

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Christi Ojaste

**TERVISHOIOUS JA SOTSIAALHOOLEKANDES TÖÖTAVATE FÜSIOTERAPEUTIDE
LÄBIPÕLEMINE – ENESEHINDAMISEL PÕHINEV KÜSITLUSUURING**

Magistritöö

Tartu 2022

Juhendaja: Gerli Usberg, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Jelena Sokk, PhD (liikumis- ja sporditeadused)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendaja otsusega 02.05.2022

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS LÕPUTÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Christi Ojaste (sünnikuupäev: 27.12.1991),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavate füsioterapeutide läbipõlemine – enesehindamisel põhinev küsitlusuuring”, mille juhendaja on Gerli Usberg, reprodutseerimise eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonnas, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates **01.06.2024** kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Christi Ojaste

02.05.2022

KOKKUVÕTE

Tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavate füsioterapeutide läbipõlemine – enesehindamisel põhinev küsitlusuuring

Läbipõlemine on multidimensionaalne nähtus, millel on otsene negatiivne mõju füsioterapeutidele, patsientidele ja teenuse kvaliteedile. Läbipõlemine kujuneb pikaajalise liigse tööstressi puuduliku maandamise ning töö ja puhkuse tasakaalu puudumise korral ning avaldub erinevates eluvaldkondades. Läbipõlemise tagajärjel väheneb pühendumine tööle ja on häiritud sotsiaalsed suhted nii töö- kui eraelus. Vananevas ühiskonnas suureneb vajadus füsioterapeutide järele komplekssete ja krooniliste terviseprobleemidega patsientide rohkuse tõttu tervishoius ja sotsiaalhoolekandes. Läbipõlemist füsioterapeutide hulgas ei ole Eestis varem uuritud ning ei ole teada, milliseks hindavad füsioterapid oma läbipõlemist töö- ja eraeluga seotud dimensioonides ning millised tegurid on sellega seotud. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada, kuidas hindavad Eesti tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavad füsioterapid enda läbipõlemise erinevaid dimensioone ning analüüsida seoseid taustaandmetega ja dimensioonide vahel.

Andmed koguti 2021. a veebipõhise küsimustikuga *LimeSurvey* keskkonnas. Uuritavateks ($n = 99$, vastamismäär $\sim 18\%$) olid Eesti tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavad füsioterapid, kes vastasid kaasamiskriteeriumitele ning täitsid küsimustiku täielikult. Andmete analüüsiks kasutati kirjeldavat statistikat, dispersioonanalüüsi, t-testi ja Pearsoni korrelatsioonanalüüsi.

Uurimistöö tulemustest selgus, et füsioterapid hindasid enda läbipõlemist isikliku elu ja tööga seotud dimensioonis mõõdukaks, patsientidega seotud dimensioonis madalaks. Füsioterapid tundsid, et nende töö on emotsionaalselt kurnav ja füüsiliselt väsitav, kuid sellest hoolimata hindasid enda tervist heaks. Kõrgemaks hindasid enda läbipõlemist naised ja rakendusliku kõrgharidusega füsioterapid, madalamaks aga osakoormusega töötavad füsioterapid. Tulemustest lähtuvalt on oluline pöörata tähelepanu füsioterapeutide töökoormuse arvestamisele, võimaldada paindlikku tööaega ning soodustada töö- ja pereelu ühitamist.

Märksõnad: läbipõlemine, füsioterapid, Copenhagen Burnout Inventory, tervishoid, sotsiaalvaldkond

SUMMARY

The burnout of physiotherapists in healthcare and social welfare – a survey based on self-assessment

Burnout is a multidimensional phenomenon with a direct negative impact on physiotherapists, patients and service quality. Burnout is the result of long-term inadequate work stress relief and an imbalance between work and rest, which manifests in various areas of life. Burnout decreases professional dedication and affects social relationships at work and in private life. In our ageing population, the large number of patients with complex and chronic health issues calls for more physiotherapists in healthcare and social welfare. Burnout among physiotherapists has not been studied in Estonia before and it is unknown how physiotherapists assess their burnout in the professional or private sphere or which factors are associated with it. The aim of this study is to describe how Estonian physiotherapists in healthcare and social welfare view the various dimensions of burnout, and to analyse associations with background information and between dimensions.

The data were collected in 2021 via a *LimeSurvey* web questionnaire. The target group (n = 99, response rate ~18%) were Estonian physiotherapists employed in healthcare and social welfare who corresponded to the inclusion criteria and completed the questionnaire. The data were analysed through descriptive statistics, dispersion analysis, t-test and Pearson correlation analysis.

The survey revealed that physiotherapists considered their burnout in the dimension of personal and professional life moderate, while in the patient-related dimension it was low. Physiotherapists felt that their job is emotionally exhausting and physically demanding, but nevertheless considered their health good. The burnout was higher among women and physiotherapists with a professional higher education; the burnout was lower among physiotherapists with part-time workload. Based on these results, it is essential to pay attention to the workload of physiotherapists, allow flexible work hours and promote balance between professional and family life.

Keywords: burnout, physiotherapists, Copenhagen Burnout Inventory, healthcare, social affairs

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	4
2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST	6
2.1. Läbipõlemise olemus ja iseloomulike tunnuste avaldumine	6
2.2. Läbipõlemist soodustavad riskitegurid tulenevalt füsioterapeutide töö eripärast ning taustateguritest	7
2.3. Läbipõlemise tagajärjed	10
3. METOODIKA	12
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	12
3.2. Uuritavad ja nende värbamine	12
3.3. Andmete kogumine	14
3.4. Andmete analüüs	15
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus	16
4. TULEMUSED	18
4.1. Uuritavate taustaandmed	18
4.2. Hinnangud läbipõlemisele isikliku elu dimensioonis	18
4.3. Hinnangud läbipõlemisele tööga seotud dimensioonis	19
4.4. Hinnangud läbipõlemisele patsientidega seotud dimensioonis	20
4.5. Seosed läbipõlemise dimensioonide ja uuritavate taustaandmete ning läbipõlemise erinevate dimensioonide vahel	20
5. ARUTELU	22
5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega	22
5.2. Eetilised aspektid	26
5.3. Uurimistöö võimalikud kitsaskohad	27
5.4. Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid	28
6. JÄRELDUSED	30
KASUTATUD KIRJANDUS	31

LISAD

Lisa 1. Kutse uurimistöös osalemiseks	39
Lisa 2. Eestikeelne CBI küsimustik	40
Lisa 3. Taustaandmete küsimused	43
Lisa 4. Eestikeelse CBI küsimustiku autori nõusolek küsimustiku kasutamiseks	44
Lisa 5. Küsimustiku originaalautori Tage Søndergård Kristenseni kinnitus küsimustiku avaliku ja tasuta kasutamise kohta	45
Lisa 6. Küsimustiku originaalautori Tage Søndergård Kristenseni täpsustav informatsioon küsimustiku kasutamise kohta	46
Lisa 7. Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee kooskõlastus	49

1. SISSEJUHATUS

Läbipõlemine on pikaajalise üleliigse tööstressi ja -koormuse tõttu tekkinud ning laialt levinud nähtus (Burn-out an „occupational ... 2019, Engebretsen ja Bjorbækmo 2020), mis on ajas muutuv ning tunnuste poolest väga kompleksne (Kristensen jt 2005, Kaschka jt 2011). Läbipõlemisel puudub ühtne definitsioon ja diagnostilised alused (Maslach ja Leiter 2016, Jonsdottir ja Dahlman 2019), mistõttu see ei kvalifitseeru meditsiinilise seisundina (Kaschka jt 2011, Bianchi jt 2015). Küll on võimalik hinnata läbipõlemist subjektiivse hinnangu alusel isikute endi poolt (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000, Kristensen jt 2005). Nähtus ei avaldu ainult tööga seoses, vaid mõjutab mitmeid eluvaldkondi (Mäkikangas jt 2012). Põhilisteks iseloomulikeks tunnusteks on füüsiline, vaimne ja emotsionaalne väsimus või kurnatus ning muutused käitumises, suhtlemisel ja suhtumises teiste inimeste suhtes (Burn-out an „occupational ... 2019). Läbipõlenud töötajal on vähenenud kognitiivne võimekus, motivatsioon ja otsustusvõime (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000, Kaschka jt 2011), ta ärritub kergesti ja suhtub teistesse küüniliselt, mis omakorda tekitab keerulisi olukordi eraelus lähedastega ning töökeskkonnas kolleegide ja patsientidega suhtlemisel (Montero-Marin jt 2009, El-Menyar jt 2020). Läbipõlemisest võib kujuneda tõsine terviseprobleem või suurendada töölt lahkumise kavatsust (Kaschka jt 2011, Schonfeld ja Bianchi 2016).

Füsioterapeut (*physiotherapist, physical therapist*) on erialase kõrgharidusega iseseisev spetsialist, kes taastab, säilitab ja arendab patsiendi liikumis- ja tegevusvõimet ning tema osalust igapäevaelus ning tegeleb ennetustööga (Kutsestandardid: Füsioterapeut, tase 7). Vananevas ühiskonnas suureneb komplekssete ja krooniliste haigustega patsientide osakaal, mis suurendab vajadust füsioterapeutide järele (Eesti tööturg täna ... 2020), et ennetada ja taastada võimalikke kroonilisi terviseprobleeme. Piisava arvu füsioterapeutide tagamine tervishoius ja sotsiaalhoolekandes eeldab spetsialistide väärtustamist ning tervist edendava töökeskkonna loomist. Läbipõlenud tervishoiutöötaja on vähem pühendunud tööle, mistõttu on läbipõlemisel ulatuslik mõju füsioterapeutidele, patsientide rahulolule ja teenuse kvaliteedile (Wilski jt 2015, Bejer jt 2019, Tawfik jt 2019). Füsioterapeutide hulgas on varasemalt läbipõlemist uuritud peamiselt tervishoius ja sotsiaalhoolekandes ning ohustatud sihtrühmaks on inimestega töötavate erialade esindajad nagu tervishoiu ja sotsiaalhoolekandes, kes teisi abistades jätavad enda vajadused tagaplaanile (Maslach ja Leiter 2016, Engebretsen ja Bjorbækmo 2020). Füsioterapeutide läbipõlemist on valdavalt hinnatud mõõdukaks (Pavlakakis jt 2010, Pustulka-Piwnik jt 2014, Sliwinski jt 2014a, 2014b), kuid emotsionaalset kurnatust mõõdukaks või

kõrgeks (Pustulka-Piwnik jt 2014, Bruschini jt 2018, Carmona-Barrientos jt 2020, Pniak jt 2021). Siiski on prognoositud, et järgnevatel aastatel kujuneb füsioterapeutide tööga seoses probleemkohaks just läbipõlemine (Walton 2020), mida mõjutab ka COVID-19 pandeemia (Jàcome jt 2021, Pniak jt 2021).

Eestis on uurijale teadaolevalt uurimistöid läbipõlemise teemal tervishoius läbi viidud vaid arstide hulgas (Sinisalu 2017, Mägi 2018) ning uuritud õdede tööga seotud psühhosotsiaalseid tegureid (Freimann ja Merisalu 2015) ja terviseriske (Suur 2012). Eesti füsioterapeutide tööga seotud läbipõlemise kohta uurijale teadaolevalt andmed puuduvad. Eesti on tööstressi tajumiselt Euroopas esirinnas (Seppo jt 2010) ning on rõhutatud, et tööandjad peaks tuvastama, sekkuma ja ennetama vaimse tervise probleemide esinemist töökeskkonnas (Töökeskkonna vaimse tervise ... 2019). Rahvastiku Tervise Arengukavas 2020-2030 (2021) on püstitatud eesmärk pöörata tervishoiutöötajate ning tugispetsialistide töötingimustele ja läbipõlemise ennetamisele tähelepanu.

Kuigi Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2001) kontekstis ei ole Eesti füsioterapeutid tervishoiutöötajad, on tegemist olulise tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamisel osaleva tugispetsialistiga, keda paljudes Euroopa riikides, sh Lätis (Registration of treatment ... 2020), Leedus (Leedu tervishoiutöötajate register 2022) ja Soomes (Healthcare: Professional practice ... 2020) käsitletakse tervishoiutöötajatenä. Teadmised füsioterapeutide hinnangutest enda läbipõlemisele aitaks heita valgust sellele komplekssele ja olulise mõjuga nähtusele patsientidega tegelevate töötajate hulgas, mis seni on pälvinud vähe tähelepanu. Lisaks aitaks kavandada tegevusi töökeskkonna parendamiseks ning füsioterapeutide vaimse tervise edendamiseks, mis omakorda arendaks ja väärtustaks füsioteraapiat erialana, parandaks teenuse kvaliteeti ning toetaks jätkusuutlikkust.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada Eesti tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavate füsioterapeutide hinnanguid läbipõlemisele ja selle dimensioonidele ning analüüsida läbipõlemise seoseid taustaandmetega. Uurimistöö eesmärgist tulenevalt on püstitatud kaks uurimisülesannet:

1. kirjeldada, kuidas hindavad tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavad füsioterapeutid enda läbipõlemist isikliku elu, tööga seotud ja patsientidega seotud dimensioonis;
2. analüüsida seoseid läbipõlemise dimensioonide ja uuritavate taustaandmete vahel ning dimensioonide omavahelisi seoseid.

2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST

2.1. Läbipõlemise olemus ja iseloomulike tunnuste avaldumine

Herbert Freudenberger (1989) on esimesena võtnud kasutusele mõiste **läbipõlemine** (*burnout, burn-out*) juba aastal 1974, kuid rahvusvaheliselt ühtselt aktsepteeritud definitsioon puudub tänaseni (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000, Kaschka jt 2011, Maslach ja Leiter 2016, Jonsdottir ja Dahlman 2019). Läbipõlemine kujuneb pikaajalise tööga seotud stressi tõttu, millega pole suudetud toime tulla (Sinisalu 2017, Burn-out an „occupational ... 2019, Carmona-Barrientos jt 2020, Engebretsen ja Bjorbækmo 2020). Siiski ei ole läbipõlemine seotud ainult tööga, vaid on kogemus, mis ilmneb küll ühes eluvaldkonnas, kuid mõjutab ka teisi valdkondi, mistõttu on oluline uurida nähtuse erinevaid dimensioone (Winwood ja Winefield 2004, Mäkikangas jt 2012).

Termin *läbipõlemine* viitab ühesuunalisele protsessile, kuid tegemist ei ole staatilise nähtusega, vaid ajas muutuva nähtusega, mis ei põhine vaid väsimusel või kurnatusel (Kristensen jt 2005, Kaschka jt 2011). Läbipõlemise kujunemist kui dünaamilist protsessi saab kirjeldada faasidena, mis võivad kesta pika perioodi jooksul üsna stabiilsena ja varjatuna, sest kogetakse kannatust subjektiivselt ja teistele märkamatuks (Mäkikangas jt 2012, Engebretsen ja Bjorbækmo 2020). Kujunemisprotsess algab hüperaktiivsusega ning võib lõpuks kujuneda meeleheitel (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000, Kaschka jt 2011). Iseloomulikud tunnused ei ole nii spetsiifilised ning väljenduvad erinevates dimensioonides, mistõttu on nähtus kompleksne (Kaschka jt 2011), kuid enamasti iseloomustatakse seda emotsionaalse kurnatuse, depersonalisatsiooni (vaimne distantseerumine ametikohalt või negatiivsuse ja küünilisuse esinemine ametikoha ja teiste inimeste suhtes) ja vähenenud eneseteostuse kaudu, mille tagajärjel ei suuda inimene töös ega eraelus erinevate olukordadega hakkama saada (Sinisalu 2017, Burn-out an „occupational ... 2019, Engebretsen ja Bjorbækmo 2020).

Läbipõlemise esmaseks tunnuseks on kurnatus, mis on tingitud varasemast hüperaktiivsusest anda endast maksimum. Ilmneb krooniline väsimus ja energiapuudus, mis suunab eemalduma teistest inimestest ja sotsiaalsest suhtlusest. Tihti esinevad emotsionaalsed reaktsioonid nagu agressioon, negatiivsus ja küünilisus. Läbipõlenud inimene tunneb sisemist tühjuse tunnet, ärevust ning väheneb kontakt iseenda ja oma vajadustega. Väheneb kognitiivne võimekus, motivatsioon, loovus ja otsustusvõime. (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000, Kaschka jt 2011.) Kuna läbipõlemine on oluliselt

mõjutatud just töö ja puhkuse tasakaalust, siis tasakaalu nihkudes hakatakse sotsiaalset elu asendama tööga (Maiste 2005, Lee jt 2021). Ei osata delegeerida enda kohustusi nii igapäevaelus kui ka tööülesannetes ning tuntakse end asendamatuna, mis tekitab omakorda vaimset pinget. Lisaks hakkavad ilmnema psühhosomaatilised reaktsioonid: vaimsed tegurid põhjustavad kehalisi tunnuseid. Need võivad väljenduda une-, südame-vereringkonna- või seedimishäiretena, suurenenud vastuvõtlikkusena nakkustele. Võib suureneda alkoholi või narkootikumide tarbimine. Viimaks kujuneb välja meeleheide, mis võib väljenduda psühhosomaatiliste häirete või enese vigastamisena. (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000, Kaschka jt 2011.)

2.2. Läbipõlemist soodustavad riskitegurid tulenevalt füsioterapeutide töö eripärast ning taustateguritest

Läbipõlemine kujuneb passiivselt või aktiivselt, ehk tingituna välistest või sisemistest teguritest. Välsed tegurid tulenevad töö eripäradest ja psühhosotsiaalsest töökeskkonnast. (Borritz jt 2006a, Kaschka jt 2011.) Läbipõlemise kujunemist soodustavad kõrged nõudmised töötajatele, seejuures arvestamata töötajate tervislikku seisundit, tööressursside ebaefektiivne rakendamine, personali vähesus (Kaschka jt 2011, Schonfeld ja Bianchi 2016), rollikonfliktid ning emotsionaalselt nõudlik töö (Borritz jt 2006a, Rogan jt 2019). Sisemised tegurid tulenevad sotsiaalsest suhtlusest, elustiilist, isiksusest ja individuaalsetest eripäradest: enim on ohustatud isikud, kellel on kalduvus perfektsionismile (Kaschka jt 2011, Rogan jt 2019) või puuduvad adekvaatsed toimetulekuviisid liigse tööstressi ohjamiseks (Nowakowska-Domagala jt 2015, Wilski jt 2015).

Füsioterapeutide hulgas on leitud mitmeid taustategureid, mis võivad mõjutada läbipõlemise kujunemist. Nimelt on stabiilses kooselus või abielus olevatel füsioterapeutidel olnud läbipõlemine madalam kui vallalistel või lahutatutel (Sliwinski jt 2014a, González-Sánchez jt 2017), kuigi Pustulka-Piwnik jt (2014) seda ei tuvastanud. Kui füsioterapeutil on endal mõni terviseprobleem (Jàcome jt 2021), kehv unekvaliteet, vähene vaba aeg (Lee jt 2021) ja rahulolematuse enda finantsolukorraga (Pavlakakis jt 2010, Bejer jt 2019, Lee jt 2021), siis suureneb risk läbipõlemise kujunemiseks. Hariduse aspektist on enim ohustatud kõrgema haridustasemega füsioterapidid. Tervishoiu või sotsiaalhoolekandes töötades ei sõltu tööülesanded haridustasemest, mistõttu võib see kõrgema haridusega spetsialistide jaoks tunduda, et neid ei väärtustata. (Pustulka-Piwnik jt 2014, Bejer jt 2019.)

Valdavalt ei ole füsioterapeutide hulgas seostatud läbipõlemist soo ega vanusega (Pustulka-Piwnik jt 2014, Sliwinski jt 2014b, Nowakowska-Domagala jt 2015, González-Sánchez jt 2017, Bejer jt 2019), kuid naised tajuvad rohkem läbipõlemise tunnuseid (Pieniazek jt 2017). Mitmed autorid on tuvastanud, et läbipõlemise dimensioonides on kõrgemad tulemused naiste hulgas (Pavlakis jt 2010, Jàcome jt 2021, Lee jt 2021), kuid Pniak jt (2021) on hoopis vastupidisel seisukohal. Naiste kõrgemat emotsionaalset kurnatust ja vähenenud isiklikku saavutusvõimet on põhjendatud perekohustustega. Lisaks on naised kõrgema tundlikkusega ja kalduvusega süveneda teiste probleemidesse. (Pavlakis jt 2010, Pustulka-Piwnik jt 2014.) Sliwinski jt (2014b) on oma töös leidnud, et kui naistel oli piisavalt vaba aega ning võimalusi suhelda lähedaste inimestega, siis oli nende läbipõlemine madalam. Varasemates tervishoius või sotsiaalhoolekandes töötavate füsioterapeutide hulgas läbi viidud uurimistöödes on valdav enamus valimist (kuni 86%) olnud naised (Pavlakis jt 2010, Fischer jt 2013, Pustulka-Piwnik jt 2014, Sliwinski jt 2014a, 2014b, Nowakowska-Domagala jt 2015, Wilski jt 2015, Bejer jt 2019, Carmona-Barrientos jt 2020, Jàcome jt 2021, Pniak jt 2021). Tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavate meeste hulgas on täheldatud vähenenud isiklikku saavutusvõimet, mistõttu ei ole nendes valdkondades töötamine nende jaoks esmavalik. Lisaks on sotsiaalsed ootused meestele ja naistele erinevad. (Pustulka-Piwnik jt 2014, Bejer jt 2019.) Füsioterapeutid on hinnatud spetsialistid, kuid karjäärivõimalused on piiratud (French ja Galvin 2017, Walton 2020).

Füsioterapeutide tööalast stressitaset on hinnatud mõõdukaks või kõrgeks (Carmona-Barrientos jt 2020). Pieniazek jt (2017) uurimistöös tunnistas 75% füsioterapeutidest, et nende töö on stressirohke. Tööstressi tajumisel on füsioterapeutide hulgas seisukohad erinevad: ei ole täheldatud seost sooga (Pieniazek jt 2017) või tööstressi kogevad rohkem mehed (Lee jt 2021). Põhilisteks stressiallikeks on suurenev töökoormus, haigete kolleegide asendamine, personali puudus ning patsientide keerukus (probleemide kompleksus) (Ahlsen jt 2017, French ja Galvin 2017, Niemi jt 2018). Patsientide ravimisel tuleb läheneda inimesele kui tervikule ning krooniliste probleemide korral on vaja põhjalikku käsitlust, mis on aeganõudev (Ahlsen jt 2017). Lisaks muudab füsioterapeutide töö stressirohkeks ning vaimselt ja emotsionaalselt nõudlikuks väga erineva profiiliga patsientidega tegelemine (Pieniazek jt 2017, Darabont ja Darabont 2021).

Töökoha aspektist on läbipõlemisest enim ohustatud füsioterapeutid, kes töötavad avalikus sektoris (Pavlakis jt 2010, Pustulka-Piwnik jt 2014, Sliwinski jt 2014a, Bejer jt 2019) või avalikus ja erasektoris samaaegselt (González-Sánchez jt 2017). Erasektoris töötades on reeglina füsioterapeutidil

suurem autonoomsus ja kõrgem palk tagatud, kuid töökoht ei pruugi olla nii stabiilne kui avalikus sektoris töötades. Lisaks on patsientidega kontakt erasektoris pikemaajaline, mis võimaldab luua patsientidega emotsionaalselt lähedase ja usaldusliku suhte. Avalikus sektoris on kontakt haiglaravil viibivate patsientidega lühiajaline ning koostöö suunatud rohkem kriitilistele terviseseisunditele, haigustele või puudega kohanemisele, mis on füüsiliselt ja psühholoogiliselt koormav. (Pavlakis jt 2010, Pustulka-Piwnik jt 2014.) Haiglaravile suunatud patsiendid on suurenenud ärevusega ja paljudel juhtudel võib patsientidega suhtlemine olla raskendatud nagu intensiiv- ja anestezioloogia, neuroloogia või ortopeedia osakonnas. Kriitilises või ägedas faasis terviseprobleemi korral tuleb arvestada patsientide valutundlikkusega ja kiirelt reageerida terviseseisundi muutuse korral. (Fischer jt 2013, Corrado jt 2019, Pniak jt 2021.) Need patsiendid ootavad personali poolt toetust, sest lähedastest moodustuv tugivõrgustik on eemaldatud. Füsioterapeutidel, kes töötavad kliinilises keskkonnas, on tuvastatud kõrgem emotsionaalne kurnatus ja depersonalisatsioon. (Pavlakis jt 2010, Pustulka-Piwnik jt 2014.)

Samuti on täheldatud kõrgemat läbipõlemist füsioterapeutide hulgas, kes tegelevad lastega (Pavlakis jt 2010), krooniliste haigustega täiskasvanutega (Pustulka-Piwnik jt 2014, Rogan jt 2019) või kuuluvad rehabilitatsioonimeeskonda (Lee jt 2021). Puudega lastega või noortega töötamine on emotsionaalselt raskem, sest suhtlusesse lisandub kolmas osapool, kellel on omad ootused raviprotsessile (Pavlakis jt 2010, Rogan jt 2019), kuid samas võib lastega töötades kogeda rohkem eduelamusi (Pustulka-Piwnik jt 2014, Bejer jt 2019). Krooniliste haigustega täiskasvanute puhul on raviprotsess pikaajaline ning füsioterapidid on ise püstitanud ebarealistlikke eesmärgi, mis võivad tekitada frustratsiooni (Rogan jt 2019). Paljudel juhtudel ei ole teraapiate eesmärgiks paranemine, vaid hoopis püsiva puudega kohanemine, mida üritatakse saavutada rehabilitatsiooniprotsessi kestel. Patsientide jaoks on see emotsionaalselt raske ning võib tekitada frustratsiooni. Sellest hoolimata peavad füsioterapidid patsiente motiveerima ning toetama neid nii emotsionaalselt kui ka füüsiliselt. (Calzi jt 2006, Bruschini jt 2018.)

Läbipõlemine on kõrgem füsioterapeutide hulgas, kes oma tööülesannetes on vahetus kontaktis patsientidega (Calzi jt 2006, Jàcome jt 2021) ning suurem töötundide arv nädalas suurendab võimalust läbipõlemise kujunemiseks (Bruschini jt 2018). Üldise soovitusena ei tohiks töökoormus ületada 40 h nädalas ja päevane patsientide arv peaks jääma alla 20 (González-Sánchez jt 2017). Läbipõlemise patsientidega seotud dimensioonis ei ole füsioterapeutide hulgas tuvastatud ühtegi seost taustateguriga

(Jàcome jt 2021). Låbipõlemist on tuvastatud nii våhese kui ka pika tõõstaaži korral (Sliwinski jt 2014a, Bejer jt 2019, Pniak jt 2021) või üldse puuduv seos (Fischer jt 2013, Nowakowska-Domagala jt 2015). Rohkem kui 20 a tõõstaaži korral on täheldatud kõrget låbipõlemist emotsionaalse kurnatuse dimensioonis (Pniak jt 2021).

2.3. Låbipõlemise tagajårjed

Üldiselt on siiski våhe teada, missugused psühhosotsiaalsed tagajårjed või mõju on låbipõlenud tõõtajal patsientidele või kolleegidele (Kaschka jt 2011), kuid varasemalt on seda seostatud kehvema teenuse kvaliteedi, patsiendiohutuse ja patsientide rahuloluga (Lyndon 2015, Wilski jt 2015, Tawfik jt 2019). Låbipõlemise mõju teenuse kvaliteedile on mitmetahuline. Låbipõlenud tõõtaja on våhem pühendunud tõõülesannetele, mistõttu muututakse hooletuks ja pealiskaudseks. Kulutatakse vähem aega patsiendi ravi optimeerimisele ja korrigeerimisele ning ei konsulteerita kolleegidega. Kokkuvõtlikult põõratakse v�hem tåhelepanu enda tegevuse võimalikele tagajårgedele ning võetakse ebavajalikke riske. (Montero-Marin jt 2009, Tawfik jt 2019, El-Menyar jt 2020.) Suhtumine patsientidesse ja kolleegidesse võib olla negatiivne või k¼üniline (Sinisalu 2017, Burn-out an „occupational ... 2019) ning årritatakse kergesti (Montero-Marin jt 2009, El-Menyar jt 2020). Reynolds jt (2021) on tõdenud oma tõõs, et kõrges patsientidega seotud låbipõlemise korral on tervishoiutõõtjate empaatiavõime våhenenud. Lisaks eelistatakse emotsionaalse kurnatuse korral patsientidega suhtlemisel hoida distantsti (Fischer jt 2013).

Tervishoius ja sotsiaalhoolekandes tõõtades on oluline suhelda patsientide ja tema låhedastega professionaalselt. Ebameeldiva suhtluse korral ei pruugi patsient või lähedased edastada kogu vajalikku informatsiooni õige raviotsuse langetamiseks. Låbipõlenud tõõtajal võib negatiivsele või k¼ünilisele suhtumisele lisaks olla ka kehvem målu ja v�henenud tåhelepanuvõime, mistõttu keskendutakse vaid kriitilisematele tõõülesannetele ning olulised detailid võivad jåada mårkamata. Kõige eelneva tulemusel ei saa patsient parimat teenust ning ravikulud suurenevad nii individuaalsel kui ka asutuse tasandil. (Lyndon 2015, Wilski jt 2015.) Tåhelepanuta ei saa jåtta fakti, et patsientidel on jårjest suuremad ootused ravi edukusele ning neil on head teadmised oma haiguse kohta (Sinisalu 2017). Aina enam osutavad patsiendid ise tåhelepanu raviteenuste võimalikule madalale kvaliteedile ning see võib tekitada teenuse osutajas emotsionaalset või ps¼hholoogilist kannatust ning suurendada ebakindlust (Tawfik jt 2019).

Läbipõlemisel on kumulatiivne mõju kehale, mis võib kujuneda krooniliseks terviseprobleemiks, ärevuseks või depressiooniks (Creedy jt 2017, Ciobanu jt 2021, Jàcome jt 2021). Lisaks suureneb läbipõlemise kujunemisel tööga rahulolematuse ja kavatsuse töölt lahkuda, varajasem pensionile jäämine või korduv põhjuseeta puudumine (Kristensen jt 2005, Borritz jt 2006b). Seatakse kahtluse alla enda eriala valik (Bejer jt 2019, Rogan jt 2019) või eelistatakse töötada osakoormusega (Borritz jt 2006a). Läbipõlemise erinevad dimensioonid on omavahel tugevalt seotud. Füsioterapeutide ja tervishoiutöötajate hulgas laiemalt on leitud, et kõrge läbipõlemise korral tööga seotud dimensioonis avaldub kõrge läbipõlemine ka isiklikus elus ja patsientidega seoses. (Winwood jt Winefield 2004, Borritz jt 2006a, Jàcome jt 2021, Montgomery jt 2021.) Kokkuvõtlikult on läbipõlemisel individuaalsed, sotsiaalsed ja majanduslikud tagajärjed (Fischer jt 2013, Wilski jt 2015, Bejer jt 2019, Tawfik jt 2019, El-Menyar jt 2020), mis mõjutavad nii füsioteraapia eriala arengut, patsientide rahulolu kui ka organisatsioone, kus füsioterapeudid töötavad.

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöö toetub positivistlikule teadusfilosoofiale, mille kohaselt nähtused eksisteerivad mitmete tegurite koosmõjul, ning on oma olemuselt empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav. Neid tegureid on võimalik objektiivselt vaadelda, mõõta ja kirjeldada ilma uurija aktiivse sekkumiseta. Uurimismeetodiks on läbilõikeline uuring, mis on sobilik kirjeldamiseks nähtuse staatust ning selgitada võimalikke seoseid huvipakkuvate tunnuste vahel, mis eksisteerivad uuritavas populatsioonis vaadeldaval ajahetkel. (Polit ja Beck 2010, Gray jt 2017.)

Uurimistöö keskseks nähtuseks on Eesti tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavate füsioterapeutide läbipõlemise erinevad dimensioonid. Varasemalt on füsioterapeutide läbipõlemist uuritud nii kvalitatiivselt (Rogan jt 2019, Walton 2020) kui ka kvantitatiivselt (Wilski jt 2015, González-Sánchez jt 2017, Pieniazek jt 2017, Bruschini jt 2018, Bejer jt 2019, Corrado jt 2019, Jàcome jt 2021, Lee jt 2021). Uurija on otsustanud uurida nähtust kvantitatiivselt, sest andmete kogumiseks on olemas valideeritud küsimustik ning kvantitatiivne lähenemine võimaldab saadud uurimistulemusi üldistada (Gray jt 2017).

3.2. Uuritavad ja nende värbamine

Uuritavateks olid füsioterapeudid, kes vastasid järgmistele kaasamiskriteeriumitele:

- 1) töötavad küsimustiku täitmise hetkel Eestis füsioterapeudina tervishoius ja / või sotsiaalhoolekandes;
- 2) ei viibi lapsehoolduspuhkusel;
- 3) on võimelised täitma elektroonse küsimustiku eesti keeles.

Kaasamiskriteeriumide valikul on arvestatud, et varasemates uurimistöödes on uuritud just tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavaid füsioterapeute (Fischer jt 2013, Bruschini jt 2018, Bejer jt 2019, Carmona-Barrientos jt 2020, Jàcome jt 2021, Lee jt 2021, Pniak jt 2021). Füsioteraapia tegevusvaldkondi on mitmeid, mistõttu valdkonna piiramisega välistatakse liigne uuritavate heterogeensus, mis raskendaks järelduste tegemist. Lapsehoolduspuhkusel viibivate uuritavate

välistamine on tingitud uuritava nähtuse dünaamilisusest ajas (Kristensen jt 2005, Kaschka jt 2011), sest pikem eemalolek töökeskkonnast ei võimalda uuritavatel adekvaatselt hinnata kõiki uuritavaid dimensioone. Eestikeelse küsimustiku kasutamine ei välista automaatselt potentsiaalseid muu emakeelega uuritavaid, sest Eestis toimub füsioteraapiaalane õpe ja tööalane dokumenteerimine eesti keeles, mistõttu on uurimistöös kasutatud vaid riigikeelset küsimustikku.

Füsioteraapia on Eestis seadusega reguleeritud kutseala, kuid kuna füsioterapeudid ei kuulu tervishoiutöötajate hulka, siis puudub ametlik register töötavate füsioterapeutide kohta. Erialaliitu kuulumine on vabatahtlik ning kutsetunnistuse omamine on kohustuslik vaid ümberõppe teinud (mitte kõrgharidusega) spetsialistidele, mistõttu kutsekoja registris on piiratud hulk spetsialiste. Seetõttu puudub täpne ülevaade Eestis töötavatest füsioterapeutidest. Tööjõuvajaduse seire- ja prognoosisüsteemi OSKA (Tulevikuvaade tööjõu- ja ... 2017) uuringu põhjal töötab Eesti tervishoius hinnanguliselt 560 füsioterapeuti, millele tugineb uurija. Puuduvad andmed sotsiaalhoolekandes töötavate füsioterapeutide arvu kohta, kuigi paljud füsioterapeudid töötavad nii tervishoius kui ka sotsiaalhoolekandes samaaegselt. Ning samuti puudub uurijal ülevaade, kui paljud spetsialistid võivad andmete kogumise perioodil viibida lapsehoolduspuhkusel.

Valimi moodustamisel rakendati mittetõenäosusliku valimi moodustamise meetodit ning uuritavad kaasati sihipärase valimi meetodil (Polit ja Beck 2010), mis on tingitud üldkogumi veidi varjatud iseloomust (pole teada sihtgrupi täpne suurus) ja uuritavate raskesti kättesaadavusest (puudub ühine register). Valimi piisava esinduslikkuse hindamisel tugines uurija Gray jt (2017) allikale, et kvantitatiivse uurimistöö puhul soovitakse kaasata vähemalt 30 uuritavat iga uuritava nähtuse muutuja kohta ning kasutatavas küsimustikus on neid kolm. Uuritavaid värvati organisatsioonide Eesti Füsioterapeutide Liit ja Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit ning sotsiaalmeedia kanali Facebook kaudu, kuhu sihtgrupi esindajad on valdavalt koondunud lähtudes uurija teadmistest ja kogemustest. Uurija edastas organisatsioonidele meili teel uurimistöös osalemise kutse palvega edastada see liidu liikmetele. Sotsiaalmeedias edastas uurija 15 grupi (vilistlasgrupid, erialaga seotud instituudid ja kõrgkoolid, organisatsioonid) administraatoritele sõnumina uurimistöös osalemise kutse palvega postitada see grupi uudisvoogu. Kutsed edastati kahel korral ning kümnenädalase intervalliga. Sellise värbamisviisiga tegi uurija endast kõik võimaliku, et uurimistöös osalemise kutse jõuaks võimalikult paljude potentsiaalsete uuritavateni, mis omakorda tagaks võrdse võimaluse osaleda uurimistöös. Uurimistöös osalemise kutse sisaldas teavet uurimistöö eesmärgi, osalemise tingimuste, andmete

töötlemise ja esitamise kohta koos uurija kontaktandmete ja hüperlingiga, mis suunas platvormile *LimeSurvey* (vt lisa 1), kus oli võimalik täita veebipõhine küsimustik.

3.3. Andmete kogumine

Andmete kogumiseks kasutati valideeritud enesehinnangu küsimustikku **Copenhagen Burnout Inventory** (CBI) (Lapa jt 2018, Montgomery jt 2021). Küsimustikke on mitmeid, kuid CBI eristab tööalaseid ja isiklikke tegureid ning on sobilik kasutamaks tervishoiutöötajate hulgas, sest kaasab patsiendiga seotud läbipõlemise dimensiooni (Winwood ja Winefield 2004, Lapa jt 2018). Lisaks ei ole küsimustik rangelt ametikohaspetsiifiline, mis võimaldab võrrelda omavahel erinevaid huvigruppe (Lapa jt 2018). CBI küsimustikku on kasutatud nii füsioterapeutide (Jàcome jt 2021), õdede (Mahmoudi jt 2020, Montgomery jt 2021), ämmaemandate (Hildingsson jt 2013, Creedy jt 2017), hambaarstide (Winwood ja Winefield 2004) kui ka laialdasemalt inimestega töötavate erialade esindajate (Borritz jt 2006a) läbipõlemise hindamisel.

Andmeid koguti elektroonse küsimustikuga, mis koosnes eesti keelde tõlgitud CBI küsimustikust (vt lisa 2) ja uurija poolt koostatud taustaandmete küsimustest (vt lisa 3). CBI küsimustik on TÜ õendusteaduse magistrandi Hanna Stina Aru poolt tõlgitud eesti keelde ning küsimustiku kasutamine kooskõlastatud (vt lisa 4). CBI küsimustik on originaalautori Tage Søndergård Kristenseni poolt kinnitatud kui avalikult kasutatav tasuta küsimustik (vt lisa 5) ning mis hõlmab kolme erinevat läbipõlemise dimensiooni: isikliku elu (küsimused 1-6), tööga seotud (küsimused 7-13) ja patsientidega seotud (küsimused 14-19) dimensioon. Taustaandmeid koguti uuritavate soo, perekonnaseisu, haridustaseme, hetkel kehtiva töösuhte, töökoormuse ja tööstaaži kohta, mida on mitmes varasemas füsioterapeutide hulgas läbi viidud uurimistöös samuti kogutud (Fischer jt 2013, Nowakowska-Domagala jt 2015, Wilski jt 2015, González-Sánchez jt 2017, Bruschini jt 2018, Bejer jt 2019) ning analüüsitud võimalikke seoseid läbipõlemise erinevate dimensioonidega. Tööstaaži grupeerimisel lähtuti varasematest uurimistöödest (Sliwinski jt 2014a, Nowakowska-Domagala jt 2015, Bejer jt 2019, Pniak jt 2021), et vähese tööstaaži korral on intervalliks määratud viis aastat ning rohkema tööstaaži korral kümme aastat, kuid kõikides uurimistöödes on grupeeritud olnud erinevad.

Enne andmete kogumist palus uurija 30.03.2021 viiel kolleegil katsetada veebikeskkonna toimimist, küsimustiku täitmiseks kuluvat aega ning küsimuste arusaadavust. Katsetamiste järgselt ühtegi sisulist

muudatust ei tehtud ning kogutud andmeid uurimistöösse ei kaasatud, sest uurija palus katsetada kõiki võimalikke vastusevariante ning kinnitas, et ei kaasa neid tulemusi uurimistöösse. Andmeid koguti ajavahemikul 01.-30.04.2021 ja 19.07.-15.08.2021, vahepealsel ajal ei olnud võimalik küsimustikule vastata. Andmeid koguti kahel perioodil, sest esimesel perioodil hindas uurija vastamismäära tagasihoidlikuks: vaid 63 täielikult täidetud küsimustikku.

3.4. Andmete analüüs

LimeSurvey keskkonnas kogutud ja täielikult täidetud küsimustike ($n = 99$) andmed eksporditi Microsoft Excelisse, kus korrastati andmebaas. Korrastatud andmebaas eksporditi statistikaprogrammi STATA 14.0, millega arvutati valimi kirjeldamiseks kõik kirjeldavad statistikud ning sooritati statistilised testid. Valimi kirjeldamiseks kasutati sagedusjaotust: esitati uuritavate arv (n) ja suhteline sagedus (%). CBI küsimustiku vastusevariandid on esitatud *Likerti* tüüpi skaalal (Gray jt 2017) vahemikus 1-5, mis esitati sagedusjaotusena järgnevalt: 1 = alati / väga kõrgel määral, 2 = sageli / kõrgel määral, 3 = mõnikord / mõningal määral, 4 = harva / madalal määral, 5 = mitte kunagi või peaaegu mitte kunagi / väga madalal määral. Hinnangud skooriti vastavalt juhendile (vt lisa 6) järgnevalt: alati / väga kõrgel määral = 100, sageli / kõrgel määral = 75, mõnikord / mõningal määral = 50, harva / madalal määral = 25, mitte kunagi või peaaegu mitte kunagi / väga madalal määral = 0. Igale hinnangule ja dimensioonile arvutati aritmeetiline keskmine ning kirjeldati keskmiste väärtuste (M) ja standardhälbega (SD). Hinnanguid kirjeldati vastusevariantide (1-5) jagunemise alusel uuritavate arvu (n) ning suhtelise sagedusega (%). Dimensioone kirjeldati 95% usaldusvahemiku (UV), miinimumi (min), maksimumi (max), mediaani (Med) ja kvartiilidega ($Q1$, $Q3$). Lisaks esitati igas dimensioonis kõrge läbipõlemisega uuritavate arv ja suhteline sagedus lähtudes piirväärtuse 50 rakendamisest: kõrge läbipõlemine kui dimensiooni skoor ≥ 50 (Borritz jt 2006a, Hildingsson jt 2013, Creedy jt 2017, Jàcome jt 2021). Kirjeldavate statistikute ja andmete visualiseerimiseks kasutati tabelleid.

Seoste analüüsimiseks taustaandmete ja läbipõlemise dimensioonide vahel kodeeriti mitteamvulised taustaandmed (sugu, perekonnaseis, haridustase, töökoht, töökoormus, tööstaaž) arvulisteks väärtusteks. Lisaks koondati kahe kõige pikema tööstaažiga uuritavad kokku gruppi > 20 aastat, sest > 30 aastase tööstaažiga oli esindatud vaid üks uuritav. Analüüsi ei kaasatud töökoha puhul „muu“ grupi uuritavaid ($n = 2$), sest puudus täpsustav info. Lisaks ei kaasatud analüüsi haridustasemelt „muu“

grupi uuritavaid ($n = 2$), sest nende erialane ettevalmistus oli erineva taustaga (kehalise kasvatus õpetaja ümberõppega füsioterapeudiks ning bakalaureusekraad sporditeaduste erialal). Seoste analüüsimisel rakendati parameetrilisi teste, sest Gray jt (2017) allikale tuginedes olid täidetud vastavad eeldused: analüüsitavad keskmised tulemused vastasid normaaljaotusele, mida kontrolliti histogrammiga ning tulemuste hajuvus võrreldavates gruppides ei erinenud statistiliselt oluliselt, mida kontrolliti Levene testiga. Binaarsete tunnuste (sugu) korral kasutati seoste analüüsimiseks t-testi ning enam kui kahe grupiga kategooriaalsete tunnuste (perekonnaseis, haridustase, töökoht, töökoormus, tööstaaž) korral dispersioonanalüüsi (*analysis of variance* – ANOVA), mida on ka varasemates sarnastes uurimistöodes kasutatud (Pavlakis jt 2010, Hildingsson jt 2013, Mahmoudi jt 2020). Arvutati gruppide keskmised väärtused (M) standardhälbega (SD) ja p -väärtus. Gray jt (2017) allikale tuginedes määrati statistilise olulisuse nivooks (α) 0,05, mistõttu ilmnis statistiliselt oluline erinevus kui $p < \alpha$. Kui ANOVA testi tegemisel ilmnis gruppide vaheline erinevus ($p < 0,05$), siis tehti lisaks paarikaupa võrdlused t-testiga, et täpsustada, milliste gruppide vahel ilmnis statistiliselt oluline erinevus (Gray jt 2017) ning kirjeldati tekstis p -väärtustega.

Läbipõlemise dimensioonide keskmiste väärtuste omavaheliste seoste hindamiseks kasutati Pearsoni lineaarset korrelatsiooni analüüsi, mida on varasemalt kasutatud sarnase metoodikaga uurimistöodes (Winwood ja Winefield 2004, Montgomery jt 2021) ning on sobilik seose tuvastamiseks kahe tunnuse vahel, mis vastavad normaaljaotusele ja on mõõdetud intervallskaalal (Polit ja Beck 2010). Seose tugevust väljendab korrelatsioonikordaja (r) väärtus koos tüübi (positiivne või negatiivne) ja tugevuse astmega, mis on tuginedes Burns ja Grove (2010) allikale määratletud vastavalt nõrga ($r < 0,3$), mõõduka ($0,3 \leq r < 0,5$) ja tugeva seosena ($r \geq 0,5$). Lisaks on esitatud p -väärtus.

3.5. Uurimistöö usaldusväärsus

Uurimistöös kasutatakse rahvusvahelist küsimustikku, mille valiidsus ja reliaablus on korduvalt tõendust leidnud (Winwood ja Winefield 2004, Maiste 2005, Lapa jt 2018) ning hinnatud sobilikuks kasutamaks tervishoiutöötajate hulgas (Winwood ja Winefield 2004, Montgomery jt 2021). CBI küsimustikul on varasemates uurimistöodes olnud *Cronbachi* α väärtused isikliku elu dimensioonis vahemikus 0,87-0,91, tööga seotud dimensioonis 0,79-0,89 ja patsientidega seotud dimensioonis 0,85-0,92 (Winwood ja Winefield 2004, Kristensen jt 2005, Creedy jt 2017, Montgomery jt 2021). Käesolevas uurimistöös arvatud *Cronbachi* α väärtus oli isikliku elu dimensioonis 0,85, tööga

seotud dimensioonis 0,84 ning patsientidega seotud dimensioonis 0,89, mida peetakse kõrge sisemise kooskõla näitajaks (Polit ja Beck 2010, Gray jt 2017).

Uuriija kaasas uurimistöösse vaid sellised allikad, mida hindas esmalt Young ja Solomoni (2009) allikale tuginedes asjakohasteks ning olid töö eesmärgi ja uurimisülesannetega kooskõlas. Kõikidele kasutatud allikatele on korrektselt viidatud ja loetletud allikaloendis. Uurimistöö kõik etapid kirjeldati põhjalikult, mis võimaldaks korrata uurimistööd sama metoodika alusel. Andmete korrastamisel Microsoft Exceli programmis kontrolliti kodeeringud korduvalt üle, et vältida juhuslikke vigasid ning moodustati andmebaasi võti. Andmete analüüsil kasutati sobilikke analüüsimeetodeid.

Veebipõhist küsimustikku kasutades ei saa uurija garanteerida, et uuritav vastas kõikidele kaasamise kriteeriumitele või ei esinenud korduvat küsimustiku täitmist. *LimeSurvey* platvormil on võimalik seostada küsimustiku täitja IP-aadressiga, kuid seda ei rakendatud, sest uuritavad võisid küsimustiku täitmisel kasutada ühiskasutuses olevat tööarvutit, mis oleks piiranud kolleegide osalemist uurimistöös. Küsimustiku korduvtäitmine on vähetõenäoline, sest uurimistöös osalemisega ei kaasnenud uuritavatele isiklikku otsest kasu ning küsimustiku pikkuse tõttu oleks korduv täitmine olnud ajakulukas. Uuriija ise vastab kaasamise kriteeriumitele, kuid kinnitab, et ei osalenud uurimistöös. Lisaks jättis uurija tulemuste tõlgendamisel ja interpreteerimisel kõrvale isiklikud arvamused, seisukohad ja emotsioonid, et tagada töö objektiivsus.

4. TULEMUSED

4.1. Uuritavate taustaandmed

Uurimistöös osales hinnanguliselt 18% (n = 99) Eesti tervishoius ja sotsiaaltoetuskandades töötavatest füsioterapeutidest (N = 560). Enamus uuritavatest olid naised (90,9%), abielus või stabiilses kooselus (66,7%) ning magistrikraadiga (38,4%). Uuritavate hulgas oli enim kuni 5 aastase tööstaažiga (42,5%) füsioterapeut, kes töötasid täiskoormusega (63,6%) avalikus sektoris (57,6%). Detailsemalt on esitatud uuritavate taustaandmed tabelis 1.

Tabel 1. Uuritavate taustaandmed

Taustaandmed		n (%)	Taustaandmed		n (%)
Sugu	Naine	90 (90,9)	Töökoht	Avalik sektor	57 (57,6)
	Mees	9 (9,1)		Erasektor	18 (18,2)
Perekonnaseis	Abielus või stabiilses kooselus	66 (66,7)		Avalik ja erasektor	22 (22,2)
	Vallaline	29 (29,3)		Muu	2 (2)
	Lahutatud või lesk	4 (4)	Töökoormus	Täiskoormus	63 (63,6)
	Muu	0 (0)		Osakoormus	25 (25,3)
Haridustase	Rakenduslik kõrgharidus	30 (30,3)		Rohkem kui täiskoormus	11 (11,1)
	Bakalaureusekraad	29 (29,3)		Muu	0 (0)
	Magistrikraad	38 (38,4)	Tööstaaž	Kuni 5 aastat	42 (42,5)
	Muu	2 (2)		6-10 aastat	34 (34,3)
				11-20 aastat	18 (18,2)
				21-30 aastat	4 (4)
				> 30 aastat	1 (1)

4.2. Hinnangud läbipõlemisele isikliku elu dimensioonis

Kõigi hinnangute keskmiseks skooriks oli isikliku elu dimensioonis 49,5 ja mediaanskooriks 50,0. Oma läbipõlemist hindas kõrgeks 50 (50,5%) uuritavat. Kõrged hinnangud anti väsimuse (66,2), emotsionaalse kurnatuse (64,9) ja füüsilise kurnatuse (51,5) väidetele. Kõige madalam hinnang anti nõrga ja haigustele vastuvõtlikuna tundmise (35,4) väitele. Detailsem ülevaade hinnangutest on esitatud tabelis 2.

Tabel 2. Hinnangud läbipõlemisele isikliku elu dimensioonis

Küsimus	M (SD)	n (%)					
		1	2	3	4	5	
1. Kui sageli Te tunnete ennast väsinuna?	66,2 (16,5)	6 (6)	55 (55,6)	34 (34,4)	4 (4)	0 (0)	
2. Kui sageli olete Te füüsiliselt kurnatud?	51,5 (19,8)	1 (1)	30 (30,3)	42 (42,5)	25 (25,2)	1 (1)	
3. Kui sageli olete Te emotsionaalselt kurnatud?	64,9 (17,5)	4 (4)	59 (59,6)	30 (30,4)	5 (5)	1 (1)	
4. Kui tihti Te mõtlete, et "ma ei suuda seda enam taluda..."?	39,4 (24,0)	0 (0)	19 (19,2)	33 (33,3)	32 (32,3)	15 (15,2)	
5. Kui tihti Te tunnete ennast täiesti kurnatuna?	39,7 (23,7)	0 (0)	19 (19,2)	33 (33,3)	33 (33,3)	14 (14,2)	
6. Kui sageli Te tunnete ennast nõrga ja haigustele vastuvõtlikuna?	35,4 (21,4)	0 (0)	14 (14,2)	22 (22,2)	53 (53,5)	10 (10,1)	
	95% UV	min	Q1	Med	Q3	max	
Dimensioon	49,5 (15,6)	46,4-52,6	12,5	37,5	50,0	58,3	83,3

4.3. Hinnangud läbipõlemisele tööga seotud dimensioonis

Kõigi hinnangute keskmiseks skooriks oli tööga seotud dimensioonis 48,4 ja mediaanskooriks 46,4. Oma läbipõlemist hindas kõrgeks 49 (49,5%) uuritavat. Kõrged hinnangud anti emotsionaalselt kurnava töö (64,9) ja tööpäeva lõpu väsimuse (53,3) väidetele. Kõige madalam hinnang anti väitele, et iga tund töö on väsitav (34,9). Detailsem ülevaade hinnangutest on esitatud tabelis 3.

Tabel 3. Hinnangud läbipõlemisele tööga seotud dimensioonis

Küsimus	M (SD)	n (%)					
		1	2	3	4	5	
7. Kas Te tunnete ennast tööpäeva lõpus „puruväsinuna“?	53,3 (20,4)	4 (4)	28 (28,3)	44 (44,5)	23 (23,2)	0 (0)	
8. Kas Te tunnete juba hommikul kurnatust, mõeldes algava tööpäeva peale?	45,0 (24,5)	2 (2)	24 (24,3)	33 (33,3)	31 (31,3)	9 (9,1)	
9. Kas tunnete, et iga tund töö on Teie jaoks väsitav?	34,9 (22,3)	0 (0)	13 (13,1)	26 (26,3)	46 (46,5)	14 (14,1)	
10. Kas Teil on piisavalt energiat, et veeta pere ja sõpradega vaba aega?	39,9 (18,2)	4 (4)	43 (43,5)	42 (42,4)	10 (10,1)	0 (0)	
11. Kas Teie töö on emotsionaalselt kurnav?	64,9 (21,4)	14 (14,1)	40 (40,4)	37 (37,4)	7 (7,1)	1 (1)	
12. Kas Teie töö tekitab Teis frustratsiooni?	40,9 (23,8)	1 (1)	15 (15,2)	45 (45,5)	22 (22,2)	16 (16,1)	
13. Kas Te tunnete end töö tõttu läbi põlenuna?	39,7 (29,0)	5 (5)	14 (14,2)	40 (40,4)	15 (15,2)	25 (25,2)	
	95% UV	min	Q1	Med	Q3	max	
Dimensioon	48,4 (14,4)	45,5-51,3	17,9	35,7	46,4	57,1	78,6

4.4. Hinnangud läbipõlemisele patsientidega seotud dimensioonis

Kõigi hinnangute keskmiseks skooriks patsientidega seotud dimensioonis oli 41,0 ja mediaanskooriks 41,7. Oma läbipõlemist hindas kõrgeks 37 (37,4%) uuritavat. Kõrged hinnangud anti väitele, et patsientidega töötades tuntakse, et antakse endast rohkem kui vastu saadakse (56,1). Kõige madalam hinnang anti väitele, et patsientidega töötamine on frustreeriv (27,8). Detailsem ülevaade hinnangutest on esitatud tabelis 4.

Tabel 4. Hinnangud läbipõlemisele patsientidega seotud dimensioonis

Küsimus	M (SD)	n (%)					
		1	2	3	4	5	
14. Kas tunnete, et patsientidega töötamine on Teie jaoks raske?	36,4 (22,7)	2 (2)	5 (5)	46 (46,5)	29 (29,3)	17 (17,2)	
15. Kas tunnete, et patsientidega töötamine tõmbab Teid energiast tühjaks?	46,2 (23,0)	3 (3)	20 (20,2)	41 (41,4)	29 (29,4)	6 (6)	
16. Kas patsientidega töötamine on Teie jaoks frustreeriv?	27,8 (22,3)	0 (0)	7 (7,1)	24 (24,2)	42 (42,4)	26 (26,3)	
17. Kas Te tunnete patsientidega töötades, et annate endast rohkem ära kui vastu saate?	56,1 (24,8)	9 (9,1)	33 (33,3)	34 (34,4)	20 (20,2)	3 (3)	
18. Kas Te olete väsinud patsientidega töötamast?	40,7 (23,6)	0 (0)	20 (20,2)	34 (34,4)	34 (34,4)	11 (11)	
19. Kas Te mõtlete aeg-ajalt, et ei tea kui kaua Te veel patsientidega töötada suudate?	38,9 (27,0)	0 (0)	23 (23,2)	31 (31,3)	23 (23,2)	22 (22,3)	
	95% UV	min	Q1	Med	Q3	max	
Dimensioon	41,0 (19,1)	37,2-44,8	4,2	25,0	41,7	54,2	87,5

4.5. Seosed läbipõlemise dimensioonide ja uuritavate taustaandmete ning läbipõlemise erinevate dimensioonide vahel

Läbipõlemise isikliku elu dimensiooni hinnangute keskmised tulemused olid statistiliselt oluliselt erinevad sõltuvalt soost, haridustasemest ja töökoormusest. Naised hindasid läbipõlemist isikliku elu dimensioonis kõrgemaks kui mehed ($p = 0,031$). Rakendusliku kõrgharidusega füsioterapeudid hindasid läbipõlemist isikliku elu dimensioonis kõrgemaks kui bakalaureusekraadiga füsioterapeudid ($p = 0,023$) ning täiskoormusega töötavad füsioterapeudid võrreldes osakoormusega töötavate füsioterapeutidega ($p = 0,005$). Läbipõlemise tööga seotud dimensiooni keskmised hinnangud erinesid statistiliselt olulisel määral tööstaaži kategoorias, kuid paarikaupa võrdlemisel see siiski kinnitust ei leidnud. Kokkuvõtlikult on tulemused esitatud tabelis 5.

Tabel 5. Taustaandmete seosed läbipõlemise dimensioonidega

Taustaandmed		Läbipõlemise dimensioonid		
		Isikliku elu M (SD)	Tööga seotud M (SD)	Patsientidega seotud M (SD)
Sugu (n = 99)	naine (n = 90)	50,6 (15,5)	49,0 (14,3)	41,7 (18,9)
	mees (n = 9)	38,9 (12,7)	42,1 (14,5)	33,8 (21,1)
	p-väärtus	0,031*	0,169	0,237
Perekonnaseis (n = 99)	abielus või stabiilses kooselus (n = 66)	49,2 (14,2)	49,5 (14,6)	41,0 (19,0)
	vallaline (n = 29)	49,7 (17,5)	45,2 (13,3)	39,8 (18,8)
	lahutatud või lesk (n = 4)	52,1 (25,8)	52,7 (19,4)	49,0 (27,1)
	p-väärtus	0,937	0,340	0,671
Haridustase (n = 97)	rakenduslik kõrgharidus (n = 30)	55,7 (15,3)	50,7 (13,7)	45,3 (20,8)
	bakalaureusekraad (n = 29)	45,3 (14,2)	46,4 (13,3)	38,8 (17,1)
	magistrikraad (n = 38)	49,3 (14,7)	49,1 (15,5)	40,6 (18,7)
	p-väärtus	0,026*	0,513	0,394
Töökoht (n = 97)	avalik sektor (n = 57)	49,9 (16,2)	48,1 (15,1)	37,9 (19,3)
	erasektor (n = 18)	47,9 (15,1)	51,0 (14,9)	48,4 (19,9)
	avalik ja erasektor (n = 22)	48,9 (14,3)	46,1 (12,4)	40,9 (16,4)
	p-väärtus	0,892	0,569	0,126
Töökoormus (n = 99)	täiskoormusega (n = 63)	52,3 (14,5)	49,7 (14,8)	41,1 (19,7)
	osakoormusega (n = 25)	40,8 (15,7)	42,7 (12,3)	38,7 (17,0)
	rohkem kui täiskoormusega (n = 11)	53,4 (15,0)	53,6 (14,0)	45,8 (20,8)
	p-väärtus	0,005*	0,052	0,587
Tööstaaž (n = 99)	kuni 5 a (n = 42)	47,6 (17,1)	45,2 (15,7)	37,7 (19,8)
	6-10 a (n = 34)	50,6 (15,2)	52,3 (13,4)	43,4 (18,9)
	11-20 a (n = 18)	53,0 (12,0)	51,4 (11,5)	46,8 (16,7)
	> 20 a (n = 5)	45,0 (16,2)	37,9 (9,65)	31,7 (19,5)
	p-väärtus	0,553	0,042*	0,202

* t-testi või ANOVA $p < 0,05$

Tugev positiivne seos esines läbipõlemise isikliku elu ja tööga seotud dimensiooni vahel ($r = 0,68$) ning töö ja patsientidega seotud dimensiooni vahel ($r = 0,73$). Isikliku elu dimensiooni kõrgemate hinnangute korral ilmnemad kõrgemad hinnangud ka tööga seotud dimensioonis ning vastupidi. Tööga seotud dimensiooni kõrgemate hinnangute korral ilmnemad kõrgemad hinnangud ka patsientidega seotud dimensioonis ning vastupidi. Kokkuvõtvalt on tulemused esitatud tabelis 6.

Tabel 6. Läbipõlemise dimensioonide vahelised seosed

	Isikliku elu dimensioon	Tööga seotud dimensioon
Tööga seotud dimensioon	$r = 0,68^*$ $p < 0,001$	
Patsientidega seotud dimensioon	$r = 0,37$ $p < 0,001$	$r = 0,73^*$ $p < 0,001$

* $r > 0,5$ ja p -väärtus $< 0,001$

5. ARUTELU

5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega

Käesolev uurimistöö kirjeldab teadaolevalt esmakordselt Eestis füsioterapeutide tajutud läbipõlemist uurides hinnanguid läbipõlemise erinevatele dimensioonidele. Lisaks on analüüsitud võimalikke seoseid taustaandmete ja läbipõlemise dimensioonide vahel. Teadmised selle kohta, kuidas füsioterapid hindavad enda läbipõlemise erinevaid dimensioone võimaldavad arendada tervist toetavat töökeskkonda tervishoius ja sotsiaalhoolekandes ning mõista läbipõlemise kompleksust. Toetava töökeskkonna arendamisel on võimalik väärtustada ja hoida füsioterapeute töötamas valdkondades, kus on aina kasvav vajadus nende järele ning võimaldab patsientidele pakkuda turvalist, kvaliteetset ja nende vajadustele vastavat füsioteraapiat.

Uurimistöös osalenud füsioterapid hindasid enda läbipõlemist isikliku elu ja tööga seotud dimensioonis mõõdukaks ning patsientidega seotud dimensioonis madalamaks. Pooled füsioterapid hindasid enda läbipõlemist isikliku elu ja tööga seotud dimensioonis kõrgeks ning kolmandik füsioterapeutidest hindas enda läbipõlemist patsientidega seotud dimensioonis kõrgeks. Tulemused peaks vallandama hoiatussignaali, et samamoodi jätkamine ei ole jätkusuutlik ja vaja on muudatusi. Uuriija seisukohal võivad just need potentsiaalsed füsioterapid lähitulevikus lahkuda tervishoiust või sotsiaalhoolekandest, sest füsioterapeutidel on tööturul mitmeid valdkondi, kus töötada. Tekkimas on olukord, kus vajadus füsioterapeutide järele tervishoius ja sotsiaalhoolekandes pidevalt suureneb (Eesti tööturg täna ... 2020), kuid spetsialistid võivad eelistada töötamist hoopis erameditsiinis, spordis, veterinaarmeditsiinis või mõnes veel põnevas valdkonnas. Füsioterapeutide töökeskkonnale, -tingimustele ja tervisele tähelepanu osutades on võimalik vajalikke spetsialiste hoida ning väärtustada. Tähelepanuta ei saa jätta fakti, et hinnangute varieeruvus oli kõige suurem patsientidega seotud dimensioonis. Uurimistöös ei olnud võimalik eristada juhtival ametikohal töötavaid spetsialiste (nt juhtiv füsioterapeut), kelle suurem osa tööst võis olla administratiivne ja kontakt patsientidega vähene või puuduv, mis omakorda võis tingida just väga madalate tulemuste esinemist. Varasemalt on seostatud kõrgemat läbipõlemist just nende füsioterapeutide hulgas, kellel on otsene kontakt patsientidega (Calzi jt 2006, Jàcome jt 2021). COVID-19 pandeemia tingimustes on lisandunud võimalus rakendada ambulatoorsetel vastuvõttudel korduva teenuse korral kaugfüsioteraapiat videosilla vahendusel, mis võib samuti mõjutada kontakti

loomist patsientidega. Vajab täpsemat uurimist, mismoodi võivad eelpool mainitud juhud mõjutada just patsientidega seotud läbipõlemist.

Füsioterapeudid tundsid end väsinuna ja emotsionaalselt kurnatuna, hindasid enda tööd tervishoius ja sotsiaalhoolekandes emotsionaalselt kurnavaks ja füüsiliselt väsitavaks ning tunti patsientidega töötades, et antakse endast rohkem kui saadakse vastu. Sarnaselt varasematele uurimistöödele on rõhutatud füsioterapeutide töö emotsionaalselt nõudlikku (Calzi jt 2006, Pieniazek jt 2017, Darabont ja Darabont 2021) ja füüsiliselt väsitavat (Niemi jt 2018, Walton 2020, Darabont ja Darabont 2021) eripära. Tuvastatud on füsioterapeutide emotsionaalset kurnatust (Calzi jt 2006, Fischer jt 2013, Pustulka-Piwnik jt 2014, Bruschini jt 2018, Carmona-Barrientos jt 2020, Pniak jt 2021), kuid füüsilisele väsimusele on pööratud vähem tähelepanu, kuigi see on läbipõlemise üks põhitunnus (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000, Kristensen jt 2005, Kaschka jt 2011). Tuleb julgustada rääkima enda väsimusest ja kurnatusest, mis tekib töötamisel ning mitte pidada seda tööga kaasnevaks loomulikuks tundeiks. Füsioterapeudid hindasid enda füüsilist tervist üsna tugevaks, kuid on ilmnunud, et tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavad spetsialistid kipuvad enda vajadused jätkama tagaplaanile (Maslach ja Leiter 2016, Engebretsen ja Bjorbækmo 2020), mistõttu tuleks tulemustesse suhtuda tähelepanelikult ning järjepidevalt seda nähtust uurida, sh pöörata tähelepanu nii vaimsele, emotsionaalsele kui ka füüsilisele tervisele. Kõrge läbipõlemine võib soodustada terviseprobleemi kujunemist (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000, Kaschka jt 2011, Schonfeld ja Bianchi 2016, Creedy jt 2017, Ciobanu jt 2021, Jàcome jt 2021) ning terviseprobleem ise on läbipõlemise riskiteguriks nagu Jàcome jt (2021) on tuvastanud. Tegemist on kui nõiarõngiga. Samas tõdeb uurija, et võib-olla ongi Eestis töötavate füsioterapeutide tervislik seisund väga hea, siis sel juhul tuleb jätkata selle toetamist.

Kuivõrd varasemaltki on täheldatud, et füsioterapeutide töö on stressirohke (Pieniazek jt 2017, Carmona-Barrientos jt 2020) ja tegeletakse keerukate patsientidega (Ahlsen jt 2017, French ja Galvin 2017, Niemi jt 2018), siis uurija seisukohal vajab täpsustamist, mismoodi on töökorralduslikult reguleeritud füsioterapeutide töökoormus ning toetatud vaimne tervis. Patsientide seisundid võivad olla väga erineva raskusastmega, mistõttu võib füsioterapia teenuse osutamisele kuluv energia varieeruda väga suures ulatuses. Väsimuse korral võib spetsialist muutuda tööülesannete täitmisel hooletuks või pealiskaudseks, mistõttu teenuse kvaliteet kannatab (Montero-Marin jt 2009, Tawfik jt 2019, El-Menyar jt 2020). Selle ennetamiseks tuleks töökoormuse jaotumisel lähtuda patsientide raskusastmest ning jagunemisest päeva või nädala lõikes, mitte sõltuda vaid patsientide või töötundide

arvust. Üheselt mõistetav ja praktikas lihtsasti rakendatav süsteem vajab väljatöötamist. Emotsionaalse kurnatuse puhul on uurija hinnangul oluline osa toetaval töökeskkonnal (Wilski jt 2015, Schonfeld ja Bianchi 2016, Bruschini jt 2018, Walton 2020), mis eeldab ühe aspektina psühholoogilise toe tagamist personalile. Eriti kuna paljudel juhtudel peab füsioterapeut olema ise emotsionaalselt ja psühholoogiliselt toeks ärevatele patsientidele (Pavlakis jt 2010, Pustulka-Piwnik jt 2014). Vajab täpsustamist, mil moel ja mahus on tänasel hetkel tervishoiu või sotsiaalhoolekande personalile tagatud psühholoogiline abi, sest tugispetsialistide puudus on Eesti tööturul olnud pikemat aega.

Hinnangud läbipõlemisele erinesid sõltuvalt soost, töökoormusest ja haridustasemest. Tulemustest selgus, et naiste hinnangud läbipõlemisele olid kõrgemad kui meestel. Varasemad tulemused selle osas on erinevad. Naiste hulgas on läbipõlemine olnud kõrgem kui meestel (Pavlakis jt 2010, Jàcome jt 2021, Lee jt 2021), naiste ja meeste läbipõlemine ei erine omavahel (Pustulka-Piwnik jt 2014, Sliwinski jt 2014b, Nowakowska-Domagala jt 2015, González-Sánchez jt 2017, Bejer jt 2019) või meeste läbipõlemine on kõrgem kui naistel (Pniak jt 2021). Sarnaselt varasemate uurimistööde (Pavlakis jt 2010, Fischer jt 2013, Pustulka-Piwnik jt 2014, Sliwinski jt 2014a, 2014b, Nowakowska-Domagala jt 2015, Wilski jt 2015, Bejer jt 2019, Carmona-Barrientos jt 2020, Jàcome jt 2021, Pniak jt 2021) uuritavatega moodustas valimist valdava enamuse (91%) naised, mistõttu saab järeldada, et keskmine tervishoiu ja sotsiaalhoolekandes töötav füsioterapeut on naine ning läbipõlemise kujunemise riskigrupist moodustavad nad enamuse. Varasemalt on rõhutatud, et naistel on ilmselt rohkem perekohustusi (Pavlakis jt 2010, Pustulka-Piwnik jt 2014) ning nende jaoks on suhtlemine ja vaba aja veetmine lähedaste inimestega oluline tegur läbipõlemise ennetamisel (Sliwinski jt 2014b), siis uurija on seisukohal, et töö- ja pereelu ühitamist tuleb soodustada veelgi enam. Muidugi ei saa jätta tähelepanuta varasem teadmine, et naised tajuvad läbipõlemise tunnuseid rohkem (Pieniazek jt 2017), mis võib olla tingitud naiste suuremast teadlikkusest läbipõlemise olemusest ja tunnustest. Sellisel juhul on esitatud tulemused üsna loogilised. Täiendavad uurimistööd läbipõlemise teadlikkuse osas võivad anda senistele tulemustele hoopis uue tähenduse.

Osakoormusega töötavate füsioterapeutide hinnangud läbipõlemisele olid madalamad kui täiskoormusega töötavate füsioterapeutide oma. Varasemalt on teada, et füsioterapeutide hulgas on läbipõlemise riskiteguriks rohkem kui täiskoormusega töötamine (González-Sánchez jt 2017), mis uurimistöös ei leia kinnitust ega ümber lükkamist. Kuigi arusaadavalt on osakoormusega töötades

töötunde ja vahetut kontakti patsientidega vähem ning patsientide arv samuti väiksem, mis on seni olnud olulisteks riskiteguriteks läbipõlemise kujunemisel (Calzi jt 2006, González-Sánchez jt 2017, Bruschini jt 2018, Jàcome jt 2021). Osakoormusega töötamisel võis füsioterapeutidel olla rohkem vaba aega, mis on varasemalt olnud oluline tegur läbipõlemise kujunemisel (Lee jt 2021), kuid uurija ei saa välistada, et osakoormusega füsioterapeutid võisid samaaegselt õppida magistrantuuris või doktorantuuris, mistõttu ei saa järeldada vaba aja suuremat osakaalu. Üksnes täiskoormusega töötamine on läbipõlemise riskiteguriks, mistõttu võib 40-tunnine töönädal olla tervishoius ja sotsiaahoolekandes töötades liiga suur koormus, et pakkuda kvaliteetset teenust ja toetada spetsialistide tervist.

Rakendusliku kõrgharidusega füsioterapeutide hinnangud läbipõlemisele olid kõrgemad kui bakalaureusekraadiga füsioterapeutidel. Kui varasemalt on leitud, et kõrgem haridustase on läbipõlemise riskiteguriks (Pustulka-Piwnik jt 2014, Bejer jt 2019), siis uurimistöös see kinnitust ei leia. Pigem ilmneb erinevus sama haridustasemega füsioterapeutide hulgas, kuid kes on saanud erineva väljaõppe erinevates õppeasutustes. Samas peab nentima, et füsioteraapiaalase kõrghariduse võis hulk uuritavaid omandada välismaal (sh doktorantuuri), sest vastavat täpsustust ei uuritud taustaandmete kogumisel.

Töös ei leitud, et läbipõlemine sõltuks tööstaažist, töökohast või perekonnaseisust. Kuigi esmasel analüüsil ilmnes tööga seotud dimensioonis võimalik seos tööstaažiga, siis gruppide täpsustamisel see kinnitust ei leidnud. Eeldused dispersioonanalüüsiks olid täidetud, sest gruppide tulemuste hajuvus oli üsna sarnane, kuid gruppide jagunemine ebaproportsionaalne: kõrgeima tööstaaži grupi moodustas vaid viis uuritavat, mis muutis keerukaks normaaljaotuse hindamise histogrammi põhjal. Kuna varasemates uurimistöödes on tööstaaži grupe väga erinevalt moodustatud (Fischer jt 2013, Sliwinski jt 2014a, Nowakowska-Domagala jt 2015, Bejer jt 2019, Pniak jt 2021), siis dispersioonanalüüsi korral on määravaks, milliste intervallidega gruppide vahel seoseid otsitakse. Gruppide muutmisel muutuksid ka tulemused ning seal võib olla peidus mõni seos. Varasemalt on erinevaid seisukohti tööstaaži ja perekonnaseisu kohta, kuid tulemused toetavad varasemaid tulemusi, mille alusel läbipõlemine ei sõltu tööstaažist (Fischer jt 2013, Nowakowska-Domagala jt 2015) ega perekonnaseisust (Pustulka-Piwnik jt 2014). Kuigi läbipõlemisest on enim ohustatud avalikus sektoris või avalikus ja erasektoris samaaegselt töötavad füsioterapeutid (Pavlakis jt 2010, Pustulka-Piwnik jt 2014, Sliwinski jt 2014a, González-Sánchez jt 2017, Bejer jt 2019), siis see kinnitust ei leia.

Läbipõlemine võib ohustada nii algajat kui ka kogenud spetsialisti, olenemata perekonnaseisust või töökohast.

Tulemustes kajastus läbipõlemise dimensioonide omavaheline tugev seotus. Kõrged hinnangud läbipõlemisele isikliku elu dimensioonis kajastusid kõrgete hinnangutena läbipõlemisele ka tööga seotud dimensioonis ning vastupidi. Kõrged hinnangud läbipõlemisele tööga seotud dimensioonis kajastusid kõrgete hinnangutena läbipõlemisele ka patsientidega seotud dimensioonis. Sarnaste tulemusteni on jõutud füsioterapeutide, hambaarstide ja õdede hulgas (Winwood ja Winefield 2004, Jàcome jt 2021, Montgomery jt 2021). Läbipõlemist on reeglina seostatud tööga, kuid tulemustest lähtuvalt mõjutab tööga seotud läbipõlemine mitmeid valdkondi nagu on varasemalt mitmed autorid nentunud (Winwood ja Winefield 2004, Borritz jt 2006a, Mäkikangas jt 2012). Tulemused näitavad, et läbipõlemine on kompleksne ja mitmetahuline probleem ning töö- ja eraelu on omavahel paratamatult seotud. Sellist seotust ilmestab läbipõlemisele iseloomulike tunnuste avaldumine nii tööülesannete täitmisel ja patsientide või kolleegidega suhtlemisel kui ka eraelus ja lähissuhetes (Montero-Marin jt 2009, Sinisalu 2017, El-Menyar jt 2020, Engebretsen ja Bjorbækmo 2020). Seega toetades töö- ja pereelu ühitamist ning isikliku elu dimensioonis, võiksime saada parema toimetuleku paratamatute tööpingete ning inimestega töötamisel kaasneva väsimusega. Edaspidist uurimist vajaks tõdemus, miks on isikliku elu ja patsientidega seotud dimensioonid vähem omavahel seotud, justkui füsioterapeutid suudaks hoida isiklikku elu ja patsientidega töötamist eraldiseisvatena.

5.2. Eetilised aspektid

Uurimistöö läbiviimine on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteega, protokoll number 337T-11 (vt lisa 7). Enne korduskutsete saatmist teavitas uurija eetikakomiteed andmete kogumise perioodi muutusest ning tegi vastavad muudatused taotlusesse. Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik ning baseerus informeeritud nõusolekul. Uurimistöö kutses oli ülevaade uurimistöö eesmärgist, uuritavate kaasamise kriteeriumitest, andmete kogumise, säilitamise ja analüüsimise tingimustest, osalemise vabatahtlikkusest ja sellest loobumise tingimustest ning uurija kontaktandmed. Uurimistöös osalemise nõusolekuna käsitleti uuritava vastamist küsimustele ja vastuste esitamist. Uuritaval oli võimalik küsimustikku täita talle sobival ajal ja sobivas kohas ning kuni küsimustiku esitamiseni oli võimalik küsimustiku täitmine katkestada ning osalemisest loobuda. Pärast küsimustiku täitmist polnud võimalik andmeid andmebaasist eemaldamiseks tuvastada.

Andmeid koguti *LimeSurvey* platvormil, mis tagas, et kogutud andmed jäid TÜ serveritesse. Andmetele ligipääs oli ainult uurijal ning uuritava jaoks oli andmete konfidentsiaalsus tagatud kogu uurimistöö jooksul. Uurimistöö käigus ei kogutud isikustatud andmeid ning uurijal puudus ligipääs IP-aadressidele. Andmeanalüüsi käigus andmed grupeeriti ja tulemused esitati üldistatult. Uuritavatel oli võimalus kontakteeruda uurijaga täpsustavate küsimuste tekkimisel meili vahendusel, mis kajastus uurimistöös osalemise kutse, kuid ükski uuritav ei kontakteerunud uurijaga.

5.3. Uurimistöö võimalikud kitsaskohad

Ühe uurimistöö kitsaskohana võib välja tuua CBI küsimustiku kasutamist, mida on uurijale teadaolevalt kasutanud füsioterapeutide hulgas vaid Jàcome jt (2021). Tuginedes Lapa jt (2018) allikale, et küsimustik pole rangelt ametikohaspetsiifiline, siis sellest tulenevalt kaasas uurija teaduslikku tausta ja tulemuste võrdluse laiemalt tervishoiutöötajate hulgas läbiviidud uurimistulemusi CBI küsimustikuga. Töö iseloomult ja ülesannete seisukohast erinevad tervishoiutöötajad mitmeti, kuid töökeskkond ja patsiendid on sarnased ning isikliku elu dimensioon on eraldiseisev, mistõttu on osaliselt tulemuste võrdlemine füsioterapeutidega isikliku elu ja patsientidega seotud dimensioonis uurija seisukohal asjakohane, kuid tööga seotud dimensioonis ilmselt mitte.

Läbilõikeuuringu puhul on oluline ajaaken, millal andmeid kogutakse. Planeeritud uurimisplaanis oli kavandatud koguda andmeid ühe kuu jooksul, kuid tagasihoidliku uuritavate arvu tõttu oli uurija sunnitud koguma andmeid kahel erineval ajaperioodil. Sellest tulenevalt ei peegelda kirjeldatud tulemused samas ajaaknas kogutud andmeid, vaid kümnenädalase intervalliga. Metoodikast lähtuvalt ei mõõdetata põhjuslikkust ning töös esitatud seosed on statistilised, mistõttu ei saa järeldada, et mõni taustatunnus võiks põhjustada kõrgemat läbipõlemist.

Uurimistöö kitsaskohana võib käsitleda vähest uuritavate arvu ja hinnangulist vastamismäära, mistõttu tuleb suhtuda tulemuste üldistamisse kriitiliselt. Uuritavate tagasihoidlikku osavõttu võis uurija hinnangul mõjutada küsimustiku keel, veebipõhine küsimustik ja sihipärane valim. Kasutati ainult eestikeelset veebipõhist küsimustikku, kuid populatsioonis on esindatud mitmeid rahvuseid, kes võisid uurimistöös osalemisest loobuda ebakindluse tõttu. Veebipõhise küsimustiku kasutamise puudusteks võis kujuneda kehv internetiühendus, vähesed digipädevused või puuduv vahetu kontakt

uurijaga. Meetodi valiku kasuks otsustati mitmete eeliste tõttu: küsimustiku täitmisel valikuvabadus aja ja koha suhtes, vastuste saamine tagasihoidlikelt või ujedatelt inimestelt, võimalikult paljude uuritavateni jõudmine COVID-19 pandeemia olukorras, ökonoomsus ja vähene ajakulu. Sihipärase valimi meetodi rakendamisel lähtus uurija enda parimast teadmisest võimalike sihtgrupi koondumiste osas organisatsioonides ja sotsiaalmeedia gruppides, kuid see ei taga, et uurimistöö kutse jõudis kõigi potentsiaalsete uuritavateni. Lisaks ei oska uurija hinnata, mil määral võis tulemusi mõjutada uurimistööle eelnenud ja endiselt kestev COVID-19 pandeemia. Füsioterapeudid võisid olla tööga ülekoormatud ning uurimistöös osalemine ei olnud prioriteet.

Originaalküsimustiku ülesehitus võis mõjutada andmete kogumist ja piirväärtuse rakendamine tulemuste tõlgendamist. Kuna küsimustik koosnes järjestikku üsna sarnase sisuga küsimustest, millel olid samad vastusevariandid, siis uuritav võis hakata vastama monotoonset ja süvenemata. Küsimustiku ülesehitusel oleks küsimuste järjekorra muutmine juhuslikuks võinud vältida monotoonset vastamist ja saanud asjakohasemad hinnangud. Piirväärtuse rakendamine võis eksitada uurimistöö tulemuste tõlgendamist, sest piiripealseid tulemusi oli palju.

5.4. Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid

Uurimistöö tulemused juhivad tähelepanu füsioterapeutide töökeskkonna, erialaste väljakutsete, era- ja tööelu seotusele ning täiendavatele uurimisprobleemidele. Saadud tulemused aitavad mõista, millised väljakutsed ja tagajärjed kaasnevad füsioterapeutide töös spetsialistide endi vaatekohalt. Lisaks teadvustada laialdasemalt, et läbipõlemine ei ole seotud kõigest tööga, vaid sellel on kumulatiivne mõju erinevatele elualdkondadele.

Tulemused on rakendatavad füsioterapeutide, tööandjate ja õppeasutuste hulgas. Hinnangutele tuginedes on võimalik täiustada õppeasutuste õppekavasid erialase tööga kaasnevate raskustega toimetuleku arendamisel. Töötavatele füsioterapeutidele on võimalik planeerida koolitusi, mis suurendaks teadlikkust tööga kaasnevatest väljakutsetest ja võimalikust läbipõlemisest. Oluline on osata märgata läbipõlemisele viitavaid tunnuseid, teadvustada, missuguseks võivad kujuneda tagajärjed ning rõhutada nii vaimse ja füüsilise tervise kui ka töö ja puhkuse tasakaalu olulisust. Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande asutustel on kohustus tagada töötajatele tervist toetav töökeskkond ning psühholoogilise abi tagamine personalile oleks oluline meede vaimse tervise toetamiseks. Lisaks

tuleks pöörata rohkem tähelepanu füsioterapeutide töökoormusele ning töötada välja üheselt mõistetav ja praktikas lihtsasti rakendatav süsteem, mis lähtuks patsientide tervislikust seisundist ja teraapiate eesmärgist. Paindlike töögraafikute loomine ja osakoormusega töötamise võimaldamine soodustaks töö- ja pereelu ühitamist ning toetaks füüsilist tervist.

Uurimistöö käigus ilmnes vajadus tuvastada asjakohane mõõdik läbipõlemise hindamiseks ning hinnata eestikeelse mõõdiku valiidsust ja reliaablust. Mõõdikuid ja dimensioone on uurimistöodes kasutatud väga palju erinevaid, mis muudab keeruliseks tulemuste võrdlemised, mistõttu on asjakohane *läbipõlemise* mõisteanalüüsi teostamiseks ja selle põhjal korrigeerida vajadusel mõõdikuid. Siis võiks tekkida ka diagnoosimise võimalus. Kindlasti ilmneb vajadus uurida süvitsi, missuguseid meetmeid rakendaks füsioterapeudid ise läbipõlemise ennetamisel või leevendamisel ning milline on füsioterapeutide ja tervishoiutöötajate teadlikkus läbipõlemisest. Uuriija seisukohal oleks huvitav korrata uurimistööd tulevikus ning võrrelda tulemusi dünaamikas, sest nähtus on ajas muutuv.

6. JÄRELDUSED

Eesti tervishoius ja sotsiaaltoetuskandades töötavad füsioterapeudid hindasid enda läbipõlemist mõõdukaks või kõrgeks, eriti isikliku elu ja tööga seotud dimensioonis. Läbipõlemist hinnati madalamaks patsientidega seotud dimensioonis. Hoolimata sellest, et füsioterapeudid hindasid enda füüsilist tervist tugevaks ning patsientidega töötamine frustreris neid harva, kirjeldasid nad tööga seoses emotsionaalset kurnatust ja füüsilist väsimust ning tundsid, et annavad endast tööl rohkem kui vastu saavad.

Füsioterapeutide läbipõlemine on multidimensionaalne, ajas muutuv ja kompleksne nähtus, mis ei seostu ainult töö ja patsientidega, vaid ka isikliku eluga. Läbipõlemise erinevad dimensioonid on omavahel seotud ning mitmetahulisele nähtusele omaselt ei ole läbipõlemisel üheseid riskitegureid. Uurimistöö tulemuste põhjal võib läbipõlemine ohustada rohkem naissoost, rakendusliku kõrgharidusega ning täiskoormusega töötavaid füsioterapeute. Nähtuse terviklikuma ülevaate saamiseks ja sellega seotud tegurite põhjalikumaks mõistmiseks on vaja järjepidevat uurimist.

KASUTATUD KIRJANDUS

Ahlsten, B., Mengshoel, A. M., Bondevik, H., Engebretsen, E. (2017). Physiotherapists as detectives: investigating clues and plots in the clinical encounter. *Journal of Medical Humanities*, 0: 1-6. DOI: 10.1136/medhum-2017-011229

Bejer, A., Domka-Jopek, E., Probachta, M., Lenart-Domka, E., Wojnar, J. (2019). Burnout syndrome in physiotherapists working in the Podkarpackie province in Poland. *WORK*, 64(4): 809-815.

Bianchi, R., Schonfeld, I. S., Laurent, E. (2015). Burnout: Absence of binding diagnostic criteria hampers prevalence estimates. *International Journal of Nursing Studies*, 52: 789-790.

Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, J. B., Villadsen, E., Mikkelsen, O. A., Kristensen, T. S. (2006a). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34: 49-58.

Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K. B., Villadsen, E., Kristensen, T. S. (2006b). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63: 98-106.

Bruschini, M., Carli, A., Burla, F. (2018). Burnout and work-related stress in Italian rehabilitation professionals: A comparison of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists. *WORK*, 59(1): 121-129.

Burn-out an „occupational phenomenon“: International Classification of Diseases. (2019). Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organization) kodulehekül. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ (26.04.2022).

Burns, N., Grove, S. K. (2010). Understanding Nursing Research. Building and Evidence-Based Practice (5th ed). Elsevier Saunders, Maryland.

(järgneb)

Calzi, S. L., Farinelli, M., Ercolani, M., Allianti, M., Manigrasso, V., Taroni, A. M. (2006). Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. *Edizioni Minerva Medica*, 42: 27-36.

Carmona-Barrientos, I., Gala-Lèon, F. J., Lupiani-Giménez, M., Cruz-Barrientos, A., Lucena-Anton, D., Moral-Munoz, J. A. (2020). Occupational stress and burnout among physiotherapists: a cross-sectional survey in Cadiz (Spain). *Human Resources for Health*, 18: 91.

Corrado, B., Ciardi, G., Fortunato, L., Immarrone, C. S. (2019). Burnout syndrome among Italian physiotherapists: a cross-sectional study. *European Journal of Physiotherapy*, 21(4): 240-245.

Creedy, D. K., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J., Fenwick, J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17: 13.

Darabont, V. A., Darabont, D. C. (2021). Considerations on Ergonomic Issues in Physiotherapy Activity. *MATEC Web of Conferences*, 343: 10004.

Eesti tööturg täna ja homme 2019-2027. Ülevaade Eesti tööturu olukorrast, tööjõuvajadusest ning sellest tulenevast koolitusvajadusest. (2020). Tööjõuvajaduse seire- ja prognoosisüsteem OSKA koduleheküljel. https://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2020/05/T%C3%B6%C3%B6j%C3%B5uprognosis-2019_2027_terviktekst.pdf (21.02.2022).

El-Menyar, A., Ibrahim, W. H., Ansari, W. E., Gomaa, M., Sathian, B., Hssain, A. A., Wahlen, B., Nabir, S., Al-Thani, H. (2020). Characteristics and predictors of burnout among healthcare professionals: a cross-sectional study in two tertiary hospitals. *Postgraduate Medical Journal*, 0: 1-7.

Engelbrechtsen, K. M., Bjorbækmo, W. S. (2020). Burned out or “just” depressed? An existential phenomenological exploration of burnout. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26: 439-446.

(järgneb)

Fischer, M., Mitsche, M., Endler, P., Mesenholl-Strehler, E., Lothaller, H., Roth, R. (2013). Burnout in physiotherapists: Use of clinical supervision and desire for emotional closeness or distance to clients. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 20(11): 550-558.

Freimann, T., Merisalu, E. (2015). Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(5): 447-52.

French, H. P., Galvin, R. (2017). Physiotherapy managers' views of musculoskeletal physiotherapy service provision in Ireland: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 1-11. DOI: 10.1017/S1463423617000469

Freudenberger, H. J. (1989). Burnout: Past, present, and future concerns. *Loss Grief Care*, 3: 1-10.

González-Sánchez, B., López-Arza, M. V. G., Montanero-Fernández, J., Varela-Donoso, E., Rodríguez-Mansilla, J., Mingote-Adán, J. C. (2017). Burnout syndrome prevalence in physiotherapists. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 63(4): 361-365.

Gray, J., Grove, S. K., Sutherland, S. (2017). Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence, 8th edition. Saunders, USA.

Healthcare: Professional practice rights. (2020). Soome Tervishoiuameti (Valvira) kodulehekül. https://www.valvira.fi/web/en/healthcare/professional_practice_rights (26.03.2022).

Hildingsson, I., Westlund, K., Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4: 87-91.

Jàcome, C., Seixas, A., Serrão, C., Teixeira, A., Castro, L., Duarte, I. (2021). Burnout in Portuguese physiotherapists during COVID-19 pandemic. *Physiotherapy Research International*, e1915. DOI: 10.1002/pri.1915.

(järgneb)

Jonsdottir, I. H., Dahlman, A. S. (2019). Endocrine and immunological aspects of burnout: a narrative review. *European Journal of Endocrinology*, 180: 147-158.

Kaschka, W. P., Korczak, D. Broich, K. (2011). Burnout: A Fashionable Diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(46): 781-787.

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3): 192-207.

Kutsestandardid: Füsioterapeut tase 7.
<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10670863> (26.04.2022).

Lapa, T., Carvalho, S., Viana, J., Ferreira, P. L., Pinto-Gouveia, J., Cabete, A. B. (2018). Development and Evaluation of a Global Burnout Index Derived from the Use of the Copenhagen Burnout Inventory in Portuguese Physicians. *Acta Medica Portuguesa*, 31(10): 534-541.

Lee, S.-J., Jung, S. I., Kim, M.-G., Park, E., Kim, A.-R., Kim, C. H., Hwang, J.-M., Jung, T.-D. (2021). The Influencing Factors of Gender Differences on Mental Burdens in Young Physiotherapists and Occupational Therapists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18: 2858.

Leedu tervishoiutöötajate register. (2022). Leedu riikliku tervishoiutegevuse akrediteerimisteenistuse (VASPVT) kodulehekül. <https://licencijavimas.vaspvt.gov.lt/License/PublicSpecialistIndex> (26.03.2022).

Lyndon, A. (2015). Burnout Among Health Professionals and Its Effect on Patient Safety. Patient Safety Network kodulehekül. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/burnout-among-health-professionals-and-its-effect-patient-safety> (03.04.2022).

Mahmoudi, S., Barkhordari-Sharifabad, M., Pishgooie, A.-H. (2020). Burnout among Iranian nurses: a national survey. *BMC Nursing*, 19: 69.

(järgneb)

Maiste, K. (2005). Läbipõlemissündroomi hindamine Eestis klienditööd tegevatel inimestel instrumentide CBI ja MBI-D abil. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Maslach, C., Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15: 103–11.

Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., Mosquera Mera, D., Lopez del Hoyo, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4: 31.

Montgomery, A. P., Azuero, A., Patrician, P. A. (2021). Psychometric properties of Copenhagen Burnout Inventory among nurses. *Research in Nursing & Health*, 44: 308-318.

Mägi, K. (2018). Läbipõlemise seos juhi suhtes tajutud usaldusega Eesti arstide seas. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Mäkikangas, A., Feldt, T., Kinnunen, U., Tolvanen, A. (2012). Do low burnout and high work engagement always go hand in hand? Investigation of the energy and identification dimensions in longitudinal data. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(1): 93-116.

Niemi, R., Roos, M., Harmoinen, M., Partanen, K., Suominen, T. (2018). Appreciative management assessed by physiotherapists working in public or private sector: A cross-sectional study. *Physiotherapy Research International*, e1724, DOI: 10.1002/pri.1724.

Nowakowska-Domagala, K., Jablkowska-Gorecka, K., Kostrzanowska-Jarmakowska, L., Morton, M., Stecz, P. (2015). The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Study. *Medicine*, 94(24): 906.

Pavlakakis, A., Raftopoulos, V., Theodorou, M. (2010). Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Services Research*, 10: 63.

(järgneb)

Pieniazek, M., Manko, G., Skupien, J. (2017). Physiotherapist's work at the Oncological Ward – stress and professional burnout. *Medical Rehabilitation*, 21(3): 35-42.

Pniak, B., Leszczak, J., Adamczyk, M., Rusek, W., Matłosz, P., Guzik, A. (2021). Occupational burnout among active physiotherapists working in clinical hospitals during COVID-19 pandemic in south-eastern Poland. *WORK*, 68: 285-295.

Polit, D. F., Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Research: appraising evidence for nursing practice* 7th Edition. Wolters Kluwer, Philadelphia.

Pustulka-Piwnik, U., Ryn, Z. J., Krzywoszanski, L., Stozek, J. (2014). Burnout syndrome in physical therapists – demographic and organizational factors. *Medycyna Pracy*, 65(4): 453-462.

Rahvastiku Tervise Arengukava 2020-2030. (2021). Sotsiaalministeeriumi kodulehekül. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf (01.12.2021).

Registration of treatment and support persons. (2020). Lāti terviseinspektsiooni kodulehekül. <https://www.vi.gov.lv/lv/arstniecibas-un-atbalsta-personu-registracija> (26.03.2022).

Reynolds, M., McCombie, A., Jeffrey, M., Mulder, R., Frizelle, F. (2021). Impact of burnout on empathy. *The New Zealand Medical Journal*, 134(1530): 12-20.

Rogan, S., Verhavert, Y., Zinzen, E., Rey, F., Scherer, A., Luijckx, E. (2019). Risk factor and symptoms of burnout in physiotherapists in the canton of Bern. *Archives of Physiotherapy*, 9: 19.

Schonfeld, I. S., Bianchi, R. (2016). Burnout and Depression: Two Entities or One? *Journal of Clinical Psychology*, 72(1): 22-37.

Seppo, I., Järve, J., Kallaste, E., Kraut, L., Voitka, M. (2010). Psühhosotsiaalsete riskide levik Eestis. CENTAR Eesti Rakendusuurigute Keskus. http://centar.ee/pdf/ee/2010_Psuhhosotsiaalsete_riskide_levik_Eestis.pdf (03.05.2022).

(järgneb)

Sinisalu, V. (2017). Arstide läbipõlemine – enamat tähelepanu vääriv probleem. *Eesti Arst*, 96(8): 486-487.

Sliwinski, Z., Starczynska, M., Kotela, I., Kowalski, T., Krys-Noszczyk, K., Lietz-Kijak, D., Kijak, E., Makara-Studzinska, M. (2014a). Burnout among physiotherapists and length of service. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(2): 224-235.

Sliwinski, Z., Starczynska, M., Kotela, I., Kowalski, T., Krys-Noszczyk, K., Lietz-Kijak, D., Kijak, E., Makara-Studzinska, M. (2014b). Life satisfaction and risk of burnout among men and women working as physiotherapists. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(3): 400-412.

Suur, K. (2012). Tööst tulenevad terviseriskid kiirabis töötavate õdede tervisele ja terviseriskide ennetamismeetmed. Lõputöö. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Tallinn.

Tawfik, D. S., Scheid, A., Profit, J., Shanafelt, T., Trockel, M., Adair, K. C., Sexton, J. B., Ioannidis, P. A. (2019). Evidence relating health care provider burnout and quality of care a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 171(8): 555-567.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (RT I 2001, 50, 284; RT I, 18.06.2021, 1).

Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: TERVISHOID. (2017). Tööjõuvajaduse seire- ja prognoosisüsteem OSKA kodulehekül. <https://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/tervishoiu-uuringu-1%C3%BChiversioon.pdf> (26.04.2022).

Töökeskonna vaimse tervise analüüs. (2019). Sotsiaalministeeriumi kodulehekül. https://www.sm.ee/sites/default/files/tookeskkonna_vaimse_tervise_analuus_2019.pdf (26.04.2022).

Walton, D. M. (2020). Physiotherapists' Perspectives on the Threats Facing Their Profession in the Areas of Leadership, Burnout, and Branding: A Pan-Canadian Perspective from the Physio Moves Canada Project, Part 3. *Physiotherapy Canada*, 72(1): 43-51.

(järgneb)

Weber, A., Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50(7): 512-517.

Wilski, M., Chmielewski, B., Tomczak, M. (2015). Work Locus of Control and Burnout in Polish Physiotherapists: The Mediating Effect of Coping Styles. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(5): 875-889.

Winwood, P., Winefield, A. H. (2004). Comparing Two Measures of Burnout Among Dentists in Australia. *International Journal of Stress Management*, 11: 282-289.

Young, J. M., Solomon, M. J. (2009). How to critically appraise an article. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 6(2): 82-91.

LISAD

Lisa 1. Kutse uurimistöös osalemiseks

LUGUPEETUD FÜSIOTERAPEUT!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli üliõpilane Christi Ojaste ja kutsun Teid osalema uurimistöös **Läbipõlemise dimensioonide tajumine tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavate füsioterapeutide hulgas – läbilõikeuuring**, mille eesmärgiks on kirjeldada tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavate füsioterapeutide tajutavat läbipõlemist ning selgitada seoseid taustaandmetega. Teadmised füsioterapeutide tajutud läbipõlemisest annaks vajalikku informatsiooni, et kavandada strateegiaid töökeskkonna ja teenuste kvaliteedi parendamiseks ning füsioterapeutide vaimse tervise edendamiseks. Olete oodatud uurimistöös osalema, kui töotate Eesti tervishoius või sotsiaalhoolekandes füsioterapeudina (v. a. lapsehoolduspuhkusel viibides) ning eestikeelse küsimustiku täitmine on jõukohane.

Osalemiseks palun Teil täita 25st valikvastustega küsimusest koosnev elektroonne küsimustik, millele kulub ~5-10 minutit. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik ning võite selle katkestada mis tahes hetkel kuni oma vastuste esitamiseni. Küsimustik ja kogutud andmed asuvad turvalises keskkonnas Tartu Ülikooli serveris, neile on ligipääs ainult uurimistöö läbiviijal. Teie isiku identifitseerimist võimaldavaid andmeid ei koguta ning Teile on tagatud konfidentsiaalsus kõigis uurimistöö etappides. Kogutud andmeid kasutatakse ja esitatakse üldistatud kujul magistritöös, mille kaitsmine toimub kevadel 2022. aastal ning teaduspublikatsioonis hiljemalt kevadel 2024. aastal. Tulemustega on võimalik tutvuda veebikeskkonnas DSpace peale töö kaitsmist ning publitseerimist hiljemalt juunis 2024. aastal. Küsimustiku täitmisega annate loa kasutada andmeid magistritöö ja teaduspublikatsiooni koostamiseks. Küsimustikule on võimalik vastata kuni **30.04.2021 / 15.08.2021**. Küsimustiku täitmiseks avage [link](#). Uurimistööd puudutavate küsimuste puhul kirjutage uurimistöö läbiviijale meiliaadressil christi.ojaste@mail.ee. Tänan Teid osalemast ja olen tänulik, kui jagate uurimistöö kutset oma kolleegidega.

Christi Ojaste

Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli magistrant

christi.ojaste@mail.ee

Lisa 2. Eestikeelne CBI küsimustik

Läbipõlemise isikliku elu dimensioon - inimese füüsilise ja psühholoogilise väsimuse ja kurnatuse määr.

1. Kui sageli Te tunnete ennast väsinuna?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

2. Kui sageli olete Te füüsiliselt kurnatud?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

3. Kui sageli olete Te emotsionaalselt kurnatud?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

4. Kui tihti Te mõtlete, et “ma ei suuda seda enam taluda...”?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

5. Kui tihti Te tunnete ennast täiesti kurnatuna?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

6. Kui sageli Te tunnete ennast nõrga ja haigustele vastuvõtlikuna?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

(järgneb)

Läbipõlemise tööga seotud dimensioon - inimese füüsilise ja psühholoogilise väsimuse ja kurnatuse määr, mida inimene tajub seotuna oma tööga.

7. Kas Te tunnete ennast tööpäeva lõpus „puruväsinuna“?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

8. Kas Te tunnete juba hommikul kurnatust, mõeldes algava tööpäeva peale?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

9. Kas tunnete, et iga tund tööl on Teie jaoks väsitav?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

10. Kas Teil on piisavalt energiat, et veeta pere ja sõpradega vaba aega?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

11. Kas Teie töö on emotsionaalselt kurnav?

Väga kõrgel määral	Kõrgel määral	Mõningal määral	Madalal määral	Väga madalal määral

12. Kas Teie töö tekitab Teis frustratsiooni?

Väga kõrgel määral	Kõrgel määral	Mõningal määral	Madalal määral	Väga madalal määral

13. Kas Te tunnete end töö tõttu läbi põlenuna?

Väga kõrgel määral	Kõrgel määral	Mõningal määral	Madalal määral	Väga madalal määral

(järgneb)

Läbipõlemise patsientidega seotud dimensioon - inimese füüsilise ja psühholoogilise väsimuse ja kurnatuse määr, mida inimene tajub seotuna patsientidega.

14. Kas tunnete, et patsientidega töötamine on Teie jaoks raske?

Väga kõrgel määral	Kõrgel määral	Mõningal määral	Madalal määral	Väga madalal määral

15. Kas tunnete, et patsientidega töötamine tõmbab Teid energiast tühjaks?

Väga kõrgel määral	Kõrgel määral	Mõningal määral	Madalal määral	Väga madalal määral

16. Kas patsientidega töötamine on Teie jaoks frustreeriv?

Väga kõrgel määral	Kõrgel määral	Mõningal määral	Madalal määral	Väga madalal määral

17. Kas Te tunnete patsientidega töötades, et annate endast rohkem ära kui vastu saate?

Väga kõrgel määral	Kõrgel määral	Mõningal määral	Madalal määral	Väga madalal määral

18. Kas Te olete väsinud patsientidega töötamast?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

19. Kas Te mõtlete aeg-ajalt, et ei tea kui kaua Te veel patsientidega töötada suudate?

Alati	Sageli	Mõnikord	Harva	Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi

Lisa 3. Taustaandmete küsimused

Kas Te olete ...?

- naine
- mees

Milline on Teie perekonnaseis?

- abielus või stabiilses kooselus
- vallaline
- lahutatud või lesk
- muu

Milline on Teie haridustase?

- rakenduslik kõrgharidus füsioteraapia erialal
- bakalaureusekraad füsioteraapia erialal
- magistrikraad füsioteraapia erialal
- muu

Milline on Teie töösuhe hetkel?

- töötan avalikus sektoris füsioterapeudina
- töötan erasektoris füsioterapeudina
- töötan nii avalikus kui erasektoris füsioterapeudina
- muu

Milline on Teie töökoormus?

- täiskoormusega
- osalise koormusega
- rohkem kui täiskoormusega
- muu

Milline on Teie tööstaaž füsioterapeudina?

- kuni 5 aastat
- 6-10 aastat
- 11-20 aastat
- 21-30 aastat
- > 30 aastat

Lisa 4. Eestikeelse CBI küsimustiku autori nõusolek küsimustiku kasutamiseks

Kellelt: Christi Ojaste	
Kellele: [redacted]	K, 8 juuli, 13:55

Tere!

Kirjutan seoses magistritööga, mis on meil mõlemal seotud läbipõlemisega. Olen nüüd siis juba 2. aasta üliõpilane õendusteaduse magistrantuuris ning plaanin magistritöös uurida Eesti füsioterapeutide seas läbipõlemise esinemist. Algsest pöördusin Janne poole juhendamiseks, kuid tal niigi palju juba juhendatavaid ja siis sai minu põhijuhendajaks Gerli Usberg ja kaasjuhendajaks on nõusolek vaimse õe erialaga seotud Margit Lenk-Adusoolt. Janne ja Gerli on omavahel suhelnud ja seetõttu olen ka kursis, et sul on plaanis kasutada oma magistritöös Kopenhaageni mõddikut. Oled selle kasutamiseks loa küsinud originaalautorilt ja selle eesti keeldegi tõlkinud.

Minul oleks selline palve, et kas mul oleks võimalik samuti seda küsimustikku kasutada enda uurimustöös? Juhendajatega vesteldes on selgunud, et kui me kasutaksime oma töödes sarnast metoodikat, siis oleks hiljem võimalik meie tööd suuremaks tööks kombineerida ja isegi publitseerida. Mida sina sellest arvaksid?

Ilusat suve soovides

Christi Ojaste

Kellelt: Hanna Aru	
Kellele: Christi Ojaste	N, 3 sept, 20:2

Tere!

Esmalt vabandused, et vastamine on viibinud - esimest kirja ma ei saanud kätte ning see suundus otse rämpsposti ning hetkel olen akadeemilisel puhkusel ja vähem kui kuu vanuse lapse ema, seega on mu prioriteedid mujal.

Teema on väga oluline uurida kõigis tervishoiu valdkondades ja tore, et sellise valiku olete teinud. Minu magistritöö kavand on kinnitatud ning kasutan tööpoolest CBI mõddikut. Ise olen teinud suure töö mõddikute uurimisel, kui selgus, et MBI mõddikut Eestis kasutada ei ole võimalik. Õnneks on CBI sama vallidne ja usaldusväärne vahend antud teema uurimiseks.

Kuna meie eesmärk on ühine - panustada õenduse ja tervishoiu arengusse ja teha väärt uurimistööd, siis muldugi võite kasutada juba minu poolt tõlgitud mõddikut (tõlkeõigsuse taotlus ei ole kinnitatud). Loa olemuse osas peaks kontakteeruma õppejõududega - esiteks on CBI näol tegu vabakasutuses oleva mõddikuga. Ja luba mille mina originaalautorilt lõpuks sain, on pigem selline üldine - see pole mulle isikuliselt ning temale ei pea saatma kooskõlastust vms. Ühesõnaga selle küsimuse osas ma kontakteeruksin õppejõududega, võib-olla ei mõistnud ma teie mõtet täpselt.

Ma saadan teile homse päeva jooksul manusena mõddiku, autori loa ja enda tõike.

Heaga
Hanna-Stina Aru

Lisa 5. Küsimustiku originaalautori Tage Søndergård Kristenseni kinnitus küsimustiku avaliku ja tasuta kasutamise kohta

Den 11. nov. 2019 kl. 20.13 skrev Hanna Aru

Dear Tage S. Kristensen!

My name is Hanna-Stina Aru and I am Master's student of Nursing Sciences in Tartu University, Estonia. In my Master's thesis I would like to explore prevalence of burnout among Estonian nurses and what kind of factors affect it's prevalence. In Estonia we have "chronic" lack of nurses and we can't lose some more to "burnout". Therefore prevalence of burnout among Estonian nurses is very important to explore.

Copenhagen burnout inventory is valid, reliable and has been used to measure burnout. In my thesis I would like to use this questionnaire. I am kindly asking your permission to get CBI and to translate it into Estonian language, then use questionnaire in my thesis. While using questionnaire copyright stipulations will be followed including the obligation to make known source of the questionnaire.

If you have any questions about my research then I am more than happy to answer them.

Kind regards!

Sincerely
Hanna-Stina Aru
Department of Nursing Science
Institute of Family Medicine and Public Health
Faculty of Medicine
University of Tartu

Tage Søndergaard Kristensen.

Saaja: Hanna Aru

Dear Hana Aru,

The CBI is in public domain and free to be used by all researchers.

Good luck with your research.

Tage S Kristensen
Task-Consult



Tage Søndergaard Kristensen

Saaja: Hanna Aru

Dear colleague,

Thank you for your mail and for your interest in the CBI.

I enclose some material for your information.

If you need further information, please let me know.

Best,

Tage S Kristensen
Task-Consult



**Lisa 6. Küsimustiku originaalautori Tage Søndergård Kristenseni täpsustav informatsioon
küsimustiku kasutamise kohta**

Copenhagen Burnout Inventory

The three scales and the scoring system

All items are scored from 0 to 100 with five response options.

The respondent is scored as a non-responder if less than half of the questions in a scale are answered.

Personal burnout

Personal burnout is “the degree of physical and psychological fatigue and exhaustion experienced by the person”

The dimension is measured with the following items:

How often do you feel tired?

How often are you physically exhausted?

How often are you emotionally exhausted?

How often do you think: ”I can’t take it anymore”?

How often do you feel worn out?

How often do you feel weak and susceptible to illness?

Response options: Always (100), Often (75), Sometimes (50), Seldom (25), Never/almost never (0).

Work-related burnout

Work-related burnout is “the degree of physical and psychological fatigue and exhaustion that is perceived by the person as related to his/her work”

The dimension is measured with the following items:

Do you feel worn out at the end of the working day? *

Are you exhausted in the morning at the thought of another day at work? *

Do you feel that every working hour is tiring for you? *

Do you have enough energy for family and friends during leisure time? * (Reversed scoring).

Is your work emotionally exhausting? **

Does your work frustrate you? **

Do you feel burnt out because of your work? **

(järgneb)

* Response options: Always (100), Often (75), Sometimes (50), Seldom (25), Never/almost never (0).

** Response options: To a very high degree (100), To a high degree (75), Somewhat (50), To a low degree (25), To a very low degree (0).

Client-related burnout

Client-related burnout is “the degree of physical and psychological fatigue and exhaustion that is perceived by the person as related to his/her work with clients”

(This scale is relevant for employees who do ”people work”. Depending on context the word ”client” may be replaced with customer, patient, student, resident, inmate, etc.).

The dimension is measured with the following items:

Do you find it hard to work with clients? **

Does it drain your energy to work with clients? **

Do you find it frustrating to work with clients? **

Do you feel that you give more than you get back when you work with clients? **

Are you tired of working with clients? *

Do you sometimes wonder how long you will be able to continue working with clients? *

* Response options: Always (100), Often (75), Sometimes (50), Seldom (25), Never/almost never (0).

** Response options: To a very high degree (100), To a high degree (75), Somewhat (50), To a low degree (25), To a very low degree (0).

Presenting the questions in the questionnaire

It is usually a good idea to mix the questions in order to avoid stereotype answers. If possible, the questions should also be mixed with questions on other topics such as stress, sleep, health, pain etc. (Providing that the questions have the same response options).

Using all three scales?

It is fine to use only one or two of the scales in a particular study. This depends on the purpose of the study and on the study population. If (part of) the study population does not work, only the scale on personal burnout can be used. If (part of) the study population does not work with clients, only the two scales on personal and work-related burnout can be used.

(järgneb)

Please note that it is a misunderstanding to "test" the items with factor analysis or similar statistical methods. The three scales are constructed in order to be used in different contexts and to measure different concepts – not to form three independent scales in any given population.

One overall scale on burnout?

Some researchers have combined the three CBI scales into one overall scale for burnout. This is a misunderstanding. The three scales are separate scales and should be used independently. If an overall scale for burnout is needed, the scale on Personal Burnout should be used.

Cut-points?

Burnout is not a disease but an individual state and a matter of degree from complete exhaustion to complete vitality. Therefore, it makes little sense to use a cut-point with the purpose of distinguishing between persons with and without burnout. A cut-point always results in a loss of information, which is not desirable in research.

In some cases, colleagues find it necessary to use a cut-point in order to make results more easily understood by non-research target groups. For instance, a cut-point of 50 points has been used in Denmark and other countries in order to identify a group with "high burnout".

Normal scores?

We have an overview of CBI scores in several different populations and job groups*. We do not, however, have overall normative values based on representative samples in different countries or populations. Such studies would be very valuable.

In Denmark, the average score for personal burnout is approx. 32 points for working adults. For adults outside the labor market, the average score is approx. 37 points.

In the PUMA study of employees doing "people work" in hospitals, home care, and prisons the average scores were 36 points for personal burnout, 33 points for work-related burnout, and 31 points for client-related burnout. The proportions with scores of 50 points or more were 22%, 20% and 16% respectively.

Lisa 7. Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee kooskõlastus

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 337/T-11

koosolek: 15.03.2021

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiinieetika nooremlektor

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Diva Ensoo Tervise Arengu Instituut, analüütik
Margit Jäätma Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik
Katrín Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht
Annika Kask Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant
Kalle Kisand Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimediitsiini professor
Piret Koosa Eesti Rahva Muuseum, teadur
Malle Kuum Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Martin Mooses Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor
Marje Oona Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja
Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor
Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent
Atko-Sulhan Remmel Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute kaasprofessor

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus eesti keeles: Läbipõlemise dimensioonide tajumine Eestis töötavate füsioterapeutide hulgas - läbilõikeuuring

Vastutavad uurijad (asutused):

Gerli Usberg (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, L. Puusepa 1a, 50406, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt
2. Lisa 1. Vastutava uurija CV (G. Usberg)
3. Lisa 2. Kaastöötaja CV (C. Ojaste)
4. Lisa 3. Kutse uurimistöös osalemiseks
5. Lisa 4. Taustinformatsiooni küsimused
6. Lisa 5. Eestikeelne Kopenhaageni Läbipõlemise Küsimustik (Copenhagen Burnout Inventory, CBI)
7. Lisa 6. Eestikeelse CBI küsimustiku autori nõusolek küsimustiku kasutamiseks
8. Lisa 7. Küsimustiku originaalautori Tage Sondergård Kristenseni kinnitus küsimustiku

Tartu Ülikool
grandikeskus
Raekoja plats 9
51004 Tartu

tel 737 6215
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

(järgneb)

- avaliku ja tasuta kasutamise kohta
9. Lisa 8. Küsimustiku originaalautori Tage Søndergård Kristenseni täpsustav informatsioon küsimustiku kasutamise kohta

Uurimistöö lõpp: 30.06.2022

Komitee esimees: Aime Keis */allkirjastatud digitaalselt/*

Komitee sekretär: Kaire Kallak */allkirjastatud digitaalselt/*

Väljastatud: */viimase digitaalallkirja kuupäev/*