

Tartu Ülikool  
sotsiaalteaduste valdkond  
psühholoogia instituut

Anne Tullus

**PALLIATIIVRAVI PATSIENTIDEGA TÖÖTAVATE SPETSIALISTIDE  
PROFESSIONAALNE ELUKVALITEET: SEOSSED ABI OTSIMISE VIISIDE JA  
STIGMAGA**

Uurimistöo

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs

Jooksev pealkiri: pallatiivravi töötajate elukvaliteet

Tartu 2020

**Pallatiivravi patsientidega töötavate spetsialistide professionaalne elukvaliteet: seosed abi otsimise viiside ja stigmaga**

**Kokkuvõte**

Käesoleva tööga uuriti palliatiivravi töötajate professionaalset elukvaliteeti kaastundeväsimuse ja kaastunderahulolu näol, abiotsimise viise stressi leevendamiseks ning mil määral mõjutab abi otsimist enesestigma. Andmed koguti küsitluse vormis. Kõrgema enesestigmaga palliatiivravi töötajad on vähem valmis otsima psühholoogilist abi, et tööstressiga toime tulla. Kõige populaarsemad viisid stressiga toimetulekuks olid suhtlemine sõpradega, perega, lähedaste kolleegidega ja tegelemine hobidega. Vähe kasutati rääkimist psühholoogi ja hingehoidjaga. Supervisiooni ei kasutatud. Olulist erinevust palliatiivravi töötajate ja teiste Eesti meditsiinitöötajatega professionaalse elukvaliteedi vahel ei esinenud.

Märksõnad: *palliatiivravi töötajad, kaastundeväsimus, kaastunderahulolu, enesestigma, tööstress, Professionaalse elukvaliteedi skaala (ProQOL), Abi otsimisega seotud hoiakute küsimustik (SSOSH)*

**Professional quality of life of professionals working with palliative care patients: links to ways of looking for help and stigma**

**Abstract**

The research examined the professional quality of life of palliative care workers in the form of compassion fatigue, compassion satisfaction, ways of seeking help to alleviate stress and to what extent the self-stigma affects seeking of help. The data was collected in the form of a survey. Employees with higher self-stigma are less prepared to seek psychological help to cope with work stress. The most popular ways for coping with stress were communicating with friends, family, close colleagues and participating in hobbies. Most seldom ways were talking to a psychologist or pastoral counsellor. Supervision method was not used. There was no significant difference between the professional quality of life of palliative care workers and other Estonian medical professionals.

*Keywords: palliative care professionals, compassion fatigue, compassion satisfaction, self-stigma, occupational stress, The Professional Quality of Life Scale (ProQOL), The Self-stigma of seeking help scale (SSOSH)*

## Sissejuhatus

Käesolev uurimistöö on osa uuringust “Meditsiinitöötajate professionaalne elukvaliteet: seosed varaste mittekohastumuslike skeemide ning abi otsimise viiside ja stigmaga.” ning keskendub Eesti palliativravi patsientidega töötavate spetsialistide (edaspidi lühemalt palliativravi töötajad) abi otsimise viiside ja sellega seotud stigmade uurimisele.

WHO definitsiooni järgi on palliativravi terviklik lähenemine, mis aitab patsiendil elukvaliteeti säilitada, tegeledes nii füüsiliste, psühholoogiliste, sotsiaalsete kui eksistentsiaalsete probleemide leevendamisega. Palliativravi jaguneb toetusraviks, sümptomaatiliseks raviks ja terminaalraviks. Ravi võib kesta aastaid – tervistumise või surmani (Suija, Suija, 2008). Lisaks patsiendile on fookuse all tema pere aitamine haigusega paremini toime tulemiseks. Enamasti seostub palliativravi surijatega, kuid palliativravi vajavad ka kroonilise haiguse, kaasasündinud puude või haigusega patsiendid (Raestik, 2018).

Eestis tegeleb palliativse ravi- ja hosiitsiteenuse valdkonna arendamisega MTÜ Pallium, mis on loodud aastal 2010. Organisatsioon hõlmab erinevates asutustes töötavaid palliativraviga tegelevaid töötajaid. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus leidub palliativravi ainult vähidiagnoosi juures. Hosiitsiteenus puudus loetelust kuni käesoleva aastani, mistõttu nt SA EELK Tallinna Diakooniahaigla kasutas seni palliativravi pakkumiseks statsionaarse õendusabi teenuse rahastust (Raiste, 2019) ja ka suuremates haiglates tegeletakse palliativraviga enamasti statsionaarse õendusabi osakondades. Arvestades elanikkonna vananemist on palliativravi näol tegemist olulise teenusega, mille järele vajadus kasvab, mistõttu on oluline, et sellega tegelevaid töötajaid jätkuks.

Palliativravi töötajate jaoks on väga olulisteks oskusteks avatud suhtlemine ja empaatia (Suija, Suija, 2008), mis teeb nad haavatavamaks kaastundeväsimusele. Figley (2002) järgi on kaastundeväsimus erinevalt läbipõlemisest ja vastuülekandest seotud abituse ja segadustundega, mis tuleb empaatiast patsientide vastu. Ta on toonud välja, et empaatiavõime on oluline teiste abistamises, kuid võib viia läbipõlemiseni. Kaastundeväsimust kogeva tervishoiutöötaja jaoks on keerukam patsientidega empaatiliselt suhelda, mis võib mõjutada töö tähenduslikkust ja viia töölt lahkumisotsuseni (Sorenson et al., 2017). On leitud, et pikema staažiga palliativravi töötajatel on kõrgem kaastunderahulolu tase ja madalam läbipõlemise tase (O’Mahony et al., 2018).

Palliativravi töötaja ameti valimisel või sellel jätkamisel võib mõjuda peletavalt Eesti ühiskonna hoiak, et suremine on tabu, ning teiste meditsiinitöötajate mittetoetav suhtumine palliativravisse kui nõ pehmesse teemasse (Raestik, 2018) ehk avalik stigma. Kui isik vajab läbipõlemise või

kaastundeväsimuse tõttu abi, siis Vogel et al. (2007) järgi avalik stigma läbi enesestigma võib mõjutada isiku hoiakut abi otsimise suhtes. Hoiak omakorda mõjutab abiotsimise kavatsust. Kui välist stigmat võib olla raske muuta, siis läbi enesestigma vähendamise on võimalik jõuda hoiakute muutuseni ning seeläbi abiotsimise kavatsuseni. Enesestigmaks abiotsimise suhtes loetakse isiku hirmu otsida psühholoogilist abi, sest ta kardab, et ta väärtus isikuna langeb ning teised hindavad teda vähem (Vogel et al., 2006). Kui isikul on kogemus abiotsimise kasust ning väline stigma ei pane teda muretsema, kogeb ta vähem enesestigmat, mistõttu võivad individuaalsed sekkumised enesestigma tasemel olla kasulikumad kui kogukondlikud avaliku stigma tasemel (Wade et al., 2011). On leitud, et meditsiinitöötajad on enesestigma tõttu vähem altid abi otsima ning neil esineb rohkem häbi ja hukkamõistu kartust (Clement et al., 2015).

Palliativravi pakkumine on oma iseloomu poolest ühelt poolt emotsionaalselt kurnav töö (Kamal et al., 2020), kus lisaks patsiendile tuleb tihti tegeleda tema perekonnaliikmete soovide ja tunnetega, unustamata enda tunnetega toimetulemist (Perez et al., 2015). Teiselt poolt on ta väga tähendusrikas ning rahuldustpakkuv töö ja see võib aidata läbipõlemise vastu (Kamal et al., 2020). On uuringuid, mis leiavad, et meditsiinitöötajate läbipõlemise risk kasvab vanuse/staažiga (nt Dyrbye et al., 2013), kuid on ka vastupidiste tulemustega uuringuid (nt Kamal et al., 2020). Stressoriga toimetulemise viisid võib jagada kolmeks: 1) füüsiline enesehooldus, 2) emotsionaalne ja füüsiline distantseerumine ning 3) sotsiaalne ja emotsionaalne toetus (Perez et al., 2015). Uuringute järgi kasutavad palliativravi töötajad füüsilisest enesehooldusest hobisid (Kamal et al., 2020, Perez et al., 2015, Swetz et al., 2009), tervislikke käitumisi (Perez et al., 2015) ja füüsilist heaolu (Swetz et al., 2009). Emotsionaalsest ja füüsilisest distantseerumisest leiavad kasutust puhkus (Kamal et al., 2020), tööst eemaldumine ja spirituaalsus/meelerahu tehnikad (Swetz et al., 2009). Sotsiaalse ja emotsionaalse toetuse saamiseks räägitakse lähedaste/sõpradega (Kamal et al., 2020, Perez et al., 2015, Swetz et al., 2009), kolleegidega (Perez et al., 2015, Swetz et al., 2009) ja teistega (sh psühhoteraapia) (Swetz et al., 2009). Kõige enam kasutatakse hobisid ning lähedaste/sõpradega rääkimist (Kamal et al., 2020, Perez et al., 2015, Swetz et al., 2009). Swetz et al. (2009) on lisaks toonud välja tööga seotud viisid nagu töö mitmekesistamine, isiklike piiride tõmbamine, kirg töö vastu, realistlikud ootused, huumori kasutamine ja patsientide mälestamine.

### **Töö eesmärk:**

Käesoleva töö eesmärgiks on uurida palliativravi töötajate professionaalset elukvaliteeti kaastundeväsimuse ja kaastunderahulolu näol. Samuti, milliseid abi otsimise viise Eesti

pallatiivravi töötajad kasutavad ning kas ja millisel määral mõjutab seda abi otsimisega kaasnev stigma.

### **Hüpoteesid:**

**H1:** Pallatiivravi töötajate valimis on suurem kaastundeväsimuse skoor.

**H2:** Pallatiivravi töötajate staaž on seotud kaastundeväsimuse ja kaastunderahuloluga.

**H3:** Kõrgema enesestigmaga pallatiivravi töötajad on vähem valmis otsima psühholoogilist abi, et tööstressiga toime tulla.

**K1:** Milliseid abi otsimise viise pallatiivravi töötajad kasutavad stressi leevendamiseks?

### **Meetod**

Uuringusse kaasati 64 TÜ Kliinikumi (TÜK), 11 SA EELK Tallinna Diakooniahaigla (TDH), 158 Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) ja 54 Ida-Tallinna Keskhaigla (ITK) töötajat. 5 vastanut märkis töökohaks „Muu asutuse”, 12 töötajat töötasid kahes asutuses ja 1 kolmes. Pallatiivravi töötajateks loeti vastajad, kes märkisid küsimusele “Töötan pallatiivravi patsientidega” vastuseks “jah”, ning neid oli asutustes vastavalt TÜK 41, TDH 11, PERH 30, ITK 26, Muu 5. Kahes asutuses töötas neist 6. Kokku vastas küsimustike pakatile 286 meditsiinitöötajat, kellest 107 pallatiivravi töötajat. Kuna kirjeldavates andmetes pallatiivravi töötajad koguvalemist oluliselt ei erinenud, siis edasised andmed kirjeldavad pallatiivravi töötajate valimit. Vastanutest 97 (94.2%) olid naised ja 6 (5.8%) mehed, 4 ei täpsustanud sugu. Vastanud jäid vanusevahemikku 20-82, keskmise vanusega 42.1 (SD = 14.4). Staaž pallatiivravis oli 55.1% kuni 5 aastat, 19.4% 6-10 aastat ja 25.5% üle 10 aasta. Keskmise staaži oli 8.63 aastat (SD = 9.12). Kõige pikema staažiga pallatiivravi töötaja on töötanud sel alal 45 aastat. Haridustasemelt olid 70 vastanut kõrgharidusega, 26 keskharidusega, 2 põhiharidusega ning 9 jättis sellele küsimusele vastamata.

Andmed koguti anonüümse veebi- (TÜ Psühholoogia instituudi veebipõhises uuringute läbiviimise keskkonnas Kaemus) ja paberküsitluse teel ajavahemikus 01.-29. veebruar 2020. Uurimistöole on andnud loa Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee (protokoll nr 299/M-1, 16.12.2019). Uurimistöö autor suhtles TÜ Kliinikumi Spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku statsionaarse õendusabi osakonna ja SA EELK Tallinna Diakooniahaiglaga küsimustiku täitmise teemal, samuti viis kohapeale paberkujul ankeedid ning tutvustas uuringut. Küsimustikupaketti kuulusid Professionaalse elukvaliteedi skaala (*Professional Quality of Life Scale version 5*; Stamm, 2010),

Youngi skeemiküsimustik (lühike, kolmas versioon) (*Young Schema Questionnaire-S3*; Young, 2014), Maslach'i läbipõlemise küsimustik (*Maslach Burnout Inventory*; Maslach, Jackson, Leiter, 1996), Sündmuse mõju skaala (*Impact of Event Scale, IES-R*; Weiss ja Marmar, 1997), Abi otsimisega seotud hoiakute küsimustik (*Self-stigma of seeking help scale*; Vogel, Wade ja Haake, 2006), küsimused abiotsimise kohta toime tulemiseks professionaalse stressiga ning küsimused demograafiliste näitjate kohta.

Antud uurimistöös kasutati mõõtevahenditena:

1. **Professionaalse elukvaliteedi skaala** (*Professional Quality of Life Scale version 5*; Stamm, 2010), mis sisaldab 30 originaalväite tõlget ja üht lisaväidet teisi abistava tööga seotud tundmuste kohta. Väidetele vastamisel märgitakse Likerti skaalal vastusevariante 1st “mitte kunagi” kuni 5ni “väga sageli”. Skaala struktuuri analüüsis Mairi Laane oma 2020. kevadel kaitstava magistr töö „Varaste mittekohastumuslike skeemide seosed professionaalse elukvaliteediga meditsiinitöötajate näitel” raames ja leidis, et Stammi poolt etteantud kolmefaktoriline mudel (kaastundeväsimus, läbipõlemine, kaastunderahulolu) antud andmetele ei sobitu. Küsimused laadusid kahele faktorile – kaastundeväsimus ja kaastunderahulolu. Kaastundeväsimuse skoori leidmiseks liideti kokku vastused küsimustele 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 19, 21, 23, 25, 28, kaastunderahulolu skoori jaoks vastused küsimustele 1, 3, 6, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 27, 29, 30. Analüüsist jäeti väikeste laadungite tõttu välja küsimused 2, 4 ja 26. Kuna läbipõlemine jäi mudelist välja, siis kasutati edaspidises analüüsis selle asemel kaastundeväsimuse skoori.

2. **Abi otsimisega seotud hoiakute küsimustik** (*Self-stigma of seeking help scale*; Vogel, Wade ja Haake, 2006). Küsimustik sisaldab 10 originaalväite tõlget ja ühte lisaväidet abi otsimist mõjutavate hoiakute kohta, millele palutakse vastata 5-sel Likert skaalal (üldse ei ole nõus – olen täiesti nõus).

Skaala struktuuri analüüsis antud uurimistöo autor ning leidis, et skaala sisereliaablus on hea (Cronbach alpha = 0.785). Ühegi väite ärajätmine seda ei parandaks. Faktoranalüüsi Maximum likelihood meetodiga ja kasutades oblimin pööramist jagunesid laadungid kahele faktorile vastavalt sellele, kas tegemist oli pööratud väitega või mitte. Faktorlaadungid on toodud tabelis 1. Mudel seletas ära 40.6%. Kui välja jätta paralleelväidetest 1. , siis seletaks mudel ära 41.5%, kui 11. küsimus, siis 39.5%. Kuna paranemine mudeli seletusvõimes oleks vähene ning sisereliaablus ei tõuseks, siis jäeti edasiseks analüüsiks sisse nii 1. kui 11. küsimuse vastused.

Tabel 1. Abi otsimisega seotud hoiakute küsimustiku faktorlaadungid

	Faktor	
	1	2
SSOSH6	0.788	
SSOSH11	0.701	
SSOSH3	0.658	
SSOSH1	0.599	
SSOSH10	0.566	
SSOSH8	0.564	
SSOSH7-reverse		0.815
SSOSH4-reverse		0.754
SSOSH2-reverse		0.510
SSOSH9-reverse		0.501
SSOSH5-reverse		0.392

*Märkus.* Kasutati 'Maximum likelihood' meetodit koos 'oblimin' pööramisega

3. **Küsimused abi otsimise kohta toime tulemiseks professionaalse stressiga.** Küsimustiku koostas Kersti Kinks 2020. kevadel kaitstava uurimistöö „Eesti meditsiinitöötajate professionaalse elukvaliteedi seosed abiotsimisega seotud enesestigma ja toimetulekuviisidega” raames.

4. **Küsimused demograafiliste näitajate (sugu, vanus) kohta,** töötamise kohta palliatiivravi patsientidega, tööstaaž ametikohal aastates.

Andmete töötlemine toimus andmetöötlusprogrammiga Jamovi versioon 1.2.16. Kuna andmed pigem ei olnud normaaljaotuslikud, siis kasutati analüüsis mitteparameetrilisi teste. Kasutati Mann-Whitney U testi, korrelatsiooni ja logistilist regressiooni.

## Tulemused

### **H1: Palliatiivravi töötajate valimis on suurem kaastundeväsimuse skoor.**

Kaastundeväsimuse skoori võrdlemiseks kasutati Mann-Whitney U testi, millega võrreldi palliatiivravi töötajaid nendega, kes ei vastanud „jah” küsimusele palliatiivravi patsientidega töötamise kohta. Statistilise tõenäosuse olulisuse nivooks määrati 0.05. Võimalik skoor varieerus vahemikus 13 - 65. Palliatiivravi töötajate (N = 97) skoorid varieerusid 16 kuni 56. Leiti, et kaastundeväsimuse skoor palliatiivravi töötajatel ei erine statistiliselt oluliselt võrdlusgrupist ( $p = 0.13$ ). Hüpotees kinnitust ei leidnud.

**H2: Palliativravi töötajate staaž on seotud kaastundeväsimuse ja kaastunderahuloluga.**

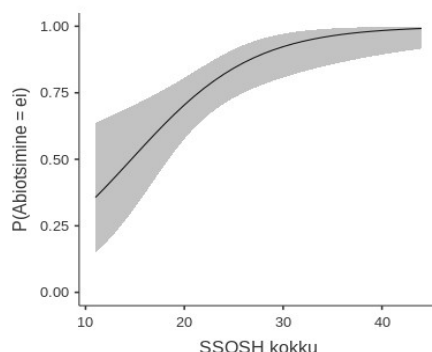
Palliativravi töötajate kaastunderahulolu skoor varieerus 25 kuni 70 (võimalik skoor 14 kuni 70), keskmine skoor oli 53.2 (SD = 7.79). Läbipõlemisena käsitleti kaastundeväsimuse skoori.

Palliativravi töötajate staaži seost kaastunderahulolu ja kaastundeväsimusega uuriti korrelatsiooni abil. Ebaühtlase jaotuse tõttu kasutati korrelatsioonikordajana Spearmani rood. Staaži ja kaastundeväsimuse vahel statistiliselt oluline seos puudus ( $r = -0.003$ ,  $p = 0.98$ ). Staaži ja kaastunderahulolu vahel statistiliselt oluline seos puudus ( $r = 0.17$ ,  $p = 0.10$ ). Kaastundeväsimuse ja kaastunderahulolu vahel statistiliselt oluline seos puudus ( $r = -0.16$ ,  $p = 0.12$ ). Kui analüüsisist jätta välja alla 2 aastase staažiga töötajad, siis seosed staaži ja kaastundeväsimuse/rahulolu vahel ei muutunud statistiliselt olulisteks. Küll aga muutus oluliseks seos kaastundeväsimuse ja kaastunderahulolu vahel ( $r = -0.23$ ,  $p < 0.05$ ).

**H3: Kõrgema enesestigmaga palliativravi töötajad on vähem valmis otsima psühholoogilist abi, et tööstressiga toime tulla.**

Seost enesestigma ja abiotsimise vahel uuriti logistilise regressiooni abil. Enesestigma skoor saadi abi otsimisega seotud hoiakute küsimustiku vastuste summeerimisel. Võimalik skoor varieerus vahemikus 11 - 55. Palliativravi töötajate ( $N = 88$ ) skoorid varieerusid 11 kuni 44. Psühholoogilise abi otsimiseks loeti „jah” vastust küsimuse „Kui tööl on emotsionaalselt kurnav päev olnud, siis aitab mind kõige paremini, kui vestlen tööl juhtunust:” variantidele „hingehoidjaga” ( $N = 16$ ), „haiglas tegutseva psühholoogiga” ( $N = 2$ ), „väljaspool haiglat tegutseva psühholoogiga” ( $N = 6$ ).

Mudel on statistiliselt oluline ( $p < 0,001$ ) ja mudeli kirjeldusvõimeks tuli 13,8 – 21,4%. Kui enesestigma skoor tõuseb ühe ühiku võrra, siis suureneb tõenäosus, et palliativravi töötaja ei otsi abi 1,18 korda (vt joonis 1).



Joonis 1. Seos palliativravi töötajate enesestigma skoori (SSOSH kokku) ja abiotsimise vältimise vahel.

**K1: Milliseid abi otsimise viise palliatiivravi töötajad kasutavad stressi leevendamiseks?**

Abiotsimise viiside leidmiseks summeeriti kokku „jah” vastused küsimusteplokile „Küsimused abi otsimise kohta toime tulemiseks professionaalse stressiga”. Lisaks loeti kokku vabavastustes kirjeldatud töö iseloomust lähtuva stressiga toimetulekuviisid. Tulemused on toodud tabelites 2, 3 ja 4.

Tabel 2. Palliatiivravi töötajate kasutatavad stressi leevendavad tegevused pingetega toimetulemiseks või ennetamiseks

<b>Stressi leevendavad tegevused:</b>	n	%
Püüan teadlikult olla kehaliselt aktiivne (jalutan, sõidan rattaga, viibin värskes õhus	77	71,96
Püüan vältida emotsionaalsete sidemete tekkimist patsientide ja nende peredega	72	67,29
Püüan teadlikult regulaarselt lõõgastuda (saun, massaaž vm)	70	65,42
Tegelen teadlikult ja regulaarselt oma stressi ja emotsioonide juhtimisega	54	50,47
Tegelen regulaarselt loomadega	53	49,53
Teen regulaarselt trenni	43	40,19
Püüan osaleda temaatilistel stressijuhtimist ja maandamist käsitlevatel kursustel	24	22,43
Loen eneseabiõpikuid	12	11,21
Vestlen regulaarselt hingehoidjaga	8	7,47
Külastan regulaarselt psühholoogi	7	6,54
Osalen regulaarselt mõnes kunsti- või käsitööringis	6	5,61

Küsimustiku lõpus kommentaaride lahtris läbipõlemisele vihjanud vastajad tõid stressiga toimetulemise viisidena välja magamise ja eemaldumise. Vajaduse korral abi otsima julgustasid 3 vastanut, nt: „Minu kõige suurem abimees on Jumal, kuid inimesed, kes ei ole usklikud, vajaksid õe

erialal töötades kindlasti psühholoogi tuge, mida käesoleval ajal pakuvad vähesed tervishoiuasutused”. Abiotsimise takistusena toodi välja: „ei pöördu, sest maksab liiga palju”, „olen osakonna juhtidelt palunud osakonnas psühholoogi ümarlaudu korraldada - nähes paari kolleegi seda väga vajavat ja ise osaleks ka. Aga kuhugi minna ei ole aega ega ka raha”, „olen käinud, aitas paariks aastaks, kuigi oli väga raske selgitada töös tekkivaid probleeme erialast kaugele inimesele, kes polnud varem kokku puutunud sellega (meditsiiniga)”.

Tabel 3. Palliatiivravi töötajate toimetulekuviisid emotsionaalselt kurnava päevaga.

<b>Kui tööl on emotsionaalselt kurnav päev olnud, siis aitab mind kõige paremini, kui:</b>	n	%
püüan oma perega teadlikult koos aega veeta	71	66,36
püüan end maandada füüsilise tegevusega (lähen trenni, teen füüsilist tööd, jalutan või sõidan rattaga)	66	61,68
<b>vestlen tööl juhtunust:</b>		
hea kolleegiga	71	66,36
oma partneriga (abikaasa, elukaaslane)	53	49,53
kolleegidega puhketoas	47	43,93
oma sõbraga	44	41,12
hingehoidjaga	16	14,95
väljaspool haiglat tegutseva psühholoogiga.	6	5,61
haiglas tegutseva psühholoogiga	2	1,87
superviisoriga.	0	0

Tabel 4. Palliatiivravi töötajate vabavastused vii side kohta, mis aitavad toime tulla töö iseloomust lähtuva stressiga

<b>Toimetulemisviisid</b>	<b>n</b>	<b>Toimetulekuviisid</b>	<b>n</b>
Lugemine	10	Kodu	2
Muusika kuulamine	7	Teater, kontserdid	2
Film, televiisor	6	Hobid	2
Aiandus	6	Trenn	2
Magamine	5	Jooga, hingamine	2
Massaaž	4	Palvetamine	2
Söömine	4	Omaette olemine	2
Lähedased	3	Seltskond	2
Loomadega tegelemine	3	Šoppamine	1
Välitegevused	3	Huumor	1
Naps	3	Arvuti/telefonimängud	1
		Mõtted, kui palju ma saan tänu oma tööle inimesi aidata	1

Kokkuvõtteks ei leidnud 1. ja 2. hüpotees kinnitust. 3. hüpotees leidis kinnituse. Abi otsimise viisidest kasutatakse psühholoogide ja hingehoidjate poole pöördumist vähe, supervisiooni ei kasutata.

### Arutelu ja järeldused

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli uurida palliatiivravi töötajate professionaalset elukvaliteeti – milline on erinevus kaastundeväsimuse tasemes võrrelduna teiste Eesti meditsiinitöötajatega, kuidas mõjutab kaastundeväsimust ja kaastunderahulolu palliatiivravis töötatud aeg, milliseid abiotsimise

viise palliatiivravi töötajad kasutavad ning kas enesestigma mõjutab professionaalse abi otsimist. Esitatud hüpoteesid leidsid osaliselt kinnitust.

Uurimistöös leiti, et kuigi palliatiivravi töötajatel oli kõrgem kaastundeväsimus kui võrdlusgrupil, olulist erinevust gruppide vahel ei esinenud ( $p = 0.13$ ), mistõttu hüpotees kinnitust ei leidnud. Märkimisväärne on kaastunderahulolu suurem skoor kaastundeväsimusest nii palliatiivravi töötajatel kui võrdlusgrupil, samuti oli mõlemas grupis neid, kes said kaastunderahulolus võimaliku maksimumskoori. Gruppidevahelise olulise erinevuse puudumine võib olla tingitud palliatiivravi töötaja määratlusest – käesolevas uuringus põhineti enesekohasel vastusel, kas vastaja töötas palliatiivravi patsientidega või mitte. Palliatiivravi mõiste on lai, mistõttu võisid sattuda palliatiivravi töötaja gruppi nii surijate ja vähihaigetega kui ka nt krooniliste haigetega tegelejad. Välja võisid jääda töötajad, kes sisuliselt küll palliatiivraviga tegelevad, kuid kellele see mõiste võõras on. Samuti ei kattanud vastused küsimustele „Töötan palliatiivravi patsientidega” ning „Puutun oma töös kokku surma ja väga raskete juhtumitega (nt traumad) - sageli ja väga sageli” – nt 20 erineva staažiga end palliatiivravi töötajana defineerinud vastajat arvas, et nad ei puutu sageli/väga sageli oma töös kokku surma ja väga raskete juhtumitega (nt traumad). Selline vastamine võis tulla nii eelpool kirjeldatud palliatiivravi määratluse keerulisusest kui sellest, mis on kellegi jaoks sage kokkupuude surma ja väga raskete juhtumitega.

Kuigi O'Mahony et al. (2018) tõid oma uuringus välja seose palliatiivravi töötaja staaži ja kaastundeväsimuse ning kaastunderahulolu vahel, siis käesolevas uurimistöös nende vahel statistiliselt olulist seost ei leitud. Kui vaadata vastanute jaotust staaži lõikes, siis jääb silma, et üle poolte ehk 55.1% palliatiivravi töötaja staaž on kuni 5 aastat. Võimalik, et lühikese tööstaaži taga on toimetulematus tööga seotud pingetega, töö tähenduse mitteleidmine ning seetõttu töölt lahkumine. Ehk teisiti öeldes võivad kõrge kaastundeväsimusega töötajad olla juba ametist lahkunud enne kui neil jõudis tekkida seda leevendav kaastunderahulolu töö tähenduslikkusest. See aga ei seleta ära pikema staažiga palliatiivravi töötajate mitteeristumist ei kaastundeväsimuse ega kaastunderahulolu lõikes. Uurimistöo tulemusele võisid mõju avaldada erinevad tegurid, mh konkreetse asutuse sisekliima aga ka küsitluse läbiviimise aeg, mis sattus pingelisele ajale vahetult enne COVID-19 pandeemia eriolukorra kehtestamist.

Palliatiivravi töötajate stressi leevendavad viisid kattusid suures osas kirjanduses leiduvaga (Kamal et al., 2020, Perez et al., 2015, Swetz et al., 2009) – olulised on lähedased ja hobid. Hea kolleegiga tööl juhtunust rääkimine on samuti väga levinud. Vähesel psühholoogide ja hingehoidjate abi

kasutamisel võib olla mitmeid põhjuseid. Nagu mõned vastajad välja tõid, võib takistuseks olla raha. Samuti võib olla keeruline leida sobivat aega ning psühholoogid, hingehoidjad võivad olla ülekoormatud. Kui võrrelda vestlemist haiglas tegutseva või väljaspool haiglat tegutseva psühholoogiga, siis jääb silma, et haigla psühholoogiga vesteldakse vähem. Kas põhjus on väheses haiglas tegutsevate psühholoogide arvus, väheses usalduses nende vastu või milleski muus, võiks välja selgitada edaspidises uurimuses. Samuti tasub edasi uurida, miks hingehoidjatega rohkem vesteldakse kui psühholoogidega ja mistõttu supervisiooni ei kasutata.

Uurimistöös leiti statistiliselt oluline seos enesestigma ja psühholoogilise abi otsimise vahel, mis näitab, et enesestigmat vähendades on suurem tõenäosus, et palliatiivravi töötaja otsib vajadusel psühholoogilist abi. Leitud seos kattub Clement et al. (2015) uuringu tulemusega. Ka juba mõnede abivajajate ravile saamisest oleks kasu ning mitte ainult otseselt sellele inimesele ja ta lähedastele, vaid läbi majandus- ja sotsiaalsüsteemi ühiskonnale laiemalt (Vogel et al. 2006). Professionaalse abi pakkujatel on oluline roll jagamaks potentsiaalsetele abivajajatele infot, et nende probleem pole nende süü, on muudetav ja allub ravile, mis läbi väheneb abivajajate süü- ja häbitunne (Vogel et al., 2007).

Enesestigmaga toime tulemiseks on pakutud mitmeid võimalusi nt kognitiivseid strateegiaid mõtete muutmiseks (Lannin et al., 2016, Perez et al., 2015), keha-meele tehnikaid (Kamal et al., 2020, Lannin et al., 2016, Perez et al., 2015) ja stressijuhtimisalaseid teadmisi (Clement et al., 2015, Perez et al., 2015). Muuhulgas võib aidata grupinõustamine. Wade et al. (2011) uuring näitas, et juba ühekordne grupinõustamine alandas enesestigmat 0,5 standardhälbe võrra. Nende uuringus mõjutasid enesestigma alanemist enim hea teraapiasuhe ning seansi sügavus ning need vähendasid hirmu teraapia ees, mis läbi kasvas kavatsus edaspidi nõustamises osaleda. Eelpooltoodust lähtudes võiks Eesti palliatiivravi töötajate professionaalse elukvaliteedi tõstmiseks luua töökohtadesse kovisioonigrupid, mida aitaksid läbi viia psühholoog või hingehoidja. Ideed toetab ka käesoleva uurimistöö tulemus, mille järgi enim räägitakse tööl juhtunust kolleegidega. Kolleegidega jagamise võimalus võiks tekitada turvatunde, psühholoogi/hingehoidja kohalolu vähendada stigmat professionaalse abiotsimise suhtes. Grupp võiks käia koos regulaarselt (nt kord kuus 2 tundi korraga). Kovisioonigrupp ei pruugi tööle hakata ega soovitud mõju avaldada, kui meeskonnas esinevad suured omavahelised pinged. Samuti võib alguses olla keeruline psühholoogil/hingehoidjal usaldust võita. Keeruliseks osutub tõenäoliselt ka rahastuse ning osalejatele ja läbiviijale sobiva aja leidmine. Hoolika planeerimisega võiksid eelnevad riskid olla ületatavad, kuid kindlasti on oluline tegeleda antud asutuses nii juhtide kui potentsiaalsete osalejate motivatsiooniga.

Nagu eelpool mainitud on käesoleva uurimistöö üheks nõrkuseks sihtgrupi määratluse laialivalgusus. Edaspidi võiks kitsamalt uurida nt terminaalaraviga tegelevate töötajate professionaalset elukvaliteeti konkreetsetes asutustes/osakondades ning kasutada pigem kvalitatiivseid meetodeid, et selgitada välja, mis on vähese professionaalse abi kasutamise taga.

Käesolev uurimistöö keskendus palliatiivravi töötajate professionaalse elukvaliteedi uurimisele erinevuste leidmise võtmes. Selgus, et olulist erinevust teiste Eesti meditsiinitöötajatega kaastundeväsimuse osas ei esinenud, mistõttu võiks otsida ühiseid lahendusi professionaalse elukvaliteedi tõstmiseks, samas arvestades alameerila omapärasid. Palliatiivravi on üks oluline osa Eesti meditsiinisüsteemist ja see vajab teadvustamist nii meditsiinisüsteemis endas kui ka Eesti ühiskonnas laiemalt.

**Kirjanduse loetelu**

- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Dyrbye, L. N., Varkey, P., Boone, S. L., Satele, D. V., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2013). Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1358–1367. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.07.016>
- Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu <https://www.riigiteataja.ee/akt/124032020014> Viimati külastatud 09.05.2020
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Kamal, A. H., Bull, J. H., Wolf, S. P., Swetz, K. M., Shanafelt, T. D., Ast, K., Kavalieratos, D., & Sinclair, C. T. (2020). Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(5), e6–e13. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.017>
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., Abraham, W. T., & Heath, P. J. (2016). Does self-stigma reduce the probability of seeking mental health information? *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 351–358. <https://doi.org/10.1037/cou0000108>
- MTÜ Pallium <https://www.pallium.ee/palliumist> Viimati külastatud 09.05.2020
- O'Mahony, S., Ziadni, M., Hoerger, M., Levine, S., Baron, A., & Gerhart, J. (2018). Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians: Findings on Personality Factors and Years of Service. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(2), 343–347. <https://doi.org/10.1177/1049909117701695>

- Perez, G. K., Haime, V., Jackson, V., Chittenden, E., Mehta, D. H., & Park, E. R. (2015). Promoting resiliency among palliative care clinicians: Stressors, coping strategies, and training needs. *Journal of Palliative Medicine, 18*(4), 332–337.  
<https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0221>
- Raestik, T. (2018). Pille Sillaste: valu- ja palliatiivravi valdkonda on vaja arendada, *Lege Artis* 2018; 5(2); 4-7 [https://www.med24.ee/sites/default/files/legeartis\\_pdf/04\\_07.pdf](https://www.med24.ee/sites/default/files/legeartis_pdf/04_07.pdf) Viimati külastatud 09.05.2020
- Raiste, A. (2019). Diakooniahaigla hospiits jätkab vähemalt aasta lõpuni, <https://www.err.ee/973576/diakooniahaigla-hospiits-jatkab-vahemalt-aasta-lopuni> Viimati külastatud 09.05.2020
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2017). An Evolutionary Concept Analysis of Compassion Fatigue. *Journal of Nursing Scholarship, 49*(5), 557–563.  
<https://doi.org/10.1111/jnu.12312>
- Suija, Kaiu, Suija, Kadri (2008). Palliatiivne ravi: printsiibid ja eesmärgid, *Eesti Arst* 2008; 87(3):205–209
- Swetz, K. M., Harrington, S. E., Matsuyama, R. K., Shanafelt, T. D., & Lyckholm, L. J. (2009). Strategies for Avoiding Burnout in Hospice and Palliative Medicine: Peer Advice for Physicians on Achieving Longevity and Fulfillment. *Journal of Palliative Medicine, 12*(9), 773–777. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0050>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 325–337.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Roles of Self-Stigma and Attitudes Toward Counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>

Wade, N. G., Post, B. C., Cornish, M. A., Vogel, D. L., & Tuckera, J. R. (2011). Predictors of the Change in Self-Stigma Following a Single Session of Group Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 170–182. <https://doi.org/10.1037/a0022630>

WHO Definition of Palliative Care

<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Viimati külastatud 14.05.2020

*Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt 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.*

*Anne Tullus*