and Anxiety: a Meta-Analysis. *Psychological medicine* (37) 3: 319–328.

Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, et al. 2009: Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST—A randomized clinical trial. *International Journal of Behavioral Medicine* (16) 3: 294-303.

Suvisaari J, Ahola K, Kiviruusu O, et al. 2012: Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa S. Koskinen (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Suomi.

Taris T, Bakker A, Schaufeli W, et al. 2005: Job control and burnout across occupations. *Psychological Reports* (97) 3: 955-961.

Van Rhenen W, Blonk R, Van der Klink J, et al. 2005: The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *International Archives of Occupational and Environmental Health* (78) 2: 139-148.

WHO 1992: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva.

Willert M, Thulstrup A, Hertz J, et al. 2010: Sleep and cognitive failures improved by a three-month stress management intervention. *International Journal of Stress Management* (17) 3: 193-213.

Willert M, Thulstrup A, Hertz J, et al. 2009: Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* (35) 2: 145-152.

Wills F 1997: *Cognitive Therapy: Transforming the Image*. SAGE, London.

Worley J, Vassar M, Wheeler D, et al. 2008: Factor Structure of Scores from the Maslach Burnout Inventory: A Review and Meta-Analysis of 45 Exploratory and Confirmatory Factor-Analytic Studies. *Educational and Psychological Measurement* (68) 5: 797-823.