

# Kun mikään ei riitä

*Kaija Suonsivu*

## ABSTRACT

The background of this research is the apparent increase of problems within the public health care working environment and the symptoms of depression shown by healthcare personnel in the 1990's. This research relates to the Finnish national project on depression, named "Mieli maasta", which was conducted during the years of 1994 -1998. The purpose of this research has been to describe the associations which those healthcare workers who were suffering from depression, themselves attributed to their indisposition, namely their working environment, the work itself, and their own capacity for coping with, and controlling the work.

The empirical material was collected during the years 1996-1997 and, in part, in 2002, by means of questionnaires and interviews. Additionally the Annual Municipal Reports of the Pirkanmaa Healthcare Authority of 1996-2001 and the personnel reports from the years 1998-2001, were used as research material. This research was carried out among the healthcare personnel of five hospitals (N=255) in the Pirkanmaa Healthcare Authority district.

According to the results, 21.6% of the healthcare workers felt depressed and 54.1% of respondents felt exhausted. The characteristics of depression mentioned by the healthcare workers were rather similar to the diagnosed symptoms of depression. The recognition of depression was considered to be a little difficult. The causes of depression were mainly related to the world of work (69.2%), the workplace community, the work itself, or organisational matters. Characteristic of the working culture was the phenomenon that however much work was done it was insufficient.

*Key words: Depression, experience, health-care worker, workplace, organisation*

## 1 JOHDANTO

Terveysthuollon toiminnan reunaehdot tiukentuivat 1990-luvulla. Työn määrän lisäykset ja henkilöstön resurssien määrällinen supistaminen vaikuttivat hoitohenkilöstön jaksamiseen. Taloudellisesti tiukentuneessa vaiheessa hoitotyöntekijöihin suunnattiin joustavuuden ja jaksamisen vaatimuksia. Tehokkuusvaatimusten kasvaessa työntekijästä pyrittiin kaikin keinoin irrottamaan yhä enemmän voimavaroja. Samanaikaisesti pyrittiin organisaation kustannuksia hillitsemään tai jopa vähentämään. Ajatuksena oli, että henkilöstö huoltaa itse itsensä vapaa-aikoina. Lomilta, vuorotteluvapailta tai osatyöajalta henkilöstön tuli palata virkistäytyneenä ja työhön entistä motivoituneempana. Tehokkuuden maksimointiajattelussa ihmisen ikääntyminen nähdään tehokkuutta vähentävänä asiana, ei niinkään huomioida esimerkiksi kokemusta voimavaroja lisäävänä asiana (Mäkipeska & Niemelä 2001).

Terveysthuollon organisaatiot eivät kuitenkaan kyenneet muuntautumaan muutosten edellyttämällä tavalla. Organisaatioilta on puuttunut joustavuus, jonka avulla ne olisivat pystyneet vastaamaan uusiin toimintavaatimuksiin. Henkilöstön pahoinvointi ei ole vain yksilöllinen asia, vaan siihen vaikuttavat hallinnolliset rakenteet, työn organisointi, toimintatavat ja johtajuus. Uupumus- ja masennustutkimusten tulokset ohjaavat ajattelua siihen, että työkuultuurin tulee muuttua työntekijäpainotteiseksi organisaatiokeskeisyyden sijasta. Tämä vaatii sekä virallisten rakenteiden, toimintamallien että organisaatiokulttuurien kehittämistä työntekijälähtöiseksi.

Muutos ajattelussamme tarkoittaa sitä, että perinteisesti hallintotieteiden kiinnostuksen ja ymmärtämisen kohteena ollut organisaation rakenne- ja tuloksellisuustutkimuksen rinnalle on asetettava yksilö, työntekijä organisaation voimavarana. Jotta työntekijä jaksaa työssään, on häntä tuettava ja huollettava. Häneen pitää panostaa (Mäkipeska & Niemelä 2001). Se ei tarkoita ainoastaan sitä, mitä tähän asti on tehty eli jaksamatonta, masennutunutta työntekijää hoidetaan (esim. sairausloman

keinoin), vaan sitä, että tarkastellaan organisaatiota kokonaisvaltaisesti ja tarvittaessa ennaltaehkäistään, hoidetaan ja muutetaan organisaation toimintaa. Kuvattu ajattelumalli sisältää sen käsityksen, että yksilön omien tekijöiden lisäksi organisaatio vaikuttaa yksilön jaksamiseen ja hänen fyysiseen ja henkiseen pahoinvointiinsa. Kun henkilöstön kyvykkyyttä tuetaan, oletettavasti organisaatio pystyy toimimaan entistä tuottavammin ja laadukkaammin.

Terveydenhuollon työyhteisöt ovat suhteellisen pysyviä. Suurin osa toiminnasta on tähän asti tehty sairaalan seinien sisäpuolella. Siellä henkilöstö on ollut suhteellisen pysyvää. Turvallisuuden elementit ovat olleet tärkeitä. Viime vuosina ovat monenlaiset muutokset tuoneet uudenlaiset vaatimukset mukanaan. Samanaikaisesti on henkilöstö ikäännytyksessä. Henkilöstön jaksamiseen suunnattu henkinen työsuojelutoiminta, koulutus ja kehittäminen eivät ole pureutuneet organisaatioiden hallintorakenteiden ilmiöihin. Organisaatioiden toimintasuunnitelmat ja strategiat niiden toteuttamiseksi ovat erillään henkilöstön coping-järjestelmistä. Kun mielletään henkilöstö organisaation voimavaraksi, ne oletettavasti pitää olla yhdyntäviä. On tärkeää, että hoitohenkilöstön mielipiteet tulevat julki siitä, mitä heidän mielestään hyvinvoinnin turvaamiseksi käytännössä yhtenevät strategiat ovat, mitä tarvitaan, miten niitä johdetaan, jotta henkilöstö kykenee suoriutumaan työstään ja kokee työnsä merkitykselliseksi ja kykenee sitoutumaan siihen.

Tässä artikkelissa, joka pohjautuu väitöstutkimukseeni, kiinnostus kohdistuu hoitotyöntekijöiden kokemuksiin omasta masennuksestaan. Tutkimukseni suuntautui hoitohenkilöstön masennuksen kokemusten ja työyhteisötekijöiden välisiin yhteyksiin. Terveydenhuollon alueen henkilöstön jaksamisen ongelmat tulivat tietoisuuteen siinä vaiheessa, kun yleisesti keskusteltiin terveydenhuollon resursien niukkuudesta ja työmäärien lisääntymisestä laman aikana. Terveydenhuolto todettiin yhdeksi 90-luvun lamasta kärsineeksi alueeksi. Hoitohenkilöstön masennuksen tutkimus on ollut tähän asti melko vähäistä. Tutkimuksen näkökulmana on, ettei hoitohenkilöstön masennus ole vain yksilön oma häiriötila, vaan se tulee nähdä laajana koko työyhteisöä koskevana asiana. Masennus liittyy muun muassa organisaation toimintaympäristöön, työn organisointiin ja johtamiseen. Tutkimuksen päätaivoitteena on lisätä tutkimuksellista tietoa niistä organisaatio- ja työyhteisötekijöistä, jotka ovat yhteydessä hoitohenkilöstön masennukseen. Tavoit-

teena on myös lisätä tietoa siitä millaisilta heidän työyhteisönsä näyttävät hoitotyöntekijöiden kokemuksina ja minkälaisia odotuksia hoitotyöntekijät luovat hyvinvointia edistäville organisaatioille.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että Suomessa mielenterveyden häiriöt ovat merkittävä kansanterveys- ja kansantaloudellinen ongelma. Nykyisin on todettu, että nuorilla on runsaasti mielenterveyden häiriöitä. Tunnistamattomana ja hoitamattomana häiriöiden määrä kasvaa ja usein pahenee tultaessa aikuisikään. Mielenterveyshäiriöiden ja masennuksen vuoksi ollaan sairauslomilla, masennus heikentää työkykyä ja elämän hallintaa. Terveys 2000 -tutkimuksen perusraportissa todettiin, että 55-64 -vuotiailla työkyvyttömyys on yleistä. Kyseisen ikäryhmän vastaajista vain runsas puolet piti itseään täysin työkykyisenä (sisälsi sekä työttömät että työssä kävijät). Kolme neljästä arvioi suoriutuvansa nykyisestä työstään vielä kahden vuoden kuluttua. Samanikäryhmän vastaajilla esiintyi eniten sekä lievää että vakavaa työuupumusta. Vastaajista mielenterveyspalveluja oli käyttänyt viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana 6%. Mielenterveyshäiriöiden vuoksi jäädään ennenaikaisille eläkkeille. Merkittävää on myös masennuslääkkeiden runsas käyttö, joka lisääntyy vuosi vuodelta. Työikäisillä työelämän paineet ja työstä johtuva psyykinen kuormittuminen lisäävät psyykkistä oirehtimista. On tärkeää, että nykyisten työikäisten mielenterveydestä huolehditaan, jotta he jaksavat työssä varsinaiseen eläkeikään asti. Itsemurhat lisäävät inhimillistä surua ja aiheuttavat kansantaloudellisia tappioita, koska itsemurhien tekijät ovat monesti nuoria ihmisiä. Masennus liittyy moniin muihin ongelmiin ihmisen elämässä, kuten alkoholismiin tai krollisuuteen (Haarasilta, Aalto-Setälä, Pelkonen & Marttunen 2000).

Tutkimuksellisesti on todettu, että masennuksen esiintyvyys on yleistä (Salokangas 1997; Tamminen 2001). Se on yleistynyt koskemaan kaikkia ikäryhmiä. Lääketieteellisen nykytiedon valossa tiedetään, että masennus ei ole vain mielen sairaus, vaan se on oireyhtymä. Sen lopullista taustaa ei vielä tunneta. Masennus saattaa ilmetä ajattelun, tunteiden, käyttäytymisen alueilla sekä sairausoireina. Se näyttäyty myös aivoissa vastineena. Ilmeneminen on aina yksilöllistä. Masennuksen tunnistaminen on viime vuosina parantunut, mutta on edelleen osittaista. Tunnistaminen on vaikeaa,

koska tunnusmerkit ovat moninaiset ja yksilölliset. Masennus liittyy myös moniin fyysisiin sairauksiin (Salokangas 1995). Masennus voi olla siis kriisinomainen, jolloin jokin tekijä aktivoi masennuksen äkillisesti tai se voi hiipiä hiljalleen esimerkiksi työuupumuksen pahetessa, jolloin asianomainen huomaa jaksamisensa vähenevän, oireiston lisääntyvän ja elämäntilanteen kapeutuvan. Suomessa runsaasti tehtyjen itsemurhien ja masennusten välillä on yhteydet (Isometsä 1995). Masennus voi "laajeta" perheen tai työyhteisön sairaudeksi (Huttunen 2000).

Masennuksen syyt ovat moninaiset. On todettu, että perinnöllisyys, varhaiset menetykset ja erilaiset stressitekijät, kuten muutokset yksilön elämässä, saattavat altistaa masennukselle. Hormonaaliset tekijät ja aivojen välittäjäaineet ovat merkityksellisiä. Sosiaalisen tuen puute altistaa masennukselle. Epäselvää on, mitä ovat organisaatio- ja työelämätekijöiden vaikutukset ja painotukset masennuksessa sekä mikä osuus kulloinkin on perhe- ja kotielämätekijöissä. Tutkittu tieto on vähäistä yhteiskunnallisten ja suomalaisen kulttuuriin liittyvien tekijöiden osuuksista. Naiset sairastavat masennusta miehiä enemmän. Suomessa naiset ovat suhteellisen paljon kodin ulkopuolella työssä, jolloin kodin huolet, työt sekä syyllisyys työssä olosta kasaantuvat naisille. Näin tapahtuu etenkin niissä perheissä, joissa on pieniä lapsia. Masennusta havainnoidaan ulkoisesti ja sen tunnistamiseksi käytetään erilaisia mittareita sekä yksilön omia tuntemuksia ja kokemuksia. Diagnoosi tapahtuu näiden yhteistarkastelun pohjalta (Salokangas 1997).

## 2.1 Kansalliset linjaukset ja hankkeet

Masennuksen hoito on tähän saakka pääasiassa ollut yksilöön kohdistuvaa, kuten lääkehoito tai psykoterapia. Työssä olevien ja joidenkin kansalaisryhmien jaksamiseen on viime vuosina kiinnitetty huomiota valtakunnallisella tasolla.

Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut vuonna 2001 sosiaali- ja terveyspoliittiset linjaukset vuoteen 2010. Strategiset linjaukset ovat: Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työelämän vetovoiman lisääminen, syrjäytymisen ehkäisy ja hoito sekä toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva. Linjauksissa painotetaan työelämän henkisen hyvinvoinnin huomiointia, ympäristöterveyden kysymyksiä, ehkäisevää politiikkaa, varhaista puuttamista ongelmiin, yhteiskunnan valmiutta kohdata

muista kulttuureista tulevia ihmisiä sekä aktiivista kansainvälisyyttä.

Valtioneuvosto asetti syyskuussa 2001 Kansallisen terveydenhuolto- ja hyvinvointiprojektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektin tehtävänä oli arvioida palvelujärjestelmän nykyiset ja tulevaisuuden ongelmat. Selvityksen pohjalta laadittiin suunnitelma ja toimeenpano-ohjelma todettujen ongelmien poistamiseksi. Huhtikuussa 2002 julkistetussa väliraportissa otettiin kantaa muun muassa terveydenhuollon organisointiin, rahoitukseen, terveydenhuollon työvoiman tarpeeseen ja keskinäiseen työnjakoon (ks. Markkanen 2002). Väliraportissa painotettiin myös työolosuhteiden kehittämisen ja täydennyskoulutuksen järjestämisen (johtamiskoulutuksen kehittämisen) ja julkisen terveydenhuollon, yksityisen ja kolmannen sektorin työnjaon ja yhteistyön tärkeyttä.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma hyväksyttiin valtioneuvoston toimesta toukokuussa 2001. Myös tässä ohjelmassa painotetaan terveyden edistämistä. Sen taustana on Maailman terveysjärjestö WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, jossa pyritään terveyden edistämiseen yhteistyössä ulottuen yhteiskunnan kaikille sektoreille.

Kansallisissa linjauksissa on siis painotettu terveyden edistämistä ja henkilöstön hyvinvoinnin tukemista työelämässä. Moniin terveydenhuollon ongelmiin on tartuttu myös käytännössä. Resursseja on alueittain lisätty. Jaksamisen- ja työkyvyn ylläpito -ohjelmia on laadittu. Suomessa on meneillään useita sekä valtakunnallisia että paikallisia kehittämisprojekteja kansalaisten työkyvyn turvaamiseksi ja jaksamisen tukemiseksi (Matikainen & Männistö 2000). Joillekin alueille esimerkiksi lasten psykiatriseen hoitoon on valtakunnallisesti lisätty rahoitusta.

## 2.2 Hoitotyöntekijöiden jaksaminen 1980 - 1990 luvuilla

Hoitohenkilöstön stressiä ja työuupumusta on tutkittu 1980 - 1990 luvuilla (Kalimo 1987; Kalimo & Toppinen 1997; Kalimo & Hakanen 1998). Lamaan ja nopeisiin rakenne- ja organisaatiomuutoksiin liittyen terveydenhuollon organisaatioissa aktivoitui vaikeuksia, joilla tutkimustulosten mukaan on oletettavasti yhteyksiä hoitohenkilöstön pahoinvointiin. Hoitohenkilöstön uupumiseen kohdistuneiden aiempien tutkimustulosten yhteenvetona voidaan todeta, että 80-luvun ja 90-luvun tutkimustuloksissa

on yhtenevyyttä muun muassa itse työn, hoitotyön luonteen, vuorovaikutussuhteiden moninaisuuden, työaikajärjestelyjen, kiireen, työn organisoimien ja matalapalkkaisuuden ja työuralla etenemisen heikkouden suhteen. 90-luvun tutkimustuloksissa edellisten lisäksi painottuvat uusina uuvuttavina tekijöinä organisaation muutokset merkityksineen, seurauksina niukentuneet resurssit, paineiden, kiireen, työn kuormittavuuden ja vaatimusten lisääntyminen. Työn hallinnan, vaikutusmahdollisuuksien, itsenäisyyden ja vastuiden ongelmat nousivat esille. Psykososiaaliset työolot, työympäristö ja ergonomiset tekijät todettiin problemaattisiksi. Työssä esiintyi aiempaa enemmän väkivaltaa ja turvattomuutta. Muun muassa johtajuus, eriarvoiset toimintatavat, työelämän laatutekijät, koulutus ja jatkuva ammatillinen kehittäminen tuotiin esille haettaessa jakamisen ongelmiin ratkaisuja (Kivimäki, Vahtera & Thomson 1997; Wickström, Laine, Pentti, Elovainio & Lindström 2000; Kivimäki, Elovainio, Vahtera & Virtanen 2002).

2000-luvun alkuvuosien tutkimustulokset sisältävät tietoa siitä, että edelleen työyhteisöissä toiminta on kiireistä, paineista ja vaatimustaso on koventunut. Organisaatioissa tapahtuu edelleen paljon muutoksia (Peltomäki ym. 2002; Vahtera 2000). Pitkään jatkunut uupumus saattaa muuntaa masennukseksi. Pääosin masennustutkimus on lääketieteellistä tutkimusta. Tutkittua tietoa siitä, mitä masentunut kokee, on edelleen vähän.

### 3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Väitöskirjatutkimuksessani vuonna 1996 kyselylomakkeella kerätyn tulosten mukaan hoitohenkilöstön masennus johtuu lähes 70%:lla työyhteisöihin liittyvistä tekijöistä. Samoin organisaatioiden erilaiset muutokset liittyvät tiiviisti masennuksen kokemuksiin. Masennukseen liittyvät tutkimustulokset osoittavat, että masennus on moniulotteinen ja merkityksellisiä tekijöitä ovat yksilön omat voimavarat ja kokemukset sekä ympäristön tekijät. Näiden välinen vuorovaikutus on oleellinen masennuksen kokemuksessa. Tutkimuksen näkökulma ja perustelu muotoutui kyseisen tuloksen perusteella: Terveydenhuollon organisaatioissa hoitotyöntekijän masennukseen oletettavasti vaikuttavat yksilön omien tekijöiden lisäksi työyhteisölliset tekijät, joista yhtenä tärkeänä tekijänä näyttäisi ilmenevän tiheästi toistuvat työn/työyhteisöjen/organisaatioiden muutokset. Näillä on seurauksia, joilla on ollut merkityksiä henkilöstön masennuksen kokemuksiin

työyhteisöissään.

#### 3.1 Tutkimuksen teoreettinen lähtökohta

Tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on Lauri Rauhalan ajattelu (Rauhala 1986, 1988, 1990, 1993, 1998). Kvalitatiiviseen tutkimusperinteeseen voidaan sisällyttää monia erilaisia lähestymistapoja. Fenomenologinen menetelmä on soveltuva tutkimukseen, jossa kuvataan yksilöiden kokemuksia (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997). Fenomenologisen menetelmän avulla pyritään kuvaamaan kokemuksia sellaisina kuin ne ovat, ilman kausaalisia selityksiä (Merleau-Ponty 2000).

Fenomenologiseen metodiin sisällytetään peruskäsitteet kokemus ja merkitys, intentionaalisuus ja esiyymmärrys. Tutkittavaa ilmiötä pyritään tarkastelemaan kokonaisuutena. Tutkimuksessa pohditaan sitä, minkä laatusena ilmiö näyttäytyy. Fenomenologisen tutkimusperinteen perustajana pidetyn Edmund Husserlin mukaan yksilön tietystä ilmiöstä tekemät huomioidut ovat intentionaalisia. Huomioiden kohteille ihminen antaa oman ajattelunsa avulla yksilöllisiä merkityksiä. Tämän vuoksi ulkoinen maailma ei ole objektiivinen tosiasioiden maailma, vaan se rakentuu ihmisten tietoisuuden toimintojen merkitysrakenteista. Näiden ulottuvuuksien avulla ihmisen tietoisuus jäsentää kokemuksia, jotka sitten rakentuvat ihmisen tietoisuudessa mielekkäiksi kokonaisuuksiksi. Hän luo olemassaoloon. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on mukana olevien hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemusten sisällöt siten, miten masennukseen liittyvät asiat ilmenevät heidän tietoisuudessaan ja miten he ovat luoneet merkityskokonaisuuksia pohjana masennuksen mukanaan tuomat sisältöaineokset. Eri henkilöille masennus voi näyttäytyä eri asioina: sairautena (olen masentunut, siis sairastan tämän nimistä tautia), työkyvyttömyytenä (en kykene enää tekemään työtäni), kärsimyksenä (olen pystyyn kuollut, en siis elä) tai itsetunnon viejänä (en ole enää minkään arvoinen). Samoin kuin ihminen luo terveyttään, hän luo myös sairauttaan, hän luo elämänsä.

Keskeisenä tutkimustehtävänä on pyrkiä ymmärtämään ja tulkitsemaan hoitohenkilöstön masennusta ilmiönä ja masennuksen yhteyksiä työyhteisötekijöihin muuttuvissa työyhteisöissä masentuneiden itsensä kokemana. Lisäksi pyritään selvittämään sitä, millaisina hoitotyöntekijöiden työyhteisöt näyttäytyvät masentuneiden kokemuksina ja minkälaisia odotuksia he luovat hyvinvointia edis-

täville organisaatioille?

Pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten ja minkälaisena hoitotyöntekijän masennus ilmenee itselle ja näyttäytyy muuttuvissa organisaatioissa ja työyhteisöissä?
2. Mitä ja minkälaisia ovat hoitotyöntekijöiden tunnistamat työyhteisölliset ja organisatoriset tekijät, jotka ovat merkityksellisiä heidän masennukseensa muuttuvissa työyhteisöissä?
3. Minkälaisina masentuneet hoitotyöntekijät kokevat organisaatiot ja työyhteisöt, joissa työskentelevät?
4. Minkälaisia hyvinvointia edistävien ja masennusta ehkäisevien organisaatioiden tulisi olla masentuneiden hoitotyöntekijöiden odotuksina?

Tutkimuksen kohdeorganisaatioina oli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin viisi sairaalaa, joiden koko hoitohenkilöstö oli kohderyhmänä. Kyselyt lähetettiin sekä vakinaisessa työssä että sijaisina toimiville hoitotyöntekijöille. Kyselylomakkeen vastausprosentti oli 60,1. Haastatteluun osallistui 20 hoitotyöntekijää. Aineiston kerääminen toteutettiin 1996 - 2002. Tutkimusaineistot koottiin kyselylomakkeita, haastatteluja ja organisaatioiden vuosikertomuksien sisältöjä käyttäen. Haastattelut tapahtuivat kyselyn jälkeen.

Kyselylomakkeen taustatiedot koodattiin Microsoft Excel-tietojen käsittelyohjelmaan. Ne ristiintaulukoitiin taustamuuttujien mukaan. Kyselylomakkeen väittämien avulla kerätyt tiedot käsiteltiin siten, että niistä muodostettiin frekvenssijakaumat, prosenttijakaumat, keskiarvot ja keskihajonnat sekä muodostettiin summamuuttujia osasta vastauksia. Vuosi- ja henkilöstökertomukset analysoitiin sisällönanalyysin menetelmällä. Kyselylomakkeiden avointen kysymysten vastaukset ja haastatteluun kerätyn aineiston analysoitiin Colaizzin analyysimenetelmän avulla.

Analyysi pohjattiin mukaellen Colaizzin (1978) alun alkaen psykologian alalle rakentamaan analyysimenetelmään (Colaizzi 1978). Colaizzin metodi perustuu eksistentiaaliseen fenomenologiaan, jolloin metodiin heijastuu Heideggerin (ks. esim. Heidegger 1967) esille tuoma eksistenssin filosofian käsite. Se merkitsee olemassaolon ajatusta niin, että ihminen on osa omaa elämäntilannettaan, situaatiota. Ihmisen olemassaolosta "käsin muun olemassaolon jäsentymisestä koetetaan tehdä ymmärrettäväksi" (Rauhala 1998, 23). Tässä

tutkimuksessa teoreettisena näkökulmana käytetty Rauhalan tulkitsema eksistentiaalinen fenomenologia toimii taustana Colaizzin menetelmälle, jolloin käytetty viitekehys ja menetelmä ovat perusnäemyksiltään yhtenevät (vrt. Lukkarinen 2001, 189). Colaizzi (1978) on kehittänyt analyysimenetelmänsä fenomenologian tarkoituksen mukaisesti. Sen tarkoituksena on tuoda näkyville yksilön kokemusten rakenteet. Niiden paljastamiseksi on Colaizzi kehittänyt vaiheisen analyysin, jonka avulla voidaan kuvailla yksilöllisiä kokemuksia merkityksineen (vrt. Åstedt-Kurki & Nieminen 1997). Colaizzin analyysimenetelmää ovat käyttäneet monet tutkijat (ks. esimerkiksi Beck 1992; Peltonen 1997). Käytetty analyysimenetelmä soveltuu fenomenologiseen lähestymistapaan tietynlaisen selkeän jäsentämistapansa vuoksi. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemusten merkitysyhteyksien jäsentämiseen menetelmä soveltuu hyvin. Menetelmän käyttö mahdollistaa monen eri vaiheen kautta sekä yksityiskohtien tarkastelun että kokonaisuuksien hahmottamisen.

#### 4 TULOKSET

Masentuneeksi itsensä tuntevia hoitotyöntekijöitä oli aineistossa paljon (21,6%) ja uupuneeksi tunsivat itsensä 54,1% vastaajista. Masentuneeksi itsensä kokevilla esiintyi "tyypillisiä" alakuloisuuteen liittyviä häiriöitä ja tuntemuksia. Joillain esiintyi pitkäaikaisia sairauksia. Motivaatio ja merkityksellisyuden kokeminen omassa elämässä ja työssä oli puutteellista. Elämänilo ja toimeliaisuus puuttuivat. Kaikkinainen aktiivisuus puuttui. Työympäristöjen kynnistävään ja ihmisyyttä ohittavaan toimintamalliin kiinnitettiin huomiota. Elämä oli enemmän "raahautumista" eteenpäin kuin elämältä sisältöjä odottavaa. Lukiutumisen ja mukautumisen, jopa alistumisen kaventuneeseen ja elämäntömyyden elämäntilanteeseen oli melko tavallista. Pelot, turtumuksen ja pettymyksen tunteet sekä itseen että työympäristöön sävyttivät tilannetta. Kärsimys, tunteettomuus tai vihan, katkeruuden tunteet leimasivat olemassaoloa. Työssä oloa ja työskentelyä työyhteisössä varjostivat asianomaisen tunteet elämän ja työn tarkoituksettomuudesta, työkyvyn menettämisen pelosta, yksinäisyydestä ja haavoittuvuudesta. Työstä ei suoriutunut halutun hyvin, vaan se muuttui konemaiseksi. Erilaiset muutokset ja tulevaisuus pelottivat. Masentuneena tuntui, ettei enää jaksakaan eikä omaa ammatillisuutta, ei täytäkään. Työympäristön muuttuneet arvot merkit-

sivät ristiriitaisuuksien tunteita masentuneelle. Ne tuntuivat musertavalta. Konflikteja tuli työtovereiden kanssa. Elämä muuttui negatiiviseksi. Vuorovai-  
kutukset toisten kanssa minimoituivat. Syyllisyy-  
dentunteet seurasivat työn hallinnan menetystä.  
Lopulta masentuneen elämismaailma oli merkityk-  
setön.

Hoitotyöntekijöiden esittämät masennuksen tun-  
nusmerkit ovat pääasiassa yhteneviä diag-  
nosoitujen masennusten oireiden kanssa. Osa  
masentuneista hoitotyöntekijöistä oli ollut lääkärin  
hoidossa kyseisestä syystä. Sairauslomia oli käy-  
tetty jonkin verran. Hoitomuotona masennuslääki-  
tystä käytettiin melko vähän.

Masennuksen tunnistamiseen liittyi vaikeuksia.  
Terveystieteiden ammattilaisena masennuksen  
tunnistaminen ja hyväksyminen sekä siitä avoi-  
mesti puhuminen oli hankalaa. Osin masennuksen  
tunnistamisen ongelma johtui siitä, että hoitotyön-  
tekijöiden oma "vahvuusidentiteetti" mureni. Siirty-  
minen avun antajasta avun pyytäjäksi oli vaikeaa.  
Masennus oli tabu-asia, josta keskusteleminen  
tapahtui vain "omien ihmisten" kanssa. Masennus  
aiheutti häpeän tunteita. Varsinkin aiemmin saatu  
ammattillinen peruskoulutus tuki "vahvaa" amma-  
tillisuutta. Masennus tulkittiin heikkoudeksi, jota ei  
haluttu näyttää työtovereille eikä varsinkaan orga-  
nisaation johdolle. Toisiin ihmisiin liittyi jonkin verran  
epäluuloisuutta ja senkin vuoksi ei haluttu puhua  
omista ongelmista. Taustatekijöiden tarkastelussa  
erottuvat nuoret, melko hiljattain työhön tulleet (työ-  
kokemus alle vuosi - 5 vuotta) ja keski-ikäiset/  
iäkkäät (40-60-vuotiaat), kauan työssä olleet omiksi  
ryhmikseen. Psykiatrisella ja somaattisella alu-  
eella hoitotyöntekijöillä esiintyi masennusta yhtä  
runsaasti. Vastaajat olivat pääasiassa naisia.  
Opistotason koulutuksen saaneita oli koulutason  
koulutuksen saaneita enemmän.

Masennuksen kokemus aktivoitui joko sisäsynty-  
isenä, ilman kohdennettavaa syytä, yksityiselämän  
tekijöistä, työelämän tekijöistä, somaattisen sai-  
rauden yhteydessä, kriisin aktivoimana tai näiden  
yhdistelmistä. Masennuksen syinä todettiin pääasi-  
allisesti työelämän, kuten työyhteisölliset ja orga-  
nisatoriset syyt. Tutkimuksessa keskityttiin niihin.  
Tällöin masennus esiintyi pääasiassa pahenevana  
prosessina. Itsensä hoitaminen, sisäiset ja/tai ulkoiset  
tukimuodot ja erilaiset väliintulot pysäyttivät/  
hidastivat masennuksen pahenemisen prosessin  
yksilöllisesti. Kuitenkin masennuksen kokemukset  
olivat tiukasti sidottuja työyhteisön tilaan. Jos tila  
ei muuttunut, ei irrallisilla masennuksen hoito-

tai tukimuodoilla ollut tervehdyttävää vaikutusta  
(väliaikainen tilanteen helpottuminen oli tavallista).  
Masennuksen syinä esitettiin äkinäiset, hallitse-  
mattomat muutokset, jotka laukaisivat työyhteisöissä  
tapahtumaketjun, joka usein paheni. Ne etenivät  
vastaajien mukaan seuraavasti: Ensimmäiseksi  
hoitotyöntekijöillä esiintyi saadusta informaatiosta  
huolimatta tietämättömyyttä muutoksiin nähden.  
Se heijastui pelkoina ja uhan kokemuksina muutoksen/  
muutoksia kohdanneen työyksikön ja hoitotyöntekijöiden  
omien tulevaisuuksien suhteen. Yksilötasolla alkoi  
esiintyä pahoinvointia. Työyksikkötasolla seurasi  
sisäiseen tunnemaailmaan lamaantumista tai "yhteis-  
masennusta." Toiminta ja päätöksenteko olivat  
sidoksissa tunnetasoon. Yksilöiden paha olo ja koko  
työyhteisön ryhmän paha olo vaikuttivat toisiinsa.  
Muutos merkitsi huolta tulevaisuudesta, työpaikan  
vaihtumisen tai menettämisen pelkoa, sellaisiin uusiin  
tehtäviinsiiirtymistä, joita ei osaa tai opi. Pelättiin  
ammattillisen kyvykkyyden vähenemistä, saavutettujen  
etujen menettämistä, oman työryhmän hajoamista,  
tutun esimiehen ja työtovereiden menettämistä jne.  
Pelot aiheuttivat kilpailua työtovereiden kesken esim.  
siitä, ketkä saivat jäädä nykyiseen työyksikköön.  
Toiseksi johtoon ja päättäjiin suunnattiin pettymyksen  
tunteita. Alkoi esiintyä kiukkua, koska tuntui siltä,  
etteivät päättäjät arvosta heidän nykyistä työtään.  
Hoitotyöntekijät alkoivat miettiä nykyisestä työstä  
pois pääsemistä, joko eläkkeelle, koulutukseen, toiseen  
työpaikkaan, vuorotteluvapaalle tai jopa äitiyslomal-  
le. Tärkeiksi asioiksi nousivat myös ura- ja kehitysmahdollisuudet,  
palkkaus- ja muut palkitsemismuodot sekä yksityiselämän  
ja työn joustavat yhteensovittamismahdollisuudet.  
Kolmanneksi yhteistyö saattoi huonontua niin johdon,  
työtovereiden kuin muiden työyhteisöjen edustajien kesken.  
Neljänneksi henkilöstö alkoi yhä enemmän kuunnella  
huhuja ja muodostaa niistä erilaisia mielikuvia.  
Samalla erilaiset pelot ja turvattomuuden tunne  
lisääntyivät. Luottamus väheni niin päättäjiin,  
johtoon kuin työtovereihinkin. Työyhteisöjen  
ilmapiirit huononivat, konfliktit lisääntyivät,  
esiintyi juoruja, klikkejä ja kuppikuntia. Työyhteisössä  
haettiin syyllisiä, syntipukkeja, eriarvoistettiin, peiteltiin  
omaa osaamattomuutta. Omia ja toisten työsaavutuksia  
vähäteltiin, esimiehille kanneltiin ja työpaikkakiu-  
sausta alkoi ilmetä. Vuorovaikutus työyhteisöissä/  
organisaatioissa sulkeutui.

Masennuksen syinä esitettiin myös työyhteisö-  
ongelmia, jolloin työyhteisöissä saattoi esiintyä voi-

makas "kastijakoa", joka liittyi sisäiseen kilpailuun: huonot, osaamattomat (mm. ikääntyneet) ja hyvät hoitotyöntekijät. Arvostus oli kiinnitettyä siihen, onko näppärä ATK-välineiden käyttäjä, prosessiosaaja tai muu erityisosaaja. Uusimuotoisesta ammattikoulutuksesta valmistui nuoria hoitotyöntekijöitä, joilla oli valmius moniin tehtäviin, kuten esim. ATK-hallintaan. Tätäkin kautta aktivoitui työyksiköihin erilaisesti osaavia hoitotyöntekijöiden ryhmiä. Toisaalta kahtiajakautuminen tunnistettiin myös toisinpäin: Huonot, tietämättömät (vastavalmistuneet, sijaiset) ja kokeneet, pitkään työskennelleet. Eri kyvykkyksiä ei osattu käyttää hyväksi, vaan vaatimus oli, että kaikkien pitää osata kaikkia töitä. Arvokasta kokemuseräistä tietoa ja taitoa ei osattu syntetisoida uusiin tietoihin ja toimintoihin. Työyhteisöissä tasa-arvo ei toteutunut, erilaisuutta ei siedetty. Virallinen tieto ei kulkenut.

Masennusta aiheutti myös työkuormituksen ongelmat. Siihen liittyivät 1) kiire työssä ja työ määrän lisäys niukkuuden seurauksina, 2) työn hallinnantunteen menetys, 3) uudet tehtävät ja vaatimukset, työn organisointi, perehdytyksen/koulutuksen puute, 4) toiminnallinen - ja työympäristö, 5) työn uudistuminen, muutokset, prosessit ja välillinen työ, siirtyminen työtyypistä toiseen, työskentelyn itsenäisyyden aste, tiimi- ja verkostointityö ja koko tiimin työn hallinta ja 6) yksilölliset tekijät ja elämäntilanne (esimerkiksi ikääntyminen, sairaudet).

Monissa työyksiköissä henkilöstön sairauslomat lisääntyivät ja se osaltaan lisäsi kiirettä. Myös sairaana oltiin työssä, koska ei haluttu lisätä paikalla olevien työtaakkaa. Samanaikaisesti välillisen (ei suoraan potilaaseen kohdistuvaa hoitotyötä) työn osuus kasvoi. Kehittämisprosesseja oli yhtaikaisesti useampia meneillään. Ylitöitä ei hyväksytty. Henkilökunta teki esim. laatutöitä omalla ajalla, jolloin lepoaika väheni. Palkka- ja muut edut eivät lisääntyneet. Samanaikaisesti joissain organisaatioissa tehtiin saneeraus- ja uudistamistöitä. Sairaalat olivat käyneet vanhoiksi ja vanhanaikaisiksi eivätkä vastanneet toiminnaltaan nykyisiä vaatimuksia. Työn itsenäisyys ja vaikuttamismahdollisuudet vähenivät. Tunne ammattitaidosta ja osaamisesta väheni. Yksilötasolla monien tunnemaailma oli aktiivisessa käytössä. Tunteet pahenivat, koska henkilöstöstä tuntui, ettei heitä kuultu vaikeuksissa. Myös muutosvalmennus oli minimaalista. Ulkopuolisia tahoja ja johtoa syytettiin tapahtumista. Henkilöstö oli huolissaan hoitotyön laadusta ja eettisyydestä työn toteutuksessa. Muutoksiin liitettyjen melko

pysyviksi vakiintuneiden työpaikkaongelmien esiintymisiin liitettiin masennuksen pahenemista. Työyhteisöissä vallitsi yleinen väsymys, toimimattomuus ja työn merkityksen katoaminen. Työyhteisö sairastui. Monissa työyksiköissä edellä esitetyt asiat johtivat lähes kaaostilanteisiin, joissa henkilöstöstä yhä useampi voi huonosti.

Masennusta kokevan hoitotyöntekijän esittämä kokemuksellinen tieto on subjektiivista. Tutkimustuloksissa ei vertailla (kuin pienin osin) masentuneiden ja ei-masentuneiden näkemyksiä työyhteisöllisistä tekijöistä. Masentuneen herkkyyks kokea omassa elämäntilanteessaan ja työympäristössään vääritymiä on hänelle itselle todellisuutta. Jokainen työntekijä kokee työyhteisönsä omalla tavallaan. Hyvinvointi tai pahoinvointi luo uudelleen merkityksiä kokemuksille. Oleellista on se, että työelämän toimijoiden pitää tiedostaa ihmisen ajattelun, tunteiden ja toiminnan ohjautuvan ja sitoutuvan hänen kokemustensa merkityksiin. Kärjistäen, jos masentunut työntekijä kokee esimiehen epäluotettavaksi, se merkitsee asianomaisen työelämän tilanteessa sitä, että häneltä puuttuu luotettava mielipiteisiin vastaaja. Se saattaa ilmetä hylätyksi tulemisen ja työryhmään kuulumattomuuden tunteena. Merkitykset omaan työhön saattavat muuttua niin, että aiemmin työn kautta "tarpeelliseksi tuntevan" -identiteetti pirstoutuu. Työn merkitys pelkistyy palkkatyöksi. Työyhteisön käytännössä se voi merkitä heidän välisen avoimen keskustelun tyrehtymistä, tietokatkoa, palautteen saamisen puutetta ja jopa ammatillisen kehittymisen pysähtymistä esimiehen tarjoaman "peilin" puuttuessa.

Masentuneet hoitotyöntekijät eivät olleet pohtineet monia kyselylomakkeen kysymyksiä toimivan organisaation tai oppimisen pohjalta. Osaaminen ja oppiminen koettiin tärkeäksi, mutta masentuneena se ei ollut ensisijainen asia. Masentuneena oppiminen todettiin vaikeaksi, koska ei pystynyt keskittymään ja muistamaan asioita. Tuloksellisuus tai markkinointiasiat eivät pohdituttaneet. Tärkein tavoite oli saada "työrauha" ja hyvä olo työyhteisöön. Ajatukset keskittyivät vahvasti ydintyöhön. Terveystieteiden huollossa on meneillään syvä murrosvaihe, joka vaatii arvojen, ihmiskäsityksen ja työn toimintaympäristön, työympäristön ja työmuotojen uudelleenarvioinnin. Tähän liittyvät vaatimukset johtamisen modernisoitumisesta niin, että mekanistisesta ja epäluottamuksellisesta ihmiskäsityksestä siirrytään tasa-arvoiseen, erilaisuutta ja asiantuntijuutta arvostavaan yhteistyöhön johdon ja henkilöstön kesken.

Tutkimuksiin osallistuneista (N= 255) oli 4/10 oli sitä mieltä, ettei organisaatiossa tai työyhteisössä edistetä tai tueta hoitotyöntekijöiden hyvinvointia ja työkykyisyyttä. Lähes kolmannes ei osannut sanoa mielipidettään. Yhtenevästi oltiin sitä mieltä, että työyhteisössä vaikuttamismahdollisuudet, tiedon kulku ja esimiestoiminta oli parempaa kuin koko organisaatiota tarkasteltaessa. Toiminnan ja muutosten suunnittelu ja päätökset tehtiin enimmäkseen organisaatio- ja luottamushenkilöstötasolla. Toiminnan toteutus ja muutosten läpivienti tapahtui "kuultuna" työyksiköissä. Nämä todettiin puutteiksi ja hyvinvointia vähentäviksi tekijöiksi. Hoitotyöntekijöiden kyvykkyyttä arvostettiin työyhteisötasolla enemmän kuin organisaatiotasolla. Ensimmäisessä kyselyssä ja haastattelun tuloksina lähiesimies koettiin arvostavaksi, yhteistyötä edistäväksi ja työyhteisön tiimiä "puolustavaksi." Uusintakyselyssä osa vastaajista toi esille lähiesimiehen (osastonhoitajan) organisoitukyvyttömän ja vallankäyttöisen johtamistavan. Samalla, kun osastonhoitajille oli kohdeorganisaatioissa siirretty enemmän päätösvaltaa, niin henkilöstön odotukset ongelmien ratkaisemiseksi siirtyivät työyhteisöjen esimiehille.

Organisaatioissa ja työyhteisöissä vallitsi uudenlainen työkulttuuri, joka nimettiin "mikään ei riitä"-kulttuuriksi. Se tarkoitti sitä, että hoitotyöntekijöiden mielestä oltiin siirretty nk. markkinatalouden malliin, että aina tehokkuutta pitää lisätä. Vastaajien mukaan ei ollut mahdollista koko ajan vaatia työntekijöiden inhimillisiä voimavaroja lisättäviksi, koska hoitotyön tekeminen ja tulokset mahdollistuvat vain niiden avulla. Päinvastoin hoitotyöntekijät odottivat inhimillisten voimavarojen aktivoimista ja tukemisen olevan organisaatioissa/työyhteisöissä yksi tärkeimmistä kehiteltävistä asioista.

Masennusta pahensi monet esiintuodut johtamisen ongelmat. Muutosvaiheessa johtamiselle suunnattiin erityistoiveita. Kun nämä eivät toteutuneet, seurasi pettymystä, epäluottamusta ja negatiivisia tunteita johtoa kohtaan. Johdon toiminta koettiin ristiriitaiseksi ja ongelmalliseksi. Luottamus oli heikentynyt viime vuosien aikana. Eniten tuotiin ongelmia muutosten hallinnan vajavaisuus, tasa-arvon puute, erilaiset uhat, joista ei luotettavasti kerrottu, johdon kykyjen puute kohdata hoitohenkilöstön odotukset niin töiden organisoinnissa, työkuormituksessa tai tuen antamisessa henkilöstön jaksamiseksi. Johdolla ei tuntunut olevan keinoja muutosten hallintaan. Muutoksia ei perusteltu järkisyin. Pettymystä koettiin myös "ihminen ihmiselle" kohtaamisen puutteesta. Tällöin osa henkilöstöstä koki, ettei

heitä kuunneltu eikä heistä välitetty. Osa vastaajista koki johtamisen byrokraattiseksi ja ihmiskäsityksen mekanistiseksi. Avointa yhteistyötä ei tehty niin paljon kuin hoitotyöntekijät olisivat odottaneet. Laman aikana kokemus oli, että johtamisessa siirryttiin ikään kuin taaksepäin ja otettiin takaisin käyttöön käskytystä ja vallan käyttöä. Määräysvaltaa toteutettiin. Henkilöstön erilaiset mielipiteet varsinkin resurssien supistamis päätöksissä minimoitiin. Varsin yleinen kokemus oli, että organisaatioilla johtotasolla olivat erilliset tavoitteet kuin työyhteisöissä. Näennäisesti ne olivat yhtenevät, käytännössä ei. Organisaation johdon ja ruohonjuuritason henkilöstön välille oli muodostunut kuilu, jota oli vaikeata ylittää. Ylitystä tapahtui "juhlapuhetasolla, mutta se ei näkynyt käytännön työn toteutuksessa. Osan organisaatioista johtotehtävissä olevista vaihtui tiheään, se loi epävarmuutta.

Jokaisesta kohdeorganisaatiosta tulivat esille reaktiivisen kulttuurin piirteet, mutta kolmessa sairaalassa reaktiiviset piirteet olivat vahvimpiin esillä. Reaktiivisten organisaatioiden kulttuuria kuvattiin sisäänpäin lämpiäviksi. Organisaatioissa käytettiin puolustusmekanismeja esim. ympäristön syytelyä osana toiminta- ja käyttäytymistä. Ilmapiirejä kuvattiin ilottomiksi. Vastaajien mukaan kuvatuissa organisaatioissa reagoitiin ympäristön vaatimuksille, mutta tietty itsenäisyys ja vastuullisuus omasta toiminnasta oli hävinnyt. Organisaatiot ajalehtivat. Turvattuus, syyllisten hakeminen ja käskytyt nousivat toiminnan muodoiksi. Työyhteisöt ajautuivat toimimattomuuden tilaan, jolloin alkoi esiintyä konflikteja ja kiikkymistä. Siellä esiintyi yksilö ja yhteisötasolla tapahtuvaa tunteiden kahtiajakautumista. Organisaatioissa toimivat "hyvät johtajat" ja "huonot johtajat" ja työyhteisöissä "hyvät hoitotyöntekijät" ja huonot hoitotyöntekijät." Samoin työyhteisöt jaettiin hyviin ja huonoihin.

Neljässä organisaatiossa tuotiin esille piirteitä vastaanottavaisesta kulttuurista. Päämäärien asettaminen ja suunnittelu olivat esille tulleista piirteistä vahvimmat. Ongelmia pyrittiin ratkaisemaan. Toiminta oli melko lyhytjänteistä. Pitkään tähtäykseen pohjautuvaa muutoksen johtamista ei juurikaan vastaajien mukaan ollut havaittavissa. Ennakoivan organisaation tunnuspiirteinä ilmeni neljässä organisaatiossa. Organisaatioissa kehitettiin toimintaa aktiivisesti. Osa henkilöstöstä teki laadunkehittämistyötä. Kolmessa organisaatiossa johto ja henkilöstö tekivät laadutyötä yhdessä. Organisaatiot miettivät omia vahvuus- ja merkittävyysalueitaan. Viides organisaatio oli byrokraattinen, jossa joh-



toja itsenäisesti asetti päämäärät ja teki suunnitelun. Vastaajien mukaan kyseisessä organisaatiossa hoitohenkilöstöstä moni voi huonosti.

Huippusuoritukseen pyrkivän organisaation tunnusmerkkejä (esim. tunnistaa mahdollisuuksia, suunnistaa strategisesti, hallitsee kehittymisen, luo verkostoja ja käyttää kokonaisvaltaista johtamista) eivät vastaajat esittäneet omista organisaatioistaan. Vastaajien mielestä ratkaisukeskeinen, tulevaisuuspainotteinen oppiva organisaatiomalli puuttui organisaatioita tarkasteltaessa.

Toiveita masennuksen ehkäisemistoimenpiteiksi kohdistettiin hallinnolle ja organisaatiolle runsaasti. Eniten odotuksia ilmaistiin johdolle, toiseksi eniten esimiehille, kolmanneksi työtovereille ja neljänneksi työterveyshuollolle. Vastaajat asettivat myös itselleen odotuksia. Johtoon liittyvät odotukset olivat konkreettisia tukitoimia, (kuten resursseihin/ muutoksiin liittyviä, erilaisiin virkistystoimiin liittyviä), johtamisen tapaan, (kuten arvoihin, oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoisuuteen liittyviä) ja "ihmisytyteen" liittyviä (kuten yksilöitä kuuleva, kunnioittava ja tunteita huomioiva johtajuus).

Työyksikkötasolla toivottiin oikeudenmukaista, vahvaa ja vyvykästä esimiestä. Työn organisointiin liittyi paljon odotuksia, jotta kiire ja paineet laantuivat. Työtovereilta odotettiin kannustavaa, luottamuksellista, avointa, arvostavaa ja tukevaa otetta. Peloton ilmapiiri ja hyväksytyksi tuleminen olivat tärkeitä odotuksia työyhteisön jäsenille. Omalta itseltä vastaajat odottivat nykyistä enemmän uskallusta toimia omana itsenään, ottaa vastuuta omasta työstä ja työyhteisön yhteisistä asioista. Työryhmään kuulumisen osoittautui vastaajille erityisen tärkeiksi masennuksen tukikeinona.

Eniten toivottiin reilua ja rehellistä yhteistyötä koko organisaation jäsenten kesken. Sitä, että puhallettaisiin "yhteen hiileen". Vastaajien mielestä runsaatkaan muutokset eivät masentaneet, jos niille löytyi järkiperusteet ja ne toteutettiin yhdessä henkilöstön kanssa, eikä niin, että työskenneltiin ikään kuin kahdella irrallisella organisaation tasolla; johto ja henkilöstö erillään toisistaan. Sen sijaan, jos toteutettavat muutokset olivat "järjenvastaisia", eikä lopulta voitu osoittaa niiden avulla tulevan säästöjä, vaan ainoastaan seurauksena oli inhimillistä hätää, niin silloin muutoksia vastustettiin. Kun henkilöstön vastustus ei tuottanut tuloksia, vaan muutokset toteutettiin, niin silloin osa vastaajista alkoi syyttää omaa ammattitaidottomuuttaan. Tähän saattoi liittyä masennuksen tuntemuksia. Tällöin osa henkilöstöstä ulkoisti masennuksensa

syyttäen esimiehiä.

Hoitotyöntekijöillä oli runsaasti tukitoimia käytössään. Tärkeimpinä tukikeinoina todettiin olevan luotettava lähimmäinen, jolle voi kertoa kaikki murheensa. Lähimmäinen oli masentuneen käytettävissä. Keskustelu toisen ihmisen kanssa auttoi. Masennuksen ehkäisemiseksi, sen alkuvaiheissa ja kuntoutusvaiheissa olivat käytössä (ovat tärkeitä) monipuoliset toiminnalliset tukimuodot. Liikunta, luonto ja ulkona oleminen purkivat ahdistunutta oloa. Syvästi masentuneille oli tärkeää toisen ihmisen läsnäolo, kuunteleminen, keskustelu ja hiljaisuus.

Organisaation tukitoimia eivät masentuneet olleet käyttäneet kovin paljon. Niitä ei tunnistettu. Organisaation virallisten edustajien (työterveyshuollon edustajat, johto, työsuojelun edustajat, luottamusmiehet, sairaalapappi, psykologi) kanssa oli keskusteluja käyty vähän. Työyhteisöistä ja organisaatioista puuttuivat järjestelmät, joissa henkilöstö pystyi systemaattisin väliajoin keskustelemaan työyhteisön ongelmista tai yksilöinä asioista. Tällaisia tilanteita ei mielletty työn sisällöiksi.

Vastaajien mielestä voimia toivat ja jaksamista vahvistivat myös säännölliset palautteet, koulutus, työnohjaus, perehdytys, tyky-toiminta ja kuntoutuskurssit. Tärkeintä oli kuitenkin organisaatiokulttuurin ja työtoimintamallien nykyaikaistaminen sellaisiksi, että työ oli kuormitettu oikein, liika kiire, tulostavoitteet ja työn vaatimukset tasapainossa resurssien ja voimavarojen kanssa. Työn tekeminen tuli mahdollistaa ja työssä tulisi vastaajien mielestä olla mukavaa.

## 5 TULOSTEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Masennus on monenlaisten ihmisten kokemus. Se on hyvin monimuotoinen kokemus. Hoitotyöntekijän masennus on kokemuksellisesti yksilöllinen ja kokonaisvaltainen olotila. Se tuottaa voimakasta kärsimystä. Yksilö ikään kuin menettää itsensä organisaatiolle, kun hän sitoutuu ja sosiaalistuu organisaation kulttuuriin. Sitoutuminen voi vaatia toimimaan vastoin omia tuntemuksia, arvoja ja eettisyyttä, koska masentunut voi kokea, ettei ole riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia hoitaa potilaita hyvin. Terveystyö vaatii hoitavalta "avoinna olemista" vuorovaikutuksen suhteen potilasta hoidettaessa. Hoitavan on oltava herkkä näkemään ja kuulemaan potilaan odotukset ja tarpeet. Tämä herkkyys altistaa hoitotyöntekijän masennukselle

silloin, kun organisaatio on erityisesti paineiden kohteena. Potilaat tarvitsevat tervehtymisprosessissaan avuksi hoitavan herkkyttä tajuta toisen tarpeita. Tutkimuksen mukaan organisaation (tai ulkopuolisten) asettamat vaatimukset vaativat hoitotyöntekijöiltä toisenlaista "kovaa" lähestymistä asioihin. Hoitotyöntekijän pitää "taistella" etujensa puolesta, jottei työkuormitus nousisi liian suureksi, tasa-arvo toteutuisi tai esim. palkkauksen ja työolojen kehittäminen jatkuisi. Vastaajista koki 80% työn kuormittuneisuutta. Kaikki masentuneet kokivat itsensä kuormittuneiksi. Kuormitus oli pääasiassa psyykkistä. Se muodostui peloista, uhista, uusista tehtävistä, kunnioituksen ja arvostuksen puutteesta, osin osaamattomuuden tunteista, luottamuksen puutteesta, yhteistyövaikeuksista ja siitä, ettei muutosvaiheessa kokenut voivansa vaikuttaa asioihin ja omaan työhönsä. Työn kuormituksena ei koettu niinkään potilaiden hoitoon liittyviä asioita eikä fyysisiä kuormitustekijöitä. Kiireen tuntu koettiin pääasiassa uusien tehtävien ja toiminnan koordinoimattomuudesta. Murrosvaihe aiheutti henkistä kuormittuneisuutta. Kun hoitotyöntekijä masentui, hän vetäytyi "muurin" suojaan (vrt. Coldman 1984; Doncevic ym. 1998). Kyynistävä työote oli osa hänen työ- ja itsehallintaansa. Tämä osaltaan toimi potilaan hyvän hoidon toteutuksen esteenä. Hoitotyöntekijä ei kyennyt masentuneena olemaan läsnä potilaan tarpeisiin nähden. Masennuksen kokemusten merkitysten moninaisuutta on vaikeata pelkistää lähtökohhtiinsa. Kokemukset olivat moninaisen asioiden ja tekijöiden yksilöllisesti koettu summa.

Nopeasti ja hallitsemattomasti toteutettavat muutokset ovat terveydenhuollon arkipäivää. Säännöllinen yhteisten tavoitteiden, suunnitelmien ja toteuttamismahdollisuuksien, arvioinnin ja strategisten linjausten läpikäyminen on tärkeitä. Avoin keskustelu eri muodoissaan ja kokoonpanoissa on tärkeä. Hallitsematon muutos on selkeästi yhteydessä henkilöstön masennuksen kokemuksiin. Jotta jaksaminen mahdollistuu pitää organisaation satsata menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden analysointiin ja arviointiin. Jotta henkilöstö voi motivoitua ja sitoutua työhön, pitää se tuntea merkitykselliseksi. Henkilöstön pitää tietää oma asemansa organisaatioissa. Muutostutkimus ja -valmennus ovat ensisijaisen tärkeitä.

Organisaatioissa muutosten valmistelut todettiin puutteellisiksi. Ne toteutettiin nopeasti ja käskytyksinä ylhäältä alaspäin. Muutosten perustelut todettiin hatariksi. Sisällöllisten ja järjestelmien

(rakenteiden) saman aikainen kehittäminen olisi vaatinut aikaa ja syvämuutosten saavuttamiseksi yhteistyössä muutosten toteutusta, koulutusvalmennusta ja kenties kokeiluja ennen varsinaisia päätöksiä. Pääosin lamakauden aiheuttamat muutokset, jotka toteutettiin nopeasti ja joihin yhdistyivät resurssien niukentamiset, aiheuttivat syvenevän ongelmien ketjun. Yksilötasolla ne aiheuttivat jaksamattomuuden ja osaamattomuuden tunteita. Työn kuormitus, "ihmissyyden", tunnekokemusten ja tarpeiden ohitus johdon taholta syvenivät masennuksen kokemuksiin. Muutoksissa kyseenalaistettiin ammatillisuus/kyvykyys. Ammatillinen identiteetti rikkoutui. Henkilöstön subjektiivista tietämystä ei otettu käyttöön laaja-alaisesti. Sitä ei kokemusten mukaan arvostettu.

Kohdeorganisaatiot eivät ensisijaisesti tukeneet hoitohenkilöstön jaksamisesta. Monet tutkimukseen osallistuneiden hoitotyöntekijöiden työyhteisöistä olivat vastaajien mukaan kriisiytyneitä. Terveystuhoon johtaminen todettiin kapea-alaiseksi ja käskyttäväksi. Johtaminen muuttui vähemmän yhteistyökykyiseksi ja jalkautuvaksi muutosvaiheessa. Johtaminen etäännyti ydintyöstä ja käytännöstä. Edellä oleva ilmensi keinottomuutta vaikeuksien ilmetessä. Johto hallitsi tilannetta omalla tavallaan, eriytyvästi ja astumalla askeleita taaksepäin kehityksen tiellä. Terveystuhoon organisaatioista puuttuivat siis toimintamallit ja keinot hoitaa vaikea tilanne. Johtamiseen kohdistuneiden odotusten taustalla oli, että haluttiin selkeitä ohjeita, miten toimia uudessa tilanteessa, tukea, mukaanottoa ja vastuullisuutta organisaation sisällä. Toisaalta on todettava, että johto joutui toimimaan "välikätenä" luottamushenkilöiden, kunnan johdon ja oman henkilöstön välissä. Taloudelliset seikat ohjasivat muutoksia ja johdon toimintaa. Taloudellisten resurssien puutteellisuuden vuoksi tuli ennakoimattomia muutoksia, jotka organisaation johdon oletettiin toteutettavan.

Kun taloudelliset arvot olivat muodostuneet monissa organisaatioissa vallitseviksi, heikensi se työhön sitoutumista ja motivaatiota. Organisaatioiden yhteisten tavoitteiden ja linjausten hämärtyessä työn merkitys kärsi. Kirjalliset tavoitteet olivat asiakkasuntautuvia. Henkilöstö koki ne omakseen. Kun niitä käytännössä tarkasteltiin, jäi vaatimusten ja mahdollisuuksien välille iso ero. Ne eivät olleet toiminnassa toteutettavissa, koska annetut resurssit eivät vastanneet organisaatiolle asetettuja vaatimuksia. "Juhlapuheissa" huomioitiin henkilöstön inhimillisten voimavarat eli osaaminen, yksilölli-

syys, hiljainen tieto, tunneäly, empatia ja sosiaaliset taidot. Arjen toiminnassa niitä ei arvostettu (hallintoihmiset, johto, luottamushenkilöt) eikä niihin systemaattisesti satsattu, näin koettiin. Organisaatioissa elettiin kahdella tasolla - hallinnon ja ruohonjuuritason. Potilaat, omaiset ja henkilöstö arvostivat ja tarvitsivat päivittäin näitä perustaitoja. Työyhteisöjä oli vaikeata johtaa, koska suunnitelmia jouduttiin muuttamaan nopeastikin. Rahoitusbudjetti saattoi myös muuttua varsin tiheästi.

Muutokset toteutettiin liian kiireellisellä aikataululla ilman muutosvalmennusta. Osoituksena tästä ilmeni yksilötasolla masennuksen kokemukset, kriisiytyneet ja jähmeät työyksiköt ja organisaatiot, joilla ei ollut muutos- ja taantumatilanteessa keinoja kokonaisvaltaisten järjestelmien avulla selvityä uudessa tilanteessa ja auttaa henkilöstöä selviytymään epävarmaksi koetusta ajanjaksosta. Johdon (johtamisen) tasolla ilmeni palautumista vanhoihin johtamistapoihin (byrokraattisiin) ja eriytymiseen ydintyöstä.

Hoitotyöntekijän masennuksen kokemukset ovat yhteydessä työyhteisöllisiin tekijöihin. Tärkeimpinä tekijöinä muutoksiin liittyvien ongelmien lisäksi olivat organisaatioiden/työyhteisöjen ajautuminen toimintamalleihin, joissa he selviytyivät huonosti. Terveystenhuollon organisaatioissa unohdettiin ydintyöhön keskittyminen ja ajaututtiin liiaksi toimimaan taloudellisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Tässä tilanteessa odotukset suuntautuivat organisaatioiden johtoon ja lähiesimiehiin. Johtamiselta odotettiin oikeudenmukaisuutta, luotettavuutta, jämäkkyyttä, rehellisyyttä ja kohtaamista "ihmisinä", eikä ainoastaan johtamisen kautta. Tämä tarkoitti tunteiden hyväksymistä osaksi työelämää. Tunteiden tunnistaminen ja kohtaaminen hallitusti "aikuisena" tunnetasolla korostui. Työkuormitus, hallinnan menetys ja kiire olivat yhteydessä masennuksen kokemuksiin. Edelleen se, että hallinto/johto työskenteli paljolti puhe- ja "paperitasoilla", aiheutti ahdistuneisuutta. Johtamisen pahimpina puutteina todettiin ensinnä se, ettei hoitotyöntekijöitä kohdattu työntekijöinä, joiden kanssa työskenneltäisiin arvostavassa yhteistyössä perustellen toiminnan suunnitelmat ja tapahtuvat muutokset. Johdolta odotettiin luottamusta hoitotyöntekijöiden kyvykkyteen käsitellä organisaation/työyhteisön yhteisiä asioita. Työntekijöiden subjektiivista tietämystä ei esimerkiksi muutoksesymyksissä otettu tarpeeksi käyttöön ja se arvostamatta ohitettiin. Toisena johtamisen puutteena todettiin se, ettei suunnitelmien ja sovittujen asioiden käytäntöön viennissä tuettu. Keinojen ja

menetelmien kehittämiseksi ei resursoitu työntekijöitä, rahaa eikä aikaa. Esimiehinä toimivien ja työntekijöiden yhteistyöhön pitäisikin panostaa terveydenhuollon organisaatioissa.

Masennus oli myös yksilön hallintakeino tukalaksi koetussa tilanteessa. Kriisiytyminen ja jähmeys toimivat työyksikön ja organisaation hallintakeinoina. Johdon (johtamisen) hallintakeinona toimi käskytyt, ulkopuolisten toimintamalleihin turvautuminen ja ulkopuolisiin auktoriteetteihin tukeutuminen. Terveystenhuolto on perinteisesti hyvin byrokraattinen ja melko hitaasti muuttuva organisaatioalue. Se on ollut normitettua ja säänneltyä. Johtamisen perinne on ollut määräyksien antamista. Ammatillisuus on ollut vahvaa ja arvostettua. Organisaatiokulttuuri on ollut joustamaton: "näin meillä on aina tehty" viestitti urautuneisuutta ja halua pitää kaikki ennallaan. Ei oltu varauduttukaan uuteen "laajentamalla henkisyiden seiniä" ulommaksi ja joustaviksi. Organisaatiokulttuuri sisälsi paljon näennäisyyttä, myös näennäisvahvuutta, myös yksilötasolla. Hoitotyöntekijä vaati paljon itseltään, masennus oli osoitus heikkoudesta, josta ei puhuttu avoimesti.

Vuosikymmenten aikana työ on ollut turvallisuuteen pohjautuvaa. Resurssit lisääntyivät miltei vuosittain. Kärjistäen; vaikka hoitotoiminta on paljolti kehittynyt, niin perustehtävät ovat pääosin pysyneet samoina. Terveystenhuollon alueella toiminta on ollut sidoksissa potilaiden hoitamiseen. Viime vuosina ns. välillinen työ on lisääntynyt. Työtoiminnan pohja on erilaistunut, tieteellistynyt ja vaatimukset moninaistuneet. Lamavyösiön vaatimukset toivat esille sen, ettei terveydenhuollossa ollut järjestelmiä, joiden avulla hoitaa yhteisöjä, jotka joutuivat elämään epävarmuudessa. Samalla peräänkuulutettiin henkilöstön tukijärjestelmiä. Kun keinoja ei ollut uudessa tilanteessa, palattiin vanhoihin kaavoihin. Määräyksillä vahvistettiin arvovaltaa ja uskottiin parannettavan toiminnan sujuvuutta. Sekä johto että henkilöstö palautui vanhaan tuttuun ja ennen turvalliseksi koettuun. Samalla se aiheutti tunteenpurkauksia ja johdolle osoitettiin uudentyyppisiä odotuksia henkilöstön huomioinnista.

Samanaikaisesti johtaminen koki erilaisia muutoksia, kuten tulosjohtaminen, laatujohtaminen, voimavarajohtaminen. Laadun kehittäminen on ollut leimallista organisaatioissa ja työn, tuotanto- ja toimintatapojen muutokset ovat perustavanlaatuisia. Työn pysyvyydestä ei ollut enää takeita. Uudet toimintamallit vaativat muuntumisensa vuoksi jatkuvaa uuden oppimista. Samalla, kun "entinen" perustyö terveydenhuollossa eli potilaan hoito on

ydintyönä, sen oheistukseen on tullut jäädäkseen projektityö eli terveydenhuollossa lähinnä laadun kehittäminen dynaamisena prosessina. Tähän on liittynyt ATK-työ, joka osaltaan sijoittuu palvelemaan ydintyötä, osin kehittämisprosesseja. Toiminta on siis samanaikaisesti kehittyvää, mutta pysyvää potilaan hoitoa ja välillistä, syklittäisesti etenevää, muuttuvaa (kehittämistyö) työtä. Näitä ei ole mielletty saman työn eri ulottuvuuksiksi, vaan ne ovat eriytyneet. Tämä aiheuttaa erilaisia arvostukseen ja oppimiseen liittyviä ristiriitoja. Työn sisällöllinen muutos on siirtymässä pysyvästi osittain projektiluonteiseen, prosessimaiseen työskentelytapaan, joka vaatii elinikäistä oppimista ja kyvykkyyden, asiantuntijuuden uudistamista.

Terveydenhuollon työorganisaatio oli menneisyytensä vanki, joka 1990-luvulla joutui irrottautumaan vanhoista kaavoista ja vähitellen uusiutumaan. Vaade kasvoi myös arvojen perinpohjaiselle tarkastelulle ja uusiutumiseksi. Nyt ne olivat vinoutuneet. Hoitotyöntekijöiden lausahduksesta: "Mikään ei riitä" on eräs esimerkki organisaatioiden "vinoutuneista" arvoista. Kun henkilöstö tekee työssä parhaansa, sen tulisi riittää terveydenhuollon tulokseksi. Terveydenhuollon organisaatiot olivat kulttuurisesti murrosvaiheessa. Ongelmat olivat niin moninaiset, että organisaatiot vaativat syvällisiä muutoksia niin rakenteellisia kuin sisällöllisiäkin. Onnistuakseen ne vaativat valtakunnallisen tarkastelun ja uudistamisen tästä näkökulmasta.

Organisaatiot/työyhteisöt hakivat erilaisia tapoja löytääkseen tasapainon. Tasapainoa haettiin pitävyydellä paikallaan. Kriisiytynyt organisaatio hakee turvallisen oppimisen muodot. Se ei jäähmettyneenä kykene uusiutumaan ja vastaamaan haasteisiin (yhteneviä tuloksia Ranki 2000). Vastaajien mukaan myös esimiehet olivat jaksamattomia ja neuvottomia. Kuka heitä ohjasi ja auttoi? Yksilöillä ja työyhteisöllä on periaatteessa samantyyppiset strategiat. Työyhteisötasolla ryhmädynamiikka luo lisäulottuvuuksia monimutkaista ongelmien selvittelyyn.

Organisaatioissa lisääntyivät arvojen ja kokonaisajattelun muospaineet. Mekanistisesta, ei päätöksentekijästä, joka tekee muiden päättäminä (johdon suunnittelema, päättämiä, ohjaamia ja arvioimia) suorittavaa työtä, on muovautumassa vastuunottava ja kehittävä oman työnsä asiantuntija. Nykyisessä toiminnassa ei voi yksilö vastata vain omasta työstään, vaan laadullisessa prosessissa yhteistoinnallisesti yhtenä tiimin tai verkoston jäsenenä. Tämä vaatii uudenlaisen asennoitumisen lisäksi uudenlaista työn hallintaa. Hallinnan saavuttami-

seksi yhdistyvät yksilön omat resurssit, kyvykkyys sekä organisaation kulttuurinen ja toiminnallinen tila sekä uudenmuotoisen toiminnan mahdollistaminen. Johdon kyvykkyyttä korostuvista toimintavoista ollaan hiljalleen siirtymässä myös henkilöstön kyvykkyyttä huomioivaan toimintaan. Sellaisessa työyhteisössä, jossa henkilöstö koetaan resursseina, yksilöllisyyttä kunnioitetaan, henkilöiden päätöksentekoa ja kyvykkyyttä arvostetaan, jatkuvaa oppimista tuetaan ja onnistumista palkitaan, on luultavaa että paha olo on vähäisempää kuin jäykässä, byrokraattisessa työyhteisössä. Sellaisessa työyhteisössä, jossa on selkeytetty perustehtävä riittävästi, jossa on selkeytetty työnjako riittävästi, jossa on riittävän hyvä ammattitaito ja jossa kehittäminen sekä keskustelu on jatkuvaa, on luultavaa että jaksetaan melko hyvin. Se, millaiseksi työyhteisö muodostuu, on esimiesten vastuun ohella myös jokaisen siellä työskentelevän vastuulla. Terveydenhuollossa ei ole kokonaisvaltaisesti koordinoitua ja organisoitua kokonaistoimintaa, jonka yhtenä osa-alueena olisi sellaisten toimintamallien kehittäminen, joka tunnistaisi työyhteisön konflikteja ja nopeasti tekisi asialliset välintulot, jottei tilanteet pahenisi nykyisiin näkyvillä oleviin työyhteisöjen toimimattomuuden ja yksilöiden masennuksen mittoihin.

Koska masennus on kokemus, jonka merkittävät tekijät löytyvät asianomaisen itsen "sisäisen maailman" lisäksi toimijan ympäristötekijöistä, on hoidon ja toimenpiteidenkin oltava sekä yksilön että työympäristöön kohdistuvia. Tämän vuoksi terveydenhuollon organisaatioihin tulee kehittää yhteistyössä koko organisaatioissa toimivien kesken toteutettavat kokonaisvaltaiset muutoksen- ja jaksamisen, masennuksen hallintajärjestelmät, joissa varmistetaan myös se, että tehtävät toimenpiteet kohtaavat ja toteutuvat käytännön arjessa työyksiköissä. Työyksikkötasolla järjestelmät tarkoittavat henkilöstön keskustelua-reenoita, joissa voidaan pohtia yhteisiä asioita.

## LÄHTEET

- Beck, C. 1992. The Lived Experience of Postpartum Depression : A Phenomenological Study. *Nursing Research* 41 (3), 166-170.
- Colaizzi, P.F. 1978. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle, R. King, M. Existential-phenomenological alternatives for psychology. New York : Oxford University Press, 48 - 71.
- Coldman, H.H. 1984. Review of general psychiatry. Teoksessa *Comprehensive textbook of psychiatry*. Lange

- Medical Publications. Los Altos, California.
- Doncevic, S.T., Romelsjö, A. & Theorell, T. 1998. Scandinavian University Press. Vol. 26, No 2. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, Oviedo, 4.4.1997, European Treaty Series 164.
- Haarasilta, L., Aalto-Setälä, T., Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2000. Nuorten masennus: esiintyvyys, muut mielen-terveyshäiriöt ja terveyspalvelujen käyttö. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti 24-26, 2635 - 2640.
- Heidegger, M. 1967. Wegmarken. Vittorio Klostermann. Frankfurt am Main.
- Huttunen, M.O. 2000. Työuupumus ja masennus. Duodecim 20, 2251 - 2252.
- Isometsä, E. 1995. Itsemurhat ja niiden ehkäisy. Teoksessa Depressio -tunnistaminen ja hoito. Suomen Akatemia. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 101 - 112.
- Kalimo, R. & Hakanen, J. 1998. Työuupumus tutkimusten valossa. Ihmisen voimavarat työhön. Toimintaohjelma 1997 - 2000. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kalimo, R. & Toppinen, S. 1997. Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä. Ihmisen voimavarat työhön. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kalimo, R. 1987. Stressi ja psyykinen kuormitus työelämässä. Teoksessa Työpsykologia - terveys ja työelämän laatu. Lindström, K. & Kalimo, R. (toim.) Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kivimäki, M., Vahtera, J. & Thomson, L. 1997. Psychosocial factors predicting employee absence because of sickness during economic decline. Journal of Applied Psychology 1997:82.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. & Virtanen, M. 2002. Johtaminen ja työpaikan sosiaaliset suhteet. Teoksessa Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita.
- Lukkarinen, H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 116 - 164.
- Markkanen, K. 2002. Tehtäväsiirrot terveydenhuollossa. Tehy. Ry. Sarja B: Selvityksiä 1/2002. Helsinki.
- Matikainen, E. & Männistö, P. 2000. Työelämän kehittämistyöryhmän muistio. Selvitys kunta-alan henkilöstön työssä selviytymisestä sekä ehdotuksia toimenpiteiksi henkilöstön työkyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Kuntien eläkevakuutuksen julkaisuja 2/2000. Helsinki.
- Merleau-Ponty, M. 2000. Esipuhe "Havainnon fenomenologiaan". (Suom. Kauppinen, A.) Tiede ja edistys. 3, 170 - 182.
- Mäkipeska, M. & Niemelä, T. 2001. Hengittävä työyhteisö -johtamista muutosvirrassa. Helsinki: Yritysjulkaisut. Oy Edita Ab, 13 - 14.
- Peltomäki, P., Viluksela, M-L., Kauppinen, T., Lamberg, M. E., Mikkola, J., Pirttilä, I., Räsänen, K., Suomäki, T., Tuomi, K. & Husman, K. 2002. Tyky-barometri. Työkykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 2001. Helsinki: Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Peltari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Stakes. Tutkimuksia 80. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Ranki, A. 2000. Henkilöstön selviytyminen kriisiytyneessä organisaatiossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yrityksen ja taloustieteen yksinoikeuden laitos. Tampere.
- Rauhala, L. 1986. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudemus.
- Rauhala, L. 1988. Holistinen ihmiskäsitys. Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti 25(3): 190-201.
- Rauhala, L. 1990. Humanistinen psykologia. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rauhala, L. 1993. Filosofinen ihmiskäsitys empiirisen ihmistutkimuksen ja auttavan toiminnan perustana. Hoitotiede 3, (vol.5), 98 - 109.
- Rauhala, L. 1998. Ihmisen ainutlaatuisuus. Helsinki: Yliopistopaino University Press, 29.
- Salokangas, R. 1997. Kliininen depressio. Mitä se on ja miten sitä hoidetaan? Helsinki-Porvoo-Juva: WSOY.
- Salokangas, R. 1995. Depression tunnistaminen ja diagnostiikka. Teoksessa Depressio -tunnistaminen ja hoito. Suomen Akatemian julkaisuja 1, 116 - 125.
- Tamminen, T. 2001. Mielet maasta. Depression tietokirja. Recallmed Oy. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Vahtera, J. 2000. Terveys, työn hallinta ja työkyky. Teoksessa Kuntatyö kunnossa. Kuntatyö 2000. Kuntien eläkevakuutuksen julkaisuja 3, 16 - 19.
- Vahtera, J., Kivimäki, M. & Virtanen, P. (toim.), 44 - 52. Työterveyslaitos. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Wickström, G., Laine, M., Pentti, J., Elovainio, M. & Lindström, K. 2000. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - muutokset 1990-luvulla. Työterveyslaitos. Miktor 2000.
- Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.