

Tervishariduse keskus
Ämmaemanda õppekava

Marika Anštein-Pustõnski

**EMPAATIA KUJUNEMISE TEGURID, MÕJU ÄMMAEMANDA TÖÖ
KVALITEEDILE NING SELLEGA KAASNEVAD RISKID JA VÕIMALIKUD
TOIMETULEKU VIISID**

Lõputöö

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Lõputöö autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Marika Merits, MA
/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Marika Anštein-Pustõnski (2023). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, tervisharidusekeskus, ämmaemanda õppekava. Empaatia kujunemise tegurid, mõju ämmaemanda töö kvaliteedile ning sellega kaasnevad riskid ja võimalikud toimetuleku viisid. Lõputöö maht 51 lehekülge. Kasutatud allikate arv 111. Töö sisaldab kahte lisa.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada empaatia kujunemise tegureid, mõju ämmaemanda töö kvaliteedile ning sellega kaasnevaid riske ja võimalikke toimetulekuviise.

Uurimistöö meetod on kirjanduse ülevaade. Töös on kasutatud eesti-, inglisi- ja venekeelseid tõendus põhiseid allikaid. Allikate otsimisel on kasutatud elektroonilisi otsingumootoreid ja andmebaase.

Uurimistöö põhilised **tulemused ja järeldused** on järgmised:

Empaatia on mitmekülgne nähtus, mis seisneb situatsiooni tajumises patsiendi vaatepunktist ja võimest talle seda näidata, samal ajal kaotamata oma isiksust. Empaatia kujunemist mõjutavad sotsiaalsed, kultuurilised, hariduslikud ja isiksuslikud tegurid. Suurt tähtsust empaatia kujunemisele avaldab suhtlemisoskus, enesekindlus, kultuuriline keskkond. Empaatia tekkimist ja säilitamist mõjutab positiivselt väljaõpe.

Empaatia on ämmaemanda töö lahutamatu osa, kuna patsiendid vajavad empaatia avaldamist ämmaemanda poolt peaaegu kõikides situatsioonides. Ämmaemanda empaatia parandab ravisoostumust, kergendab sünnituse kulgu. Samuti tõstab ämmaemanda avaldatav empaatia tema töö efektiivsust, rahuolu oma ametiga ja patsientide rahuldustunnet tervishoiu süsteemiga. Empaatia pidev rakendamine ämmaemandal võib põhjustada stressi ja viia läbipõlemiseni. Olulise tähtsusega on kovisioon, supervisioon, eneseabi ja vastavad koolitused.

Võtmesõnad: empaatia, ämmaemand, mõjutavad tegurid, risk, toimetulek.

SUMMARY

Marika Anštein-Pustõnski (2023). Tallinn Health Care College, chair of Midwifery. Empathy formation factors, its influence on midwife's work quality, empathy-associated risks and possible methods of their prevention. The thesis contains 51 pages and 111 sources. The thesis contains two appendices.

The aim of the research is to describe the role of empathy in midwife's work, to point out how empathy is formed and maintained, to identify the associated risk factors.

The research method is literature overview. Evidence-based sources in Estonian, English and Russian are used in this research. The sources are found with the aid of search engines and databases.

Conclusions of the research. Empathy is a multidimensional phenomenon. Its essence is understanding the situation from the patient's point of view without losing individuality of the healthcare worker; and also, the ability to let it know to the patient. Empathy formation is influenced by social, cultural, educational, and individual factors. Communication skills, self-confidence, cultural environment is of critical importance in empathy development. Training may have a great positive effect on the formation of empathy.

Empathy is an integral part of midwife's work, as their patients need empathic behavior of the midwife in nearly any situation. Midwife's empathy promotes better results of the therapy and makes labor easier. Efficacy of midwife's efforts, their professional contentedness and patients' satisfaction with the healthcare system positively correlate with empathy level of the midwife. Continuous empathy use may trigger stress and induce burnout. Peer group supervision, group supervision, self-soothe and training programs are very important.

Keywords: empathy, midwife, contributing factors, risk, coping.

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS	6
1. METOODIKA.....	11
2. EMPAATIA KUJUNEMISE TEGURID	14
2.1. Empaatia tähendus ja olulisus tervishoius	14
2.2. Empaatia kujunemist mõjutavad tegurid ja empaatia hindamine	16
3. EMPAATIA MÕJU ÄMMAEMANDA TÖÖ KVALITEEDILE JA PATSIENTIDE RAHULOLU ÄMMAEMANDA TÖÖGA.....	19
4. EMPAATIA RISKID ÄMMAEMANDA TÖÖS JA VÕIMALIKUD TOIMETULEKUVIISID	25
4.1. Empaatia riskid ämmaemanda töös	25
4.2. Võimalik toimetulek empaatiast tingitud riskidega	28
5. ARUTELU	33
JÄRELDUSED.....	38
KASUTATUD KIRJANDUS	39
LISA 1	48
LISA 2: INFOOTSINGU RAPORT	49

SISSEJUHATUS

Empaatiat on tervishoius viimastel aastakümnetel muutunud aina tähtsamaks ja leidnud laialdase kajastuse teaduskirjanduses (Decety ja Fotopoulou, 2014; Halpern, 2012). Hojat (2016) pakub järgmist empaatiat definitsiooni patsiendi hoolduse kontekstis: empaatiat on enamasti tunnetuslik vahend, mille juurde kuulub arusaam patsiendi tunnete, murede ja perspektiivide kohta, ja ka võime anda patsiendile teada sellest arusaamast. Samas on empaatiat uurimine raskendatud ühise definitsiooni puudumisega (Charitou jt, 2019: 1). On jõutud arusaamale, et empaatiat on tervishoiuteenuse pakkumisel keskse tähtsusega ja peab olema aluseks patsiendi ja tervishoiutöötaja suhtes. (Decety ja Fotopoulou, 2014; Halpern, 2012).

Patsiendid tihti ei soovi või ei oska väljendada oma probleeme, seega peab tervishoiutöötajal olema hea suhtlemisoskus. Sageli ei ole patsiendid võimelised jälgima ettekirjutusi, seega on oluline, et tervishoiutöötaja valdaks tõhusat veenmisoskust. Kuigi tervishoiuteenuste kvaliteet peab olema kõrgetasemeline ning olenemata patsientide taustast väljendavad tervishoiutöötajad empaatiat patsientide suhtes erinevalt, mis võib mõnikord osutada probleemiks. (Halpern, 2012: 229).

Empaatiat peetakse oluliseks parameetrikaks ja selle mõistmine on ämmaemanda töös tähtsal kohal kvaliteetse hoolduse pakkumisel. Eeldatakse, et empaatiat taseme uurimine praktilise psühhomeetriselise tööriista abil parandab ämmaemandate pakutavat ravi kvaliteeti. (Vivilaki, 2016: 3). Empaatiat peetakse kaastundliku hoolduse põhiparameetrikaks ja selle olemuse mõistmine on naiste parema hoolduse ja ämmaemandate jaoks väga oluline.

Empaatiat on uuritud nii neurobioloogilisest kui terapeutilisest vaatepunktist. Samuti on uuritud empaatiat määra mõõtmise võimalusi. Neurobioloogiline lähenemine eeldab, et empaatiat on inimese närvisüsteemi lahutamatu omadus. On tõestatud, et empaatiat aktiveerib samu piirkondi ajus mis valugi. On olemas tõendeid, et empaatiat aitab leevendada valu ning selles seisneb empaatiat terapeutiline aspekt. Empaatiat määra mõõtmiseks on välja töötatud mitmesuguseid mõõdikuid, kuigi nende kasutamine on raskendatud empaatiat ühise definitsiooni puudumise tõttu. (Charitou jt, 2019: 2).

Empaatiat uurimine toimub erinevatest vaatepunktidest. Teaduskirjanduses käsitletakse empaatiat evolutsioonilisi tekkemehhanisme, selle arengut ja neurobioloogilisi aluseid, samuti selle kujunemise ja määra sõltuvust sotsiaalsest keskkonnast ning inimestevahelistest suhetest. (Decety ja Fotopoulou, 2014). On tõestatud, et eksisteerib positiivne korrelatsioon

empaatiavõime ja professionaalse kompetentsuse vahel (Jahanshahi jt, 2017). Empaatiialaste teadustööde analüüsist selgub, et tervishoiutöötaja empaatia on kriitilise tähtsusega usalduse tekkimiseks patsiendiga ja et on olemas kindel mõju patsiendi rahuolule: töötaja väljendatud empaatia aitab patsiendil alandada stressi taset ja soodustab paremate ravitulemuste saavutamist. Empaatia on heaks suhtlemise aluseks patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel (nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate vaatepunktist). (Halpern, 2012: 229; Derksen jt, 2013). Empaatilised suhted tervishoiutöötajaga soodustavad patsiendi immuunsüsteemi paremat tööd, vähendavad operatsioonijärgset haiglasviibimist, tugevdavad positiivset reaktsiooni platseebole, vähendavad külmetushaiguste kestvust (Reiss, 2010). Eesti patsiendid rõhutavad ka empaatia tähtsust oma suhtlemisel tervishoiutöötajaga (Elanike hinnangud... 2013: 32, 36).

Teaduskirjanduses on vähe uuringuid, mis käsitlevad empaatiat ja selle kujunemise tegureid ämmaemanda töös (Williams jt 2014; Williams jt 2015). Eestis on küll kaitstud mitmeid empaatiat käsitlevaid lõputöid, kuid nende hulgas on vähe neid, mis uurivad ämmaemandate empaatia rolli tervishoius. Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduseriala üliõpilased on kaitanud kaks tööd: Valler (2011) uuris tööstressi ja empaatiat õe töös ning Nutov (2020) empaatia olulisust õe töös.

Uuringud, mille eesmärk on olnud hinnata empaatia mõju ämmaemandate töö kvaliteedi tõhususele, annavad tulemusi, mis on kooskõlas ülalmainitud üldiste järeldustega empaatia mõju osas. Nii on näidatud, et emade rahuolu ämmaemanda tööga kasvab tunduvalt peale seda, kui ämmaemand saab empaatiaalast koolitust (Aktaş jt, 2016: 8). Viimasel ajal on paljud kõrgkoolid võtnud kasutusele empaatiakeskseid õppeprogramme (Decety ja Fotopoulou, 2014). Ollakse arvamusel, et ämmaemanda väljendatud empaatia ja vaimne toetus on olulised positiivse sünnitus- ja emaduskogemuse kujunemisel (Moloney ja Gair, 2015: 325).

Heade suhete loomist naisega on vaja naise sünnitusprotsessi, perinataalperioodi paremaks kuluks ja valuga toimetulekuks. Ämmaemanda ja naise vahelise suhte kesksedeks punktideks on usaldus, vastastikune tugi ja individuaalne lähenemine. Seega peetakse väga oluliseks kõiki neid ämmaemanda isikuomadusi, mis soodustavad head suhtlemist naisega – sõbralikkust, hellust, rahulikkust, abivalmidust ja empaatiavõimet. Empaatia on ämmaemandate jaoks oluline ja võimaldab neil tajuda asju naise vaatenurgast. Kõrge empaatiavõimega ämmaemandid saavad aru naiste enesetundest, sellest on väga palju abi raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil, eriti aga sünnituse teatud faasides, kui naised ei

soovi rääkida või kui verbaalne suhtlus on võimatu. Ämmaemanda emotsioonide mitteverbaalne väljendus, näiteks puudutus (käest kinni hoidmine) sünnituse ajal, parandab naise enesetunnet, toimetulekut, alandab vererõhku ja pulssi. (Charitou jt, 2019). Eestis kehtiv ämmaemanda kutsestandard kirjeldab, et ämmaemandal peab olema mitmeid olulisi isikuomadusi, mille hulgas on olulisel kohal empaatia (Kutsestandardid: Ämmaemand...).

Pideval empaatia kasutamisel on oht kaastundeväsimuse (*compassion fatigue*) tekkele. Kaastundeväsimus on stress, mis tuleneb kokkupuutest traumeeritud inimesega, on sekundaarse traumaatilise stressi ja kumulatiivse läbipõlemise konvergens, füüsilise ja vaimse kurnatuse seisund, mis on põhjustatud ammendunud võimest toime tulla igapäevaste tegevustega (Cocker ja Joss, 2016: 2). Kaastundeväsimust peetakse psühholoogiliseks reaktsiooniks emotsionaalsele kurnatusele teise inimese hoolitsemise ja toetamise käigus, mis võib avaldada kui lootusetuse, ärevuse, ebapädevuse tunne, kaastunde vähenemine teiste vastu. (Funk jt, 2022: 14).

Empaatia pideval kasutamisel ämmaemanda töös on märgatud riskitegureid ämmaemanda tervisele, mis omakorda mõjutab ämmaemanda töö kvaliteeti. Vaimne ja füüsiline tervis ning sellest tingitud kaastundeväsimus mõjutavad töövõimet, sh empaatilist lähenemist patsientidele. Vaatamata empaatia olulisele rollile ämmaemanduses, on ämmaemandate empaatiat ja/või selle mõju töö kvaliteedile limiteeritult uuritud ning selliste uuringute arv on väike (Charitou jt, 2019: 9). Austraalias 2014. a. toimunud uuringus vastas 17% ämmaemandatest posttraumaatilise sündroomi kriteeriumile (uuritavate arv 707); USA-s toimunud uuringu raames varieerus 29% ämmaemandatel sekundaarse traumaatilise stressi tase mõõdukast kõrgele (osalejate arv 437 inimest). Ämmaemanda ja naise empaatilised suhted tõstavad kaastunde väsimuse (*compassion fatigue*) tekkeriski, kuna rasedus on potentsiaalne trauma põhjustaja. Kaastundeväsimus mõjutab omakorda töövõimet. Kaastunde väsimuse tulemusena on ämmaemandate töö-, era- ja sotsiaalelu mõjutatud. Tagajärjeks on läbipõlemine, töövõimetuslehele siirdumine ja kõrge personali voolavus (Edwards ja Anderson, 2016: 27–28).

Kaastundeväsimuse vähendamiseks on mitmeid meetodeid, nende hulgas kovisioon (mille raames kolleegid töötavad gruppides analüüsides konkreetseid juhtumeid, lahendades probleeme ja samaaegselt toetades üksteist), supervisioon (arutlemise protsess toimub superviisori juhendamisel), teadveloleku praktika ja eneserefleksioon (Kovisioon ja supervisioon; Merits jt, 2019). Teistest toetatavatest meetoditest mainitakse joogat, massaaži, aroomiteraapiat ja teisi erinevaid meetodeid. (Hartfiel jt, 2011: 74; McDonald jt, 2014: 136).

See uurimistöö kuulub Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli, ämmaemanda õppekava, uurimissuunda „Ämmandusabi kvaliteet“ alla (Uurimissuunad..., 2018), sest empaatia on üheks ämmaemanda vajalikest põhioskustest (Essential Competences..., 2018: 8).

Uurimisprobleem: Vaatama sellele, et empaatia on oluline parameeter kvaliteetse hoolduse pakkumisel (Vivilaki, 2016: 3), on vähe uuringuid, mis käsitlevad empaatiat, selle kujunemise tegureid ning tööst tulenevaid riske ja toimetulekut ämmaemanda töös (Williams jt 2014; Williams jt, 2015). Eestikeelses teaduskirjanduses on ämmaemanda empaatiat vähe käsitletud.

Uurimistöö eesmärk on: kirjeldada empaatia kujunemise tegureid, mõju ämmaemanda töö kvaliteedile ning sellega kaasnevad riske ning toimetuleku viise.

Eesmärgist lähtudes on püstitatud järgmised ülesanded:

- 1) kirjeldada empaatia kujunemise tegureid;
- 2) kirjeldada empaatia mõju ämmaemanda töö kvaliteedile ja patsientide rahulolu ämmaemanda tööga;
- 3) kirjeldada empaatia riske ämmaemanda töös ja võimalikke toimetuleku viise.

Kesksed mõisted:

Empaatia (*empathy*) on protsess, mille eesmärk on mõista ja tunda seda, mida teine inimene tunneb ja kogeb, võime asetada end tema positsiooni ja seda näidata (Aktaş jt, 2016: 1).

Empaatia ämmaemanduses (*empathy in midwifery*) – sünnitava naise psühholoogiline toetus, viibimine temaga ja püüdmine aru saada, mida ta tunneb (Deane-Gray, 2008: 13).

Kvaliteet (*quality*) – kvaliteet tervishoius on patsiendi rahulolu järjepidev tagamine tulemuslike, efektiivsete ja tõhusate tervishoiuteenuste osutamise teel vastavalt kliinilistele juhenditele ja standartidele, kusjuures need teenused peavad vastama patsiendi vajadustele ja vastama tervishoiutöötaja ootustele. (Mosadeghrad, 2013: 203).

Mõju (*impact*) – pikaajaline efekt, toime, kas tahtlik või tahtmatu, positiivne või negatiivne, otsene või kaudne. (Hearn, 2016).

Risk – (kokkupuude) kaotuse, kahjustuse, vigastuse või muu võimalusega ebasoodne või mittesoovitav asjaolu; võimalus või olukord sellise võimaluse tekkimiseks (Aven, 2012: 35).

Tegur (*factor*) – midagi, mis aitab tulemuseni jõuda või mõjutab tulemust. (The Britannica...).

Toimetulek (*coping*) on käitumuslik reaktsioon ebasoodsatele olukordadele, st olukordadele, mis kutsuvad esile psühholoogilise stressireaktsiooni (Wechsler, 1995: 124).

Ämmaemand (*midwife*) – „*tervishoiuspetsialist, kes juhendab, jälgib, nõustab ja toetab naisi raseduse ja sünnituse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning reproduktiivtervise küsimuste ja günekoloogiliste probleemide lahendamisel elukaare erinevatel etappidel*“ (Kutsestandardid: Ämmaemand...).

1. METOODIKA

Selle uurimistöö meetod on kirjanduse ülevaade. Töö käigus on läbi töötatud tõendus põhised kirjandusallikad, mis käsitlevad empaatiat nii üldmeditsiinis kui ka ämmaemanduses. Steen ja Roberts (2011: 41) sõnastavad, et kirjanduse ülevaate kui meetodi eesmärk on informatsiooni kogumine, selle süstematiseerimine, analüüsimine ja esitamine. Kirjanduse ülevaate tegemisel otsitakse ja refereeritakse informatsiooni usaldusväärsete allikate põhjal, analüüsitakse neid kriitiliselt ja koostatakse kokkuvõtte. Sagedane kokkupuude inimeste kannatustega ja stressiga töökohal võib mõjutada tervishoiutöötajate füüsilist ja vaimset heaolu ning põhjustada läbipõlemist ja mõnel juhul traumaatilisi stressitaolisi sümptomeid. Need negatiivsed stressi tagajärjed võivad mõjutada mitte ainult tervishoiutöötajate heaolu, vaid ka nende võimet teiste eest tõhusalt hoolitseda. (Beddoe jt, 2013: 60). Ämmaemandad, nagu kõik tervishoiutöötajad, puutuvad kliinilises praktikas kokku paljude erinevate stressoritega: ajasurve, liigne töökoormus, erinevad rollid ja emotsionaalsed probleemid. Keeruliste juhtumite juhtimine ja tavaline tööga seotud stress mõjutavad ämmaemandate füüsilist ja vaimset heaolu, mis võib põhjustada läbipõlemist ja / või traumaatilisi sümptomeid. (Merits jt, 2019: 1).

Teema valik oli tingitud empaatia olulisusest ämmaemanda töös, mis mõjutab kogu erialase töö kvaliteeti, tõstab patsientide rahulolu, koostöö valmidust, mõjutab positiivselt ravisoostumusele. Kõrge empaatia tase on seotud suurema läbipõlemise ohuga, seega töö autor kirjeldab empaatiast tingitud riske ja nendega toimetulekut.

Lõputöö koostamine sai alguse 2020. aastal teema valimise ja projekti kirjutamisega õppeaines Uurimistöö alused II, töö teemaks oli „Empaatia ja seda mõjutavad tegurid ämmaemanda töös“. 2021. aastal kaitses töö autor Lõputöö I, millele järgnes uurimistöö edasiarendamine, kus täiendati sissejuhatust, probleemi, ülesandeid ning laiendati teemat, kirjutades uus sisupeatükk „Empaatia riskid ämmaemanda töös ja võimalikud toimetuleku viisid“.

Informatsiooniallikate kogumiseks on kasutatud otsingumootoreid *Google Scholar*, *Google Books* ja andmebaase *PubMed*, *ScienceDirect*, *FreeFullPDF*, mis annavad juurdepääsu erialasele kirjandusele. Allikatega tutvumise käigus jälgiti nendes olevaid viiteid teistele allikatele, kui vastav informatsioon oli potentsiaalselt tähtis töö jaoks. See võimaldas saada detailsemat informatsiooni, laiendada allikate spektrit ja refereerida rohkem teemakohaseid andmeid. Töös on kasutatud täistekstina saadaolevaid allikaid. Kogutud andmetid analüüsiti peamiselt informatsiooni refereerimise teel.

Otsingul on kasutatud töö teemaga seotud otsingusõnu ja sõnade kombinatsioone inglise, eesti ja vene keeles: *empathy, midwifery, midwife, factor, influence, medicine, care, risks in midwifery work, compassion fatigue, burnout, coping, midwife work quality, midwifery care quality indicators*, empaatia, ämmaemand, ämmaemandus, tegur, faktor, riskid ämmaemanda töös, ämmaemanda töö kvaliteet, kvaliteedi indikaatorid tervishoius, kvaliteedi indikaatorid ja ämmaemandus, kaastundeväsimus, läbipõlemine, toimetulek, *эмпатия, медицина, эмпатия в акушерстве, выгорание, индикаторы качества в акушерстве, качество работы акушерки*. Otsingu tegemisel vaadeldi üle esimesed 10 vastetega lehekülge. Kui mingis allikas leidis viide teisele potentsiaalselt tähtsale allikale, tehti sihipäraselt konkreetse allika otsing andmebaasides nimetuse järgi. Allikate otsimise tulemusena on koostatud infootsingu raport (vt Lisa 1). Kirjanduse valimisel tuleb eelistada teadusinformatsiooni allikaid, näiteks teadusartikleid, teese, monograafiaid jms (Õunapuu, 2014: 102). Selles uurimistöös jälgiti seda soovitusi. Enamasti on kasutatud teadusartikleid eelretsenseeritud ajakirjadest ja kogumikest, mis on välja antud viimase 10 aasta jooksul. Vanemaid allikad kasutati juhtudel, kus nendes sisalduvad andmed on jätkuvalt aktuaalsed või seotud oluliste uuringutega, millele tuginevad kaasaegsed uuringud või seisukohad. Uurimistöökäigus töötati läbi 160 kirjandusallikat, nendest töös on kasutatud 110. Ülejäänud allikad jäeti välja, sest need ei sisaldanud vajalikku informatsiooni.

Kogu meditsiinitegevus (k.a inimuuringud) peab alluma teatud eetilistele printsiipidele. Vastavalt T. Beauchampi ja J. Chidressi 1970. aastatel pakutud mudelile, tuleb meditsiinilisi probleeme analüüsides lähtuda 4 põhiprintsiibist: isikuautonoomia austamisest, heategemisest, mittekahjustamisest ja õiglusest. Teised autorid on välja toonud sellised lisaprintsiibid, nagu austus inimelu vastu, konfidentsiaalsus, empaatia, kollegiaalsus jms. (Soosaar, 2016: 47–60).

Selle uurimistöökäigu teema on empaatia, mida Soosaare (2016: 52) järgi mainitakse meditsiinitegevuse ühe printsiibina. Empaatia kuulub ämmaemanda vajalike põhioskuste hulka (Essential Competences..., 2018: 8). Uurimistöökäigu põhineb allikatel, mis ei riku ülalmainitud eetilisi printsiipe. Kuna andmed on kogutud kirjanduse analüüsi teel ja mitte konkreetsete isikute uurimise ega küsitluse käigus, ei riku uurimistöökäigu anonüümsuse, privaatsuse ega konfidentsiaalsuse säilitamismõtteid. Teemat analüüsides on võimalik anda panus eriala arengusse, võimaldades nii ämmaemanda õppekaval õppivate üliõpilastele kui ka töötavate ämmaemandate psühhoedukatsiooni empaatia valdkonnas.

Refereeritavate tööde puhul, mis põhinevad inimuuringutel, on jälgitud, et on saadud

vastavate eetikakomiteede ja uuritavate nõusolekud. Töö usaldusväärsus on tagatud sellega, et kirjutamisel on kasutatud tõenduspõhiseid allikaid. Nendes sisaldav informatsioon jääb aktuaalseks töö kirjutamise ajal. Rahvusvahelise teaduskirjanduse ülevaade on sobiv meetod selles töös püstitatud probleemi lahendamiseks. Usaldusväärsus on tagatud tekstide võimalikult täpse tõlke ning refereerimise kaudu. Kõik töös kasutatud allikad on viidatud ja toodud välja kasutatud kirjanduses.

2. EMPAATIA KUJUNEMISE TEGURID

2.1. Empaatia tähendus ja olulisus tervishoius

Sõna „empaatia“ pärineb vanakreeka sõnast *ἐμπάθεια* (*empathia*), mida saab tõlkida kui „emotsionaalne seisund, kirg“. Sõna oli võetud kasutusele saksa keelde (*Empfindung* ehk „sisetunne“) 1858. a. kasutas saksa filosoof Rudolf Lotze seda kõigepealt kunstiteoste kirjeldamiseks (vaatleja hinnang kunstile sõltub tema oskusest projitseerida oma individuaalsust kunstiobjektile). Saksa psühholoog Theodore Lips võttis sõna kasutusele standardse psühholoogia terminina. 20. sajandi alguses E.B. Titchener võttis kasutusele sõna „*empathy*“. Sel kujul sõna levis teistesse keeltesse (Online Etymology..., Charitou jt, 2019: 1).

Praegusel ajal puudub empaatia ühine definitsioon, mis raskendab selle uurimist ja formaalset käsitlemist. Erinevad autorid on pakkunud definitsioone ja kirjeldusi: 1) Rogersi väitel on empaatia inimese võime tajuda teise inimese taustsüsteemi nagu enda oma, säilitades samal ajal enda individuaalsuse (Rogers, 1959: 184–259); 2) Davis sõnastab, et vastavalt Friedmeierile on empaatia afektiivne reaktsioon, mis pärineb teise inimese emotsionaalsest seisundist või olukorra tajumisest; seda iseloomustab tähelepanu teise inimese emotsioonidele (Davis, 2009: 76–79); 3) Kalish (Kalish, 1973: 1548–1552) on arvamisel, et empaatia on võime siseneda teise inimese ellu, aru saada tema tunnetest ja nende tähendusest, võtta need tunded omaks, et neist täielikult aru saada, säilitades seejuures enda individuaalsuse. (Charitou jt, 2019: 1). Kirjanduses on laialt levinud arusaam, et empaatia on mitmetasandiline nähtus. Puudub ühine arusaam, kas empaatia on isikuomadus või oskus, mida saab harjutada ja täiendada, ja ka selles, millised faktorid soodustavad empaatia arengut. Mõnes uuringus on leitud, et empaatiat mõjutavad perekondlikud suhted, aga vaja on edasisi uuringuid selles suunas. Võimalik, et oluline on ka kultuuriline faktor. (Charitou jt, 2019: 3).

Lääne allikates rõhutatakse tihti erinevust empaatia ja sümpaatia vahel. Samal ajal vaadeldakse teiste maade tervishoius neid nähtusi kui tihedalt seotud. (Moloney ja Gair, 2015: 324). Mõisteid „sümpaatia“, „empaatia“ ja „kaastunne“ kasutatakse mõnikord sünonüümidenä, kuigi empaatia on võrreldes sümpaatiaga keerulisem kontseptsioon, mis sisaldab mitte ainult haledustunnet teise inimese suhtes, vaid ka teiste inimeste seisundi mõistmist. (Moudatsou jt, 2020: 2).

Morse jt (1992) rõhutavad et empaatia sisaldab 4 põhikomponenti: 1) emotsionaalne – võime subjektiivselt tunda ja jagada teise inimese psühholoogilist seisundit ja tundeid; 2) moraalne – sisemine altruistlik tung, mis motiveerib empaatiat tundma; 3) tunnetuslik – empaatiat tundev inimene on intellektuaalselt võimeline objektiivselt aru saada teise inimese tundeid ja seisukohti; 4) käitumuslik – võime edastada teise inimese vaatepunkti. Barret-Lennard (1981) pakkus mitmemõõtmelise mudeli empaatia jaoks (nn empaatilise tsükli), mis koosneb kolmest faasist: 1) esimene faas on empaatiline kuulamine, mis tähendab patsiendi väljendatud läbielamuste tajumist; 2) teiseks faasiks on teise inimese väljendatud läbielamuste peegeldamine; 3) kolmandaks faasiks on kliendipoolne kommunikatsiooni tajumine / teadvustamine (Jani jt, 2012: 253).

Rõhutatakse erinevust empaatia ja kaastunde vahel: kaastunne on võime läbi elada teiste inimeste tundeid, empaatia aga eeldab tunnete mõistmist ilma nende läbielamiseta. Arusaamine, tajumine ja suhtlemine on empaatia definitsiooni kesksed mõisted (Charitou jt, 2019: 1).

Tervishoid on valdkond, kus domineerib inimestevaheline suhtlemine. Patsiendid ootavad tervishoiutöötajalt kaastunnet, hoolitsust, tähelepanu. See nõuab tervishoiutöötajalt empaatia väljendamist. Empaatia abil on võimalik paremini tunnetada patsiendi seisundit. Kui patsiendi seisund ei parane, ei tohi põhjenduseks olla patsiendi tänamatus, soov solvata tervishoiutöötajat või tervenemise soovi puudumine. Empaatia keskseteks mõisteteks on isiksuse väärtustamine, emotsionaalne neutraalsus ja hinnangutest loobumine, kaastunne ja hoolitsus. Kaastunne peegeldab teise inimese olukorra läbielamist tervishoiutöötaja poolt, sõltumata tema enda olukorrast. (Novoselova, 2016: 4).

Empaatia on üks mainitumaid humanistlikest komponentidest patsiendi hoolduses, see on tervishoiu sümbol ja professionaalsuse tähtis osa. Empaatiline kaasatus on kasulik nii patsientide kui ka tervishoiutöötaja jaoks, aidates maandada stressi ja vältida läbipõlemist, tagades heaolu. (Hojat jt, 2017: 78). On rõhutatud, et patsiendi ravisoostumus sõltub lisaks tervishoiutöötaja professionaalsusele ka sellistest teguritest, nagu informeeritus tervishoiutöötaja poolt; tähtsa informatsiooni kirjapanemine (ravimite nimetused, manustamise ajad, protseduuride nimetused); motiveerimine küsimuste esitamiseks; tähelepanu pööramine patsiendi emotsionaalsele seisule ja ootustele. Seega ainult kõrge professionaalsuse tase ei ole piisav heade ravitulemuste saavutamiseks. Selleks on vajalik arusaamise saavutamine patsiendiga, nii et ta jälgiks paremini väljakirjutatud protseduure ja ettekirjutusi. Üksteise mõistmine sõltub omakorda tervishoiutöötaja suhtlusoskustest ja empaatia tasemest. (Bazarkina ja Stupnikova, 2017: 105).

Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheliste positiivsete suhete üheks eelduseks on võimaldada patsiendil vabalt väljendada oma läbielamisi, probleeme, kaebusi ja muresid. Isegi kui tervishoiutöötjal ei ole piisavalt aega pikkade juttude kuulamiseks, ta ei pea seda välja näitama. Vastasel juhul võib patsiendil tekkida tunne, et talle ei pööratud tähelepanu ja et teda ei ole nõuetekohaselt uuritud, kuigi tegelikult oli somaatiliselt kõik tehtud õigesti ja täies ulatuses. Patsient võib tunda muret, et teda kui isiksust ignoreeritakse. Sageli võib praktikas juhtuda, et patsiendi ärakuulamise nõue on vastuolus tervishoiutöötaja piiratud ajaga. (Novoselova, 2016: 21). Samas on tõendeid, et patsiendi poolt hinnatud empaatia on tihedalt seotud paremate kliiniliste tulemustega (Jani jt, 2012: 255).

2.2. Empaatia kujunemist mõjutavad tegurid ja empaatia hindamine

Kuna empaatia tähtsus ämmaemanduses on väga suur, peab välja selgitama, mida saab teha selleks, et ämmaemandate empaatia patsientide suhtes oleks piisavalt kõrgel tasemel. Empaatia on väga tähtis prosotsiaalse ja altruistliku käitumise motiveerimiseks (McDonald jt, 2011: 9).

Empaatiavõime areneb erinevate bioloogiliste ja keskkondlike tegurite koosmõjul. Need hõlmavad geneetikat, peegelneuronite ja limbilist süsteemi, temperamenti, perekondlikke suhteid. (McDonald jt, 2011: 9).

On hinnatud õendusüliõpilaste empaatiat mõjutavaid faktoreid. Jõuti järeldusele, et hindamisel tuleb arvestada seost empaatia ja inimese psühholoogiliste omapärade vahel. Leiti positiivne korrelatsioon empaatia, enesehinnangu ja suhtlemisoskuste vahel. Muude tegurite hulka kuulub õendusüliõpilaste motivatsioon saada õeks. Väga tähtsaks empaatiat mõjutavaks teguriks on suhtlemisoskus. Eelmised negatiivsed kogemused ja ebapiisav suhtlemisoskus võib viia negatiivsete reaktsioonideni teiste inimeste mõtetele ja emotsioonidele, ja sellest põhjustatud negatiivsed emotsioonid võivad tekitada probleeme empaatiaga. Suhtlemisoskust saab parandada süstemaatilise õppimise ja harjutamise teel; teiste inimeste tunnetest arusaamiseks on kasulikud ka diskussioonid erinevatel teemadel ja õppeasutuseväline tegevus. Rollimängud, stsenaariumipõhised simulatsioonid lubavad õenduse eriala üliõpilastele aru saada teiste inimeste tunnetest ja soodustavad paremini empaatia kujunemist, võrreldes ainult teoreetilise väljaõppega. (Kim, 2018: 234). On näidatud, et empaatia õpetamine võib olla tõesti efektiivne ja omandatud oskused võivad püsida ka peale väljaõppe lõppu. Sellised õpingud leiavad positiivse kaja üliõpilaste seas (Bas-Sarmiento jt, 2017: 63).

Tervishoiu õppeasutusel on tähtis roll empaatia tugevdamisel. Nad võivad võimaldada üliõpilastel aru saada teiste inimeste emotsioonidest ja olukordadest ning samas väljendada oma empaatiat. On vaja mitmemõõtmelisi õppeprogramme, mis soodustavad selliste isiksuseomaduste kujunemist, nagu enesekindlus, eneseefektiivsus ja suhtlemisoskus, kuna need omadused omakorda mõjutavad positiivselt empaatia kujundamist. Meditsiini õpetavad asutused peavad õpetama oma üliõpilastele empaatiat hariduse kaudu, sest patsiendid on huvitatud empaatilistest õdedest. (Kim, 2018: 230).

Empaatia taseme määramiseks on vaja seda kvantitatiivselt mõõta, selleks on vaja empaatia skaalat. Hemmerdinger jt (2007) kirjanduse süstemaatilises ülevaates on leitud 59 erinevat instrumenti empaatia hindamiseks meditsiinilisel konsultatsioonil, kuigi sellest hulgast on ainult 8 piisavalt usaldusväärsed. Nendest kaheksast 6 põhinevad enesehindamisel (Jani jt, 2012: 254): *Medical Condition Regard Scale (MCRS)* (Christison jt, 2002), *Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)* (Hojat jt, 2002), *Empathy Test (ET)* (Layton, 1979), *Empathy Construct Rating Scale (ECRS)* (La Monica, 1981), *Davis' Interpersonal Reactivity Index (DIRI)* (Davis, 1983) ja *Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)* (Mehrabian ja Epstein, 1972).

JSPE (on tuntud ka nime JSE all) skaala on saavutanud hea reputatsiooni usaldusväärse uurimisinstrumentina, on tõlgitud 45 keelde ja on kasutusel rohkem kui 70 riigis. JSPE skaala on edukalt testitud meditsiiniüliõpilaste, residentide, arstide ja teiste tervishoiutöötajate sihtgruppides. (Hojat, 2014: 74, 80). Näiteks Taiwanis tehtud uuringus (osalejate arv 103) oli selle skaala *Health Profession–Student* versioon (JSE-HP-S) edukalt kasutatud 2. aasta õenduse üliõpilaste empaatia taseme hindamisel (Lee jt, 2018). Ainult üks skaala, nimelt *Consultational and Relational Empathy (CARE)*, on piisavalt usaldusväärne empaatia hindamisel patsiendi vaatepunktist (Mercer jt, 2004).

Midwife Empathy Scale (MES) on empaatia mõõtmisinstrument, mis oli hiljuti välja töötatud ämmaemandusüliõpilaste ja praktiseerivate ämmaemandate empaatia taseme hindamiseks. Skaalat on testitud Ateena haiglates. MES on 25 väitest koosnev psühhomeetriline skaala. Väited puudutavad olukordi, kus hinnatakse empaatia taset, iga väide hinnatakse 6-pallilisel Likert skaalal, kus 1 on „nõustun täielikult“ ja 6 – „ei nõustu üldse“, vastuste eest saadud punktid varieeruvad vahemikus 25–150 punkti. Väited olid erinevatest valdkondadest: empaatia rollist ämmaemanda töös. Inimestevahelistest suhetest, ämmaemandate emotsioonidest ja emotsionaalsest kaasatusest, reaktsioonidest erinevatele situatsioonidele, lapseootel naise rolli asetumisest ja tema toetamisest, tööga seotud rahulolust. Uuringus

(märts-juuni 2015) osalesid nii ämmaemandustudengid (uuritavate arv 128) kui ka ämmaemandad (uuritavate arv 11) kolmest Ateena haiglast. On jõutud järeldusele, et ämmaemandate empaatia kujundavateks teguriteks on kaastundlikkus, emotsionaalne eraldatus, inimestevahelised suhted, olukorra hindamine naise vaatepunktist. (Vivilaki jt, 2016: 1–9).

Siiamaani puudub üksmeel küsimuses, kas peab kasutama empaatiateste kriteeriumina abiturientide vastuvõtmisel meditsiinierialadele. Rõhutatakse, et empaatia testide kasutamine ei ole piisavalt põhjendatud. (Hemmerdinger jt, 2007: 29; Jani jt, 2012: 254–255). On olemas ka arvamus, et selliseid teste tuleb kasutada, kuna nende alusel saab ennustada tulevaste üliõpilaste kliinilist kompetentsust ja vähendada kulusid empaatia oskuste õpetamisele (Hojat, 2014).

3. EMPAATIA MÕJU ÄMMAEMANDA TÖÖ KVALITEEDILE JA PATSIENTIDE RAHULOLU ÄMMAEMANDA TÖÖGA

3.1 Empaatia mõju ämmaemanda töö kvaliteedile

Erinevates uurimistöodes on püütud vastata küsimusele, mida tähendab „hea ämmaemand“, millised isikuomadused peaksid tal olema, millistele tunnustele vastama, mis täpsemalt teeb ämmaemanda „heaks“ (Byrom jt, 2010). On leitud, et tehnilised oskused ei ole ainsad tegurid, mis eristavad häid ämmaemandaid. Peale professionaalsuse on paljud teised tegurid tähtsad hea ämmaemanda kujunemisel, sealhulgas kaastunne ja patsiendi nõudmiste arusaamine, empaatia. (Nicholls jt, 2006). Kliinilise ravi kvaliteet võib oluliselt erineda nii riigiti kui ka riigisiselt, seega tekib üha suurem huvi objektiivse kvaliteedi hindamise ja ohutuse vastu (de Bruin-Kooistra, 2012: 301).

Tõhusalt arendatud ja ressurssidega varustatud tervisesüsteemi puhul ei tohiks kõrvale jääda töö kvaliteedi tagamine. Kvaliteedi tagamine aitab mitte ainult vähendada ebavõrdsust inimeste tervise osas, vaid ka võimaldada optimaalset ressursside kasutust, rakendada tõenduspõhiseid sekkumisi ja tervisetehnoloogiaid, jälgida ravikvaliteeti, tervisesüsteemi toimimist ning vajaduse korral teha vajalikud muudatused (Rahvastiku tervise..., 2017: 36).

Kvaliteedi olemasolu või selle puudumist pole võimalik tõendada ilma kvaliteedikriteeriumite kehtestamiseta ja nende mõõtmiseta. Tervishoius käsitletakse kvaliteedi indikaatorit kui näitajat, mille abil on võimalik analüüsida kogu tervishoiusüsteemi eri aspekte ning tuleviku väljavaateid. Kvaliteediindikaatorite põhiülesandeks on näidata (statistiliste meetodite abil) tervishoiusüsteemi erinevate poolte olulised protsessid ja tulemused. (Kiivet jt, 2015: 3–4). Indikaatorid peavad tervishoiu süsteemis olema standartiseeritud, lähtudes juhenditest (Paat-Ahi jt, 2017: 33). Eestis Ämmaemanduse arengukava tuleviku fookuses on statsionaarse ämmaemandusabiteenuseid kajastavate kvaliteediindikaatorite väljatöötamine koos Eesti Naistearstide Seltsiga (Ämmaemanduse arengukava..., 2019: 24).

Kvaliteediindikaatorid ja nende hindamismetoodika ämmaemanda töös on esitatud tabelis 1 (vt Lisa 1). Kokkuvõtliku tabeli on koostanud töö autor ja see põhineb selles peatükis viidatud kirjandusel ja Eestis kehtivale ämmaemanda kutsestandardil.

Empaatiline ämmaemand on teistele eeskujuks, edendades ämmaemanduskunsti selle kõrgeimal tasemel. Empaatial on seega eriline koht emadushoolduses. Ämmaemanduse

kontekstis empaatial on ülioluline otsustav roll heade suhete loomises ämmaemanda ja lapseootel või sünnitava naise vahel, sellel võib olla suur tähtsus sünnituse kulus kas paremuse või halvemuse poole. Empaatiat võimaldab ämmaemandatel hinnata ja olla toeks erinevates olukordades, sealhulgas, kus on vaja lohutada naisi raseduse katkemise puhul või jagada õnne uue perekonnaliikme sünni puhul, aga ka kõige muu suhtes, mis jääb nende vahele (Moloney ja Gair, 2015: 323–324).

Küsitlustes rõhutavad ämmaemandad tihti empaatiat tähtsust nende töös. Varasema uuringu raames (Byrom jt, 2010) on korraldatud 10 intervjuud juhuslikult valitud ämmaemandatega, mille abil uuriti, milliseid isikuomadusi ämmaemandad peavad tähtsaks omas töös. Enamik küsitletud ämmaemandatest rõhutasid empaatiavõime tähtsust. Küsitletud ämmaemandad mainisid samasuguseid karakteristikuid ka hea liidri omadustena. Oma töökogemustele põhinedes leidsid küsitletud ämmaemandad, et nende kolleegid, kes ei väljendanud empaatiat oma suhetes patsientidega, ei teinud seda ka kolleegidega (Byrom jt, 2010). Paljud autorid on ühel meelel selles, et empaatiat mängib ämmaemanduses väga tähtsat rolli (Charitou jt, 2019: 1; Moloney ja Gair, 2015: 323; Tafazoli, 2018).

Ämmaemand on tervishoiutöötaja, kes suhtleb naisega terve rasedusperioodi jooksul, toetab teda sünnitusel ja peale lapse sündi, seega on hea läbisaamine nende vahel väga tähtis selleks, et naine läbiks selle perioodi ilma raskusteta. Head suhted on tähtsad ka sünnituse ajal valuga toimetulekuks. Koos teiste omadustega (nagu sõbralikkus, õrnus, usaldatavus, rahulikkus, abivalmidus) empaatiat on vajalik heade suhete loomiseks, kuna see aitab ämmaemandal näha toimuvat naise vaatenurgast. (Aktaş jt, 2016).

Juhendid tervishoiutöötajatele näevad ette patsiendikeskset lähenemist. Kuid juhul kui ämmaemand ei suuda oma psühholoogilist heaolu esikohale seada, siis võivad kaastunne ja empaatiat patsientide vastu väheneda. See on murettekitav, kuna kaastunne ja empaatiat on mõlemad hea rasedus- ja emadushoolduse olulised elemendid (Pezaro jt, 2016: e60).

Tööstressi mõju on vähem ämmaemandatel, kelle emotsionaalne intelligentsus (EI) on kõrge (Kheirkhah jt, 2018: 368–369). Goleman defineeris emotsionaalset intelligentsust kui võimet juhtida iseennast ja suhteid teistega, organiseerida efektiivset meeskonnatööd, olla teiste jaoks juhiks, teha prognoose tuleviku suhtes. (Emotional Intelligence, 2013). Emotsionaalne intelligentsus määrab inimese enesekontrolli võimet. Emotsionaalse intelligentsuse põhiosadeks on võime ennast motiveerida, hoolimata ebaõnnestumistest, võime reguleerida meeleolu, olla empaatiline ja tunda lootust. Kõrge emotsionaalne

intelligentsus on eelduseks tööalase pädevuse väljaselgitamises. Sellele vastavad oskused (empaatia, eneseteadlikkus, negatiivsete emotsioonide juhtimine jms) on vajalikud tööülesannete täitmiseks ja tööredelil tõusmiseks (Goleman, 1997). Positiivne korrelatsiooni kõrge emotsionaalse intelligentsuse ja edukuse vahel oli näidatud 2013. aastal Šotimaal 876 üliõpilaste seas läbiviidud uuringus (Snowden jt, 2018: 433), milles leiti, et õenduse ja ämmaemanduse üliõpilased, kelle EI tasemed on kõrgemad, läbivad palju suurema tõenäosusega edukalt õpeprogrammi täielikult. Arvestades ämmaemandate kõrgemat emotsionaalset intelligentsust, võib oodata neilt efektiivsemat tööd tervishoiusüsteemis. Empaatia ja emotsionaalse intelligentsuse sotsiaalsete oskuste aspekt positiivselt korreleeruvad töö rahuloluga. (Kheirkhah jt, 2018: 368–369).

3.2 Patsientide rahulolu ämmaemanda tööga

Patsiendi rahulolu on tema positiivsed või negatiivsed tundeid osutatud teenuse suhtes, see on oluline tervishoiuprotsessi osa. Patsiendi rahulolu on hoolduse kvaliteedi üldine näitaja ja tervishoiu kvaliteedi parandamise eesmärk. Emade rahulolu sünnieelse ja sünnitusjärgse hooldusega on kogemus, mis koosneb naiste subjektiivsetest hinnangutest ja ootustest eesseisva sünnituse osas ja sellest, mis tegelikult toimub. (Kartini jt, 2019: 193).

Paljudes riikides peetakse patsiendikogemust juba ammu ravi kvaliteedi näitajaks ja seda kasutatakse üha enam juhtimise tulemuslikkuse hindamiseks koos muude näitajatega. Patsiendikogemuse arvesse võtmine on tähtis, kuna see on üheks kolmest tervishoiu sambaks; teiseks ja kolmandaks sambaks on vastavalt kliiniline efektiivsus ja patsiendi ohutus. (Stahl, 2019).

Raseduse ajal võivad naised puutuda kokku mitmesuguste olukordadega, alates füüsilisest kuni emotsionaalseni, mis mõjutavad ema ja lapse tervist. Vajadused ja mured on seotud nende kehaliste aistingute, elustiili muutuste ja hirmudega raseduse võimaliku katkemise pärast. Psühholoogilises mõttes mõjutab naiste kehapilt nende enesekontseptsiooni ja enesehinnangut, mis on seotud rasedus- ja sünnitusjärgse depressiooniga. Teadmiste puudumine, hirmud sünnitusprotsessi kestvuse osas ja lapse hooldamise kohta nõuavad professionaalset ja emotsionaalset tuge ja asjakohast informatsiooni. Tänapäeval peab vastavalt Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) ettekirjutustele emadushooldus pakkuma jätkuvat abi nii erispetsialistide kui ka ämmaemandate iseseisvat antenataalset abi. (Adalia jt, 2021: 2–3).

Vastavalt 2014. aastal Inglismaal hiljuti sünnitanud naiste seas läbiviidud uuringule

(uuritavate arv 4571) selgus, et sünnituseelse ämmaemandusabiga jäid rahule rohkem kui 80% küsitatud naistest, rõhutati, et ämmaemandad suhtlevad nendega arusaadavalt (90%), kohtlevad alati austusega – 90% ja lahkusega – 88%, naised tundsid, et neid kuulati – 80% ja neisse suhtuti kui isiksusse –82%. (Redshaw ja Henderson, 2015: 27).

Sünnitus on naise elus sündmus, mida iseloomustavad kiired muutused füsioloogilises ja psühholoogilises seisundis, seega see nõuab kiiret käitumusliku adapteerumist. Selle protsessi käigus vajab naine teiste inimeste ja eriti ämmaemanda toetust. Oma suhtlemisest ämmaemandaga ootab naine kõige rohkem sõbralikkust, lugupidamist, kuulamisost, privaatsuse tagamist ning ka tagasisidet, mis ongi empaatia tunnused. Kui ämmaemandal puuduvad piisavad empaatilise suhtlemise oskused, võib tema käitumine sünnitaja suhtes olla lugupidamatu, nii et naine tajub sünnitusprotsessi kui rasket ja traumeerivat. (Aktaş jt, 2016). Arengumaade ämmaemandad võivad näidata madalamat empaatia taset, mis on tingitud kultuuri eripäradest, erialase kogemuse puudumisest ja halvematest töötingimustest (Tengera jt, 2020). Kirjanduses rõhutatakse, et emotsionaalne ja füüsiline toetus, mida naine saab sünnituse käigus ämmaemanda käest, on unikaalne ja seda ei ole võimalik kuidagi asendada. Ämmaemanda empaatia tähendab paremat suhtlusost, sünnitava naise emotsioonidest paremat arusaamist; empaatiline ämmaemad oskab paremini tunda emaduse rolli, tema käitumine vastab tulevase ema ootustele, mis aitab naisele paremini harjuda haiglakeskkonnaga. (Aktaş jt, 2016).

Erinevates uuringutes on leitud patsientide rahulolu positiivne korrelatsioon ämmaemanda empaatia taseme vahel. Uuring, mis on läbi viidud 1308 patsiendi seas, näitas, et igale 10 lisapunktile, mida tervishoiu töötaja saab JSE (*Jefferson Scale of Empathy*) empaatia skaala järgi, vastab patsiendi poolt umbes 5-protsendiline rahulolu taseme tõus; kõrgematele empaatia tasemetele vastab patsiendi rahulolule tervishoiutöötaja teenustega (Wang jt, 2018). Ämmaemandate patsiendid ootavad, et tervishoiutöötajad avaldaksid empaatiat nende suhtes. Patsientide rahulolematust võib olla tingitud mitte ainult teenuste ebapiisavast kvaliteedist, vaid ka empaatilise käitumise puudumisest, kui ämmaemad kontsentreerub ainult oma tööle ja unustab naise tunded. (Goberna-Tricias jt, 2011).

On avastatud korrelatsioon valu tugevuse hindamisel ämmaemanda poolt ja ämmaemanda selliste empaatia komponentide vahel, nagu situatsiooni nägemine sünnitava naise vaatepunktist (*perspective taking*) ja iseenda identifitseerimine naisega (*identification*). Samal ajal ei leitud sõltuvust ämmaemanda kaastunde taseme ja düstressi vahel. (Williams at al, 2013).

Tervishoiutöötaja empaatiataseme kõrge nivoo lubab aru saada sünnitava naise tunnetest, mis on eriti tähtis sünnitamise erinevatel perioodidel, kui naine ei taha või ei saa suhelda verbaalselt. Mitteverbaalsed empaatia väljundid ämmaemanda poolt sünnituse ajal (käe hoidmine, puudutus) lubavad naisel paremini toime tulla oma seisundiga, tunda ennast mugavamalt, alandavad vererõhku ja pulsi sagedust. (Charitou jt, 2019: 2). On leitud, et peale empaatia koolituse läbimist oli valuvaigistite kasutamine väiksem ämmaemandate abiga sünnitanud naistel, võrreldes naistega, kes sünnitasid koolitust mitteläbinud ämmaemandatega (Aktaş jt, 2016).

Empaatia, lahkuse ja südamlikkuse avaldamine sünnitava naise suhtes muudab sünnituse tähtsaks elukogemuseks ja see soodustab kindlusetunnet tulevases emaduses. Kui ämmaemand ei tunne empaatiat naise suhtes, jätab see sügavaid jälgi naise psüühikas, põhjustab jõuetustunnet, pikendab sünnitusega seotud stressi. Vastupidiseks näiteks võib tuua selle, et eelmisel sünnitusel saadud sünnitustrauma võib olla ümber mõtestatud siis, kui järgmisel sünnitusel naine saab abi südamliku ja empaatilise ämmaemanda käest. (Moloney ja Gair, 2015: 326–327).

Positiivse sünnitusjärgse hoolduskogemuse keskmeks on usaldus ämmaemandate/õdede vastu ja nende kättesaadavus vastavalt emade vajadustele. Saksamaal viidi aastatel 2015–2017 läbi uuring (uuritavate arv 9597). Tulemused näitasid, et usalduse puudumine sünnitusosakonna töötajate suhtes suurendab negatiivse hoolduskogemuse tõenäosust enam kui neli ja pool korda. Naised, kelle õed/ämmaemandad ei olnud vajaduse korral kättesaadavad, teatasid kolm korda suurema tõenäosusega negatiivsest sünnitusjärgsest kogemusest, võrreldes naistega, kelle puhul see nii ei olnud. Olulised sünnitusjärgse hoolduse kogemuse ennustajad on abi rinnaga või pudelist toitmisel ja arusaadavate vastuste saamine olulistele küsimustele. Valu leevendamine on olulisel kohal mitte ainult sünnitamise ajal, vaid ka pärast lapse sündi. Naised, kes kogevad ebapiisavat sünnitusjärgse valu leevendamist, teatavad negatiivsest hoolduskogemusest kaks korda suurema tõenäosusega kui naised, kelle valu raviti rahuldavalt. (Stahl, 2019).

Sünnitusjärgse hoolduse põhiaspektid hõlmavad tähelepanu pööramist ema füüsilisele tervisele, rinnaga toitmise toetamisele, vanemate psühholoogilisele heaolule, õpetusele sünnitusjärgsest perioodist ja imikute hooldamisest. Naiste arusaam hooldusest sisaldas suhtlemist ja asjade selgitamist nendele arusaadaval viisil, ärakuulamist ja head kohtlemist. Mõned uuringud kajastasid naiste rahulolematust: ämmaemandatel polnud piisavalt aega rääkimiseks või muul viisil naise toetamiseks, naised teatasid vastuolulistest nõuannetest

imetamise osas, samuti rinnaga toitmisel privaatsuse puudumisest. (Malouf, 2019: 25).

Inglismaal 2014. aastal läbi viidud uuringu põhjal selgus, et paljud naised leidsid, et haigla sünnitusjärgsed töötajad rääkisid nendega arusaadaval viisil (79%), austusega (76%) ja lahkusega (75%). Enamik naisi teatasid, et nendega jagati infot rasedus- ja sünnitusabiga seotud valikute kohta (71%) ja ainult teatud määral (25%). Enamik naisi tundsid ennast kaasatuna oma hooldust puudutavate otsuste langetamisse (72%) ning et neile anti piisavalt teavet (73%) ja õigel ajal (71%). Sünnitusjärgse hooldusega olid rahul (77%). Rohkemat rahulolu oma sünnitusjärgse kogemusega avaldasid korduvsünnitajad, esmasünnitajad olid kriitilisema suhtumisega. (Redshaw ja Henderson, 2015: 5–6, 42–43).

Sünnitusjärgne hooldus tähendab enam kui rutiinseid vaatlusi ja uuringuid, et jälgida füüsilist taastumist sünnist. See hõlmab ka ema ja vastsündinud lapse vahelise kiindumuse hõlbustamist ning ema toetamist uue olukorraga kohanemisel. Seetõttu sünnitusjärgses hoolduskogemuses on väga tähtsal kohal usalduslik suhe õdede/ämmaemandate suhtes ja vajadusel nende kättesaadavus. Emotsionaalse toe puudumine ning mõistmatuse ja tundliku hoolduse puudumine on kõige tugevamad sünnitusjärgse hooldusega rahulolematuse aspektid. Individuaalne lähenemine informatsiooni jagamisel, keskendumine patsiendi isiklikele vajadustele on palju olulisem põhjalikust ülevaatest sünnitusjärgsest perioodist. (Stahl, 2019).

Vastavalt Rahvusvahelisele Ämmaemandate Konföderatsioonile (*International Confederation of Midwives*) kuulub empaatia ämmaemanda põhioskuste hulka (Essential Competences..., 2018:10). Suurbritannias nõuab õdede ja ämmaemandate käitumiskoodeks naiste väärkuse austamist ja lahkete käitumist nende suhtes (Moloney ja Gair, 2015: 327). Rahvusvaheline ämmaemandate eetikakoodeks (2014: 2) näeb ette, et „*Ämmaemandad vastavad psüühilistele, füüsilistele, emotsionaalsetele ja vaimsetele vajadustele, mida naine otsib tervishoiust, olenemata nende oludest (mittediskrimineerimine)*“.

Eestis viidi Ida-Tallinna Keskhaiglas aastal 2011 läbi statsionaarsete patsientide rahulolu-uuring (uuritavate arv 940, andmete analüüsiks oli kõlbulikud 919 küsimustikku). Küsitluses osalenutest 615 olid naised (69%), ja 273 mehed (31%), 31 vastajat jättis oma soo märkimata. Õdede ja ämmaemandate usaldusväarsuse ja oskustega jäid rohkem rahule plaanilisele ravile tulnud patsiendid (74,4%), samuti olid nad rohkem rahul õdede ja ämmaemandate jagatud infoga uuringute ja protseduuride osas (66,8%). Kõrgelt hinnati õdede ja ämmaemandate murede ja soovide mõistmist, viisakust, usaldusväarsust ja oskuseid (72,7–77,6%). (Väät, 2011: 10, 15).

4. EMPAATIA RISKID ÄMMAEMANDA TÖÖS JA VÕIMALIKUD TOIMETULEKUVIISID

4.1. Empaatia riskid ämmaemanda töös

Hoolivus ja empaatia on ämmaemandate töö olulised osad, kuid traumaatiliste sündmuste, haiguste või surmaga kokkupuutumine nende igapäevatoos võib põhjustada kaastundeväsimust. Kaastundeväsimus on seisund, mille põhjustab patsientide kannatuste üleküllus, mida iseloomustab võimetus tunda kaastunnet abivajajate vastu, neid aidata ja nende seisundit adekvaatselt hinnata. (Merits jt, 2019: 2). Kaastundeväsimus on emotsionaalne, füüsiline ja vaimne kurnatus, mis tekib teiste inimeste probleemide ja kannatuste tunnistajaks olemisel ja omaksvõtmisel (Hunsaker jt, 2015: 187).

„Hoolduse hind“ on mõiste, mida on kirjeldatud mitmel viisil. Esiteks kaastundeväsimusena, mida seostatakse stressiga, pingega, kurnatusega, elujõu kaotusega ja väsimusega abivajajate eest hoolitsemisel. Empaatial on keskne roll posttraumaatilise stressihäire ja kaastundeväsimuse kujunemisel. (Leinweber ja Rowe, 2010: 77–80). Kaastundeväsimus on lai mõiste, mis koosneb kahest elemendist: läbipõlemisest ja sekundaarsest (teisesest) traumaatilisest stressist. Selle seisundi sümptomid on kroonilise stressi tavalised ilmingud. (Bhutani jt, 2012).

Kaastundeväsimus on sagedane läbipõlemise eelkäija. Läbipõlemine on kolmemõõtmeline sündroom, mis tekib meditsiinitöötajal vastusena stressiga seotud distressile. See on kumulatiivne protsess, mida iseloomustab emotsionaalne kurnatus, depersonaliseerumine ja tajutud madalad isiklikud saavutused. Läbipõlemine võib tekkida kas iseseisvana või koos kaastundeväsimusega. (Liao jt, 2022: 2). Kaastundeväsimuse teket soodustavad neli peamist tegurit: ebapiisav enese eest hoolitsemine, varasem lahendamata traumaatiline kogemus, halb toimetulek tööstressiga ja rahulolematuse tööga (Radey ja Figley, 2007: 207).

On leitud, et kõrge empaatia tase ämmaemanda ja naise vahel traumaatilise sünnituse puhul suurendab ämmaemanda jaoks posttraumaatilise stressi riski. On avastatud statistiline sõltuvus ämmaemanda empaatia taseme ja tema posttraumaatilise stressi sümptomite tugevuse vahel. Eeldatakse, et posttraumaatilise stressiga võivad kaasneda ohtlikud tagajärjed ämmaemanda psüühilises tervises. Seetõttu nõuab kõrge empaatia tasemega ämmaemandate psühhosotsiaalne tervis selle hoidmist. Eksisteerib oht, et posttraumaatiline stress võib soodustada kõige empaatilisemate ämmaemandate ametist lahkumist. (Aktaş,

2020: 8). Organisatsioonilised meetmed on vajalikud selleks, et ette valmistada ämmaemandaid võimalikeks traumaatilisteks situatsioonideks ja võimaldada abi vajaduse korral (Sheen jt, 2014). Vaja on organisatsioonilisi meetmeid sekkumiseks, et võimaldada ämmaemandatele vajaduse korral abi ja tuge.

Vaatamata empaatia tähtsale rollile töösuhetes, võib see kaasa tuua negatiivseid tagajärgi. (Hansen jt, 2018: 630). Tiheda koostöö tõttu kaasnevad naise ja ämmaemanda vahel sekundaarse psühholoogilise trauma riskid, kui naised räägivad ämmaemandale seksuaal-, lähisuhtevägivallast, alkoholi ja narkootikumide kuritarvitamisest ja lapsepõlve traumadest. Kuigi ämmaemandatel on teiste tervishoiutöötajatega ühiseid jooni, on neil väga eriline suhe oma patsientidega. „Koos naisega olemine“ võib kaasa tuua ka traumeerivat momendit, nagu rasked sünnitused ja teised traumaatilised sündmused. (Cohen jt, 2017: 2).

Mitmetes sõltumatutes uuringutes kirjeldavad õed ja ämmaemandad erinevaid ootamatuid, ettearvamatuid ja kontrolli alt väljuvaid sündmusi sünnituste ajal, mis soodustavad traumaatilise stressi kujunemist. Need juhtumid võivad olla nii sünnitusabi hädaolukorrad kui ka jõhkrad lähenemisviisid, lugupidamatu suhtumine, mis rikub ametialase käitumise norme. (Katsantoni jt, 2019: 172–173).

Üks nendest uuringutest põhineb intervjuerimisel kirjavahetuse (posti) teel, mis viidi läbi 35 ämmaemandaga, kes on kokku puutunud traumaatilise perinataalse sündmusega. Osalejad olid valitud 2011.–2012. aastatel Suurbritannia *Royal College of Midwife's* (Kuninglik Ämmaemandate Kolledž) liikmete seast. Uuringu osalejate distressi tasemed olid erinevad, sellest sõltus nende reaktsioon traumaatilistele sündmustele. Näiteks suurima distressi tasemega ämmaemandad tundsid isoleeritust, abi puudumist kolleegidelt, nad ei olnud nõus töökaaslaste tehtud otsustega. Need ämmaemandad tundsid ennast „karistatuna“. Teiste tunnete seas, mida registreeriti kõikide osalejate seas, olid emotsionaalne murdmine, šokk, enesesüüdistus, süütunne, kaitsetustunne. Sündmused avaldasid mõju nende professionaalsele käitumisele. Traumaatiliste sündmuste vältimiseks tulevikus võtsid intervjueritud ämmaemandad enesekaitse positsiooni, samuti nende enesekindlus vähenes. (Sheen jt 2016; Sheen ja 2014: 580).

Teises olulises uuringus osalesid üheksa neonatoloogide õde Ameerika Ühendriikide Indiana osariigi *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* (Naise Tervise, Obstetrilise ja Neonatoloogia Õdede Assotsiatsioon) organisatsioonist. Intervjuud nendega olid läbi viidud e-posti teel, õed kirjeldasid traumeerivaid sündmusi oma karjääris

ja nendega seotud tundeid. Kogetud tunnete seas oli näiteks kaosetunne, kui situatsioon kiiresti muutus ja puudus arusaam, mida edasi teha; sündmused, mida oli raske unustada; sündmused, mis vajasisid intensiivset meeskonnatööd. Osa õdedest tunnistas, et taolised sündmused soodustasid nende professionaalset arengut. Mõned mainisid, et armastus oma töö vastu aitas neil jätkata traumale vaatamata ametialast tegevust. (Goldbort jt, 2011: 378).

Emadushoolduse teenuse pakkujad võivad kogeda oma töös raskeid sündmusi, mis vastavad trauma kriteeriumidele. Töös (Sheen jt, 2014) on uuritud posttraumaatilist stressi Ühendkuningriigi ämmaemandatel, kus uuritavate arv oli 421 ja mille tulemusena selgus, et 33%-l ämmaemandatest esinesid traumaatilise stressi sümptomid. USA-s läbiviidud uuringus, kus uuritavate arv oli 473, leiti, et 36%-l ämmaemandatest, kes töötasid emadushoolduses, esinesid töötajatest traumasümptomeid. (Katsantoni jt, 2019: 172–173).

Austraalias 2014. aastal läbiviidud uuringus, kus uuritavate arv oli 687, selgus, et rohkem kui kaks kolmandikku ämmaemandatest (67%) on olnud traumaatilise sünnituse tunnistajaks, 74% kogesid õudustunnet ja 65% süütunnet. Intensiivne emotsionaalne stress võib põhjustada posttraumaatilise stressihäire (PTSH) kujunemist. Ligi viiendik traumaatilises olukorras osalenud või tunnistajateks olnud ämmaemandatest vastas PTSH kriteeriumidele. See võib omakorda mõjutada negatiivselt ämmaemandate ja naiste omavahelist koostööd ja kliiniliste otsuste langetamist. (Leinweber jt, 2017: 40-44).

Õed ja ämmaemandad on teatanud ootamatutest, ettearvamatutest ja kontrolli alt väljuvatest sündmustest sünnituse ajal: sünnitusabi hädaolukordadest, tervishoiutöötajate “robustsetest lähenemisviisidest” naiste suhtes, lugupidamatust suhtlusest personali ja naiste vahel. (Katsantoni jt, 2019: 172–173).

Ämmaemandad kirjeldavad korduvate raskete sündmuste mõju nende emotsionaalsele tervisele – võimele juhtida oma emotsioone. Ämmaemandate ülesandeks on muuhulgas hea kuulamisoskus, naiste toetamine ja toe pakkumine ajal kui naine jagab oma kogemusi, väljendab oma emotsioone või räägib muredest. Ämmaemandad teatasid neid sügavalt mõjutanud naiste lugudest vägivallast, ohvrite rollis olemisest ja suutmatusest parandada oma elu tingimused. Selle tulemusena tundsid ämmaemandad pettumust, stressi, kogesid pealetükkivaid mõtteid, abitust, uneprobleeme, mis mõjutasid nende isiklikku ja pereelu. Tervishoiutöötajad, kes puutuvad kokku traumaatiliste sündmustega, võivad suurema tõenäosusega kogeda kaastundeväsimust. (Cohen jt, 2017: 2).

Läbipõlemine on mitmemõõtmeline sündroom, mis koosneb kolmest komponendist:

emotsionaalsest väsimusest, depersonaliseerimisest ja vähenenud tegutsemisvõimest (Mollart jt, 2013). Läbipõlemissündroomi iseloomustab motivatsiooni kadumine, vähenenud jõudlus, vähenenud töövõime, emotsionaalne kurnatus, meeleolu langus, mitmesugused valusündroomid, seedetrakti vaevused, keskendumisraskused ja pettumine oma töös (Töökeskkonna vaimse..., 2019: 2–4). On viiteid sellele, et ämmaemandad, kes töötavad meditsiini-asutustes, ja need, kes tegelevad erapraktikaga, on erineval läbipõlemise mõju all erineval määral. Erapraktikaga tegelevate ämmaemandate puhul rahulolek töö autonoomsuse, tiimitöö ja üldiselt töötingimustega on kõrgemal tasemel, aga samal ajal tunnevad nad kõrgema stressi suure töö koguse pärast. Selle asjaoluga tuleb arvestada ämmaemandate töö organiseerimisel. (Yoshida ja Sandall, 2013).

Posttraumaatiline stressihäire (*Post Traumatic Stress Disorder* – PTSD) on tavaline trauma tagajärg. See on ärevushäire, mis mõjub negatiivselt inimese sotsiaalsele elule, töösuhetele jms. On tunnistatud, et traumaatiline sünnitus võib samuti esile kutsuda PTSD-i. Tervishoiutöötajad, kes osutasid traumaatilise sünnituse tunnistajaks, ei vasta tavaliselt selle häire kriteeriumitele, aga see võib potentsiaalselt esile kutsuda sekundaarset traumaatilist stressi (*Secondary Traumatic Stress* – STS). STS on tihedalt seotud posttraumaatilise stressiga. See emotsionaalne häire tekib tervishoiutöötajatel ja selle sümptomid on sarnased PTSD sümptomitega. Põhiline erinevus nende vahel seisneb selles, et STS areneb empaatiliste suhete tulemusena tervishoiutöötaja ja kliendi vahel, kusjuures tervishoiutöötaja osutub kliendi traumaatiliste läbielamuste tunnistajaks. (Rice jt, 2013: 1057).

4.2. Võimalik toimetulek empaatiast tingitud riskidega

Tõhusaks meetodiks kaastunne väsimuse vähendamiseks on kovisioon kolleegide grupis (*peer group supervision*), eestikeelses terminoloogias on kasutusel mõiste kovisioon (Merits jt, 2019). Kovisiooni eesmärk on anda võimalus sarnast tööd teevatele inimestele üheskoos leida lahendusi erinevatele situatsioonidele, probleemidele, vahetada kogemusi ja ideid, areneda erialaselt, toetada üksteist ja selle kaudu vältida läbipõlemist. Kovisioon toimub läbi grupilise arengumeetodi, kusjuures osalejatele luuakse vastav keskkond ja sobivad tingimused. Olulisel kohal on avatud ja usaldusliku õhkkonna loomine grupi sees. (Kovisioon ja supervisioon).

Selle meetodi raames töötavad kolleegid, kes on seotud konkreetse juhtumiga, koos juhtumi analüüsil, otsivad ja arutlevad võimalikke probleemide lahendusi üksteist toetades ning

tõhustades. Tööd juhendab kolleegide valitud kompetentne (väljaõpet saanud) kaastööline. Struktureeritud koostöö lubab efektiivsemalt lahendada keerulisi juhtumeid ja eetilisi dilemmasid professionaalse kogemuse raames.

Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliinikumis toimus projekti „*Increasing midwives' ethical competence: a European Educational and Practice Development project (INEC)*“ raames (oktoober 2015–mai 2016) uuring, milles osales 7 haigla sünnitusosakonnas töötavat ämmaemandat. Uuringust osavõtnud ämmaemandate tööstaaž oli 3–24 aastat, vanus 28–50 aastat. Juhtumiuuringu eesmärk oli teada saada, kas ja kuidas aitab kovisioon tõsta töötajate enesekindlust ning lahendada efektiivsemalt keerulisi juhtumeid ja eetilisi dilemmasid, samuti, kuidas juhtida stressi. Uuringus osalenud ämmaemandad olid arvamusel, et tänu kaheksakuulisele programmile paranes omavaheline läbisaamine, kasvas vastutuse jagamise oskus, toimetulek tööstressiga ja rahulolu tööga. Ämmaemandad rõhutasid, et kuigi töökoormus ja ajanappus on jäänud samaks, võetakse neid töö loomuliku osana. (Merits jt, 2019: 2, 4).

2018. aastal olid Iirimaal kovisiooni pilootuuringu osalejateks õed ja ämmaemandad, osalejate arv oli 57. Uuringu kestvus oli 12 kuud, kokku toimus 12 seansi kestusega tund aega, rühma suurus 4–6 töötajat vanuses 21–60+. Eesmärk oli keskendumine töötajate isiklikele rollidele, töö kvaliteedile, otsuste langetamisele, töökvaliteedi tõstmisele. Osalejatel oli võimalus jagada oma erialaseid kogemusi erinevatest osakondadest kolleegidega, saada tagasiside nii töökaaslaste kui ka superviisori käest. Paljud osalejad kirjeldasid kovisiooni seansse oma tagasiside vormides sõnadega „jagamine, toetus, peegeldamine, õppimine, usaldusväärus, turvalisus“. (Mc Carthy jt, 2021: 2524–2530).

Supervisiooni eesmärk on aidata töötajal saavutada ja hoida toimivat professionaalset fookust, teadvustada oma õnnestumiste/ebaõnnestumiste tausta, leida uusi ressursse, lahendusi tööalaste probleemide ületamisel, näha arenguvõimalusi ja erialaseid tuleviku väljavaateid. Kogu protsess toimub superviisori juhendamisel (Kovisioon ja supervisioon). Supervisioon grupis on eriti kasulik tervishoiuasutuse töökeskkonnas, kuna ta lubab säilitada professionaalset toimetulekut stressirohketes situatsioonides (Lavery jt, 2016).

2011. aastal osales Londoni haiglas toimunud supervisiooni projekti raames 80 ämmaemandat rühmades, mis koosnesid 6–14 inimesest, kelle tööstaaž varieerus äsja tööle asunud kuni üle 20-aastase kogemusega tervishoiu töötajateni. Supervisiooni seansid lõpuni läbinud ämmaemandad hindasid oma kogemust kui „head“ või „suurepärasat“. Nad hindasid

eriti kõrgelt kohtumisi ja suhtlusvõrgustike loomist teiste ämmaemandatega ja murede jagamist töökogemuse osas. (Lavery jt, 2016: 10).

Supervisiooni sessioonid aitavad ämmaemandatele paremini aru saada naistest, kes kannatavad sünnitushirmu all. Seda oli demonstreeritud näiteks kvalitatiivse uuringu raames, kus osalejatega (nende rollis esines 4 kogenud ämmaemandat) oli korraldatud 10 kolmetunnilist supervisiooni sessiooni. Sessioonide järgseid kogemusi hinnati fookusrühma intervjuude põhjal. Leiti, et sessioonide tulemusena on paranenud osalejate suhtlemisoskused ja professionaalne pädevus. (Severinsson jt, 2010: 402–408).

Suure efektiivsusega on üldised tööstressi vähendamise meetodid, nagu jooga, mis mõjutab positiivselt emotsionaalsele heaolule ja suurendab vastupanuvõimet stressile (Hartfiel jt, 2011: 74). Tööstressi maandatavatest meetoditest on olulisel kohal ja teaduskirjanduses märgitud massaaž, erinevad relaksatsioonitehnikad, aroomiteraapia ja kunst: muusika, joonistamine, kollaažide valmistamine ja terapeutiline piltide kirjeldus (McDonald jt, 2014: 136).

Austraalias viidi 2004. aastal läbi uuring erakorralise meditsiini õdede seas, kus uuritavaid oli 69. Uuring näitas märgatavat stressi taseme langust tänu muusikale ja aroomiteraapilise massaažile. (Cooke jt, 2007: 1695). Aroomiteraapiline massaaž muusika saatel toimus kahel 12-nädalasel perioodil (talvel ja suvel). Katse-eelselt viidi läbi vastav test stressi taseme mõõtmiseks *Perceived Occupational Stress Scale* (POSS), samuti mõõdeti ärevustaset enne ja pärast massaažiseansi. Tulemused näitasid, et 92%-l osalejatest oli ärevustase madal või puudus. Aroomiteraapiline massaaž koos muusikaga näitas kohest positiivset mõju töötajate ärevustase leevendamisele, see on lihtsalt tehtav, vähe aeganõudev (seansside kestvus 15 min) ja võib läbi viia kas lõunapausi ajal või peale töövahetust. (Cooke jt, 2007: 1699–1702).

Suurbritannias tehtud uuring näitas kunstiteraapia efektiivsust tööstressi vähendamiseks hospiitsi töötajatel. Uuringu kestus oli 6 kuud (uuritavate arv 6, tööstaaz 8–15 aastat). Uuringule eelnes ja järgnes intervjuerimine, mille jooksul osalejad jagasid töökogemusi, tööst tingitud stressi, isiklike kogemusi (varasem suhe) kunstiga ja oma arvamust töökohal esitatud kunstiteostest. Kunstiteraapia sisaldas näitusel eksponeeritud kunstiteoste vaatamist, arutamist ja loomingulisi ülesandeid (kunsti loomine, lähtudes oma emotsioonidest, töö erinevatest aspektidest) ja arutelu loodud kunstiüksuste üle. Uuringu järel oli uuritavatel võimalus jagada oma mõtteid, tundeid, kogemusi, tööalaste väljakutsete muutumist/uue pilguga vaatamist kunsti kaudu, perspektiive, tundides saadud kogemusi. Kunstiteraapial põhinev lähenemine aitas palliatiivravi meeskonnal suurendada isiklikku

heaolu, loovust, parandada suhtlust, leevendada stressitaset, vähendada läbipõlemist. (Val Huet, 2017: 2–11).

Sorenson jt (2016: 462) kirjeldavad enese eest hoolitsemist kui tõhusat meetodit toimetulekuks. Enda eest hoolitsemine sisaldab järgmisi aspekte: eneserefleksioon, kaasa arvatud oma stressitaseme ja päästikute („*trigger*“) hindamine, emotsionaalse vastuse reguleerimine; elu ja töö mõte leidmine; tervete emotsioonipiiride asetamine; tervislik elustiil, toitumine ja uni. Avatud suhtlemine kolleegidega, psühholoogiline abi, kui toimub kokkupuude traumaatiliste sündmustega, on samuti vajalikud. (Edwards ja Anderson, 2016: 28).

Teadveloleku praktika (*mindfulness*) on tõenduspõhine stressiga toimetuleku viis. Uuringud, mis viidi läbi aastatel 2007–2008 ja 2015 praktikantide ja tervishoiutöötajate seas, näitasid, et teadveloleku praktika vähendab ärevust, stressi ja läbipõlemise sümptomeid. Samuti on tõendeid selle kohta, et meetod tõstab empaatiat ja kaastunnet. Teadveloleku praktika põhineb iidsetel budistlikul meditatsioonipraktikal, mille võttis tervishoius esmakordselt kasutusele 1970-ndate lõpus Jon Kabat Zinn. Algselt oli tegemist kroonilise valuga toimetuleku viisiga, mis hiljem arendati teadveloleku praktika nn stressi vähendamise programmiks. Hiljem on meetod adapteeritud ka tervishoiutöötajate jaoks. (Hunter, 2016: 919).

Teadveloleku praktika hõlmab erinevaid meditatsioonipraktikaid, mis sisaldavad keskendatud hingamist, mõtlemist, kehataju, igapäevatoiminguid. Teadveloleku arendamine võimaldab analüüsida oma mõtteid, tundeid, kogemusi (eriti stressirohkeid), võimaldades juhtida ja valitseda oma emotsionaalseid reaktsioone sündmustele, millel võib olla mõju tervisele ja elukvaliteedile. Isegi ilma läbipõlemiseta võib stress negatiivselt mõjutada patsientide kohtlemist, kuna ämmaemandad näevad vaeva, et kasutada professionaalset filosoofiat „naistega koos olemisest“ nõudega vastata institutsionaalsetele nõudmistele. (Warriner jt, 2016).

Teadveloleku meditatsiooni neuroloogilised eelised on seotud emotsionaalse intelligentsuse, eriti empaatia ja eneseregulatsiooni suurenemisega. 2015. aastal viidi Inglismaal läbi uuring (uuritavate arv 46) teadveloleku praktika mõjust, mis näitas positiivset mõju isegi 4–6 kuu möödudes. Nii näiteks märkis 83% osalejatest positiivset mõju stressi vähenemisele, 74% enesekaastundele ja 91% teadveloleku tasemele. (Warriner jt, 2016).

Enesekaastunne võib tunduvalt vähendada empaatiast tingitud läbipõlemise ja kaastundeväsimuse riski. See nõuab stressi ajal eneserahustamise (*self-soothie*) õppimist. On

tõestatud, et inimesed, kes väljendavad enesekaastunnet rasketes olukordades, ei ole nii vastuvõtlikud stressile, ning nende jaoks vaimse probleemide tekkimine on väiksema tõenäosusega. Samuti on viiteid sellele, et kõrgema emotsionaalse vastupidavusega inimesed ei ole nii murelikud võimaliku läbikukkumise pärast ja saavad paremini hakkama rasketes olukordades. (Beaumont jt, 2016: 243).

Töö meeskonnas ja pidev õppimine võivad osutuda väga kasulikuks. (Sorenson jt, 2016: 462). Ämmaemandate heaolu tasemele mõjuvad positiivselt töötajate koosolekud vahetuse lõpus ja meeskonnatunde tugevdamise sessioonid (*team bonding sessions*). Selliste koosviibimiste tulemusena vähenesid osavõtjate läbipõlemise tasemed tunduvalt. Samal ajal on teatud raskusi nende meetmete rakendamisega terve asutuse tasemel, mis on seotud madala osavõtuga. (O’Riordan jt, 2019).

Suureks abiks on õpeprogrammid (õppeasutuse tasemel või erialaste kursuste raames), mis aitavad tervishoiutöötajatele märgata ja ennetada kaastundeväsimust (Sorenson jt, 2016: 462). Tervishoiu õppeasutustes soovitatakse sisse viia õppeained, mis arendaksid tulevaste ämmaemandate kaastunde ja osavõtlikkuse kujundamist ning stressi vähendamise oskust, mis on vajalikud tulevases kutsetöös. Enda eest hoolitsemist õpetavad koolitused soodustavad negatiivsete refleksioonide vähendamist, mis omakorda tõstab tõhusust tööülesannete lahendamisel. (Beaumont jt, 2016: 243).

Töötajatele abi osutamise programmid ja psühholoogiline abi on vajalikud juhul, kui tervishoiutöötaja tunneb selliseid stressi ilminguid, nagu unetus, halb enda eest hoolitsemine jms (Edwards ja Anderson, 2016: 27). Tuleb rõhutada, et emotsionaalse kurnatuse vähenemist soodustab sobivate töötingimuste tagamine. Paindlik tööaeg, abivalmis juhtimine, töö autonoomsus vähendab emotsionaalset kurnatust. Sobiliku elu ja töö bilanssi toetus tööandja poolt vähendab läbipõlemist. (Yoshida ja Sandall, 2013).

On tõestatud, et psühholoogilised ja erialased täiendkoolitused mõjuvad efektiivselt läbipõlemise sündroomi ja sellega seotud isiklike probleemide ületamiseks, neid saab kasutada läbipõlemise ennetamiseks (Škodová ja Lajčiaková, 2015).

5. ARUTELU

Selle uurimistöö eesmärk oli kirjeldada tõendus põhise teoreetilise kirjanduse ülevaate teel, millised tegurid mõjutavad empaatiat ämmaemanda töös, selle kujunemist ja säilimist, riske mõjutavaid tegureid ämmaemanduses, võimalikke toimetulekuviise, empaatia mõju ämmaemanda töö efektiivsusele. Uurimistöö kirjutamisel selgus, et empaatia on mitmekülgne nähtus, millel puudub ühine definitsioon. See asjaolu tekitab lisaraskusi empaatia uurimisel. Erinevad autorid on pakkunud välja mitmeid definitsiooni, mis puudutavad empaatia eriaspekte. Enamik autoritest nõustub sellega, et empaatia põhitunnus on võime vaadelda situatsiooni teise inimese vaatepunktist, säilitades seejuures oma nägemuse toimuvast. (Charitou jt, 2019: 1). Töö autor on arvamusel, et kuna empaatia on väga lai filosoofiline ja psühholoogiline mõiste, siis ei saagi olla ühest ja ammendavat definitsiooni. Siiski peab selle töö autor täpsemaks empaatia definitsiooni patsiendi hoolduse vaatepunktist. Hojat (2016) rõhutab samuti, et empaatia on enamasti tunnetuslik vahend, mille juurde kuulub arusaam patsiendi tunnetest, muredest ja perspektiividest ning samuti võime anda patsiendile teada sellest arusaamast.

Viimasel ajal kasvab empaatia rolli arusaam erinevates teadusharudes, seega empaatiat on laialdaselt uuritud erinevates valdkondades, nagu sotsioloogia, psühholoogia, kulturoloogia, samuti meditsiiniteadus (Decety ja Fotopoulou, 2014). Vaatamata sellele on empaatiat ämmaemanduses käsitlevate teadustööde ja autorite arv piiratud (võrreldes näiteks õenduse ja arstiteaduse erialadega). Kuna ämmaemandus on väga oluline distsipliin, siis on töö autori arvates empaatia edasine põhjalik uurimine ämmaemanduse valdkonnas igati vajalik, et tõhustada emadushoolduse kvaliteeti.

Empaatia kujunemine on olnud mitmete uuringute teemaks. On näidatud, et empaatia tekkes on olulised isiksuse omadused (McDonald jt, 2011: 6). Teiselt poolt ollakse arvamusel et empaatiat on võimalik omandada väljaõppe teel – suur roll on vastavate programmide teel omandatud oskustel. Isiksuste omaduste vaatepunktist on avastatud oluline korrelatsioon empaatia ja enesehinnangu, inimestevaheliste läbikäimiste, suhtlemisoskuse ja eneseefektiivsuse (see on usk oma tegevuse efektiivsusesse) vahel. Üliõpilase motivatsioon saada tervishoiutöötajaks korreleerub tema empaatiatasemega: kõige empaatilisteks osutuvad need üliõpilased, kelle õpimotivatsioon on kõrgem. (Kim, 2018: 230). Autori arvamusel võib põhjuseks olla see, et suurem huvi tervishoiuga seotud erialade vastu on omane pigem empaatilisematele noortele – soov hoolitseda teiste inimeste tervise eest ja abivalmidus on tihedalt seotud empaatiaga. Eelnev halb suhtlemiskogemus võib osutada

negatiivset mõju tervishoiutöötaja empaatiale patsiendi suhtes. Autori arvates võib selline negatiivne kogemus töötajal, s.h ämmaemandal tekitada mulje, et empaatiline suhtlemine ei aita kaasa probleemide lahendamisele, kuna patsiendid on justkui tänamatud ja empaatia avaldamine nende suhtes on mõttetu.

Väljaõppe vaatepunktist saab empaatiaoskusi arendada õppimise ja harjutamise teel. See õppetegevus võib sisaldada diskussioone, rollimänge, stsenaariumi-põhiseid simulatsioone, mis on suunatud suhtlemisoskuste arendamisele, enesekindluse ja enese-efektiivsuse tõstmisele. On leitud, et sellised õppetegevused on efektiivsemad võrreldes ainult teooriapõhise õppimisega. Tuleb rõhutada, et õppeasutusel on tähtis roll empaatia kujundamisel tulevastel tervishoiutöötajatel. Vastavate õppeprogrammide elluviimine võib suurel määral mõjuda ravisoostumust ja tõsta patsientide üldrahuolu tervishoiusüsteemi poolt osutatavate teenuste kvaliteediga. (Kim, 2018: 235). Töö autor on seisukohal, et lisaks väljaõppimise teel omandatud empaatiaoskuste tähtsusele, mängib väga suurt rolli tervishoiutöötaja isiksusest tulenev empaatiavõime. Nii näiteks on empaatiline kuulamine hea kuulamisoskuse eraldamatu osa: kehakeel, silmside loomine patsiendiga, kõnetempo, arusaadavas keeles vestluse (ilma keerulise terminoloogiata või vajaduse korral raskete sõnade lahtiseletamine) pidamine võivad aidata paremini aru saada patsiendi muredest ja selle kaudu parandada ravisoostumust. Toetudes isiklikule praktikakogemusele, teeb töö autor järelduse, et tihti ilmnevad mitmed olulised tõigad patsiendi terviseseisundi, tekkinud probleemide ja murede kohta alles pärast empaatilist vestlust, mille käigus esitati patsientidele avatud küsimusi, näidati, et neile elatakse kaasa ja suhtutakse tundliku hoolega.

Praegusel ajal puuduvad kindlad andmed selle kohta, kui võrd kasulikud on empaatia testid vastuvõtul tervishoiu õppeasutustesse. Mõned uuringud näitavad taoliste testide kasulikkust, kuna nad eeldatavasti aitavad valida tervishoiuga seotud ametitele kõige sobivamaid üliõpilasi, tõsta teenuste efektiivsust ja vähendada väljaõpetamisega seotud kulusid (Hojat, 2014). Samas seatakse kahtluse alla empaatia testide põhjendatus (Hemmerdinger jt, 2007: 29).

Empaatia kvantitatiivne hindamine jääb keeruliseks ülesandeks. Keerukus on osaliselt tingitud empaatia mõiste mitmemõõtmelisusest ja täpse definitsiooni puudumisest. Jääb küsitavaks, kes peab empaatiat hindama ja millised hinnangud on kõige usaldusväärsemad: kas hinnangud, mis põhinevad teatud kriteeriumidel, need, mis põhinevad enesehindamisel või need, mida annavad patsiendid? (Hemmerdinger jt, 2007: 25). On pakutud erinevaid empaatia hindamiseks mõeldud instrumente ja skaalasisid. Ainult väike osa nendest on rahvusvahelisel tasemel tunnustatud ja aktsepteeritud. On tõendeid, et just patsiendi antud

empaatia hinnangud korreleeruvad positiivsete kliiniliste tulemustega. (Jani, 2012: 253). Töö autor on nõus sellega, et just patsiendi antud empaatia hinnangud on kõige usaldusväärsemad, kuna nad peegeldavad olukorda patsiendi vaatepunktist. Nagu praktika näitab, mäletavad patsiendid tihti aastaid tagasi tervishoiu töötajate öeldud toetavaid sõnu, jagavad oma positiivseid ja negatiivseid kogemusi, empaatia olemasolu või selle puudumist. Töö autori arvates on Jeffersoni skaala (*Jefferson Scale of Empathy, JSE*) ja ämmaemandate empaatia skaala (*Midwifery Empathy Scale, MES*) toimivad valideeritud mõõdikud, mis võimaldavad hõlpsasti empaatia taset mõõta.

Uuringud näitavad, et on olemas positiivne korrelatsioon empaatia väljendamise naise suhtes ämmaemanda (ja üldse tervishoiu töötaja) poolt ja naise üldise rahuolu vahel. Nii näiteks sünnitamise ajal väheneb vajadus valuvaigistite kasutamiseks, naise psühholoogiline seisund jääb stabiilsemaks, sünnitusprotsessi tajutakse positiivsemana (Aktaş jt, 2016). Samal ajal on leitud, et kõrge empaatia tase tervishoiutöötajatel võib avaldada negatiivset mõju nende psühholoogilisele seisundile: näiteks komplitseeritud sünnitusega seotud emotsionaalselt rasked läbielamused võivad tekitada posttraumaatilist stressi. See võib omakorda põhjustada töötajate lahkumist ametist. (Sheen jt, 2014). Töö autor on seisukohal, et just ämmaemandus on see tervishoiu eriala, mis nõuab kõrget empaatiat ja loomingulist lähenemist, kuna töö spetsiifika nõuab empaatilisust, et pakkuda hooldust ja toetust erinevates, kohati rasketes kriisiolukordades ja keerulistes situatsioonides. Sageli ei vaja toetust ja tähelepanu mitte ainult naised, vaid ka nendega koos olevad perekonnaliikmed ja/või tugiisikud. Kõrge stressitase, emotsionaalselt rasked ja pingelised olukorrad, kannatuste nägemine ja mõnikord võimatus aidata aidata (patsient keeldub pakutavast ravist, abist, psühholoogi või kriisinõustaja visiidist), vajadus kiiresti ümber lülituda ühelt patsiendilt teisele, võib viia läbipõlemiseni. Praktikate käigus on selle töö autor mitu korda kokku puutunud läbipõlemistunnustega tervishoiutöötajatega. Probleemi muudavad keerulisemaks mõnikord olukorrad, kus tervishoiu töötajad ei räägi oma raskustest ja läbielamisest – neid peetakse iseenesestmõistetavateks ja tervishoiu töö lahutamatuks osaks.

Nagu teiste tervishoiutöötajate puhul, kogevad ämmaemandad, võrreldes teiste valdkondade töötajatega, suuremat stressi ja traumasid, kuna töö on seotud patsientide emotsioonide, kannatuste ja vahel ka surmaga. Ämmaemandaid ohustab kõrge emotsionaalse kurnatuse ja läbipõlemise risk, mis omakorda võib põhjustada kehvemat patsiendihooldust ja suurenenud personali voolavust. Emotsionaalselt kurnatud ämmaemandad võivad kogeda kaastundeväsimust. Seega vajab olukord toimivat lahendust, mis toetaks ämmaemandate emotsionaalset püsivust, eesmärgiga säilitada ämmaemandate heaolu, pakkuda võimalikult

head emadushooldust. (Pezaro jt, 2016: e60, e64). Töö autor nõustub, et kaastundeväsimus, stress, psühholoogilised traumad võivad negatiivselt mõjutada nii ämmaemandate vaimset ja füüsilist tervist kui ka töö kvaliteeti.

Võimalikeks lahendusteks on pakutud erinevaid toimetulekuviise: kovisiooni, supervisiooni, teadveloleku praktikat, joogat, aroomiteraapilist massaaži muusika saatel, kunstiteraapiat ja enesekaastunnet.

Kovisiooni eesmärk on ühist tööd tegevate inimeste kokku viimine, kus tänu usalduslikule ja võrdsele keskkonnale saavad inimesed jagada kogemusi, saada ideid, õnnestumisi, toetada üksteist keerukate tööalaste situatsioonide ja probleemide lahendamisel. Supervisiooni roll on superviisori juhendamisel aidata inimestel näha ressursse, kasvuruumi, leida lahendusi tööalastes küsimustes, suurendada toetust, meeskonna ühtsust töökollektiivi sees. Nii kovisioon kui ka supervisioon on uuringute põhjal vahendid, mis aitavad tõhusamalt toime tulla tööstressist tingitud läbipõlemisega ämmaemandatel (Kovisioon ja supervisioon). Töö autor on seisukohal, et nii regulaarne kovisioon ja supervisioon on tõhusad toimetulekutehnikad ning vajaksid regulaarset läbiviimist, et aidata ämmaemandatel keeruliste olukordadega hõlpsamini toime tulla.

Selgub, et jooga aitab kaasa kardiopulmonaalsele ja kesknärvisüsteemi funktsioneerimisele, normaliseerib hingamissagedust, langetab vererõhku, väsimuse, ärevuse ja depressiooni sümptomeid. Vastavalt uuringutele peetakse joogat tõhusaks vahendiks töökohal heaolu parandamiseks (Hartfiel jt, 2011: 71). Aroomiteraapiline massaaž muusika saatel on efektiivne vahend õendustöötajate ärevuse ja stressitaseme vähendamisel. See meetod on lihtne, seda on võimalik rakendada lõunapauside ajal, enne või vahetult peale töövalvet. (Cooke jt, 2007: 1702)

On leitud, et teadveloleku praktika vähendab stressi ja läbipõlemise sümptomeid tervishoiutöötajate seas. Positiivset mõju on täheldatud emotsionaalsele intelligentsusele, eriti empaatialle, eneseregulatsioonile, vastupidavusele, enesekaastundele, tähelepanelikkusele, stressi ja ärevuse vähendamisele (Warriner jt., 2016). Enesekaastunne on samuti seotud heaolu tundega ja parema enesetundega, madalama läbipõlemise ja kaastundeväsimuse tasemega. Enesekaastunde arendamine aitab kaasa keerulistes situatsioonides paremate toimetulekustrateegiate leidmisel ja stressiga toimetulekul. (Beaumont jt, 2016: 242–243).

Töö autor on seisukohal, et tänu mitmekesistele meetoditele on võimalik toime tulla empaatiast tingitud riskidega. Olulisel kohal on nii tervishoiutöötajate motivatsioon kui ka

enesearendamise soov ja avatus. Teiselt poolt on tähtis haiglate juhtkonna roll oma töötajate heaolu tagamises. Töö autor avaldab arvamust, et tähtsal kohal on ühiskonnas suhtumise muutmine tervishoiu töötajatesse. Tihedamini tuleks valgustada tervishoiu töö erinevaid aspekte – läbipõlemine, toimetulek sellega ja samuti on vajalik, et patsiendid jagaksid rohkem oma positiivseid kogemusi.

Tervishoiu kvaliteedisüsteemi ülesanne on tagada parim võimalik tulemus kõikide teenuses osalevate isikute jaoks, kusjuures arvesse on võetud osapoolte vajadused ja huvid (Kiivet jt, 2015: 7). Kvaliteediindikaatoreid saab kasutada erinevatel eesmärkidel, need annavad võimaluse mõõta esialgset olukorda, et hinnata vajadusi, seada realistlikke eesmärke, valida tõhusaid sekkumisi paremate tulemuste saavutamiseks (de Bruin-Kooistra jt, 2012: 301).

Olulisel kohal on juhtkonna pingutused, mis aitavad tõsta töökvaliteeti, vähendada personali voolavust, tagada paremaid ravitulemusi ja tõsta patsientide rahulolu. Töö autor on arvamusel, et ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks ja kvaliteedi kõrge taseme hoidmiseks oleks vaja rakendada kvaliteediindikaatorid. Nagu selgub „Ämmaemanduse arengukavast 2019–2024“ on kvaliteediindikaatorite määramine üks ämmaemandusabi lähiaja eesmärkidest (Ämmaemanduse arengukava..., 2019: 24).

Lähtudes ülalmainitust võib väita, et empaatia on ämmaemanda töö lahutamatu osa, nii et empaatia olemuse ja seda mõjutavatest teguritest arusaamine on kriitilise tähtsusega selleks, et ämmaemanda teenuste kvaliteet oleks võimalikult kõrgel tasemel. Autori arvamusel on empaatia säilitamise tähtsus tervikuna Eesti tervishoiu süsteemis alatähtsustatud. Esikohale seatakse patsiendi ravitulemusi ja tervenemine ainult füsioloogilisest vaatepunktist, tagaplaanile jääb raviprotsessiga seotud empaatiline komponent. Kirjanduse uurimine kinnitab, et empaatial on väga suur tähtsus positiivses ravisoostumuses. Tuleb pöörata tähelepanu empaatia arendamisele tervishoiu õppeasutustes ja selle säilitamisele tervishoiutöötajatel.

Ettepanek:

1. Kasutada lõputööd ämmaemanda õppekaval õppematerjalina empaatiaalaste teadmiste süvendamiseks.
2. Viia läbi Eestis töötavate ämmaemandate seas uuring, kasutades ämmaemandate empaatia skaalat (*Midwifery Empathy Scale – MES*), eesmärgiga selgitada välja ämmaemanda empaatiat mõjutavad tegurid.

JÄRELDUSED

Lõputöös püstitatud eesmärkide põhjal töö autor jõudis järgmistele järeldustele:

- Empaatia on mitmekülgne nähtus, mis seisneb situatsiooni tajumises patsiendi vaatepunktist, ja võimest talle seda näidata, samal ajal kaotamata oma isiksust. Empaatia kujunemist mõjutavad väga erinevad tegurid. Nende hulka kuuluvad sotsiaalsed, kultuurilised, hariduslikud ja isiksusest pärinevad mõjurid. Negatiivset mõju empaatiale osutuvad eelnevad halvad suhtlemiskogemused, vastav kultuuriline ja sotsiaalne keskkond, empaatia rolli alahindamine. Empaatia tekkimist ja säilitamist võib väga positiivselt mõjutada väljaõpe, mis sisaldab nii teoreetilisi kui ka praktilisi tunde, nende hulgas rollimänge, simulatsioone jms. Empaatia kvantitatiivseks hindamiseks on pakutud erinevaid skaalasid. Patsiendi antud ämmaemandate empaatia hinnangud korreleeruvad positiivsete kliiniliste tulemustega kõige paremini. Jeffersoni skaala (*Jefferson Scale of Empathy – JSE*) ja ämmaemandate empaatia skaala (*Midwifery Empathy Scale – MES*) võimaldavad hõlpsasti mõõta empaatia taset.
- Empaatia on osutunud ämmaemanda töö lahutamatuks osaks: patsiendid vajavad empaatia avaldamist ämmaemanda poolt erinevates situatsioonides, eriti aga füüsiliselt ja psühholoogiliselt haavatavates olukordades. Ämmaemanda empaatia toob kaasa paremat soovitude jälgimist naise poolt, parandab ravisoostumust, kergendab raseduse, sünnituse kulgu ja sünnitusjärgset perioodi. Kõik see tõstab ämmaemanda töö efektiivsust, rahuolu oma ametiga, ka patsientide rahuldustunnet tervishoiu süsteemiga.
- Kõrge empaatia tase võib ämmaemandal põhjustada stressi traumaatilise töökogemuse tagajärjel, viia kaastundeväsimuse, läbipõlemise ja ametist lahkumiseni. Kaastundeväsimus on kumulatiivne protsess, mille teket soodustavad neli peamist tegurit: ebapiisav enese eest hoolitsemine, varasem lahendamata traumaatiline kogemus, halb toimetulek tööstressiga ja rahulolematus tööga. Tähtsat rolli mängivad kaastundeväsimuse vähendamises kovichioon, supervisioon, jooga, aroomiteraapiline massaaž muusika saatel, kunstiteraapia, teadveloleku praktika ja enesekaastunne.

Töö eesmärk ja ülesanded said täidetud.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Adalia, E.G., Hernández-Luengo, M., Bartolomé-Gutiérrez, R., Rodríguez-Martín¹, B., Jiménez-López, E., Martínez-Andrés, M. Expectations and Experiences of Women in Pregnancy, Childbirth, and Infant Feeding: A Qualitative Research Protocol. *International Journal of Qualitative Methods*, 20. <https://doi.org/10.1177/16094069211011901>.
- Aktaş, S., Pasinlioğlu, T., Yeşilçiçek Çalık, K. (2016). The effect of Empathy Training Given to Midwives on Mothers' Birth Perceptions and Their Satisfaction with Midwives. *Life Sciences*. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/229942> (26.04.2020).
- Aktaş, S. ja Pasinlioğlu, T. (2020). The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: A quasi-experimental study. *Journal of evaluation in clinical practice*. <https://doi.org/10.1111/jep.13523>.
- Aven, T. (2012). The risk concept — historical and recent development trends. *Reliability Engineering & System Safety*. 99, 33–44. <https://doi.org/10.1016/j.res.2011.11.006>
- Barrett-Lennard, G.T. (1981). The empathy cycle: refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91–100. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.28.2.91>.
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Baena-Baños, M., Romero-Sánchez, J. M. (2017). Efficacy of empathy training in nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 59. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.012>.
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239–244. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002>
- Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., Huggard, J. Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*. 3(1), 60–81. <https://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.4>
- Bhutani, J., Bhutani, S., Balhara, Y. P. S., Kalra, S. (2012). Compassion Fatigue and Burnout Amongst Clinicians: A Medical Exploratory Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 332–337. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.108206>
- Byrom, Sh., Downe, S. (2010). 'She sort of shines': midwives' accounts of 'good' midwifery and 'good' leadership. *Midwifery*, 26(1), 126–37, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.01.011>.
- Базаркина М.Н., Ступникова Е.Д. (2017). О роли эмпатии в отношениях врач-пациент. *Bulletin of Medical Internet Conferences*, 7(1). <https://medconfer.com/files/archive/2017-01/2017-01-67-A-11561.pdf> (06.04.2020).
- Bellet, P. S., Maloney, M. J. (1991). The Importance of Empathy as an Interviewing Skill in Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 266(13), 1831–1832. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/392335> (13.02.2021).
- Charitou, A., Ffli, P., Vivilaki, V. G. (2019). Is empathy an important attribute of midwives and other health professionals? A review. *European Journal of Midwifery*, 3:4.

<https://dx.doi.org/10.18332/ejm/100612> (03.03.2021).

Christison, G. W., Haviland, M. G., Riggs, M. L. (2002). The medical condition regard scale: measuring reactions to diagnoses. *Academic Medicine*, 77(3), 257–262.
<https://doi.org/10.1097/00001888-200203000-00017>.

Cocker, F. Ja Joss, N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 13(6), 618, 1–18.
<https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>

Cohen, R., Leykin, D., Golan-Hadari, D., Lahad, M. (2017). Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives. *Midwifery*, 50, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.009>

Cooke, M., Holzhauser, K., Jones, M., Davis, C., Finucane, J. (2007). The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses: comparison between summer and winter. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1695–1703.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01709.x>

de Bruin-Kooistra, M., Amelink-Verburg, M. P., Buitendijk, S. E., Westert, G. P. (2012). Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), 301–310. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs006>

Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126.

Deane-Gray, T., 2008. Effective communication. Raamatus: Peate, I., Hamilton, C. (toim). *Becoming a Midwife in the 21th Century*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.

Decety, J., Fotopoulou, A. (2014). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories, *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4294163/pdf/fnbeh-08-00457.pdf>
(24.04.2020).

Derksen, F., Bensing, J., Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63 (606), e76–e84.
<https://bjgp.org/content/63/606/e76> (25.04.2020).

Edwards, M. ja Anderson, J. (2016). What do you know about compassion fatigue in midwifery? *Australian Midwifery News*, 16(4), 26–28.
https://www.researchgate.net/publication/312022269_What_do_you_know_about_compassion_fatigue_in_midwifery (03.04.2022).

Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2013 (2013). Haigekassa, Sotsiaalministeerium. Tallinn. http://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5809/1/Hinnangud_tervisele2013.pdf
(26.04.2020).

Emotional Intelligence. Eagle Ridge, 2013. <http://www.eagleridgeconsulting.com/wp-content/uploads/2017/03/Emotional-Intelligence.pdf> (05.10.2022).

Empathy. In: Online Etymology Dictionary. (2001–2021).
<https://www.etymonline.com/word/empathy> (28.02.2021).

Essential Competencies for Midwifery Practice 2018 update (2019). International Confederation of Midwives. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-en-screens.pdf> (28.04.2020). Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery*, 27(6), e231-e237. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.004>

Goldbort, J., Knepp, A., Mueller, C., Pyron, M. (2011). Intrapartum Nurses' Lived Experience in a Traumatic Birthing Process. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(6), 373–380. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31822de535>

Goleman, D., 1997. *Emotionaalne Intelligentsus*. Varrak, Tallinn: 2007.

Halpern, J. (2012). Clinical Empathy in Medical Care. Raamatus: Decety, J. (toim). (2012). *Empathy. From Bench to Beside*. London, England: The MIT Press.

Hansen, E. M., Eklund, J. H., Hallén, A., Bjurhager, C. S., Norrström, E., Vihman, A., Stocks, E. L. (2018). Does Feeling Empathy Lead to Compassion Fatigue or Compassion Satisfaction? The Role of Time Perspective. *The Journal of Psychology*, 152(8). <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1495170>

Hartfiel, N., Havenhand, J., Khalsa, S. B., Clarke, G., Krayner, A. (2011). The effectiveness of yoga for the improvement of well-being and resilience to stress in the workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37 (1), 70–76. <https://doi.org/10.5271/sjweh.2916>

Hearn, S. (2016). What do we mean by 'impact'? Research in Action. <https://www.researchtoaction.org/2016/02/what-do-we-mean-by-impact/> (04.12.2022).

Hemmerdinger, J.M., Stoddart, S.D.R., Lilford, R.J. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 7, 24.

Hildingsson, I., Westlund, K., Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(3), 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.07.001>

Hojat, M. (2016). *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Berlin/Heidelberg, Saksamaa.

Hojat, M., DeSantis, J., Gonella, J. S. (2017). Patient Perceptions of Clinician's Empathy: Measurement and Psychometrics. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 78–83. <https://doi.org/10.1177/2374373517699273>

Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T. J. et al. (2002). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*, 77(suppl): S58–S60. <https://doi.org/10.1097/00001888-200210001-00019>

Hojat, M., LaNoue, M., (2014). Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *International Journal of Medical Education*, 5, 73–81.

Hunsaker, S., Chen, H.C., Maughan, D. and Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47, 186–194.

<https://doi.org/10.1111/jnu.12122>

Hunter, L. (2016). Making time and space: the impact of mindfulness training on nursing and midwifery practice. A critical interpretative synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (7–8), 918–929. <https://doi.org/10.1111/jocn.13164>

Jahanshahi, Z., Sarabi, A. G., Borhani, F., Nasiri, M., Anboohi, S. Z. (2017). The correlation between the clinical competency and empathy of nurses: Case study, Intensive Care Units of the educational hospitals of Kerman Medical Sciences University, Iran. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(3), 694–701. <http://www.atmph.org/article.asp?issn=1755-6783;year=2017;volume=10;issue=3;spage=694;epage=701;aulast=Jahanshahi> (25.04.2020).

Jani, B.D., Blane, D.N., Mercer, S.W. (2012). The Role of Empathy in Therapy and the Physician – Patient Relationship. *Forschende Komplementärmedizin*. 19(5), 252–257. <https://doi.org/10.1159/000342998>

Kartini, D.A., Raden, A., Utami, F.S., Makiyah, SN. N. (2019). Patient Satisfaction Health Insurance Participants In Childbirth Care. *Indonesian Journal of Nursing and Midwifery*. 7(3), 190–200. <https://ejournal.almaata.ac.id/index.php/JNKI/article/view/1144/pdfdw7> (17.08.2022).

Katsantoni, K., Zartaloudi, A., Papageorgiu, D., Drakopoulou, M., Misouridou, E. (2019). Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care Providers in Greece. *Materia Socio-Medica*, 31(3), 172–176. <https://doi.org/10.5455/msm.2019.31.172-176>

Kheirkhah, M., Shayegan, F., Haghani, H., Jafar Jalal, E. (2018). The Relationship Between Job Stress, Personality Traits and the Emotional Intelligence of Midwives Working in Health Centers of Lorestan University of Medical Sciences in 2017. *Journal of Medicine and Life*, 11(4), 365–370.

Kim, J. (2018). Factors influencing nursing students' empathy. *Korean Journal of Medical Education*, 30(3), 229–236. <https://doi.org/10.3946/kjme.2018.97>

Kiivet, R., Kalda, R., Petersen, M., Ringmets, I., Themas, E. *Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine: III etapp. Ettevalmistustööd kvaliteedisüsteemi arendamiseks ja kvaliteediindikaatorite rakendamissüsteemi väljatöötamine*. Tartu Ülikool, Tervishoiu instituut. Tartu, 2015. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/kvaliteedisysteem2015.pdf (01.12.2022).

Kovisioon ja supervisioon. Self. <http://www.self.ee/koolitused/arendamine/kovisioon-ja-supervisioon> (18.07.2022).

Kutsestandardid: Ämmaemand, tase 6. (2018). Sihtasutus Kutsekoda. <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10684513> (29.04.2020).

La Monica, E.L. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing & Health*, 4(4), 389–400. <https://doi.org/10.1002/nur.4770040406>

Lavery, J., Wolfe, M., Darra., S. (2016). Exploring the value of group supervision in

midwifery: Part 1. *British Journal of Midwifery*, 24(3), 196–202.

<https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.3.196>

Layton, J. M. (1979). The use of modeling to teach empathy to nursing students. *Research in Nursing & Health*, 2(4), 163–176. <https://doi.org/10.1002/nur.4770020405>

Lee, K.-Ch., Yu, Ch.-Ch., Hsieh, P.-L., Li, Ch.-Ch., Chao, Y.-F.C. (2018). Situated teaching improves empathy learning of the students in a BSN program: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 64, 138–143. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.013>

Leinweber, J., Creedy, D.K., Rowe, H., Gamble, J. (2017). Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women and Birth*, 30(1), 40–45; <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.006>

Leinweber, J., Rowe, H.J. (2010). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1): 76–87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>

Liao, X., Wang, J., Zhangb, F., Luo, Zh., Zeng, Y., Wang., G. (2022). The levels and related factors of compassion fatigue and compassion satisfaction among family caregivers: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Geriatric Nursing*, 45, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.02.016>

Malouf, R., Henderson, J., Alderdice, F. (2019). Expectations and experiences of hospital postnatal care in the UK: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMJ Open*, 9, e022212. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022212>

McCarthy, V. jt (2021). Nurses and midwives' experiences with peer-group clinical supervision intervention: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2523–2533. <https://doi.org/10.1111/jonm.13404>

McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., Vickers., M. Personal resilience in nurses and midwives: Effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse*, 45(1), 134–143. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.134>

McDonald, N. M., Messinger, D. S., The Development of Empathy: How, When, and Why. Raamatus: In Acerbi Lombo, A. J. A. ja Sanguineti, J. J. (toim). (2011). *Free will, Emotions, and Moral Actions: Philosophy and Neuroscience in Dialogue*. Rome, Italy: IF-Press.

Mehrabian, A., Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4), 525–543.

Mercer, S.W., Maxwell, M., Heaney, D., Watt, G.C. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(5), 699–705. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>

Merits, M., Bartels, I., Kärema, A. (2019). Peer group supervision is an efficient method to assist midwives to solve complicated cases: A case-study in the Women's Clinic, East-Tallinn Central Hospital, Estonia. *European Journal of Midwifery*, 3:17. <https://doi.org/10.18332/ejm/112255>

Mollart, L., Skinner, V. M., Newing, C., Foureur, M. (2013). Factors that may influence

- midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth*, 26(1), 26–32.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.08.002>
- Moloney, S., Gair, S. (2015). Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences. *Woman and Birth*, 28(4), 323–328.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.009>
- Morse, J.M, Anderson, G., Bottorff, J.L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S.M., McIlveen, K.H. (1992). Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image – the journal of nursing scholarship*. 24, 273–280. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00733.x>
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 26(3), 203–2019.
<https://doi.org/10.1108/09526861311311409>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 26.
<https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- Nicholls, L., Webb, Ch. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 414–29.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04026.x>
- Novoselova, J.A. (2016). Особенности эмпатии у медицинских работников на примере КГБУЗ Городская поликлиника №11 г. Барнаул. Барнаул: Алтайский государственный медицинский университет.
https://asmu.ru/upload/medialibrary/d6c/Novoselova_Yana_Aleksandrovna.pdf
 (02.04.2020).
- Nutov, A. (2020). *Empaatiat olulisus õe töös*. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.
- O'Riordan, S., O'Donoghue, K., McNamara, K. (2019). Interventions to improve wellbeing among obstetricians and midwives at Cork University Maternity Hospital. *Irish Journal of Medical Science*, 189, 701–709. <https://doi.org/10.1007/s11845-019-02098-1>
- Paat-Ahi, G., Nurm, Ü.-K., Aaben, L. *Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna aruanne*. Praxis, Tallinn: 2017. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/rta-tervishoiu-kvaliteet-kattesaadavus-raport_praxis-2017.pdf (01.12.2022).
- Pezaro, S., Clyne, W., Turner, A., Fulton, E.A., Gerada, C. (2016). 'Midwives Overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and Birth*, 29(3), e59–66. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.006>
- Radey, M., Fgley, Ch. (2007). The Social Psychology of Compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207–214.
- Rahvastiki tervise arengukava 2020–2030*. Sotsiaalministeerium.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf
- Rahvusvaheline ämmaemandate eetikakoodeks. (2014). Rahvusvaheline Ämmaemandate Konföderatsioon. (Tõlge eesti keelde). <https://www.ammaemand.org.ee/wp-content/uploads/2019/09/Rahvusvaheline-a%cc%88mmaemandate-eetikakoodeks.-Eesti->

[keeles_2019.pdf](#) (03.03.2021).

Redshaw, M. ja Henderson, J. (2015). Safely delivered: a national survey of women's experience of maternity care 2014. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.

<https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/reports/Safely%20delivered%20NMS%202014.pdf> (15.08.2022).

Reiss, H. (2010). Empathy in medicine – A neurobiological perspective. *Journal of American Medical Association*, 304(14), 1604–1605.

Rice, H. ja Warland, J. (2013). Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*, 29(9), 1056–1063.

Shapiro, J. (2012). The Paradox of Teaching Empathy in Medical Education. Raamatus: Decety, J. (toim). (2012). *Empathy. From Bench to Beside*, (275–290). London, England: The MIT Press.

Sheen, K., Spiby, H. and Slade, P. (2014). 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.

Sheen, K., Spiby, H. and Slade, P. (2016). The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 61–72. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.003>

Severinsson, E., Haruna, M. ja Fireberg, F. (2010). Midwives' group supervision and the influence of their continuity of care model – a pilot study. *Journal of Nursing Management*, 18, 400–408. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01106.x>

Snowden, A., Stenhouse, R., Duers, L., Marshall, S., Carver, F., Brown, N., Young, J. (2018). The relationship between emotional intelligence, previous caring experience and successful completion of a pre-registration nursing/midwifery degree. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 433–442. <https://doi.org/10.1111/jan.13455>

Soosaar, A. (2016). *Meditsiinieetika*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456–465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>

Stahl, K. (2019). Predictors of intra- and postpartum care experience: key dimensions of quality of care from women's perspective. *GMS Journal of Midwifery Science*, 6. <https://dx.doi.org/10.3205/zhwi000012>

Steen, M., Roberts, T. (2011). *The handbook of midwifery research*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.

Škodová, Z., Lajčiaková, P. (2015). Impact of psychological training in burnout, Engagement and Resilience Among Students. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 6(3), 313–319. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2015.06.0021>

Tafazoli, M., Ezzati, R., Mazlom, S. R., Asgharipour, N. (2018). The effect of empathy skills training on the Empathetic behaviours of Midwifery students. *Journal of Midwifery*

and *Reproductive Health*, 6 (2), 1236–1243.

Teadustöö eetika. Eetikaveeb. <https://www.eetika.ee/et/teaduseetika/teadustoo> (29.04.2020).

The Britannika Dictionary. Encyclopædia Britannica, Inc., 2022. <https://www.britannica.com/dictionary/factor> (04.12.2022).

Funk, M., Drew Bold, N., Baudel, M. (2022). *Teenuste muutmine ja inimõiguste edendamise. WHO Quality Rightsi koolitus-ja suunismaterjalid: vaimne tervis ja sotsiaalteenused. Kursuse juhend. WHO Quality Rightsi koolitus-ja suunismaterjalid: vaimne tervis ja sotsiaalteenused.* World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353972/WHO-EURO-2022-36392-36392-61613-est.pdf> (01.12.2022).

Tengeraa, O., Nankumbib, J., Nalwaddab, G., Muwanguzib, P.A., Ngabirano, T.D. (2020). Empathy among midwives at a referral hospital in Uganda. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100238>

Töökeskkonna vaimse tervise analüüs. Sotsiaalministeerium (2019). https://www.sm.ee/sites/default/files/tookeskkonna_vaimse_tervise_analuus_2019.pdf (02.04.2022).

Uurimissuunad. (2018). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. <https://www.ttk.ee/et/tervishariduse-keskus-uurimissuunad> (03.03.2022).

Val Huet, (2017). Case study of an art therapy-based group for work-related stress with hospice staff. *International Journal of Art Therapy*.22:1, 22-34, <https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1260039>

Valler, Ž. (2011). Tööstress ja empaatia õe töös. Lõputöö. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

Vivilaki, V.G., Fifli, P., Charitou, A., Giaxi, P., Ekizoglou, Ch., Tsopelas, N.D., Bouroutzoglou, M., Patelarou, E. (2016). Midwifery empathy scale: development and validation for a greek sample. *Journal of Compassionate Health Care*, 3:12. <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0029-4>

Väät, K. Statsionaarsete patsientide rahulolu uuring 2011. Ida-Tallinna Keskhaigla, Tallinn: 2011. https://www.itk.ee/sites/default/files/2020-09/Stats_pats_rahulolu_uuring_2011.pdf (17.08.2022).

Wang, H., Kline, J.A., Jackson, B.E., Laureano-Phillips, J., Robinson, R.D., Cowden, C.D, d'Etienne, J.P., Arze, S.E., Zenarosa, N.R. (2018). Association Between Emergency Physician Self-reported Empathy and Patient Satisfaction. *PloS ONE*, 13(9), e0204113. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204113>

Warriner, S., Hunter, L., Dymond, M. (2016). Mindfulness in maternity: Evaluation of a course for midwives. *British Journal of Midwifery*, 24(3). <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/research/mindfulness-in-maternity-evaluation-of-a-course-for-midwives/> (18.07.2022).

Wechsler, Beat. (1995). Coping and coping strategies: a behavioural view. *Applied Animal Behaviour Science*, 43, 123–134.

http://evolution.data.unibe.ch/WelfarePdfs/Wechsler_AABS1995.pdf (01.12.2022).

Williams, A.d.C., Morris, J., Stevens, K., Gessler, S., Cella, M. and Baxter, J. (2013), What influences midwives in estimating labour pain? *European Journal of Pain*, 17, 86–93.
<https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00154.x>

Williams, B. Brown, T., McKenna, L., Palermo, C., Morgan, P., Nestel, D., Brightwell, R., Gilbert-Hunt, S., Stagnitti, K., Olaussen, A., Wright, C. (2015). Student empathy levels across 12 medical and health professions: an international study. *The Journal of Compliance in Health Care*, 2:4. <https://doi.org/10.1186/s40639-015-0013-4>

Williams, B. Brown, T., Boyle, M., McKenna, L., Palermo, C., Etherington, J. (2014). Levels of empathy in undergraduate emergency health, nursing and midwifery students: a longitudinal study. *Advances in Medical Education and Parctice*, 5, 299–306.
<https://www.doi.org/10.2147/AMEP.S66681>

Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu: Tartu Ülikool. http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf (01.05.2020).

Ämmaemanduse arengukava 2019–2024. Eesti ämmaemandate ühing, 2019.
https://ammaemand.org/wp-content/uploads/2021/12/A%CC%88mmaemanduse-arengukava_2019-2024.pdf (01.12.2022).

Yoshida., Y. ja Sandall, J. (2013). Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery*, 29(8), 921–926.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.002>

LISA 1

Tabel 1. Kvaliteediindikaatorid ja nende hindamismetoodika ämmaemanda töös (kohandatud; Adalia jt, 2021: 2–3; Aktaş jt, 2016; Charitou jt, 2019; Malouf, 2019: 25ö Moloney ja Gair, 2015: 326–327; Redshaw ja Henderson, 2015: 27; Stahl, 2019, Kutsestandardid: Ämmaemand...).

KVALITEEDIINDIKAATORID	HINDAMISMETOODIKA
Patsientide rahulolu sünnituseelse ämmaemandusabiga	<ul style="list-style-type: none">• suhtlemisvalmidus patsiendiga• heade suhete loomine patsiendiga• professionaalne ja emotsionaalne tugi• asjakohaliku informatsiooni jagamine• arusaadav suhtlemine• austusega ja lahkusega kohtlemine• hea kuulamisoskus• suhtumine kui isiksusse
Patsientide positiivne sünnituskogemus	<ul style="list-style-type: none">• sõbralikkus, hea kuulamisoskus, privaatsuse tagamine, tagasiside• mitteverbaalsed empaatia väljundid ämmaemanda poolt• sünnitus kui positiivne kogemus• kindlustunne tulevases emaduses• parem toimetulek sünnitusega
Patsientide positiivne sünnitusjärgne hoolduskogemus	<ul style="list-style-type: none">• usaldus ämmaemandate/õdede vastu• kättesaadavus vastavalt emade vajadustele• piisav valu leevendamine• tähelepanu pööramine ema/vanemate psühholoogilisele heolule• õpetus sünnitusjärgsest perioodist, imiku hooldusest• toetus imetamisega• emotsionaalne tugi• naiste väärkuse austamine ja lahke käitumine

LISA 2: INFOOTSINGU RAPORT

Andmebaas	Piirangud	Otsingusõnad	Leitud allikate arv	Läbi töötatud allikate	Kasutatud allikate arv
Google Scholar	AND, 2011–2021, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>empathy midwifery effectiveness</i>	26 300	5	2
Google Scholar	AND, 2011–2021, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>empathy midwifery efficiency</i>	3750	8	1
PubMed	AND, 2011–2021, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	„ <i>empathy</i> “ „ <i>midwifery</i> “	54	3	5
Google Scholar	AND, 2011–2021, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	„ <i>empathy scale</i> “ „ <i>mid-wife</i> “	55	7	4
Science Direct	AND, 2011–2021, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>empathy scale</i>	34 572	9	1
Google	AND, 2011–2021, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	kutsestandardid ämmaemand	1670	1	1
ESTER	JA, 2011–2021, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	empaatia, ämmaemand, ämmaemandus, tegur, faktor	10	2	2
Google Scholar	AND, 2011–2021, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>empathy formation factors</i>	54 600	3	1
Google Scholar	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>empathy important midwifery</i>	39 500	5	3
Google Scholar	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge,	<i>эмпатия медицина</i>	15	10	1

	täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu				
Yandex	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>эмпатия медицина</i>	Otsingumootor ei näita koguarvu	10	1
Yandex	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>эмпатия в акушерстве</i>	9000	4	0
Yandex	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>индикаторы качества в акушерстве</i>	12 000	3	0
Yandex	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>качество работы акушерки</i>	10 000	2	0
Yandex	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>выгорание</i>	4000	3	0
Google Scholar	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>group supervision midwifery</i>	19 900	6	3
Google Scholar	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>supervision midwifery</i>	32 100	7	3
Google Scholar	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>compassion fatigue empathy midwife</i>	5280	12	8
Google Scholar	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>empathy risks midwife</i>	17 000	11	7
PubMed	AND, 2011–2022, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>"midwifery" "empathy" "risk"</i>	54	2	1
Google Scholar	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge,	<i>secondary traumatic stress midwifery</i>	17 100	4	2

	täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu				
Google Scholar	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>midwife burnout</i>	6970	3	1
Google Scholar	JA, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	ämmaemanda töö kvaliteet	96	6	1
Google Scholar	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>midwife work quality</i>	17 000	8	1
Google Scholar	JA, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	kvaliteedi indikaatorid ja ämmaemandus	22	3	1
Google Scholar	JA, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	kvaliteedi indikaatorid tervishoius	413	7	2
Google Scholar	AND, artiklid peale 2011, esimesed 10 vastetega lehekülge, täisteksti või põhjaliku kokkuvõtte olemasolu	<i>midwifery care quality indicators</i>	17 300	5	1