

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduste õppetool

Grete Tamm

**LÄBIPÕLEMISE ESINEMINE EESTI ÄMMAEMANDATE SEAS NING SELLEGA
SEOTUD TEGURID – LÄBILÕIKEUURING**

Magistritöö

Tartu 2023

Vastutav juhendaja: Janne Kommusaar, MSc (õendusteadus)

Juhendaja: Käthlin Vahtel, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Ene Indermitte, PhD (loodusgeograafia)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 03.05.2023.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Grete Tamm,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Läbipõlemise esinemine Eesti ämmaemandate seas ning sellega seotud tegurid – läbilõikeuuring“, mille juhendajad on Janne Kommusaar ja Käthlin Vahtel, reprodutseerimiseks 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 veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commonsi 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 01.07.2024, 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.

Grete Tamm

03.05.2023

KOKKUVÕTE

Läbipõlemise esinemine Eesti ämmaemandate seas ning sellega seotud tegurid – läbilõikeuring

Läbipõlemine on kurnatusseisund, mis on tekkinud pikaajalisest haldamata tööstressist, ning mis mõjutab nii inimese enda heaolu kui ka tehtava töö kvaliteeti. Läbipõlemise laialdane levik viitab probleemidele töökeskkonnas ning võib viia tööjõupuuduseni. Arvestades ämmaemandate töö eripärasid, on nad ohustatud läbipõlemisest, mida kinnitavad varem mujal maailmas läbiviidud uurimistööd.

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada läbipõlemise levimust Eesti ämmaemandate seas ning sellega seotud sotsiaaldemograafilisi ja tööalaseid tegureid. Läbipõlemise leviku ja seotud tegurite teadmine on oluline vähendamaks selle edasist levikut ning tööjõu lahkumist. See on omakorda vajalik püsiva ja kvaliteetse ämmaemandusteenuse pakkumiseks.

Andmeid koguti kvantitatiivselt veebipõhise küsimustikuga suvel 2022 ning osalema olid oodatud kõik töötavad ämmaemandad ja abiämmaemandad. Läbipõlemise leviku tuvastamiseks kasutati Kopenhaageni läbipõlemise küsimustikku koos taustandmete küsimustega. Andmete analüüsimiseks kasutati kirjeldavaid statistikuid ning hii-ruut testi, t-testi, ANOVA dispersioonianalüüsi ning logistilise regressiooni mudelit.

Uurimistöö tulemustest selgus, et läbipõlemine on Eesti ämmaemandate seas mõõdukalt kuni laialdaselt levinud. Seos läbipõlemisega esines seitsmel sotsiaaldemograafilisel teguril, kus olulisemateks osutusid noorem vanus, emakeel ning laste olemasolu. Ühtlasi tuvastati 18 tööalast tegurit, millel oli seos läbipõlemise esinemisega. Läbipõlemisega olid oluliselt seotud rahulolu erinevate tööalaste aspektidega, lühem tööstaaž ja regulaarne ületunnitöö.

Läbipõlemise levik Eestis ning sellega seotud tegurid on sarnased varem läbiviidud uurimistöödega. On oluline, et praegusest enam pöörataks tähelepanu ämmaemandate töökeskkonna ja töötingimuste parandamisele. Edasist uurimist vajavad nii ämmaemandate heaolu pikaajalisemalt kui ka läbipõlemise mõju ämmaemandusabi kvaliteedile.

Märksõnad: ämmaemandad, läbipõlemine, seotud tegurid, läbilõikeuring

SUMMARY

Burnout among Estonian midwives and factors related to it – a cross-sectional study

Burnout is a state of exhaustion that is caused by long-term unmanaged work-related stress and that affects both the person's own wellbeing and the quality of work performed. The widespread occurrence of burnout is a sign of problems in work environment and can lead to a lack of workforce. Midwives, bearing in mind the specificities of their work, are at risk of burnout, which has also been confirmed by previous research conducted elsewhere in the world.

The aim of this study is to give an overview of the spread of burnout among Estonian midwives and the related socio-demographic and work-related factors. Knowledge about the spread of burnout and the factors related to it is important to limit its further spread and workforce leaving jobs. This in turn is necessary to offer uninterrupted and good quality midwifery services.

The data used was collected by an online quantitative questionnaire during summer 2022 and participation was open to all employed midwives and midwife assistants. To determine spread of burnout, the Copenhagen Burnout Inventory along with background questions was used. Data was analysed using descriptive statistics as well as the chi-square test, t-test, ANOVA analysis and the logistic regression model.

The results showed that burnout is moderately to widely spread among Estonian midwives. Burnout was related to seven socio-demographic factors, of which the most important were younger age, mother tongue and having children. It was also found to be related to 18 work-related factors. Burnout was significantly related to satisfaction with various work-related aspects, shorter length of service and regular overtime work.

The spread of burnout in Estonia and related factors are similar to those found by previous research. It is important to give more attention to improving the work environment and conditions of midwives. Further research is needed in the areas of long-term welfare of midwives and the effect of burnout on the quality of midwifery care.

Keywords: midwives, burnout, related factors, cross-sectional study

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	8
2. ÄMMAEMANDATE LÄBIPÕLEMINE NING SELLEGA SEOTUD TEGURID.....	10
2.1. Läbipõlemise olemus ning selle mõõtmine	10
2.1.1. Läbipõlemise olemus	10
2.1.2. Läbipõlemise mõõtmise võimalused	11
2.2. Läbipõlemise levimus ämmaemandate seas ning selle mõju inimesele ja töökeskonnale.....	12
2.2.1. Läbipõlemise levimus ämmaemandate seas	12
2.2.2. Läbipõlemise mõju ämmaemandate tervisele.....	14
2.2.3. Läbipõlemise mõju ämmaemandate töökeskonnale	15
2.3. Ämmaemandate läbipõlemisega seotud tegurid.....	17
2.3.1. Läbipõlemisega seotud tegurite jagunemine	17
2.3.2. Ämmaemandate läbipõlemisega seotud sotsiaaldemograafilised tegurid	17
2.3.3. Ämmaemandate läbipõlemisega seotud tööalased tegurid	19
3. METOODIKA	21
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	21
3.2. Uurimiskeskond ja uuritavad	21
3.3. Mõõdik ja selle kohandamine	23
3.4. Andmete kogumine	24
3.5. Andmete analüüs	25
3.6. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine	27
4. TULEMUSED	28
4.1. Uurimistöös osalenute sotsiaaldemograafilised taustandmed	28
4.2. Uurimistöös osalenute tööalased taustandmed.....	29
4.3. Ämmaemandate läbipõlemine.....	31
4.4. Sotsiaaldemograafiliste taustandmete seos ämmaemandate läbipõlemisega	32
4.5. Tööalaste taustandmete seos ämmaemandate läbipõlemisega	35
4.5.1. Töötingimuste seos ämmaemandate läbipõlemisega.....	35
4.5.2. Tööalase rahulolu seos ämmaemandate läbipõlemisega	37
5. ARUTELU	40
5.1. Olulisemad tulemused ning nende võrdlus varasemate uurimistulemustega.....	40
5.1.1. Läbipõlemise esinemine Eesti ämmaemandate seas	40

5.1.2. Läbipõlemisega seotud sotsiaaldemograafilised tegurid	41
5.1.3. Läbipõlemisega seotud tööalased tegurid.....	43
5.2. Eetilised aspektid.....	45
5.3. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad.....	46
5.4. Uurimistöö olulisus ja rakendatavus	49
6. JÄRELDUSED	51
KASUTATUD KIRJANDUS	52

LISAD

Lisa 1. Kirjavahetus eesti keelde tõlkijaga	61
Lisa 2. Originaalkirjavahetus küsimustiku autoritega	62
Lisa 3. CBI Eesti keelne versioon.....	63
Lisa 4. Sotsiaaldemograafiliste taustandmete küsimused.....	65
Lisa 5. Tööalaste taustandmete küsimused.....	67
Lisa 6. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus.....	72
Lisa 7. Sissejuhatav tekst prooviuuringus osalejatele.....	73
Lisa 8. Prooviuuringu lisaküsimused.....	74
Lisa 9. Sissejuhatav tekst uuringus osalejatele	75
Lisa 10. Kutse uuringus osalema	76
Lisa 11. Läbipõlemise punktisummad küsimuse ja dimensiooni kaupa.....	77
Lisa 12. Sotsiaaldemograafiliste taustandmete seos isikliku läbipõlemisega.....	78
Lisa 13. Sotsiaaldemograafiliste taustandmete seos tööalase läbipõlemisega.....	79
Lisa 14. Sotsiaaldemograafiliste taustandmete seos klientidega seotud läbipõlemisega.....	80
Lisa 15. Tööalaste taustandmete seos isikliku läbipõlemisega.....	81
Lisa 16. Tööalaste taustandmete seos tööga seotud läbipõlemisega.....	84
Lisa 17. Tööalaste taustandmete seos klientidega seotud läbipõlemisega.....	87

1. SISSEJUHATUS

Alates 1970. aastatest on läbipõlemist nähtud seisundina, mis on tingitud kroonilisest tööstressist (Maslach ja Leiter 2016) ja mille puhul on tegemist pikaajalise kurnatusseisundiga (Schaufeli ja Greenglass 2001). Ämmaemandad on Eestis iseseisvad tervishoiuspetsialistid, kes töötavad paljudes erinevates valdkondades, mis on seotud terve naise elukaarega, (Ämmaemand, tase 6.. 2018) ning puutuvad tööga seotult kokku paljude traumaatiliste ning stressirohkete sündmustega (Amir ja Reid 2020, Kubota ja Horiuchi 2022) ja on seetõttu läbipõlemisest ohustatud (Henriksen ja Lukasse 2016). Läbipõlemine vähendab ämmaemandate toimetulekuuskuseid, motivatsiooni, empaatiavõimet, enesetõhusust ning halvendab ka nende füüsilist ja emotsionaalset tervist (Doherty ja O'Brien 2022a).

Läbipõlemise leviku hindamine ning selle ennetamine tervishoiutöötajate seas on oluline parima töö kvaliteedi tagamiseks (El-Menyar jt 2021). Läbipõlemine tekitab probleeme nii töötajale endale kui ka tööandjale, kliendile ning tervishoiusüsteemile kui tervikule (Salyers jt 2017). Ämmaemandate läbipõlemine on üks põhjustest, miks nad loobuvad erialasest tööst (Geraghty jt 2019). See võib tekitada töajõupuuduse, langetada emadushoolduse kvaliteeti ja tõsta patsiendihujuhtumite riski (Hunter jt 2019). Läbipõlemise leviku varajane märkamine võib aidata ennetada selle muutumist krooniliseks probleemiks töökeskkonnas (Engebretsen ja Bjorbækmo 2020). Varasematest uurimistulemustest selgub, et ämmaemandate läbipõlemine on kõikjal maailmas olnud mõõdukalt kuni laialdaselt levinud (Suleiman-Martos jt 2020) ning seda mõjutavad erinevad sotsiaaldemograafilised ja tööalased tegurid (Doherty ja O'Brien 2022a).

Eestis on tervishoiutöötajate läbipõlemise osas uuritud füsioterapeute (Ojaste 2022) ja arste (Mägi 2018). Teistest valdkondadest on uuritud näiteks päästetöötajaid (Levinski 2022), vanglaametnikke (Nigul 2009) ning töötukassatöötajaid (Arhangelski 2015). Töö autorile teadaolevalt ei ole Eestis uuritud läbipõlemise esinemist ämmaemandate seas ning sellega seotud tegureid. Läbipõlemise uurimine on oluline arvestades läbipõlemise mõju ämmaemandate tervisele ja ka tehtava töö kvaliteedile (Suleiman-Martos jt 2020). Teades läbipõlemise esinemissagedust ning seda mõjutavaid tegureid, on võimalik olukorra parandamiseks kohandada sekkumisi nii individuaalsel kui ka organisatoorsel tasemel (Henriksen ja Lukasse 2016).

Uurimistööst saadud tulemused võimaldavad võrrelda Eesti ämmaemandate olukorda ning sellega seotud tegureid teistes riikides läbiviidud uurimustega. Saadud tulemused aitavad saavutada Eesti õenduse ja ämmaemandate arengu strateegias paika pandud eesmärki ämmaemandate töötingimuste

korrastamiseks ning läbipõlemise ennetamiseks ja vähendamiseks (Ühised sammud terviseni). Seeläbi on võimalik parandada Eesti ämmaemandusabikvaliteeti, suunates rohkem arendus- ja koolitusressurssi kitsaskohtade parandamiseks, ning tõsta seeläbi nii ämmaemandate kui ka klientide rahulolu.

Magistritöö eesmärk on kirjeldada läbipõlemise esinemist Eesti ämmaemandate seas ning sellega seotud sotsiaaldemograafilisi ja tööalaseid tegureid. Eesmärgist tulenevalt on püstitatud kolm uurimisküsimust:

1. Milline on läbipõlemise esinemissagedus Eesti ämmaemandate seas?
2. Millised sotsiaaldemograafilised tegurid on seotud Eesti ämmaemandate läbipõlemisega?
3. Millised tööalased tegurid on seotud Eesti ämmaemandate läbipõlemisega?

2. ÄMMAEMANDATE LÄBIPÕLEMINE NING SELLEGA SEOTUD TEGURID

2.1. Läbipõlemise olemus ning selle mõõtmine

2.1.1. Läbipõlemise olemus

Esmakordselt kasutas mõistet „läbipõlenud“ inimese iseloomustamiseks inglise kirjanik Graham Greene oma 1960. aastal ilmunud teoses „Lootusetu juhtum“ („*A Burnt-Out Case*“), kus romaani arhitektist peategelane ei leidnud enda elust ega ametist naudingut ega mõtet (Edú-Valsania jt 2022). Teaduskirjanduses kasutasid seda mõistet ligi 15 aastat hiljem üksteisest sõltumatult Freudenberger (1974), kes märkas seda vabatahtlike seas, ja Maslach (1976), kes nägi seda tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna töötajate hulgas. Mõlemad kirjeldasid läbipõlemist väsimuse ning kurnatuse seisundina, millega kaasnesid terviseprobleemid, käitumuslikud muutused ning töösse pühendumise vähenemine (Freudenberger 1974, Maslach 1976).

Läbipõlemisel puudub ühtne aktsepteeritud definitsioon (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000). Sellel ei ole tuvastatud täpset etioloogiat (Engebretsen ja Bjorbækmo 2020) ning puuduvad kokkulepitud diagnoosimismeetodid (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000). Schonfeld ja Bianchi (2016) leiavad, et läbipõlemist ei peaks vaatlema eraldiseisva probleemina, vaid depressiooni alaliigina. Vastupidisel arvamusel on Engebretsen ja Bjorbækmo (2020), kelle arvates – vaatamata sarnasustele – on tegemist kahe eraldiseisva seisundiga.

Käesolevas magistritöös põhinetakse Schaufeli ja Greengrassi (2001:501) definitsioonile, mille kohaselt **läbipõlemine** (*burnout*) on füüsiline, emotsionaalne ja vaimne kurnatusseisund, mis on tekkinud pikaajalisest emotsionaalselt nõudlikus keskkonnas töötamisest. Läbipõlemine esineb erinevatel ametikohtadel töötavatel inimestel (Schaufeli jt 2020). Sarnaselt on Kristensen jt (2005) defineerinud läbipõlemist füüsilise ja emotsionaalse kurnatuse astmena, mida inimene tajub kindlal ajahetkel.

Schaufeli jt (2020) järgi iseloomustab läbipõlemist äärmine väsimus, vähenenud võime reguleerida kognitiivseid ja emotsionaalseid protsesse ning vaimne distantseerumine. Samuti võivad sellega kaasneda nii depressiivne meeleolu kui ka mittespetsiifilised psühholoogilised ja psühhosomaatilised sümptomid (Schaufeli jt 2020). Läbipõlemine on intersubjektiivne, kogemuslik, kontekstuaalne ning muutuv (Engebretsen ja Bjorbækmo 2020). Kristensen jt (2005) on välja toonud, et läbipõlemist ei peaks vaatlema ainult negatiivse ning vältimatu olukorrana, sest läbipõlemine on ajas muutuv.

Alternatiivselt on läbipõlemist defineeritud psühholoogilise seisundina, mis sisaldab endas emotsionaalset kurnatust, depersonalisatsiooni ning vähenenud tööalast teostustunnet (Maslach jt 1996: 192). Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) näeb läbipõlemist tööst tingitud sündroomina, mis tekib kroonilise haldamata tööstressi tulemusena. WHO kohaselt kogeb läbipõlenud inimene energia ammendumise või kurnatuse tunnet ning ta on kas eraldunud oma tööst või töö suhtes küüniline ja negatiivne. Samuti võib tal olla ebaefektiivsuse ja saavutuste puudumise tunne. (WHO 2022.)

Farber (2000) ei olnud rahul sellega, et läbipõlemist kirjeldati olukorrana, kus kõikidel inimestel olid ühesugused olukorra tekkepõhjused ning tunnused. Tema pakkus välja, et läbipõlemisel on kolm tüüpi: klassikaline või „hull“ (*classical or frantic*), alaväljakutsutud (*underchallenged*) ja „kulunud“ (*worn-out*). Igat tüüpi iseloomustavad erinevad läbipõlemise tunnused ning nendega tegelemisel peaksid terapeudid keskenduma erinevatele lahendustele. (Farber 2000.) Montero-Marín jt (2009) jätkasid tööd Farberi läbipõlemise tüüpidega ning leidsid, et läbipõlemine on etappidena kulgev olukord, kus toimub järkjärguline tööle pühendumise vähenemine. Sarnaselt on kirjeldanud Weber ja Jaekel-Reinhard (2000) „läbipõlemise kaskaadi“, mis koosneb kaheksast etapist. Kaskaadi järgi algab läbipõlemine hüperaktiivsusega, millele järgneb järk-järgult inimese mandumine, kuni viimaks tekib meelegeite seisund, mis tähelepanuta jätmisel võib viia suitsiidini (Weber ja Jaekel-Reinhard 2000).

2.1.2. Läbipõlemise mõõtmise võimalused

Läbipõlemise levimuse määramine on keeruline, kuna sellel puuduvad kindlad diagnostilised kriteeriumid ning sõltub sellest, kuidas uurijad seda defineerivad. Seetõttu on võimalik saada väga erinevaid tulemusi ning järeldusi. (Bianchi jt 2015.) Kvantitatiivselt on läbipõlemiseks loodud erinevaid valideeritud mõõdikuid. Üldstatult on võimalik neid jaotada kahte erinevasse gruppi vastavalt sellele, kas need on mõeldud mõõtma läbipõlemist kindlatel kutsealadel või on nad sobilikud kasutamiseks kõigil. (Edú-Valsania jt 2022.) Kvantitatiivselt on läbipõlemise uurimisel piirangud. Arvestades läbipõlemise keerulisust, mitmetahulisust, subjektiivsust ning ajas muutumist, ei pruugi mõõdikud tabada täielikult läbipõlemise levimust ega seda mõjutavaid tegureid. (Dawson jt 2018.)

Tuntuim ning laialdaselt kasutatud läbipõlemise küsimustik on Maslachi läbipõlemise küsimustik (*Maslach Burnout Inventory – MBI*), mis koosneb 16 küsimusest ning jaotab läbipõlemise definitsioonile põhinedes kolme dimensiooni. Küsimustik loodi algselt tervishoiutöötajatele ning

hiljem kohandati sobivaks üldpopulatsioonile. MBI-st on loodud mitmeid spetsiifilisi versioone, mis on mõeldud kindlate kutsealade esindajatele. (Schaufeli jt 2020, Edú-Valsania jt 2022.) Selle küsimustiku üheks suurimaks puudujäägiks võib pidada seda, et see ei anna ühtset skoori, mis võimaldaks eraldada läbipõlemist kogevad inimesed teistest. On ka MBI-sarnaseid küsimustikke, kus küsimuste sõnastust on vähesel määral muudetud, eeldatavasti kasutusõiguste tõttu. (Schaufeli jt 2020.)

Teine tuntud ning palju rakendatud mõõdik on Kopenhaageni läbipõlemise küsimustik (*Copenhagen Burnout Inventory – CBI*), mis koosneb 19 küsimusest. See mõõdab tööalast, isiklikku ja klientide/patsientide või muude isikutega seotud läbipõlemist. (Kristensen jt 2005.) CBI võimaldab mõõta läbipõlemist ilma konkreetset töökeskkonda arvestamata (Edú-Valsania jt 2022). Schaufeli jt (2020) on kritiseerinud selle küsimustiku keskendumist ainult kurnatusele.

Vähem tuntud, kuid kasutusel olevaid mõõdikuid on palju. Põhiliselt on tegemist riigi- või keelepõhiste küsimustikega. Üldiste mõõdikutena on kasutusel läbipõlemise hindamise küsimustik (*Questionnaire for the Evaluation of Burnout Syndrome – CESQT*), Oldenburgi läbipõlemise küsimustik (*Oldenburg Burnout Inventory*), kliinilise läbipõlemise alatüüpide küsimustik (*Burnout Clinical Subtypes Questionnaire – BCSQ*) ning läbipõlemise määramise küsimustik (*Burnout Assessment Tool – BAT*). (Edú-Valsania jt 2022.)

2.2. Läbipõlemise levimus ämmaemandate seas ning selle mõju inimesele ja töökeskkonnale

2.2.1. Läbipõlemuse levimus ämmaemandate seas

Ämmaemandad (*midwives*) on iseseisvad tervishoiuspetsialistid, kes töötavad emadushoolduses ning reproduktiivtervise ja günekoloogia alal läbi naise elukaare (WHO 2016, Ämmaemand, tase 6... 2018). Nad pakuvad emadushooldust erinevates olukordades üle kogu maailma rakendades mitmesuguseid ravimudeleid (Albendín-García jt 2021). Ämmaemandate tööd iseloomustab tugev emotsionaalne side klientidega (Doherty ja O'Brien 2022a), mis on üheaegselt intensiivne, isiklik ja kaasahaarav, ent teisalt stressirohke (Maslach ja Leiter 2016, Geraghty jt 2019) ning võib seetõttu olla põhjuseks ämmaemandate läbipõlemisele (Doherty ja O'Brien 2022a).

Ämmaemandad ise on läbipõlemist defineerinud kui püsivat kurnatust ja vähenenud toimetulekuoskuseid, motivatsiooni, empaatiat ning enesetõhusust. Läbipõlemine ning selle tajumine

on individipõhine. See võib tekkida liigest töökoormusest tingitud pikaajalisest ja püsivast tööstressist. (Doherty ja O'Brien 2022a, Doherty ja O'Brien 2022b.)

Ämmaemandate läbipõlemist on uuritud vähe (Suleiman-Martos jt 2020) ja peamiselt kvantitatiivsete uurimismeetoditega (Doherty ja O'Brien 2022b). Emadushoolduses töötavate inimeste uurimiseks on kasutatud põhiliselt MBI ning CBI küsimustikke (Pougnnet jt 2020). MBI-ga hinnatult esineb ämmaemandate seas mõõdukalt emotsionaalset kurnatust (Albendín-García jt 2021), mis jääb vahemikku 23–61% ämmaemandate populatsioonist (Pougnnet jt 2020). Depersonalisatsiooni esineb ämmaemandate seas vähe, mis võib olla tingitud töö eripäradest (Albendín-García jt 2021) ning seda on kirjeldanud kuni 30% emadushoolduses töötajatest (Pougnnet jt 2020). Sarnasele tasemele jääb ka ämmaemandate rahulolematuse oma tööga (Pougnnet jt 2020).

Suleiman-Martos jt (2020) poolt läbiviidud meta-analüüsis selgus, et CBI-ga mõõtes esineb 50%-l ämmaemandatest isiklikku läbipõlemist. Töölasi läbipõlemist kogeb 40% ämmaemandatest ning klientidega seotud 10% ämmaemandatest (Suleiman-Martos jt 2020). Enamasti esineb inimesel läbipõlemist korraga ainult ühes kategoorias. Samas on 2–9%-l ämmaemandatest esinenud samaaegset läbipõlemist ka kõigis kolmes kategoorias (Henriksen ja Lukasse 2016, Dawson jt 2018, Matthews jt 2022). Matthews jt (2022) leidsid, et isiklik ja tööalane läbipõlemine on üksteisega tugevalt seotud. Nõrgemalt on seotud nii isiklik ja klientidega seotud kui ka tööalane ja klientidega seotud läbipõlemine (Matthews jt 2022).

Läbipõlemise esinemine on riigiti erinev. Enim on läbipõlemist kirjeldatud Jordania (Mohammad jt 2020) ja Suurbritannia (Hunter jt 2019) ämmaemandate seas. Nendes riikides koges isiklikku 78–83%, tööalast 67–85% ning klientidega seotud läbipõlemist 16–71% uuritud ämmaemandatest (Hunter jt 2019, Mohammad jt 2020). Vähem esines läbipõlemist Austraalia (Fenwick jt 2018), Leedu (Vaičienė jt 2022) ja Saksamaa Baden-Württembergi piirkonna (Paul jt 2022) ämmaemandate seas. Nendes uurimistöodes jäi isikliku läbipõlemise tase 48–65%, tööalase läbipõlemise tase 38–44% ja klientidega seotud läbipõlemise tase 10–23% ämmaemandate populatsioonist (Fenwick jt 2018, Paul jt 2022, Vaičienė jt 2022). Kõige vähem on esinenud läbipõlemist Norra ämmaemandate seas, kus isiklikku läbipõlemist koges 20%, tööalast 19% ning klientidega seotud läbipõlemist 4% ämmaemandatest (Henriksen ja Lukasse 2016).

2.2.2. Läbipõlemise mõju ämmaemandate tervisele

Läbipõlemine mõjutab ämmaemandate elukvaliteeti ning rahulolu (Stoll ja Gallagher 2019). Seda seostatakse erinevate psühholoogiliste probleemidega, mis tulenevad pikaajalisest stressiseisundist (Maslach jt 2001). Läbipõlenud ämmaemandate seas esineb mõõdukalt kuni laialdaselt ärevushäireid ning depressiooni (Creedy jt 2017, Suleiman-Martos jt 2020), mis on tugevalt seotud kurnatuse tajumisega (Maslach jt 2001, Creedy jt 2017). Läbipõlenud töötajad võivad vajada vaimse tervise tõttu hospitaliseerimist (Salvagioni jt 2017). Kelsey jt (2021) leidsid, et läbipõlemist kogevad tervishoiutöötajad on kaks korda suurema tõenäosusega hiljuti mõelnud enesetapust, võrreldes nendega, kellel läbipõlemist ei esine.

Samuti on läbipõlemist seostatud kognitiivsete võimete langusega. Halvenenud võivad olla nii täidesaatvad funktsioonid, nagu näiteks pidurdusprotsessid ja paindlikkus, kui ka tähelepanuvõime ning mälu. (Deligkaris jt 2014.) Koutsimani jt (2021) leidsid, et peale nende funktsioonide võivad olla mõjutatud ka visuaalruumilised võimed ning automaatmõtlemine.

Läbipõlemise kogemine mõjutab inimesi ning nende terviseseisundit pikaajaliselt. Stenlund jt (2012) leidsid, et läbipõlemise tõttu pikalt haiguslehel viibinud inimeste töökeskkonda rehabiliteerimise järel püsisid osal neist läbipõlemise sümptomid ka kolm aastat pärast taastusravi saamist. Rudman jt (2020) leidsid, et õdedel, kes kogesid läbipõlemist oma karjääri esimese kolme aasta jooksul, esines kümme aastat hiljem endiselt kognitiivse võimekuse langust ning uneprobleeme.

Üldiselt tunnevad läbipõlenud tervishoiutöötajad ennast kergemini haigestuvatena (Medisaukaite ja Kamau 2019). On leitud seos läbipõlemise ning erinevate, tihti kroonilise kuluga haiguste vahel (Salvagioni jt 2017), mille hulka kuuluvad näiteks unehäired (Medisaukaite ja Kamau 2019, Rudman jt 2020), pikaajaline väsimus ja kroonilised peavalud (Salvagioni jt 2017). Samuti seostatakse seda surmadega enne 45. eluaastat (Salvagioni jt 2017).

Läbipõlemist seostatakse mõnuainete kuritarvitamise (Maslach jt 2001), valuvaigistite ületarvitamise (Alexandrova-Karamonova jt 2016), suitsetamise (Slabšinskienė jt 2021) ning alkoholi liigtarbimisega (Alexandrova-Karamonova jt 2016, Medisaukaite ja Kamau 2019, Slabšinskienė jt 2021). Läbipõlenud töötajad kogevad suurema tõenäosusega liigsöömishoogusid (Medisaukaite ja Kamau 2019) või söövad liigselt kiirtoitu (Alexandrova-Karamonova jt 2016). Ühtlasi on nad füüsiliselt vähem aktiivsed (Alexandrova-Karamonova jt 2016). Seejuures peavad ämmaemandad

läbipõlemise mõju vähendamise viisiks just kvaliteetset enesehooldust, mis sisaldab puhkamist, perekonnaga koosolemist, sporti, korralikke magamisharjumusi ning tervislikku toitumist (Doherty ja O'Brien 2022a).

2.2.3. Läbipõlemise mõju ämmaemandate töökeskkonnale

Läbipõlemise mõju ei piirdu ainult tervishoiutöötajaga, vaid mõjutab negatiivselt ka tema perekonda, kolleege ning patsiente (El-Menyar jt 2021). Ämmaemandate läbipõlemine vähendab ämmaemandusabi kvaliteeti (Creedy jt 2017, Fenwick jt 2018, De la Fuente-Solana jt 2021) ja mõjutab patsiendiohutust (Salyers jt 2017). Läbipõlemise ja vigade ning ohujuhtude tekkimise vahel on leitud tugev negatiivne seos, mis otseselt ohustab patsientide tervist ning mõjutab ka tervishoiuasutuse mainet (Salyers jt 2017). Läbipõlemise ning võimalike ohujuhtude seost kinnitab ka Dyrbye jt (2020) uurimus, kus leiti, et läbipõlenud õed dokumenteerivad suurema tõenäosusega tegevusi, mida nad teinud ei ole, ja samaaegselt jätavad olulisi asju dokumenteerimata. Samuti annavad nad väiksema tõenäosusega teada, kui nad näevad, et nende kolleeg on ilmunud tööle joobes, käitub ebaadekvaatselt või tal esineb vaimse tervise probleeme (Dyrbye jt 2020).

Läbipõlemine mõjutab töötajate rahulolu tööga (Salvagioni jt 2017). Läbipõlenud tervishoiutöötajad puuduvad suurema tõenäosusega töölt (Maslach jt 2001, Salvagioni jt 2017), on pikaajaliselt haiguslehel, lähevad töövõimetuspensionile (Salvagioni jt 2017), plaanivad töölt lahkumist (Maslach jt 2001) või vastupidi, keelduvad puhkamisest (Salvagioni jt 2017). Läbipõlenud ämmaemandad lahkuvad tihemini erialaselt töökohalt (Stoll ja Gallagher 2019, Cull jt 2020, Paul jt 2022), mis võib viia tööjõupuuduseni (Hunter jt 2019). Tööjõupuudus süvendab töötavate ämmaemandate stressitaset ning nende läbipõlemist (Hunter jt 2019). Samuti võib ämmaemandate puudus viia naiste väärkohtlemiseni sünnitusabis, mis mõjutab naiste sünnituskogemusi ja nende õigust saada austavat, lugupidavat ning inimlikku hoolitsust (Bohren jt 2015).

Tervishoiutöötajate enda hinnangul mõjutab läbipõlemine patsientide (Salyers jt 2017) ja lapsevanemate (Creedy jt 2017) rahulolu pakutud teenustega. See võib halvendada töötajate ning patsientide vahelist koostööd, mis mõjutab patsientide terviseseisundit (Salyers jt 2017). Ämmaemandad tunnetavad, et neil puuduvad võimalused piisavalt panustada naise- ning pereskesse hoolitsusse ning kardavad, et seetõttu võivad probleemid jääda õigeaegselt märkamata (Cull jt 2020).

Läbipõlemine võib olla „nakkav“ ehk läbipõlenud töötajad mõjutavad negatiivselt oma kolleege, mõjutades seeläbi töökeskkonda (Maslach jt 2001). Nad hindavad halvemini oma töötingimusi, -võimalusi (Salvagioni jt 2017) ja -vahendeid ning karjäärialaseid arenguvõimalusi (Dixon jt 2017). Neil on madalam tööga rahulolu (Maslach jt 2001) ning nad on rahulolematud oma puhkeaegade ning töö- ja eraelu tasakaaluga (Fenwick jt 2018). Ühtlasi pühenduvad nad vähem oma tööle ja organisatsioonile (Maslach jt 2001). Läbipõlenud ämmaemandad tunnetavad sagedamini, et nad ei saa erialast tunnustust (Dixon jt 2017, Albendín-García jt 2021). Samuti tunnevad nad puudust juhtkonna (Dixon jt 2017, Doherty ja O'Brien 2022c, Matthews jt 2022) ja meeskonna (Stoll ja Gallagher 2019, Doherty ja O'Brien 2022c) poolsest positiivsest tagasisidest. Läbipõlemise tõttu soovivad nad väiksema tõenäosusega ämmaemandust elukutsevalikuna teistele (Paul jt 2022).

Esmase organisatoorse lahendusena ämmaemandate läbipõlemise vähendamiseks peetaksegi piisavate töötajate palkamist (Cramer ja Hunter 2019, Doherty ja O'Brien 2022c). Samas arvestades, et hulk oskustega ämmaemandaid on oma töölt lahkunud ning uute koolitamine võtab aega, on oluline keskenduda olemasolevate ämmaemandate töökeskkonna parandamisele (Cull jt 2020). Töökeskkonna parandamiseks tuleb keskenduda muudetavatele tööalastele aspektidele (Cramer ja Hunter 2019), näiteks positiivse töökeskkonna loomine (Cull jt 2020, Matthews jt 2022), meeskonnatöö edendamine, mentorlussuhete arendamine (Matthews jt 2022) ning ämmaemandusjuhtide koolitamine (Zarei jt 2020, Matthews jt 2022); samuti töö- ja puhkeaja parem koordineerimine (Cull jt 2020) ning ka tööajal pauside võimaldamine (Doherty ja O'Brien 2022c). Organisatoorselt ning riiklikul tasandil soovitatakse ämmaemandusabis rakendada jätkupidevat emadushoolduse süsteemi (Dawson jt 2018)

Läbipõlemise vähendamiseks on oluline, et ämmaemandad saaksid enam tööalast juhendamist ning toetust kolleegidelt (Matthews jt 2022) ning julgustust töötamiseks oma pädevuste piires (Mohammad jt 2020). Samuti ei tohi alahinnata kolleegide ja juhtkonna poolse tunnustuse mõju ämmaemandate heaolule (Doherty ja O'Brien 2022c). On oluline, et ämmaemandatele võimaldatakse aega taastumiseks keerulistest töösituatsioonidest (Doherty ja O'Brien 2022c), mille hulka võiks kuuluda ka regulaarne eneserefleksioon tööajast (Fenwick jt 2018), ning võimalused erinevateks konsultatsioonideks stressi vähendamiseks (Mohammad jt 2020, Doherty ja O'Brien 2022c).

2.3. Ämmaemandate läbipõlemisega seotud tegurid

2.3.1. Läbipõlemisega seotud tegurite jagunemine

Enamik läbipõlemise teoreetikuid on jõudnud järeldusele, et kindlad tegurid (*factors*) suurendavad võimalust, et inimesed tajuvad läbipõlemist (Maslach ja Leiter 2016). On leitud, et ämmaemandate läbipõlemine ning selle tajumine sõltub nii indiviidist endast kui ka erinevatest teguritest, mis teda mõjutavad (Doherty ja O'Brien 2022a, Doherty ja O'Brien 2022b). Arvestades, et läbipõlemine on tingitud tööst, siis rangelt vaadates peaksid läbipõlemist esile kutsuvad tegurid olema ainult tööalased. Samas on teada, et individuaalsed faktorid võivad mõjuda modereerivate teguritena ning seetõttu kas tugevdada või pehmedada tööalaste tegurite mõju. (Edú-Valsania jt 2022.) Tegurid võivad seejuures olla nii läbipõlemist soodustavad kui ka selle eest kaitsvad (Henriksen ja Lukasse 2016).

Varasematest uurimistöödest selgub, et ämmaemandate läbipõlemist mõjutavad tegurid võivad olla sotsiaaldemograafilised (Sidhu jt 2020, Albendín-García jt 2021, De la Fuente-Solana jt 2021) ja organisatoorsed (Sidhu jt 2020, Suleiman-Martos jt 2020, Albendín-García jt 2021), mida omakorda on võimalik kategoriseerida muudetavateks ning muutmatuteks (Cramer ja Hunter 2019). Läbipõlemisega seotud tegurid on veel omakorda mõjutatud erinevatest sotsiaalsetest, poliitilistest ning ökonoomilistest faktoritest (Maslach ja Leiter 2016). Mõjutavad tegurid jagunevad ühtlaselt ehk ei ole võimalik öelda, et üht tüüpi tegurid mõjutaksid ämmaemandate läbipõlemist rohkem kui teised (Sidhu jt 2020).

Ämmaemandate isikuomadused (Albendín-García jt 2021, De la Fuente-Solana jt 2021) ning elustiili valikud (Sidhu jt 2020) võivad mõjutada läbipõlemise esinemist (Sidhu jt 2020, Albendín-García jt 2021, De la Fuente-Solana jt 2021) ning selle tajumise raskusastet (Doherty ja O'Brien 2022a). Näiteks ämmaemandad, kes on neurootilisemad (De la Fuente-Solana jt 2021) või negatiivsema maailmavaatega (Sheen jt 2015), kogevad tihemini läbipõlemist. Isikuomadused on üks võimalik põhjus, miks osa ämmaemandaid otsivad läbipõlemisega abi ning teised mitte (Doherty ja O'Brien 2022a).

2.3.2. Ämmaemandate läbipõlemisega seotud sotsiaaldemograafilised tegurid

Ämmaemandate läbipõlemist mõjutavad väga erinevad sotsiaaldemograafilised tegurid. Läbipõlemist kogeval ämmaemandal on suurema tõenäosusega ülikooliharidus (Vaičienė jt 2022) või vastupidi, madalam haridus (Sidhu jt 2020). Läbipõlenud ämmaemand on väiksema tõenäosusega

kohaliku ämmaemandate ühingu liige (Paul jt 2022). De la Fuente-Solana jt (2021) leidsid, et günekoloogias ning emadushoolduses töötavatel meestel esineb naistega võrreldes läbipõlemist suurema tõenäosusega. Erinevates varasemates uurimistöodes ei ole leitud läbipõlemise seoseid ämmaemandate soo, rassi (Hunter jt 2019), põlisrahvuse (Stoll ja Gallagher 2019) ega seksuaalse orientatsiooniga (Hunter jt 2019, Stoll ja Gallagher 2019).

Läbipõlemist soodustab vanus alla 40 eluaasta (Paul jt 2022, Matthews jt 2022, Vaičienė jt 2022), mille võimalikeks põhjusteks peetakse ühiskondlikke muutuseid ning inimeste väiksemat vastupanuvõimet ja vähesemaid toimetulekumehhanisme (Doherty ja O'Brien 2022a). Ämmaemanduse üliõpilased tõid välja, et nad kogevad läbipõlemist juba praktikate ajal, kuna eraelu, praktika ja ülikooli sidumine üksteisega on keeruline (Doherty ja O'Brien 2022a). Fenwick jt (2018) leidsid, et klientidega seotud läbipõlemist esines rohkem 40–49aastaste ämmaemandate seas. Üle 60aastastel ämmaemandatel esineb väiksema tõenäosusega tööalast läbipõlemist, mis võib olla tingitud lisapuhkustest ning töötingimuste kohandamisest vanemaealistel (Henriksen ja Lukasse 2016). Vastupidisele tulemusele on jõudnud Stoll ja Gallagher (2019), kelle uurimuse kohaselt esineb just vanemate ämmaemandate seas rohkem läbipõlemist seoses keerukate töötingimustega.

Ämmaemandate läbipõlemist võib soodustada abielus olemine (Stoll ja Gallagher 2019, Mohammad jt 2020). Vastupidisele tulemusele on jõudnud mitmed autorid (Henriksen ja Lukasse 2016, Suleiman-Martos jt 2020, De la Fuente-Solana jt 2021), kelle tulemuste kohaselt abielu või kooselu vähendab läbipõlemise esinemise tõenäosust. Sarnaselt võib laste olemasolu olla nii läbipõlemise eest kaitsev (Fenwick jt 2018, Hunter jt 2019, Matthews jt 2022) kui ka seda soodustav tegur (Stoll ja Gallagher 2019, Vaičienė jt 2022). Märkimisväärselt mõjutab sealjuures ämmaemanda läbipõlemist ka lapse või laste vanus: alla viieaastaste lastega ämmaemandatel esines rohkem läbipõlemist (Stoll ja Gallagher 2019). Samuti soodustab läbipõlemist haige pereliikme hooldamine (Hunter jt 2019, Doherty ja O'Brien 2022a).

Terviseprobleemid (Hunter jt 2019, Stoll ja Gallagher 2019) suurendavad tõenäosust läbipõlemise esinemiseks, kuna terviseprobleemidega ämmaemandatel võib olla keeruline teha öötööd ning koduvalveid (Stoll ja Gallagher 2019). Vaimse tervise probleemidest tuuakse välja eriti depressiooni (Stoll ja Gallagher 2019, De la Fuente-Solana jt 2021, Vaičienė jt 2022), ärevuse (Stoll ja Gallagher 2019, Vaičienė jt 2022) ning posttraumaatilise stressihäire (Sheen jt 2015) esinemist. Samuti mõjutab läbipõlemist see, kas töötaja on viimase kolme kuu jooksul viibinud haiguslehel (Henriksen ja Lukasse 2016).

2.3.3. Ämmaemandate läbipõlemisega seotud tööalased tegurid

Ämmaemandate läbipõlemist mõjutab traumaatiliste sündmuste esinemine tööl (Amir ja Reid 2020, Doherty ja O'Brien 2022a, Kubota ja Horiuchi 2022). Traumaatilisteks sündmusteks peetakse loote üsisisest hukku, surnultsünni toetamist (Amir ja Reid 2020, Kubota ja Horiuchi 2022, Ravaldi jt 2022), arstide hooletu käitumise pealt nägemist, abortide assisteerimist (Amir ja Reid 2020, Kubota ja Horiuchi 2022), raseduse keerulisi komplikatsioone ja raskeid raseduste katkemisi (Amir ja Reid 2020) ning keeruliste klientidega töötamist (Cramer ja Hunter 2019). Üle 90% ämmaemandatest on kogunud vähemalt ühte traumaatilist sündmust viimase tööaasta jooksul (Amir ja Reid 2020). Läbipõlemist mõjutab sündmuste tajutav raskusaste (Amir ja Reid 2020, Kubota ja Horiuchi 2022) ning nende psühholoogiline mõju ämmaemandatele (Ravaldi jt 2022), aga ka nende toimumise sagedus (Kubota ja Horiuchi 2022). Doherty ja O'Brien (2022b) leidsid, et ämmaemandate läbipõlemist mõjutab pikaajaline püsiv stressis olemine enam kui ühekordsed emotsionaalselt intensiivsed olukorrad.

Ümberkorraldused töökeskkonnas (Henriksen ja Lukasse 2016, Cramer ja Hunter 2019) ning koduvalved (Hunter jt 2019) suurendavad läbipõlemise esinemise tõenäosust. Samuti võib läbipõlemist mõjutada rotatsioonis mitmes osakonnas töötamine (Fenwick jt 2018, Cramer ja Hunter 2019, Hunter jt 2019). Rotatsiooni peetakse organisatoorseks vajaduseks, mis ei arvesta ämmaemandate soovidega (Hunter jt 2019). Vastupidiselt soovivad Doherty ja O'Brien (2022c) regulaarselt ämmaemandate roteerumist osakondade vahel läbipõlemise tekkimise vähendamiseks, kuna ämmaemandad saavad rakendada seeläbi oma kõiki pädevusi ning väheneb ka tüdimuse tekkimise võimalus.

Ämmaemandad, kes töötavad vahetustega (Mohammad jt 2020, Matthews jt 2022) või vastupidi, ainult fikseeritud kellaaegadel (De la Fuente-Solana jt 2021), öövalvetes (Hunter jt 2019), pikemates kui 12tunnistes valvetes (Cramer ja Hunter 2019, Vaičienė jt 2022), kogevad tihemini läbipõlemist. Läbipõlemist mõjutab veel mitmes osakonnas või töökohas töötamine (Henriksen ja Lukasse 2016, Hunter jt 2019), suur töökoormus (Mohammad jt 2020, Albendín-García jt 2021, Paul jt 2022) ning ületunnitöö või töötundide suur varieeruvus (Paul jt 2022). Stoll ja Gallagher (2019) leidsid, et ämmaemandad, kes pakuvad ainult haiguste ja puhkuste asendamist, on rohkem läbipõlenud. Samas ämmaemandad, kes aktiivselt puhkavad ettenähtud mahus, kogevad vähem läbipõlemist (Stoll ja Gallagher 2019).

Pikaajalisem töökogemus (Amir ja Reid 2020, Suleiman-Martos jt 2020, Albendín-García jt 2021) kaitseb läbipõlemise eest. See võib olla seotud sellega, et tööaja jooksul on ämmaemandatel arenenud enesekaitse mehhanismid, mis kaitsevad neid stressi ja läbipõlemise eest (Amir ja Reid 2020, Ravaldi jt 2022), või nad on kohandunud läbipõlemisega ega taju seda enam (Hunter jt 2019, Amir ja Reid 2020). Samuti lahkuvad lühema tööstaažiga ämmaemandad kergemini töökohalt läbipõlemise tõttu ning tööle jäävad ämmaemandad, kes läbipõlemist kogenud ei ole (Cull jt 2020). Samas ämmaemandad, kelle tööstaaž jäi vahemikku viis kuni kaksikümmend aastat, kogesid suurema tõenäosusega Fenwick jt (2018) kohaselt klientidega seotud läbipõlemist.

Läbipõlemist esineb enam ämmaemandatel, kes töötavad riiklikus haiglasüsteemis (Hunter jt 2019, Paul jt 2022). Maapiirkondades või tömbekeskustest eemal töötamine vähendab läbipõlemist (Fenwick jt 2018). Haiglates töötavatel ämmaemandatel esineb rohkem läbipõlemist (Cramer ja Hunter 2019), eriti kui selleks on üld- või esmatasandiga integreeritud haigla (Hunter jt 2019). Saksamaal esines vähem läbipõlemist kogukondades töötavatel ämmaemandatel (Paul jt 2022). Vähem läbipõlemist esineb ämmaemandatel, kes töötavad mitte-kliinilistes ametites, näiteks nagu juhid ning õppejõud (Hunter jt 2019). Vastupidisele tulemusele on jõudnud Fenwick jt (2018), kelle sõnul esineb läbipõlemist enam just hariduses ning juhtimises töötavatel ämmaemandatel. Ainult antenataalsete vastuvõttude tegemine võib läbipõlemist nii soodustada (Henriksen ja Lukasse 2016) kui ka selle eest kaitsta (Fenwick jt 2018).

Ämmaemandatel, kes tajuvad oma töökeskkonda meeldivana, esineb vähem läbipõlemist (Stoll ja Gallagher 2019) ning vastupidiselt süvendab läbipõlemist negatiivne ja süüdistav töökeskkond (Doherty ja O'Brien 2022c). Vähene toetus ning konfliktid töökaaslastega, samuti töökius soodustavad läbipõlemist (Cramer ja Hunter 2019). Järjepidevas emadushoolduses töötamine koos toetavate kolleegidega võimaldab töös paindlikkust, autonoomsust (Dixon jt 2017), paremat suhtlust klientidega (Dawson jt 2018) ning on läbipõlemise eest kaitsev (Fenwick jt 2018, Suleiman-Martos jt 2020, Albendín-García jt 2021).

Hea vahetu juht vähendab läbipõlemise esinemist (Albendín-García jt 2021), seejuures juhtimisstiil ämmaemandate läbipõlemise esinemist ei mõjuta (Zarei jt 2020). Läbipõlemist suurendab juhtkonna madal panustamine ämmaemandate heaolusse ning puudulik ämmaemandate koolitamine (Cramer ja Hunter 2019). Samuti võimendavad läbipõlemise esinemise võimalust ämmaemandate madal palgatase ning halvad töötingimused ja -vahendid (Albendín-García jt 2021).

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev magistritöö põhineb empiirilisel teaduskäsitlusel ja positivistlikul teadusfilosoofial. Empiiriline teaduskäsitlus keskendub päriseluliste nähtuste kirjeldamisele, selgitamisele ja ennustamisele ning nende tulemuste saamiseks kasutatakse näiteks vaatlust, mõõtmist või loetlemist (Gray jt 2017). Positivistliku teadusfilosoofia kohaselt leitakse seoseid nähtuse vahel süstemaatilise ja empiirilise mõõtmise abil ning seose olemasolu saab kinnitada juhul, kui vaatlusel ilmneb nähtuste vaheline pidev seos (Corry jt 2019).

Käesolev uurimistöö on kvantitatiivne, kirjeldav ning läbilõikeline. Kvantitatiivne meetod otsib vastust uurimistöö küsimustele läbi mõõtmistulemuste kogumise. Kirjeldav meetod annab võimaluse kirjeldada huvipakkuvat fenomeni ning sellega seotud tegureid, kui seda pole varem uuritud või seda on tehtud vähe. (Gray jt 2017.) Läbilõikeline uurimisplaan võimaldab kirjeldada nähtuse esinemist kindlal ajahetkel (Plichta ja Garzon 2009, Gray jt 2017) ning see sobib kasutamiseks kirjeldava meetodi korral (Plichta ja Garzon 2009).

Tulenevalt magistritöö eesmärgist kirjeldada läbipõlemise esinemist Eesti ämmaemandate seas ning sellega seotud tegureid, pidas töö autor parimaks viisiks eesmärgi saavutamiseks kvantitatiivset andmete kogumist mõõdikuga. Kuna läbipõlemist ämmaemandate seas autorile teadaolevalt Eestis varem uuritud ei ole, siis on oluline kirjeldada nähtuse esinemist ning sellega seotud tegureid kindlal ajahetkel, kaardistamaks üleüldist olukorda. Selline uurimisplaan on vastavuses empiirilise teaduskäsitlusega ning positivistliku teadusfilosoofiaga.

3.2. Uurimiskeskond ja uuritavad

Ämmaemand on iseseisev tervishoiuspetsialist (Ämmaemand, tase 6... 2018), kes on töötamiseks registreeritud Terviseametis (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2001). Ämmaemanda kutse saamiseks tuleb läbida nelja ja poole aasta pikkune ämmaemanda õpe (Ämmaemand, tase 6... 2018). Eestis oli 31. detsembri 2022 seisuga Terviseametis registreeritud kokku 1050 ämmaemandat (THT022: Registreeritud tervishoiutöötajad ametiala, ... 2022).

Abiämmaemand on üliõpilane, kes ämmaemanda kutse omandamise ajal töötab ämmaemandusabiteenuse osutaja juures (Tervishoiutöötajad 2022), enamasti on tegemist üliõpilasega, kes on lõpetanud ämmaemanduse õppes vähemalt kolmanda kursuse. Ämmaemandaks

on Eestis võimalik õppida Tartu ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis (Haridussilm 2023). Kokku õppis õppeaastal 2021/2022 ämmaemandaks Eestis 219 üliõpilast (Haridussilm 2023), kellest eeldatavasti umbes 1/3 on neljanda ja viienda kursuse üliõpilased ning seeläbi võiksid töötada abiämmaemandatena.

Täpne uuritavate arv ei ole teada. Eestis töötas 2021. aasta lõpu seisuga 496 ämmaemandat ning 28 abiämmaemandat ehk kokku 524 töötajat. Kõik neist olid naised. (THT002: Tervishoiutöötajad soo, vanuse... 2022). Tabelis 1 on esitatud 2021. aastal töötanud ämmaemandate ja abiämmaemandate vanuseline jaotus vastavalt Tervise Arengu Instituudi (THT002: Tervishoiutöötajad soo, vanuse... 2022) andmetele.

Tabel 1. Ämmaemandate ja abiämmaemandate vanuseline jaotumine

	20–29		30–39		40–49		50–59		> 60		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ämmaemandad	80	15,3	131	25,0	97	18,5	122	23,3	66	12,6	496	94,7
Abiämmaemandad	22	4,2	6	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	5,3
Kokku	102	19,5	137	26,1	97	18,5	122	23,3	66	12,6	524	100,0

Ämmaemandusteenust on võimalik osutada nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt (Ämmaemand, tase 6... 2018, Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2001) ning seda osutab ämmaemand iseseisvalt või koos teiste erialaspetsialistidega (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2001). Ämmaemandad töötavad nii esmatasandi tervisekeskustes, haiglates kui ka eraettevõtetes (Eesti Ämmaemandate Ühing, ambulatoorne, Eesti Ämmaemandate Ühing, statsionaarne..., Ämmaemand, tase 6... 2018). Alates 2014 aastast võivad spetsiaalse tegevuslooga ämmaemandad pakkuda kodusünnitusabiteenust (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2001).

Ambulatoorselt ja statsionaarselt on ämmaemandatel palju erinevaid võimalikke valdkondi, kus töötada. Nad on iseseisvad spetsialistid läbi terve naise elukaare, normaalselt kulgeva raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi, ja ka väikelaste toitmise ja seksuaalhariduse valdkonnas. Nad on pädevad viima läbi erinevaid uuringuid, määrama analüüse ning neil on ka piiratud retseptiõigus erialaga seotud ravimitele. (Eesti Ämmaemandate Ühing, ambulatoorne, Iseseisvalt osutada lubatud... 2014, Ämmaemand, tase 6... 2018.) Lisaks viivad ämmaemandad läbi kogukonnakoolitusi, õpetavad välja nii uusi ämmaemandaid kui ka viivad läbi koolitusi teistele ämmemandatele ja muudele spetsialistidele ning töötavad osakondade ja kliinikute (ämmaemandus)juhtidena.

Käesoleva uurimistöö üldkogumi moodustasid kõik uuringu toimumise hetkel erialast tööd teinud ämmaemandad ja abiämmaemandad Eestis, olenemata nende tööstaaži pikkusest või töövaldkonnast. Nendest moodustus käepärane valim. Uurimistöös osalemise tingimuseks peale erialase töö oli eesti keele oskus.

3.3. Mõõdik ja selle kohandamine

Käesolevas magistritöös kasutati *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Kristensen jt 2005) küsimustikku, millega on võimalik hinnata tervishoiutöötajate läbipõlemist. CBI eripäraks on läbipõlemisel kolme erineva dimensiooni eristamine, millest üheks on klientide ja/või patsientidega seotud läbipõlemine, mistõttu Creedy jt (2017) leidsid, et see sobib ämmaemandate uurimiseks. Eestis on tervishoiutöötajate uurimisel kasutanud seda Ojaste (2022), kui ta uuris füsioterapeutide läbipõlemist. Käesoleva magistritöö läbiviimiseks kaaluti ka teise mõõdiku kasutamist. Läbipõlemise mõõtmiseks sageli kasutatud Maslachi läbipõlemise küsimustik (MBI) ei osutunud valituks, kuna tegemist on tasulise küsimustikuga. Teisi läbipõlemise küsimustikke peale CBI ja MBI on ämmaemandate uurimiseks kasutatud väga vähe või üldse mitte ning seetõttu nende kasutamist käesoleva uurimistöö puhul ei kaalutud, kuna need ei võimaldaks saadud tulemusi võrrelda varasemate uurimistulemustega.

CBI on valideeritud mõõdik, mida on kasutatud üle kogu maailma. Ämmaemandate läbipõlemist puudutavates uuringutes on sellel siiani olnud püsiv ning kõrge sisereliaabluse koefitsient ehk Cronbach α , mis on jäänud vahemikku 0,83–0,90 (Henriksen ja Lukasse 2016, Hunter jt 2019, Matthews jt 2022). CBI-d on kasutatud varem läbipõlemise uurimiseks ülemaailmses projektis *Work, Health & Emotional Lives of Midwives* (WHELM), mille eesmärgiks on edendada ämmaemandate heaolu ning parandada nende töötingimusi (Dixon jt 2017). See annab hea võimaluse saadud tulemuste võrdlemiseks varem teistes riikides läbiviidud uuringute tulemustega.

CBI on täismahus vabalt ning tasuta kõigile veebist kättesaadav. Luba eestikeelse küsimustiku kasutamiseks küsiti Hanna-Stina Arult (vt lisa 1), kes tõlkis CBI eesti keelde seoses Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetoolis läbiviidava uurimistööga ödede läbipõlemisest. Hanna-Stina Aru oli omakorda küsinud küsimustiku kasutamiseks loa CBI originaalautoritelt (vt lisa 2). Kuna tõlge oli teostatud uurija enda poolt ja sellel puudusid ametlik tõlge ning tõlkekinnitus, siis käesoleva magistritöö läbiviija palus Multilingua tõlkebürool teostada kordustõlke koos tõlkekinnitusega, et tagada parim tõlkekvaliteet. Tõlkekinnitusega CBI küsimustik on lisa 3. Kõik tõlkimisega seotud kulud finantseeris magistritöö läbiviija ise.

CBI küsimustikuga ei kaasne taustandmete küsimusi, mistõttu koostas uurimistöö autor need ise, põhinedes varasemate uurimistööde tulemustele. Küsimuste koostamiseks töötati läbi ämmaemandate läbipõlemist puudutav teaduskirjandus ning valiti tegurid, mille seos läbipõlemisele või selle ennetamisele kordus, ning mis olid rakendatavad Eesti elu- ja töökeskkonda arvestades. Taustandmete küsimustes on eristatavad kaks teemablokki – sotsiaaldemograafilised tegurid (vt lisa 4) ning tööalased tegurid (vt lisa 5). CBI autorid soovivad läbipõlemisega seotud väiteid varieerida taustandmete või muude küsimustega, et vältida tüüpvastuste tekkimist. Seetõttu esitati taustandmete küsimused vaheldumisi läbipõlemisega seotud väidetega. Küsimustikule koostati nii sissejuhatav uurimistööd tutvustav tekst koos uurimistöö läbiviijate kontaktandmetega kui ka lõpetussõnad, kus olid veebiviited täiendavale informatsioonile läbipõlemisest.

3.4. Andmete kogumine

Uurimistöö läbiviimiseks saadi kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt aprillis 2022 (361/T.13, vt lisa 6). Peale kooskõlastuse saamist alustati ettevalmistustega, et viia läbi prooviuuring kontrollimaks küsimustiku sobivust ämmaemandatele. Samuti sooviti kontrollida sõnastuse arusaadavust ning teada saada küsimustiku täitmiseks kuluvat aega.

Nii proovi- kui ka põhiuuringu jaoks kasutati Tartu Ülikooli küsimustike läbiviimiseks mõeldud veebikeskkonda *Limesurvey*, kuhu kõik küsimused sisestati ükshaaval ning jaotati seejärel neljale leheküljele täitmise hõlbustamiseks. *Limesurvey* keskkonnas lisati uuringule lisatingimus, et vastajate IP-sid (*internet protocol* ehk internetiprotokoll) ei salvestata. See tagab olukorra, et uurimistöö läbiviijatel ei ole võimalik vaadata, millisest seadmest või kuskohast on uuringus osaletud.

Prooviuuringu jaoks koostati eraldi sissejuhatav tekst (vt lisa 7), kus teavitati uuringus osalejaid prooviuuringu eesmärgist. Osalejatel paluti põhiküsimustiku lõppedes täita täiendav lisaküsimustik CBI ja taustandmete küsimustiku sobivuse kohta (vt lisa 8) ning hinnata ajakulu põhiküsimustiku täitmiseks. Sissejuhatavas tekstis informeeriti prooviuuringus osalejaid, et prooviuuringust saadud vastuseid ei analüüsita sisuliselt ega kaasata põhiuuringusse.

Prooviuuring viidi läbi 2022. aasta maikuu esimesel nädalal ning sellesse värvati osalejaid uurimistöö läbiviija endiste ning praeguste töökaaslaste seast läbi vastavasisuliste üleskutsete ühistes veebivestluses. Prooviuuringus osales kokku kaheksa ämmaemandat, kes andsid tagasisidet küsimustiku täidetavuse, sõnastuse ja ajakulu kohta. Tagasiside põhjal korrastati taustandmete küsimustes kahte küsimust, neist ühte haiglate nimetuse osas ning teisest taustandmete küsimusest

tehti kaks erinevat küsimust. Ühtegi sisulist muudatust prooviuringu tagasiside põhjal ei tehtud. Küsimustiku täitmise ajakulaks hinnati viis kuni kaksteist minutit.

Enne põhiuuringu algust tehti taustandmete küsimustesse eespool nimetatud muudatused ning täiendati sissejuhatavat teksti ajakulu informatsiooniga (vt lisa 9). Osalejate värbamine põhiuuringusse algas 18.05.2022. Uuringus osalemise kutset (vt lisa 10) paluti jagada Eesti Ämmaemandate Ühingu (EÄÜ) meililistis, kuhu on koondunud enim Eestis töötavaid ämmaemandaid. Samuti jagati kutset Õendusteaduste õppetooli *Facebooki* kontrol ning uurimistöö läbiviija isiklikul kontrol. Kutseid jagati laiali ka Tartu Tervishoiu Kõrgkooli vilistlaste, Ämmaemandate ning Sünni sõprade ja toetajate *Facebooki* gruppides, et jõuda seeläbi võimalikult paljude uuritavateni. Meililistis jagati kutset ühel ja *Facebookis* kahel korral. Küsimustik jäi avatuks kuni 31.08.2022 (k.a.), pärast mida see sulgus automaatselt.

3.5. Andmete analüüs

Andmete kogumise perioodi lõpus laeti *Limesurvey* keskkonnast alla kõik täielikult täidetud ankeedid, mis korrastati *Microsoft Excel 365* keskkonnas. Üks ankeet oli esitatud täitmata kujul ning see eemaldati valimist. Edasiseks kodeerimiseks ning andmete analüüsiks kasutati statistikaprogrammi STATA14, mis võimaldas vähendada võimalust vigade tekkimiseks andmete kodeerimisel ning andmeanalüüsis.

Läbipõlemise hindamiseks kodeeriti läbipõlemist mõõtvad väited vastavalt Kristensen jt (2005) loodud juhendile. Vastusevariandid ning saadavad punktisummad on näidatud tabelis 2. Seejärel arvutati igas dimensioonis välja uuritava punktiskoor. Kristensen jt (2005) kohaselt kogeb inimene läbipõlemist, kui tema valdkonna punktiskoor on 50 punkti või enam. Edasiseks analüüsiks kodeeriti läbipõlemise kategooriad binaarseks vastavalt sellele, kas esineb läbipõlemist või mitte. Rahulolu küsimused kodeeriti esmalt Likerti-skaala sarnaselt 1–4 punktiga ning 0 anti vastusele „ei osanud vastata“. Hilisemas andmeanalüüsis muudeti rahulolu binaarseks ning vastavalt, kas „rahul“ või „ei ole rahul“.

Tabel 2. CBI vastusevariandid ja saadavad punktisummad

Vastusevariant	Saadav punktisumma
Alati / väga suurel määral	100
Sageli / suurel määral	75
Mõnikord / mõnevõrra	50
Harva / vähesel määral	25
(Peaaegu) mitte kunagi / väga vähesel määral	0

Uuringus osalejad märkisid oma vanuseid täisarvuga ning nendest moodustati vanusegrupid vastavalt vastustele: 22–29a, 30–39a, 40–49a ning >50a. Võimalust üle 60aastaseid teistest eraldada puudus, kuna neid vastajaid oli valimis liiga vähe omaette kategooria loomiseks. Laste vanuserühmade jaotustes arvati vanusegrupid kokku arvutuste lihtsustamiseks ning loodi uued grupid: 0–6aastased, 7–14aastased ning 15aastased ja vanemad.

Keskmise tööpäevapikkuse juures moodustusid uuringus osalejate vastustest järgmised grupid: „Kuni 8 tundi“, „9–12 tundi“ ning „13–24 tundi“. Lepingulise töökoormuse küsimuse juures oli võimalus vastata täiendavalt. Vastused analüüsiti ning töökoormuste vastused kodeeriti ümber vastavalt viieks erinevaks grupiks alates „vähem kui 0,5 kohast“ kuni „rohkem kui 1,0 kohani“.

Töövaldkonnas oli võimalik lisada täpsustavaid vastuseid, millest tekkis eraldi vastusekategooria „erakorraline vastuvõtt“. Teisi täpsustusi oli võimalik liita teiste valdkondadega – näiteks „raseduskriisinõustamine“ liideti „muu ambulatoorse vastuvõtuga“. Töövaldkondades kodeeriti erinevad osakonnad kokku, arvestades töö iseloomu ja tööülesandeid. Uuteks gruppideks said: „ambulatoorne“, „sünnituseelne ning erakorraline vastuvõtt“, „sünnitus ja sünnitusjärgne“, „muu statsionaarne töö“ ning „õpetamine“. Neist moodustati veel omakorda lihtsustatult „ainult ambulatoorne“, „ainult statsionaarne“, „nii ambulatoorne kui ka statsionaarne“ rühmad.

Juhul, kui mõnele küsimusele oli vastanud vähem kui viis uuringus osalejat, liideti vastused sarnasema kategooriaga. Kui seda ei olnud võimalik teha, siis arvati need vastused antud andmeanalüüsi kohas valimist välja. Näiteks vastusevariant „muu“ emakeeles, kuna sellele oli vastanud üks inimene koos täpsustusega „kakskeelne“. Laste vanuserühmadesse jaotumise juures vastusevariant „ei ela koos“ arvati uuringu valimist välja, kuna magistr töö autor ei ole kindel, et kõik vastanud said antud vastusevariandist sarnaselt aru.

Taustandmete kirjeldamiseks kasutati kirjeldavat statistikat (miinimum, maksimum, aritmeetiline keskmine (\bar{x}), standardhälve (SD)). Andmed esitati parema ülevaate saamiseks sagedustabelitega, kus olid esitatud ka absoluutarvud (n). Läbipõlemise esinemise hindamiseks sotsiaaldemograafilistes ning tööalastes rühmades kasutati hii-ruut testi. Punktisummade hindamiseks ning võrdlemiseks arvutati välja 95% usaldusvahemikud (95% UV). Punktiskooride keskmiste vaheliste statistiliselt oluliste erinevuse hindamiseks kasutati t-testi, kui oli kaks gruppi; kolme ja enama korral kasutati ANOVA dispersioonianalüüsi.

Läbipõlemise seoste jaoks kasutati Pearsoni korrelatsioonikordajat. Seoste tugevuse hindamisel põhineti Gray jt (2017)-le, kus tugevaks suhteks loeti $>0,50$, mõõdukaks seoseks $0,30-0,49$ ning nõrgaks seoseks $<0,30$. Šansi suhete jaoks kasutati logistilist regressiooni mudelitega, kus arvatati välja nii kohandamata (OR) kui ka kohandatud (AOR) šansisuhetena koos 95% usaldusvahemikega. Kohandamiseks kasutati kõikidel teguritel samu sotsiaaldemograafilisi faktoreid: vanuserühm, keel, elukoht, haridus, partneri olemasolu, laste olemasolu ja omaste hooldamine. Tulemustes esitati kohandatud šansi suhteid, juhul kui ei ole öeldud teisiti. Statistiliselt oluliseks piiriks seati $p<0,05$.

3.6. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine

Uurimistöö usaldusväarsuse tagamiseks arvestades uurimistöö eesmärke kutsuti uuringusse osalema kõik Eestis uurimistöö hetkel töötanud ämmaemandad ja abiämmaemandad, kellele oli võimalik kutset edastada. Võimalikult paljude uuritavateni jõudmiseks kasutati uuringusse kaasamiseks mitut erinevat teabevahendit. Gray jt (2017) soovivad, et usaldusvahemik jääks uurimistööle vähemalt 80% juurde. Seetõttu arvatati välja, et väikseim oodatav vastamismäär andmete üldistamiseks ja usaldusväarsuse säilitamiseks oleks 126 ämmaemandat (Raosoft 2004) ehk 24% töötavate ämmaemandate populatsioonist. Teistes riikides on jäänud sarnase ülesehitusega veebipõhise läbipõlemise küsimustiku vastamismääraks 16–48% kohalikust ämmaemandate üldpopulatsioonist (Fenwick jt 2018, Hunter jt 2019, Stoll ja Gallagher 2019).

Küsimustiku korrektseks kasutamiseks on vajalik hinnata nii selle reliaablust kui ka valiidsust. Sisemise reliaabluse hindamiseks on võimalik kasutada Cronbach α , mis mõõdab sisemist terviklikkust ning mille tulemused saavad jääda 0,00 ja 1,00 vahele. Kuid kuna täiuslikku mõõdikut ei ole olemas, siis 1,00 tulemust ei ole võimalik saavutada. Sisemiselt ühtlaseks loetakse tulemusi, mis jäävad üle 0,60. (Gray jt 2017.) Pärast uurimistöö läbiviimist arvatati välja küsimustiku sisereliaabluse hindamiseks Cronbach α nii iga valdkonna kaupa kui ka küsimustikule tervikuna. Tabelis 3 on esitatud Cronbach α väärtused nii läbipõlemise dimensioonide kaupa kui ka küsimustikule tervikuna. Varem on sarnase ülesehitusega töödel jäänud sisereliaabluse väärtused vahemikku 0,84 (Hunter jt 2019) kuni 0,90 (Henriksen ja Lukasse 2016).

Tabel 3. CBI eestikeelse küsimustiku Cronbach α

	Cronbach α
Isiklik läbipõlemine	0,88
Tööalane läbipõlemine	0,86
Klientidega seotud läbipõlemine	0,88
Kokku	0,93

4. TULEMUSED

4.1. Uurimistöös osalenute sotsiaaldemograafilised taustandmed

Kokku esitati 171 korrektselt täidetud ankeeti, millest moodustus antud uurimistöö valim. Uurimistöö vastamismäär oli 33% kõigist Eestis töötavatest ämmaemandatest (N=524). Kõige vanem osalenu oli 72aastane ning kõige noorem 22aastane. Keskmine uurimistöö osaleja vanus oli 37 aastat (SD 11,5). Kõige rohkem vastas uurimistööle uuritavaid vanuserühmades 22–29 (32%) ning 30–39 (33%) eluaastat. Kõikide sotsiaaldemograafiliste andmete jagunemine on esitatud tabelis 4.

Enamik uurimistöös osalenutest kõneles eesti keelt emakeelena (89%), elas koos partneri või abikaasaga (81%) ning neil oli rakenduskõrgharidus või sellega võrdsustatud haridus (81%). Rohkem kui pooltel (65%) vastanutel oli vähemalt üks laps. Laste vanuserühmad jaotusid põhiliselt 0–6 (28%) ja 7–14 (28%) aastat. Põhiline osa uurimistööle vastajatest (62%) elas suuremates linnades (Tallinn, Tartu jt). Võrdselt vastajaid elas ka muudes linnades (15%) ja suuremate linnade äärsetes küldes või alevites (15%). Töövälisel ajal hooldas mõnda oma lähedast 12% uuringus osalenud ämmaemandatest.

Tabel 4. Sotsiaaldemograafiliste taustandmete jaotus

Muutuja	n	%	Muutuja	n	%
Vanus (n=170)			Elukoht (n=171)		
22–29	55	32,4	Suuremas linnas	106	62,0
30–39	56	32,9	Muus linnas	25	14,6
40–49	28	16,5	Suurema linna äärses külas, alevis..	25	14,6
>50	31	18,2	Maapiirkonna külas, alevis	15	8,8
Haridustase (n=171)			Laste olemasolu (n=171)		
Kesk- või kutsekeskharidus	10	5,9	Ei	60	35,1
Rakenduskõrgharidus, bakalaureus,...	138	80,7	Jah, üks	39	22,8
Magistrikraad või kõrgem	23	13,4	Jah, mitu	72	42,1
Emakeel (n=170)			Laste vanuserühm 0–6a (n=171)		
Eesti	152	89,4	Ei	124	72,5
Vene	18	10,6	Jah	47	27,5
Abielu või kooselu (n=171)			Laste vanuserühm 7–14a (n=171)		
Ei	32	18,7	Ei	123	71,9
Jah	139	81,3	Jah	48	28,1
Omaste hooldamine (n=171)			Laste vanuserühm >15a (n=171)		
Ei	151	88,3	Ei	132	77,2
Jah	20	11,7	Jah	39	22,8

4.2. Uurimistöös osalenute tööalased taustandmed

Küsimustikule vastanutest 90% olid ämmaemandad ning 5% abiämmaemandad, ülejäänud töötasid kas juhtide või õppejõududena. Kõige rohkem vastanuid töötas ainult keskhaiglates (48%) ning kõige vähem ainult esmatasandil (4%) ja erasektoris (5%). Pääaegu võrdset olid esindatud ainult statsionaarsetes (38%) ning samaaegselt ambulatoorsetes ja statsionaarsetes (37%) osakondades töötajad. Mitmes valdkonnas töötas enamik (85%) vastanutest. Kõige rohkem uuringus osalenud ämmaemandatest töötas ambulatoorsetes vastuvõttudes (61%) ning sünnitus- ja sünnitusjärgses osakonnas (52%). Kõige vähem vastanuid (10%) tegeles osakonna, kliiniku vm juhtimisega. Tabelis 5 on esitatud uuringus osalenute ametialased, töökohtade ning töövaldkondade jaotused.

Tabel 5. Ameti, töökohtade ning töövaldkondade jaotus

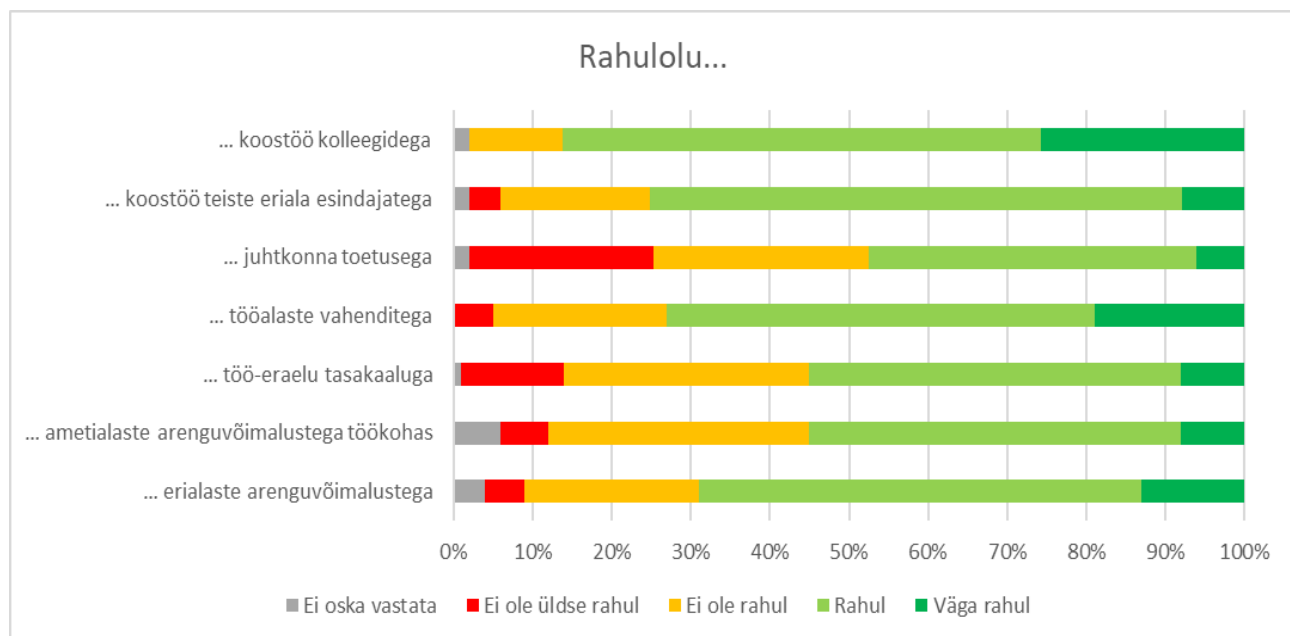
Muutuja	n	%	Muutuja	n	%
Ämmaemanda amet (n=171)			Osakondades töötamine (n=171)		
Ei	18	10,5	Ainult ambulatoorses	42	25,2
Jah	153	89,5	Ainult statsionaarses	63	37,7
Abiämmaemanda amet (n=171)			Ambulatoorses ja statsionaarses	62	37,1
Ei	162	94,7	Töötamine mitmes erinevas valdkonnas (n=171)		
Jah	9	5,3	Ei	26	15,2
(Ämmaemandus)juhi amet (n=171)			Jah	145	84,8
Ei	155	90,6	Töötamine ambulatoorses vastuvõtus (n=171)		
Jah	16	9,4	Ei	67	39,2
(Ämmaemandus)õppejõu amet (n=171)			Jah	104	60,8
Ei	159	93,0	Töötamine sünnituseelses, erakorralises (n=171)		
Jah	12	7,0	Ei	110	64,3
Mitu ämmaemandusametit (n=171)			Jah	61	35,7
Ei	152	90,0	Töötamine sünnituses ja sünnitusjärgses (n=171)		
Jah	19	7,0	Ei	83	48,5
Haiglatasand, kus töötatakse.. (n=171)			Jah	88	51,5
Ainult piirkondlik haigla	28	16,5	Töötamine muus statsionaarses osakonnas (n=171)		
Ainult keskhaigla	82	48,2	Ei	140	81,9
Ainult üldhaigla	23	13,5	Jah	31	18,1
Ainult perearsti/esmatasandi tervisekeskus	7	4,1	Kogukonnakoolituse, õppetöö läbiviimine (n=171)		
Ainult erahaiglas ja/või iseenda tööandjana	8	4,7	Ei	142	83,0
Mitmes erinevas riiklikus haiglatasandis	12	7,1	Jah	29	17,0
Riiklikus asutuses ja erasektoris	10	5,9	Osakonna, kliiniku vm juhtimine (n=171)		
			Ei	154	90,1
			Jah	17	9,9

Enim vastanuid (46%) oli 1–10aastase tööstaažiga ning töötasid täiskoormusega ehk 1,0 kohal (54%). Keskmise tööpäeva pikkus vastanutel oli 14 tundi (SD 6,4, min 6, max 24). Enamik ämmaemandaid tegi nii 12tunniseid või pikemaid (61%) kui ka 24tunniseid või pikemaid (53%) valveid. Vahetustega töötas 70% ning öövalveid tegi 63% vastanutest. Mitmes erinevas osakonnas samaaegselt töötas 47% ning regulaarselt roteerus osakondade vahel 23% ämmaemandatest. Muudatusi tööülesannetes viimase kolme kuu jooksul oli kogunud 39% vastanutest. Lisaks ämmaemandaametile oli mõni muu ametikoht 35%-l uuritavatest. Tabelis 6 on töökorralduslike aspektide jaotus.

Tabel 6. Töökorralduslike aspektide jaotus

Muutuja	n	%	Muutuja	n	%
Tööstaaz aastates (n=171)			Pikemad kui 12tunnised tööpäevad (n=171)		
Kuni 1	14	8,2	Ei	66	38,6
1–10	79	46,2	Jah	105	61,4
11–20	40	23,4	24tunnised või pikemad tööpäevad (n=170)		
21–30	19	11,1	Ei	80	47,1
31 ja rohkem	19	11,1	Jah	90	52,9
Töökoormus (n=171)			Vahetustega töötamine (n=171)		
Vähem kui 0,5 kohta	31	18,2	Ei	52	30,4
0,5 kuni 0,9 kohta	29	17,1	Jah	119	69,6
1,0 koht	92	54,1	Õõvalvete tegemine (n=171)		
Rohkem kui 1,0 kohta	18	10,6	Ei	63	36,8
Keskmine tööpäeva pikkus tundides (n=171)			Jah	108	63,2
6–8	35	20,5	Töötamine mitmes erinevas osakonnas (n=171)		
9–12	85	49,7	Ei	90	52,6
13–24	51	29,8	Jah	81	47,4
Töötamine mitte erialaselt (n=170)			Osakondade vaheline roteerumine (n=171)		
Ei	110	64,7	Ei	132	77,2
Jah	60	35,3	Jah	39	22,8
Tööülesannetes muutused 3 kuu jooksul (n=171)					
Ei	105	61,4			
Jah	66	38,6			

Koostööga kolleegidega oli rahul 88% ning teiste erialade esindajatega 77% ämmaemandatest. Enamik uuritavatest olid rahul tööalaste vahenditega (73%) ning erialaste arenguvõimalustega (71%). Vähem oldi rahul ametialaste arenguvõimalustega töökohas (58%) ning töö-eraelu tasakaaluga (56%). Kõige vähem oldi rahul (49%) juhtkonna toetusega osakonnale või osakondadele. Täpsemalt on ämmaemandate rahulolu tööalaste aspektidega on esitatud joonisel 1.



Joonis 1. Ämmaemandate rahulolu tööalaste aspektidega

4.3. Ämmaemandate läbipõlemine

Isiklikku läbipõlemist koges ehk sai 50 või enam punkti 67% uuritud ämmaemandatest, kellest 56% koges seda mõõdukalt (50-74p) ja 10% tugevalt (75-99p). Töölase läbipõlemist esines 42%-l uuritavatest, kellest 6%-l oli see avaldunud tugevalt. Klientidega seotud läbipõlemist koges 16% uurimustöös osalenutest, kellest 14%-l oli see mõõdukal tasemel. Töölase ja klientidega seotud läbipõlemist ei esinenud ühelgi uuritava täielikult (100p). Tabelis 7 on esitatud läbipõlemise levimus ämmaemandate seas koos punktiskooride eristusega.

Tabel 7. Läbipõlemise levimus ämmaemandate seas

	0–50p		50–74p		75–99p		100p		>50p kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Isiklik läbipõlemine	57	33,3	96	56,2	17	9,9	1	0,6	114	66,7
Töölase läbipõlemine	99	57,9	62	36,2	10	5,9	0	0,0	72	42,1
Klientidega seotud läbipõlemine	143	83,6	24	14,1	4	2,3	0	0,0	28	16,4

Kõigis kolmes valdkonnas koges läbipõlemist 15% ämmaemandatest. Samaaegselt isiklikku ja töölase läbipõlemist koges 27% uuritavatest. Ühel ämmaemandal (1%) esines samaaegselt klientide ja tööga seotud läbipõlemine. Mitte ühelgi uuritava ei esinenud koos isiklikku ja klientidega seotud läbipõlemist. Ämmaemandaid, kellel ei esinenud üheski dimensioonis läbipõlemist, oli 32%. Ülejäänud 25%-l esines läbipõlemine ainult ühes dimensioonis.

Isikliku läbipõlemise keskmine punktisumma oli 55 punkti (SD 16,5). Töölase läbipõlemise keskmine punktisumma oli 46 (SD 17,1) ning klientidega seotud läbipõlemisel 29 punkti (SD 19,2). Lisas 12 on esitatud läbipõlemise punktiskoorid iga küsimuse ning dimensiooni kaupa ning tabelis 8 on esitatud läbipõlemise dimensiooni keskmised punktisummad koos usaldusvahemikega.

Tabel 8. Keskmised punktisummad koos usaldusvahemikuga

	\bar{x}	SD	min	max	Uv 95%
Isiklik läbipõlemine	54,7	16,5	8,3	100,0	52,2–57,2
Töölase läbipõlemine	45,9	17,1	10,7	96,4	43,3–48,5
Klientidega seotud läbipõlemine	28,6	19,2	0,0	87,5	25,7–31,5

Isikliku ning töölase läbipõlemise vahel esines tugev positiivne seos ($r=0,8$, $p<0,001$) ehk kõrgema isikliku läbipõlemise punktisumma korral oli tõusnud ka töölase läbipõlemise punktisumma. Klientide ja isikliku läbipõlemise vahel esines tugev positiivne seos ($r=0,5$, $p<0,001$). Tööga ning klientidega seotud läbipõlemise vahel esines tugev positiivne seos ($r=0,7$, $p<0,001$).

4.4 Sotsiaaldemograafiliste taustandmete seos ämmaemandate läbipõlemisega

Vanuse ja isikliku läbipõlemise vahel esines statistiliselt oluline seos ($p=0,011$) ning keskmiste punktisummade vahel esinesid olulised erinevused ($p<0,001$). Alla 30aastaste ämmaemandate rühmas esines 73%-l vastanutest isiklikku läbipõlemist. Sarnaselt koges 77% 30–39aastaseid uuritavaid isiklikku läbipõlemist. Üle 50aastastel ämmaemandatel on 70% väiksem šanss kogeda isiklikku läbipõlemist võrreldes alla 30aastaste ämmaemandatega kohandamata regressiooni alusel ($p=0,013$, 95% uv 0,12–0,78) ning pärast kohandamist jäi tulemus piiripealseks ($p=0,086$, 95% uv 0,09–1,17).

Vanusegruppide ning tööalase ja klientidega seotud läbipõlemise vahel puudusid statistiliselt olulised erinevused. Samuti puudusid olulised erinevused keskmiste punktisummade vahel. Logistilise regressiooni kohaldamise järel selgus, et ämmaemandatel, kelle vanus jäi 40–49 eluaasta vahele, oli kümme korda suurem šanss ($p=0,020$, 95% uv 1,43–73,01) kogeda klientidega seotud läbipõlemist võrreldes ämmaemandatega, kelle vanus jäi alla 30.

Emakeele gruppide ja isikliku läbipõlemise vahel erinevusi ei esinenud, kuid oluline vahe oli keskmiste punktisummade juures ($p=0,006$). Vene keelt emakeelena kõnelevatel ämmaemandatel oli isikliku läbipõlemise keskmine punktisumma ($\bar{x}= 65$, SD 15,1) üle kümne punkti kõrgem. Olulised erinevused gruppide vahel esinesid tööalase ($p=0,007$) ja klientidega seotud ($p=0,041$) läbipõlemise vahel. Tööalast läbipõlemist koges 72% ning klientidega seotud läbipõlemist 33% vene keelt emakeelena kõnelevatest uuritavatest. Märkimisväärsed erinevused olid ka keskmiste punktisummade vahel, kus nii tööalase ($p=0,006$) kui ka klientidega seotud ($p=0,002$) läbipõlemise punktiskoorid olid vene keelt kõnelevatel ämmaemandatel üle kümne punkti võrra kõrgemad. Logistilisest regressioonist selgus, et ämmaemandatel, kes kõnelevad vene keelt emakeelena, on neli korda suurem šanss kogeda tööalast läbipõlemist ($p=0,018$, uv 95% 1,29–14,81). Võrreldes eesti keelt kõnelevate ämmaemandatega on vene keelt kõnelevatel ämmaemandatel kolm korda suurem šanss ($p=0,049$, 95% uv 1,00–8,69) kogeda klientidega seotud läbipõlemist kohandamata regressiooni kohaselt. Pärast kohandamist teiste teguritega on šanss ligi neljakordne, kuid tegemist on piiripealse tulemusega ($p=0,057$, 95% uv 0,96–13,64).

Uuritavate elukoha gruppide vahel isikliku ja klientidega seotud läbipõlemise vahel erinevusi ei esinenud. Tööalast läbipõlemise kogemise ning elukoha gruppide vahel esines seos ($p=0,027$). Väiksemates linnades elavatest ämmaemandatest 16% koges tööalast läbipõlemist, samas suuremates

linnades elvatest koges selles dimensioonis läbipõlemist 49% uuritavatest. Väikeses linnas elamine vähendas töölase läbipõlemise esinemise tõenäosust 80% ($p=0,020$, 95% uv 0,07–0,80) võrreldes suuremates linnades elavate ämmaemandatega.

Omaste hooldamise ning isikliku ja töölase läbipõlemise vahel olulist seost ei esinenud. Klientidega seotud läbipõlemise ja omaste hooldamise gruppide vahel esines statistiliselt oluline erinevus ($p=0,017$). Lähedasi hooldavatest ämmaemandatest 35%-l esines antud dimensioonis läbipõlemist. Keskmised punktisummad ei erinenud omaste hooldamise korral üheski dimensioonis neist, kes lähedasi ei hooldanud. Logistilise regressiooni kohaselt tõstab lähedase hooldamine isikliku läbipõlemise esinemise šanssi ligi neli korda ($p=0,045$, 95% uv 1,00–14,50). Töölase läbipõlemise tõenäosust tõstab omaste hooldamine kolm korda ($p=0,050$, 95% 1,00–10,13). Samuti on neil ämmaemandatel neli korda suurem šanss ($p=0,033$, 95% uv 1,12–17,00) kogeda klientidega seotud läbipõlemist võrreldes nendega, kes omakseid ei hoolda. Tabelis 9 on esitatud sotsiaaldemograafilised tegurid (välja arvatud lastega seotud) ning nende esinemine seotud läbipõlemisega dimensioonide kaupa.

Tabel 9. Sotsiaaldemograafiliste tegurite esinemine läbipõlemisega dimensioonide kaupa

Muutuja	Isiklik läbipõlemine			Töölase läbipõlemine			Klientidega seotud läbipõlemine		
	(n=114)			(n=72)			(n=28)		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Vanus			0,011			0,121			0,819
	22–29	40 35,4		26 36,6			8 29,6		
	30–39	43 38,0		23 35,2			9 33,3		
	40–49	16 14,2		13 18,3			6 22,2		
	>50	14 12,4		7 9,9			4 14,8		
Keel			0,283			0,007			0,041
	Eesti	99 87,6		59 81,9			22 78,6		
	Vene	14 12,4		13 18,7			6 21,4		
Elukoht			0,316			0,027			0,339
	Suuremas linnas	75 65,8		52 72,2			19 67,9		
	Muus linnas	13 11,4		4 5,6			1 3,6		
	Suurema linna äärses...	17 14,9		10 13,9			5 17,9		
	Maapiirkonna külas...	9 7,9		6 8,3			3 10,7		
Omaste hooldamine			0,178			0,214			0,017
	Ei	98 86,0		61 84,7			21 75,0		
	Jah	16 14,0		11 15,3			7 25,0		

Laste olemasolu ning isikliku ja töölase läbipõlemise vahel gruppides olulisi statistilisi erinevusi ei esinenud. Klientidega seotud läbipõlemise ning laste olemasolu ja nende arvu vahel esines oluline seos ($p=0,005$). Mitme lapsega ämmaemandatel olid statistiliselt oluliselt väiksemad keskmised punktisummad isiklikus ($p=0,018$) ja klientidega seotud ($p=0,008$) läbipõlemise dimensioonis võrreldes nendega, kellel oli üks laps või lapsi ei olnud, samas töölase läbipõlemise punktisummat see ei mõjutanud. Logistilise regressiooni kohaselt vähendab lapse ($p=0,023$, 95% uv 0,06–0,82) või

laste ($p=0,032$, 95% uv 0,07–0,89) olemasolu tööalase läbipõlemise esinemise šanssi 80% ning mitme lapsega ämmaemandatel on 90% väiksem tõenäosus ($p=0,003$, 95% uv 0,01–0,41) kogeda klientidega seotud läbipõlemist võrreldes nendega, kellel lapsi ei ole. Tabelis 10 on esitatud laste olemasolu ja laste vanuserühmade esinemised ämmaemandate läbipõlemise dimensioonide kaupa.

Tabel 10. Laste ja nende vanuserühmade esinemine läbipõlemise dimensioonide kaupa

Muutuja	Isiklik läbipõlemine			Tööalane läbipõlemine			Klientidega seotud läbipõlemine		
	(n=114)			(n=72)			(n=28)		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Laste olemasolu			0,138			0,204			0,005
Ei	43	37,7		30	41,7		11	39,3	
Jah, üks	29	25,5		17	23,6		12	42,9	
Jah, mitu	42	36,8		25	34,7		5	17,9	
Laste vanuserühm 0–6a			0,039			0,784			0,030
Ei	77	67,5		53	73,6		25	89,3	
Jah	37	32,5		19	26,4		3	10,7	
Laste vanuserühm 7–14a			1,000			0,786			0,149
Ei	82	71,9		51	70,8		17	60,7	
Jah	32	28,1		21	29,2		11	39,3	
Laste vanuserühm >15a			0,001			0,018			0,095
Ei	97	85,1		62	86,1		25	89,3	
Jah	17	14,9		10	13,9		3	10,7	

Oluline erinevus esines lapse või laste olemasoluga vanuserühmas 0–6 eluaastat ning isikliku ($p=0,039$) ja klientidega seotud ($p=0,030$) läbipõlemise vahel. Enamik (79%) ämmaemandaid, kellel oli laps(ed) antud vanuserühmas, kogesid isiklikku läbipõlemist. Lapsed vanuses 0–6 aastat ei mõjutanud statistiliselt oluliselt ämmaemandate keskmiseid punktisummasid üheski läbipõlemise dimensioonis. Logistilises regressioonis selgus, et eelkooliealiste lastega ämmaemandatel on kolm korda suurem šanss kogeda isiklikku läbipõlemist ($p=0,032$, 95% uv 1,11–9,25). Samas on neil ämmaemandatel 90% väiksem šanss kogeda klientidega seotud läbipõlemist ($p=0,011$, 95% uv 0,02–0,59).

Olulist erinevust ei esinenud läbipõlemise dimensioonide ning lapse või laste olemasoluga vanuserühmas 7–14 aastat vahel. Samuti ei erinenud nende keskmised punktisummad üheski dimensioonis teistest. Logistilise regressiooni kohaselt tõstis klientidega seotud läbipõlemise esinemise šanssi ämmaemandatel üheksa korda ($p=0,012$, 95% uv 1,60–44,54) lapse või laste olemasolu vanuserühmas 7–14 eluaastat

Ämmaemandatel, kelle laps oli 15aastane või vanem, esines isiklikku läbipõlemist 44%-l ning tegemist oli olulise erinevusega gruppide vahel ($p=0,001$). Samuti esines tööalases läbipõlemises gruppide vaheline märkimisväärne erinevus ($n=0,018$), kuna 26% ämmaemandatest, kellel oli

laps(ed) vanuses 15 või rohkem, kogesid antud dimensioonis läbipõlemist. Keskmised punktisummad olid madalamad vanemate lastega ämmaemandatel nii isiklikus ($p=0,001$), tööalases ($p=0,005$) kui ka klientidega seotud ($p=0,008$) läbipõlemises. Logistilise regressiooni kohaselt on ämmaemandatel, kelle laps on 15aastane või vanem, 70% väiksem tõenäosus kohandamata regressiooni kohaselt kogeda isiklikku läbipõlemist ($p=0,001$, 95% uv 0,13–0,59) ning pärast kohandamist muutus tõenäosus 60% väiksemaks, kuid tegemist on piiripealse tulemusega ($p=0,081$, 95% uv 0,14–1,12).

Abielu või kooselu ning haridustase ei mõjutanud läbipõlemist üheski dimensioonis. Samuti ei mõjutanud antud tegurid keskmiseid punktisummasid ega läbipõlemise esinemise tõenäosust. Kõikide sotsiaaldemograafiliste tegurite esinemine koos keskmiste punktisummade ning logistilise regressiooniga on lisades esitatud läbipõlemise dimensioonide kaupa (vt lisa 12, lisa 13, lisa 14).

4.5. Tööalaste taustandmete seos ämmaemandate läbipõlemisega

4.5.1. Töötingimuste seos ämmaemandate läbipõlemisega

Erinevad ametikohad kui ka mitmes ametis töötamise ning dimensioonide vahel olulisi erinevusi ei esinenud. Abiämmaemandate keskmine isikliku läbipõlemise punktisumma ($\bar{x}= 68$, SD 17,3) oli oluliselt erinev ($p=0,016$) teistest. Teised ametid ning mitmes ametis töötamine keskmiseid punktisummasid ei mõjutanud. Logistilises regressioonis selgus, et abiämmaemandatel on 90% väiksem šans kogeda tööalast läbipõlemist ($p=0,042$, 95% uv 0,01–0,92).

Isikliku läbipõlemise ning mitmes erinevas osakonnas samaaegselt töötamise vahel esines oluline seos ($p=0,051$), kuid keskmiste punktisummade vahel erinevust ei esinenud. Teiste läbipõlemise dimensioonide ja mitmes erinevas osakonnas töötamise vahel olulisi seoseid ei esinenud. Osakondade vahel roteeruvatel ämmaemandatel esines märkimisväärselt ($p=0,042$) väiksem keskmine isikliku ($p=0,042$), tööalase ($p=0,004$) ning klientidega seotud ($p=0,016$) läbipõlemise punktisumma, kuid roteerumise gruppidel puudusid statistiliselt olulised erinevused läbipõlemise dimensioonide vahel.

Mitmes valdkonnas töötamine statistiliselt oluliselt läbipõlemist ei mõjutanud. Töötamise sünnitus- ja sünnitusjärgses osakonnas ning klientidega seotud läbipõlemise vahel esineb oluline seos ($p=0,025$). Nendes valdkondades töötavatel ämmaemandatel on märkimisväärselt ($p=0,004$) madalam keskmine punktisumma. Teiste valdkondade ning läbipõlemise vahel statistiliselt olulised seosed puudusid. Erinevus esines punktisummades, kus mitmes erinevas valdkonnas töötavatel ämmaemandatel oli tööalase läbipõlemise keskmine punktisumma oluliselt madalam ($p=0,045$).

Sünnituseelses osakonnas töötavatel ämmaemandatel oli tööga seotud läbipõlemise punktisumma kõrgem ($p=0,024$) võrreldes nendega, kes sellises valdkonnas ei töötanud. Logistilise regressiooni kohaselt on sünnitus- ja sünnitusjärgses osakonnas töötades 60% väiksem tõenäosus kogeda klientidega seotud läbipõlemist, kuid tegemist on piiripealse tulemusega ($p=0,059$, 95% uv 0,12–1,04). Tabelis 11 on esitatud töötingimustega seotud tegurite esinemine läbipõlemise dimensioonide kaupa.

Tabel 11. Töötingimustega seotud tegurite esinemine läbipõlemise dimensioonide kaupa

Muutuja	Isiklik läbipõlemine			Töölane läbipõlemine			Klientidega seotud läbipõlemine		
	(n=114)			(n=72)			(n=28)		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Töötamine sünnitus- ja...			0,066			0,117			0,025
Ei	61	53,5		40	55,6		19	67,9	
Jah	53	46,5		32	44,4		9	32,1	
Tööstaaž aastates			0,010			0,044			0,279
<1	9	7,9		4	5,6		2	7,1	
1–10	62	54,4		41	56,9		12	42,9	
11–20	26	22,8		17	23,6		7	25,0	
21–30	8	7,0		7	9,7		6	21,4	
>31	9	7,9		3	4,2		1	3,6	
Töötamine mitmes erinevas os..			0,051			0,781			0,601
Ei	66	57,9		37	51,4		16	57,1	
Jah	48	42,1		35	48,6		12	42,9	
Regulaarne ületunnitöö			0,516			0,007			0,919
Ei	56	49,1		28	38,9		14	50,0	
Jah	58	50,9		44	61,1		14	50,0	
Keskmine tööpäeva pikkus			0,497			0,097			0,032
6–8 tundi	23	20,2		10	13,9		2	7,1	
9–12 tundi	60	52,6		42	58,3		20	71,4	
13–24 tundi	31	27,2		20	27,8		6	21,5	

Tööpäeva pikkus ei mõjutanud oluliselt isiklikku ega tööga seotud läbipõlemise esinemist ning nende keskmisi punktisummasid. Keskmine tööpäeva pikkus mõjutas märkimisväärselt ($p=0,032$) nii klientidega seotud läbipõlemist kui ka selle keskmist punktisummat ($p=0,031$). Enamik (71%) läbipõlenutest tegi keskmiselt 9- kuni 12tunniseid tööpäevi. Regulaarne ületunnitöö mõjutas oluliselt tööga seotud läbipõlemist ($p=0,007$) ning see mõjutas tööalast keskmist punktisummat ($p=0,008$), kuid see ei mõjutanud läbipõlemise teisi dimensioone ega keskmiseid punktisummasid. Regulaarselt ületunnitööd tegevatel ämmaemandatel on kaks korda suurem šans ($p=0,040$, 95% uv 1,03–4,30) kogeda tööga seotud läbipõlemist.

Isikliku läbipõlemise ning tööstaaži rühmade vahel esines oluline erinevus ($p=0,010$). Alla aastase töökogemusega ämmaemandatest koges isiklikku läbipõlemist 64% ning 1–10aastase tööstaažiga 79% vastanutest. Ämmaemandatest, kelle töökogemus jäi 11–20 aasta vahele, koges isiklikku läbipõlemist 65%. Alla aastase töökogemusega ning 1–10aastase töökogemusega ämmaemandate

keskmise isikliku läbipõlemise punktisumma oli märkimisväärselt ($p < 0,001$) kõrgem teistest tööstaaži rühmadest.

Tööstaaži ning tööalase läbipõlemise vahel esines statistiliselt oluline seos ($p = 0,044$) ja erinevused esinesid ka keskmiste punktisummade vahel ($p = 0,034$). Ämmaemandatel, kes on töötanud 1 kuni 10 aastat, esines 52%-l vastanutest tööalast läbipõlemist. Ligi kuus korda suurem ($p = 0,030$, 95% uv 1,18–29,35) šanss on 1- kuni 10aastase ämmaemanda töökogemusega inimestel kogeda tööalast läbipõlemist võrreldes ämmaemandatega, kelle kogemus jäi alla aasta. Klientidega seotud läbipõlemist ning selle punktisummat tööstaaži pikkus ei mõjutanud.

Haiglate ning osakondade liigid ei mõjutanud läbipõlemise dimensioonide esinemisi ega keskmiseid punktisummasid. Logistilisest regressioonist selgus, et ainult üldhaiglates töötavatel ämmaemandatel on ligi kaheksa korda ($p = 0,047$, 95% uv 1,03–55,24) ning perearsti- või esmatasandi tervisekeskustes töötavatel ämmaemandatel 22 korda ($p = 0,026$, 95% uv 1,44–343,01) suurem šanss kogeda tööalast läbipõlemist võrreldes piirkondlikes haiglates töötavate ämmaemandatega. Klientidega seotud läbipõlemist on ligi 14 korda suurem šanss kogeda ämmaemandatel, kes töötavad üldhaiglates ($p = 0,052$, 95% uv 0,98 – 190,09). Sarnaselt tõstis 13 korda klientidega seotud läbipõlemise esinemise tõenäosust ainult perearsti- või esmatasandi tervisekeskustes töötamine, kuid antud tulemus oli piiripealse usaldusväärsusega ($p = 0,058$, 95% uv 0,92 – 170,83). Samaaegselt nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt töötavatel ämmaemandatel esineb 80% väiksema tõenäosusega ($p = 0,029$, 95% uv 0,05 – 0,85) klientidega seotud läbipõlemist võrreldes nende ämmaemandatega, kes töötavad ainult ambulatoorselt.

Muud töötingimusi kirjeldavad tööalased tegurid ei mõjutanud isiklikku, tööalast ega klientidega seotud läbipõlemist ega nende keskmiseid punktisummasid. Samuti ei mõjutanud need läbipõlemise esinemise tõenäosust. Kõikide tööalaste tegurite esinemine koos keskmiste punktisummade ning logistilise regressiooniga on lisades esitatud läbipõlemise dimensioonide kaupa (vt lisa 15, lisa 16, lisa 17).

4.5.2. Tööalase rahulolu seos ämmaemandate läbipõlemisega

Rahulolus koostööga kolleegidega ja ka teiste erialade esindajatega ei esinenud statistiliselt olulisi seoseid isikliku läbipõlemisega. Oluliselt mõjutas rahulolu koostööga kolleegidega ($p = 0,009$) ja ka teiste erialade esindajatega ($p = 0,001$) tööga seotud läbipõlemise esinemist. Klientidega seotud läbipõlemist mõjutas statistiliselt oluliselt rahulolu teiste erialade esindajatega ($p = 0,019$).

Rahulolematus koostööga kolleegidega mõjutas isiklikku ($p=0,007$), tööalast ($p<0,001$) ja klientidega seotud ($p=0,011$) läbipõlemise keskmist punktisummat oluliselt. Sarnaselt mõjutas rahulolematus koostööga teiste erialade esindajatega isikliku ($p=0,001$) ja tööalase ($p<0,001$) läbipõlemise keskmist punktisummat. Logistilisest regressioonist selgus, et ämmaemandatel, kes ei olnud rahul koostööga kolleegidega, oli ligi viis korda suurem šanss ($p<0,001$, 95% uv 1,62 – 17,38) kogeda tööalast ja neli korda suurem tõenäosus ($p=0,053$, 95% uv 0,98 – 14,69) kogeda klientidega seotud läbipõlemist. Ämmaemandatel, kes ei olnud rahul koostööga teiste erialade esindajatega, oli viis korda suurem ($p=0,001$, 95% uv 1,95 – 11,45) šanss kogeda tööalast läbipõlemist ning kuus korda ($p=0,002$, 95% uv 1,84 – 17,27) suurem šanss kogeda klientidega seotud läbipõlemist. Tabelis 12 on esitatud tööalase rahulolu gruppide seosed ämmaemandate läbipõlemisega dimensioonide kaupa.

Tabel 12. Rahulolu tööalaste aspektidega läbipõlemise dimensioonide kaupa

Rahulolu...	Isiklik läbipõlemine			Tööalane läbipõlemine			Klientidega seotud läbipõlemine		
	(n=114)			(n=72)			(n=28)		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
... koostööga kolleegidega			0,196			0,009			0,088
Rahul	97	85,8		58	80,6		22	78,6	
Ei ole rahul	16	14,2		14	19,4		6	21,4	
... koostööga teiste erialaesindaja..			0,245			0,001			0,019
Rahul	83	74,1		45	64,3		16	59,3	
Ei ole rahul	29	25,9		25	35,7		11	40,7	
... juhtkonna toetusega osakon...			0,006			0,001			0,058
Rahul	45	40,9		24	33,3		9	32,1	
Ei ole rahul	65	59,1		48	66,7		19	67,9	
... tööalaste vahenditega			0,051			0,049			0,494
Rahul	78	68,4		47	65,3		19	67,9	
Ei ole rahul	36	31,6		25	34,7		9	32,1	
... töö-eraelu tasakaaluga			<0,001			<0,001			0,020
Rahul	48	42,5		24	33,3		10	35,7	
Ei ole rahul	65	57,5		48	66,7		18	64,3	
... ametialaste arenguvõimalustega			<0,001			<0,001			0,008
Rahul	50	47,2		25	36,2		9	34,6	
Ei ole rahul	56	52,8		44	63,8		17	65,4	
... erialaste arenguvõimalustega			0,001			<0,001			0,014
Rahul	69	63,3		38	54,3		14	51,9	
Ei ole rahul	40	36,7		32	45,7		13	48,1	

Rahulolematus juhtkonna toetusega osakonnale või osakondadele mõjutas isikliku ($p=0,006$) ja tööalase ($p=0,001$) läbipõlemise esinemist. Rahulolematus juhtkonna toetusega mõjutas negatiivselt keskmist punktisummat nii isiklikus ($p=0,002$) ning tööalases ($p<0,001$) läbipõlemise dimensioonis. Rahulolematus juhtkonnaga tõstab isikliku läbipõlemise esinemise võimalust üle kolme korda ($p=0,002$, 95% uv 1,54 – 7,18). Samuti esineb neil ämmaemandatel neli korda suurem šanss ($p<0,001$, 95% uv 2,00 – 9,56) kogeda tööga seotud läbipõlemist ning kolm korda suurem šanss ($p=0,041$, 95% uv 1,05 – 8,58) klientidega seotud läbipõlemise tekkimiseks.

Isikliku ($p=0,051$) ja tööalase ($p=0,049$) läbipõlemise ning rahulolu töövahenditega vahel esinesid statistiliselt olulised seosed, kus rahulolu ühtlasi mõjutas isikliku ($p=0,026$) ja tööalase läbipõlemise ($p=0,036$) keskmist punktisummat. Rahulolu töövahenditega ning klientidega seotud läbipõlemise vahel seos puudus. Ligi kolmekordne šanss ($p=0,028$, 95% uv 1,11 – 6,44) on kogeda isiklikku läbipõlemist ämmaemandatel, kes ei ole rahul oma töövahenditega.

Rahulolu töö-eraelu tasakaaluga ning isikliku ($p<0,001$), tööalase ($p<0,001$) ja klientidega seotud ($p=0,020$) läbipõlemise vahel esinesid olulised erinevused. Töö-eraelu tasakaaluga rahulolematutel olid keskmised punktisummad märkimisväärselt kõrgemad nii isiklikus ($p<0,001$), tööalases ($p<0,001$) kui ka klientidega seotud ($p=0,001$) läbipõlemise dimensioonis. Logistilisest regressioonist selgus, et tõenäosus isikliku läbipõlemise tekkimiseks on ligi kuus korda suurem ($p<0,001$, 95% uv 2,38 – 14,31) ämmaemandatel, kes ei ole rahul töö-eraelu tasakaaluga. Samuti on neil ligi viis korda suurem ($p<0,001$, 95% uv 2,26 – 10,69) šanss kogeda ka tööalast läbipõlemist.

Rahulolu ametialaste arenguvõimalustega töökohas mõjutas nii isiklikku ($p<0,001$), tööalast ($p<0,001$) kui ka klientidega seotud ($p=0,008$) läbipõlemist. Rahulolematuse tõstis oluliselt ühtlasi keskmist punktisummat nii isiklikus ($p<0,001$), tööalases ($p<0,001$) kui ka klientidega seotud ($p<0,001$) läbipõlemise dimensioonis. Isikliku läbipõlemise esinemise tõenäosus on neli korda suurem ($p=0,002$, 95% uv 2,26 – 10,69) nendel, kes ei ole rahul arenguvõimalustega töökohas. Ametialase rahulolematuse korral on ligi viiekordne šanss kogeda tööalast läbipõlemist ($p<0,001$, 95% uv 2,05 – 10,53). Šanss kogeda klientidega seotud läbipõlemist on viiekordne ($p=0,017$, 95% uv 1,32 – 16,3) juhul, kui ämmaemand ei olnud rahul ametialaste arenguvõimalustega töökohas.

Isiklikul ($p<0,001$), tööalasel ($p<0,001$) ja klientidega seotud ($p=0,014$) läbipõlemisel esines oluline seos rahuloluga erialaste arenguvõimalustega. Kõrgemad keskmised punktisummad esinesid isiklikus ($p<0,001$), tööalases ($p<0,001$) ja klientidega seotud ($p<0,001$) läbipõlemise kategooriates juhul, kui ämmaemandad ei olnud rahul erialaste arenguvõimalustega. Logistilise regressiooni kohaselt on šanss kogeda isiklikku läbipõlemist kolm korda suurem ($p=0,014$, 95% uv 1,27 – 8,47) ämmaemandatel, kes ei ole rahul erialaste arenguvõimalustega üldiselt. Sarnaselt on erialaste arenguvõimalustega rahulolematutel ligi viiekordne šanss kogeda tööalast ($p<0,001$, 95% uv 2,01 – 11,04) läbipõlemist. Šanss kogeda klientidega seotud läbipõlemist on neljakordne, kui ollakse rahulolematu erialaste arenguvõimalustega ($p=0,015$, 95% uv 1,31 – 12,00)

5. ARUTELU

5.1. Olulisemad tulemused ning nende võrdlus varasemate uurimistulemustega

5.1.1. Läbipõlemise esinemine Eesti ämmaemandate seas

Antud uurimistööst selgus, et läbipõlemine on uuringus osalenud ämmaemandate seas mõõdukalt kuni laialdaselt levinud. Isiklikku läbipõlemist koges 67% ning tööalast läbipõlemist koges 42% uuritavatest. Sarnast läbipõlemist ämmaemandate seas on kirjeldatud Austraalia (Fenwick jt 2018), Leedu (Vaičienė jt 2022) ja Saksamaa (Paul jt 2022) ämmaemandate puhul. Töölase läbipõlemise levimus jääb sarnasele tasemele ka Suleiman-Martos jt (2020) poolt läbiviidud meta-analüüsis saadud tulemusega. Kõikides neis riikides on tervishoiusüsteem ning ämmaemandate töökorraldus erinev. Riigiti esineb nii sarnasusi kui ka erinevusi nii töötingimustes, -valdkondades kui ka kõiges muus, mis võib kuidagi läbipõlemist mõjutada. Sarnased tulemused võivad olla antud küsimustiku eripära, ent teisalt võib ka eeldada, et ämmaemandate üleüldine läbipõlemine jääbki nendesse piiridesse ning seeläbi ei erine Eesti ämmaemandad märkimisväärselt teistest ämmaemandatest. Sellele vaatamata on oluline keskenduda Eesti ämmaemandate heaolu parandamisele läbi erinevate organisatoorsete muudatuste, mille kaudu paraneks nende töötingimused ja ka võimalused isiklike enesehoolduse mehhanismide paremaks rakendamiseks, nagu on varasemalt soovitanud erinevad uurimistööd.

Klientidega seotud läbipõlemist esines uuritavate seas vähem. Ainult 16% uuringus osalenud ämmaemandates koges antud dimensioonis läbipõlemist. Madalam klientidega seotud läbipõlemise tase on tüüpiline olnud siiani peaaegu kõikides ämmaemandate läbipõlemisega seotud uurimistöödes (Fenwick jt 2018, Hunter jt 2019, Suleiman-Martos jt 2020, Paul jt 2022, Vaičienė jt 2022). Arvestades ämmaemandate töö eripärasid, mille üheks kõige iseloomulikumaks osaks on tugev ning intensiivne suhe naiste ja peredega, siis võib seda pidada ka põhjuseks, miks seda tüüpi läbipõlemist esineb vähem. Võib eeldada, et klientidega seotud läbipõlemine on viimane läbipõlemise dimensioon, mis ämmaemandatel täitub, ehk ämmaemandad, kes enam ei naudi töötamist naistega, on suurema tõenäosusega erialaselt töölt lahkunud. Teisalt võib olla tekkinud ka olukord, et vastanud ei soovinud tunnista, et nende suhted klientidega on halvemad ja et nad tunnevad sellest tööalasest aspektist vähem rõõmu, kuna üleüldine ämmaemandate töökuvand soosib positiivset ning meeldivat suhtlemist klientidega. Klientidega suhtlemisele ning meeldivale koostööle on samuti suunatud rohkem koolitusi ning muid sekkumisi, mille peamine eesmärk on olnud klientide rahulolu tõstmine, ent samaaegselt mõjutab see ka ämmaemandate tööd ning võimaldab neil paremini tulla toime klientidest tekkinud kurnatusega.

Kõigis kolmes kategoorias samaaegselt esines läbipõlemist 15% ämmaemandatel. Varasemalt on Matthews jt (2020) kirjeldanud, et kuni 9%-l uuritavatest on esinenud samaaegselt mitmes erinevas dimensioonis läbipõlemist. Mitmes kategoorias läbipõlemise samaaegne kogemine viitab sellele, et ühes dimensioonis tajutav kurnatus ja väsimus kanduvad üle ka teistesse dimensioonidesse. Samuti ei ole võimalik seetõttu võtta läbipõlemist ühe dimensiooni probleemkohana, vaid sellega tegelemisel tuleks keskenduda tervikule. Seda enam, et käesolevas uurimistöös selgus sarnaselt Matthews jt (2022) tööle, et tugev seos esineb nii isikliku ja tööalase kui ka tööalase ning klientidega seotud läbipõlemise vahel. Nendest uurimistulemusest võib järeldada, et ühes valdkonnas läbipõlemist kogedes tõusevad ka teises valdkonnas punktisummad. Kuna inimene on tervik, siis esineb risk, et ämmaemandatel, kes uurimistöö ajal kogesid läbipõlemist ühes valdkonnas, võib ilma organisatorsete ja/või isiklike sekkumisteta kujuneda hiljem välja läbipõlemine ka teises kahes valdkonnas.

5.1.2. Läbipõlemisega seotud sotsiaaldemograafilised tegurid

Isiklikku läbipõlemist esines sagedamini ämmaemandatel, kelle vanus jäi alla 40 eluaasta. Sarnastele tulemustele on jõudnud varem mitmed teised uurimistööd (Paul jt 2022, Matthews jt 2022, Vaičienė jt 2022). Täpne võimalik põhjus on teadmata, ent võib eeldada, et nooremate ämmaemandate läbipõlemist mõjutavad mitmed erinevad tegurid, kindlasti ei tohi alahinnata ühiskondlikku eraelulist survet, mis mõjutab isikliku läbipõlemise kogemist. Doherty ja O'Brien (2022a) toovad nooremate läbipõlemise põhjustena välja ühiskondlikud muutused, kus nooremad generatsioonid ei ole üleüldiselt enam stressile nii vastupidavad ning neil on omandatud vähem toimetulekumehhanisme. Samas puuduvad võrdlemiskohad ning kinnitavad andmed, kuna ämmaemandate seas ei ole läbi viidud ajaliselt kauakestvaid uurimistöid, kus oleks võimalik võrrelda erinevate generatsioonide vastupidavust tööstressile. Erinevad toimetulekumehhanismid on töös ning ajas õpitavad, kuid nendele suurema tähelepanu pööramine õpingute ajal valmistaks eeldatavasti noori tööturule sisenemiseks paremini ette. Nooremad ämmaemandad võivad olla ka antud teema suhtes tundlikumad ning teadlikumad, mistõttu nad julgevad enesehinnanguküsimustele ausamalt vastata ning seeläbi mõjutavad uurimistöös saadud tulemusi.

Käesolevast tööst selgus, et ämmaemandatel, kelle vanus jääb vahemikku 40–49 eluaastat, on suurem tõenäosus kogeda klientidega seotud läbipõlemist. Sarnasele tulemusele on varasemalt jõudnud Fenwick jt (2018). Kliendid, kelleks ämmaemandate puhul on eeskätt naised ning pered, nõuavad ämmaemandatelt valmisolekut kiireks kohandumiseks. Ämmaemandusabi areneb aktiivselt

eesmärgiga olla naiste- ning perekesksem. Praeguses ämmaemandaõppes keskendutakse muutuvate ämmaemandusabi tingimuste ja ootuste täitmisele, samas 20–30 aastat tagasi õpingute ajal seda kas ei käsitletud üldse või tehti seda põgusalt. Selline olukord võib tekitada vanemates ämmaemandates raskuseid muutustega kaasas käimisel ning nõuab neilt oma omandatud vaadete ümberkujundamist.

Lapse või laste olemasolu on nii tööalase kui ka klientidega seotud läbipõlemise esinemise tõenäosust vähendav tegur. Sarnasele tulemusele on jõudnud varem mitmed autorid (Fenwick jt 2018, Hunter jt 2019), vastupidisele tulemusele on jõudnud aga Vaičienė jt 2022. Laste mõju tööalasele ning klientidega seotud läbipõlemisele võib olla seotud sellega, et see sunnib ämmaemandaid aktiivselt mõtlema läbi oma töökohustusi, -võimalusi ning puhkuseplaane. Perekondlik surve võib olla ka suurem tervislike eluviiside suunas, mis võib vähendada stressi mõjusid. Eeldusel, et laste näol on tegemist ämmaemanda isiklike lastega, ei saa välistada, et ämmaemanda enda rasedus- ning sünnituskogemus mõjutab tema suhtumist oma töösse ning klientidesse.

Alla seitsmeaastased lapsed tõstavad isikliku läbipõlemise tekkimise šansse, ent langetavad esinemise šansse klientidega seotud läbipõlemise dimensioonis. Vanemate kui 15aastaste lastega ämmaemandatel esines vähem isiklikku ja tööalast läbipõlemist. Ämmaemandatel, kelle lapsed jäid vanusevahemikku 7 kuni 14 eluaastat, esines suurem tõenäosus klientidega seotud läbipõlemiseks. Läbipõlemise ning laste vanuse vahelist seost on varem täheldanud ka Stoll ja Gallagher (2019). Eelkooliealiste laste mõju isiklikule läbipõlemisele võib olla seotud laste ealiste iseärasustega, mis vajab vanemate poolset rohkemat tähelepanu ning ressursse. Sarnaselt on üle 15aastaste laste vanematel aja jooksul kujunenud välja töö- ja eraelu kombineerimise oskused. Sagedased haiguste perioodid võivad panna eelkooliealiste laste vanemad keerulistesse era- ja tööelusituatsioonidesse, mida vanemaealiste laste puhul nii sageli enam ette ei tule. Samas võib nooremate lastega ämmaemandatel olla kergem suhestuda oma klientide ootustega, mis võib olla põhjuseks väiksemale šansile klientidega seotud läbipõlemiseks. Põhikooliealiste laste olemasolu seos klientidega seotud läbipõlemisega vajab kindlasti täiendavat uurimist. On võimalik, et saadud tulemus on tingitud valimi eripäradest, kuid ei saa välistada muid mõjusid.

Lähedaste hooldamine tõstis märkimisväärselt šansse läbipõlemise esinemiseks kõigis kolmes dimensioonis. Varem on viidanud läbipõlemise ja omaste hooldamise vahelise võimaliku seose olemasolule Hunter jt (2019) ning Doherty ja O'Brien (2022a). Eestis esineb probleeme kättesaadava ja materiaalselt sobiliku hooldusteenuste võimalusega. On võimalik, et ämmaemandid, olles tervishoiuspetsialistid, tunnevad suuremat kohustust hooldada enda lähedast. Omaste hooldamine

võib olla pikaajaline ning igas aspektis kurnav tegevus, mis paratamatult võib mõjutada ämmaemandate läbipõlemist kõikides dimensioonides.

Käesolevas magistritöös selgus oluline erinevus uuritavate emakeele ning tööalase ja klientidega seotud läbipõlemise vahel. Autorile teadaolevalt ei ole varem uuritud emakeele mõju läbipõlemisele, kuid on teada, et näiteks rass (Hunter jt 2019) või põlisrahvus (Stoll ja Gallagher 2019) läbipõlemist ei mõjuta. Suurem läbipõlemise esinemine vene keelt emakeelena kõnelejate seas võis olla tingitud valimi eripäradest. Samas võib arvata, et emakeelest erinevas keeles tööl kõnelemine võib olla kurnav ning seeläbi raskendada töö tegemist ning klientidega suhtlemist. Samuti ei saa välistada, et uurimistöö läbiviimise ajal olnud riikidevahelised pingeseisundid mõjutasid ämmaemandate poolt tajutavat töökeskkonda ning seeläbi nende töötingimusi.

5.1.3. Läbipõlemisega seotud tööalased tegurid

Lühem tööstaaž oli seotud nii isikliku kui ka tööalase läbipõlemisega. Sarnasele tulemusele on jõudnud ka varasemad uurimistööd (Amir ja Reid 2020, Suleiman-Martos jt 2020, Albendín-García jt 2021), kus on leitud, et pikaajalisem töökogemus kaitseb läbipõlemise eest. Töös selgus, et tööga seotud läbipõlemise šanss suureneb ämmaemandatel, kes on töötanud üks kuni kümme aastat, võrreldes nendega, kes on töötanud alla aasta. Võimalik, et üle aastase töökogemusega ämmaemandad on hakanud nägema oma töökeskkonnas puudujääke ning töös tajutav stress on hakanud mõjuma nende healole. Arvestades, et lühema tööstaažiga ämmaemandad võivad olla altimad töölt läbipõlemise tõttu lahkuma (Cull jt 2020), siis tuleb nende läbipõlemisele pöörata enam tähelepanu, tagamaks oskustega tööjõud.

Abiämmaemandatel oli kõrgem isikliku läbipõlemise punktisumma, mis võib olla tingitud sellest, et nad peavad samaaegselt tegelema nii kooli kui ka töökohustusega lisaks eraelulistele aspektidele, nagu seda on ka kirjeldanud Doherty ja O'Brien (2022a). Samas esines abiämmaemandatel märkimisväärselt väiksem tõenäosus tööalase läbipõlemise kogemiseks. Kuna abiämmaemandad on alles oma ämmaemanduskarjääri alustamas ning samal ajal õpivad eriala, siis ei saa välistada, et nad ei ole jõudnud veel kogeda tööalast pikaajalist stressi ning pingelukordi. Kuna abiämmaemandus on mujal maailmas autorile teadaolevalt vähe tuntud kontseptsioon, siis puuduvad vastavasisulised tulemused mujalt maailmast. Nende lühikese karjääri ning alles õpingute tõttu on abiämmaemandad kergesti haavatav sihtrühm. Pädevuste omandamise ning tööalase enesekindluse saavutamise ajal võib muutuda organisatoorsete nõuete täitmine ning ideaalist vähesem naise- ja perekesksus viimaks hoopis kurnavaks ning võib viia neid erialast loobumiseni.

Läbipõlemisega leiti seosed mitmes osakonnas samaaegse töötamise, keskmise tööpäeva pikkuse ning regulaarse ületunnitööga. Sarnastele tulemustele on jõudnud mitmed varasemad uurimistööd (Henriksen ja Lukasse 2016, Hunter jt 2019, Paul jt 2022). Keskmises tööpäeva pikkuses soodustasid läbipõlemise tekkimist valved pikkusega 9 kuni 12 tundi, mis erines varem uurimistöös (Vaičienė jt 2022) leitud tulemusest, kus läbipõlemist soodustasid üle 12tunnised valved. Tegemist võib olla valimite eripäradega, aga teisalt on võimalik, et pikemate tööpäevade puhul on töötajatel võimalik kiire töötempo juures paremini planeerida oma töökohustusi tööpäevas ning seeläbi jätta näiteks dokumenteerimine rahulikumas ajaperioodi.

Ämmaemandad, kes töötasid sünnitus- ja sünnitusjärgses osakonnas, kogesid vähem klientidega seotud läbipõlemist ning neil oli madalam isikliku läbipõlemise punktiskoor. Sellist tulemust varem kirjeldatud ei ole, kuid see võib olla tingitud asjaolust, et varem läbiviidud uurimistöodes ei ole olnud nii laialdaselt esindatud erinevates valdkondades töötavad ämmaemandad. On võimalik, et sünnitus- ja sünnitusjärgsesse osakonda on tööle läinud ning tööle jäänud ämmaemandad, kes üleüldiselt tajuvad vähem läbipõlemist. Teisalt võib arvata, et töötingimused ning -korraldus soosivad ämmaemandate meeldivat koostööd klientidega ning nad tajuvad seetõttu teistega võrreldes vähem klientidega seotud läbipõlemist.

Samaaegselt ambulatoorse ja statsionaarse töö tegemine vähendas klientidega seotud läbipõlemise esinemise tõenäosust. Eestis ei ole praegu veel järjepidavat emadushooldust, kus üks või paar ämmaemandat tegeleks naisega läbi kogu tema raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi. Samas võib samaaegne ambulatoorne ja statsionaarne töö olla kõige ligilähedasem järjepidevale emadushooldusele, mida on varem mitmed teadusallikad (Fenwick jt 2018, Suleiman-Martos jt 2020, Albendín-García jt 2021) toonud välja kui läbipõlemise eest kaitsva teguri. Võimalus töötada sama perega läbi terve raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi lihtsustab ämmaemanda tööd, kuna aja jooksul on tekkinud klientidega usaldusväärne suhe ning see toetab ämmaemandate soovi pakkuda naise- ja perekeskset hoolitsust.

Uuringus osalejate seas esines rohkem läbipõlemist ämmaemandatel, kes töötasid ainult üldhaiglates või esmatasandi tervisekeskustes, mis on sarnane leid Suurbritannias (Hunter jt 2019) läbiviidud uurimistööga. Sellised tulemused võivad olla tingitud valimi väiksusest, kuid vajavad kindlasti edasist uurimist. Esmatasandil töötavad ämmaemandad on enamasti üksinda ning nende töökoormus ja -kohustused varieeruvad vastavalt keskustes kokkulepitud tingimustele. Üldhaiglates töötavad

ämmaemandad peavad tihti töötama täielikult oma pädevuste piires ning seejuures ei pruugi eriarstide kättesaadavus olla alati tagatud, samuti on nende töökoormus varieeruv, kuid neil ei pruugi olla võimalik kätte saada täiendavat abi olukordades, kus tööjõudu napib. Seetõttu ei saa välistada, et võrreldes tugevalt reguleeritud töökeskkondade ning alati kättesaadavate erialaspetsialistidega piirkondlike haiglatega on töö vähene korraldatus ning erialaspetsialistide puudumine mõjutavaks teguriks tööalase läbipõlemise juures.

Rahulolu erinevate tööalaste aspektidega oli tugevalt seotud läbipõlemisega kõigis kolmes dimensioonis. Stoll ja Gallagher (2019) leidsid, et oma töökoha meeldivana tajumine vähendas läbipõlemise esinemise riski. On keeruline kui mitte võimatu öelda, et kumba pidi on mõjutused suuremad, sest näiteks Maslach jt (2001) on pidanud läbipõlemist üheks põhjuseks, miks töötajad on oma tööga vähem rahul. Samas arvestades, et läbipõlemine võib olla „nakkav“ kolleegide vahel (Maslach jt 2001) ning negatiivne töökeskkond mõjutab läbipõlemise esinemist (Doherty ja O'Brien 2022c), on oluline edasine uurimine, et kumba pidi on mõju suurem või kas on rahulolu seotud teiste tööalaste teguritega. Samuti on vaja keskenduda senisest enam töökeskkonna ja tööga rahulolu parandamisele, et luua meeldiv töökeskkond ämmaemandatele ning seeläbi vähendada läbipõlemise levimust.

5.2. Eetilised aspektid

Magistritöö planeerimisel, andmete kogumise ning analüüsimise ning töö kirjutamise ajal lähtuti „Hea teadustava“ (2017) dokumendist eesmärgiga pidada kinni sellest, et kedagi ega midagi ei kahjustataks. Uurimistöö teostamiseks oli olemas kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt ning kutse jagamiseks meililistis oli saadud kooskõlastus EÄÜ-lt. Kõikidele uuritavatele tagati konfidentsiaalsus, kuna isikuandmeid ei kogutud ning IP-aadressid olid uurimistöö läbiviijale tuvastamatud. Esmastele tulemustele pääsesid ligi ainult magistritöö autor ning vastutav juhendaja. Kõik tulemused esitati ainult üldistatud kujul, kus üksikisikud ei ole tuvastatavad.

Töö planeerimisel tuvastati võimalus eetiliseks probleemiks, kuna töö autor on töötav ämmaemand ning ämmaemandate näol on tegemist väikese kogukonnaga. Seetõttu oli võimalus, et analüüsimise käigus oleks võimalik mõni uuritav ära tunda. Magistritöö koostaja teadvustas endale seda võimalust ning jälgis korrektselt, et ei tekiks olukorda, kus oleks pidanud andmeid ükshaaval töötleva, vähendades nii eetilise probleemi tekke riski. Magistritöö autor kinnitab, et antud eetilist probleemi ei tekkinud ning kõikidele uuritavatele tagati võrdne kohtlemine ja konfidentsiaalsus. Samuti kinnitab uurija, et vaatamata uuringurühma kuulumisele ta ise küsimustikku ei täitnud.

Kõiki uuritavaid teavitati uuringu sisust, töö eesmärgist, vabatahtlikkusest, konfidentsiaalsusest ja ka loobumisvõimalusest küsimustiku täitmise ajal nii kutses kui ka küsimustiku alguses olevas sissejuhatavas tekstis. Katkestamise korral ei kaasatud vastuseid andmebaasi ega analüüsitud. Uuritavad olid informeeritud küsimustiku täitmiseks kuluvast ajast. Nõusoleku uuringus osalemiseks andis uuritav sellega, et kinnitas vastuste esitamise. Uuritavatel olid olemas uurimistöö läbiviija kontaktandmed täiendavate küsimuste esitamiseks. Kuna uurimistöö puudutas delikaatset teemat, siis vaimse tervisekahju tekkeriski vähendamiseks lisati küsimustiku lõppu veebiviited täiendava informatsiooniga läbipõlemise ja abi saamise võimaluste kohta.

Andmeid koguti Tartu Ülikooli andmeserveris *Limesurvey*, kus küsimustikust saadud andmetele ning küsimustiku muutmisele oli ligipääs ainult magistritöö läbiviijal ning vastutaval juhendajal. Ligipääs küsimustikule ja andmetele oli kaitstud paroolidega. Saadud andmebaasi ning andmete analüüsi teostas autor oma isiklikus arvutis, mis on kaitstud parooliga, ning salvestas Tartu Ülikooli pilveteenusesse, mis on omakorda kaitstud salasõnadega, mis on teada ainult magistritöö tegijale. Pärast magistritöö kaitsmist kustutatakse andmed isiklikust arvutist ja pilveteenusest ning andmebaas koos analüüsitud andmetega säilitatakse ainult vastutava juhendaja poolt Tartu Ülikooli veebiserveris teaduspublikatsiooni eesmärgil ning hävitatakse hiljemalt detsembris 2028.

Andmete analüüsiks kasutati ainult asjakohaseid meetodeid ning tööprotsessi kirjeldati uurimistöös. Uuringu tulemused esitati korrektselt ning autori poolt kallutamatu. Magistritöös kasutatud kirjandusallikatena kasutati ainult teaduspõhiseid ning kriitiliselt hinnatud materjale, mille autoritele on viidatud korrektselt. Töö kirjutamise ajal tuvastati Vaičienė jt (2022) artiklis erinevused kokkuvõtte ning tulemuste vahel. Pärast konsulteerimist otsustati antud allikas sisse jätta ning kasutada ainult tulemustest ning tabelitest saadud informatsiooni, kuna tegemist on hiljuti Leedus läbiviidud uurimusega ning seetõttu pidas töö autor andmeid oluliseks. Magistritöö tulemusi tutvustatakse Eesti Ämmaemandate Ühingu aastakonverentsil ning magistritöö on kättesaadav Tartu Ülikooli DSpace keskkonnas.

5.3. Uurimistöö usaldusväarsus ja kitsaskohad

Uurimistöö usaldusväarsus tagati usaldusväärse CBI küsimustiku kasutamisega, mida on korduvalt kasutatud erinevate ämmaemandate kogukondade peal. Antud magistritöös arvutati välja Cronbach α , mis jäi väärtusele 0,9. Taustandmete kogumiseks töötas autor läbi suures mahus varem ilmunud teadusartikleid ning koostas seejärel taustandmete küsimustiku, mis oli kohandatud Eesti

keskkonnale ning töötingimustele. Enne põhiuuringu läbiviimist viidi läbi prooviuuring, mis kinnitas nii CBI kui ka taustandmete sobilikkust Eesti ämmaemandate uurimiseks. Töö kitsaskohaks CBI-ga seostuvalt on see, et antud küsimustik ei ole veel eesti keeles valideeritud ning seetõttu on siiani iga autor kasutanud enda versiooni sellest.

Uurimistöö usaldusväärsus tagati sellega, et andmeid koguti usaldusväärses keskkonnas ning andmete töötlemiseks kasutati tunnustatud andmeanalüüsiprogrammi. Analüüsimeetodid valiti põhinedes nii teaduslikule kirjandusele kui ka varasemates uurimistöodes kirjeldatutele. Sellele vaatamata on sellises mahus kvantitatiivne andmeanalüüs magistritöö koostaja jaoks esmakordne ning seetõttu võib töös esineda sellega seotult kitsaskohti. Võimalike probleemide ning vigade tekkimise vältimiseks konsulteeris autor korduvalt spetsialistiga. Samuti on kõik andmeanalüüsid korratud ning kontrollitud mitmekordselt, välistamaks võimalikke sisestus- ja analüüsivigu.

Uurimistöö usaldusväärstust suurendab asjaolu, et uuringus osalemisel ei seatud töövaldkonna või -staažiga seotud tingimusi ämmaemandatele ega abiämmaemandatele. Osalema olid oodatud kõik ämmaemandad, kelleni uuringus osalemise kutse jõudis. Selline lähenemine võimaldas saada terviklikumat ülevaadet töötavate ämmaemandate heaolust, kuna Eestis ei ole ämmaemandus piiratud ainult spetsiifiliselt emadushooldusega, vaid on laienenud terviklikult üle kogu naise elukaare ning seksuaaltervise edendamise. Autorile teadaolevalt on tegemist esimese tööga, kus uuringusse on kaasatud ka abiämmaemandad. Seda põhiliselt seetõttu, et mujal maailmas on võõras kontseptsioon, et erialast tööd on võimalik teha veel enne eriala lõpetamist. Sarnaselt ämmaemandusjuhtide ja õppejõududega on abiämmaemandate populatsioon väike, mistõttu andmeanalüüsis nende andmete püsiv eristamine ei olnud mõttekas.

Töö kitsaskohaks võib pidada madalat vastamismäära (33%) ämmaemandate üldpopulatsioonist, mistõttu tulemused on küll üldistavad, ent ei ole täiesti kohandatavad kõigile Eestis töötavatele ämmaemandatele. Võrreldes varem teistes riikides läbiviidud uuringutega, mis on samuti läbi viidud veebikeskkonnas, võib pidada saavutatud vastamismäära rahuldavaks. Sarnaselt varasemate läbiviidud uuringutega oli antud uurimistöö ülesehitus läbilõikeline, mis andis informatsiooni kindla aja kohta ning sellel hetkel esinenud seostest, kuid ei võimalda teha üldistusi põhjus-tagajärje kohta. Läbilõikelise uurimisplaani puudujäägiks võib pidada ka seda, et antud uurimistöö läbiviimine langes suvisele perioodile, kus paljud ämmaemandad puhkavad. Seetõttu oli uuringus osalemiseks antud pikk periood, ent arvestades, kuidas läbipõlemine on ajas muutuv, siis paremate tulemuste saamiseks võinuks piirduda lühema andmekogumisperioodiga.

Madal vastamismäär võis olla tingitud peale suveperioodile langemise ka sellest, et kutsete jagamiseks kasutati ainult veebipõhiseid viise. Uurimistöö koostajal puudus võimalus saata kutset kõigile töötavatele ämmaemandatele ning sellist informatsiooni pole autorile teadaolevalt võimalik kuskilt ka kätte saada. Seetõttu kasutati EÄÜ meililisti, kuhu koondub enim ämmaemandaid, ning sotsiaalmeedia platvormi *Facebook*. Viimane toimib erinevate algoritmide järgi, mistõttu ei saa välistada, et kutse ei jõudnud kõigi ämmaemandateni, vaatamata mitmele kutse jagamisele erinevates gruppides. Meililistide puhul puudub samuti kontrollivõimalus, kas kutse jõudis uuritavateni. Veebipõhiste kutsete puudujäägiks on võimalus, et võimalik uuritav unustab kutse muude toimingute seas ning puudub püsiv visuaalne meeldetuletus.

Võimalik, et uuringu kutse oleks jõudnud rohkemate potentsiaalsete osalejateni, kui see oleks edastatud kõikidele Eestis ämmaemandusteenust pakkuvatele tervishoiuasutustele, kes selle siis omakorda oleks saatnud personaalselt kõikidele seal töötavatele ämmaemandatele. Tegemist oleks olnud ebapraktilise lähenemismeetodiga, kuna kirjeldatud juhul oleks pidanud kooskõlastama uurimistöö läbiviimise kõikide teenusepakkujatega ning sõltuma kutse jagamisel väga paljudest kolmandatest osapooltest. Kutse laiali jagamiseks oleks saanud kasutada postrite edastamist tervishoiuteenuste pakkujatele või uurijana kohapeal uurimistöö tutvustamist. Mõlemat meetodit pidas töö läbiviija materiaalselt liiga kulukaks ning arvestades, et paljud ämmaemandad töötavad vahetustega, siis kohapeal tutvustades ei oleks saanud tagada, et informatsioon jõuab kõigi nendeni, kelleni muud moodi kutse jõudnud ei oleks.

Uurimistöö kitsaskohaks võis kujuneda see, et küsimustik oli ainult veebipõhine. Interneti keskkonnas täidetav küsimustik oli üles laetud *Limesurvey* keskkonda, mis võimaldas tagada nii anonüümsuse kui ka on kasutajasõbralikkuse. Samuti võimaldab veebipõhine küsimustik täita seda uuritava jaoks sobival hetkel ning endale sobilikus keskkonnas. Sellele vaatamata on võimalik, et osa võimalikest uuritavatest ei soovinud täita veebiküsimustikku kas anonüümsuse kaalutlustel või ei olnud veebikeskkonna kasutamine nende jaoks mugav. See võis tingida ka asjaolu, et uurimistööle vastas rohkem nooremaelisi ämmaemandaid. Samaaegselt paber kandjal küsimustike jagamine ning kogumine oleks olnud aja- ja ressursimahukas ning oleks suurema tõenäosusega võimaldanud sisestusvigade tekkimist, kuid sellega ei oleks saanud tagada suuremat vastamismäära. Kuna kõik töötavad ämmaemandad peavad olema võimelised kasutama oma töökeskkonnas arvutit, siis otsustas töö autor jääda ainult veebipõhise küsimustiku juurde.

Antud uurimistöös kasutati käepärast valimit, mis võis tulemusi mõjutada ning läbipõlemise esinemine võis olla üle- või alaesindatud. Küsimustik põhines enesehindamisel, mis sõltub uuritavatest endist ning nende hetkeolukordadest. Samuti on ühest küljest alimad sellistele küsimustikele vastama ämmaemandad, kes on teemast teadlikumad ja/või huvitatud ämmaemanduse arendamisest. Teisest küljest on võimalik, et tugevat läbipõlemist kogunud ämmaemandad on erialaselt töölt lahkunud. Samuti ei pruugi ämmaemandad endale probleemi teadvustada ning jätsid küsimustikule vastamata, kuna leidsid, et see teema ei puuduta neid. On võimalik, et osa võõrkeelt emakeelena kõnelevatest ämmaemandatest ei soovinud küsimustele vastata, kuna võisid karta neist arusaamist. Kuid kuna kõik Eestis töötavad ämmaemandad peavad igapäevaselt töötama eesti keeles, siis ei pidanud töö autor vajalikuks küsimustiku tõlkimist mõnda muusse keelde.

5.4. Uurimistöö olulisus ja rakendatavus

Magistritöö näol on tegemist Eesti ämmaemanduse jaoks olulise tööga, kuna kunagi varem ei ole uuritud läbipõlemise esinemist Eesti ämmaemandate seas ega seda mõjutavaid tegureid. Antud töö annab olulise ülevaate suvel 2022 olnud ämmaemandate olukorrast, kus esimest korda pärast COVID 19 pandeemia algust olid töökorralduslikud aspektid hakanud sarnanema varasemate töökorralduslike aspektidega ning töötajad ei pidanud kohanema kogu aeg muutuvate töötingimustega. Samuti annab töö ülevaate erinevatest sotsiaaldemograafilistest ning tööalastest teguritest, mis võivad olla seotud läbipõlemise levikuga.

Vaatamata sellele, et Eestis on läbipõlemise esinemine sarnane paljude teiste riikidega, on oluline tegeleda probleemiga, vältimaks selle süvenemist, ning juhtida tähelepanu läbipõlemise mõjule laialdasemalt. Kuigi Eestis on sünnituste arv praegu kahanemas, on oluline, et pakutav teenus oleks naistele ning peredele kvaliteetne ning vastaks heaoluriikide sarnastele tingimustele. Samasuguseid võimalusi ja teenuseid peaks ämmaemandad olema võimelised pakkuma oma pädevuste piires kõikides valdkondades. Selle tagamiseks on oluline ämmaemandate töötingimuste ja heaoluga tegelemine vähendamaks nende läbipõlemist.

Uurimistöös selgus, et läbipõlemisest on rohkem ohustatud nooremad ämmaemandad ning lühema tööstaažiga töötajad. Seetõttu on oluline, et läbipõlemise ennetamisele ning võimalike enesekaitsemehhanismide õpetamisele pöörataks tähelepanu juba õpingute perioodil, vähendamaks võimalust, et noor ämmaemand peale tööle asumist erialasest tööst läbipõlemise tõttu loobub. Samuti tuleb pakkuda töötavatele ämmaemandatele võimalusi enesekoolitamiseks antud teemadel ning töötada välja paremad toetusmehhanismid kriitilistest situatsioonidest taastumiseks. Nii noorte ja

alles alustavate kui ka olemasolevate ämmaemandate heaolu tugevdamine tagab Eestis kvaliteetse ämmaemanduse jätkumise ning vähendab ämmaemandate kui tööjõu puudumise riski.

Läbipõlemise vähendamisel on oluline roll juhtimisel ning keskendumisel muudetavate töötingimuste parandamisele. Magistritöös selgub, et rahulolu erinevate töökeskkonna aspektidega mõjutab tugevalt läbipõlemise esinemist. Seetõttu peaks juhtimises senisest enam pöörama tähelepanu meeldiva töökeskkonna loomisele ning meeskonnatöö tugevdamisele. Samuti on oluline, et töötajaid tunnustatakse nende tehtud töö eest ning et nad tunneksid ennast väärtustatuna. Kindlasti on vaja hinnata ka seda, kas kõik organisatoorsed nõuded on tegelikult vajalikud või on igapäevaselt töötavatel ämmaemandatel omapoolseid ettepanekuid töökeskkonna parandamiseks. Selliste tegevuste rakendamise tulemusena võiks väheneda nii rahulolematuse tase töökeskkonnaga kui ka läbipõlemise levimus.

Riiklikul tasandil võiks ämmaemandate läbipõlemise vähendamiseks algatada arutelud jätkupideva emadushoolduse süsteemi juurutamiseks, mis on varasemates uurimistöodes kinnitatud kui naiste ja ämmaemandate sõbralik lahendus. Arvestades, et käesolevas töös selgus, et paljud ämmaemandad teevad juba samaaegselt ambulatoorset ja statsionaarset tööd ning neil esineb vähem läbipõlemist, siis võib eeldada, et ämmaemandate poolt oleks valmisolek süsteemi proovida. Arvestades seda, et meditsiinisüsteem liigub aina personaalsemate lahenduste suunas, siis oleks kindlasti tegemist julge sammuga Eesti meditsiinisüsteemis.

Läbilõikeline uuring ei anna põhjus-tagajärg-seoseid, mistõttu oleks mõistlik jätkata teema uurimist pikaajalise uuringuga, et jälgida, kuidas läbipõlemise tajumine ajas muutub ning millised seosed püsivad ajas ning millised mitte. Samuti on olulisel kohal uurimine, kuidas mõjutab Eesti ämmaemandate läbipõlemine tehtava töö kvaliteeti, töö tegemata jätmisi ja ka sünnitusvägivalda. Kvalitatiivselt on soovituslik edaspidi uurida, kuidas ämmaemandad ise mõistavad, mis on läbipõlemine ning milline võib olla selle mõju. Uute uuringusuundadena tasuks kindlasti kaaluda emakeele ja omaste hooldamise mõju täpsemalt tervishoiutöötajate heaolule ning täiendavalt uurida esmatasandil ning üldhaiglates töötavate ämmaemandate olukorda. Kuna CBI-d on nüüdseks mitmel korral läbipõlemise uurimiseks kasutatud, siis paremaks andmete võrdlemiseks ning üldistamiseks, oleks vajalik järgmise sammuna viia läbi selle valideerimine eesti keelde, mis võimaldaks järgmistes uurimistöodes kasutada ühtset küsimustikku.

6. JÄRELDUSED

Eestis on ämmaemandate seas läbipõlemine mõõdukalt kuni laialdaselt levinud. Uurimistöös osalenud ämmaemandate läbipõlemise levimus jääb sarnasele tasemele teiste riikide ämmaemandate omaga. Läbipõlemise vähendamine on oluline, kuna töös selgus, et isikliku ja tööalase ning tööalase ja klientidega seotud läbipõlemise dimensioonide vahel esineb tugev seos ning ilma sekkumiseta võib levimus laieneda. Laialdaselt levinud läbipõlemine on märk, et töötingimustes võib esineda probleeme, mille tähelepanuta jätmisel on mõjud nii ämmaemandate tervisele, heaolule kui ka töökultuurile üldiselt.

Sotsiaaldemograafilistest teguritest leiti seos läbipõlemisega noorema vanuse, elukoha, laste olemasolu ja nende vanuse ning omaste hooldamise vahel. Samas näiteks haridustase ega suhtestaatus Eesti ämmaemandate puhul läbipõlemist ei mõjutanud, erinevalt teistes riikides läbiviidud uuringutest. Uue mõjuva tegurina leiti, et vene keele emakeelena kõnelemine soodustas läbipõlemise levimust. Sotsiaaldemograafiliste tegurite mõju läbipõlemisele vajab edasist uurimist ning jälgimist, võimaldamaks kohandada ämmaemandate tööd nende vajadustega sobivaks ning seeläbi vähendada läbipõlemise levimust.

Töölalastest teguritest oli läbipõlemisega seotud lühem tööstaaž, mitmes osakonnas töötamine, regulaarne ületunnitöö ning rahulolu erinevate tööalaste aspektidega, mis on sarnased tulemused eelnevate uurimistöodega. Vähem esines läbipõlemist nende ämmaemandate seas, kes töötasid sünnitus- ja sünnitusjärgses osakonnas, mida varem kirjeldatud ei ole. Töös selgus, et läbipõlemist esineb rohkem 9–12tunniste tööpäevadega ämmaemandatel, mis erines varasematest uurimistulemustest. Samuti ei mõjutanud Eesti ämmaemandate läbipõlemist näiteks vahetustega töötamine ega öövalved, erinevalt varasemast kirjandusest. Abiämmaemandate läbipõlemine ei erinenud märkimisväärselt ämmaemandate läbipõlemisest, kuid sellele vaatamata vajavad nad tähelepanu, kindlustamaks nende jätkamist ämmaemandana. Samaaegselt ambulatoorselt ja statsionaarselt töötavate ämmaemandate seas esines vähem läbipõlemist. Antud süsteem võib olla kõige sarnasem jätkupidevale emadushooldusele, mida soovitatakse rakendada ämmaemandate läbipõlemise vähendamiseks. Täiendavat uurimist vajab üldhaiglates ning esmatasandil töötavate ämmaemandate vaimne heaolu ning töötingimuste seosed läbipõlemisega.

KASUTATUD KIRJANDUS

Albendín-García, L., Suleiman-Martos, N., Cañadas-De la Fuente, G. A., Ramírez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I. (2021). Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Among Midwives: A Systematic Review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 66(1): 24– 44.

Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., Davas, A., Milosevic, M., Mijakoski, D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89, 1059–1075.

Amir, Z., Reid, A. J. (2020). Impact of traumatic perinatal events on burnout rates among midwives. *Occupational Medicine*, 70, 602– 605.

Arhangelski, A. (2015). Läbipõlemine ja seda soodustavad riskitegurid Eesti töötukassa näitel. Magistritöö. Tallinna Tehnikaülikool. Tallinn

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.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., Gülmezoglu, A.M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6): e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

Cramer, E., Hunter, B. (2019). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women and Birth*, 32(6): 521 – 532.

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. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1212-5>

Corry, M., Porter, S., McKenna, H. (2019). The redundancy of positivism as a paradigm for nursing research. *Nursing Philosophy*, 20, e12230. <https://doi.org/10.1111/nup.12230>

Cull, J., Hunter, B., Henley, J., Fenwick, J., Sidebotham, M. (2020). “Overwhelmed and out of my depth”: Responses from early career midwives in the United Kingdom to the Work, Health and Emotional Lives of Midwives study. *Women and Birth*, 33(6): e549 – e557. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.003>

Dawson, K., Newton, M., Forster, D., McLachlan, H. (2018). Comparing caseload and non-caseload midwives’ burnout and professional attitudes: A national, cross-sectional survey of Australian midwives working in the public maternity system. *Midwifery*, 63, 60– 67.

De la Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Velando-Soriano, A., Cañadas-De la Fuente, G. R., Herrera-Cabrerizo, B., Albendín-García, L. (2021). Predictors of burnout of health professionals in the departments of maternity and gynaecology, and its association with personality factors: A multicentre study. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 207–216.

Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A. J., Masoura, E. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work and Stress*, 28(2): 107 –123.

Dixon, L., Guilliland, K., Pallant, J., Sidebotham, M., Fenwick, J., McAra-Couper, J., Gilkison, A. (2017). The emotional wellbeing of New Zealand midwives: Comparing responses for midwives in caseloading and shift work settings. *New Zealand College of Midwives Journal*, 53, 5-14.

Doherty, J., O’Brien, D. (2022a). Giving of the self and Midwife Burnout – An exploration of the consequences of being ‘with woman’ and how individual midwives can reduce or prevent burnout. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.002>

Doherty, J., O’Brien, D. (2022b). A participatory action research study exploring midwives’ understandings of the concept of burnout in Ireland. *Women and Birth*, 35(2): e163– e171. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.002>

Doherty, J., O'Brien, D. (2022c). Reducing midwife burnout at organisational level — Midwives need time, space and a positive work-place culture. *Women and Birth*, 35(6): e563 – e572. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.003>

Dyrbye, L. N., West, C. P., Hunderfund, A. L., Johnson, P., Cipriano, P., Peterson, C., Beatty, D., Major-Elechi, B., Shanafelt, T. (2020). Relationship Between Burnout and Professional Behaviors and Beliefs Among US Nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(11): 959–964.

Edú-Valsania, S., Laguia, A., Moriano, J. A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 19(2): 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>

Eesti Ämmaemandate Ühing. Ambulatoorne.
<https://ammaemand.org/ammaemandusabi/ambulatoorne/> (01.02.2023)

Eesti Ämmaemandate Ühing. Statsionaarne ämmaemandusabi.
<https://ammaemand.org/ammaemandusabi/statsionaarne-ammaemandusabi/> (01.02.2023)

El-Menyar, A., Ibrahim, W. H., El Ansari, W., Gomaa, M., Sathian, B., Hssain, A. A., Wahlen, B., Nabir, S., Al-Thani, S. (2021). Characteristics and predictors of burnout among healthcare professionals: a cross-sectional study in two tertiary hospitals. *Postgraduate Medical Journal*, 97, 583 – 589.

Engebretsen, 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.

Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Psychotherapy in Practice*, 50, 675– 689.

Fenwick, J., Lubomski, A., Creedy, D. K., Sidebotham, M. (2018). Personal, proffessional and workplace factors that contribute to burnout in Australian midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 852– 863.

- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1): 159– 165.
- Geraghty, S., Speelman, C., Bayes, S. (2019). Fighting a losing battle: Midwives experiences of workplace stress. *Women and Birth*, 32, 297–306.
- Gray, J. R., Grove, S. K., Sutherland, S. (2017). Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence, Eighth Edition. Elsevier, St. Louis, Missouri.
- Haridussilm. (2023). Üliõpilased.
<https://www.haridussilm.ee/ee/tasemeharidus/haridusliigid/korgharidus/uliopilased> (03.03.2023)
- Hea teadustava. (2017). Tartu Ülikooli eetikakeskus. Tartu.
<https://www.etag.ee/wp-content/uploads/2017/02/HEA-TEADUSTAVA.pdf> (27.03.2023)
- Henriksen, L., Lukasse, M. (2016). Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 9, 42-47.
- Hunter, B., Fenwick, J., Sidebotham, M., Henley, J. (2019). Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*, 79, 102526.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.008>
- Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord. (RT I, 09.07.2014, 23).
- Kelsey, E. A., West, C. P., Cipriano, P. F., Peterson, C., Satele, D., Shanafelt, T., Dyrbye, L. N. (2021). Suicidal Ideation and Attitudes Toward Help Seeking in U.S. Nurses Relative to the General Working Population. *American Journal of Nursing*, 121(11): 24–36.
- Koutsimani, P., Montgomery, A., Masoura, E., Panagopoulou, E. (2021). Burnout and Cognitive Performance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4): 2145.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18042145>

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

Kubota, A., Horiuchi, S. (2022). Traumatic stress experienced by Japanese midwives and its relation to burnout and work engagement. *Japan Journal of Nursing Science*, e12505. <https://doi.org/10.1111/jjns.12505>

Kutsestandard: Ämmaemand, Tase 6. (2018). Sihtasutus Kutsekoda <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10684513> (12.11.22)

Levinski, A. (2022). Töoga seotud stress ja läbipõlemine kiirabis töötavatel ja mittetöötavatel päästetöötajatel. Lõputöö. Sisekaitseakadeemia. Tallinn.

Maslach, C. (1976). Burn-Out. *Human Behavior*, 5, 16– 22.

Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.). Mountain View, CA.

Maslach, C., Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103–111.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397 – 422.

Matthews, R. P., Hyde, R. L., Llewelyn, F., Shafiei, T., Newton, M. S., Forster, D. A. (2022). Who is at risk of burnout? A cross-sectional survey of midwives in a tertiary maternity hospital in Melbourne, Australia. *Women and Birth*, 35(6): e615–e623. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.010>

Medisauskaite, A., Kamau, C. (2019). Does occupational distress raise the risk of alcohol use, binge-eating, ill health and sleep problems among medical doctors? A UK cross-sectional study. *BMJ Open*, 9, e027362. doi:10.1136/bmjopen-2018-027362

Mohammad, K. I., Al-Reda, A. N., Aldalaykeh, M., Hayajneh, W., Alafi, K. K., Creedy, D. K., Gamble, J. (2020). Personal, professional and workplace factors associated with burnout in Jordanian midwives: A national study. *Midwifery*, 89, 102786. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102786>

Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Mera, D. M., López del Hoyo, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4, 31. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-4-31>

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

Nigul, I. (2009). Läbipõlemine ja sellega kaasnevad ohud ning toimetulek valgaametnike seas (Tartu vangla näitel). Lõputöö. Sisekaitseakadeemia. Tallinn.

Ojaste, C. (2022). Tervishoius ja sotsiaalhoolekandes töötavate füsioterapeutide läbipõlemine - enesehindamisel põhinev küsitlusuuring. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Paul, N., Limprecht-Heusner, M., Eichenauer, J., Scheichenbauer, C., Bärnighausen, T., Kohler, S. (2022). Burnout among midwives and attitudes toward midwifery: A cross-sectional study from Baden- Württemberg, Germany. *European Journal of Midwifery*, 6(46). <https://doi.org/10.18332/ejm/150582>

Plichta, S. B., Garzon, L. S. (2009). *Statistics for Nursing and Allied Health*. Wolter Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Pougnnet, R., Pougnnet, L., Eniafe-Eveillard, M., Loddé, B. (2020). Occupational health of midwives. *Medycyna Pracy*, 71(4): 473– 481.

Ravaldi, C., Carelli, E., Frontini, A., Mosconi, L., Tagliavini, S., Cossu, E., Crescioli, G., Lombardi, N., Bonaiuti, R., Bettiol, A., Facchinetti, F., Vannacci, A. (2022). The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women and Birth*, 35(1): 48 – 58.

Raosoft. (2004). Sample Size Calculator. <http://www.raosoft.com/samplesize.html> (07.12.2022)

Rudman, A., Arborelius, L., Dahlgren, A., Finnes, A., Gustavsson, P. (2020). Consequences of early career nurse burnout: A prospective long-term follow-up on cognitive functions, depressive symptoms, and insomnia. *EClinicalMedicine*, 27, 100565. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100565>

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., De Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10): e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>

Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R L., White, D. A., Adams, E. L., Rollins, A. L. (2017). The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32(4): 475– 482.

Schaufeli, W. B., Desart, S., De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24): 9465. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>

Schaufeli, W. B., Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 66, 501– 510.

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

Sheen, K., Spiby, H., Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2): 578 – 587.

Sidhu, R., Su, B., Shapiro, K. R., Stoll, K. (2020). Prevalence of and factors associated with burnout in midwifery: A scoping review. *European journal of midwifery*, 4, 4. <https://doi.org/10.18332/ejm/115983>

Slabšinskiene, E., Gorelik, A., Kavaliauskiene, A., Zaborskis, A. (2021). Burnout lifestyle and relaxation among dentists in Lithuania : a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21, 1098. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07074-z>

Stenlund, T., Nordin, M., Slunga Järholm, L. (2012). Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: A 3-year follow-up of the REST study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 684–690.

Stoll, K., Gallagher, J. (2019). A survey of burnout and intentions to leave the profession among Western Canadian midwives. *Women and birth*, 32, 441-449.

Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E., De la Fuente-Solana, E. I. (2020). Prevalence and predictors of burnout in midwives: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2): 641. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020641>

Zarei, Z., Afshari, P., Jahanbani, E., Haghghi, M. H. (2020). Evaluating the Effect of Leadership Style on Burnout among the Midwives Working at Maternity Hospitals at Khuzestan Province. *International Journal of Pharmaceutical and Phytopharmacological Research*, 10(1): 122– 126.

Tervise Arengu Instituut. (2022). Tervishoiutöötajad. Mõisted. <https://statistika.tai.ee/Resources/PX/Databases/Andmebaas/04THressursid/05Tootajad/THTinfo.htm> (10.02.2023)

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (RT I 2001, 50, 284, RT I, 10.10.2022,4).

THT002: Tervishoiutöötajad soo, vanuse ja ameti järgi. (2022). Tervise Arengu Instituut. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_05Tootajad/THT002.px/table/tableViewLayout2/ (02.02.2023)

THT022: Registreeritud tervishoiutöötajad ametiala, soo ja vanuserühmade järgi, 31.detsember. (2022). Tervise Arengu Instituut. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_05Tootajad/THT022.px/table/tableViewLayout2/ (10.02.2023)

Vaičienė, V., Blaževičienė, A., Macijauskiene, J., Sidebotham, M. (2022). The prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in the Lithuanian midwifery workforce and correlation with sociodemographic factors. *Nursing Open*, 9, 2209– 2216.

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

World Health Organization. (2022). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 02/2022). Burnout. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> (12.11.22)

World Health Organization. (2016). Midwives voices, midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care.

Ühised sammud terviseni. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. Tallinn.

Lisa 2. Originaalkirjavahetus küsimustiku autoritega

Den 11. nov. 2019 kl. 20.13 skrev Hanna Aru <hannastinaaru@gmail.com>:

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 <tsk@task-consult.dk>
Saaja: Hanna Aru <hannastinaaru@gmail.com>

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
Østre Alle 35E
3250 Gilleleje
29 70 40 12
tsk@task-consult.dk
www.task-consult.dk

PUMA uuringus kasutatud Kopenhaageni läbipõlemise inventuur / Copenhagen Burnout Inventory, CBI (ingliskeelne versioon)

NB: CBI küsimused ei ole küsimustikus trükitud samas järjekorras, nagu siin näidatud. Tegelikult on need küsimused segamini küsimustega teiste teemade kohta. See on soovitatav, et vältida stereotüüpsete vastusemustrite tekkimist.

Esimene osa: Isiklik läbipõlemine

Määratlus: Isiklik läbipõlemine on pikaajalise füüsilise ja psühholoogilise kurnatuse seisund.

Küsimused:

1. Kui tihti tunnete end väsinuna?
2. Kui sageli olete füüsiliselt kurnatud?
3. Kui tihti olete emotsionaalselt kurnatud?
4. Kui tihti te mõtlete: "Ma ei jaksa enam"?
5. Kui tihti tunnete et olete puruväsinud?
6. Kui tihti tunnete end nõrgana ja haigusele vastuvõtlikuna?

Vastusekategoriad: Alati, Sageli, Mõnikord, Harva, Mitte kunagi/peaaegu mitte kunagi.

Hindamine: Alati:100 . Sageli:75 . Mõnikord:50 . Harva:25 . Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi:0 . Skaala punktisumma on punktide keskmine.

Kui vastaja on vastanud vähem kui kolmele küsimusele, liigitatakse vastaja mittevastanuks.

Teine osa: Tööga seotud läbipõlemine

Määratlus: Tööga seotud läbipõlemine on pikaajalise füüsilise ja psühholoogilise kurnatuse seisund, mida tajutakse seoses inimese tööga.

Küsimused:

1. Kas teie töö on emotsionaalselt kurnav?
2. Kas tunnete end oma töö tõttu läbipõlenuna?

Tõlgitud inglise keelest eesti keelde Multilingua Tõlkebüroo OÜ's



3. Kas teie töö frustrerib teid?

2

4. Kas tunnete end tööpäeva lõpus kurnatuna?

5. Kas olete hommikul väsinud, kui mõtlete, et ees ootab uus tööpäev?

6. Kas tunnete, et iga töötund on teie jaoks väsitav?

7. Kas teil on vabal ajal piisavalt energiat pere ja sõprade jaoks?

Vastusekategoriad:

Kolm esimest küsimust: Väga suurel määral, Suurel määral, Mõnevõrra, Vähesel määral, Väga vähesel määral.

Viimased neli küsimust: Alati, Sageli, Mõnikord, Harva, Mitte kunagi/peaaegu mitte kunagi. Viimasel küsimusel vastupidised punktid.

Punktiarvestus nagu esimese skaala puhul. Kui vastaja on vastanud vähem kui neljale küsimusele, liigitatakse vastaja mittevastanuks.

Kolmas osa: Kliendiga seotud läbipõlemine

Määratlus: Kliendiga seotud läbipõlemine on pikaajalise füüsilise ja psühholoogilise kurnatuse seisund, mida isik tajub seoses oma tööga klientidega*.

***Kliendid, patsiendid, sotsiaalteenuste saajad, eakad kodanikud või vangid.**

Küsimused:

1. Kas teil on raske klientidega töötada?

2. Kas teie jaoks on klientidega töötamine frustreriv?

3. Kas klientidega töötamine imeb teid energiast tühjaks?

4. Kas tunnete, et annate klientidega töötades rohkem, kui saate tagasi?

5. Kas olete väsinud klientidega töötamisest?

6. Kas mõtlete mõnikord, kui kaua te suudate tööd klientidega jätkata?

Vastusekategoriad:

Neli esimest küsimust: Väga suurel määral, Suurel määral, Mõnevõrra, Vähesel määral, Väga vähesel määral.

Kaks viimast küsimust: Alati, Sageli, Mõnikord, Harva, Mitte kunagi/ peaaegu mitte kunagi.

Hindamine nagu kahe esimese skaala puhul. Kui vastaja on vastanud vähem kui kolmele küsimusele, liigitatakse vastaja mittevastanuks.

Tõlgitud inglise keelest eesti keelde Multilingua Tõlkebüroo OÜ's



Lisa 4. Sotsiaaldemograafiliste taustandmete küsimused

1. Palun märkige oma vanus täisarvuga...
2. Mis on Teie emakeel?
 - Eesti keel
 - Vene keel
 - Muu, võimalusel palun täpsustage...
3. Kus on Teie elukoht?
 - Suuremas linnas: Tallinn, Tartu, Narva, Pärnu, Kohtla-Järve
 - Mõnes muus linnas
 - Suurema linna äärses külas, alevis või alevikus
 - Maapiirkonna külas, alevis või alevikus
4. Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase?
 - Kesk- või kutsekeskharidus
 - Rakenduskõrgharidus, bakalaureus, diplomiõpe või sellega võrdsustatud haridus
 - Magistrikraad või kõrgem
5. Kas elate koos abikaasa või elukaaslasega?
 - Ei
 - Jah
6. Kas Teie perekonnas on lapsi?
 - Ei
 - Jah, üks
 - Jah, mitu
7. Kui vastasite eelnevale küsimusele jah, palun märkige Teiega koos elava/elavate lapse/laste vanuserühm/vanuserühmad: (võib valida mitu varianti)
 - 0-3
 - 4-6
 - 7-9

- 10-14
- 15-17
- Vanemad kui 18
- Ei ela koos lapsega/lastega

8. Kas Te hooldate praegu väljaspool töökeskkonda kedagi, kes vajab abi kõrge vanuse, haiguse, puude või millegi muu tõttu?

- Ei
- Jah

Lisa 5. Töölaste taustandmete küsimused

1. Kellena Te töötate? (võib valida mitu vastusevarianti)

- Ämmaemandana
- Abiämmaemandana
- (Ämmaemandus)juhina
- Koolitaja või õppejõuna

2. Mis on Teie tööstaaž (abi)ämmaemandana kokku?

- Kuni 6kuud
- 6-11 kuud
- 1-5 aastat
- 6-10 aastat
- 11-20 aastat
- 21-30 aastat
- 31-40 aastat
- Rohkem kui 40 aastat

3. Kus Te töötate (abi)ämmaemandana? (võib valida mitu varianti)

- Piirkondlikus haiglas (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Tallinna Lastehaigla)
- Kesonhaiglas (Ida-Tallinna Kesonhaigla, Lääne-Tallinna Kesonhaigla, Ida-Viru kesonhaigla, Pärnu haigla)
- Üldhaiglas (Järvamaa Haigla, Kuressaare Haigla, Läänemaa Haigla, Rakvere Haigla, Lõuna-Eesti Haigla, Narva Haigla, Viljandi Haigla, Valga Haigla, Hiiumaa Haigla)
- Perearstikesuses või esmatasandi tervisekeskuses
- Erahaiglas või -kliinikus
- Haridusasutuses
- Olen iseenda tööandja

4. Kas Te töötate (abi)ämmemandana ühe asutuses mitmes osakonnas?

- Ei
- Jah

5. Kas Teie asutuses toimub osakonda vaheline roteerumine kindla ajavahemiku järel?
- Ei
 - Jah
6. Mis on Teie töökoormus lepinguliselt (abi)ämmaemandana kokku?
- 0,25 kohta
 - 0,5 koht
 - 0,75 koht
 - 1,0 koht
 - Rohkem kui 1,0 kohta
7. Kas peale (abi)ämmaemanda töö on Teil veel mõni teine ametikoht?
- Ei
 - Jah
8. Kui vastasite eelnevale küsimusele jah, siis palun märkige oma lepingule töökoormus teistel ametikohtadel kokku:
- 0,25-0,5 kohta
 - 0,75-1,0 kohta
 - 1,25-1,5 kohta
 - 1,75-2,0 kohta
 - Rohkem kui 2,0 kohta
 - Muu, võimalusel palun täpsustage
9. Kas Te töötate (abi)ämmaemandana vahetustega?
- Ei
 - Jah
10. Kas Te (abi)ämmaemandana teete öövalveid?
- Ei
 - Jah
11. Palun kirjutage täisarvuga tundides kui pikk on Teie keskmine tööpäev...

12. Kas Te teete regulaarselt (abi)ämmaemandana lisavalveid või ületunnitööd?

- Ei
- Jah

13. Kas Te teete pikemaid kui 12tunniseid tööpäevi?

- Ei
- Jah

14. Kas Te teete 24tunniseid või pikemaid tööpäevi?

- Ei
- Jah

15. Kas Teie töökohas või tööülesannetes on olnud viimase 3 kuu jooksul suuremaid tööalaseid ümberkorraldusi?

- Ei
- Jah

16. Palun valige osakond ja/või valdkond, milles Te töötate (abi)ämmaemandana: (võib valida mitu varianti)

- Ambulatoorne rasedate jälgimine
- Ambulatoorne sünnitusjärgne vastuvõtt (sh imetamisnõustamine, koduviisiidid)
- Muu ambulatoorne vastuvõtt (sh sõeluuringud, seksuaaltervis, rinnatervis jm)
- Günekoloogiaosakond
- Sünnituseelne osakond
- Sünnitusosakond
- Sünnitusjärgne osakond
- Neonatoloogia osakond
- Viljatusravi
- Kogukonnakoolitus (sh perekool)
- Õppetöö
- Osakonna, kliiniku vm juhtimine
- Muu, võimalusel palun täpsustage...

17. Palun hinnake rahulolu järgmiste tööalaste teguritega – koostöö teiste ämmaemandatega:

- Väga rahul
- Rahul
- Ei ole rahul
- Ei ole üldse rahul
- Ei oska vastata

18. Palun hinnake rahulolu järgmiste tööalaste teguritega – koostöö teiste eriala esindajatega:

- Väga rahul
- Rahul
- Ei ole rahul
- Ei ole üldse rahul
- Ei oska vastata

19. Palun hinnake rahulolu järgmiste tööalaste teguritega – juhtkonna toetus osakonnale/osakondadele:

- Väga rahul
- Rahul
- Ei ole rahul
- Ei ole üldse rahul
- Ei oska vastata

20. Palun hinnake rahulolu järgmiste tööalaste teguritega – tööalased vahendid ja tehnika:

- Väga rahul
- Rahul
- Ei ole rahul
- Ei ole üldse rahul
- Ei oska vastata

21. Palun hinnake rahulolu järgmiste tööalaste teguritega – töö-eraelu tasakaal:

- Väga rahul
- Rahul
- Ei ole rahul

- Ei ole üldse rahul
- Ei oska vastata

22. Palun hinnake rahulolu järgmiste tööalaste teguritega – ametialased arenguvõimalused töökohas:

- Väga rahul
- Rahul
- Ei ole rahul
- Ei ole üldse rahul
- Ei oska vastata

23. Palun hinnake rahulolu järgmiste tööalaste teguritega – erialane arenguvõimalus:

- Väga rahul
- Rahul
- Ei ole rahul
- Ei ole üldse rahul
- Ei oska vastata

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 361/T-13

koosolek: 21.03.2022

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiinieetika nooremlektor

Aseesimees

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

Liikmed

Diva Eensoo Tervise Arengu Instituut, teadur
Margit Jäätna Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik
Katrin Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht
Malle Kuum Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Piret Koosa Eesti Rahva Muuseum, teadur
Martin Mooses Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor
Marje Oona Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini kaasprofessor / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja
Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor
Atko-Sulhan Rimmel Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute kaasprofessor
Anna-Liisa Tamm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioteraapia ja tervisekaitse osakonna juhataja

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Läbipõlemise esinemine Eesti ämmaemandate seas ning seda mõjutavad tegurid – läbilõikeuuring

Vastutav uurijad (asutus):

Janne Kommusaar (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Puusepa 1a, 50406, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 01.04.2022
2. Kutse uuringus osalemiseks, 08.04.2022
3. Kutse prooviuringus osalemiseks, 08.04.2022
4. CBI eestikeelne küsimustik koos tõlkekinnitusega
5. Taustandmete küsimustik koos sissejuhatava tekstiga, 01.04.2022
6. Prooviuringu lisaküsimused, 01.04.2022
7. Uurimistöö läbiviijate CVd (J. Kommusaar, G. Tamm, K. Vahtel)

Uurimistöö lõpp: 31.05.2023

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
grandikeskus
Raekoja plats 9
51004 Tartu

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

Lisa 7. Sissejuhatav tekst prooviuuringus osalejatele

Lugupeetud (abi)ämmaemand!

Sellel kevadel planeeritakse läbi viia uurimistöö teemal „Läbipõlemise esinemine Eesti ämmaemandate seas ning seda mõjutavad tegurid – läbilõikeuuring“, mille eesmärk on kirjeldada läbipõlemise esinemist Eesti ämmaemandate seas ning seda mõjutavaid sotsiaaldemograafilisi ja tööalaseid tegureid. Uurimistöö tulemuste põhjal valmib magistritöö ning tulemusi kasutatakse võimalusel ämmaemandusteenuse parandamiseks.

Selleks, et kevadel uurimistöö kulgeks edukalt, kutsun Teid osalema prooviuuringus, mille eesmärk on hinnata põhiuuringus kasutatava küsimustiku väidete selgust ja arusaadavust. Osalemine on vabatahtlik ning Teile tagatakse konfidentsiaalsus. Küsimustikus ei küsita Teie eriliiki isikuandmeid ning uuringuks kasutatav veebikeskkond tagab, et IP-aadressid pole uurijatele tuvastatavad. Kuna prooviuurimuse eesmärk on kontrollida ja hinnata küsimustiku väidete selgust ja arusaadavust, siis Teie vastuseid põhiuuringu andmebaasi ei lisata. Prooviuurimuse käigus kogutud infot ei jagata kolmandate osapooltega ning täidetud küsimustikud kustutatakse hiljemalt mai 2022.

Prooviuuringu küsimustik koosneb kahest osast. Esimeses osas on esitatud küsimused Teie ning Teie töö kohta, nii nagu plaanitakse seda teha põhiuuringus. Palun Teil täitmisel jälgida seda, kas Te saate aru küsimuste sõnastusest ning kas on olemas Teie jaoks sobivad vastusevariandid. Küsimustiku teises osas saate anda tagasisidet uurimistöö küsimuste arusaadavuse ning täidetavuse kohta. Samuti on Teil võimalik teha ettepanekuid küsimustiku muutmiseks. Küsimustiku täitmine võtab eeldatavasti aega 30 minutit. Kuid palun Teil jälgida, kui palju aega kulub esimese osa küsimuste täitmisele.

Prooviuuringus analüüsitakse ainult küsimustiku teisest osast saadud vastuseid, et hinnata põhiuuringus kasutatava küsimustiku väidete selgust ja arusaadavust. Seetõttu olete oodatud osalema ka põhiuuringus „Läbipõlemise esinemine Eesti ämmaemandate seas ning seda mõjutavad tegurid – läbilõikeuuring“, kui Teile saadetakse selle kutse.

Küsimuste korral võtke julgesti ühendust meiliaadressil.. Aitäh Teile teie aja ning panuse eest uurimistöösse!

Uurimistöö läbiviijad: Grete Tamm, Janne Kommusaar (vastutav uurija), Käthlin Vahtel

Lisa 8. Prooviuuringu lisaküsimused

1. Millised küsimused olid raskesti mõistetavad? (Küsimuste numbrid)
2. Millised sõnad olid raskesti mõistetavad? (Nimeta sõnad)
3. Millised küsimused olid halvasti sõnastatud? (Küsimuste numbrid)
4. Millistele küsimustele oli raske vastata? (Küsimuste numbrid)

Põhjendage, miks oli raske vastata?

5. Milliseid soovitusi annaksite küsimustiku koostajale, et muuta küsimused teie jaoks selgemaks?
6. Mida sooviksite lisada küsimustiku või sellele vastamise kohta?
7. Küsimustiku täitmiseks kulunud aeg:

Lisa 9. Sissejuhatav tekst uuringus osalejatele

Lugupeetud (abi)ämmaemand!

Palun Teid võtma osa uurimistööst „Läbipõlemise esinemine Eesti ämmaemandate seas ning seda mõjutavad tegurid – läbilõikeuuring“, mille eesmärk on kirjeldada läbipõlemise esinemist Eesti ämmaemandate seas ning seda mõjutavaid sotsiaaldemograafilisi ja tööalaseid tegureid. Olete oodatud küsimustikku täitma, kui töötate ämmaemanda või abiämmaemandana, olenemata Teie tööstaažist või -valdkonnast. Uurimistöö tulemuste põhjal valmib magistritöö ning tulemusi kasutatakse võimalusel ämmaemandusteenuse parandamiseks.

Uurimistöös osalemine on vabatahtlik ning seda on võimalik katkestada igal hetkel kuni vastuste esitamiseni, sel juhul vastuseid uuringusse ei kaasata. Küsimustik on eesti keeles. Selles on esitatud erinevaid küsimusi ning väiteid Teie ning Teie töö kohta. Täpsemad vastamisjuhendid on lisatud küsimuste juurde vastavalt küsimuse tüübile. Mõne küsimuse juures on võimalik lisada ka täiendavaid vastuseid, kui pakutud variandid ei sobi või soovite ise täpsustada. Küsimustikus ei küsita Teie isikuandmeid. Esmaseid tulemusi näevad ainult uuringu läbiviija ja vastutav uurija ning uurimistöö tulemused esitatakse üldistatud kujul, mis tagab et uuringus osalejaid ei ole võimalik isikuliselt ära tunda.

Küsimustiku täitmine võtab aega ligikaudu 15 minutit.

Küsimuste korral võtke julgesti ühendust meiliaadressil ...

Aitäh Teile teie aja ning panuse eest uurimistöösse!

Uurimistöö läbiviijad:

Grete Tamm, Janne Kommusaar (vastutav uurija), Käthlin Vahtel,

Kui Teil tekib küsimusi uuringus osaleja õiguste kohta, siis pöörduge palun Tartu Ülikooli inimuuringu eetikakomitee poole e-posti aadressil eetikakomitee@ut.ee või telefonil 737 6215

Lisa 10. Kutse uuringus osalema

Lugupeetud ämmaemandad ning abiämmaemandad!

Kutsun Teid osalema uurimistöös „Läbipõlemise esinemine Eesti ämmaemandate seas ning seda mõjutavad tegurid – läbilõikeuuring“, mille eesmärk on kirjeldada läbipõlemise esinemist Eesti ämmaemandate seas ning seda mõjutavaid sotsiaaldemograafilisi ja tööalaseid tegureid. Saadavad tulemused aitavad töötada välja toetusmeetmeid ämmaemandate heaolu parandamiseks ning ämmaemandusteenuse kvaliteedi tõstmiseks. Uurimistöö läbiviimine on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega (protokolli number 361/T-13).

Olete oodatud uuringus osalema, kui töötate ämmaemanda või abiämmaemandana olenemata Teie töövaldkonnast või tööstaažist. Osalemine on vabatahtlik ning Teile tagatakse konfidentsiaalsus. Küsimustikus ei küsita Teie eriliiki isikuandmeid ning uuringuks kasutatav veebikeskkond tagab, et IP-aadressid pole uurijatele tuvastatavad. Kogutud andmeid säilitatakse turvaliselt Tartu Ülikooli serveris ning nendele pääsevad ligi ainult uuringu läbiviijad. Uuringus osalemisest on võimalik loobuda ning katkestada vastamine igal ajahetkel kuni küsimustiku esitamiseni. Sellisel juhul Teie vastuseid ei kaasata andmebaasi ega kasutata analüüsiks.

Uurimistöö tulemused esitatakse üldistatud kujul ning tagatakse, et ükski uuritav ei oleks äratuntav. Saadavate tulemuste põhjal valmib magistritöö, mille kaitsmine on planeeritud juunis 2023. Uurimistöö tulemuste ja magistritööga on seejärel võimalik tutvuda Tartu Ülikooli veebikeskkonnas DSpace. Samuti on kavandatud tulemuste esitamine koostöös Eesti Ämmaemandate Ühinguga.

Küsimustik on eesti keeles ning koosneb erinevatest küsimustest ning väidetest Teie ning Teie töö kohta. Selle täitmiseks kulub ligikaudu 15 minutit.

Küsimustik on veebipõhine ning pääsete sellele ligi siit

<https://survey.ut.ee/index.php/778118?lang=et> .

Küsimustik on avatud kuni 31. augustini 2022 (k.a.).

Küsimuste tekkimise korral võtke julgelt ühendust meiliaadressil...

Lugupidamisega

Grete Tamm, Janne Kommusaar, Käthlin Vahtel

Lisa 11. Läbipõlemise punktisummad küsimuse ja dimensiooni kaupa

	Alati või väga suurel määral		Sageli või suurel määral		Mõnikord või mõnevõrra		Harva või vähesel määral		(Peeaeagu) mitte kunagi või väga vähesel määral		x̄ (SD)	uv
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Isiklik läbipõlemine (n=171)											54,7 (16,5)	52,2 – 57,2
Kui tihti tunnete end väsinuna?	20	11,7	96	56,1	48	28,1	7	4,1	0	0	68,9 (17,8)	
Kui sageli olete füüsiliselt kurnatud?	5	2,9	53	31,0	86	50,3	24	14,0	3	1,8	54,8 (19,4)	
Kui tihti olete emotsionaalselt kurnatud?	10	5,9	79	46,2	67	39,2	14	8,2	1	0,6	62,1 (18,9)	
Kui tihti mõtlete: „Ma ei jaksa enam“?	5	2,9	42	24,6	66	38,6	44	25,7	14	8,2	47,1 (24,2)	
Kui tihti tunnete, et olete „puruväsinud“?	7	4,1	49	28,7	88	51,5	22	12,9	5	2,9	54,5 (20,3)	
Kui tihti tunnete end nõrgana ja haigustele vastuvõtlikuna?	3	1,8	27	15,8	64	36,8	60	35,1	18	10,5	40,8 (23,3)	
Töölane läbipõlemine (n=171)											45,9 (17,1)	43,3 – 48,5
Kas teie töö on emotsionaalselt kurnav?	22	12,9	72	42,1	60	35,1	14	8,2	3	1,8	64,0 (22,0)	
Kas tunnete end oma töö tõttu läbipõlenuna?	10	5,9	18	10,5	49	28,7	51	29,8	43	25,1	35,5 (28,7)	
Kas teie töö frustreerib teid?	3	1,8	10	5,9	61	35,7	62	36,3	35	20,5	33,0 (23,1)	
Kas tunnete end tööpäeva lõpus kurnatuna?	14	8,2	70	41,2	63	37,1	23	13,5	0	0	61,0 (20,7)	
Kas olete hommikul väsinud, kui mõtlete, et ees ootab uus tööpäev?	9	5,3	36	21,3	65	38,5	50	29,6	9	5,3	47,9 (24,2)	
Kas tunnete, et iga töötund on teie jaoks väsitav?	3	1,8	21	12,3	64	37,4	62	36,3	21	12,3	38,7 (23,0)	
Kas teil on vabal ajal piisavalt energiat pere ja sõprade jaoks?*	9	5,3	62	36,3	79	46,2	19	11,1	2	1,2	41,7 (19,7)	
Klientidega seotud läbipõlemine (n=171)											28,6 (19,2)	25,7 – 31,5
Kas teil on raske klientidega töötada?	0	0	5	2,9	23	13,5	49	28,7	94	55,0	16,1 (20,6)	
Kas teie jaoks on klientidega töötamine frustreeriv?	0	0	5	2,9	28	16,4	44	25,7	94	55,0	16,8 (21,3)	
Kas klientidega töötamine imeb teid energiast tühjaks?	4	2,3	23	13,5	57	33,3	52	30,4	35	20,5	36,7 (25,9)	
Kas tunnete, et annate klientidega töötades rohkem, kui saate tagasi?	10	5,9	34	20,0	51	30,0	43	25,3	32	18,8	42,0 (29,2)	
Kas olete väsinud klientidega töötamisest?	1	0,6	14	8,2	46	27,1	65	38,2	44	25,9	29,7 (23,5)	
Kas mõtlete mõnikord, et kui kaua te suudate tööd klientidega jätkata?	2	1,2	22	12,9	43	25,2	48	28,1	56	32,8	30,4 (26,9)	

** vastupidine hindamine

Lisa 12. Sotsiaaldemograafiliste taustandmete seos isikliku läbipõlemisega

Muutuja	Hii-ruut		T-test/ANOVA		Regressioon					
	n (%)	p	\bar{x} (SD)	p	Kohandamata			Kohandatud		
					OR	uv	p	AOR	uv	p
Vanus		0,011		<0,001						
22-29	40 (35,4)		57,8 (14,8)		1			1		
30-39	43 (38,0)		58,6 (16,1)		1,2	0,53-2,93	0,623	1,9	0,54-6,57	0,315
40-49	16 (14,2)		49,1 (18,7)		0,5	0,19-1,30	0,155	0,7	0,17-2,91	0,628
>50	14 (12,4)		46,2 (13,5)		0,3	0,12-0,78	0,013	0,3	0,09-1,17	0,086
Haridus		0,563		0,405						
Kesk- või kutsekeskharidus	8 (7,0)		60,4 (18,2)		1			1		
Rakenduskõrgharidus, bakalaureus...	92 (80,7)		54,0 (15,3)		0,5	0,10-2,45	0,393	0,4	0,08-3,04	0,442
Magistrikraad või kõrgem	14 (12,3)		56,7 (22,2)		0,4	0,07-2,26	0,293	0,3	0,04 – 2,28	0,245
Keel		0,283		0,006						
Eesti	99 (87,6)		53,5 (16,3)		1			1		
Vene	14 (12,4)		64,8 (15,1)		1,9	0,59 – 5,98	0,289	1,1	0,32-3,97	0,855
Abielu või kooselu		0,488		0,463						
Ei	23 (20,2)		56,6 (16,9)		1			1		
Jah	91 (79,8)		54,3 (16,4)		0,7	0,32-1,73	0,489	0,8	0,29-1,97	0,562
Omaste hooldamine		0,178		0,467						
Ei	98 (86,0)		54,4 (16,5)		1			1		
Jah	16 (14,0)		57,3 (16,5)		2,2	0,69-6,8	0,187	3,9	1,0-14,5	0,045
Elukoht		0,316		0,128						
Suuremas linnas	75 (65,8)		56,8 (17,4)		1			1		
Muus linnas	13 (11,4)		49,3 (12,5)		0,4	0,18-1,09	0,077	0,5	0,18-1,36	0,176
Suurema linna äärses külas, alevi...	17 (14,9)		54,3 (16,5)		0,9	0,34-2,25	0,787	0,9	0,31-2,57	0,842
Maapiirkonna külas, alevi..	9 (7,9)		49,7 (13,4)		0,6	0,20-1,89	0,401	0,9	0,27-2,92	0,839
Laste olemasolu		0,138		0,018						
Ei	43 (37,7)		57,1 (15,6)		1			1		
Jah, üks	29 (25,5)		58,7 (16,7)		1,1	0,46-2,85	0,769	0,7	0,22-2,37	0,594
Jah, mitu	42 (36,8)		50,6 (16,4)		0,6	0,27-1,15	0,113	0,6	0,18-1,98	0,402
Laste vanuserühm 0-6a		0,039		0,182						
Ei	77 (67,5)		53,7 (16,6)		1			1		
Jah	37 (32,5)		57,4 (16,0)		2,3	1,03 – 4,96	0,043	3,2	1,11 – 9,25	0,032
Laste vanuserühm 7-14a		1,000		0,738						
Ei	82 (71,9)		54,4 (16,3)		1			1		
Jah	32 (28,1)		55,4 (17,2)		1	0,49 – 2,03	1,000	0,6	0,22 – 1,87	0,422
Laste vanuserühm 15 ja vanemad		0,001		0,001						
Ei	97 (85,1)		57,4 (15,5)		1			1		
Jah	17 (14,9)		45,6 (16,7)		0,3	0,13 – 0,59	0,001	0,4	0,14 – 1,12	0,081

Lisa 13. Sotsiaaldemograafiliste taustandmete seos tööalase läbipõlemisega

Muutuja	Hii-ruut		T-test/ANOVA		Regressioon					
	n (%)	p	\bar{x} (SD)	p	OR	Kohandamata uv	p	AOR	Kohandatud uv	p
Vanus		0,121		0,075						
22-29	26 (36,6)		48,4 (17,1)		1			1		
30-39	25 (35,2)		47,0 (18,2)		0,9	0,43 – 1,90	0,781	2,9	0,79 – 10,35	0,109
40-49	13 (18,3)		45,7 (16,2)		1,0	0,39 – 2,41	0,942	3,6	0,82 – 15,89	0,091
>50	7 (9,9)		38,7 (14,5)		0,3	0,12 – 0,88	0,027	0,6	0,14 – 2,43	0,476
Haridus		0,857		0,614						
Kesk- või kutsekeskharidus	5 (6,9)		51,1 (18,2)		1			1		
Rakenduskõrgharidus, bakalaureus...	57 (79,2)		45,5 (16,8)		0,7	0,19 – 2,54	0,592	0,8	0,15 – 4,23	0,790
Magistrikraad või kõrgem	10 (13,9)		45,8 (19,3)		0,8	0,17 – 3,41	0,730	0,6	0,10 – 4,30	0,655
Keel		0,007		0,001						
Eesti	59 (81,9)		44,4 (16,5)		1			1		
Vene	13 (18,1)		58,1 (18,7)		4,1	1,39 – 12,09	0,011	4,4	1,29 – 14,81	0,018
Abielu või kooselu		0,834		0,568						
Ei	14 (19,4)		47,4 (16,6)		1			1		
Jah	58 (80,6)		45,5 (17,3)		0,9	0,42 – 2,0	0,834	0,9	0,36 – 2,27	0,837
Omaste hooldamine		0,214		0,724						
Ei	61 (84,7)		45,7 (17,2)		1			1		
Jah	11 (15,3)		47,1 (17,0)		1,8	0,71 – 4,61	0,218	3,2	1,00 – 10,13	0,050
Elukoht		0,027		0,138						
Suuremas linnas	52 (72,2)		47,6 (17,8)		1			1		
Muus linnas	4 (5,6)		38,9 (13,8)		0,2	0,06 – 0,62	0,005	0,2	0,07 – 0,80	0,020
Suurema linna äärses külas, alevis	10 (13,9)		46,4 (17,3)		0,7	0,29 – 1,68	0,416	0,9	0,35 – 2,50	0,884
Maapiirkonna külas, alevis..	6 (8,3)		44,0 (14,9)		0,7	0,23 – 2,08	0,513	1,0	0,28 – 3,28	0,950
Laste olemasolu		0,204		0,071						
Ei	30 (41,7)		49,5 (16,8)		1			1		
Jah, üks	17 (23,6)		46,2 (19,0)		0,8	0,34 – 1,74	0,533	0,2	0,06 – 0,82	0,023
Jah, mitu	25 (34,7)		42,7 (16,0)		0,5	0,26 – 1,07	0,078	0,2	0,07 – 0,89	0,032
Laste vanuserühm 0-6a		0,784		0,556						
Ei	53 (73,6)		46,3 (16,6)		1			1		
Jah	19 (26,4)		44,6 (18,6)		0,9	0,46 – 1,80	0,784	1,2	0,44 – 3,17	0,737
Laste vanuserühm 7-14a		0,786		0,632						
Ei	51 (70,8)		45,5 (17,5)		1			1		
Jah	21 (29,2)		46,9 (16,4)		1,1	0,56 – 2,15	0,786	0,9	0,34 – 2,48	0,869
Laste vanuserühm 15 ja vanemad		0,018		0,005						
Ei	62 (86,1)		47,8 (17,3)		1			1		
Jah	10 (13,9)		39,2 (15,1)		0,4	0,18 – 0,86	0,020	0,4	0,14 – 1,39	0,160

Lisa 14. Sotsiaaldemograafiliste taustandmete seos klientidega seotud läbipõlemisega

Muutuja	Hii-ruut		T-test/ANOVA		Regressioon					
	n (%)	p	\bar{x} (SD)	p	Kohandamata			Kohandatud		
					OR	uv	p	AOR	uv	p
Vanus		0,819		0,540						
22-29	8 (29,6)		30,9 (17,0)		1			1		
30-39	9 (33,3)		28,3 (20,5)		1,1	0,40-3,17	0,823	3,0	0,59 – 15,14	0,186
40-49	6 (22,2)		28,1 (20,1)		1,6	0,50 – 5,18	0,431	10,2	1,43 – 73,01	0,020
>50	4 (14,8)		24,6 (19,5)		0,9	0,24 – 3,16	0,833	2,0	0,34 – 11,29	0,451
Haridus		0,700		0,841						
Kesk- või kutsekeskharidus	2 (7,1)		32,1 (20,1)		1			1		
Rakenduskõrgharidus, bakalaureus...	21 (75,0)		28,4 (19,0)		0,7	0,14 – 3,62	0,688	1,0	0,12 – 8,82	0,990
Magistrikraad või kõrgem	5 (17,9)		28,4 (20,5)		1,1	0,18 – 6,99	0,911	0,9	0,07 – 10,54	0,906
Keel		0,041		0,002						
Eesti	22 (78,6)		27,0 (18,5)		1			1		
Vene	6 (21,4)		41,9 (20,8)		3,0	1,00 – 8,69	0,049	3,6	0,96 – 13,64	0,057
Abielu või kooselu		0,351		0,198						
Ei	7 (25,0)		32,6 (20,3)		1			1		
Jah	21 (75,0)		27,7 (18,9)		0,6	0,24 – 1,66	0,354	0,7	0,24 – 2,32	0,606
Omaste hooldamine		0,017		0,185						
Ei	21 (75,0)		27,9 (18,3)		1			1		
Jah	7 (25,0)		34,0 (24,5)		3,3	1,19 – 9,32	0,022	4,4	1,12 – 17,00	0,033
Elukoht		0,339		0,366						
Suuremas linnas	19 (67,9)		29,8 (19,2)		1			1		
Muus linnas	1 (3,6)		22,5 (16,6)		0,2	0,02 – 1,50	0,115	0,3	0,03 – 2,81	0,294
Suurema linna äärses külas, alevis	5 (17,9)		28,2 (21,1)		1,1	0,38 – 3,43	0,809	2,3	0,62 – 8,77	0,212
Maapiirkonna külas, alevis..	3 (10,7)		30,8 (19,3)		1,1	0,29 – 4,46	0,845	2,0	0,41 – 9,31	0,399
Laste olemasolu		0,005		0,008						
Ei	11 (39,3)		32,4 (17,4)		1			1		
Jah, üks	12 (42,9)		32,6 (24,6)		2,0	0,77 – 5,09	0,156	0,5	0,11 – 2,21	0,354
Jah, mitu	5 (17,9)		23,3 (16,0)		0,3	0,11 – 1,02	0,054	0,1	0,01 – 0,41	0,003
Laste vanuserühm 0-6a		0,030		0,211						
Ei	25 (89,3)		29,7 (19,6)		1			1		
Jah	3 (10,7)		25,6 (17,8)		0,3	0,08 – 0,94	0,040	0,1	0,02 – 0,59	0,011
Laste vanuserühm 7-14a		0,149		0,928						
Ei	17 (60,7)		28,5 (17,7)		1			1		
Jah	11 (39,3)		28,8 (22,6)		1,9	0,80 – 4,32	0,153	8,5	1,60 – 44,54	0,012
Laste vanuserühm 15 ja vanemad		0,095		0,008						
Ei	25 (89,3)		30,7 (19,7)		1			1		
Jah	3 (10,7)		21,5 (15,4)		0,4	0,10 – 1,25	0,108	0,6	0,09 – 3,28	0,517

Lisa 15. Töölaliste taustandmete seos isikliku läbipõlemisega

Muutuja	Hii-ruut		T-test/ANOVA		Regressioon					
	n (%)	p	\bar{x} (SD)	p	Kohandamata			Kohandatud		
					OR	uv	p	AOR	uv	p
Töötamine ämmaemandana		0,597		0,818						
Ei	13 (11,4)		55,6 (19,3)		1					
Jah	101 (88,6)		54,6 (16,2)		0,7	0,25 – 2,21	0,599	1,3	0,35 – 4,61	0,721
Töötamine abiämmaemandana		0,146		0,016						
Ei	106 (93,0)		54,0 (16,2)		1			1		
Jah	8 (7,0)		67,6 (17,3)		4,2	0,52 – 34,6	0,179	1,7	0,15 – 19,54	0,661
Töötamine (ämmaemandus)juhina		0,710		0,111						
Ei	104 (91,2)		55,3 (16,6)		1			1		
Jah	10 (8,8)		48,4 (14,3)		0,8	0,28 – 2,37	0,711	0,8	0,23 – 2,58	0,677
Töötamine (ämmaemandus)õppejõuna		1,000		0,737						
Ei	106 (93,0)		54,6 (16,1)		1			1		
Jah	8 (7,0)		56,3 (22,5)		1	0,29 – 3,47	1,000	1,4	0,31 – 6,57	0,648
Töötamine mitmel ametikohal		0,863		0,781						
Ei	101 (88,6)		54,6 (16,2)		1			1		
Jah	13 (11,4)		55,7 (19,5)		1,1	0,39 – 3,05	0,863	1,4	0,40 – 5,01	0,591
Osakondades töötamine		0,491		0,516						
Ambulatoorne osakond	31 (27,9)		56,5 (14,4)		1			1		
Statsionaarne osakond	41 (36,9)		54,7 (18,7)		0,7	0,28 – 1,56	0,347	0,80	0,30 – 2,11	0,655
Ambulatoorne ja statsionaarne osakond	39 (35,2)		52,8 (14,8)		0,6	0,25 – 1,42	0,247	0,76	0,30 – 1,94	0,566
Tasandil töötamine		0,502		0,713						
Ainult piirkondlikus haiglas	19 (16,8)		52,4 (16,3)		1			1		
Ainult kesonhaiglas	53 (46,9)		55,3 (17,2)		0,9	0,35 – 2,16	0,757	0,9	0,33 – 2,48	0,843
Ainnult üldhaiglas	15 (13,3)		54,3 (14,6)		0,9	0,28 – 2,86	0,842	5,0	0,68 – 36,7	0,115
Ainult perearsti/tervisekeskuses	6 (5,3)		57,7 (12,8)		2,8	0,30 – 27,25	0,365	11,1	0,66 – 186,7	0,095
Ainult erahaiglas ja/või iseenda tööandjana	5 (4,4)		51,6 (16,8)		0,8	0,15 – 4,06	0,777	0,6	0,10 – 3,29	0,527
Mimtes riiklikus asutuses	6 (5,3)		49,0 (16,8)		0,5	0,12 – 1,89	0,289	0,4	0,08 – 1,79	0,221
Nii riiklikus kui ka eraettevõttes	9 (8,0)		60 (11,0)		4,3	0,47 – 39,0	0,199	3,5	0,33 – 38,00	0,296
Tööstaaž aastates		0,010		<0,001						
Kuni 1	9 (7,9)		58,6 (19,8)		1			1		
1 – 10	62 (54,4)		60,2 (15,2)		2,0	0,60 – 6,85	0,256	2,3	0,61 – 8,86	0,215
11 – 20	26 (22,8)		49,8 (15,7)		1,0	0,29 – 3,68	0,962	1,2	0,20 – 6,72	0,859
21 – 30	8 (7,0)		49,1 (14,7)		0,4	0,10 – 1,68	0,212	0,6	0,07 – 5,81	0,677
31 ja rohkem	9 (7,9)		44,7 (13,9)		0,5	0,12 – 2,06	0,337	0,5	0,04 – 7,15	0,641
Töötamine mitmes erinevas valdkonnas		0,763		0,070						
Ei	18 (15,8)		60,1 (17,7)		1			1		
Jah	96 (84,2)		53,7 (16,2)		0,9	0,35 – 2,14	0,763	1,1	0,39 – 2,95	0,886
Töötamine ambulatoorses vastuvõtus		0,825		0,712						
Ei	44 (38,6)		55,3 (19,1)		1			1		
Jah	70 (61,4)		54,3 (14,7)		1,1	0,56 – 2,06	0,825	1,0	0,49 – 2,19	0,932

(järgneb)

Töötamine sünnituseelses ja/või erakorralises vastuvõtus	0,429	0,115						
Ei	71 (62,3)	53,2 (17,1)					1	
Jah	43 (37,7)	57,4 (15,1)	1,3	0,67 – 2,58	0,430		1,1	0,51 – 2,59
Töötamine sünnitus- ja/või sünnitusjärgses osakonnas	0,066	0,014						
Ei	61 (53,5)	57,9 (15,0)					1	
Jah	53 (46,5)	51,7 (17,4)	0,5	0,29 – 1,04	0,067		0,7	0,32 – 1,41
Töötamine muus statsionaarses osakonnas	0,779	0,550						
Ei	94 (82,5)	55,1 (17,0)					1	
Jah	20 (17,5)	53,1 (14,4)	0,9	0,39 – 2,01	0,779		1,3	0,43 – 3,86
Osakonna, kliiniku vm juhtimine	0,857	0,396						
Ei	103 (90,4)	55,1 (16,6)					1	
Jah	11 (9,6)	51,5 (16,1)	0,9	0,32 – 2,59	0,857		1,2	0,36 – 3,84
Õppetöö ja/või kogukonnakoolituse läbiviimine	0,150	0,170						
Ei	98 (86,0)	55,5 (15,9)					1	
Jah	16 (14,0)	50,9 (19,1)	0,6	0,24 – 1,25	0,153		0,6	0,21 – 1,56
Koormus	0,949	0,801						
Vähem kui 0,5 kohta	22 (19,5)	55,0 (16,4)					1	
0,5 – 0,9 kohta	19 (16,8)	56,3 (21,0)	0,8	0,26 – 2,31	0,650		0,9	0,26 – 3,06
1,0 koht	60 (53,1)	53,4 (14,6)	0,8	0,32 – 1,86	0,558		1,1	0,41 – 3,18
Rohkem kui 1,0 kohta	12 (10,6)	56,1 (15,8)	0,8	0,23 – 2,85	0,753		1,2	0,29 – 4,73
Keskmine tööpäeva pikkus tundides	0,497	0,190						
6-8	23 (20,2)	53,3 (12,9)					1	
9-12	60 (52,6)	57,0 (17,6)	1,3	0,54 – 2,90	0,600		1,4	0,54 – 3,67
13-24	31 (27,2)	51,9 (16,5)	0,8	0,33 – 1,98	0,642		0,9	0,35 – 2,51
Pikemad kui 12 tunnised tööpäevad	0,505	0,678						
Ei	46 (40,4)	55,4 (16,4)					1	
Jah	68 (59,6)	54,3 (16,7)	0,8	0,41 – 1,55	0,505		0,6	0,29 – 1,34
24 tunnised või pikemad tööpäevad	0,358	0,163						
Ei	56 (49,6)	56,6 (16,5)					1	
Jah	57 (50,4)	53,0 (16,5)	0,7	0,39 – 1,41	0,359		0,6	0,28 – 1,28
Vahetustega töötamine	0,906	0,760						
Ei	35 (30,7)	55,3 (14,2)					1	
Jah	79 (69,3)	54,4 (17,4)	1,0	0,48 – 1,92	0,906		1,1	0,48 – 2,34
Õövalvete tegemine	0,501	0,428						
Ei	44 (48,6)	56,0 (15,2)					1	
Jah	70 (61,4)	53,9 (17,2)	0,8	0,41 – 1,55	0,502		0,9	0,43 – 1,94
Regulaarne ületunnitöö	0,516	0,245						
Ei	56 (49,1)	53,3 (16,2)					1	
Jah	58 (50,9)	56,2 (16,8)	1,2	0,65 – 2,34	0,517		1,2	0,56 – 2,38
Töötamine mitmes erinevas osakonnas	0,051	0,129						
Ei	66 (57,9)	56,5 (15,8)					1	
Jah	48 (42,1)	52,7 (17,1)	0,5	0,28 – 1,01	0,053		0,6	0,28 – 1,16
Osakondade vaheline roteerumine	0,246	0,043						
Ei	91 (79,8)	56,1 (16,3)					1	
Jah	23 (20,2)	50,0 (16,6)	0,6	0,31 – 1,35	0,248		0,8	0,34 – 1,95

(järgneb)

Muutused tööülesannetes viimase 3 kuu jooksul		1,000	0,514					
Ei	70 (61,4)		54,0 (16,8)	1			1	
Jah	44 (38,6)		55,7 (16,1)	1	0,52 – 1,92	1,000	1,1	0,52 – 2,16 0,873
Mitte-erialane töötamine		0,187	0,418					
Ei	77 (68,1)		55,5 (16,0)	1			1	
Jah	36 (31,9)		53,3 (17,6)	0,6	0,33 – 1,24	0,188	0,8	0,36 – 1,63 0,489
Rahulolu koostööga kolleegidega		0,196	0,007					
Rahul	97 (85,8)		53,5 (16,4)	1			1	
Ei ole rahul	16 (14,2)		64,2 (14,8)	2,1	0,67 – 6,62	0,204	2,1	0,63 – 7,30 0,220
Rahulolu koostööga teiste eriala esindajatega		0,245	0,001					
Rahul	83 (74,1)		52,6 (15,1)	1			1	
Ei ole rahul	29 (25,9)		62,2 (19,2)	1,6	0,72 – 3,59	0,247	1,6	0,66 – 3,75 0,304
Rahulolu juhtkonna toetusega osakonnale/osakondadele		0,006	0,002					
Rahul	45 (40,9)		50,6 (16,5)	1			1	
Ei ole rahul	65 (59,1)		58,5 (16,0)	2,5	1,28 – 4,79	0,007	3,3	1,54 – 7,18 0,002
Rahulolu tööalaste vahenditega		0,051	0,026					
Rahul	78 (68,4)		53,0 (16,0)	1			1	
Ei ole rahul	36 (31,6)		59,3 (17,0)	2,2	0,99 – 4,77	0,054	2,7	1,11 – 6,44 0,028
Rahulolu töö-eraelu tasakaaluga		<0,001	<0,001					
Rahul	48 (42,5)		47,8 (14,4)	1			1	
Ei ole rahul	65 (57,5)		63,3 (15,0)	6,2	2,85 -13,57	<0,001	5,8	2,38 – 14,31 <0,001
Rahulolu ametialaste arenguvõimalustega töökohas		<0,001	<0,001					
Rahul	50 (47,2)		50,4 (16,1)	1			1	
Ei ole rahul	56 (52,8)		60,8 (16,1)	4,4	2,04 – 9,40	<0,001	4,1	1,71 – 9,87 0,002
Rahulolu erialaste arenguvõimalustega		0,001	<0,001					
Rahul	69 (63,3)		51,7 (15,9)	1			1	
Ei ole rahul	40 (36,7)		62,0 (16,2)	4,0	1,64 – 9,62	0,002	3,3	1,27 – 8,47 0,014

Lisa 16. Töölaliste taustandmete seos tööga seotud läbipõlemisega

Muutuja	Hii-ruut		T-test/ANOVA		Regressioon					
	n (%)	p	\bar{x} (SD)	p	OR	Kohandamata uv	p	AOR	Kohandatud uv	p
Töötamine ämmaemandana		0,770		0,564						
Ei	7 (9,7)		43,7 (17,4)		1			1		
Jah	65 (90,3)		46,1 (17,2)		1,2	0,43 – 3,16	0,770	2,1	0,56 – 7,46	0,275
Töötamine abiämmaemandana		0,584		0,864						
Ei	69 (95,8)		45,8 (17,1)		1			1		
Jah	3 (4,2)		46,8 (19,8)		0,7	0,16 – 2,79	0,586	0,1	0,01 – 0,92	0,042
Töötamine (ämmaemandus)juhina		0,695		0,220						
Ei	66 (91,7)		46,4 (16,9)		1			1		
Jah	6 (8,3)		40,8 (19,3)		0,8	0,28 – 2,34	0,696	0,9	0,27 – 3,01	0,860
Töötamine (ämmaemandus)õppejõuna		0,975		0,809						
Ei	67 (93,1)		45,8 (17,3)		1			1		
Jah	5 (6,9)		47,0 (16,3)		1,0	0,30 – 3,22	0,975	1,1	0,26 – 4,65	0,901
Töötamine mitmel ametikohal		0,622		0,801						
Ei	65 (90,3)		46,0 (16,9)		1			1		
Jah	7 (9,7)		44,9 (19,5)		0,9	0,29 – 2,10	0,623	0,8	0,23 – 2,48	0,646
Osakondades töötamine		0,431		0,500						
Ambulatoorne osakond	19 (27,1)		45,8 (17,0)		1			1		
Statsionaarne osakond	29 (41,4)		47,4 (18,1)		1,0	0,47 – 2,26	0,936	0,9	0,36 – 2,16	0,788
Ambulatoorne ja statsionaarne osakond	22 (31,4)		43,8 (16,3)		0,7	0,30 – 1,48	0,319	0,7	0,29 – 1,74	0,450
Tasandil töötamine		0,134		0,521						
Ainult piirkondlikus haiglas	11 (15,5)		43,6 (16,1)		1			1		
Ainult keskhaiglas	38 (53,5)		47,4 (19,1)		1,3	0,56 – 3,20	0,517	1,4	0,53 – 3,76	0,487
Ainnult üldhaiglas	7 (9,9)		44,1 (15,4)		0,7	0,21 – 2,17	0,511	7,5	1,03 – 55,24	0,047
Ainult perearsti/tervisekeskuses	4 (5,6)		48,0 (14,0)		2,1	0,38 – 11,04	0,398	22,3	1,44 – 343,01	0,026
Ainult erahaiglas ja/või iseenda töödajana	0 (0,0)		34,4 (11,0)		-	-	-	-	-	-
Mimtes riiklikus asutuses	5 (7,0)		47,3 (12,1)		1,1	0,28 – 4,37	0,888	1,7	0,36 – 7,97	0,508
Nii riiklikus kui ka eraettevõttes	6 (8,5)		46,4 (15,4)		2,3	0,53 – 10,13	0,264	3,7	0,68 – 19,79	0,132
Tööstaaž aastates		0,044		0,034						
Kuni 1	4 (5,6)		45,2 (24,4)		1			1		
1 – 10	41 (56,9)		49,5 (16,9)		2,7	0,78-9,33	0,117	5,9	1,18 – 29,35	0,030
11 – 20	17 (23,6)		44,5 (14,8)		1,8	0,49 – 6,90	0,361	3,6	0,51 – 25,61	0,199
21 – 30	7 (9,7)		44,0 (16,6)		1,5	0,33 – 6,46	0,619	2,8	0,25 – 31,62	0,399
31 ja rohkem	3 (4,2)		36,1 (13,7)		0,5	0,09 – 2,55	0,380	0,4	0,02 – 8,84	0,593
Töötamine mitmes erinevas valdkonnas		0,650		0,045						
Ei	12 (16,7)		52,1 (19,8)		1			1		
Jah	60 (83,3)		44,8 (16,5)		0,8	0,36 – 1,91	0,650	1,1	0,43 – 2,79	0,857
Töötamine ambulatoorses vastuvõtus		0,376		0,247						
Ei	31 (43,1)		47,8 (18,1)		1			1		
Jah	41 (56,9)		44,6 (16,5)		0,8	0,41-1,41	0,377	0,9	0,43 – 1,83	0,753

(järgneb)

Töötamine sünnituseelses ja/või erakorralises vastuvõtus	0,163	0,024					
Ei	42 (58,3)	43,7 (16,4)	1			1	
Jah	30 (41,7)	49,8 (17,9)	1,6	0,83 – 2,95	0,164	1,4	0,63 – 2,95 0,436
Töötamine sünnituses ja/või sünnitusjärgses osakonnas	0,117	0,055					
Ei	40 (55,6)	48,5 (17,1)	1			1	
Jah	32 (44,4)	43,4 (16,9)	0,6	0,33 – 1,13	0,118	0,7	0,32 – 1,38 0,275
Töötamine muus statsionaarses osakonnas	0,103	0,534					
Ei	63 (87,5)	46,3 (17,5)	1			1	
Jah	9 (12,5)	44,1 (15,8)	0,5	0,21 – 1,16	0,107	1,0	0,32 – 2,92 0,952
Osakonna, kliiniku vm juhtimine	0,935	0,621					
Ei	65 (90,3)	46,1 (16,9)	1			1	
Jah	7 (9,7)	43,9 (19,4)	1,0	0,35 – 2,65	0,935	1,3	0,39 – 4,36 0,660
Õppetöö ja/või kogukonnakoolituse läbiviimine	0,082	0,183					
Ei	64 (88,9)	46,7 (17,3)	1			1	
Jah	8 (11,1)	42,0 (16,0)	0,5	0,19 – 1,12	0,087	0,5	0,18 – 1,56 0,256
Koormus	0,618	0,786					
Vähem kui 0,5 kohta	10 (14,1)	43,3 (16,4)	1			1	
0,5 – 0,9 kohta	12 (16,9)	45,8 (19,9)	1,5	0,52 – 4,26	0,465	1,6	0,45 – 5,89 0,451
1,0 koht	42 (59,1)	45,8 (16,3)	1,8	0,75 – 4,16	0,195	2,7	0,94 – 7,95 0,066
Rohkem kui 1,0 kohta	7 (9,9)	48,4 (17,4)	1,3	0,40 – 4,48	0,639	2,7	0,65 – 11,46 0,171
Keskmine tööpäeva pikkus tundides	0,097	0,126					
6-8	10 (13,9)	41,2 (13,6)	1			1	
9-12	42 (58,3)	48,2 (18,2)	2,4	1,05 – 5,70	0,039	2,4	0,91 – 6,20 0,076
13-24	20 (27,8)	45,2 (17,1)	1,6	0,64 – 4,06	0,311	1,8	0,66 – 4,88 0,254
Pikemad kui 12 tunnised tööpäevad	0,569	0,959					
Ei	26 (36,1)	45,8 (17,0)	1			1	
Jah	46 (63,9)	45,9 (17,3)	1,2	0,64 – 2,24	0,569	1,1	0,53 – 2,27 0,797
24 tunnised või pikemad tööpäevad	0,452	0,676					
Ei	31 (43,7)	46,4 (17,3)	1			1	
Jah	40 (56,3)	45,3 (17,2)	1,3	0,69 – 2,33	0,453	1,3	0,62 – 2,57 0,531
Vahetustega töötamine	0,763	0,586					
Ei	21 (29,2)	44,8 (15,7)	1			1	
Jah	51 (70,8)	46,3 (17,8)	1,1	0,57 – 2,15	0,763	1,0	0,47 – 2,16 0,975
Õövalvete tegemine	0,879	0,949					
Ei	27 (37,5)	46,0 (17,1)	1			1	
Jah	45 (62,5)	45,8 (17,2)	1,0	0,51 – 1,79	0,879	1,1	0,52 – 2,21 0,841
Regulaarne ületunnitöö	0,007	0,008					
Ei	28 (38,9)	42,4 (15,7)	1			1	
Jah	44 (61,1)	49,4 (18,0)	2,3	1,25 – 4,31	0,008	2,1	1,03 – 4,30 0,040
Töötamine mitmes erinevas osakonnas	0,781	0,698					
Ei	37 (51,4)	46,3 (17,2)	1			1	
Jah	35 (48,6)	45,3 (17,1)	1,1	0,59 – 2,00	0,781	1,1	0,53 – 2,09 0,890
Osakondade vaheline roteerumine	0,103	0,004					
Ei	60 (83,3)	47,9 (17,0)	1			1	
Jah	12 (16,7)	38,9 (16,0)	0,5	0,25 – 1,14	0,106	0,7	0,30 – 1,79 0,499

(järgneb)

Muutused tööülesannetes viimase 3 kuu jooksul		0,947	0,911					
Ei	44 (61,1)		45,7 (17,1)	1			1	
Jah	28 (38,9)		46,0 (17,4)	1,0	0,55 – 1,91	0,947	1,4	0,70 – 2,86 0,331
Mitte-erialane töötamine		0,152	0,262					
Ei	51 (70,83)		47,1 (17,4)	1			1	
Jah	21 (29,17)		44,0 (16,6)	0,6	0,33 – 1,19	0,153	0,6	0,29 – 1,33 0,223
Rahulolu koostööga kolleegidega		0,009	<0,001					
Rahul	58 (80,6)		44,2 (16,4)	1			1	
Ei ole rahul	14 (19,4)		60,0 (16,9)	3,6	1,32 – 9,96	0,013	5,3	1,62 – 17,38 0,006
Rahulolu koostööga teiste eriala esindajatega		0,001	<0,001					
Rahul	45 (64,3)		42,9 (15,3)	1			1	
Ei ole rahul	25 (35,7)		55,8 (19,5)	3,3	1,58 – 7,04	0,002	4,7	1,95 – 11,45 0,001
Rahulolu juhtkonna toetusega osakonnale/osakondadele		0,001	<0,001					
Rahul	24 (33,3)		40,2 (16,7)	1			1	
Ei ole rahul	48 (66,7)		51,4 (16,2)	3	1,58 – 5,68	0,001	4,4	2,00 – 9,56 <0,001
Rahulolu tööalaste vahenditega		0,049	0,036					
Rahul	47 (65,3)		44,2 (16,8)	1			1	
Ei ole rahul	25 (34,7)		50,4 (17,4)	2,0	1,00 – 3,91	0,051	2,1	0,95 – 4,63 0,068
Rahulolu töö-eraelu tasakaaluga		<0,001	<0,001					
Rahul	24 (33,3)		39,3 (14,3)	1			1	
Ei ole rahul	48 (66,7)		54,5 (16,8)	5,2	2,68 – 10,04	<0,001	4,9	2,26 – 10,69 <0,001
Rahulolu ametialaste arenguvõimalustega töökohas		<0,001	<0,001					
Rahul	25 (36,2)		39,9 (14,5)	1			1	
Ei ole rahul	44 (63,8)		55,0 (17,1)	5,2	2,63 – 10,29	<0,001	4,7	2,05 – 10,53 <0,001
Rahulolu erialaste arenguvõimalustega		<0,001	<0,001					
Rahul	38 (54,3)		41,8 (15,3)	1			1	
Ei ole rahul	32 (45,7)		56,7 (17,2)	4,4	2,15 – 9,16	<0,001	4,7	2,01 – 11,04 <0,001

Lisa 17. Töölaliste taustandmete seos klientidega seotud läbipõlemisega

Muutuja	Hii-ruut		T-test/ANOVA		Regressioon					
	n (%)	p	\bar{x} (SD)	p	OR	Kohandamata uv	p	AOR	Kohandatud uv	p
Töötamine ämmaemandana		0,972		0,401						
Ei	3 (10,7)		25,0 (20,6)		1			1		
Jah	25 (89,3)		29,0 (19,0)		1,0	0,26 – 3,63	0,972	1,1	0,20 – 5,65	0,933
Töötamine abiämmaemandana		0,626		0,593						
Ei	26 (92,9)		28,4 (19,2)		1			1		
Jah	2 (7,1)		31,9 (20,3)		1,5	0,29 – 7,60	0,628	1,1	0,11 – 10,0	0,969
Töötamine (ämmaemandus)juhina		0,660		0,089						
Ei	26 (92,9)		29,4 (19,0)		1			1		
Jah	2 (7,1)		20,8 (20,0)		0,7	0,15 – 3,31	0,661	0,7	0,13 – 3,87	0,679
Töötamine (ämmaemandus)õppejõuna		0,977		0,632						
Ei	26 (92,9)		28,8 (19,2)		1			1		
Jah	2 (7,1)		26,0 (19,5)		1,0	0,21 – 4,94	0,977	0,6	0,08 – 4,92	0,661
Töötamine mitmel ametikohal		0,942		0,457						
Ei	25 (89,3)		29,0 (19,1)		1			1		
Jah	3 (10,7)		25,4 (19,6)		1,0	0,26 – 3,51	0,942	0,6	0,12 – 3,01	0,530
Osakondades töötamine		0,082		0,083						
Ambulatoorne osakond	10 (38,5)		32,9 (21,7)		1			1		
Statsionaarne osakond	11 (42,3)		28,8 (17,3)		0,7	0,26 – 1,77	0,427	0,5	0,14 – 1,63	0,240
Ambulatoorne ja statsionaarne osakond	5 (19,2)		24,7 (16,9)		0,3	0,09 – 0,89	0,031	0,2	0,05 – 0,85	0,029
Tasandil töötamine		0,260		0,210						
Ainult piirkondlikus haiglas	3 (11,1)		25,9 (16,8)		1			1		
Ainult keskhaiglas	18 (66,7)		30,7 (21,3)		2,3	0,63 – 8,66	0,201	3,5	0,68 – 17,77	0,134
Ainnult üldhaiglas	3 (11,1)		24,8 (18,9)		1,3	0,23 – 6,88	0,798	13,7	0,98 – 190,09	0,052
Ainult perearsti/tervisekeskuses	2 (7,4)		39,3 (16,6)		3,3	0,44 – 25,40	0,245	12,5	0,92 – 170,83	0,058
Ainult erahaiglas ja/või iseenda tööandjana	0 (0,0)		16,1 (12,5)		-	-	-	-	-	-
Mimtes riiklikus asutuses	1 (3,7)		30,2 (14,4)		0,8	0,07 – 8,12	0,819	1,2	0,08 – 18,10	0,902
Nii riiklikus kui ka eraettevõttes	0 (0,0)		25,4 (12,6)		-	-	-	-	-	-
Tööstaaž aastates		0,279		0,068						
Kuni 1	2 (7,1)		26,2 (18,9)		1			1		
1 – 10	12 (42,9)		30,9 (18,3)		1,1	0,21 – 5,42	0,931	1,9	0,25 – 14,92	0,531
11 – 20	7 (25,0)		26,0 (20,1)		1,3	0,23 – 7,00	0,782	5,6	0,42 – 76,47	0,193
21 – 30	6 (21,4)		35,3 (20,9)		2,8	0,47 – 16,46	0,263	24,4	0,70 – 855,31	0,078
31 ja rohkem	1 (3,6)		19,5 (16,5)		0,3	0,03 – 4,10	0,391	0,58	0,01 – 55,99	0,815
Töötamine mitmes erinevas valdkonnas		0,114		0,292						
Ei	7 (25,0)		32,2 (21,7)		1			1		
Jah	21 (75,0)		28,0 (18,7)		0,5	0,17 – 1,23	0,121	0,4	0,12 – 1,27	0,120
Töötamine ambulatoorses vastuvõtus		0,390		0,635						
Ei	13 (46,4)		29,5 (19,1)		1			1		
Jah	15 (53,6)		28,0 (19,3)		0,7	0,31 – 1,58	0,392	0,8	0,29 – 2,06	0,604

(järgneb)

Töötamine sünnituseelses ja/või erakorralises vastuvõtus	0,663	0,312						
Ei	17 (60,7)	27,5 (18,4)	1				1	
Jah	11 (39,3)	30,6 (20,6)	1,2	0,52 – 2,77	0,663		1,0	0,35 – 3,06 0,945
Töötamine sünnituses ja/või sünnitusjärgses osakonnas	0,025	0,004						
Ei	19 (67,9)	32,9 (20,4)	1				1	
Jah	9 (32,1)	24,6 (17,0)	0,4	0,16 – 0,91	0,029		0,4	0,12 – 1,04 0,059
Töötamine muus statsionaarses osakonnas	0,265	0,103						
Ei	25 (89,3)	29,7 (19,4)	1				1	
Jah	3 (10,7)	23,5 (17,3)	0,5	0,14 – 1,75	0,274		1,1	0,23 – 4,92 0,949
Osakonna, kliiniku vm juhtimine	0,881	0,229						
Ei	25 (89,3)	29,2 (18,8)	1				1	
Jah	3 (10,7)	23,3 (21,9)	1,1	0,30 – 4,13	0,881		1,3	0,28 – 6,08 0,741
Õppetöö ja/või kogukonnakoolituse läbiviimine	0,336	0,092						
Ei	25 (89,3)	29,7 (19,5)	1				1	
Jah	3 (10,7)	23,1 (16,7)	0,5	0,15 – 1,92	0,342		0,5	0,10 – 2,48 0,394
Koormus	0,200	0,327						
Vähem kui 0,5 kohta	4 (14,8)	26,5 (17,3)	1				1	
0,5 – 0,9 kohta	8 (29,6)	33,8 (21,9)	2,6	0,68 – 9,71	0,164		5,1	0,79 – 32,93 0,086
1,0 koht	14 (51,9)	28,0 (19,1)	1,2	0,37 – 4,00	0,753		2,0	0,37 – 11,01 0,416
Rohkem kui 1,0 kohta	1 (3,7)	25,2 (17,2)	0,4	0,04 – 3,86	0,426		0,6	0,05 – 8,66 0,736
Keskmine tööpäeva pikkus tundides	0,032	0,031						
6-8	2 (7,1)	22,1 (16,4)	1				1	
9-12	20 (71,4)	32,0 (20,2)	5,1	1,12 – 23,04	0,035		5,2	0,94 – 28,83 0,060
13-24	6 (21,5)	27,4 (18,3)	2,2	0,42 – 11,60	0,353		2,2	0,36 – 13,14 0,392
Pikemad kui 12 tunnised tööpäevad	0,352	0,589						
Ei	13 (46,4)	29,6 (20,2)	1				1	
Jah	15 (53,6)	28,0 (18,6)	0,7	0,30 – 1,54	0,354		0,5	0,19 – 1,44 0,208
24 tunnised või pikemad tööpäevad	0,166	0,261						
Ei	16 (59,3)	30,2 (20,7)	1				1	
Jah	11 (40,7)	26,9 (17,6)	0,6	0,24 – 1,28	0,170		0,6	0,20 – 1,59 0,273
Vahetustega töötamine	0,505	0,517						
Ei	10 (35,7)	30,0 (20,5)	1				1	
Jah	18 (64,3)	28,0 (18,6)	0,7	0,32 – 1,76	0,506		0,7	0,25 – 2,12 0,559
Õövalvete tegemine	0,114	0,164						
Ei	14 (50,0)	31,3 (20,7)	1				1	
Jah	14 (50,0)	27,0 (18,1)	0,5	0,23 – 1,18	0,118		0,4	0,15 – 1,18 0,099
Regulaarne ületunnitöö	0,919	0,284						
Ei	14 (50,0)	27,1 (19,1)	1				1	
Jah	14 (50,0)	30,2 (19,2)	1,0	0,46 – 2,34	0,919		0,6	0,21 – 1,62 0,307
Töötamine mitmes erinevas osakonnas	0,601	0,971						
Ei	16 (57,1)	28,7 (20,6)	1				1	
Jah	12 (42,9)	28,5 (17,6)	0,8	0,36 – 1,82	0,602		0,6	0,22 – 1,57 0,289
Osakondade vaheline roteerumine	0,240	0,016						
Ei	24 (85,7)	30,5 (19,7)	1				1	
Jah	4 (14,3)	22,1 (16,0)	0,5	0,17 – 1,58	0,247		0,9	0,22 – 3,33 0,830

(järgneb)

Muutused tööülesannetes viimase 3 kuu jooksul		0,233	0,183						
Ei	20 (71,4)		30,2 (20,0)	1			1		
Jah	8 (28,6)		26,1 (17,7)	0,6	0,24 – 1,42	0,237	0,9	0,32 – 2,47	0,825
Mitte-erialaselt töötamine		0,703	0,170						
Ei	19 (67,9)		30,1 (19,7)	1			1		
Jah	9 (32,1)		25,8 (18,2)	0,8	0,36 – 2,01	0,703	0,9	0,31-2,69	0,868
Rahulolu koostööga kolleegidega		0,088	0,167						
Rahul	22 (78,6)		28,0 (19,0)	1			1		
Ei ole rahul	6 (21,4)		34,4 (21,3)	2,5	0,85 – 7,07	0,096	3,8	0,98 – 14,69	0,053
Rahulolu koostööga teiste eriala esindajatega		0,019	0,011						
Rahul	16 (59,3)		26,6 (17,4)	1			1		
Ei ole rahul	11 (40,7)		35,4 (23,0)	2,8	1,16 – 6,64	0,022	5,6	1,84 – 17,27	0,002
Rahulolu juhtkonna toetusega osakonnale/osakondadele		0,058	0,127						
Rahul	9 (32,1)		26,4 (17,8)	1			1		
Ei ole rahul	19 (67,9)		31,0 (20,5)	2,3	0,96 – 5,36	0,062	3,0	1,05 – 8,58	0,041
Rahulolu tööalaste vahenditega		0,494	0,133						
Rahul	19 (67,9)		27,3 (18,8)	1			1		
Ei ole rahul	9 (32,1)		32,2 (19,9)	1,4	0,56 – 3,26	0,495	1,2	0,43 – 3,59	0,684
Rahulolu töö-eraelu tasakaaluga		0,020	0,001						
Rahul	10 (35,7)		24,6 (17,9)	1			1		
Ei ole rahul	18 (64,3)		33,9 (19,6)	2,7	1,14 – 6,16	0,023	1,8	0,66 – 4,91	0,252
Rahulolu ametialaste arenguvõimalustega töökohas		0,008	<0,001						
Rahul	9 (34,6)		23,6 (16,1)	1			1		
Ei ole rahul	17 (65,4)		36,3 (20,0)	3,2	1,32 – 7,65	0,010	4,6	1,32 – 16,3	0,017
Rahulolu erialaste arenguvõimalustega		0,014	<0,001						
Rahul	14 (51,9)		24,9 (17,0)	1			1		
Ei ole rahul	13 (48,1)		37,7 (20,5)	2,8	1,20 – 6,57	0,017	4,0	1,31 – 12,00	0,015