

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Kersti Kinks

**EESTI MEDITSIINITÖÖTAJATE PROFESSIONAALSE ELUKVALITEEDI
SEOS ABIOOTSIMISEGA SEOTUD ENESESTIGMA JA
TOIMETULEKUVIISIDEGA**

Uurimistöö

Juhendajad: Kaia Kastepõld-Tõrs,
Kaie Jõeveer (TÜ Kliinikumi kliiniline onkopsühholoog)

Tartu 2020

Eesti meditsiinitöötajate professionaalse elukvaliteedi seosed abiotsimisega seotud enesestigma ja toimetulekuviisidega

Kokkuvõte

Uurimistöö käsitleb Eesti meditsiinitöötajate professionaalset elukvaliteeti. 286 Eesti meditsiinitöötajat vastas küsimustikele, millega mõõdeti nende kaastundeväsimust ja kaastunderahulolu, abiotsimisega seotud enesestigma esinemist, stressiga toimetuleku viise ning nende omavahelisi seoseid. Kaastundeväsimus ohustab eelkõige traumade ja raskemate juhtumitega töötavat meditsiinipersonali. Suurema kaastundeväsimusega meditsiinipersonalil on suurem abiotsimise hoiakutega seotud stigma, kuid stigma on väiksem neil töötajatel, kes tegelevad teadlikult oma stressi ja emotsioonide juhtimisega. Nii stigma kui kaastundeväsimuse vähendamiseks ja kaastunderahulolu tõstmiseks tuleks meditsiinipersonali puhul kaaluda pikemaajalisi multimodaalseid sekkumisi, mis aitaksid teadvustada funktsionaalsete toimetulekustrateegiatega ning psühhosotsiaalse toetuse olulisust ja aitaksid professionaalset elukvaliteeti toetada.

Märksõnad: professionaalne elukvaliteet, enesestigma, abiotsimise viisid, kaastundeväsimus, kaastunderahulolu.

Professional quality of life, self stigma of seeking help and stress management solutions among Estonian healthcare providers.

Abstract

The study aims to examine the prevalence of compassion fatigue, compassion satisfaction, help seeking self-stigma and the sources of stress management within Estonian medical staff. A total of 286 participants in the main hospitals of Estonia completed a survey measuring their professional quality of life, self-stigma and describing stress management solutions. Compassion fatigue has clear implications for the quality of care and may be a risk factor for medical staff working with trauma and serious cases. Staff with higher compassion fatigue has higher self-stigma. Lower stigma is associated to conscious stress management. Findings can be used to suggest guidelines for the development of preventive multimodal interventions and psychosocial support for medical staff.

Keywords: Professional quality of life, self-stigma, help-seeking, compassion fatigue, compassion satisfaction

Sissejuhatus

Eesti tervishoiusüsteemi üheks suuremaks probleemiks on meditsiinitöötajate (eriti õenduspersonali) puudus, suur liikuvus tööandjate vahel, palgaerinevused, aga ka vähene ettevalmistus (Themas, Aksen, Vahaste-Pruul, Themis & Varblane, 2015; Habicht et al., 2018). Tervishoiutöötajate seas läbi viidud uuringu järgi on erialaselt töölt lahkumise põhjustena kõige rohkem nimetatud ebapiisavat töötasu, suurt töökoormust, karjäärivõimaluste vähesust, vahetustega töö sobimatust, töö intensiivsust ning tööga kaasnevaid terviseprobleeme (Themas et al., 2015). Tervishoiutöötajate endi hinnangul ei olda erialatööle asudes valmis tööga kaasnevaks emotsionaalseks pingeks (Themas, et al., 2015). Kokkuvõtlikud statistilised ülevaated tervishoiutöötajate olukorrast professionaalset elukvaliteeti ei käsitle ning seega pole teada, milliseid terviseprobleeme silmas peetakse ja mis võib nende põhjustajaks olla.

Meditsiinitöötajate professionaalset elukvaliteeti mõjutavad nii positiivsed kui negatiivsed aspektid. Elukvaliteedi kontseptsioon on küllaltki kompleksne nähtus, mis hõlmab nii töökeskkonnast tulenevaid kui ka isiksuslikke aspekte, kokkupuudet traumaga ja läbipõlemist (Stamm, 2010). Kirjanduses võib kohata seisukohti, et trauma, läbipõlemine ja kaastundeväsimus on täiesti eraldiseisvad ja erinevad fenomenid (Newell & Gordon, 2010). Üks hiljutine neuropsühholoogia-alane uurimus näiteks soovib kaastundeväsimuse asemel kasutada terminit *empaatilise distressi väsimus*, mille peamiseks põhjuseks on ebaadekvaatne emotsionaalne regulatsioon ning on leitud, et kaastunnet ja empaatiat on võimalik treenida (Hofmeyer, Kennedy & Taylor, 2019). Kaastundeväsimuse, sekundaarse traumaatilise stressi ja läbipõlemise vahel on leitud mitmeid sarnasusi ja kirjanduses on neid käsitletud nii samade kui eraldi seisunditena, viidates siiski mõnedele unikaalsetele omadustele (Figley, 1995; Meadors, Lamson, Swanson, White & Sira, 2009). Vaatamata mitmetele erinevatele mõistetele ja seisukohtadele lähtub käesolev uurimistöö B. H. Stammi laialdaselt aktsepteeritud seisukohast, mille järgi koosneb abistavate elukutsete esindajate professionaalne elukvaliteet kaastunderahulolust ja kaastundeväsimusest; kaastundeväsimus sisaldab endas omakorda läbipõlemist ja sekundaarset traumaatilist stressi (Stamm, 2010).

Kaastunne on tervishoiu üks võtmetegureid, mis hõlmab endas empaatilist arusaama kannatuste olemusest ja universaalsusest, nende äratundmist, emotsionaalset resonantsi kannatajaga, ebamugavate tunnete tolereerimist ning motivatsiooni aitamiseks (Strauss et al., 2016). *Kaastunderahulolu* seisneb rahulolus oma tööga ja teadlikkuses sellest, et oma tööd hästi tehakse (Stamm, 2010). Sellega võib kaasneda tunne, et panustatakse üldise eesmärgi täitmisel ning ollakse ühiskonnale kasulik (Stamm, 2010). Kaastunderahulolu nähakse olulise kaitsva faktorina kaastundeväsimuse tekkimisele (Stamm, 2010; Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson & Kazanjian, 2011). Suurema kaastunderahuloluga õed taluvad paremini stressi ning suudavad oma tööd empaatiliselt ka jätkata (Sekol & Kim, 2014).

Kaastundeväsimusele kui abistava elukutse negatiivsele aspektile on paari viimase aastakümne jooksul palju tähelepanu pööratud. Suur osa uuringutest on vaatluse alla võtnud just meditsiinipersonali, kelle töö on stressirohke ja psüühiliselt kurnav. Stressi tekitavad pidev ja intensiivne kontakt patsientide kannatustega, kõrgendatud nõudmised ja ootused töötulemuste osas, ajapuudus, sotsiaalse toetuse ja oma oskuste tajutud puudumine (Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski & Smith-MacDonald, 2017). Kõik see võib viia läbipõlemiseni ja sealt omakorda kaastundeväsimuseni (Sinclair et al., 2017). Suutmatus patsientide kannatust kõrvaldada tekitab abitust ja süütunnet, tulemuseks on suutmatus teiste inimeste eest hoolitseda ning soov stressirohkelt olukorrast eemalduda (Valent, 2002). Halvemal juhul võib see viia ka patsientide kahjustamiseni (Valent, 2002). Kaastundeväsimusel on nii füsioloogilised, psühholoogilised kui ka käitumuslikud sümptomid, millel arvatakse olevat äärmiselt suur mõju tervishoiutöötajate identiteedile, enesetajule ja eksistentsiaalsele healole (Valent, 2002). Kaastundeväsimus võib kaasa tuua nii füüsilise kui ka emotsionaalse kurnatuse, võimetuse teisi aidata, unehäired, immuunpuudulikkuse, somatisatsiooni, pea- ja kõhuvalud, hüpohondria, negatiivse enesetaju, depersonalisatsiooni, lõhustunud maailmavaate, kontrollitunde puudumise, irratsionaalsed hirmud, intiimsusprobleemid, hüper- või hüposensitiivsuse emotsionaalsetele stiimulitele, töö- ja eraelu piiride hägustumise ning eraelulised probleemid (Mathieu, 2008; Stamm, 2010; Fetter, 2012; Huggard, 2016). Kaastundeväsimuse riskiteguriteks peetakse madalat kvalifikatsiooni ja vähest töökogemust, puudulikku suhtlemisoskust, oskamatus seada piire töö- ja eraelu vahele, töötaja vanust ja sugu (noorematel ja naistel on suurem oht kaastundeväsimuse tekkeks) (Berger et al., 2015; Sinclair et al., 2017; Merk, 2018). Kaastundeväsimuse ennetamiseks soovitatakse töö- ja eraelu tasakaalustamist, füüsilist

koormust ja mitmesuguseid lõõgastavaid tegevusi (Boyle, 2011). Positiivsena on välja toodud ka emotsionaalse toe olemasolu, suhtlemisvõimalus, professionaalse juhendamisega tugigruppide töö, debriifingute ja supervisioonide võimalused (Sinclair et al., 2017). Kui läbipõlemist kirjeldatakse peamiselt kui välistest teguritest tulenevat nähtust, mida aitaks reguleerida mõni väline meede (kõrgem palk, rohkem puhkust, parem töökeskkond), siis kaastundeväsimust kirjeldatakse pigem kui tajutud võimete puudumist oma eesmärgi saavutamiseks, kusjuures eesmärgiks on patsientide heaolu.

Läbipõlemine on vastus kroonilistele emotsionaalsetele ja interpersonaalsetele stressiteguritele ning väljendub kurnatuses, depersonalisatsioonis ja ebaefektiivsuses (Bonetti et al., 2019). Erinevalt sekundaarsest traumaatilise stressist kujuneb läbipõlemine pikkamööda ning ei puuduta vaid abistavaid elukutseid (Beck, 2011). Läbipõlenule on omane küünilisus, lootusetus ja üldine moraalne distress, mis võib viia arusaamatuste ja konfliktideni kollektiivis (Maslach & Leiter, 2008). Läbipõlemiseni võib viia ülemäärane töökoormus, organisatsioonilised tegurid ja nende interaktsioon isiksuseomadustega (Maslach & Leiter, 2008; Bonetti et al., 2019). Nii sekundaarse traumaatilise stressi kui läbipõlemise ühisteks nimetajateks on häiritud toimetulek ja suutatus oma eesmärgi täita (Boyle, 2011). Tervishoiutöötajate läbipõlemisega on seostatud suurenenud tööjõu liikuvust, töölt puudumisi, kaastöötajate mitteabistamist, depersonalisatsiooni, jõudluse vähenemist, vähenenud patsientide rahulolu ja raskusi tööjõu värbamisel ja hoidmisel (Potter et al., 2013). Õenduspersonali hulgas on läbipõlemine ja kaastundeväsimus olulisemateks töölt lahkumise põhjusteks kogu Euroopas (Heinen et al., 2013; Arimon-Pagés, Torres-Puig-Gros, Fernández-Ortega & Canela-Soler, 2019). On näidatud, et kuni 20% meditsiiniõdedest lahkub esimesel aastal töölt just kaastundeväsimuse tõttu (Hensen, 2020).

Sekundaarse traumaatilise stressi sümptomid sarnanevad posttraumaatilise stressihäire sümptomitega. Erinevus seisneb selles, et traumakogemus saadakse primaarset traumat kogunud inimese kaudu (Meadors et al., 2009). Sekundaarne traumaatiline stress võib tekkida ootamatult ning tekitada viha- ja abitusetunnet, ärevust, depressiooni, vähendada töövõimet, põhjustada hirmu, une- ja mäluhäireid, vältivat käitumist ja enesetõhususe vähenemist (Beck, 2011; Günüşen et al., 2018). Sekundaarsele traumaatilisele stressile on viidatud kui läbipõlemist ja kaastundeväsimust ennustavale faktorile (Sinclair et al., 2017).

Toimetulekuviisid ja abi otsimine

Risk läbipõlemiseks ja sekundaarse traumaatilise stressi tekkimiseks on märkimisväärselt suur peamiselt osakondades, kus kokkupuude raskes olukorras patsientidega ja sellest tuleneva suurema töökoormusega on tihedam. Näiteks on traumatoloogia, aga ka onkoloogia osakonna õenduspersonali risk läbipõlemiseks ja sekundaarse traumaatilise stressi tekkimiseks märkimisväärselt suur tulenevalt ravi iseloomust ja pikkusest. Onkoloogiline ravi on tavaliselt mitu aastat kestev agressiivne kombinatsioon kirurgilisest sekkumisest, keemia- ja/või kiiritusravist, vajab pidevat järelvalvet ning kulgeb sageli väga raskete kõrvaltoimetega. Seetõttu kujuneb meditsiinipersonalil tavaliselt patsientidega emotsionaalne suhe.

Suur osa personalist puutub kokku ka lapspatsientide ja nende peredega. Laste kannatuste nägemine on äärmiselt raske ka väga kogenud meditsiinipersonalile (Meadors & Lamson, 2008; Beck, 2011; Günüşen et al, 2018). Uuringud on näidanud, et lapspatsientidega seotud personal kogeb patsientide surma puhul leina (Plante & Cyr, 2011; Granek, Bartels, Scheinermann, Labrecque & Barrera, 2015) ning et see on selle töö juures üks suuremaid väljakutseid (Fanos, 2007; Hilden et al., 2001). Siinkohal on lastega töötamise kõige suurem oht sekundaarse traumaatilise stressi tekkimiseks, sest lisaks laste ja perede kannatustega tegelemisele tuleb leida aega ka oma tunnete läbitöötamiseks (Berger, Polivka, Smoot & Owens, 2015). Meditsiinipersonali toimetulekut stressiolukordadega loetakse nende töö loomulikuks ja paratamatuks osaks ning leinamiseks pole neile ette nähtud ei aega ega kohta. Õenduseriala üliõpilaste seas läbi viidud uuringud näitavad, et stressi ja läbipõlemist tajutakse selle elukutse puhul möödapääsmatuna juba õpingute ajal (Galbraith, Brown & Clifton, 2014). Samas on mitmete uuringute järgi lastega töö ka sageli suurema kaastunderahulolu allikaks (Sekol & Kim, 2014; Berger et al., 2015).

Inimeste oskused, teadlikkus ja valmidus valida stressist läbitulekuks sobivad toimetulekuviisid on erinevad. Stressirohkete olukordadega kaasnev stressivastus väljendub tahtlikus või tahtmatus aktiivses või passiivses reaktsioonis (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001). Kõigepealt püütakse saavutada kontroll oma stressivastuste üle ning seejärel püütakse stressiolukorraga mõne toimetulekustrateegia abil kohaneda (emotsioonidele ja probleemidele suunatud toimetulek, kõrvaliste tegevustega tegelemine, kognitiivne restruktureerimine ja positiivne ümberraamistamine, aktsepteerimine) (Compas et al., 2001). Passiivne toimetulekustrateegia väljendub näiteks olukordade ja inimeste vältimises ja neist eemaldumises, tagasitõmbumises ja eitamises (Compas et al.,

2001). Vältimine ja eemaldumine võib pakkuda küll hetkelist positiivset mõju ja lühiajalist leevendust, kuid võimendab pikemaajaliselt stressi ning mõjub kokkuvõttes düsfunktsionaalselt, suurendades seejuures läbipõlemise ja kaastundeväsimuse riski (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Samas peetakse väga positiivseks ja koguni *ellujäämisoskuseks* võimet seada kindlaid piire emotsionaalselt rasketes situatsioonides (Granek, Barrera, Scheinemann & Bartels, 2016). Onkoloogiaõdedel esineb nii eemaletõmbumist kui ka vältivat käitumist (suhtluse vähendamine perekondadega, potentsiaalsete stressiolukordade vältimine ja situatsioonidest eemaldumine) (Lee, Kuo, Chien & Wan, 2016). Õdede endi sõnul püüavad nad sageli vältida emotsionaalsete sidemete tekkimist patsientide ja nende perekondadega ning sageli püütakse vältida sellekohaseid vestlusi ka kolleegidega (Gomes, Santos & Carolinos, 2013). Tööpäevad on pikad ja tihedad ning eneseavamiseks ja probleemidega tegelemiseks on vaja nii ajalist kui vaimset ressursi. Stressi korral rakendatakse sageli ka mitmeid ebaefektiivseid ja mitte kuigi jätkusuutlikke toimetulekutehnikaid. Näiliselt võivad probleeme lühiajaliselt leevendada näiteks liigsöömine, alkoholi ja uimastite tarvitamine, mida loetakse samuti passiivseks toimetulekuks, kuid jätkusuutlikud tegevused need ei ole (Jordan, Khubchandani & Wiblishauser, 2016).

Aktiivsed toimetulekustrateegiad on suunatud nii emotsioonide regulatsioonile kui probleemilahendusele. Enamasti tuuakse välja mitmesuguste tööväliste tegevuste positiivne mõju, mis tähelepanu stressoritelt eemale juhib: füüsiline aktiivsus, puhkus, hobid, meelelahutus, oma pere ja lastega aja veetmine, muusika kuulamine, regulaarne vaimne ja füüsiline lõõgastumine (Gomes et al., 2013; Lee et al., 2016). Kindlasti omavad need tegevused positiivset mõju ja neid peaks regulaarselt ka harrastama, ent pikemas plaanis võivad need õdede igapäevaelu reaalsusest liigselt eemale viia ning nõuavad kõrvale rohkem lahenduskeskseid strateegiaid (Gomes et al., 2013). Õdede ja arstide sõnul on füüsiline koormus suure tähtsusega just nõ *auru välja laskmiseks* (Granek et al., 2016). Probleemilahendusele suunatud strateegiatest tõuseb enim esile õenduspersonali tööga enim suhestuv lahenduste planeerimine (Gomes et al., 2013). Samas ei ole leina puhul olemas praktilist lähenemist selle lahendamiseks. Seetõttu püütakse pigem suunata oma energia patsiendi igakülgsele abistamisele ning patsiendi surma korral perekondade ja lähedaste toetamisele (Granek et al., 2016). See aitab patsiendi kaotust paremini üle elada ning sellega seotud tundeid väljendada ja mõtestada (Granek et al., 2016).

Onkoloogiaõdede kui raskemas seisus patsientide ja surmaga keskmiselt rohkem kokkupuutuva meditsiinipersonali toimetulekustrateegiatega uurimisel tuuakse enim välja sotsiaalse toetuse olemasolu (Gomes, Santos ja Carolino, 2013; Galbraith et al., 2014). Selle alla kuulub õdede endi sõnul nii positiivne suhtlemine töö juures (kolleegide tugi) kui ka võimalus vestelda rasketest olukordadest sõbra, elukaaslase või abikaasaga (Gomes et al., 2013; Granek et al., 2016). Patsiendi surma puhul on enam nimetatud just kogemuse jagamist kolleegide ja kodustega (Fanos, 2007). Samas väljendatakse sageli muret, et lähedastele ja sõpradele võib jagamine mõjuda liialt traumeerivalt, mistõttu valitakse hoolega, mida ja kui palju räägitakse (Granek et al., 2016). Sageli on lihtsam jagada oma muret teise meditsiinitöötajaga, kes puutub kokku sarnaste probleemidega (Granek et al., 2016). Oma tööiste ja stressirohkete kogemuste jagamisel inimestega, kes ei tööta meditsiinisüsteemis, pöörkub onkoloogiapersonal sageli mõistmatu suhtumisega, kuidas sellistes oludes (näiteks haigete ja surevate lastega) on üldse võimalik töötada, mis viib nii õed kui arstid mõttele, et nendega on midagi valesti, et nad seda suudavad (Granek et al., 2016). Tõenäosus kohtuda mõistmatu suhtumisega võib seletada, miks abi otsimine õenduspersonali toimetulekumehhanismide seas kuigivõrd esile ei tõuse. Kuigi õenduse õppekava sisaldab vaimset tervist ja isiksuslikku arengut puudutavaid õppeaineid, on abistavate elukutsete esindajate vaimse tervise ja töövõime säilitamise küsimus ikkagi pigem vähetähtsustatud ja ka meditsiiniastutustes keskselt korraldamata.

Üks põhjuseid, miks meditsiinipersonal kuigi tihti professionaalset abi otsima ei kipu, võib olla abiotsimisega seotud *stigma*, mida peetakse suurimaks barjääriks psühholoogilise abini jõudmisel (Heath, Brenner, Lannin & Vogel, 2016). Uskumus, et nõ eksperdid peaksid olema stressile immuunsed ning et abiotsimine viitab ebakompetentsusele ja sõltuvusele, käib kaasas just abistavate elukutsete esindajatega (arstid, õed, psühholoogid) (Caplan, 1994; Chew-Graham, Rogers & Yassin, 2003; Tay, Alcock & Scior, 2018). On leitud, et juba õpingute ajal on õenduseriala üliõpilaste hoiakud psühholoogilise abi otsimise osas vastumeelsed (Kernan & Wheat, 2008; Cankaya & Duman, 2010). Kardetakse, et jälg abiotsimisest jääb saatma neid kogu karjääri jooksul ning mõjub ebausaldusväärsetl ka seetõttu, et vaimse tervise häired võivad edaspidi korduda (Chew-Graham et al., 2003; Tay et al., 2018). Kui ka professionaalset abi otsitakse, siis pigem väljastpoolt oma maja ja töökeskkonda - nii konfidentsiaalsuse kui enesekuvandi huvides (Galbraith et al., 2014), aga ka seetõttu, et puudub süsteem ja harjumus oma tööstressi ja raskete olukordade puhul

spetsialistide poole pöörduda. Vaimse tervise probleemide eitamine või eiramine ning asjakohase abi otsimise vältimine võib süvendada olemasolevaid või põhjustada uusi vaimse tervise probleeme, halvendada spetsialistide funktsioneerimist ja seega ka nende töö kvaliteeti; stigmatiseeritud seisundi varjamine võib aga häbi, stressi ja eraldatuse tundeid omakorda süvendada (Tay et al., 2018). Eristatakse avalikku ja enesestigmat. Kui avalik stigma viitab pigem ühiskonna suhtumisele, siis enesestigma puhul muutub abiotsimine ohuks enesekuvandile (Galbraith et al., 2014). Uuringud on näidanud, et abiotsimise hoiakutest lähtuv enesestigma on otseselt seotud ka läbipõlemisnähtudega (Endriulaitienė, et al. 2019), mis kokkuvõttes mõjutab tugevalt meditsiinitöötajate professionaalset elukvaliteeti.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada Eesti meditsiinipersonali professionaalset elukvaliteeti ja kirjeldada, milliseid potentsiaalselt kaastundeväsimust ennetavaid toimetulekuviise meditsiinipersonal kasutab ning kuidas on professionaalne elukvaliteet seotud abiotsimise hoiakute ja enesestigmaga. Uurimistöö kontrollib järgmisi hüpoteese: 1) surma ja raskete juhtumitega enam kokku puutuva meditsiinipersonali kaastundeväsimus on suurem kui võrdlusgrupi kaastundeväsimus. Hüpotees põhineb eeldusel, et pidev ja intensiivne kokkupuude väga raskes seisus patsientide ja nende pereliikmetega on riskiteguriks kaastundeväsimuse tekkele (Sinclair et al., 2017). 2) Lapspatsientidega töötav meditsiinipersonal on võrreldes täiskasvanutega töötavate kolleegidega suurema kaastundeväsimusega. Hüpotees põhineb kirjandusel, mille järgi laste kannatuste nägemine on eriti stressirohke ja paneb raskesse olukorda ka kõige kogenumad meditsiinitöötajad (Meadors & Lamson, 2008; Beck, 2011; Günüşen, Üstün, Serçekuş & Besen, 2018). 3) Mida suurem on kaastundeväsimus, seda suurem on abiotsimise hoiakutega seotud enesestigma. Hüpotees põhineb eeldusel, et abistavate elukutse esindajatel on sageli vastumeelsus ja puudulikud oskused professionaalse abi poole pöördumise osas. 4) Teadlikult oma stressi ja emotsioonide juhtimisega tegelev meditsiinipersonal on väiksema kaastundeväsimusega. Hüpotees põhineb kirjandusel, kus eri vormides eneseteraapilised tegevused on välja toodud kaastundeväsimust ennetavate teguritena (Sinclair et al., 2017).

Meetod

Valimi kirjeldus

Käesolev uurimistöö on osa uurimisprojektist, mille käigus valmib paralleelselt käesolev uurimistöö, Mairi Laane magistritöö “Meditsiinitöötajate professionaalne elukvaliteet: seosed varaste mittekohastumuslike skeemide ning abi otsimise viiside ja stigmaga” ning Anne Tulluse uurimistöö “Palliativravi patsientidega töötavate spetsialistide professionaalne elukvaliteet: seosed abi otsimise viiside ja stigmaga.” Uurimistöö andmestik koguti ühiselt. Uurimistöö viidi läbi Ida-Tallinna Keskhaigla Õendus- ja hooldusabikliiniku, Kirurgiikliiniku erakorralise meditsiini keskuse, Anestesioloogia- ja intensiivravi keskuse, Üld- ja onkoloogilise kirurgia keskuse ja valuteenistuse; Põhja-Eesti Regionaalhaigla onkoloogia- ja hematoloogiakliiniku, psühhiaatriakliiniku, anestesioloogiakliiniku; Tartu Ülikooli Kliinikumi kirurgilise onkoloogia osakonna, hematoloogia-onkoloogia osakonna, radio- ja onkoteraapia osakonna, Tartu Ülikooli Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku statsionaarse õendusabi osakonna ning Tallinna Diakooniahaigla personali hulgas.

Uuringus osales 286 meditsiinitöötajat - 256 naist (89,5%) ja 16 meest (5,6%), 14 (4,9%) inimest olid oma soo märkimata jätnud. Osalejate keskmine vanus oli 42,6, varieerudes vahemikus 18-82 aastat. Hariduse järgi jagunesid vastajad põhiharidusega (2,1%), keskharidusega (24,9 %) ja kõrgharidusega (73,0%). Uuringugrupi keskmine aeg erialase hariduse omandamisest oli 14,8 aastat. Erialatöö staaži keskmine pikkus oli 14,2 aastat. Sealjuures eristus 19,9% vastanutest, kes on erialase hariduse omandamisest alates töötanud oma kohal kuni 2 aastat (N=54). Vastanute jagunemine töökohtade järgi: Ida-Tallinna Keskhaigla: N=47 (16,5%); Põhja-Eesti Regionaalhaigla: N=150 (52,8%); Tartu Ülikooli Kliinikum: N=61 (21,5%); Tallinna Diakooniahaigla: N=11 (3,9%); korruga mitmes eelmainitud kliinikumis töötavad inimesed: N=15 (5,3%). Lapspatsientidega töötamist raporteeris 57 meditsiinitöötajat (21%), 14 inimest sellele küsimusele ei vastanud.

Uurimisprotseduur

Uuringus osalejad said täitmiseks anonüümse küsimustikepaketi, mida oli võimalik täita nii uurimiskeskonnas *Kaemus* (TÜ Psühholoogia instituudi veebipõhine uuringute läbiviimise keskkond), mille link saadeti osalejatele e-postiga, kui ka paberandjal. Küsimustepaketi moodustasid ProQoL (*Professional Quality of Life Scale* versioon 5, 2009), Young Skeemiküsimustik - YSQ-S3 (lühike versioon, 2005), Läbipõlemise küsimustik, Sündmuse mõju skaala (IES-R), Abiotsimisega seotud hoiakute küsimustik (SSOSH, 2006)

(Vogel, Wade & Haake, 2006) ja kirjanduse põhjal käesoleva uurimistöö raames koostatud abiotsimise viiside küsimustik. Lisaks oli osalejatel võimalus lisada vabas vormis vastuseid toimetulekuviiside kohta. Küsitlus viidi läbi 2019. a novembrist 2020. a veebruarini ning oli osalejatele vabatahtlik. Küsimustepakett on esitatud uurimistöö lisana (Lisa 1).

Mõõtevahendid

Käesoleva uurimistöö hüpoteeside kontrollimiseks ja eesmärkide täitmiseks saadi andmed järgmiste mõõtevahendite abil.

1. Enesekohane üldküsimustik: demograafilised näitajad (sugu, vanus, haridus), töötamise sihtrühm ja eelistused (lapsed), tööstaaž, kokkupuude surmade ja raskete juhtumitega (näiteks traumad).

2. Professionaalse elukvaliteedi skaala (*ProQol* version 5). *ProQol*'i eestikeelne versioon sisaldab 31 väidet teisi abistava tööga seotud tundmuste kohta (kui originaalversioonis on 30 väidet, siis eestikeelses on 26. väitel paralleelväide). Väidetele vastamisel märgitakse *Likerti* skaalal vastusevariante 1-st (mitte kunagi) kuni 5-ni (väga sageli). *ProQol* skaala on levinuim instrument kaastundeväsimuse uurimisel. Originaalküsimustik koosneb kolmest alaskaalast, mis mõõdavad sekundaarset traumaatilist stressi, läbipõlemist ja kaastunderahulolu. Oma magistritöö "Meditsiinitöötajate professionaalne elukvaliteet: seosed varaste mittekohastumuslike skeemide ning abi otsimise viiside ja stigmaga" raames viis Mairi Laane läbi faktoranalüüsi küsimustiku struktuuri kontrollimiseks. Selle järgi laadusid küsimused kahele, kaastunderahulolu ja kaastundeväsimuse alaskaalale. Sealjuures pole eristatavad kaastundeväsimuse komponentidena sekundaarne traumaatiline stress ja läbipõlemine, vaid need laaduvad ühele, professionaalse elukvaliteedi negatiivsele, kaastundeväsimuse alaskaalale. Alaskaalade reliaablusanalüüs andis tulemuseks *Cronbachi alfa* vastavalt kaastundeväsimuse osas 0,88 ja kaastunderahulolu osas 0,87. Kaastunderahulolu kõrgemad skoorid viitavad suuremale kaastunderahule ja kaastundeväsimuse madalamad skoorid väiksemale kaastundeväsimusele. Tegemist ei ole diagnostilise mõõtevahendiga ning kuna alaskaalad on originaalist erinevad, pole skooore võimalik võrrelda originaalskooridega, vaid neid kasutatakse valimisiseseks analüüsiks.

3. Abi otsimisega seotud hoiakute küsimustik SSOSH (*Self-stigma of seeking help scale*; Vogel, Wade & Haake, 2006). Eestikeelne küsimustik sisaldab 11 väidet abi otsimist mõjutavate hoiakute kohta (originaalversioonis on 10 väidet, eestikeelses on esimesele väitele lisatud paralleelväide). Väidetele saab hinnanguid anda 5-sel *Likerti* skaalal (üldse ei ole nõus – olen täiesti nõus). Kõrgemad skoorid viitavad tugevamale abiotsimisega seotud enesestigmale. Projekti raames läbi viidud küsimustiku reliaablusanalüüs andis tulemuseks *Cronbachi alfa* 0.78, mis näitab mõõtvahendi head sisemist konsistentsust.

4. Küsimustik abiotsimise viiside kohta toimetulekuks professionaalse stressiga. Küsimustik valmis käesoleva uurimistöö raames kirjanduses esile tõstetud toimetulekuviiside põhjal. Küsimustik võimaldab kaardistada, kas Eesti meditsiinitöötajate toimetulekuviisid on sarnased kirjanduses esitatule ning uurida, milliseid eneseabi- ja toimetulekuviise kasutatakse.

5. Lisaks küsimustikele oli osalejatel võimalus oma sõnadega kirjeldada, kuidas oma tööga toime tulla. Uurimistöös neid andmeid metoodiliselt ei analüüsitud, ent tulemuste osas on toodud näiteid osalejate asjakohastest vastustest.

Andmeanalüüs

Kogutud andmete analüüsimiseks (gruppidevahelised võrdlused ja seosteuuringud) kasutati SPSS Statistics andmeanalüüsitarkvara. Analüüsimeetoditena kasutati peamiselt kirjeldavat statistikat. Gruppidevaheliste erinevuste statistilise olulisuse kontrollimiseks kasutati t-testi ja dispersioonianalüüsi (ANOVA). Tunnustevaheliste seoste hindamisel kasutati *Pearson*'i korrelatsioonikordajat. Statistilise tõenäosuse olulisuse nivooks määrati 0,05 ($p < 0,05$). Kui erinevused gruppide vahel ei osutunud statistiliselt oluliseks, siis neid tulemusi aruandesse ei lisatud.

Tulemused

ProQol: kaastundeväsimus ja kaastunderahulolu

Esmalt vaadeldi ProQoli abil professionaalse elukvaliteedi näitajaid (kaastunderahulolu ja kaastundeväsimus) meditsiinipersonali seas.

Tabel 1

Kaastunderahulolu ja kaastundeväsimuse skoorid meditsiinasutuste lõikes

Kaastunderahulolu	n	M (SD)	MIN	MAX
ITK*	47	52,62(8,71)	34	70
PERH	149	54,58(7,20)	25	70
TÜK	61	55,05(6,26)	37	70
TDH	11	54,55(4,45)	47	60
Mitmes haiglas töötajad	15	53,73(9,79)	37	66
KOGUVALIM	283	54,35(7,37)	25	70

Kaastundeväsimus	n	M (SD)	MIN	MAX
ITK	47	26,91(8,07)	6	50
PERH	149	28,59(8,34)	13	53
TÜK	61	30,85(8,60)	18	56
TDH	11	27(5,60)	17	36
Mitmes haiglas töötajad	15	28,13(6,49)	15	38
KOGUVALIM	283	28,69(8,22)	6	56

**ITK - Ida-Tallinna Keskhaigla; PERH - Põhja-Eesti Regionaalhaigla; TÜK - Tartu Ülikooli Kliinikum; TDH - Tallinna Diakooniahaigla*

Uuringus osalenud meditsiinipersonal jaotati kaheks võrdlusgrupiks vastavalt sellele, kuidas vastati enesekohasele küsimusele *Puutun kokku oma töös surma ja väga raskete juhtumitega (näiteks traumad)* (N=267, 19 inimest küsimusele ei vastanud). *Rohkem* surma ja raskemate juhtumitegeakokkupuutuv grupp (N=151) vastas küsimustikus vastusevariantidega *sageli* ja *väga sageli* (kokku 56,9% vastanutest) ning *vähem* kokkupuutuv grupp (N=115) vastavalt *ei puutu*, *väga harva*, *harva* ja *mõnikord* (kokku 43,1% vastanutest). Gruppide keskväärtuste võrdlemiseks kasutati t-testi, et saada teada, kas erinevused on statistiliselt olulised. Analüüsi käigus sai kinnitust hüpotees, mille kohaselt surma ja väga raskete

juhtumitega rohkem kokku puutuvatel töötajatel ($N=151$, $M=30,52$, $SD=8,50$) oli oluliselt suurem kaastundeväsimus kui neil, kes puutusid vähem kokku surma ja väga raskete juhtumitega ($N=115$, $M=26,30$, $SD=8,50$); $t(264)=-4,363$, $p<0,05$, $d(0,6)$. Kaastunderahulolu osas statistiliselt olulisi erinevusi gruppide vahel ei olnud. Korrelatsioonianalüüsiga (koefitsiendiga *Pearson r*) uuriti seoseid erinevate meditsiinipersonali kirjeldavate tunnuste vahel. Kaastundeväsimuse ja kaastunderahulolu vahel ilmnas statistiliselt oluline nõrk negatiivne seos ($r=-0,269$; $p<0,01$) ehk mida suurem on kaastundeväsimus, seda väiksem on kaastunderahulolu. Vanuse ja kaastunderahulolu vahel ilmnas statistiliselt oluline nõrk positiivne seos ($r=0,134$; $p<0,05$) ehk mida vanem on töötaja, seda suurem on kaastunderahulolu ning ka vastupidi, mida noorem on töötaja, seda väiksem on kaastunderahulolu. Praeguses koosseisus töötatud aja ja kaastundeväsimuse vahel ilmnas statistiliselt oluline nõrk positiivne seos ($r=0,130$; $p<0,05$) ehk mida pikem on praeguses koosseisus töötatud aeg, seda suurem on kaastundeväsimus. Haiglate lõikes oli teistest kõrgem kaastundeväsimuse skoor Tartu Ülikooli Kliinikumi töötajatel ($M=30,85$), ent seda võib seletada valimi koosnemine ainult onkoloogia õenduspersonalist, kellest valdav osa (71,6%) puutub oma töös rohkem kokku surma ja raskete juhtumitega. Madalaim kaastunderahulolu on Ida-Tallinna Keskhaigla töötajatel ($M=52,62$). Valimist eristus 19,9% vastanutest, kes on erialase hariduse omandamisest alates töötanud oma kohal kuni 2 aastat ($N=54$) ning kelle kaastundeväsimuse skoor teistega võrreldes oli mõnevõrra madalam ($N=53$, $M=26,34$, $SD=6,83$); $t(269)=-2,706$, $p<0,01$, $d(0,04)$.

Töötamine lapsedtsientidega

Uurimistöö hüpoteesi kohaselt on lapsedtsientidega töötav meditsiinipersonal võrreldes täiskasvanutega töötavate kolleegidega kõrgema kaastundeväsimusega. Analüüsi käigus selgus, et lapsedtsientidega töötav personal ($N=57$, 21%) ei erine lapsedtsientidega mitte töötavast personalist ei kaastundeväsimuse ega ka kaastunderahulolu poolest statistiliselt olulisel määral. Samas oli gruppidevahelises võrdluses täheldatav tendents suurema kaastundeväsimuse poole ($N=57$, $M=30,19$, $SD=8,72$), mis väljendus nõrgas efektis $d(0,02)$. Abiotsimise hoiakutega seotud enesestigma suurus neis gruppides statistiliselt ei erinenud. 54,7% ($N=141$) vastanutest raporteeris siiski, et kui võimalik, siis nad pigem ei töötaks lapsedtsientidega, sealhulgas ka 16 (28%) lapsedtsientidega töötavat meditsiinitöötajat.

Abiotsimise hoiakutega seotud enesestigma

Abiotsimise hoiakutega seotud enesestigma suurust mõõtvale küsimustikule (*SSOSH*) vastas 235 meditsiinitöötajat ning skoorid varieerusid vahemikus 6-47 ($M=24,42$, $SD=7,45$). Kõrgemad skoorid viitavad tugevamale abiotsimisega seotud enesestigmale. Osalenud meditsiini-asutuste vahel stigma keskmiste skooride osas olulisi erinevusi polnud, ent esile tõusis keskmisest kõrgem skoor neil töötajatel, kes mitmes haiglas korraga töötavad ($N=12$, $M=28,33$). Meditsiinipersonali vanus ei ennustanud stigma suurust, samuti polnud oluline asutuses töötatud aeg, pereseis, haridus või mõni muu tunnus. Uuriti seoseid *ProQoli* alaskaalade (kaastundeväsimus ja kaastunderahulolu) ja enesestigma skooride vahel, ent stigma osas gruppide (rohkem ja vähem surma ja raskete juhtumitega kokku puutumine) vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud. Statistiliselt oluline nõrk positiivne seos ilmnes kaastundeväsimuse ja stigma vahel ($r=0,222$; $p<0,01$), mis kinnitas ka uurimistöö hüpoteesi: mida suurem on kaastundeväsimus, seda suurem on ka stigma. Dispersioonianalüüsiga ANOVA uuriti, kas stigma, kaastunderahulolu ja kaastundeväsimuse skooride keskväärtused erinesid töökoha, hariduse ja pereseisu lõikes, kuid statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud.

Tabel 2

Abiotsimise hoiakutega seotud stigma meditsiini-asutuste lõikes

	n	M(SD)	MIN	MAX
ITK*	40	24,27(7,72)	6	38
PERH	119	24,10(6,81)	11	43
TÜK	51	24,39(8,64)	11	47
TDH	11	25,90(7,46)	13	37
Mitmes haiglas töötavad	12	28,33(6,82)	17	44
KOGUVALIM	235	24,42(7,45)	6	47

*ITK - Ida-Tallinna Keskhaigla; PERH - Põhja-Eesti Regionaalhaigla; TÜK - Tartu Ülikooli Kliinikum; TDH - Tallinna Diakooniahaigla

Abiotsimise viisid

Küsimustikus abiotsimise viiside kohta said meditsiinitöötajad valida kirjanduse põhjal välja toodud enim kasutusel olevate stressileevendavate tegevuste seast endale iseloomulikumad ning raporteerida, kuidas maandatakse end pärast emotsionaalselt kurnavat päeva ja kellega vesteldakse päeval toimunud sündmustest. Lisaks oli osalejatel võimalik ka oma sõnadega lisada, millised stressileevendavaid tegevusi veel kasutatakse.

Tabel 3

Stressileevendavad tegevused pingetega toimetulekuks ja nende ennetamiseks (N=286)

Tegevus	n	%
Tegelen teadlikult ja regulaarselt oma stressi ja emotsioonide juhtimisega	142	60,2
Püüan vältida emotsionaalsete sidemete tekkimist patsientide ja nende peredega	167	70,5
Teen regulaarselt trenni	117	49,8
Püüan teadlikult olla kehaliselt aktiivne (jalutan, sõidan rattaga, viibin värskes õhus	200	84,7
Külasthan regulaarselt psühholoogi	17	7,2
Vestlen regulaarselt hingehoidjaga	12	5,1
Loen eneseabiõpikuid	46	19,6
Osalen regulaarselt mõnes kunsti- või käsitööringis	34	14,4
Püüan teadlikult regulaarselt lõõgastuda (saun, massaaž vm)	179	75,5
Tegelen regulaarselt loomadega	133	56,1
Püüan osaleda temaatilistel stressijuhtimist ja maandamist käsitlevatel kursustel	48	20,4

Kui töö on emotsionaalselt kurnav päev olnud, siis aitab mind kõige paremini, kui:	n	%

püüan end maandada füüsilise tegevusega (lähen trenni, teen füüsilist tööd, jalutan või sõidan rattaga)	162	56,6
püüan oma perega teadlikult koos aega veeta	198	69,2
vestlen tööl juhtunust:		
oma partneriga (abikaasa, elukaaslane)	129	45,1
oma sõbraga	118	41,3
hea kolleegiga	190	66,4
kolleegidega puhketoas	131	45,8
hingehoidjaga	24	8,4
haiglas tegutseva psühholoogiga	6	2,1
väljaspool haiglat tegutseva psühholoogiga.	11	3,8
superviisoriga.	8	2,8

Kontrolliti hüpoteesi, mille kohaselt on teadlikult oma stressi ja emotsioonide juhtimisega tegelev meditsiinipersonal suurema kaastunderahuloluga. Analüüsi käigus selgus, et töötajad, kes oma sõnul tegelevad teadlikult ja regulaarselt oma stressi ja emotsioonide juhtimisega, ei erine oma kaastundeväsimuse ja kaastunderahulolu poolest nendest kolleegidest, kes seda ei tee, kuid neil oli teistega võrreldes väiksem stigma ($N=140$, $M=23,6$, $SD=7,47$); $t(229)=-2,114$, $p<0,05$, $d(0.00287)$. Meditsiinipersonal, kes püüab vältida emotsionaalsete sidemete tekkimist patsientide ja nende lähedastega, on suurema kaastundeväsimusega ($r=0,152$, $p<0,05$). Teiste stressileevendavate tegevuste ja skaalade vahel statistiliselt olulisi seoseid ei leitud.

Osalejate sõnul aitavad neil stressiga toime tulla puhkamine, lugemine, raamatud, jalutamine, reisimine, teater, muusika, pere, loodus, koristamine, televiisori vaatamine, kino, aiatöö ja matkamine. Valdavalt korrati juba küsimustikus kirjas olnud tegevusi. Ühel juhul oli välja toodud stressileevendavate tegevustena juhtumi analüüsimine, temaatiliste õppevideote vaatamine, eneseareng ja palvetamine. Lisaks raporteeriti mitmeid viiteid sellele, et professionaalset abi on raske leida või koguni võimatu saada näiteks finantsilistel põhjustel.

Mitmel juhul nimetati vajadust, et töökultuuris oleks olemas inimlik ja võrdväärne suhtumine, parem töögraafik, regulaarne supervisioon ja psühholoogiline nõustamine.

Arutelu ja järeldused

Uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada Eesti meditsiinipersonali professionaalset elukvaliteeti, abiotsimisega seotud stigma esinemist ning kaardistada, kuivõrd on personal hõivatud eneseteraapia, teadliku stressijuhtimise või mõne muu kaastundeväsimust ennetava teguriga ning milliseid toimetulekuviise kasutatakse. Kokkuvõttes võib öelda, et uuringu tulemused kinnitasid suurelt jaolt mitmel pool kirjanduses esitatud seisukohti.

Kinnitust sai hüpotees, mille järgi surma ja raskete juhtumitega enam kokku puutuva meditsiinipersonali kaastundeväsimus on kõrgem kui võrdlusgrupil. Tegemist oli märkimisväärse erinevusega, mis on oluline just seetõttu, et läbipõlemine ja kaastundeväsimus on olulisemateks töölt lahkumise põhjusteks kogu Euroopas (Heinen et al., 2013; Arimon-Pagés et al., 2019). Üheks kaastundeväsimuse riskiteguriteks on töötaja noorus, aga ka toimetulekustrateegia, mis väldib emotsionaalsete sidemete tekkimist patsientide ja nende lähedastega, mis on sarnane ka mitmetele teistele Euroopas läbi viidud uuringutele (Berger et al., 2015; Sinclair et al., 2017; Merk, 2018). See on aga üks osa depersonalisatsioonist, mis võimendab pikemaajaliselt stressi ning mõjub kokkuvõttes düsfunktsionaalselt, suurendades seejuures riski läbipõlemiseks ja kaastundeväsimuseks ning seega ka töölt lahkumiseks (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Näiteks puudutab see onkoloogia osakonna õenduspersonali, kes puutub ravi iseloomust lähtuvalt patsientidega kokku pikema aja jooksul ning tahes-tahtmata tekib inimlik ja emotsionaalne suhe. Kui see teadlikult alla suruda, on oht, et niigi keerulises olukorras suurendab probleemi hoopis püüd toime tulla. Valimist eristunud kuni 2 aastat hariduse omandamisest alates erialasel ametil töötanud meditsiinipersonali madalam kaastundeväsimuse ja ka kaastunderahulolu skoor viitab vajadusele tuua praktiline töö erialaharidusele lähemale, et tööd alustavate meditsiinitöötajate ettevalmistust parandada: esialgu ei paku töö äsja alustanud personalile suuremat rahulolu, ega suuda stress ka väga drastiliselt mõjuda. Ajaga muutub ühes koosseisus töötamine aga väsitavaks ja koormavaks, kuid kes peab vastu, on oma tööga keskmiselt rohkem rahul: uuring selgitas, et kaastunderahulolu kasvab eaga. Asjaolu, et

kaastunderahulolu kasvab küll koos töötaja eaga, samas kui kaastundeväsimus suureneb koos ühes koosseisus töötatud ajaga, viitab aga asutusesisestele teguritele. Ka tervishoiutöötajate seas läbi viidud uuringus toodi välja probleemseid kolleegidevahelisi suhteid ja vähest kollegiaalsust (Themas, et al., 2015). Tendentsi võiks muuta asutusesisese töökultuuri ümberkujundamise ning süsteemse monitoorimis- ja ennetussüsteemi väljatöötamisega. Kuna kaastundeväsimuse näol on tegemist otsese ohuga nii töötajate kui ka patsientide tervisele ja heaolule, siis oleks oluline tegeleda selle ennetamisega. Teisest küljest on oluline õpetada õdedele stressijuhtimis- ja toimetulekuoskusi ning anda teadmisi toimetulekustrateegiate mõjust, tulemuslikkusest ning koordineeritud professionaalse abi olemasolust ja vajalikkusest. Kirjanduses on pakutud mitmesuguseid multimodaalseid sekkumisi, mille katsetamisel on oluliselt vähenenud meditsiinipersonali ärevus, depressiooninähud ja tõusnud säilenõtkuse skoorid (Mealer et al., 2014). Hüpotees, mille kohaselt lapsedeega töötav meditsiinipersonal on võrreldes täiskasvanutega töötavate kolleegidega kõrgema kaastundeväsimusega, selgelt kinnitust ei leidnud, kuid tendents on olemas. Asjaolu, et suur osa meditsiinitöötajad pigem väldiksid lapsedeega töötamist (sealhulgas pea pooled neist, kes juba töötavad lastega), viitab vajadusele paremini tundma õppida lastega töötamise eripärasid (suurem ajakulu, erinev lähenemine) ning on väga mõjutatud asjaolust, et lastega töötamisel on keerulisem vältida emotsionaalsete sidemete tekkimist. Näiteks võib tuua siia ka 2013. aastal Californias onkoloogiaõdede seas läbi viidud uuringu, mille kohaselt tänu grupinõustamistele, eneseabi tõhustamisele ja teemakohastele haridusprogrammidele vähenes lastega töötavate onkoloogiaõdede liikuvus ning enesekohaste küsimustike järgi tundsid nad end paremini ettevalmistatult töötamiseks surevate lapsedeega ning raporteerisid vähem läbipõlemist ja rohkem kaastunderahulolu kui teiste osakondade õenduspersonal (Sekol ja Kim, 2014).

Kinnitust sai hüpotees, mille järgi suurema kaastundeväsimusega meditsiinipersonalil on ka suurem abiotsimise hoiakutega seotud stigma. Meditsiinipersonali toimetulekut stressiolukordadega loetakse nende töö loomulikuks ja paratamatuks osaks ning uskumus, et raskete kogemustega peab kuidagi ise hakkama saama, on visa kaduma. Seda uskumust toetab kindlasti ka asjaolu, et tööga seotud vaimse tervise teema on tervikuna Eestis keskselt korraldamata ja stressiga tegelemine jääb meditsiinasutustes valdavalt igapäevase enda hooleks. Inimeste võimekus, teadmised ja valmidus stressiolukordades toimetulekuks ja pingete maandamiseks on erinevad ning see ilmneb ka uurimistööst kinnitust saanud hüpoteesis, mille

järgi väiksem enesestigma skoor on meditsiinitöötajatel, kes tegelevad teadlikult ja regulaarselt oma stressi ja emotsioonide juhtimisega.

Hüpotees, mille järgi teadlikult oma stressi ja emotsioonide juhtimisega tegelev meditsiinipersonal on väiksema kaastundeväsimusega kinnitust ei saanud. Küll aga selgus, et neil on teistega võrreldes väiksem abiotsimise hoiakutega seotud stigma. Nähtub, et osa personalist on abile rohkem avatud, ent puuduvad tulemuslikud sekkumised, mis kaastundeväsimust ennetaksid/vähendaksid ja kaastunderahulolu suurendaksid: suurem kaastunderahulolu aitab paremini stressiga toime tulla (Sekol & Kim, 2014). Oma tööga seotud stressi leevendamiseks püüab valdav osa meditsiinipersonalist teha trenni, olla kehaliselt aktiivne ja lõõgastuda, tegeletakse loomade ja käsitööga. Veidi vähem osaletakse temaatilistel kursustel ja loetakse eneseabiõpikuid. Oluline osa tööst tuleneva emotsionaalse stressi leevendamisel on vestlemine kolleegidega, mida on ka kirjanduses mitmel pool märgitud (Gomes et al., 2013; Galbraith et al., 2014; Granek et al., 2016). Märkimisväärselt vähe on kaasatud erialaspetsialistide abi: vaid 17 (7,2%) osalejat raporteeris regulaarselt psühholoogiga vestlemist ja 12 (5,1%) inimest vestleb regulaarselt hingehoidjaga. Tartu Ülikooli Kliinikumi onkoloogia õenduspersonali näitel võib see tuleneda asjaolust, et psühholoogiline abi on kliinikumis olemas peamiselt patsientide ja nende lähedaste jaoks. Meditsiinipersonal ei oma süsteemset harjumust ega ka ettevalmistust stressi puhul aktiivseid toimetulekustrateegiaid rakendada. Haiglates töötavad psühholoogid aga pole suutelised tegelema nii patsientide kui ka töötajatega. Tajutakse teema olulisust ja sageli ka iseenda toimetuleku piire, ent nii ajaliste kui materiaalsete ressursside piiratuse tõttu on probleem vaid osalise teadvustamise tasandile jäänud. Suurem osa pingetest maandatakse koos kolleegidega puhketoas. Kõik nimetatud toimetulekuviisid on sarnased ka kirjanduses mainitule (Gomes et al., 2013; Lee et al., 2016), kuid kaastundeväsimuse või kaastunderahulolu skooridele nende rakendamine statistiliselt olulist mõju ei avalda. Abiotsimisega seotud enesestigma vähendamine on teatud määral võimalik gruppides, millel on ühtsed eesmärgid (Heath et al, 2018). Seetõttu võiks kaaluda üheaegselt nii arstidele kui õenduskollektiivile mõeldud sekkumisi, mis oleksid suunatud negatiivsete abiotsimise hoiakute muutmisele. Õdede endi poolt on esile toodud läbipõlemise teadvustamisele ja ennetamisele suunatud meeskonnakoolituste olulisus - mitmesugused meeskonnapõhised sekkumised võivad vähendada nii emotsionaalset kui füüsilist väsimust ja depersonalisatsiooni (Lee et al., 2016; Yılmaz, Üstün, & Günüşen, 2018). Kaastundeväsimust

vähendavat mõju on nähtud ka teadveloleku-põhistel pikemaajalistel sekkumistel (Ortega-Campos et al., 2020). Sekkumisvajadusele viitab ka vältiva toimetulekustrateegia valinud meditsiinipersonali suurem kaastundeväsimus. Lisaks tuleks abiotsimise stigma vähendamiseks keskenduda vaimse tervise probleemide läbielamisest tulenenud positiivsetele aspektidele: on ju tervishoiutöötajate töö ka kaastunderahulolu allikas. Oluline on stressi normaliseerimine, kuna stressi peetakse selle professioni juures äärmiselt negatiivseks nähtuseks, mis omakorda mõjutab abiotsimise hoiakuid (Galbraith et al., 2014). Süvendada tuleks hoiakuid, et stress on normaalne osa meditsiinipersonali tööst, mida annab monitoorida ja õigete toimetulekustrateegiatega kontrolli all hoida.

Käesolev uurimistöö annab panuse teadvustamiseks, et meditsiinitöötajate kaastundeväsimus võib olla probleem, millega on tarvis süsteemselt tegeleda, kuna sellest oleneb nii patsientide kui ka meditsiinitöötajate endi käekäik. Kaastundeväsimus ja sellest tulenevad probleemid võivad olla põhjuseks, miks tervishoiutöötajad oma töölt lahkuvad. Eesti meditsiinitöötajate professionaalne elukvaliteet on teema, mille edasine uurimine on vajalik ja pakub palju võimalusi. Näiteks on oluline uurida meditsiinitöötajate (ka juhtivtöötajate) endi uskumusi ja võimalusel ka multimodaalsete sekkumisviiside toimet nende uskumuste muutmiseks ja professionaalse elukvaliteedi parandamiseks. Ühtlasi aitaks see tõsta ka tervishoiuasutuste teadlikkust vaimse tervise osatähtsusest tervishoiusüsteemis. Ka tuleks arvesse võtta töökultuuri ja kollegiaalsete suhete mõju professionaalsele elukvaliteedile.

Uuringul on mitmeid piiranguid. Et tulemused oleksid üldistatavamad, oleks tarvis suurema valimi põhjalikumat analüüsi. Eestis oli 2018. seisuga 24 026 meditsiinitöötajat ning nende arv kasvab keskmiselt 2% aastas (Tervise Arengu Instituut, 2019). Teiseks piiranguks võib olla asjaolu, et suurema läbipõlemise ja kaastundeväsimusega osalejad ei pruukinud leida motivatsiooni küsimustikele vastatamiseks ning uuring on seetõttu ühekülgne. Üks piirangutest on ka asjaolu, et kaastundeväsimuse alaskaalal ei olnud eraldatavad läbipõlemine ja sekundaarne traumaatiline stress, mistõttu võib küll oletada, et Eesti meditsiinitöötajate tajutavam probleem tuleneb pigem läbipõlemisest ja tööga seotud välistest stressoritest (ajapuudus, ülekoormus, ebapiisav ettevalmistus ja tunnustus vm), ent käesoleva töö raames seda otseselt väita ei saa.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et kaastundeväsimus on käesoleva uuringu andmeil oht eelkõige traumade ja raskemate juhtumitega töötavale meditsiinipersonalile. Suurem

kaastundeväsimus on noorematel meditsiinitöötajatel ning töötajatel, kes püüavad vältida emotsionaalsete sidemete tekkimist patsientide ja nende lähedastega. Kaastunderahulolu kasvab koos töötaja eaga ja kaastundeväsimus suureneb koos ühes koosseisus töötatud ajaga. Lapspatsientidega töötaval meditsiinipersonalil on tendents kõrgemaks kaastundeväsimuseks ja suur osa personalist meeleldi lapspatsientidega ei töötaks. Suurema kaastundeväsimusega meditsiinipersonalil on ka suurem abiotsimise hoiakutega seotud stigma, kuid stigma on väiksem neil töötajatel, kes tegelevad teadlikult oma stressi ja emotsioonide juhtimisega. Nii stigma kui kaastundeväsimuse vähendamiseks ja kaastunderahulolu tõstmiseks tuleks meditsiinipersonali puhul kaaluda pikemaajalisi multimodaalseid grupisekkumisi, mis aitaksid teadvustada funktsionaalsete toimetulekustrateegiate olemasolu ja olulisust. Välja tuleks töötada koordineeritud professionaalne tugivõrgustik ja viia sisse regulaarne monitoorimissüsteem vaimse tervise probleemide ennetamiseks ja varajaseks avastamiseks.

Kasutatud kirjandus

Arimon-Pagés, E., Torres-Puig-Gros, Fernández-Ortega, P., Canela-Soler, J. (2019). Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. *European Journal of Oncology Nursing Vol 43, 101666.*

Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing. Vol 25, p 1-10.*

Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A., Owens, H. (2015). Compassion fatigue in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing. Vol 30, p 11-17.*

Bonetti, L., Tolotti, A., Valcarenghi, D., Pedrazzani, C., Barello, S., Ghizzardi, G., Graffigna, G., Sari, D., Bianchi, M. (2019). Burnout precursors in oncology nurses: a preliminary cross-sectional study with a systemic organizational analysis. *Special Issue Psychology of Sustainability and Sustainable Development. Vol 11-5, 1246.*

Boyle, D. A. (2011). Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online Journal of Issues in Nursing. Vol 16-1, Manuscript 2.*

Cankaya, P., Duman, Z. C. (2010). Evaluation of nursing students' attitudes towards seeking psychological help and factors affecting their attitudes. *Nurse Education Today*. Vol 30, 784–788.

Caplan, R. P. (1994). Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. *British Medical Journal*. Vol 309, p 1261–1263.

Chew-Graham, C. A., Rogers, A., Yassin, N. (2003). 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical Education*. Vol 37, p 873-880.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*. Vol 127(1), 87–127.

Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*. Vol 28, p 114-121.

Fanos, J. H. (2007). Coming through the fog, coming over the moors: the impact on pediatric oncologists of caring for seriously ill children. *Journal of Cancer Education*. Vol 22(2), 119–123.

Endriulaitienė, A., Žardeckaitė – Matulaitienė, K., Markšaitytė, R., Pranckevičienė, A., Tillman, D. R., Hof, D. D. (2019). Self-stigma of seeking help and job burnout in mental health care providers: the comparative study of Lithuanian and the USA samples. *Journal of Workplace Behavioral Health*. Vol 34 (2).

Fetter, K. (2012). We grieve too: one inpatient oncology unit's interventions for recognizing and combating compassion fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), 559-561.

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel, New York.

Galbraith, N. D., Brown, K. E., Clifton, E. (2014). A survey of student nurses' attitudes toward help seeking for stress. *Nursing Forum - an Independent Voice for Nursing*. Vol 49-3, p 171-181.

Gomes, S. Santos, M. M. M. C. C., Carolinos, E. T. M. A. (2013). Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Nov-Dec 21-6, p 1282-1289.

Granek, L., Barrera, M., Scheinmann, K., Bartels, U. (2016). Pediatric oncologists' coping strategies for dealing with patient death. *Journal of Psychosocial Oncology*. Vol 34 (1-2), p 39-59.

Granek, L., Bartels, U., Scheinmann, K., Labrecque, M., Barrera, M. (2015). Grief reactions and impact of patient death on pediatric oncologists. *Pediatric Blood & Cancer*. Vol 62 (1), p 134-142.

Günüşen, N. P., Üstün, B., Serçekuş, P., Besen, D. B. (2018). Secondary traumatic stress experiences of nurses caring for cancer patients. *International Journal of Nursing Practice*. Vol 25-1, p 1-8.

Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Aaben, L., van Ginneken, E. (2018), Estonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 20(1), p 1-193.

Heath, P. J., Brenner, R. E., Lannin, D. G., Vogel, D. L. (2018). Self-compassion moderates the relationship of perceived public and anticipated self-stigma of seeking help. *Stigma and Health*. Vol 3 (1), 65-68.

Heinen, M. M., Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I. S., Casbas, T. M., Ball, J., Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross-sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*. Vol 50, p 174-184.

Hensen, J. S. (2020). Burnout or compassion fatigue. A comparison of concepts. *MEDSURG Nursing*. Vol 29(2), p 77-95.

Hilden, J. M., Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., Link, M. P., Foley, K. M., Clarridge, B. C. Mayer, R. J. (2001). Attitudes and practices among pediatric oncologists regarding

end-of-life care. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*. Vol 19 (1), 205–212.

Hofmeyer, A., Kennedy, K., Taylor, R. (2019). Integrating findings from social neuroscience and self-care research. *Collegian* Vol 26 (6)

Huggard, P. (2016). Caring for the carers: compassion fatigue and disenfranchised grief. Science with feeling: animals and people. *Australia and Royal Society of New Zealand Anzcart Conference Proceedings*. Vol 28. Kasutatud 22.04.2019.

Jordan, T. R., Khubchandani, J., Wiblishauser, M. (2016). The impact of perceived stress and coping adequacy on the health of nurses: a pilot investigation. *Nursing Research and Practice*.

Kernan, W. D., Wheat, M. E. (2008). Nursing students' perceptions of the academic impact of various health issues. *Nurse Educator*. Vol 33 (5), p 215–219.

Lee, H-F., Kuo, C-C., Chien, Wan, T. (2016). A meta-analyses of the effects of coping strategies on reducing nurse burnout. *Applied Nursing Research*. Vol 31, p 100-110.

Maslach, C., Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.

Mathieu, F. (2008). The Compassion Fatigue Workbook. *Françoise Mathieu*: www.compassionfatigue.ca. Kasutatud: 22.04.2019.

Meadors, P., Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*. Vol 22(1), p 24-34.

Meadors, P., Lamson, A. L. S., Swanson, M., White, M., Sira, N. (2009). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *Omega (Westport)*. Vol 60-2, p 103-128.

Merk, T. (2018). Compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout among pediatric nurses. *Air Medical Transport Conference Scientific Assembly Abstracts/Air Medical Journal*. Vol 37, p 291-298.

Newell, J. M., Gordon, A. (2010). Vicarious trauma, secondary traumatic stress and compassion fatigue. *Best Practices in Mental Health. Vol 2-12, p 57-68.*

Ortega-Campos, E., Vargas-Román, Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., Cañadas-de la Fuente, G. A., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L. (2020). Compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout in oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *Sustainability 2020, 12(1), 72.*

Plante, J., Cyr, C. (2011). Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatrics & Child Health. Vol 16 (4), 213–216.*

Potter, P., Deshields, T., Berger, J., Clarke, M., Olsen, S., Chen, L. (2013). Evaluation of a Compassion Fatigue Resiliency Program for Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum. Vol 40 (2), 180-187.*

Sekol, M. A., Kim, S. C. (2014). Job satisfaction, burnout, and stress among pediatric nurses in various specialty units at an acute care hospital. *Journal of Nursing Education and Practice. Vol 4 (12), p 115-124.*

Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies. Vol 69, p 9-24.*

Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W. Y., Carson, A., Kazanjian, A. (2011). Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine. Vol 27-2, p 172-178.*

Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual. 2nd Ed.* www.ProQOL.org

Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review. Vol 47, p 15–27.*

Tay, S., Alcock, K., Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology, 74(9), p 1545–1555.*

Tervise Arengu Instituut. (2019). Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/04THressursid/04THressursid_05Tootajad/?tablelist=true&rxid=4fdb13f9-30e7-4679-a1c7-e36909a76230. Kasutatud: 25.04.2020.

Themas, A., Aksen, M., Vahaste-Pruul, S., Themmas, E., Varblane, U. (2015). *Tervishoiutöötajate lahkumise põhjused*. Tartu: Tartu Ülikool.

Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. *Psychosocial stress series. Vol 24, p 17-37*.

Vogel, D., Wade, N. G., Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology. Vol 53(3), p 325-337*.

Yılmaz, G. Üstün, B., Günüşen, N.P. (2018). Effect of a nurse-led intervention programme on professional quality of life and post-traumatic growth in oncology nurses. *International Journal of Nursing Practice. 24(6): e12687*.

Lisa 1

Küsimustikepakett uuringus osalejale

Informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

Hea tervishoiutöötaja! Olete palutud osalema uuringus “Meditsiinitöötajate professionaalne elukvaliteet: seosed varaste mittekohastumuslike skeemide ning abi otsimise viiside ja stigmaga”. Uuringu viivad läbi Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi tudengid Mairi Laane, Kersti Kinks ja Anne Tullus. Uuringu juhendaja on kliinilise psühholoogia õpetaja Kaia Kastepõld-Tõrs. Uuring on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteega ja viiakse läbi Ida- Tallinna Keskhaigla, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikumi ning SA EELK Tallinna Diakooniahaigla tervishoiutöötajate seas. Uuringus osalemiseks palume täita küsimustike paketi, milleks kulub orienteeruvalt 30 minutit. Uuringus osalemine on vabatahtlik ning osalejal on igal ajahetkel võimalik

osalemisest ilma igasuguste tagajärgedeta loobuda. Andmed kogutakse isikustamata kujul ja analüüsitakse üldistatult, mis tähendab, et Teie isikut ei seostata Teie poolt antud vastustega mingil moel. Andmed säilitatakse turvaliselt välisel kõvakettal TÜ psühholoogia insituudis asuvas lukustatud kapis ning neile on juurdepääs ainult uuringuga kokkupuutuvatel isikutel (vastutav uurija ja uurimistöö läbiviijad, kokku neli inimest). Andmeid säilitatakse kuni uurimistööd on kaitstud, aga mitte kauem kui kolm aastat. Uurimistöö eesmärgiks on aidata kaasa tervishoiutöötajate professionaalse heaolu ja toimetuleku sügavamale mõistmisele. Selle alusel on võimalik välja töötada tõhusamaid töövõime säilitamise programme. Tervishoiutöötajad puutuvad sageli oma töös kokku traumeeritud patsientidega, mis võib suurendada riski läbipõlemise, sekundaarse traumaatilise stressi või kaastundeväsimuse tekkeks. Uurime, kas ja kuidas on sellega seotud tervishoiutöötaja isiklik haavatavus. Uurimistöö väljundina valmib Tartu Ülikoolis psühholoogia insituudis sel teemal magistritöö ja kaks bakalaureuse taseme uurimistööd. Praktilise väljundina tahame töötada välja soovitused professionaalse toimetuleku tagamiseks tervishoiutöötajatele ja tööandjatele. Uuringus osalemine ei anna Teile otsest kasu, küll aga võib anda kaudset kasu, kui koostatud soovitused jõuavad praktikasse. Soovi korral on võimalik tutvuda uurimistöö kokkuvõtetega sellest töö autoritele e-kirja teel märku andes. Osalemisega kaasnevad riskid ja nendega toimetulemine Kui uuringus esitavad küsimused minevikukogemuste kohta ärgitavad häirival moel ebameeldivaid mälestusi, julgustame Teid otsima psühholoogilist tuge ja abi. Täites küsimustiku, nõustute, et Teid on informeeritud ülalmainitud uuringust ja olete teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu meetodikast.

1. Andmed Teie kohta (tõmmake sobivale vastusevariandile ring ümber või märkige sobiv vastus lünka):

Teie sugu: N/M/muu.

Kui vana Te olete (aastates)?

Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridus: põhiharidus/keskharidus/kõrgharidus.

Milline on Teie perekonnaseis: vallaline/abielus,kooselus/lahutatud/lesk.

Mitu last Teil on? (arv).

Aastaid eriala omandamisest (aastates).

Erialsel ametil töötatud aeg (aastates).

Puutun oma töös kokku surma ja väga raskete juhtumitega (nt traumad): ei puutu/väga harva/harva/mõnikord/sageli/väga sageli.

Töötan praegu: Ida-Tallinna Keskhaiglas/Põhja-Eesti Regionaalhaiglas/Tartu Ülikooli

Kliinikumis/SA EELK Tallinna Diakooniahaiglas.

Praeguse asutuse koosseisus töötatud aeg (aastates).

Töötan palliatiivravi patsientidega: jah/ei.

Palliatiivravi patsientidega töötatud aeg (aastates).

Töötan lapsedtsientide ja nende peredega: jah/ei.

Lapsedtsientidega töötatud aeg (aastates).

Kui ma saaksin valida, siis ma ei töötaks lapsedtsientidega: jah/ei.

2. Kaastunderahulolu ja kaastundeväsimus (*ProQOL*, versioon 5, 2009).

Kui aitate inimesi, olete otseses ühenduses nende eludega. Võite olla märganud, et Teie kaastunne nende suhtes, keda aitate, võib Teile mõjuda positiivselt ja negatiivselt. Allpool on mõned küsimused Teie kui abistaja kogemuste, nii positiivsete kui negatiivsete, kohta. Kaaluge iga küsimust Teie praeguse tööga seotult. Valige number, mis ausalt peegeldab, kui sageli olete neid asju kogunud viimase kuu jooksul: 1=mitte kunagi 2=harva 3=mõnikord 4=sageli 5=väga sageli. Sõnad "aitamine" ja "abistamine" on käesolevas küsimustikus mõeldud tõlgendamiseks Teie professionaalse töö tähenduses.

1. Ma olen õnnelik.
2. Ma olen mõtetes hõivatud rohkem kui ühe inimesega, keda aitan .
3. Inimeste aitamine pakub mulle rahulolu.
4. Ma tunnen, et olen teiste inimestega seotud.
5. Võpatan või ehmun ootamatute helide peale.
6. Inimeste aitamine annab mulle jõudu.
7. Minu jaoks on keeruline eristada isiklikku elu enda kui abistaja elust.
8. Minu tööviljakus kannatab, kuna minu aidatavate inimeste traumaatilised kogemused häirivad minu und.
9. Arvan, et võin olla mõjutatud minu poolt abistatavate inimeste traumaatilisest stressist.
10. Tunnen ennast oma töö tõttu abistajana lõksus olevana.
11. Oma abistava töö tõttu olen tundnud mitmetes asjades end "piiri peal" olevana.
12. Mulle meeldib minu töö abistajana.
13. Mind rõhuvad minu poolt aidatud inimeste traumaatilised kogemused.
14. Ma tunnen justkui kogeksin ise aidatava traumat.

15. Mul on uskumusi, mis mulle jõudu annavad.
16. Ma olen rahul sellega, kuidas suudan end kursis hoida abistamise tehnikate ja juhistega.
17. Ma olen selline inimene, kes olen alati tahtnud olla.
18. Mu töö pakub mulle rahulolu.
19. Ma tunnen end oma abistava töö tõttu kurnatuna.
20. Mul on positiivseid mõtteid ja tundeid aidatavate ja selle osas, kuidas neid saan aidata.
21. Ma tunnen ennast ülekoormatuna, sest töö hulk näib lõputu 22. Ma usun, et saan oma töö abil midagi muuta.
23. Ma väldin teatud tegevusi või olukordi, kuna need meenutavad mulle minu abistatavate hirmutavaid kogemusi.
24. Ma tunnen uhkust selle üle, mida suudan aitajana teha.
25. Abistamise tõttu on mul pealetükkivad, hirmutavad mõtted.
26. Ma tunnen, et tammun süsteemi tõttu paigal.
27. Ma mõtlen, et olen aitajana edukas.
28. Ma ei suuda meenutada olulisi osi oma tööst trauma ohvritega.
29. Ma olen väga hooliv inimene.
30. Ma olen õnnelik, et olen valinud selle töö.
31. Ma takerdun tööd tehes bürokraatiasse.

3. Young Skeemiküsimustik (lühike versioon, 2005) (YSQ – S3).

Järgnevalt on Teie ees rida väiteid, mida inimesed võivad kasutada enda kirjeldamiseks. Palun lugege iga väidet ning hinnake siis, kui täpselt see väide kirjeldab Teid viimase aasta jooksul üldiselt (ka väljaspool tööd). Kui Te ei ole kindel, kuidas vastata, lähtuge sellest, kuidas Te emotsionaalselt tunnete, mitte sellest, mida mõtlete tõese olevat. Mõned väited küsivad Teie suhete kohta oma vanemate või lähisuhte partneritega. Kui mõni neist inimestest on surnud, siis palun vastake nendele väidetele selle alusel, milline oli Teie suhe nendega nende eluajal. Kui Teil ei ole hetkel partnerit, aga on varasemalt olnud, siis vastake palun viimase suhte alusel. Valige hinnanguskaalal ühest kuueni kõrgeim Teid iseloomustav vastus iga väite kohta ning kirjutage see number väite juurde kastikesse. 1 = ei vasta minu puhul üldse tõe, 2 = ei vasta üldiselt minu puhul tõe, 3 = pigem vastab tõe, 4 = mõõdukalt vastab minu puhul tõe, 5 = enamasti vastab minu puhul tõe, 6 = kirjeldab mind täpselt.

1. Mul pole olnud kedagi, kes minu eest hoolitseks, jagaks end minuga või tõeliselt hooliks kõigest, mis minuga juhtub.
2. Ma märkan, et klammerdun inimeste külge, kellega olen lähedane, sest kardan, et nad jätavad mu maha.
3. Mulle tundub, et inimesed tahavad mind ära kasutada.
4. Ma ei sobitu teiste hulka.
5. Ükski mees/naine, keda ma ihaldan, ei suudaks mind armastada, kui ta saaks teada mu vigadest.
6. Ma ei suuda teha tööl (või koolis) peaaegu midagi niisama hästi kui teised seda suudaksid.
7. Ma tunnen, et ma ei ole võimeline oma igapäevaeluga ise hakkama saama.
8. Ma ei suuda lahti saada tundest, et midagi halba on juhtumas.
9. Ma ei ole suutnud iseseisvuda oma vanematest nii nagu teised minuealised on seda teinud.
10. Ma arvan, et kui ma teen seda, mida tahan, siis tuleb sellest ainult probleeme.
11. Tavaliselt olen mina see, kes oma lähedaste eest hoolitseb.
12. Ma kontrollin ennast, et mitte näidata välja oma positiivseid emotsioone (nt kiindumus, hoolivus)
13. Ma pean olema parim kõiges, mida teen. Ma ei saa leppida teise kohaga.
14. Kui ma tahan teistelt midagi saada, siis on mul väga raske leppida eitava vastusega.
15. Ma ei suuda sundida end igavaid või rutiinseid ülesandeid lõpuni tegema.
16. Tunnen end väärtuslikuna, kui mul on palju raha ja tutvusi tähtsate inimeste seas.
17. Isegi kui asjad lähevad hästi, tunnen, et see on vaid ajutine.
18. Kui ma teen vea, siis väärin karistust.
19. Mul ei ole inimesi, kes mind hoiaks ja pakuks mulle soojust ja kiindumust.
20. Ma vajan teisi inimesi nii väga, et muretsen neist ilma jäämise pärast.
21. Ma tunnen, et ei saa teiste juuresolekul valvsust kaotada, sest nad teevad mulle siis tahtlikult haiget.
22. Ma olen täiesti erinev teistest inimestest.
23. Mitte keegi, keda ihaldan, ei tahaks minu kõrvale jääda, kui ta teaks, milline ma tegelikult olen.
24. Ma ei ole piisavalt võimekas, et midagi saavutada

25. Ma pean ennast inimeseks, kes on igapäevaasjades teistest sõltuv.
26. Mulle tundub, et iga hetk võib juhtuda midagi hirmsat (katastroof, kuritegu, rahakriis, haigus).
27. Mina ja minu vanemad osaleme liiga palju üksteise eludes ja probleemides.
28. Ma tunnen, et olen sunnitud teiste inimeste taatele alluma, sest muidu nad maksavad mulle kätte või hülgevad mu.
29. Ma olen hea inimene, kuna ma mõtlen rohkem teistele kui endale.
30. Minu arvates on piinlik teistele oma tundeid väljendada.
31. Ma üritan anda endast parima, "piisavalt hea" ei rahulda mind.
32. Olen eriline inimene ja ma ei peaks järgima paljusid selliseid piiranguid, mis on kehtestatud teistele.
33. Ma ärritun ja annan kergesti alla, kui ei suuda mõnda eesmärki saavutada.
34. Saavutused on mulle kõige väärtuslikumad siis, kui teised neid märkavad.
35. Kui midagi head juhtub, muretsen, et sellele järgneb midagi halba.
36. Kui ma ei anna endast parimat, pean valmis olema ebaõnnestumiseks.
37. Ma ei ole tundnud, et olen kellegi jaoks eriline.
38. Ma muretsen, et inimesed, kellega tunnen end lähedasena, jätavad mind maha või hülgevad mu.
39. See on ainult aja küsimus, kui keegi reedab mind.
40. Ma ei kuulu mitte kuhugi, olen erak.
41. Ma ei vääri teiste inimeste armastust, tähelepanu ja austust.
42. Enamus inimesi on töös ja saavutustes võimekamad kui mina.
43. Mul on puudu kainest mõistusest.
44. Ma muretsen, et keegi võib mulle kallale tulla.
45. Minul ja minu vanematel on väga raske üksteisele isiklikke asju rääkimata jätta, ilma et tunneksime end süüdi või reedetuna.
46. Suhtes lasen ma tavaliselt teisel osapoolel domineerida.
47. Ma olen nii hõivatud oma lähedaste inimeste asjadega, et mul jääb väga vähe aega enda jaoks.
48. Mul on raske teiste juuresolekul olla vaba ja spontaanne.
49. Ma pean kõikide oma kohustustega hakkama saama.
50. Ma vihkan seda, kui mul ei lasta teha, mida tahan.

51. Mul on väga raske loobuda kohesest naudingust pikemas perspektiivis olulisema eesmärgi saavutamise nimel.
52. Kui ma ei saa teistelt inimestelt rohkelt tähelepanu, tunnen ma end vähem olulisena.
53. Ei ole võimalik olla liiga ettevaatlik, alati läheb midagi valesti.
54. Kui ma ei tee tööd õigesti, tuleb mul endal kannatada tagajärgede pärast.
55. Mul ei ole olnud kedagi, kes mind päriselt kuulaks, mõistaks mind või oleks teadlik minu tõelistest vajadustest ja tunnetest.
56. Kui keegi, kellest ma hoolin, näib minust eemale tõmbuvat või eralduvat, tunnen meeleheidet.
57. Ma olen teiste inimeste motiivide suhtes üsna umbusaldav.
58. Ma tunnen, et olen teistest inimestest võõrandunud või äralõigatud.
59. Ma tunnen, et ma pole armastusväärne.
60. Ma pole oma töös nii andekas kui enamik inimesi.
61. Igapäevaasjades ei saa minu arvamuse peale kindel olla.
62. Ma olen mures, et kaotan kogu oma raha ja satun kitsikusse või jään vaeseks.
63. Ma tunnen sageli, et mul ei ole oma elu, vaid mu vanemad elavad oma elu läbi minu.
64. Ma olen alati lasknud enda eest otsustada, nii et tegelikult ma ei teagi, mida ma ise tahan.
65. Ma olen alati olnud see, kes kuulab kõigi teiste muresid.
66. Ma kontrollin ennast nii väga, et mind peetakse emotsioonituks ja tundetuks inimeseks.
67. Ma tunnen pidevat survet midagi saavutada ja asjad tehtud saada.
68. Ma ei arva, et ma peaksin järgima samu reegleid ja tavasid, mida teised.
69. Ma ei suuda end sundida tegema asju, mida ma ei naudi, isegi kui tean, et see on minu enda huvides.
70. Kui mind tutvustatakse uutele inimestele või kui ma mingil teemal sõna võtan, siis on minu jaoks oluline saada tunnustust ja imetlust.
71. Ükskõik kui palju ma töötan, muretsen ikka, et võin jääda rahast ilma ja kaotan kõik.
72. Ei ole oluline, miks ma vea tegin. Kui ma teen midagi valesti, pean maksma tagajärgede eest.
73. Mul ei ole olnud tugevat või tarka inimest, kes annaks mulle head nõu või juhendaks mind, kui ma pole kindel, mida teha.

74. Vahel ma muretsen nii väga, et inimesed jätavad mu maha, et lükkan nad ise eemale.
75. Ma olen tavaliselt valvas teiste inimeste varjatud kavatsuste suhtes.
76. Ma tunnen alati, et olen grupist väljas.
77. Ma olen juba oma olemuselt nii vastuvõetamatu, et ei saa end kellelegi avada ega lasta neil mind tundma õppida.
78. Kooli ja töö asjades ei ole ma nii tark nagu enamused inimesi.
79. Ma pole kindel oma võimes lahendada esilekerkivaid igapäevaprobleeme.
80. Ma kardan, et mul võib olla kujunemas mingi raske haigus, kuigi arstid ei ole midagi tõsist avastanud.
81. Ma tunnen sageli, et ma ei ole oma vanematest või partnerist eraldiseisev isik.
82. Mul on väga raske nõuda oma õiguste austamist ja tunnetega arvestamist.
83. Teised inimesed arvavad, et ma teen liiga palju teiste jaoks ja liiga vähe enda jaoks.
84. Inimesed näevad, et olen emotsionaalselt pinges.
85. Kui teen midagi valesti, ei ole mul kerge endale andestada ega leida õigustust oma vigadele.
86. Ma tunnen, et see, mida minul on pakkuda, on teiste panusest väärtuslikum.
87. Ma suudan harva oma lubadustest kinni pidada.
88. Tunnen end väärtusliku inimesena, kui saan palju kiitust ja komplimente.
89. Olen mures, et valed otsused võivad viia katastroofini.
90. Ma olen halb inimene, kes väärrib karistust.
91. Ma olen liiga eneseteadlik, et oma positiivseid emotsioone välja näidata.

4. Läbipõlemise küsimustik.

Järgnevalt on Teile esitatud 22 väidet, mis kirjeldavad mitmesuguseid tundmusi ja mõtteid seoses tööga. Palun hinnake iga väite puhul, kui tugevalt viimase kuu jooksul kirjeldatud tundmused ja mõtted on Teid vallanud. Tõmmake ring ümber Teile sobivale vastusevariandile. Hindamise skaala: 1 – vaevalt märgatavalt, 2 – nõrgalt, 3 – mõõdukalt, 4 – tugevalt, 5 – väga tugevalt.

1. Pärast tööpäeva lõppu tunnen end emotsionaalselt kurnatuna.
2. Tunnen, et pärast tööpäeva lõppu olen omadega läbi.
3. Iga tööpäeva hommikul ärgates tunnen end väsinuna, kui mõtlen sellele, mis mind tööle ees ootab.

4. Mul on tunne, et ma tean täpselt, kuidas mu patsiendid mind mõistavad.
5. Mul on tunne, et ma suhtun oma patsientidesse ükskõikselt.
6. Tunnen, et terve päev patsientidega tegeleda on mulle tõesti pingutav.
7. Tunnen, et saan oma patsientidega väga hästi hakkama.
8. Mul on tunne, et töö justkui põletab mu läbi.
9. Mul on tunne, et suudan oma patsientidele positiivset mõju avaldada.
10. Mul on tunne, et olen töötamise aja jooksul oma patsientide suhtes ükskõiksemaks muutunud.
11. Mul on tunne, et mu töö on mind muutnud patsientide suhtes tuimemaks.
12. Ma tunnen end energiast tulvil olevat.
13. Mul on tunne, et ma ei saavuta oma töös seda, mida taotlen.
14. Ma tunnen, et mul kulub töö peale liiga palju jõudu.
15. Mul on tunne, et mul on ükskõik, mis mu patsientidest edasi saab.
16. Patsientidega töötamine tekitab minus suuri pingeid.
17. Ma tunnen, et ma suudan luua vastuvõtul meeldiva õhkkonna.
18. Tunnen, et patsientidega töötamine muudab mind heatujulisemaks ja erksamaks.
19. Tunnen, et olen oma töös nii mõndagi saavutanud.
20. Mul on tunne, et ma ei suuda oma tööd enam teha.
21. Tunnen, et suudan patsientidega ettetulevaid konflikte rahulikult lahendada.
22. Mul on tunne, et nii mõnigi patsient võib mind süüdistada raskuste pärast, mis neil ette võivad tulla.

5. Sündmuse mõju skaala.

Allpool on toodud loetelu raskustest, mida inimesed võivad kogeda pärast tugevat stressi tekitanud sündmusi. Mõelge siin palun viimati esinenud Teid mõjutanud tööalas(t)ele stressi tekitanud sündmus(t)ele. Palun lugege igat väidet ning hinnake, kuivõrd on see sündmus(ed) Teid häirinud viimase kuu aja jooksul. Väidetele vastates mõtlen järgmisele minuga juhtunud tööalas(t)ele stressi tekitanudsündmus(t)ele (nimetage sündmus). Kui kaua on selle sündmuse toimumisest möödas (kuudes)?

1. Iga asi, mis juhtunut meenutas, tekitas minus tugevaid tundeid
2. Mul oli magamisega raskusi.

3. Igasugused asjad tuletasid mulle juhtunut meelde.
4. Ma olin kergesti ärrituv ja vihane.
5. Kui juhtunule mõtlesin või miski seda meenutas, siis surusin oma tunded alla ja ei lasknud neid enda üle võimust võtta.
6. Mu mõtted kaldusid tahtmatult sellele, mis juhtus.
7. Mulle tundus, nagu seda polekski tegelikult juhtunud või nagu see oleks ebareaalne.
8. Ma hoidusin eemale kõigest, mis seda mulle meelde võis tuletada.
9. Mulle tulid silme ette kujutuspildid sellest, mis juhtus.
10. Ma ehmatasin kergesti ja olin närvilisem.
11. Ma püüdsin sellele mitte mõelda.
12. Mul oli palju tundeid juhtunuga seoses, kuid ma ei väljendanud neid.
13. Ma olin kuidagi tundetu ja külm.
14. Ma leidsin end tegutsemas või tundmas nii nagu siis, kui see sündmus aset leidis.
15. Mul oli raskusi magama jäämisega.
16. Juhtunu meenutamine tõi kaasa tugevate tunnete laineid.
17. Ma üritasin juhtunut unustada.
18. Mul oli raskusi keskendumisega.
19. Asjad, mis seda meenutasid, tekitasid mul kehalisi reaktsioone, nagu näiteks higistamine, iiveldus, südame pekslemine, raskused hingamisel.
20. Ma nägin juhtunut unes.
21. Ma tundsin, et olen pidevalt valvel ja ärevil.
22. Ma püüdsin sellest mitte rääkida.

6. Milliseid stressi leevendavaid tegevusi Te kasutate, et pingetega toime tulla või neid ennetada (märkige sobivad vastusevariandid).

Tegelen teadlikult ja regulaarselt oma stressi ja emotsioonide juhtimisega.

Püüan vältida emotsionaalsete sidemete tekkimist patsientide ja nende peredega.

Teen regulaarselt trenni.

Püüan teadlikult olla kehaliselt aktiivne (jalutan, sõidan rattaga, viibin värskes õhus).

Külastan regulaarselt psühholoogi.

Vestlen regulaarselt hingehoidjaga.

Loen eneseabiõpikuid.

Osalen regulaarselt mõnes kunsti- või käsitööringis.

Püüan teadlikult regulaarselt lõõgastuda (saun, massaaž, ilusalong, mõni muu taoline tegevus).

Tegelen regulaarselt loomadega.

Püüan osaleda temaatilistel stressijuhtimist ja maandamist käsitlevatel kursustel.

Kui töö on emotsionaalselt kurnav päev olnud, siis aitab mind kõige paremini, kui:

Püüan end maandada füüsilise tegevusega (lähen trenni, teen füüsilist tööd, jalutan või sõidan rattaga) (jah/ei).

Püüan oma perega teadlikult koos aega veeta (jah/ei).

Vestlen tööl juhtunust (märkige ristiga sobiv vastuse variant): oma partneriga (abikaasa, elukaaslane), oma sõbraga, hea kolleegiga, kolleegidega puhketoas, hingehoidjaga, haiglas tegutseva psühholoogiga, väljaspool haiglat tegutseva psühholoogiga, superviisoriga.

Kas on veel viise, mis aitavad Teil toime tulla töö iseloomust lähtuva stressiga?

7. Abi otsimisega seotud hoiakute küsimustik (SSOSH; 2006).

Olge head, vastake palun alljärgnevatele väidetele kasutades 5-osalist vastusskaalat. Mõeldes oma erialasele tööle, hinnake, kuivõrd Te olete nende väidetega nõus: 1-üldse ei ole nõus, 2-pigem ei ole nõus, 3 - olen neutraalne, 4- pigem olen nõus, 5-olen täiesti nõus.

1. Ma tunneksin end küündimatuna, kui läheksin ise psühhoterapeudi juurde psühholoogilist abi saama.
2. Professionaalse psühholoogilise abi otsimine ei ohustaks minu enesekindlust.
3. Psühholoogilise abi otsimine paneks mind tundma end vähem intelligentsena.
4. Minu enesehinnang kasvaks, kui räägiksin psühhoterapeudiga.
5. Minu arvamus endast ei muutuks ainuüksi sellepärast, et otsustasin psühhoterapeudi juurde minna.
6. Psühhoterapeudilt abi küsimine paneks mind tundma end alaväärsena.
7. Ma tunneksin end hästi, kui otsustaksin otsida professionaalset psühholoogilist abi.
8. Kui läheksin psühhoterapeudi juurde, oleksin endaga vähem rahul.

9. Minu enesekindlus ei muutuks, kui otsiksin abi probleemile, mida ma ise pole suutnud lahendada.

10. Ma tunneksin end halvemini, kui ei suudaks ise oma probleeme lahendada.

11. Ma tunneksin end mittetäisväärtuslikuna, kui pöörduksin psühholoogilise abi saamiseks psühhoterapeudi poole.

Kas soovite veel midagi lisada?

Täname Teid uuringus osalemise eest!

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Kersti Kinks