

Tartu Ülikool  
Psühholoogia Instituut

Roman Muzõtsin

**HAIGLATE PERSONALI ENESEKOHASTE NEGATIIVSETE  
TUUMIKHINNANGUTE VÕRDLUS**

Seminaritöö

Juhendaja: Aavo Luuk

Läbiv pealkiri: Tervishoiuspetsialistide võrdlus

Tartu 2015

## KOKKUVÕTE

Uurimust ajendas ühelt poolt haiglate arstide/õdede kui haiglas vahetult patsientidega tegeleva ning teisalt haigla muu personali isiksuseomaduste, negatiivse emotsionaalsuse ning enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute võrreldavate tulemuste puudumine. Algselt plaaniti uurida erinevusi soolisest, hariduse omandamise perioodi, staaži ja rahvuse aspektidest, kuid valimi tagasihoidliku suuruse tõttu ei olnud võimalik moodustada rahuldavalt võrreldavaid gruppe eelnevalt mainitud kujul. Moodustusid vaid kaks võrdlusgruppi haiglate töötajatest: (1) arstid/õed ja (2) muud spetsialistid.

Püstitatud hüpoteeside kohaselt on rida mõõdetavaid omadusi arstide / õdede grupis positiivsema väärtusega kui muude spetsialistide grupis.

Tulemused viitavad, et arstid/õed hindavad oma võimet kontrollida tähelepanu ja planeerida kõrgemalt kui muud haigla töötajad. Välise kontrolli osas olid tulemused arstidel/õdedel madalamad, antud tulemus seostub enesekindlama suhtumisega ja vähema sõltuvusega välistest teguritest. Oma tegude tagajärgede ettenägemist ja püsivust ettevõtmistes hindavad arstid/õed kõrgemaks, mis on tähelepanu ja kontrolli tulemustega kooskõlas. Samuti hindavad arstid/õed kõrgemalt enesemõjukust, st usuvad oma ettevõtmiste õnnestumisse ja püstitatud eesmärkide saavutamisse rohkem kui muu haiglapersonal.

Ainsana ei leidnud kinnitust arstide/õdede kõrgemad hinnangud vastutustundlikkuse osas. Vastanute puhul ilmneb veel asjaolu, et arstide/õdede ametipostidel töötatakse vanuse seisukohast hinnatuna kõrgema vanuseni ja püsivamalt kui teistel.

Väikese valimi tõttu on tulemuste üldistatavus piiratud, mõned teostamata kavad jäävad tulevikus planeeritavate tööde nimekirja.

Märksõnad: tuumikhinnangud, haigla personal, arstid, meditsiiniõed.

## COMPARISON OF CORE NEGATIVE SELF-EVALUATIONS OF HOSPITALS STAFF MEMBERS

### ABSTRACT

The study was prompted by the lack of comparable results of personality traits, negative emotionality and core self-evaluations between two groups: physicians/nurses, who deal directly with patients and the other hospital staff. Initially, there was a plan to investigate the differences based on period of acquirement of education, track record and nationality, however due to the modest sample it was impossible to form fairly comparable groups as planned. Two groups formed for comparison eventually: (1) physician/nurses and (2) other specialists.

According to stated hypotheses some measurable traits of physicians/nurses have higher scores than the ones of the other specialists.

Results from the research suggest that doctors/nurses evaluate their attentional control and the ability to plan ahead higher compared to the other specialists at hospital. Physicians/nurses gave lower scores on the scale of external control, suggesting they feel self-assured and less influenced by external factors. The ability to foresee the consequences of own actions and the perseverance in own performance is rated higher among doctors/nurses. Same trend is seen in the results of general self-efficacy, doctors/nurses seem to be more confident in succeeding in their undertakings.

The one and the only unconfirmed hypothesis stated, that physicians/nurses will evaluate higher their sense of responsibility, however the results showed no difference whatsoever. The study revealed another fact - positions of doctors/nurses as seen from the age perspective are longer occupied than the others in hospitals.

The small sample limits the generalization of current results, some planned tasks still need to be accomplished in the future research.

Keywords: core-self evaluations, hospital staff, physician, nurse.

## SISSEJUHATUS

Eestimaa poliitiline ja majanduslik staatus on viimaste kümnendite jooksul muutunud. Seoses sellega on ka palju reforme läbi viidud Eesti tervishoiusüsteemis (Esnar, 2005; Fidler *et al*, 2007). Koos voodikohtade arvu kahanemisega kaasneb haiglate arvu langemine, vastavalt väheneb ka töökohti. Samas ei ole rahvastikuarv sedavõrd drastiliselt langenud vastalt Eestis läbiviidud loendustele (Statistikaamet, 2014; Kaarna *et al*, 2004). Töötajate arvu vähenemine ja stabiilne klientide arv võib tingida tervishoiutöötajate suure töökoormuse (Ojamaa, 2012). Viimase aja tõusev trend nii TÜ arstiteaduskonna lõpetanud tudengite kui juba staažikate meditsiinitöötajate seas on lahkuda välismaale erialasele tööle või valida suund vähesema töökoormuse suunas (Kund, 2013; Eesti Nooremärstide Ühendus, 2012).

Tänapäeval töötavad Eesti Vabariigi tervishoiusüsteemis väga erineva tausta, rahvuse, väärtuste ja haridusega inimesed, kelle ühiseks eesmärgiks on rahvastiku tervise alalhoidmine ja parendamine. Antud süsteemis töötavad nii NSV Liidu ajal hariduse saanud inimesed kui ka taasiseseisvunud vabariigi aegu haritud inimesed, nende seas nii eestlasi, venelasi kui ka muude rahvuste esindajaid. Dünaamilised muutused tervishoiusüsteemis on sisse viinud korrektiive personali osas – kes tuleb, kes jääb ja kes lahkub. Käesolevas töös püütakse hinnata haiglate personali enesekohaste tuumikhinnangute (edaspidi tuumikhinnangud) erinevust personaliseselt. Hindamiseks võeti kasutusele Tartu Ülikooli Psühholoogia Instituudis välja töötatud enesekesksete negatiivsete tuumikhinnangute laiendatud küsimustikekomplekt (Luuk, 2013; Raudsepp, 2014).

Tuumikhinnangute intensiivne kajastamine sai alguse eelmise sajandi lõpuaastatel, kui Judge, Locke ja Durham pakkusid välja vastava kontseptsiooni (*core self-evaluations, CSE*). Konstrukt põhineb neljal meta-analüüsis välja toodud koondhinnangul: enesehinnang (*self-esteem*), üldistunud enesemõjukus (*generalized self-efficacy*), kontrollkese (*locus of control*) ning emotsionaalne stabiilsus (*emotional stability*) (Judge & Bono, 2001).

Sarnaselt enesehinnangule näitavad ka tuumikhinnangud, mil määral inimesed ennast väärtustavad. Tuumikhinnangute laiahaardelisus seisneb selles, et need hindavad ka kontrolli isiku elu üle; oskuseid teostada, toime tulla ning edu saavutada. Enesehinnang, kontrollkese ja emotsionaalne stabiilsus eraldiseisvalt on psühholoogias väga laialdaselt ja sügavalt uuritud kontseptsioonid, kuid uuringud näitavad, et antud individuaalsed tuumikhinnangud on omavahel tugevalt seotud - korrelatsioonid kahe või enama tuumikhinnangu vahel on püsivalt statistiliselt olulised (Judge *et al*, 2002).

2003. aastal loodi enesekohaste tuumikhinnangute skaala (*core self-evaluations scale, CSES*) Judge ja kaasautorite poolt. Selle vahendiga saadi tulemused, mis korreleeruvad järgmiste omadustega: tööst tingitud stressi tajumine, valmidus meeskonnatööks, rahulolu tööga, töösoorituse kvaliteet ja kvantiteet, konfliktide lahendamise võimekus, motiveeritus ja positiivne töösse suhtumine (Chang *et al*, 2012; Bowling *et al*, 2012). Need tuumikhinnangud on oma olemuselt positiivse loomuga.

2011. aastal alustati Aavo Luugi poolt negatiivsete tuumikhinnangute (*core negative self-evaluations*) küsimustikekomplekti ning skaala välja töötamisega. Tänapäevaks kuuluvad negatiivsete tuumikhinnangute hindamise komplekti järgmised mõõdetud omadused: tähelepanu subjektiivsed sisetakistused, väline kontrollkese, negatiivne enesehinnang, ärevus, impulsiivsus. Vastupidiselt Judge'i ja kaasautorite ideele, näitab negatiivsete tuumikhinnangute konstrukti mõõdetavate tuumikhinnangute ja negatiivsete elu ja tööga seotud omaduste vahelist positiivset korrelatsiooni.

Tähelepanu on protsess, mil inimene kontsentreerub millelegi, ignoreerides ülejäänut (Derryberry & Reed, 2002). Selle suunamist võivad takistada nii eksogeensed kui endogeensed mõjutused. Käesoleva töö raames uurime tähelepanu subjektiivseid sisetakistusi, mis pärinevad inimese psüühikast (muretsemine, mittemärkamine, keskendumisraskused, äsjatajutu unustamine, raskused eri tegevuste ühildamisel) ja mõjuvad negatiivselt tähelepanule (Luuk, 2013).

Kontrollkese on uskumuste kompleks elusündmuste kontrolli suhtes. Inimesed, kes usuvad, et nende elusündmused ei ole neist endist põhjustatud, vaid on näiteks õnne või muude faktorite, (näiteks oluliste teiste) poolt kontrollitud, on välise kontrollkeskmega (*external locus of control*). Vastupidise uskumusega inimesed on sisemise kontrollikeskmega. Kui seesmise kontrollikeskmega inimesed vastutavad oma tegude eest, siis välise kontrollikeskmega inimesed süüdistavad oma ebaõnnes pigem kõike peale iseenda (Grimes, 1997).

Inimene hindab oma väärtust enesehinnangu näol. Kõrge enesehinnang viitab inimese üldisele rahulolule endaga, negatiivne enesehinnang üldisele endaga rahulolematusele (Gleitman, Gross and Reisberg, 2011). Paljudes uurimustes on mõõtevahendiks nii negatiivset kui positiivset enesehinnangut summeerivalt mõõtev küsimustik, kuid käesolevas töös kasutatakse ainult negatiivset enesehinnangut mõõtvat küsimustikku.

Ärevus normaalsel määral ei ole midagi ohtlikku, teatud situatsioonides pigem kasulik. Seda tekitavad kõikvõimalikud muutused inimese elus, näiteks töökohavahetus, eksamieelne hirm, ja muud ebamäärasusega seotud asjaolud (RHK-10). Ärevuse taset hinnatakse klassikaliselt *State-Trait Anxiety Inventory* abil (Spielberger, 1983), mis vaatlleb paralleelselt kahte ärevuse liiki: hetkeärevust ja püsiärevust. Ärevuse puhul eristatakse kahesuguseid sümptomeid: somaatilisi ja kognitiivseid. Somaatilised sümptomid on näiteks südame pekslemine või käte värisemine, kognitiivsed aga on näiteks muretsemine või negatiivsed mõtted.

Impulsiivsus on spontaanne tagajärgele mõtlemata käitumine, mis on ette planeerimata, kiire ning võib-olla ohtlik. Impulsiivset käitumist seostatakse madala enesekontrolliga (Strayhorn, 2002) ning madala võimega kohustusi täita.

Uuringud on kinnitanud, et enesekohased (positiivsed) tuumikhinnangud ennustavad töösoorituse kvaliteeti ja kvantiteeti (Bowling *et al*, 2012; Chang *et al*, 2012) ja arvestades negatiivsete tuumikhinnangute vastandlikku ülesehitust positiivsetele, peaksid needki ennustama töösooritust.

Kuna jooksvas töös moodustati võrdlusgrupid vastajate siseselt, siis on tööst saadud tulemusi võimalik vaadata vastajate ametite kontekstis. See tähendab, statistiliselt oluliste erinevuste puhul on võimalik luua alus edaspidistele laiendatud uuringutele.

Eelnevalt läbiviidud uurimistöö (Lehtla, 2013) toel võib oletada, et sooline erinevus tuumikhinnangute teatud alaskaaladega mõõtmisel võib ilmned. Samas on märkimisväärne, et tolles töös tekkis erinevus arstide ja muude kõrgharitud spetsialistide vahel. Selle analoogi püütakse uurida käesolevas töös haiglate personali kontekstis.

Uurimistöö tuumaks on uurida haiglates töötavate meditsiiniharidusega isikute hinnangute erinevusi võrreldes muude spetsialistide hinnangutega. Haridusteede erinev kestus ja edaspidise töö võimalik vastutuse määr võivad mängida rolli inimeste eriala valikus. Ja valikud omakorda võivad seotud olla inimeste hinnanguga, kas nad peavad end piisavalt võimekaks alustamaks pikka ja pingutusterohket haridusteed, kas nad usuvad oma järjekindluse valitud teel püsimiseks ja võimesse ka lõpetada edukalt alustatu. Kasutatav laiendatud küsimustikukomplekt annab laiema vaatenurga sellele küsimusele lähenemiseks.

## Püstitatud hüpoteesid:

- arstide/õdede hinnangud kontrolli skaalal näitavad, et võrreldes muude spetsialistidega hindavad arstid/õed oma planeerimisvõimet kõrgemalt ja välist kontrolli madalamalt,
- patsientidega vahetult kokku puutuva grupi vastutustundlikkuse skaalal hinnatud tulemused on kõrgemad kui patsientidega vahetult mittekokkupuutuvatel spetsialistidel,
- impulsiivsuse skaala tulemused kajastavad arstide/õdede madalamaid hinnanguid soodumusele käituda ja võtta vastu otsuseid emotsioonide ajal võrreldes muude spetsialistidega.

## MEETOD

### VALIM

Uurimuses kutsuti osalema kahe Eesti Vabariigis asuva haigla töötajad (Lääne-Virumaal asuv haigla ja üks pealinna keskhaiglatest). Andmete kogumise faasis fikseeriti iga vastaja kohta 47 kirjet. 46 kirje puhul nõustuti küsimustikule vastama. Vastama nõustunutest 95,7% (n=44) olid naised ja 4,3% (n=2) olid mehed. Meesterahvaste väikese osakaalu tõttu loobuti nende andmete kasutamisest edaspidises analüüsis.

Valim, mis koosnes naissoost vastanutest, jaotati kaheks grupiks:

1. arstid ja medõed (n=22)
2. muud spetsialistid (n=22).

Esimese grupi keskmine vanus on 52,09 aastat (SD=12,15), noorim vastaja oli 24-aastane ja vanim 73-aastane. Teise grupi keskmine vanus on 37,95 aastat (SD=11,76), grupi noorimaks vastajaks 24-aastane ja vanimaks 60-aastane naisterahvas.

### ANDMETE KOGUMINE

Uurimistöö raames kasutati küsimustikku elektroonselt kujul. Kuna Eesti tervishoiusüsteemi haiglad toimetavad delikaatsete andmetega, on uurimistöö läbiviimine nendes keeruline. Eelnevalt andmete kogumisele taotleti vastavatelt haiglatelt lubasid uurimuse läbiviimiseks. Anonüümsest vastamisest tulenevalt puudus vajadus taotleda uurimuse läbiviimiseks Eetikakomitee kooskõlastust. Andmete kogumine toimus interneti keskkonnas Google Docs (<http://docs.google.com>). Selleks kasutati Aavo Luugi poolt välja arendatud küsimustikku, mida täiendati antud töö nõuetele vastavaks lisades biograafilisi küsimusi kui ka nõusolekuvormi. Küsimustikku levitati viitena e-posti teel. Viide küsimustikule koos pöördumisega ja lühikese kirjeldusega saadeti taotletud lubades mainitud aadressitele, millelt saadeti edasi vastava osakonna personalile. Andmeid koguti kolmes etapis. Esimene etapp oli esmane küsimustiku esitamine, kaks järgmist etappi olid korduvad pöördumised meeldetuletuse vormis. Andmete kogumisel ei fikseeritud, millise haigla alla vastaja kuulub.

Viitele klikkides avaneb lühike uurimuse ja küsimustiku kirjeldus ning nõusolekuvorm. Küsimustikku pääses täitma valides NÕUS vastuse. Täitmisel ajalist piirangut ei

eksisteerinud, kuid kord avatud küsimustikku paluti lõpuni täita vahepeal internetilehitsejat sulgemata. Andmete kogumise faasi vältel ei esinenud ühtegi osaliselt vastatud kirjet.

## MÕÕTEVAHENDID

Käesolevas töös kasutati A.Luugi poolt loodud Enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute laiendatud küsimustikekomplektist (Luuk, 2013). Järgnevalt on esitatud lühikirjeldus kasutatud skaaladest ja küsimustikest.

### Tähelepanu skaala

Tähelepanu skaala töötasid välja Derryberry ja Reed (2002). Eestikeelne skaala on muudetud väidetekomplektiga ja erineva faktorstruktuuriga. Väidete hindamine toimub 5-astmelisel Likert-tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale/ei ole nõus) kuni 4 (õige/täiesti nõus). Skaala jaguneb järgmiselt kolmeks alaskaalaks.

- Tähelepanu sisetakistuse alaskaala (5 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,740$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,777$ ) mõõdab inimese enda psüühikast tulenevate takistustuste mõju tähelepanule,
- tähelepanu välistakistuste alaskaala (5 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,706$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,792$ ) mõõdab väliskeskonnast tulenevate takistuste mõju tähelepanule,
- tähelepanu kontrolli alaskaala (5 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,700$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,659$ ) hindab seda, kuidas inimene suudab segavate asjaolude kiuste oma tähelepanu ülesandele ja eesmärkide saavutamisele suunata.

### Kontrolli skaala

Antud skaala jaguneb potentsiaalselt kolmeks alaskaalaks, millest käesolevas töös kasutatakse vaid kahte.

- Tähelepanu kontrolli alaskaala, mida on kirjeldatud eespool tähelepanuskaala juures.
- Planeerimise tüüpi kontrolli alaskaala (6 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,665$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,663$ ) mõõdab inimese võimet oma aega ja tegevusi planeerida,

samuti distsiplineeritust, ettevaatlikkust ja eesmärkide nimel takistuste ületamise võimet;

- välise kontrolli alaskaala (5 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,735$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,775$ ) kõrge määr näitab seda, et inimese saatust juhivad tema arvates kõik teised peale tema enda. Madal välise kontrolli määr aga näitab täpselt vastupidist.

Väidete hindamine toimub 5-astmelisel Likert-tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale/ei ole nõus) kuni 4 (õige/täiesti nõus).

### Enesehinnangu skaala

Enesehinnangu skaala jaguneb järgmiselt:

- negatiivse enesehinnangu alaskaalaks (10 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,842$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,827$ ), mille algse versiooni autoriks on Rosenberg (1965) ja võrreldes originaaliga on eestindatud versioon lisaväidetega (Pullmann & Allik, 2000).
- vastutustundlikkuse alaskaalaks (11 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,819$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,800$ ), mis uurib inimese sotsiaalse vastutustundlikkusega seotud teemasid nagu sihikindlus ja vastutustunne suhtumisel kaaskodanikesse

Väidete hindamine toimub 5-astmelisel Likert-tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale/ei ole nõus) kuni 4 (õige/täiesti nõus).

### Isiksuse tumedamate tahkude alaskaalad

Psühhopaatilisuse alaskaala (10 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,750$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,726$ ) mõõdab vastaja ekspluateerivat suhtumist, ükskõiksust ja tundetust ning empaatia puudumist ja hoolimatust teiste suhtes. Väidete hindamine toimub 5-astmelisel Likert-tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Nartsissismi alaskaala (Cronbachi  $\alpha=0,710$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,720$ ) – koosneb neljast väitest, mille hindamine toimub 5-astmelisel Likert-tüüpi skaalal vahemikus 0 kuni 4.

### Ärevusseisundi intensiivsuse analoogskaala

Ärevuse hindamiseks on ankeedis kasutusel ärevusseisundi intensiivsuse analoogskaala (Visual Analogue Scale for Anxiety; VAAS). Ärevuse analoogskaala esitatakse 100 mm pikkuse horisontaalse lõiguna, mille vasak ots tähistatakse 0-ga (tähendab ärevuse puudumist) ning parem ots 100-ga (tähendab maksimaalset ärevust). Selle uurimistöö kontekstis palutakse vastajal hinnata oma hetkeärevust arvuga, mis jääb 0 ja 100 vahele.

### Hetkeärevuse skaala

Käesolevas töös kasutatav eestikeelne STICSA variant (Gros, Simms, & Antony, 2010) koosneb inglise keelsete originaalväidete tõlkest (Cronbachi  $\alpha=0,923$ ; kordustestimise reliaablus  $n=98$ ,  $r=0,707$ ). Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

### Ärevuse episoodide sageduse skaala

STICSA (Gros, Simms, & Antony, 2010) on Likerti tüüpi skaala, mis siin hindab ärevuse episoodide esinemissagedust vahemikus 0 (peaaegu mitte kunagi) kuni 4 (peaaegu alati). Eestikeelse ärevuse episoodide sagedusi mõõtvat küsimustiku reliaabluse näidud on järgmised: Cronbachi  $\alpha=0,925$ ; kordustestimise reliaablus  $n=98$ ,  $r=0,826$ .

### Nartsissismi küsimustik

Antud küsimustik on koostatud Patoloogilise nartsissismi küsimustikus (*Pathological Narcissism Inventory*) sisalduvatele väidetele (Pincus *et al*, 2009) tuginedes. 52-st lähteväitest osutus võimalikuks sisukalt alaskaaladesse klassifitseerida eestikeelsesesse varianti vaid 20 väidet. Need jaotusid nelja alaskaalasse:

- pettumus teistele pandud lootuste mittetäitumise pärast (5 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,783$ ; kordustestimise reliaablus  $n=98$ ,  $r=0,649$ ),
- tundlikkus teiste poolse märkamise suhtes (5 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,791$ ; kordustestimise reliaablus  $n=98$ ,  $r=0,821$ ),
- oma headuse upitamine teiste kaudu (5 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,803$ ; kordustestimise reliaablus  $n=98$ ,  $r=0,841$ )

- teistega manipuleerimine (5 väidet, Cronbachi  $\alpha=0,665$ ; kordustestimise reliaablus  $n=98$ ,  $r=0,766$ ).

Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 kuni 4.

### Impulsiivsuse küsimustik

Impulsiivsuse küsimustik tugineb UPPS-P adapteeritud versioonile (Whiteside et al, 2005). Küsimustik jaguneb kuueks alaskaalaks, mis kõik koosnevad neljast väitest. Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale/ei ole nõus) kuni 4 (õige/täiesti nõus).

- Positiivse kärsituse (pakilisuse) alaskaala hindab kalduvust tegutseda intensiivse positiivse emotsionaalsuse foonil kiirustades ja läbimõtlematult, mis viib reeglina negatiivsete tagajärgedeni (Cronbachi  $\alpha=0,872$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,703$ ).
- Ettekavatsetuse kui impulsiivsuse vastandi alaskaala hindab suutlikkust ette näha oma käitumise tagajärgi (Cronbachi  $\alpha=0,869$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,684$ ).
- Elamustejanu alaskaala hindab põnevusetunnete kogemist hirmutavalt riskantsete ettevõtmiste käigus (Cronbachi  $\alpha=0,805$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,794$ ).
- Eelmisele sarnane alaskaala, mis mõõdab põnevust uudsusest (Cronbachi  $\alpha=0,725$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,715$ ).
- Püsivuse kui impulsiivsuse vastandi alaskaala hindab võimekust sooritada ülesandeid korraga algusest lõpuni (Cronbachi  $\alpha=0,852$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,579$ ).
- Negatiivse kärsituse alaskaala uurib kalduvust tegutseda kannatamatult ja läbimõtlematult negatiivse emotsionaalsuse foonil kaalutletuse ja kiusatustele vastuseismise asemel (Cronbachi  $\alpha=0,694$ ; kordustestimise reliaablus  $n=99$ ,  $r=0,790$ ).

### Sotsiaalse soovitavuse küsimustik

SDS-17 (*The Social Desirability Scale-17*) on sobiv kasutamiseks 18-89 aastaste vanusegruppidel (Stöber, 2001). Kõrgem summaarne tulemus näitab suuremat kallet sotsiaalselt soovitava vastamise suunas. Hinnagud antakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale/ei ole nõus) kuni 4 (õige/täiesti nõus).

### Enesekohaste tuumikhinnangute skaala

CSES (*Core self-evaluations scale*) on enesekohaste tuumikhinnangute iseseisev mõõtevahend (Judge *et al*, 2003). Paljud selle skaalaga saadud tulemused korreleeruvad järgmiste oluliste omadustega: rahulolu tööga, motiveeritus, positiivne töösse suhtumine, töösoorituse kvaliteet ja kvantiteet, tööst tingitud stressi tajumine, valmidus meeskonnatöök, konfliktide lahendamise võimekus, õnnelikkus ja rahulolu eluga (Bowling *et al*, 2012). Kaheteistkümnele väitele antakse hinnangud 5-astmelisel Likert tüüpi skaalal (vahemikus 0-4).

### Enesemõjukuse skaala

Eestikeelne skaala on tõlge algselt kujundatud Chen, Gully, & Eden, (2001) 8-väitelisest üldise enesemõjukuse (*general self-efficacy*) skaalast. Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale/ei ole nõus) kuni 4 (õige/täiesti nõus).

### Emotsionaalse enesetunde skaala

Emotsionaalset seisundit hindasid vastajad Tartu Ülikooli Psühholoogia Instituudis välja arendatud Emotsionaalse Enesetunde Küsimustikuga, EEK-2 (Ööpik *et al*, 2006), mille alaskaaladeks on depressioon, ärevus, kurnatus, insomnia ja agorafobia-paanika. Eelnevalt välja töötatud EEK oli sobiv hindamaks depressiooni, kurnatust, üldist ärevust, unetust (Aluoja *et al*, 1999). 2002. aastal loodud EEK-2 küsimustikust heideti välja EEK väiteid, mis ei sobinud ühtegi alaskaalasse. Hindamiseks kasutatakse 5-astmelist skaalat nullist neljani (0 – üldse mitte; 4 – pidevalt). Vastajal palutakse hinnata väites kajastatu aktuaalsust tema jaoks viimase kuu jooksul.

## ANDMETE ANALÜÜS

Andmed eksporditi Google Docs keskkonnast Microsoft Exceli faili. MS Excelis teostati andmete esmane töötlus ja korrastus. Seejärel teostati nende baasil analüüs programmis IBM SPSS Statistics 20 nii ANOVA kui Mann-Whitney testiga.

## TULEMUSED

Uurimistöö raames jaotati valim, mis koosnes selektiivselt vaid naissoost vastanutest, kahte gruppi: arstid/õed (edaspidi 1) ja muud spetsialistid (edaspidi 2). Paralleelselt ANOVA meetodiga teostati ka Mann Whitney U test, selle tulemusi kajastatakse töös vaid statistiliselt oluliste erinevuste puhul.

Elektroonilisse küsimustikku lisati biograafiaga seotud küsimusi. Nendeks olid sugu, haridustee, haridusaste, rahvus, vanus, amet, üldise staaži kogus ja perekondlik seis. Kogutud andmetest leidis kasutust vaid sugu, haridusaste, amet ja vanus. Kuna vastajate seas oli vaid 2 meesterahvast, loobuti sooliste erinevuste analüüsist. Ameti põhjal moodustati uuritavad grupid, haridus ja vanus olid gruppide võrdluseks tarvilikud andmed. Hariduse skaala algas 0-lõpetamata põhiharidusest ja lõppes 5-kõrgharidusega, moodustades kuus astet.

Tabel 1 Biograafiliste andmete võrdlus

		N	M	SD	F	p
<b>Vanus</b>	1	22	52,09	12,15		
	2	22	37,95	11,76		
	ANOVA				15,38	,000
<b>Haridus</b>	1	22	4,77	0,43		
	2	22	4,59	0,73		
	ANOVA				1,01	,322

Märkus: Siin ja edaspidi N – vastanute arv; M – aritmeetiline keskmine; SD – standardhälve; F – F-statistik; p – statistilise olulisuse tõenäosus.

Antud tabelis hallil taustal välja toodu kirjeldab asjaolu, et arstid/õed on keskmiselt vanemad kui muud spetsialistid ( $p < 0,01$ ). Uurimuses kujunenud grupid on vastavalt vanuselisel tasakaalustamata.

Emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2) põhjal ei täheldata märkimisväärseid erinevusi võrdlusgruppides. Mainitud tulemus viitab mõlema grupi sarnasele emotsionaalsele seisundile, vaid asteenial puhul on muude spetsialistide tulemused kõrgemad ( $M_1=4,95$  ja  $M_2=6,14$ ) kui arstide/õdede omad, vihjates võimalikule jõuetuse tekke tendentsile vastavas grupis. Kuid see resultaat ei ole statistiliselt olulisel usaldusnivool.

Tabel 2 Tähelepanu ja kontrolli skaalade võrdlus koos kirjeldavate statistikutega

		N	M	SD	F	p
Tähelepanu sisetakistused	1	22	6,50	3,32		
	2	22	7,00	3,60		
	ANOVA				0,23	,634
Tähelepanu välistakistused	1	22	10,73	5,27		
	2	22	10,91	3,41		
	ANOVA				0,02	,893
Tähelepanu kontroll	1	22	13,09	3,07		
	2	22	11,09	3,31		
	ANOVA				4,32	,044
	Mann Whitney					,054
Väline kontroll	1	22	6,45	2,48		
	2	22	7,95	3,06		
	ANOVA				3,18	,082
	Mann Whitney					,047
Planeerimise tüüpi kontroll	1	22	17,23	4,22		
	2	22	15,14	2,66		
	ANOVA				3,87	,056
	Mann Whitney					,036

Tähelepanu kontrolli alaskaala tulemuste põhjal hindavad arstid/õed, et suudavad oma tähelepanu ülesandele ja eesmärkide saavutamisele suunata muudest spetsialistidest paremini vaatamata välistele takistustele ( $p < 0,05$ ), kuid Mann Whitney U test seda ei kinnita. Nii välise kontrolli kõrgemad näitajad muude spetsialistide puhul, viidates nende ebakindlusele, kui arstide/õdede tendents olla distsiplineeritumad ja planeerivamad leiavad kinnitust vaid Mann Whitney testiga ( $p < 0,05$ ).

Isiksuse tumedamate tahkude, negatiivse enesehinnangu, vastutustundlikkuse ja nartsissismi, alaskaalade tulemused on mõlema grupi puhul väga sarnased. Arstide/õdede madalamad hinnangud psühhopaatilisusele võrreldes teise grupiga ( $M_1 = 7,91$  ja  $M_2 = 9,23$ ) ei ole statistiliselt oluliselt erinevad tulemused ( $p = 0,357$ ). Eeldatud arstide/õdede kõrgemad hinnangud vastutustundlikkuse skaalal võrrelduna muude spetsialistide hinnangutega ei leidnud kinnitust.

Nartsissismi skaala abil mõõdetud tulemuste analüüs ei toonud kahe moodustunud grupi vahel välja statistiliselt olulisi erinevusi. Arstide/õdede hinnangutes täheldati kõrgemaid keskmisi tulemusi teistega manipuleerimise ja teistepoolse märkamise tundlikkuse suhtes muude spetsialistidega võrreldes (keskmiste erinevus vastavalt 1,09 ja 1,91). Teistele pandud lootuste mittetäitumisel tekkinud pettumuse ja teiste arvelt oma headuse upitamise alaskaalade tulemuste põhjal võrreldavad grupid ei eristu.

Tabel 3 Impulsiivsuse alaskaalade võrdlused koos kirjeldavate statistikutega

		N	M	SD	F	p
Positiivne kärstitus	1	22	4,59	2,38		
	2	22	4,73	2,27		
	ANOVA				0,04	,847
Ettekavatsetus	1	22	12,41	2,15		
	2	22	10,09	3,18		
	ANOVA				8,03	,007
	Mann Whitney					,005
Elamustejanu (UPPS)	1	22	7,77	3,68		
	2	22	8,23	3,44		
	ANOVA				0,18	,674
Elamustejanu (Roth)	1	22	10,14	2,49		
	2	22	9,27	3,38		
	ANOVA				0,93	,341
Püsivus	1	22	13,00	2,67		
	2	22	11,36	1,94		
	ANOVA				5,40	,025
	Mann Whitney					,013
Negatiivne kärstitus	1	22	6,50	2,81		
	2	22	7,91	2,33		
	ANOVA				3,28	,077
	Mann Whitney					,048

Võrreldavad grupid hindasid oma kiiret ja läbimõtlematut tegutsemist positiivse emotsiooni taustal sarnaselt. Tulemustest ilmneb, et arstid/õed hindavad oma käitumise tagajärgede ettenägemise ja kaalutlemise oskust kõrgemalt kui seda teevad muud spetsialistid ( $p < 0,01$ ). Hinnang elamustejanule on nii UPPS kui Rothi alaskaalade järgi mõnevõrra erinev võrdlusgruppides, kuid statistiliselt olulise nivoooni antud tulemus ei küündi. Võimet ülesandeid otsast lõpuni lahendada ja olla püsivamad hindavad kõrgemalt enda puhul samuti arstid/õed ( $p < 0,05$ ). Muud spetsialistid hindavad kõrgemaks endal kalduvust tegutseda kannatamatult ja läbimõtlematult (Mann Whitney  $p < 0,05$ ).

Ärevuse alaskaalade tulemused näitavad, et võrdlusgruppides ei esine statistiliselt olulisi erinevusi. Analoogskaalal olid keskmised tulemused kõrgemad muudel spetsialistidel ( $M_1 = 12,10$  ja  $M_2 = 14,20$ ), kusjuures ka hinnangud varieerusid märgatavalt rohkem muudel spetsialistidel ( $SD_1 = 13,52$  ja  $SD_2 = 17,45$ ). Hetkeärevus STICSA järgi ei eristanud võrdlusgruppe. Muud spetsialistid hindavad ärevuse episoodide esinemist tihedamaks kui seda teevad arstid/õed ( $M_1 = 16,30$  ja  $M_2 = 22,40$ ), kuid statistiliselt olulist erinevust nende tulemuste vahel siiski ei ilmne.

Tabel 4 Sotsiaalse soovitavuse küsimustiku (SDS-17), enesekohaste tuumikhinnangute skaala ja enesemõjukuse skaala võrdlus koos kirjeldavate statistikutega

		<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Sotsiaalne soovitavus</b>	1	20	37,30	3,89		
	2	20	36,50	4,05		
	ANOVA				0,41	,528
<b>Enesekohased tuumikhinnangud (Judge jt, 2003)</b>	1	22	30,32	4,36		
	2	22	31,23	5,60		
	ANOVA				0,36	,551
<b>Enesemõjukus</b>	1	22	23,32	1,91		
	2	22	21,05	3,80		
	ANOVA				6,28	,016
	Mann Whitney					,022

Tabelis nr 4 välja toodud tulemused näitavad, et arstid/õed usuvad oma ettevõtmiste edukasse lõpetamise enam kui võrdlusgrupp ( $M_1=23,32$  ja  $M_2=21,05$ ;  $p<0,05$ ), seejuures vastuste väiksem varieeruvus arstide/õdede puhul vihjab üksmeelsemale suhtumisele antud küsimusse selle grupis. Positiivsete enesekohaste tuumikhinnangute põhjal on näha vaid suuremat variatsiooni grupisiseselt muude spetsialistide hinnangutes. Sotsiaalse soovitavuse aspektist on moodustunud gruppide vahel üksmeel selle muutuja taseme hindamisel ja vastuste varieeruvuste vaheline suur sarnasus viitab võrreldavate gruppide ühtlusele antud kontekstis.

## ARUTELU JA JÄRELDUSED

Käesolevas töös hinnati enesekohaseid negatiivseid tuumikhinnanguid kahe haigla töötajate kahe grupi seas. Instrumendina kasutati A.Luugi poolt väljatöötatud laiendatud küsimustikukomplekti (2013), mis viidi elektroonilisele kujule, lisati biograafilisi küsimusi ja koostati nõusolekuvorm. Lõpptulemuseks oli väga mahukas küsimustik, mille täitmine nõudis üle kolmveerand tunni järjestikust täitmist arvuti taga.

Tulemuste analüüsil ilmnenu arstide/õdede kõrgemat keskmist vanust on varem mainitud ka Viljandi haigla puhul (Viljandi haigla SA, 2012), mis annab alust arvata, et tegu ei ole vaid uuritud haiglate eripäraga, vaid pigem teatud tendentsiga Eesti tervishoiusüsteemis. Peale selle, et pärast residentuuri tulevate arstide arv on tagasihoidlik, võib oletada, et noorte arstide vähene „pealevool“ on tingitud arsti ameti spetsiifilisusest, teadmiste rohkusest ja pikast õppeajast tulenevast võimalusest töötada pikalt ühes süsteemis kõrge eani. Kuid selle tendentsi selgitamine ei ole käesoleva töö eesmärk. Arstide/õdede keskmise vanuse näitaja võib olla seotud ka haridustee spetsiifikaga - arstiõpe kestab kauem kui ükski teise erialaga seotud amet haiglas. See tähendab, et arstiametisse astumisel ollakse vanemad kui eakaaslastest muud spetsialistid asudes tööle oma erialaga seotud töökohale.

Kõrgemad hinnangud tähelepanu kontroll skaalal kõrgemat arstide/õdede puhul (üks hüpoteesidest) oli oodatav K. Lehtla 2013. aasta seminaritöö analoogsetele tulemustele arstide ja doktorantide võrdluses, kuid erinevus tollest tööst ilmneb ülejäänud kontrolli alaskaalade osas. Nimelt käesolevas töös oli statistiliselt olulisel nivool planeeritavat tüüpi kontrolli kõrgemad tulemused arstide/õdede puhul ning samuti (kui kõrvutada doktorante muude spetsialistide vastu) saadi kõrgemad tulemused välise kontrollikeskme osas muudel spetsialistidel haiglates.

Selles töös võeti aluseks, et arstid/õed omavad vahetut kontakti patsientidega ja muud spetsialistid mitte, seega viimane hüpotees, et arstide/õdede enesele antav hinnang vastutustundlikkuse osas on kõrgem ülejäänud vastanutest, ei leidnud kinnitust.

Planeerimise tüüpi kontrolli kõrgemad tulemused lubavad oletada, et arstide/õdede ettekavatsetuse (mis on impulsiivuse otsene vastand) ja püsivuse alaskaalade tulemused võiksid kõrgemad olla kui võrdlusgrupil. Impulsiivuse alaskaalade tulemused on kooskõlas kontrolli enesekohaste hinnangute tulemustega. Seega arstid/õed hindavad end oma käitumise tagajärgede ettearvamise ja ettevõtmiste järjepidevuse osas kõrgemalt kui muud haigla spetsialistid.

Enesemõjukuse kõrgemad tulemused arstidel/õdedel on eelnevate tulemuste kontekstis vaadeldes ootuspärased, st kui inimene on võimeline hindama tegude tagajärgi ja suutma väliste segajate kiuste jätkata oma sihi järgimist, siis pole usk ettevõtmise õnnestumisse midagi ennekuulmatut.

Saadud tagasihoidlike tulemuste põhjal on näha võrreldavate gruppide erinevust üksikute, kuid omavahel loogiliselt kooskõlaliste muutjate osas. Edaspidiste võimalike tööde teostamiseks peab autor huvitavaks ja uurimise seisukohast homogeensemaks grupiks arstide/õdede gruppi. Põhjustavat või paralleelset jooksvat faktorit nende erinevuste seletamiseks võiks arstide puhul otsida nii väljapakutud isiksuse omaduste (Lehtla, 2013) kui ka haridustee osas. Arstiamet on keeruline, ajamahukas ja spetsiifiline amet.

Töö autor oletab, et küsimustiku mahukuse aspekt võis mõnevõrra mõjutada vastanute arvu nende vähenemise suunas. Teiseks töö puuduseks võib lugeda küsimustiku elektroonset vormi, mis on mugav nii vastamisel kui ka andmete kogumisel, kuid hilisemal andmete analüüsil tekkis kahtlus, kas igal töötajal (potentsiaalsel vastajal) on piisav ligipääs arvutile ja seega info küsimustiku levitamise kohta kui ka võimalus seda täita. Kolmanda punktina peab mainima, et haigla personali seas on väga hõivatud töötajaid, kes ei pruugi aega leida vastata küsimustikule. Seoses sellega peab arvestama, et antud töös kasutatud valim võib oma väiksuse ja väljatoodud puuduste tõttu olla mõnevõrra kallutatud, kuid edaspidises samas vallas tehtud uurimistööd toovad loodetavasti selgust selles küsimuses. Keeleline barjäär vastamisel jäeti arvestamata, kuna haiglates töötamisel on tarvilik eesti keele piisav oskus.

Antud töö panuseks võiks lugeda spetsiifilise valimi tulemuste analüüsi, täiendamaks olemasolevat andmebaasi. Teiseks on loodud alus edaspidiste samasuunaliste uurimuste jätkamiseks parendades meetodikat loetletud puudujääkide elimineerimisega. Samuti on võimalik optimeerida küsimustiku mahtu toetudes käesolevas töös leitud gruppidevaheliste erinevuste olemasolule/puudumisele alaskaalade tulemuste osas.

Kokkuvõtvalt leiti käesoleva uurimistöö raames järgmist:

- 1) Arstid/õed hindavad kõrgemalt kui muud spetsialistid:
  - a) enda võimekust kontrollida ja suunata tähelepanu väliste segajate juuresolekul,
  - b) tegevuste planeerimise, distsiplineerituse ja takistuste ületamisega hakkamasaamist,
  - c) oskust näha ette oma käitumise tagajärgi,
  - d) uskumust alustatu õnnestumisse,
  - e) võimet/tahet alustatu lõpuni viia.

- 2) Muud spetsialistide hindasid kõrgemalt kui arstid/õed:
  - a) väliste faktorite mõju nende elukäigule ja –sündmustele,
  - b) kalduvust tegutseda emotsioonide taustal kannatamatult, kaalutlemata ja kiusatustele vastu panemata.
- 3) Eesti haiglates on naissoost arstide/õdede keskmine vanus kõrgem võrrelduna naissoost muude spetsialistidega haiglas.

## KIRJANDUSE LOETELU

- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 53(6), 443-449.
- Bowling, N. A., Wang, Q., & Li, H. Y. (2012). The Moderating Effect of Core Self-Evaluations on the Relationships between Job Attitudes and Organisational Citizenship Behavior. *Applied Psychology: An International Review*, 61(1), 97-113.
- Chang, C., Ferris, D. L., Johnson, R. E., Rosen, C. C., & Tan, J. A. (2012). Core self-evaluations: A review and evaluation of the literature. *Journal of Management*, 38(1), 81-128.
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4, 62–83.
- Derryberry, D., Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 225-236.
- Eesti Arstide Liit (2011). Eesti arstide tööga rahulolu. Allikas [http://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2012/10/Arst\\_2011.pdf](http://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2012/10/Arst_2011.pdf)
- Eesti Nooremarstide Ühendus (2012). Arst-residentide töökoormus ja tulevikuplaanid. Allikas [http://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2012/05/eny\\_residentide-koormus-2012.pdf](http://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2012/05/eny_residentide-koormus-2012.pdf)
- Esnar, K. (2005). Haiglate efektiivsuse hindamine Eesti näitel. Väitekirj.
- Fidler, Armin H., Haslinger, Reinhard R., Hofmarcher, Maria M., Jesse, M., Palu, T. (2007). Incorporation of public hospitals: A “Silver Bullet” against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints?: Case studies from Austria and Estonia. *Health Policy*, 81(2-3), 328-338.
- Gleitman, Henry, James Gross, and Daniel Reisberg. *Psychology: Eighth Edition*. 8th ed. New York: W.W. Norton, 2011. 615-632
- Gros, D. F., Simms, L. J., & Antony, M. M. (2010). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA) in friendship dyads. *Behavior Therapy*, 41, 277-284.

Grimes, S. K. (1997). Underprepared college students: Characteristics, persistence, and academic success. *Community College Journal of Research and Practice*, 21(1), 47-58

Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits - self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability - with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80-92.

Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of personality and social psychology*, 83(3), 693-710.

Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., Thoresen, C. J. (2003). The core self-evaluations scale (CSES): development of a measure. *Personnel Psychology*, 56, 303-331.

Kaarna, M., Põlluste, K., Lepnurm, R., Thetloff, M. (2004). The progress of reforms: job satisfaction in a typical hospital in Estonia. *International Journal For Quality In Health Care: Journal Of The International Society For Quality In Health*, 16 (3), 253-61

Kund, O. (2013). Kiivet: arstide lahkumine on paratamatus, millega tuleb kohaneda. Allikas <http://www.postimees.ee/1362212/kiivet-arstide-lahkumine-on-paratamatus-millega-tuleb-kohaneda>

Lehtla, K. (2013). Tähelepanu ja kontrolli enesekohaste hinnangute võrdlus noortel artsidel ja Tartu Ülikooli. Seminaritöö

Luuk, A. (2013). Enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute skaala loomisest ja kasutamisest. Käsikiri.

Ojamaa, H. (2012). Arstide liit: tervishoiutöötajate ülekoormus mõjutab ravikvaliteeti. Allikas <http://tarbija24.postimees.ee/993748/arstide-liit-tervishoiutootajate-ulekoormus-mojutab-ravikvaliteeti>

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365-379.

Raudsepp, H. (2014). Enesekohaste tuumikhinnangute skaala ja üldise enesemõjukuse skaala psühhomeetriliste omaduste hindamine. TÜ Psühholoogia instituut. Seminaritöö.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Mind Garden.

Statistikaamet (2014). Statistikaamet korrigeeris aastate 2000–2013 rahvaarvu. Allikas <http://www.stat.ee/72428>

Strayhorn, J. M. (2002). Self-control: Theory and research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 7–16.

Stöber, J. (2001). The Social Desirability Scale-17 (SDS-17): Convergent validity, discriminant validity, and relationship with age. *European Journal Of Psychological Assessment*, 17(3), 222-232

Viljandi haigla SA (2012). Sihtasutus Viljandi haigla arengukava 2012-2014. Allikas [http://www.vmh.ee/public/dokumendid/SA\\_Viljandi\\_Haigla\\_arengukava\\_2012-2014.pdf](http://www.vmh.ee/public/dokumendid/SA_Viljandi_Haigla_arengukava_2012-2014.pdf)

Ööpik, P., Aluoja, A., Kalda, R., Maaros, H.-I. (2006). Screening for depression in primary care. *Family Practice*, 23, 693-698.

Whiteside, S. P., Lynam, D. M., Miller, J. D. & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, 19, 559-574.

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

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Roman Muzõtsin