

SOTSIAALMINISTEERIUM

Alar Sepp Irma Virjo Kari Mattila

Eesti arstide tööga rahulolu

Arst 2000

Ankeetküsitlus 1987–1996 diplomeeritud arstidele



Tallinn 2007

Autoriõigus: Alar Sepp, Irma Virjo, Kari Mattila, 2007

ISBN 978-9985-59-674-6

AUTORID

Alar Sepp

Alar Sepp has worked as Managing Director of Balu Healthcare Services OÜ since summer 2006. He graduated as physician in 1992 from University of Tartu. He is well known lecturer in different health care fields as history of medicine, medical sociology, public health, occupational health, healthy organizations, healthcare management, healthcare systems and politics; he graduated as MA (organizational behavior) from Tallinn Pedagogical University (Tallinn University) in 2004. He has worked as specialist in public health field and head of healthcare unit in Board of Border Guard and head of health care policy unit in Ministry of Social Affairs. He is PhD student of University of Tampere and Tallinn Technical University. He is a co-worker of the Finnish Junior Physician research group.

Irma Virjo

Irma Virjo has worked as professor of general practice at University of Tampere since 2000. She graduated as physician in 1970 from University of Helsinki. She is specialist in general practice since 1978; she graduated as PhD from University of Tampere in 1996. She has been associate professor in general practice at University of Turku since 1998. She is a member of the Finnish Junior Physician research group.

Kari Mattila

Kari Mattila has worked as professor of general practice at University of Tampere since 1997 and chief physician of general practice, responsible for the Pirkanmaa health care district since 2004. He graduated as physician in 1972 from University of Turku. He is specialist of general practice since 1979 and specialist of public health since 1979. He graduated as PhD from University of Tampere in 1982. He was professor of general practice at University of Turku during 1992–1997, and acted as chairman of the Finnish Association for General Practice during 1996–2002. He is a member of the Finnish Junior Physician research group.

EESSÕNA

Olen oma elu jooksul kohanud päris palju arste. Väiksena nägin neid laste-nõuandlas, kooliajal polikliinikus ja vahel ka haiglas. Mõned neist ei tule mulle täna meelde, mõned püsivad aga silmade ees ilmselt veel kaua. Ma ei mäleta nende nimesid, kuid mul on meeles nende näod, nende suhtlemisviis ja olek. Meenub Peeter Sauli habemega sõbralik lastearst, kes iga kord, kui külmetusega tema juurde läksin uuris, et kas olen ikka mett ja küüslauku söönud, korralikult pipraplaastrit saanud ning palavikku välja higistanud. Mäletan naljaka perekonnanimega peearsti lastehaiglast, kes alati ruttaval sammul kontsa-klõbinaga mööda palateid tõttas, kiiresti, kuid vähe kõneles ja möödudes murelikult pead vangutas.

Arstid, mulle tundub, oleks justkui alati kohal olnud. Alati kättesaadavad kui tekkis probleeme. Nad tulid läbi tuisu või vihmasaju oma vana Ziguliga minu juurde koju. Nad tegid haiglas kulunud laualambi ja raadiokrapi kõrval pikki öövalveid. Iga kord kui oli vaja tervisega seoses abi, siis nemad aitasid. Sest nemad teadsid, mida mul oli vaja, millest mul oli puudus, kuidas minu organism töötab. Ma arvasin, et nemad teavad peast ja tunnevad kõikide laste organisme.

Aga kes teab arstidest? Kes teab seda, kuidas nende organism töötab – mida arstid tahavad, mille üle nad rõõmustavad, millest on neil puudus?

Käesolev uuring annab meile mõningase teadmise sellest. Teadmise sellest, kuidas arstid hindavad rahulolu oma kutsetöoga, võimalustega end realiseerida, täita väljakutsuvaid ülesandeid, rahulolu oma sotsiaalse identiteediga. Ja kuigi armastus oma töö inimorganismi, mis on nii keeruline ja unikaalne süsteem, ravimise – suhtes on ilmselt peamine motivaator arstiks saamisel ning olemisel, on sama tähtsad töökeskkond, kolleegid, kellega koos töötatakse ning patsientide rahulolu raviga.

Sellest viimasest ... mõtlen, et kui ma järgmine kord oma perearsti juurde lähen, siis küsin kindlasti, kuidas ka temal läheb. Lihtsalt. Et teada, millest ta mõtleb ja mille üle rõõmustab.

Seda enam, et kes teab, millal sellist tänuväärset uuringut uuesti läbi viiakse. Ja kas minu perearst valimisse satub. Aga minule läheb tema arvamus korda.

Maarja Mändmaa
Sotsiaalministeeriumi
kantsler

RESÜMEE

Alar Sepp, Irma Virjo, Kari Mattila
Eesti arstide tööga rahulolu aastal 2000

Eesti tervishoiusüsteemis toimunud muutused on mõjutanud arstide tööd ja sotsiaal-majanduslikke tingimusi. Arst 2000 uuring selgitas Eesti noorarstide psühhosotsiaalset tausta, hinnanguid saadud koolituse kohta, tööolusid, tööga rahulolu, väärtushinnanguid ning professionaalset ja sotsiaalset identiteeti.

Arst 2000 uuringu populatsiooniks olid aastatel 1982–1996 diplomeeritud arstid (N=1534). Noorarstide tööga rahulolu selgitavasse valimisse võeti paariskuupäevadel sündinud ja aastatel 1987–1996 diplomeeritud arstid. Nendest saadi 429-le arstile täpsed aadressandmed. Uurimus viidi läbi postiküsitlusena. Vastuseid saadi 283 (66%). Küsimustik oli Eesti oludele kohandatud tõlge Soomes läbiviidud Lääkäri 1998 uuringu ankeedist.

Eesti arstkond on võrreldes muude Euroopa Liidu maadega feminiseerunud. Vastanutest oli naisi 79,2%.

Suurim eartühm olid 35–39-aastased, keda oli vastanutest 53,7%. Enamus arste (76,2%) olid abielus või vabaabielus.

Vastanutest kolmandik (32,4%) teatasid, et nad ei sooviks enam arstiks õppida, kui nad uuesti peaksid kutsevaliku tegema. Suuremal osal arstidest (52,3%) oli tähtajatu tööleping. Ainult väiksem osa (12,9%) tegeles erapraksisega. Väike osa (17,4%) oli töötanud arstina välismaal ja soovisid välismaale tööle minna, peamiselt Soome, Rootsi ja Saksamaale. Enamik arstidest (75,4%) töötasid kas haigla- ja perearstidena. Arstitööst olid loobunud 6%. Ligi pooled arstidest töötasid Tallinnas (25,9%) ja Tartust (20,2%).

Enamik arstidest töötasid täiskoormusega. Keskmiseks koormuseks tuli 46,7 tundi. Suurema osa ajast (31,6 tundi) kulus tööle patsientidega. Arstid oli endi arvates hästi varustatud infotehnoloogiliste vahenditega.

Enamik arstidest (75,7%) olid oma tööga rahul. Rahulolematuid oli 10,3% ja ebakindlaid 14,0%. Arstide tööga rahulolu põhjustasid huvi tehtava töö vastu, ametis arenemise võimalused, üldised arenguvõimalused, täienduskoolituse võimalused ja hea töökollektiiv. Rahulolematuse põhjustena toodi esile ressurside nappus, vaimselt pingeline töö, halb informatsiooni levi, puudulikud töövahendid, ebaõnnestumiste või vigade tegemise hirm töös ja kehvad töötingimused.

Pereelu ja tervis olid noorte arstide elu kõige tähtsamateks väärtusteks, tähtsamateks kui mh. tööga ja õpingutega toimetulek. Suurem osa arstidest tundsid, et nad kuuluvad üsna või väga tugevalt kokku oma perega, Eestiga ja oma suguvõsaga.

Käesolev uurimus annab hea ülevaate Eesti arstide psühhosotsiaalsest taustast, rahulolust tööga, seda mõjutavatest teguritest, arstide professionaalsest ja sotsiaalsest identiteedist ja väärtustest. Tervishoiu tegevusstrateegiate arendamise alus ja peamine arvestatav tegur on arstkond oma hinnangute ja väärtustega. Arst 2000 uuringu tulemused annavad baastadmisi arstkonnas toimuvate muutuste monitooringuks.

Võtmesõnad: arstid, perearstid, haiglad, uuring, rahulolu, töö

TIIVISTELMÄ

Alar Sepp, Irma Virjo, Kari Mattila
Virolaisten lääkärin työtyytyväisyys vuonna 2000

Muutokset Viron terveydenhuollonjärjestelmässä ovat vaikuttaneet lääkärin työhön ja heidän sosiaalisiin ja taloudellisiin olosuhteisiinsa. Arst 2000-tutkimus selvitti Viron nuorten lääkärin psykososiaalista taustaa, arviota saamastaan koulutuksesta, työoloja, työtyytyväisyyttä, arvomaailmaa sekä ammatti- ja yhteisöidentiteettiä.

Arst 2000-tutkimuksen perusjoukko oli vuonna 2000 Virossa työskentelevät ja vuosina 1982–1996 valmistuneet lääkärit (N=1534). Nuorten lääkärin työtyytyväisyyttä selvittelevään otokseen otettiin parillisina päivinä syntyneet ja vuosina 1987–1996 valmistuneet lääkärit. Heistä saatiin 429 lääkärin postiosoite selvitettyä. Tutkimus toteutettiin postikyselynä. Vastauksia saatiin 283 (66%). Kyselylomake oli Viron olosuhteisiin sovellettu käänös Suomessa toteutetun Lääkäri 1998 tutkimuksen lomakkeesta.

Viron lääkärikunta on naisvaltaisempi kuin muissa Euroopan valtioissa. Vastanneistakin naisia oli 79,2%. Suurin ikäryhmä oli 35–39-vuotiaat, joita aineistosta oli 53,7%. Enemmistö lääkäreistä (76,2%) eli avio- tai avoliitossa.

Kolmasosa vastanneista (32,4%) ilmoitti, ettei enää ryhtyisi opiskelemaan lääkäriksi, jos olisi uudestaan ammatinvalintatilanteessa. Suurimmalla osalla (52,3%) lääkäreistä oli pysyvä työ sopimus. Vain muutamat (12,9%) toimivat yksityisellä sektorilla. Pieni osa (17,4%) oli työskennellyt lääkärinä ulkomailla tai ilmoitti aikovansa mennä töihin ulkomaille, lähinnä Suomeen, Ruotsiin tai Saksaan. Enemmistö lääkäreistä (75,4%) työskenteli joko sairaala- tai perhelääkärinä. Lääkärintyöstä oli luopunut 6%. Lähes puolet lääkäreistä työskenteli Tallinnassa (25,9%) tai Tartossa (20,2%).

Nuoret lääkärit työskentelivät kokopäiväisinä. Keskimäärin kertyi työtunteja 46,7 tuntia. Suurin osa ajasta (31,6 tuntia) kului potilastyössä. Lääkäreillä oli mielestään hyvin käytössään ATK-välineistöä.

Enemmistö lääkäreistä (75,7%) oli tyytyväisiä työhönsä. Tyytymättömiä oli 10,3% ja epävarmoja 14,0%. Tehtävien kiinnostavuus, mahdollisuus kehittyä ammatillisesti, etenemismahdollisuudet työuralla, mahdollisuus täydennyskoulutukseen ja hyvä työyhteisö olivat yhteydessä lääkärin työtyytyväisyyteen. Tyytymättömyyden aiheina tuotiin esille resurssien niukkuus, työn henkinen rasittavuus, huono tiedonkulku, puuttellinen välineistö, epäonnistumisen tai virhesuorituksen pelko ja huonot työtilat.

Perhe-elämä ja terveys olivat nuorten lääkärin elämän tärkeimmät asiat, tärkeämmät kuin mm. työssä menestyminen. Suurin osa lääkäreistä tunsu kuuluvansa melko tai hyvin kiinteästi omaan perheeseen, viroon, työyhteisöön ja omaan sukuun.

Tämä tutkimus antaa yleiskuvan virolaisten lääkärin psykososiaalisesta taustasta, työtyytyväisyydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä, lääkärin ammatti- sekä yhteisöidentiteetistä ja arvoista. Terveydenhuollon toimintastrategioita kehitettäessä lääkärikunta mieliala on keskeinen huomioon otettava tekijä. Arst 2000-tutkimuksen tulokset antavat pohjatiedot lääkärikunnassa tapahtuvan muutoksen seuraamiseen.

Avainsanat: lääkärit, perhelääkärit, sairaalat, tutkimus, tyytyväisyys, työ

SUMMARY

Alar Sepp, Irma Virjo, Kari Mattila
Job satisfaction of Estonian physicians in 2000

Changes in Estonian health care organization have had an effect upon the physicians' work and their social and economical conditions. Arst 2000-study found out Estonian junior physicians' psychosocial background, opinions on their medical education, working conditions, job satisfaction, values and professional and community identity.

The basic population of Arst 2000-study consisted of physicians who were working in Estonia in 2000 and who had graduated in 1982–1996 (N=1534). The sample for the study on junior doctors' job satisfaction consisted of those who were born on even days and who had graduated in 1987–1996. Of them the address of 429 physicians could be identified. The study was implemented as a postal questionnaire. Responses were received from 283 (66%). The questionnaire was a translation from the Finnish Physician 1998 Study questionnaire adapted to Estonian conditions.

The proportion of women among physicians in Estonia is bigger than in other European countries. 79,2% of respondents were women. The biggest age group was 35–39 years old, its share in the material was 53,7%. A majority (76,2%) of physicians were married or co-habiting.

One third of the respondents (32,4%) informed, that they would no more start studying medicine if they were again in the situation of choosing a profession. Majority (52,3%) of physicians had a permanent working contract. Only a few (12,9%) were working in the private sector. A small part (17,4%) of respondents had been working as physician abroad or informed planning to work abroad, mainly in Finland, Sweden or Germany. The majority of physicians (75,4%) worked either as hospital physicians or family doctors. Six percent of the respondents had given up the work as physician. Nearly half of physicians worked in Tallinn (25,9%) or Tartu (20,2%).

Junior physicians worked whole time. The mean number of working hours was 46,7 in a week. The biggest share of time (31,6 hours) went to work with patients. Physicians thought they were well equipped with ADB equipments.

Majority of physicians (75,7%) were satisfied with their work. The proportion of unsatisfied was 10,3% and unsure 14,0%. Interesting tasks, a possibility to develop professionally, a possibility to advance in work career, a possibility to continuing education and a good work community correlated with physicians' job satisfaction. As reasons to non-satisfaction were mentioned scarce resources, mental strain at work, bad communication of information, unsatisfactory equipment, fear of unsuccess and mistakes and a bad working place.

Family life and health were the most important issues in junior physicians' life, more important than e.g. success at work.

This study gives a general picture of Estonian physicians' psychosocial background, job satisfaction and issues connected with it, physicians' professional and community identity and values. When the strategies of health care are developed the physicians with their opinions and values have to be taken into account as one central factor. The results of Arst 2000-study give basic data for the follow-up of changes taking place in medical profession.

Key words: physicians, family physicians, hospitals, research, satisfaction, work

SISUKORD

SISSEJUHATUS	9
TEOREETILINE TAUST	12
Töö psühho-sotsiaal-majanduslik taust	12
Arstide tööga rahulolu	15
Arstide väärtused, identiteet ja tööga rahulolu.....	18
Karjäärivalik meditsiinis	21
Arst ja sugupool	23
Motivatsiooniteooriad.....	25
Herzbergi kahe faktori teooria	25
EMPIIRILINE OSA	28
Töö eesmärgid ja hüpoteesid.....	28
Meetod ja valim	28
Sotsiaalsed taustategurid	29
Küsimustik.....	31
Tulemused	32
Üldine tööga rahulolu.....	32
Töös realiseeruvad rahulolu tegurid	33
Töös esinevad ebameeldivad tegurid	36
Kes hindavad arstide tööd	38
Mida arstid elus väärtustavad ja milline on nende identiteet.....	40
Arutelu	41
Praktilised soovitusid.....	42
Järeldused.....	45
Kokkuvõte.....	46
Tänu	46
Kirjandusviited.....	47
LISAD	55
Lisa 1. Võtmemõisted.....	55
Lisa 2. Kasutatud lühendid	57
Lisa 3. Noor Arst'95 ja Arst 2000 uuringu materjalide alusel avaldatud publikatsioonid.....	58

SISSEJUHATUS

“Minu tollane ebamugavustunne oli tingitud muidugi sellestki, et kohal oli ka pealtvaatajaid (arste ja õdesid), kes olid näinud hea operatsioonitehnikaga kirurgide tööd. Eriti terava silmaga ja muidugi ka naistele omase terava keelega olid õed. Mitmed meie kliiniku õed olid paljusid kirurgilisi operatsioone näinud, mõned neist olid töötanud koguni Tartu ülikooli kuulsuse prof. Zoega von Manteuffeli¹ juures või heades Peterburi kliinikutes. Loomulikult tundsid õed kohe, kellel kirurgidest on “kirurgikätt”, kellel mitte. Ja mis kirurgikäsi minul sel ajal olla võis! Teadsin ja kartsin pealtvaatajate kriitikat, sest jutuajamistest õdedega oli selgunud, et nende tähelepanekud meil töötavate kirurgide võimete kohta olid rabavalt õiged. Ning mis seal siis imestada, et mina oma esimese lihtsa intsisiooni puhul tundsin ebameeldivat erutust.” (Ennulo, 1976).

Head arstid teevad head tööd. Hea töö tunnuseks on on see, et sellega on rahul nii töö tegija kui ka valmistöö saaja. Arsti kutsetööd kui tervishoiuteenust kasutatakse, selle eest makstakse, seda uuritakse. Arstide töö peab vastama teatud kindlatele eetilistele reeglitele (Hippokratese vanne), normidele ja tagama arstile sotsiaal-majanduslikult kindlustatud elu. Arstiamet on olnud ja jäänud populaarseks. Arstide elu ja töö huvitavad nii teadlasi kui ka kogu ühiskonda.

Psühhosotsiaalses plaanis peaks arstide kutsetöö täitma mitmeid tööga rahulolu kriteeriume. Kuna see on mitmekülgne, vaimset pinget pakkuv ja uusi situatsioone esile toov. Samas töötavad osa arste nagu liinitöölised. Patsientide jaoks jääb väga vähe aega, suur osa ajast kulub bürokraatlike reeglite ja ettekirjutuste täitmisele. Kuid tööga rahuloluks vajatakse tänapäeval enam, seetõttu pööratakse tähelepanu arstide väärtustele.

Väärtused nagu pere, töö ja lapsed on tähtsad kõigile inimestele. Arstide väärtused ei erine oluliselt teiste professionide (*professio*) esindajate väärtustest. Arstid saavad ise mõjutada oma kutsetööga seotud küsimuste lahendamist erinevate organisatsioonide kaudu. Muuhulgas töötavad arstide huve esindavate organisatsioonidena Eesti Arstide Liit (EAL), Tervishoiutöötajate ametiühing ja mitmed erialaseltsid. Need organisatsioonid jälgivad, et arstikond püsiks professionina ja säiliks arstide professionaalne identiteet.

Identiteedi küsimused on tänapäeva psühholoogias väga tähtis valdkond ja see on seotud kogu maailmas toimuvate muutustega. Muutumine on edu aluseks

¹ Werner Zoega von Manteuffel (1857-1926) on tuntud kui üks südame- ja veresoonekirurgia rajajaid. Ta tegi 1895. a. esimesena õnnestunud arteri (reicarteri laiendi operatsiooni puhul) ja alumise õõnesveeni õmbluse. 1899. a. opereeris ta esimeste hulgas südame laskevigastust ja õmblus südame laskehaava. Tal õnnestus ka esimesena eemaldada südamesse tunginud kuul (1903).

Zoega von Manteuffel tegi ettepaneku, et kirurg kasutaks operatsioonil kummikindaid. Nende kasutamise näidustusteks pidas ta puhtaid erakorralisi lõikusi (juhul kui arst oli enne käsitlenud saastunud haava või tema kätel oli haavakesi, furunkul jms), septiliste haavade operatsioone ja ootamatuid õnnetusjuhtumeid. Seepärast pidi kindaid hoidma steriliseerituna. Vastavasisuline töö “*Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis*” ilmus 1897. a. (Sepp, 1997a).

ja identiteedi muutumine on üks võimalus muutumiseks. Samas on traditsiooniliselt arstide professionaalne ja sotsiaalne identiteet olnud tihedalt seotud arstide kutsetööga. Viimane on muutunud, kuid muutus on seotud rohkem arstide koolituse sisu ja meditsiinitehnika, sealhulgas nano- ja geeni-tehnoloogia arenguga.

Arsti kutsetööle annavad enamasti hinnagu tervishoiuteenuse kasutajad, kelle nõudmised on Eestis viimasel kümnel aastal kasvanud. Patsiendi positsiooni ja õigusi on suurendanud seadused, mis asetavad uusi nõudmisi arstile. Postkommunistlik ajajärk koos siirdemajandusega on olnud raske kõigile ühiskonna liikmetele sealhulgas ka suuremale osale arstidest. Arstide tööle on tervishoiusüsteemi reformise järel esitatud uusi kvaliteedi-, efektiivsuse nõudeid. Tervishoiusüsteemis kasutatakse järjest sagedamini ökonoomikat, optimeerimist, prioriteetide seadmist ja tulu-kulu analüüsil põhinevat strateegilist juhtimist.

Eesti arstide kontaktide arv muu maailma arstidega on kasvanud ja see omakorda on tõstnud arstide tegevusvalmidust, valmisolekut muutusteks ja uue tehnika kasutamiseks. Meie ühiskond erineb sellest, mis see oli viisteist aastat tagasi, mil puudusid vajalikud ressursid ja tühine osa arstidest oli pääsenud tutvuma meditsiiniga mujal maailmas. Täna loovad uusi eetilisi probleeme prioriteetide seadmine patsientide ravimisele, uued tehnoloogiad, näiteks geenitehnoloogia, mille üle ühiskonna liikmed saavad vabalt diskuteerida. Eetiliste probleemide lisandumisega on keerulisemaks muutunud ka arstide kutsetöö. Arstidelt nõutakse tänapäeval valmisolekut ladusaks lävimiseks meediaga, meditsiinilistest terminitest kubiseva keelekasutuse kõrvaleheitmist ja probleemide lahtiseletamist kõigile mõistetavas keeles.

Viimane nõuab arstide koolituse sisulist ülevaatamist ja senisele biomeditsiinilis-tehnoloogilisele mudelile põhinevale diplomieelsele koolitusele lisaks ka psühhosotsiaalsete koolitusmudelite kasutamist, mis mõnikord sobivad paremini tervise ja haiguse põhjuste lahtiseletamiseks tänapäeva ühiskonnas.

Need mudelid, mis põhinevad käitumis- ja sotsiaalteadustele, sobivad paremini elukestva arenemise kaudu muutuvat kutsetööd tegevale arstile. Sotsiaalteadlased, kes uurivad meditsiini oma perspektiivist lähtudes ja koguvad informatsiooni oma analüütiliste instrumentidega, ei oma erilisi privileege, et oma teadmistest lähtudes öelda, kuidas tervishoiusüsteem peaks toimima ega neil ole õigust teha ettepanekuid kuidas seda oluliselt muuta (Mirvis, 1993).

Teadusuuringud, sellised nagu käesolev töö, mis käsitleb arstide rahulolu kutsetööga, pakuvad hea võimaluse arstide arvamuste arvestamise kaudu nende tööhõive, töökeskkonna, töötingimuste ja töövõime parandamiseks. Viimane on oluline vananevasse Euroopa Liitu (edaspidi EL) kuulavas Eestis, kes vajab arstide entusiasmi ja optimismi säilimist, kuna frustratsioon võib olla aluseks mitterahulolemisele kutsetööga. Viimane on omakorda ohtlik arstkonna rahvusvahelisust silmas pidades, sest Eesti arstide paremik võib lahkuda sotsiaal-majanduslikus mõttes kindlamaid tingimusi pakkuvasse EL-i. Viimane

võiks meil tekitada olukorra, kus teatud eriarstidest oleks puudus ja peaksime hakkama neid sisse tooma. Nii teevad näiteks mitmed Põhjamaad, sealhulgas Soome.

Kui palju Eesti tegelikult arste vajab, see on Sotsiaalministeeriumi, Haridusministeeriumi, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna, EALi ning erialaseltside strateegiliste ja statistiliste analüüside alusel prognoositav (Maarros, 1998). Osaliselt aitab prognoosida ka käesolev uurimus, Arst 2000 ja sellele eelnenud Noor arst '95 uurimused. Arstide uurimusi on tehtud ka mujal maailmas näiteks Soomes (Nuori lääkäri 88, Lääkäri 93, Lääkäri 98, Lääkäri 2003). Need uurimusraportid tekitasid tugevat arstide koolituspoliitilist diskussiooni Soomes ja panid tervishoiujuhid suuremat tähelepanu pöörama arstide tööga rahulolu küsimustele.

Metatasandil analüüs pakkus hea võimaluse käesoleva töö tulemuste võrdlemiseks arstide tööga rahulolu uuringute tulemustega mujal maailmas, sealhulgas Soome arstide analoogiliste, ulatuslike ja katvate küsitlusuuringute sarjaga aastatel 1988, 1993, 1998, 2003 (Kataja, 1989; Virjo, 1995; Hyppölä, 2000; Vänska et al., 2005).

Käesolev uurimus sai alguse 1993. a. prof. Taie Kaasiku kontaktidest Kuopios Soome Lääkäri 93 uurimusrühma liikme Liisa Neittaanmäkiga ajal, millal Alar Sepp töötas veel Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis. Esimene uurimus viidi läbi 1995. a. ja kokku vastas 483 arsti. Jätkuuurimus viidi läbi 2000. a. ja sellele vastas 482 arsti. Mõlemat uurimust toetati Eesti Teadusfondi grantiga (ETF grant 1053 ja 4430). Viimasest uurimusest võeti käesoleva töö jaoks valim 1987-1996 diplomeeritud arstid. Kellele saadeti posti teel küsimustik, millele vastas 283 arsti (66%).

Uurimusega selgitati Eesti arstide rahulolu kutsetööga ja seda mõjutavaid tegureid. Lisaks uuriti arstide väärtusi, nende kogemusi teiste poolsest väärtustamisest ning sotsiaalset ja professionaalset identiteeti. Samas selgitati ka arstide pühendumist oma kutsetööle ja frustratsiooni kogunud arstide osakaalu, mida võrreldi arstide kogemustega mujal maailmas.

TEOREETILINE TAUST

Töö psühho-sotsiaal-majanduslik taust

Eesti taasiseseisvumisest alates (1991. a) on tervishoius jätkunud reformid. Riiklik tervishoiu juhtimine on detsentraliseeritud. Tervishoiu juhtimine ja planeerimine on Sotsiaalministeeriumi pädevuses. Arstiabi on nüüd korraldatud vastavalt Eesti riigi halduskorraldusele kahelt – riiklikult ja kohaliku omavalituse, tasandilt. Arstiabi finantseeritakse põhiliselt riikliku kohustusliku tervisekindlustuse kaudu, mille eest vastutab Eesti Haigekassa oma nelja kahte kuni kuut maakonda hõlmava piirkondliku osakonna kaudu. Eesti Haigekassa peamised ülesanded on puulida (st kokku koguda) rahalised vahendid, maksta tervishoiuteenuste eest (kaasa arvatud ravimid) ja maksta välja teatavad haigus- ja sünnitushüvitised. Arstiabi iseloomustab kasutatavate ressursside piiratus. Ressursside piiratus seab arstid valiku ette – tuleb otsustada (prioriteedid), milliste vajadustega ja missuguses järjekorras tuleb abivajajatele teenuseid osutada, et kõik oleksid rahul (Jesse et al., 2005, Lepnurm, Jacobs, Kerem, & Randveer, 1996).

Reformid Eesti tervishoius ja meditsiinitehnika kiire areng on endaga kaasa toonud uuendused ja loonud arstidele varasemast erinevaid töösituatsioone. Lõppenud on üleminek perearsti süsteemile. Eesti riigi üleminek plaanimajanduselt turumajandusele on oluliselt mõjutanud noorarstide psühhosotsiaal-majanduslikke tingimusi. Samas on arstide ettevalmistus, töö sisu ja töökeskkond viimasel aastakümnel märgatavalt muutunud kõikjal maailmas. Jätkuvalt toimub arstide spetsialiseerumine üha kitsamatele erialadele. Arsti kutsetöö nõuab vastavalt olukorrale rohkem rühmatööd, majandamis- ja juhtimisoskusi.

Parsonsi (1937, tsit. Wynia, Latham, Kao, Berg, & Emanuel, 1999) järgi hinnatakse professiooni esindajat, nagu arsti eelkõige tema tegevuse tulemuslikkuse järgi. Niisiis kui oled arst, siis pead inimesi terveks ravima. Arstiamet on üks professionidest (ld. *professio* – tunnistus nime, omandi, oskuse või avaliku tegevuse kohta), mille all mõistetakse kutsumusega seotud kutset (Vääri, Kleis, & Silvet, 2000).

Ameti professioniks muutumine tähistab tööjaotuse tekkimist, hierarhia kujunemist ja bürokratiseerumist.

Professionid esindavad diferentseeritud tegevusi ja nendega on seotud ühiskonna poolt hinnatud omadused, näiteks arsti ametiga on seotud tervis. Professioni reguleerivad mitmed ametialased eetilised eeskirjad ja ametis tegutsemine nõuab luba. Vaid professioni liikmetel on õigus anda hinnangut teise ametivenna tööle. Ameti liikmete vahelised suhted on kollegiaalsed (ld. *collegium* – ameti või elukutsega seotud isikute kogu, *collega* – ametivend, kutsekaaslane). Professionid on majanduslikult ja sotsiaalselt kõrgelt hinnatud.

Arstiamet on säilitanud oma populaarsuse ja arstide arv on kasvanud kogu maailmas, välja arvatud Eestis. Arstid professioni liikmetena kuuluvad peaaegu alati ühiskonna kõrgklassi (Sepp, 1998).

Arstide professionaalne identiteet hakkab tekkima alles pärast diplomeerimist koolituse käigus kogutud teadmiste ja oskuste alusel. Näiteks ei tegutse noored arstid oma ametivendade vastu, kuna nende residentuur ja ametialane karjäär sõltuvad professioni liikmete poolt antud soovitudest. Profession pakub noorele arstile kaitset, mis aitab kaasa sellele, et noviitsil areneb vastupanuvõime välisele survele. Professioni poolt pakutav solidaarsus ja professionaalne identiteet on noorele arstile võimsaks toeks (Cavenagh, Dewberry, & Jones, 2000, Vainiomäki, Niemi, & Murto, 1998; Vainiomäki, 1995).

Arsti professionaalsus väljendub jätkuvas pürgimises kõrgete kutsealaste teadmiste, ametialaste oskuste ja professionaalse autonoomia poole (Tabel 1). Viimane võib olla müüt või eluliselt vajalik areng, mis kaitseb patsiente võõranduda võivate arstide korporatsiooni eest (Casalino, 1999). Meedia teeb arsti(teadlase)st sangari, kuid võib esitada tema kohta ka kriitikat (Kärki, 1998; Pavalko, 1988). Kutsetöö tekitab arstidele ilma meedia tähelepanutagi palju vaimset pinget ja stressi. Noortel ja naisarstidel on suurem risk kogeda stressi, psühhosotsiaalseid probleeme ja neil on oluliselt kõrgem suremus võrreldes meesarstidega (Arnetz, 2001; Aasland, & Falkum, 1992; Juel, Mosbech, & Hansen, 1997).

Tabel 1. Mitteprofessionaali-professionaali eristavate valdkondade võrdlus. Tabel põhineb Pavalko, 1988.

Dimensioon	Mitteprofessionaal	Professionaal
1. Teooria, intellektuaalne tehnika	Puudub	Olemas
2. Sotsiaalsete väärtuste vastavus	Ei vasta	Vastab
3. Koolituse kestus	Lühike	Pikk
4. Spetsialiseerumine	Mittespetsialiseerunud	Spetsialiseerunud
5. Seotus	Seotud asjadega	Seotud sümbolitega
6. Subkultuurid	Subkultuurid ebaolulised	Subkultuurid olulised
7. Motivatsioon	Isiklik huvi	Teenistuslik huvi
8. Autonoomia	Puudub	Olemas
9. Pühendumine	Lühiajaline	Pikaajaline
10. Paikkonna tunnetus	Nõrk	Tugev
11. Eetikakoodeks	Arenemata	Arenenud

Arstid ei esinda enam otsustamise suhtes vaba ameti praktiseerijaid, nendest on üha sagedamini saanud töötajad suurtes tervishoiuteenuseid pakkuvates meditsiinitööstustes (Rastegar, 2004). Arstikond võib olla ka proletariseerumas,

mis tähendab, et professioon on arenemas tehase liinitöö taoliseks süsteemiks. Arstidest räägitakse sellisel juhul kui elanikkonnale teenuseid pakkuvate organisatsioonide liikmetest, kes on kaotanud oma autonoomia ja oskused (Rastegar, 2004; Blane, 1997). Olgu reformid millised tahes, on selge, et tähtsaimaks tervishoiusüsteemi osaks jääb alati kvalifitseeritud personal, ilma kellela suured haiglad hakkaksid veelgi enam meenutama tehaseid, kus poltide ja nutrite tootmise asemel tegeletakse inimeste tervistamisega.

Arvatakse, et oluline on ka see, mis soost on tervishoiuteenuse osutaja. Cooke ja Hutchinson (2001) leidsid, et 70% üldarstideks spetsialiseerujatest olid naised ja 80% kirurgideks spetsialiseerujatest mehed. Perearstidest, kellest suurem enamus on naised ja kes töötavad iseseisvate ettevõtjatena, oodatakse lisaks kõrgetele ametialastele oskustele ja teadmistele ka häid suhtlemisoskusi. Perearstide motivatsiooni peeti otsustava tähtsusega teguriks perearstisüsteemi heale toimima hakkamisele postkommunistlikus Eestis (Lember, 1998).

Laialt on levinud Rokeach'i definitsiooni kasutamine inimese väärtuste kohta, mille järgi need on soovitud eesmärgid, mis varieeruvad tähtsuse poolest ja juhivad inimesi nende elus. Väärtussüsteem jaotatakse kahte kategooriasse: instrumentaalsed, mis viitab käitumisele ja terminaalsed, mis sellistena tulenevad eksistentsiga seotud lõppolukorrast (Rokeach, 1973, tsit. Neittaanmäki, Gross, Virjo, Hyppölä, & Kumpusalo, 1999; Vadi, 1995). Näiteks instrumentaalsed väärtused võivad olla seotud kompetentsuse ja eneseteostusega. Moraalseid väärtusi, millel on isikutevaheline kese, võib klassifitseerida instrumentaalseteks. Terminaalsed väärtused võivad olla nii isikukesksed kui ka sotsiaalsed. Isikukeskseks väärtuse näiteks on meelerahu või päästmine ja sotsiaalne väärtus võib sisaldada sellist eesmärki nagu maailmarahu ja vendlus (Tabel 2).

Kultuurilised väärtused näitavad, kuidas erinevad ühiskonnad on arenenud ja kuidas neis reguleeritakse inimeste tegevust ning individuaalset sotsialiseerumist. Sotsiaalsed väärtused determineerivad ka sotsiaalse kontrolli meetodid, mida inividid kogevad oma väärtuste taotlemisel. Kuna asutuste struktuur peab vastama indiviidide psühholoogilistele nõudmistele, siis kultuuriliste ja individuaalsete väärtuste tase on omavahel kontseptuaalselt seotud (Schwartz, 1994, tsit. Neittaanmäki, Gross, Virjo, Hyppölä, & Kumpusalo, 1999). Muud tegurid, mis võivad mõjutada indiviidi personaalsete väärtuste süsteemi on professioon, haridus, sugupool, vanus, religioon, sotsiaalne klass ja poliitiline kuuluvus. Arstide väärtused võivad olla sotsiaalsed, mis seotud nende kui professiooni esindajate rolliga ja personaalsed, mis seotud kõigi ühiskonna liikmetega sarnaselt individuaalse rolliga (Downie, & Calman, 1998).

Tabel 2. Valik Rokeachi väärtuste kirjeldusi. *Tabel põhineb Vadi, 1995.*

<i>Terminaalsed väärtused</i>	<i>Instrumentaalsed väärtused</i>
1. Tõeline sõprus	1. Edasipüüdlikkus ja kõva töö
2. Perekonna turvalisus	2. Julgus ja vaprus
3. Mugav ja jõukas elu	3. Ausus ja siirus
4. Täiuslikkuse taotlus ja enesetäiendamine	4. Abivalmidus
5. Tarkus ja küpsus mõista elu	5. Viisakus ja head kombat
6. Põnev ja erutav elu	6. Enesekontroll
7. Sotsiaalne tunnustus	7. Pädevus, võimed ja tõhusus
8. Võrdsed võimalused kõigile	8. Korralikkus ja puhtus

Lääkäri 98-uurimuses leiti (Mattila et al., 2003), et pereelu on arstide jaoks tähtsaim väärtus sugupoolest sõltumata. Seda peaksid arvestama tööandjad tööplaan, töötingimusi ja palgakorraldust plaanides. Teises sama töörühma uurimuses selgus (Mattila et al., 2002), et ligi 10% arstide jaoks oli usk tähtsam asi kui näiteks perekond või tervis. Usu tähtsuse suurenemist noorte arstide ja keskealiste arstide hulgas peeti ajastu märgiks ja seda arvati olevat kooskõlas Jumalasse uskuvate soomlaste arvu kasvuga 1990-ndatel (1991 oli 33% ja 1999 oli 47% Jumalasse uskuvaid). Samas on leitud, et seosed väärtuste, hinnangute ja käitumise vahel ei väljendu kuigi tugevalt. Väärtused peegeldavad üksikisiku omavahel seotud motiivide kogumit (Puohiniemi, 1995).

Arstid, kes on suundunud praktilisele kutsetöölle (ld. *medicus practicus*), peavad oma tööga ja ülesannete delegeerimisega muutma kõrged eesmärgid praktiliseks kasuks nii üksikisiku kui ka ühiskonna tarbeks. Arstid peavad kasutama oma meditsiinilist *know-how*'d ja olema elukestva õppimise, pideva täienduse tulemusel hästi ettevalmistatud igapäevaseks praktilise töö tegemiseks (Oker-Blom, 2000, Calman, 1994).

Praktilisest kutsetööst peaksid arstid saama tööga rahulolu, milles peegelduks nende emotsionaalne ja psühhosotsiaalne heaolu. Tööga rahulolu on kirjeldatud üldise tundena töö suhtes või seisukohana, mis seotud töö erinevate aspektide ja külgedega. Ühest küljest võib töö põhjustada rahulolu ja teisest küljest rahulolematust (Spector, 1997). Tööga rahulolu suurenemine on oluline ennetava meditsiini ja töötervishoiu seisukohast vaadates, kuna sellest võib olla praktilist kasu töötajate stressitaseme langetamiseks (Hagihara, Tarumi, Babazono, Nobutomo, & Morimoto, 1998).

Arstide tööga rahulolu

Arstide tööga rahulolu on mitmetahuline, kergesti uuritav asi, kui kasutatakse lühikesi arstide endi poolt täidetavaid küsimustikke. Arstide tööga rahulolu on seotud nende töö kvaliteediga ja patsientide rahuloluga (Bovier, & Perneger,

2003; Syptak, Marsland, & Ulmer, 1999). Tööga rahulolu on seotud ka arstide vaimse pingega ja heaoluga (Virjo et al., 1989). Mitmete uurimustega on selgitatud, et madal tööga rahulolu ja frustratsioon mõjutavad arste nii, et nad määravad rohkem ravimeid, mida pole patsiendile vaja (Melville, 1980; tsit. Pathman et al., 2002; Grol et al., 1985).

Samas võib arsti võtta kui "ravimit", mis rahuloleva arsti puhul on tugevama mõjuga, kuna ta suudab oma patsiente ravides kasutada oma võimeid paremini kui rahulolematu kolleeg.

Arstide tööga rahulolu mõjutab tugevalt seegi, et arst ei saa oma töö eest palka, mida ta soovib saada. Nende arstide hulgas, kes nii tundsid, oli 33% rahulolematuid arste. Rahulolematuid oli märgatavalt vähem (10%) nende arstide hulgas, kes said sellist palka, mida nad saada soovisid (Warren, Weitz, & Kulits, 1998). Arstide madal üldine tööga rahulolu on tugevaim töölt lahkumise kavatsust ette ennustav näitaja, kuid peab meeles pidama, et meditsiinist lahkumine on ebatavaline ja äärmuslik arstide poolne vastus tööga mitte-rahulolule. Viimast esines sagedamini naisarstide puhul (Lichtenstein, 1984; tsit. Pathman et al., 2002; Goldacre, Lambert, & Davidson, 2001; Firth-Cozens, 1994).

Arstide tööga rahulolu on seotud nende praktilise struktuuri, eriala ja sugupoolega (Lloyd, Streiner, & Shannon, 1994). Näiteks olid naisüldarstid oma tööga rahulolevamad kui meesüldarstid (Davidson, Lambert, Goldacre, & Parkhouse, 2002). Perearstide tööd uurides (Groenewegen & Hutten, 1991) selgitati, et nende arstipraktilise korraldus (kolleegide olemasolu, lepingute süsteem, ülesannete delegeerimine) pakkus võimaluse töökoormusega toimetulekuks, mis oli hüpoteetiliselt seotud töökoormuse ja tööga rahuloluga.

Oluline on ka see, millise töökoormusega arstid töötavad. Osalise koormusega töötavad üldarstid olid oma tööga rahulolevamad kui täiskoormusega töötavad. Viimaste hulgas olid meesüldarstid madalama tööga rahuloluga (Davidson, Lambert, Goldacre, & Parkhouse, 2002). Vastupidised tulemused saadi haiglaarstide kohta, kes olid rahulolevamad oma tööga võrreldes üldarstidega (Davidson, Lambert, Goldacre, & Parkhouse, 2002). Arstide tööga rahulolu on oluline tervishoiu kompleks, kui seda vaadelda tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse ja arstide personaliga kindlustamise seisukohast. Rahulolematud arstid otsivad endale kergemini uue töö.

Noortel arstidel oli madalam üldine tööga rahulolu, vähem kliinilist autonoomiat, kuid nad olid sagedamini rahul tööajaga (Kapur, Borrill, & Stride, 1998). Tööga rahulolu muutumise prediktorid olid muutunud kliiniline autonoomia, tööaja pikenemine ja arstide võimekus oma patsiente teenindada (Landon, Reschovsky, & Blumenthal, 2003; Hueston, 1998). Arvatakse, et erinevad tervishoiupoliitikad, -strateegiad võivad erinevalt mõjutada arstide rahulolu. Viimasega peaksid arvestama tervishoiusüsteemi reformimist ettevalmistavad strateegilised tippjuhud (Hebing, 1997, Ensor & Witter, 1997).

Soome arstide uurimisel selgitati, et kõige enam olid arstid rahul patsientide ja kolleegidega suhtlemisega, tööga üldiselt, selle mitmetahulisusega ja töö käigus õppimisega ning võimalusega osaleda täienduskursustel (Virjo et al., 1989). Teiste juhtimine peaks teoreetiliselt pakkuma tööga rahulolu. Kuid arstide puhul see ilmingimata nii ei ole, kuna näiteks administratiivarstidest olid tööga rahulolevamad need, kes jätkasid juhitöö kõrvalt patsientide ravimist (O'Connor, Nash, Buehler, & Bard, 2002).

Perearstide tööga rahuolu oleneb mitmetest erinevatest aspektidest: kliinilistest, psühhosotsiaalsetest ja administratiivsetest. Olulise mõjuga olid ebakindlus ja turvalisuse puudumine tööl, isolatsioon, nõrk seotus teiste arstidega. Tähtsat rolli mängis ka jätkukoolitus. Töö erinevatest aspektidest rahulolu leidmine, positiivne töökeskkond ja kontaktid patsientidega olid samuti olulised (Arnetz, 2001; Kalda, 2001).

Noorte arstide uurimuses selgus, et nende elus võis stressi tekitavaks olla perekonnatöö vaheline konflikt ja liiga vähe aega pere tarbeks. Viimane tulemus sarnanes kliinilise psühholoogia erialale spetsialiseerujate olukorraga (Cushway, 1992). Briti üldarstide küsitlusuuringuga selgitati arstide üldist tööga rahulolu ja tööga seotust, mis oli noorematel kõrgem kui vanematel kolleegidel (Chambers, Wall, & Campbell, 1996).

Üldarstid, kellega oli sõlmitud uued töölepingud olid 6 aastat hiljem 1993. a. korraldatud uurimuse andmetel oma tööga vähem rahul võrreldes 1987. a. (Rout, & Rout, 1994). Naisarstid olid oluliselt rahulolevamad oma kutsetööga võrreldes meesarstidega. Kõige vähem olid arstid rahul sissetuleku ja tunnustusega. (Robinson, 2004; Sutherland, & Cooper, 1992; Sutherland, & Cooper, 1993; Aasland, 1996).

Iseseisvate ettevõtjatena töötavad perearstid olid rahulolevamad oma tööga võrreldes kolleegidega kliinikus, kus vähem iseseisvust ja palju bürokraatiat (Garcia-Pena, Reyes-Frausto, Reyes-Lagunes, & Munoz-Hernandez, 2000). Sarnased tulemused saadi ka Eesti perearstide uuringus. Kui võrreldi iseseisva ettevõtjana ja lepingu alusel töötavaid perearste, siis selgus, et esimeste rahulolu sissetulekuga oli 7 korda kõrgem, rahulolu iseseisvate töömeetodite valikuga 5 korda kõrgem ja rahulolu võimalusega kasutada oma oskusi 3 korda kõrgem (Kalda, Maaroo, & Lember, 2000).

Noored arstid töötavad oma vanemate kolleegidega võrreldes harvemini erapraksises ja ettevõtjana. Tavaliselt alustatakse kellegi juhendamisel või arstide kollektiivis, alles hiljem liigutakse karjääriredelil ülespoole ja luuakse oma erapraksis. Erapraksise loomise üheks eelduseks on eriarstiks spetsialiseerumine ja vastava residentuuri läbimine. Meesarstid spetsialiseeruvad oma naiskolleegidest kiiremini. Viimaste spetsialiseerumist segavad lapse saamine, abielu ja perekond, mis lükkavad edasi naiste eriarstiks saamist (Lambert, Goldacre, Parkhouse, & Edwards, 1996).

Käesoleva aja trendide kohaselt toimub tervishoiusüsteemi areng suunas, kus peatselt suurem osa arstidest on töövõtjad. 1994. a. töötasid üle kolmandiku arstidest arstide kollektiivis. Uurijad arvavad, et arstide töö organisatsioon muutub käesoleval ajal evolutsiooniliselt. Suurenevad arstide töökollektiivid ja tervishoiuasutused muutuvad organisatsioonidena multidistsiplinaarseteks meditsiinitööstusteks. Samas tabavad kõiki arste kliinilise autonoomia vähenemisest tingitud pinged (Kletke, Emmons, & Gillis, 1996).

Arstide jaoks on tavaline, et nad peavad käima valves, nende töö on pingeline, tempokas ja seda on palju. Samas ei vasta arstide arvates nende palk vastutuse määraga ja see on omakorda seotud rahuloluga (Virki et al., 1997). Sissetuleku klass on seotud rahuloluga ja sissetulekuga mitterahulolu on omakorda seotud suurenenud tõenäosusega, et arstid lahkuvad töölt 2 aasta jooksul (Landon, 2004).

Arstide väärtused, identiteet ja tööga rahulolu

Inimeste, sealhulgas arstide, väärtused on seotud vanuse, sugupoole, sissetuleku, usutunnistuse ja sotsiaal-poliitiliste uskumuste ja kultuuriliste erinevustega jms. Arstide töökogemus võib mõjutada nende väärtusi. Arstidel võivad olla spetsiifilised iseloomujooned, väärtused ja lootused, näiteks selle kohta, miks nad otsustasid valida meditsiini oma kutsetöök (Furnham, 1988). Pere ja lapsed ei ole ainsad asjad, millele arstid soovivad töö kõrvalt aega kulutada. Lääkäri 98 uurimuses oli viie aastaga kasvanud arstide osakaal, kelle jaoks elus tähtis väärtus oli võimalus harrastusteks ja enese teostamiseks (Hyppölä, 2000).

Olukorras, kus Soomes naisarstid moodustasid poole arstide üldarvust, püsis endiselt sooline stratifitseerimine, mis tähendas seda, et väiksem osa naistest oli kõrgema staatusega arstierialadel. Näiteks olid nad alaesindatud arstiteaduskondade õppejõudude, teadlaste ja tervishoiuasutuste juhtide hulgas (Riskä, & Wegar, 1993). Soomes, kus nais- ja meesarstide arvuline vahekord oli peaaegu võrdne, naisarstide respektseerimine kutsetööl ei olnud ilmingimata sama kõrgel taseme kui muude elukutsete esindajate poolt neile antav hinnang. Viimaste hulgas olid naisarstid kõrgelt hinnatud (Neittaanmäki et al., 1993).

Puohiniemi (1995) leidis, et suurem osa altruistidest (tema uurimuses oli altruiste 30%) olid naised, mitte mehed. Altruistid on omakasupüüdnudmatud isikud, kes valmis ohverdama isiklikud huvid teiste heaolu nimel (Vääri, Kleis, & Silvet, 2000). Näiteks võivad nad tunda muret heade lähisuhete säilitamise, loodusressursside ja muude universaalsete väärtushinnangute pärast. Arstid, kes ravivad oma haigeid patsiente on aitajad, mitte altruistid.

Ametialane või professionaalne identiteet vastab professioni esindajate oma kontseptsioonile või oma ettekujutusele enda kohta. Professionaalne identiteet

areneb koolituse käigus ja seda mõjutab töökeskkond (Bandura, 1973; tsit. Kumpusalo et al., 1994).

Arstide ametialase sotsialiseerumise puhul on tegemist protsessiga, mille käigus isikust saab professioni võrdväärne liige. Koolituse ajal saadakse ettekujutus oma tulevases ametist, õpitakse ametis vajalikud teadmised ja oskused. Omandatakse ameti liikmeskonna tegevusstandardid ja normid, sotsialiseerutakse pikkamööda ametkonda ja harjutakse esimese töökohta organisatsioonikultuuri, traditsioonidega, mõtlemis- ja suhtlemistavadega. Professionaalse identiteedi ehitumise keskel käib mina määratlemine ja sotsiaalses kontekstis ootustega kokkusobitamine. Noor arstitudeng võib mõelda, milline inimene ta on ja milline võiks temast saada arstina (Niemi, 2001).

Tööga rahulolu on oluliseks teguriks lähtudes arstide spetsialiseerumise, residentuuri läbimise, eduka tööle asumise ja kompetentseks arstiks saamise seisukohast. Selgus, et nende arstide tööga rahulolu oli kõrgem, kelle eriarstiks spetsialiseerumisel põhines koolitusprogramm paikkonnale, mitte ülikoolile (Weaver, Mills, & Passmore, 2001).

Eesti perearstide ja Soome üldarstide professionaalse identiteedi võrdlemisel (Virjo, 1997) leiti, et jaoskonnaarstide kitsale tagapõhjale vaatamata olid Eesti perearstid Soome üldarstidele sarnaselt eelkõige esmatasandi arstid. Mõlema maa arstide minapilt oli enamjaolt sarnane ja vastas üldarsti tööle ja rollile.

USA naisarstidest oli 84% rahul oma oma karjääriga (Paik, 2000), mis oli kõrgem arstide üldisest karjääriga rahulolust (80%). Viimane on omakorda seotud kliinilise autonoomiaga (Landon, 2004), mille kujunemisel on olnud peamise tähtsusega dokumendiks Flexneri raport diplomieelse koolituse standardiseerimise kohta (Flexner, 1910; tsit. Hyppölä, 2001; Mirvis, 1993). Landon (2004) leidis, et ka esmatasandi arstid ja eriarstid, kellel oli raskusi heal tasemel ambulatoorse ja statsionaarse ravi teenuse pakkumisega, olid oma karjääriga vähem rahul.

Kui veel Eesti Vabariigis enne sõda oli arsti elukutse prestiižikas ja tasuv, siis olukord muutus kardinaalselt Eesti okupeerimisega (Villako, 1999). Nõukogude Liidus oli arsti kutsetöö tsentraalselt juhitud, bürokraatlik, madala prestiižiga ja madalalt tasustatud, kuna tegemist oli nn mitteproduktiivset teenust pakkuva tööga. Sellistes tingimustes kaotasid arstid oma traditsiooniliselt kõrge sotsiaalse prestiiži ja professioni korporatiivse identiteedi (Barr, & Field, 1996). Arstide professioni muutus nii, et neil oli patsientide diagnooside ja ravi küsimustes suur otsustusõigus (Barr, 1996). Samas oli nende otsustusõigus väike tervishoiupoliitilistes küsimustes ning näiteks sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse arstidest 1/3 ei olnud oma tööga rahul (Tamm, & Jänes, 1971, Barr, 1995).

Tartu Ülikooli audoktor Mauri Isokoski kirjutas 1998. a. ilmunud raamatus "Peremeditsiin", et Soome õppejõudude osa Eesti perearstide koolituses keskendus perearsti identiteedi tugevdamisele, eneseväärikuse tõstmisele, vastutustunde lisamisele ja õpimotivatsiooni säilitamisele. Põhiprobleemiks oli

perearsti asendi määratlemine tervishoiusüsteemis ja palgataseme kehtestamine. Noore perearsti tulud pidid Isokoski arvates olema vähemalt samal tasemel kui pika staažiga haiglaarstil.

Nõukogude meditsiin toetus esmasandil polikliinikutele, kus oli traditsiooniliselt suur naisarstide (umbes $\frac{3}{4}$ arstidest) osakaal (Ministry of Health of the USSR, 1967, Kinderman, Brawer-Ostrovsky, & Weingarten, 1995). Ometi vajas endine nõukogude tervishoiusüsteem reformimist ja seda oli hakatud isegi Venemaal ellu viima, kus muutustega kaasa minemiseks pidas tervishoiuministerium 1995. a. kõige tähtsamaks tervishoiureformi elemendiks üldarsti süsteemi sisseviimist. Viimase eeskujuks sooviti juba 1993. a. võtta Kanada peremeditsiini mudelit, kus 40% arstidest olid perearstid (Ryan, & Stephen, 1996).

Eesti taasiseseisvumise järel täpsustati tervishoius meditsiinipersonali statistikat (www.sm.ee) ja selgitati arsti erialasid, kus enamuses olid naised (peremeditsiin, pediaatria, günekoloogia) ja mehed (kirurgia, radioloogia, militaarmeditsiin). Eesti meditsiinipersonali statistika sarnanes Ühendkuningriigi statistikale. Viimase andmetel töötasid naised meestest sagedamini üldarstina, samas töötasid mehed sagedamini kirurgina (Clack, 1999). Kirurgidest ongi protsentuaalselt suurim osa mehi. Soome tööealistest üldkirurgidest oli 2003. aasta alguses mehi 83% (www.laakariliitto.fi).

Mehhiko uurimusest selgus, et naisarstide osakaal on viimasel kümnendil kasvanud. Leiti, et naisarstid on truud oma asutusele ja tööpiirkonnale (Harrison, & Hons, 2000). Iisraeli olukord on unikaalne kogu maailma kontekstis, kuna nende arstidest on enamus immigrandid ja naised (Notzer, & Brown, 1995). Eesti meditsiinis on naisarstide ülekaal püsinud juba pikemat aega ja see läheneb 1990-ndate alguses juba 80%-le, mis autori arvates vähemalt hüpoteetiliselt pidi mõjutama Eesti arstide kutsetööga rahulolu.

Mitmete uuringutega on selgitatud, et tervishoiusüsteemis töötavate mees- ja naisarstide identiteet on erinevad. Naisarstid olid meesarstidest sagedamini huvitatud "pehmetest" väärtustest meditsiinis, nagu teiste aitamine ja töötamine inimestega (Allen, 1988). Kui meesarstid identifitseerisid ennast sagedamini tehnikute, parandajate, ettevõtjate, teadlaste ja juhatajatena, siis naisarstide hulgas oli rohkem neid, kes identifitseerisid ennast kutsumusega arstidena, humanistidena, tervisekasvatajatena, lohutajatena, kuulajatena ja sotsiaaltöö tegijatena (Hyppölä, 2000; Kumpusalo et al., 1994). Nagu juba eelpool selgus, töötavad naisarstid sagedamini esmasandil (üldarstid, perearstid), kuhu tänapäeval on olnud probleemiks arstide tööle värbamine ja arstide nappusest tingitud suur töökoormus (Baker, Flett, & Williams, 2000).

Calnan (1988) jaotas oma uuringu alusel üldarstid (perearstid) kahte gruppi: need, kes rõhutasid meditsiinis sotsiaalseid aspekte (sotsiaalselt suundunud) ja need, kes keskendusid patsiendi haigustele (meditsiiniliselt suundunud). Sotsiaalselt suundunud arstid olid sagedamini naised ja nooremad kui 35 aastat.

Maal töötavad arstid olid sotsiaalselt suundunud ja linnades töötavad arstid olid meditsiiniliselt suundunud. Tööga rahulolu oli suurem nende arstide hulgas, kes olid sotsiaalselt suundunud võrreldes nendega, kes olid meditsiiniliselt suundunud.

Professionaalse identiteedi selgitamisel nii haigla- kui ka üldarstid tundsid ennast eelkõige töörühma liikmete, abistajate ja kuulajatena (Kumpusalo, 2002). Lisaks selgus üldarstide ja haiglaarstide võrdlemisel, et esimesed identifitseerisid ennast sagedamini humanistide ja bürookraatidena (*carers*), samas kui haiglaarstid pidasid ennast sagedamini tervendajateks, teadlasteks ja tehnikuteks (*curers*). Neid tulemusi pidasid soomlased kaudseks vihjeks ja tegevusülesandeks tervishoiuorganisaatoritele ja meditsiinitöötajatele (Kumpusalo et al., 1994). Sama uurimusega selgitas Kumpusalo (2002), et Soome üldarstidest vaid 10% pidasid iseseisva ettevõtja identiteeti vastavaks oma professionaalsele identiteedile. Soome arstid on oma professionaalselt identiteedilt rohkem patsiendi- kui organisatsioonikesksed, rohkem töörühma liikmed kui eraettevõtjad ja rohkem kuulajad kui juhatajad. Soome esmatasandi arstid on oma professionaalselt identiteedilt tugevalt perearstid. Viimane tulemus oli sarnane Eesti arstide uurimuse tulemustega (Kalda, Maaros, & Lember, 2000).

Karjäärivalik meditsiinis

Selgitamaks meditsiinilise personali olukorda Euroopas viis Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors (PWG, 1994) 1991. a. läbi laiahaardelise uurimuse. Selgus, et Euroopas oli üks miljon ja 158 000 arsti (1994), mis andis 314 patsienti ühe tegevarsti kohta (erinevates riikides 231–610 patsienti). Naisarste oli 34%. Prognoositi, et aastal 2010 on Euroopa arstikond kiiresti vananev ja arstide karjäärivalikut hakkab ilmselt olulisel määral mõjutama sugupoolele lisaks ka sugupõlv.

Selle kohta, millises suunas Eesti arstide ametialane karjäär võiks eelolevatel kümnenditel arenema hakata, saab ettekujutuse USA ja EL teadlaste uurimustest. Üheks muutuste suunaks on see, et arstide erialane tegevus on üha suuremal määral seotud organisatsioonidega, mida omakorda piiritlevad ametialased juriidilised raamdokumendid (EC, No 20/2000, Barr, 1993, Palu, 1992, PWG, 1994). Samas hakkavad kustuma absoluutselt selged ja kohati kunstlikud erialased piirid, kuna kliinilises töös peetakse teatud valdkondade kattumist loomulikuks (näiteks kliiniline psühholoogia). Arsti töö on edaspidi üha rohkem multidistsiplinaarne tiimitöö, kus pole vaja kaitsta oma territooriumi, vaid saab efektiivselt kasutada oma oskusi ja teadmisi patsiendi ja enda hüvanguks (Salmon, 1994).

Nuori lääkäre 88 küsitlusuuringu alusel selgitati Soomes esimest korda nais- ja meesarstide hinnanguid oma karjäärivalikule (Kataja, 1989). Naised vastasid

meestest sagedamini, et nende karjäärivalikut meditsiinis olid mõjutanud kutsumus, hea keskkooli lõputunnistus ja huvi inimese vastu. Heapalgaline amet, hinnatud amet ja perekonnas või suguvõsas arst olid omakorda mõjutanud mehi naistest sagedamini (Neittaanmäki et al., 1993; 1994).

Meditsiini valimine kutsetöoks oli ka USA meesarstidel sagedamini kui naisarstidel seotud selliste valikukriteeriumitega nagu hea sissetulek ja ameti kõrge prestiiž. Selgus seegi, et kord tehtud valik oli paljude arstide jaoks osutunud valeks ja seda pärast keskmiselt 7 aastat tööd tervishoiusüsteemi erinevates sektorites.

USA-s ei valiks üks kolmandik naisarstidest meditsiini oma erialaseks kutsetöoks ega hakkaks uuesti arstiks pürgima (Frank, McMurray, Linzer, & Elon, 1999; Hyppölä, 2001). Eestis oli selliste arstide osakaal veelgi suurem. 1995. a. uurimuse alusel ei pürgiks Eestis uuesti arstiks ligi 40 protsenti 1982–1991 diplomeeritud arstidest (Sepp, 1997b; tsit. Hyppölä, 2001). Olukord ei olnud parem Ühendkuningriigis, kus 30% arstidest kahetsesid oma valikut arstiks pürgida (Allen, 1988; Hyppölä, 2001). Soomes arvasid 22% arstidest, et nad mõtleksid mõnele muule professionile, kui nad nüüd alustaksid oma ülikooliõpinguid (Hyppölä et al., 1998).

Arstide kutsetöö on mitmekülgne ja vaheldusrikas. Nende töö nõuab kohtumisi ja koostööd paljude erinevate inimestega. Arst saab ennast tunda vajalikuna ja edendada inimeste tervist. Tema töö on iseseisev, kliiniliselt autonoomne ja huvitav (Virkki et al., 1997). Kuid arstide sotsiaalne tagapõhi on erinev ja see võib mõjutada nende tööga rahulolu.

Milline on tuleviku esmatasandil töötav perearst? S. Junnila (1993) arvas, et:

1) ta on terminaalse teenuse osutaja, kes leevendab valu, vähendab kannatusi ja omab preestri, psühhiaatri ja anestezioloogi koolitust;

2) ta on säästja, kes vähenevate tervishoiuressursside ja personali tõttu lõpetab marginaalse ravi ning omab eetilist, majanduslikku ja juriidilist koolitust;

3) ta on välismaa arst, kes toob kaasa oma kultuuri, sotsiaalse keskkonna eripärad ja omab sotsioloogilist ja epidemioloogilist koolitust;

4) ta on kasvahoone arst, kes globaalsete ilmastikumuutuste, elatusaseme languse tõttu muutub ja omab keskkonnabioloogia ja nakkushaiguste arsti koolitust. Ta on sitke perearst, kes jääb ellu kui eriarstiabi ülalpidamiskulud osutuvad kogu maailmas liiga kalliks. Tema edu saladuseks on suhtlemisoskused, tiimitöö ja muutumine koos uuenemisega, mis lisaks soliidsetele erialastele oskustele on vajalikud tuleviku üldarstile pärast aastat 2020.

Handysides (1994) näeb üldarstides paikkondlikke epidemiolooge, ettevõtjaid, võrgustikus töötajaid, perearste, kes pakuvad kaitset ja “tõmbavad” esmatasandi arstiabi voolusängi haiglate patsiendid koos haigekassa rahadega. Üldarstidel on tervishoiusüsteemis valitsevas tihedas konkurentsisis teatud eelised,

mis väljenduvad selles, et nad on enamjaolt kõik kunagi töötanud haiglates, kuid osa haiglaarste ei ole kunagi töötanud esmatasandil.

USA-s 1990-ndate lõpul teostatud läbilõikeline uurimus 12474 arsti kohta näitas, et kutsetööga rahulolu varieerus 33 arstieriala lõikes ja olenes eelkõige arstide sissetulekust. Muude arstierialade hulgas oli teistest suuremaks spetsialiseerunud arstide arvu poolest perearstindus. Uuringu kokkuvõttes esitati seisukoht, et rahvatervise suhtes tuleks eriti ohtlikuks pidada arengutendentsi suunas, kus esines suur rahulolematute arstide arv. Samas arvasid uurijad, et üldiselt oligi rahvatervis hakanud halvenema eelpool toodud põhjuse tagajärjel (Leigh, Kravitz, Schembri, Samuels, & Mobley, 2002).

Arst ja sugupool

Meditsiiniprofessioon, tööjaotus tervishoiusüsteemis, arstide kutsetöö ja karjäär on USA-s ning mujal leidnud enamasti käsitlemist meesarstide seisukohast lähtudes, mis tähendab üldkokkuvõtteks seda, et mehed teevad läbi aeglasema või kiirema tõusu ametiredelil. Naisarstide puhul peab arvestama sellega, et nende karjääri katkestavad sünnitused ja lapsehoolduspuhkused (Lorber, 1993). Naisarstid jäävad professionaalses arengus maha ja hierarhilises tervishoiusüsteemis vähemprestiižikatele erialadele ja madalamatele ametiastmetele (Risk, 2001). Samas on näiteks funktsionaalse suuna tuntuim esindaja Talcott Parsons uskunud, et arsti rolli sotsialiseerumine muudab varasemaid käsitlusi nende sugupoolest ja rollidest (Parsons, 1951; tsit. Risk, 2001). Arstide puhul tähendaks see seda, et neil ei oleks arstirolli täites sugupoolt ega nende personaalsed väärtused ja normid ei seostuks nende kutsetööga (Risk, 2001; tsit. Löyttyniemi, 2004).

Davies (1996, tsit. Löyttyniemi, 2004) väidab, et sugupoolt on professioni uurimise puhul käsitletud kolmest erinevast, kuid mitte vastanduvast vaatenurgast, mis kõik võimaldavad erinevaid küsimuseasetusi ja vastuseid.

1. *Naised probleemina*: naiste kutsetööga mitterahulolu või nende liiga väike või suur osakaal professioni esindajatest.
2. *Sugupool personaalse määratlejana*: sugupoolt uuritakse empiiriliselt käsitledes erinevusi meeste ja naiste ametialastest seisukohtadest ja tegevustest lähtudes. Sugupoolt ei problematiseerita; meeste ja naiste vahelised erinevused on piisavad selgitajad.
3. *Sugupool suhtena ja sotsiaalse konstruktina*: Professioniuurimuse “new turn to gender” eemaldub sugupoole fenomeni iseenesestmõistetavusest. Sugupoole mõistmine suhtena tähendab selle vaatlemist keeles ja sotsiaalses praktikas rakenduvana. Meeste ja naiste asemel on huvi keskpunktis kultuur ja selles sisalduvad maskuliinsetena või feminiinsetena mõistetavad vormid. Neid sugupoole kirjeldusi nähakse ressursidena, millest rakendatakse

personaalsed identiteedid, institutsionaalsed ja professionaalsed käitumisvormid. Maskuliinse ja feminiinse suhtena sündiv sugupool ei ole kunagi valmis ja lõplik, vaid seda peab kogu aeg toetama toimiva praktilise struktuuriga. Selline valmisolek muutumiseks võimaldab sugupoole – ja samas ka professiooni – teadlikult küsitavaks muutmist.

Eestis kasvas naisarstide osakaal möödunud sajandil, kuna nad pääsesid arstiteaduskonda varasemast suuremal arvul meeste asemel õppima. Taasiseseisvunud Eestis on viimase kümne aastaga naisarstide arv vähenenud 4140-lt (1991) 2970 arstini (2002). Eesti arstide üldarv on vähenenud 5500-lt (1991) 4200-ni (2002), neist enamik on saanud hariduse ja arstikutse Tartu Ülikoolist (Asser, 2000; Peetsalu, & Allikmets, 1995). Meesarstide arv on viimasel aastal veidi kasvanud (tabel 3.).

Tabel 3. Arstide arv 1921–2002. Tabel põhineb Karjahärm, & Sirk, 2001; Ahelik, Kipper, Nõmm, Varend, & Tamm (peatoim.), 1980; EMSB, 1996; Sotsiaalministeerium, 2002; www.sm.ee

Aasta	Mehed	Naised	Naiste %
1921	346	24	7
1927	685	122	15
1933	723	182	20
1937	733	199	21
...
1991	1380	4140	75
1995	1146	3439	75
1999	1119	3307	75
2000	1195	3219	73
2001	1152	3123	73
2002	1220	2970	71

Käesoleval ajal on Eestis töötavatest arstidest naisi veidi üle 70% ja perearstidest on kümnest üheksa naised. Ajakirjas *Medical Student JAMA* prognoosib Jodi Elgart Paik (2000), et aastaks 2010 on USA-s 1/3 töötavatest arstidest naised.

Kui ajalooliselt asusid naised meeste poolt vabaks jäetud erialastele ametikohtadele ja alguses said nad ravida vaid naisi ja lapsi (Risk, Wegar, 1993), siis järjest sagedamini töötab naisi ka maskuliinsetel arsti erialadel, sealhulgas kirurgidena. Briti naisarstide karjääri uurimuse alusel selgus Isobel Allen'il (1988) vajadus muuta kõikide arstide karjäärisüsteemi, mis sellisena oli ajast ja arust, traditsiooniliselt jäik ja ei võimaldanud kaasaegset karjääriplaneerimist ega personaalset karjäärivalikut.

Muutuste puhul pidas ta eesmärgiks seda, et arstide individuaalsed kohustused ja karjäär ei oleks sirgjoonelised, vaid võimaldaksid erialavalikut

(üldarst) ja jäämist väljaspoole haiglasüsteemi. Viimast seletas Isobel Allen (1988) nende sooviga olla sõltumatud ja vältida sattumist võistlevasse ja hierarhilisse haiglamaailma.

Naisarstide karjääriplaneerimine ongi keerukas, kuna neile kuulub sündinud laste eest hoolitsemine. Briti naisarstid jätavad kõikide ühiskonnainormide kohaselt oma töö ja karjääri pooleli ja hakkavad kodus sündinud last hoidma, mis juhib neid erialastele ametikohtadele, kus töötaja reguleerimine on paindlik ja kärjäärivõimalused koos prestiiziga olematud võrreldes traditsioonilise (ja britilikult jäiga) haiglaarsti karjääriga (Elston, 1993). Chambers ja Campbell (1996, tsit. Löyttyniemi, 2004) selgitasid briti mees- ja naisüldarstide tööga rahulolu ja tööga seotust. Küsitluse alusel said naised meestest enam tööst rahulolu patsientidega suhtlemisest ja töötasid vähem tunde, kuna laste eest hoolitsemine peres oli nende õlgadel.

Motivatsiooniteooriad

Motivatsiooniteooriaid võib jagada kahte liiki: esiteks struktuuriteooriad ja teiseks protsessiteooriad. Esimesed püüavad selgitada, mis ajendavad inimest alustama, säilitama ja lõpetama sihikindlat tegevust. Teised püüavad defineerida tegureid, mis selgitavad motiveeritud käitumist. Käitumine lükatakse liikvele vajadusest, sellel on omad eesmärgid ja suund teatud kindla(te) lõpptulemus(t)e saavutamiseks. Suund on tunnustuse poole ja eemale karistusest (Kamdron, 2005; Lepnurm, Mitt, & Pölluste, 1997).

Klassikalise teooria näitena esitatakse üsna sageli Frederick Winslow Taylori töö organiseerimise revolutsioonilise uuendamise ja viimasest tingitud produktiivsuse kasvu mudelit. Taylori otsekohest uuendust saab kokku võtta kahe sammuna: esiteks keeruliste tööprotseduuride jagamine lihtsateks tööülesanneteks ja teiseks analüüsides iga ülesannet, tuleks leida üks parim viis selle teostamiseks (Taylor, 1911; tsit. Statt, 2000; Rastegar, 2004).

Maslow arendas vajaduste hierarhia põhineva motivatsiooniteooria. Tema vajaduste hierarhias on (1) eneseteostus, (2) lugupidamine, (3) kuuluvus ja armastus, (4) turvalisus ja kaitstus ning (5) füsioloogia. Kui vajaduste hierarhias madalamal astmel olevad vajadused on täidetud, siis muutuvad aktuaalseks kõrgemal astmel olevad vajadused (Maslow, 1970; tsit. Statt, 2000).

Herzbergi kahe faktori teooria

1950-ndate lõpul arendas Herzberg tööga rahulolu kahe faktori teooria, mida nimetatakse motivaatorhügieeni teooriaks. Herzbergi kahe faktori teooria (Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1959; tsit. Morphet, Johns, & Reller, 1982;

Statt, 2000) järgi on inimestel kahte liiki vajadusi. Esiteks vajadus vältida valu ja teiseks inimlik vajadus areneda ning kasvada psühholoogiliselt. Tema käsitluse alusel arenes dualistlik motivatsiooniteooria. Herzbergi (1966) järgi rahuldus tööst koosneb kahest erinevast ja sõltumatust dimensioonist. Viimase kinnituseks intervjueris ta gruppi töötajaid, et leida mis tegi nad rahulolevaks ja rahulolematuks. Ta küsis töötajatelt lihtsalt kahest küsimusest koosneva sarja:

1. Mõttele sellele ajale, kui sa tundsid, et töö on eriti hea. Miks sa niimoodi mõtlesid?
2. Mõttele sellele ajale, kui sa tundsid, et töö on eriti halb. Miks sa niimoodi mõtlesid?

Nende intervjuude alusel hakkas Herzberg arendama oma tööga rahulolu kahe faktori teooriat. Tööga rahulolul on kaks dimensiooni, see sõltub motiveerivatest ja “hügieenilistest” tegurites (tabel 4).

Herzbergi järgi hügieeni faktorid ei motiveeri töötajat, kuid võivad rahulolematust minimeerida, kui neid õigesti kasutada. Teiste sõnadega need faktorid võivad vaid rahulolematust tekitada, kui need puuduvad või on valesti kasutatud. Hügieeniliste faktorite hulka kuuluvad asutuse poliitika ja juhtimine, järelevalve, töötasu, personaalsed suhted ja töötingimused. Need faktorid on seotud töötaja töökeskkonnaga. Motiveerivad faktorid loovad rahulolu, kuna töötaja vajadused täituvad ja ta saab areneda-kasvada ning tunda enda tähtsust.

Motiveerivaid faktoreid võib jagada kahte rühma: esiteks tööga seotud faktorid ja teiseks töökeskkonnaga seotud faktorid. Motiveerivate faktoritega (*Saavutus, Tunnustus saavutuse eest, Töö ise, Vastutus, Edutamine, Võimalus kasvada*) on seotud positiivsete tunnete kujunemine. Motiveerivad faktorid on seotud peamiselt töö sisuga. Herzberg tõstis esile viis faktorit, mis tugevalt kujundavad tööga rahulolu. Need on:

- 1) saavutus;
- 2) tunnustus;
- 3) töö ise;
- 1) vastutus;
- 2) edutamine

Motiveerivate faktorite loetelust kolm viimast (*töö ise, vastutus, edutamine*) on suurema tähtsusega, mõjutades püsiva hoiakute muutusega. Need faktorid on peamiselt unipolaarsed, see tähendab, et mõjutavad väga vähe tööga rahulolematust ja vastupidi tööga rahulolematuse tegurid (kompanii poliitika ja juhtimine, järelevalve, personaalsed suhted, töötingimused ja töötasu) mõjutavad väga vähe tööga rahulolu.

Tabel 4. Tööga rahulolu kaks dimensiooni. Tabeli koostamise aluseks oli Herzberg, 1966; Syptak, Marsland, & Ulmer, 1999.

Frederick Herzberg teoretiseeris, et töötaja tööga rahulolu sõltub kahest rühmast faktoritest: “hügieenilistest” ja motiveerivatest. Esimeste täitumisel loovad motiveerivad faktorid töötajate tööga rahulolu.

Säilitavad e. hügieenilised faktorid	(Maintenance or hygiene factors)
• Järelevalve	(Supervision)
• Kompanii poliitika ja juhtimine	(Company policy and administration)
• Töötingimused	(Working conditions)
• Personaalsed suhted	(Interpersonal relations)
• Staatus	(Status)
• Tööohutus	(Job security)
• Töötasu	(Salary)
• Isiklik elu	(Personal life)
Motiveerivad	(Motivators)
• Saavutus	(Achievement)
• Tunnustus saavutuse eest	(Recognition for achievement)
• Töö ise	(Work itself)
• Vastutus	(Responsibility)
• Edutamine	(Advancement)
Võimalus kasvada	(Possibility of growth)

Hügieenifaktorid on töötasu, töötingimused, tööohutus, personaalsed suhted, kompanii poliitika ja juhtimine ning isiklik elu. Herzbergi (1966) uurimuses seostusid hügieenifaktorid negatiivsete tunnete, kogemuste ja töökeskkonnaga. Tööga rahulolu saab suurendada motiveerivate faktoritega. Hügieenifaktoritega üksi ei ole võimalik seda eesmärki saavutada.

Maslow ja Herzbergi teooriaid on võrreldud omavahel ja rühmadesse jaotatuna näeks võrdlus välja nagu tabelis 5, millisena seda on esitanud Statt (2000).

Tabel 5. Maslow ja Herzbergi teooriate võrdlus. Tabeli koostamise aluseks osa Statt, 2000.

Maslow	Herzberg
Füsioloogilised vajadused	Hügieenilised faktorid
Julgeolek ja turvalisus	
Kiindumused ja sotsiaalne aktiivsus	Motiveerivad faktorid
Lugupidamine ja positsioon	
Eneseteostus	

EMPIIRILINE OSA

Töö eesmärgid ja hüpoteesid

Peamiseks eesmärgiks on vaadelda Eesti arstide tööga rahulolu ja seda mõjutavaid tegureid. Selgitame arstide väärtusi, professionaalset ja sotsiaalset identiteeti. Seejärel katsume leida Eesti arstide tööga rahulolu näitajatest Herzbergi motivatsiooniteoorias tuntud motiveerivaid ja hügieenilisi faktoreid. Lõpuks pakume praktilisi soovitusi, millele tuginedes perearstid, Sotsiaalministeerium ja Tartu Ülikooli arstiteaduskond võiksid optimeerida oma tegevust arstide tööga rahulolu valdkonnas.

Motivaatoriteks on saavutus, tunnustus, töö ise, vastutus ja edutamine. Kui hügieenilistele faktoritele on vastatud, ütles Herzberg, siis motivaatorid edendavad tööga rahulolu ja julgustavad produktiivsele tööle. Herzberg'i, Mausner'i & Snyderman'i (1959, tsit. Statt, 2000) ja Allen'i (1988) uurimistulemustele toetudes esitame neli hüpoteesi.

Hüpotees 1: Eesti arstide tööga rahulolu kujundavad Herzbergi motiveerivad tegurid.

Hüpotees 2: Enamik (75–80%) Eesti arstidest on oma tööga rahul.

Hüpotees 3: Meesarstid on sagedamini oma tööga üsna või väga rahul.

Hüpotees 4: Perearstid on sagedamini oma tööga üsna või väga rahul.

Meetod ja valim

Uuriti aastail 1987–1996 diplomeeritud ja Eestis töötavaid arste (N=1534, neist oli perearste 733). Uurimus viidi läbi postiküsitlusena. 2000. a. saadeti küsimustik 429 arstile.

Uurimus teostati Tartu ja Tampere ülikoolis ning Tallinna Pedagoogika-ülikoolis. Uuritavaks populatsiooniks valiti aastatel 1987–1996 Eestis või mujal (sealhulgas Nõukogude Liidus) diplomeeritud ja aastal 2000 Eestis töötanud arstid (tabel 6).

Tabel 6. Noor Arst'95 ja Arst 2000 uurimustele vastanud arstid diplomeerimise aastate lõikes. Vanad 2000 (AA) ja noored 2000 (BB) moodustavad käesoleva uurimuse valimi.

	1982–1986	1987–1991	1992–1996
Arst 2000 N=482	n= 199	AA n=182	BB n=101
Noor Arst'95 N=483	n=255	n=227	

Uuritavate arstide nimistu koostamisel võtsime aluseks Tartu Ülikooli diplomite väljakirjutamise raamatud ja Sotsiaalministeeriumi arstide registri.

Uurimuse materjal koguti postiküsitlusega. 2000. a. saatsin küsimustiku pooltele aastatel 1987–1996 Eestis ja mujal arstidiplomi saanud ning Sotsiaalministeeriumi arstide registrisse kuuluvale isikule, kelle kohta olid täpsed aadressandmed (n=429). Nende arstide arv, kes vastasid ja keda autorid käesolevas uuringus kasutavad, on 283.

Andmete analüüsimeetodite ja tulemuste esitamise puhul peab ütleva, et andmed sisestati Excel-failidena ja statistiline töötlus toimus programmiga *SPSS 10.0 for Windows*. Andmete analüüs põhines sagedustabelitel.

Kasutati ka korrelatsioonanalüüsi ja erinevate tegurite koosinemise mõju uuriti faktoranalüüsiga. Näitajate erinevuse statistilist olulisust hinnati t-testi alusel. Erinevusi peeti oluliseks, kui $p < 0.05$ (Tähtinen, 1993; Helenius, 1995; Tooding, 1996; 1998; Cramer, 1998; Yli-Luoma, 1999).

Sotsiaalsed taustategurid

Arstid jagunesid sugupoole järgi järgmiselt: *naisi* oli 224 (79,2%) ja *mehi* oli 59 (20,8%). Varasemates uurimustes (Arst 2000 uuring) aastal 2000 oli naisi 378 (78,9%) ja mehi oli 101 (21,1%) ja (Noor Arst' 95 uuring) aastal 1995 oli naisi 80,3% ja mehi 19,7%. Seega on Eesti tervishoiusüsteem tugevalt feminiseerunud. Mujal maailmas on naisarstide osakaal oluliselt väiksem nt Soomes – 47% (Hyppölä, 2000).

Arstide keskmine vanus oli $34,95 \pm 3,3$ aastat. Arstide jaotamisel vanuse järgi moodustasid suurima earühma 35–39-aastased, sellesse rühma kuulus 53,7% arstidest, järgnesid 40–44-aastased (35,6%). Kõige noorem vastanutest oli 27 ja kõige vanem 54 aastat vana.

Abielus või vabaabielus oli 76,2% arstidest, lahutatud või perekonnast eraldi elas 4,3% ja leski oli 1,4%. Vallalisi oli 16,3%. Meesarstid olid suhteliselt vähem vabaabielus või abielus ja lahutatud ning naisarstid suhteliselt rohkem

vallalised ja lesed. Võrreldes Noor Arst'95 ja Arst 2000 oli käesolevas töös vallaliste osakaal suurem ja lahutatud eraldi elavate arstide osakaal väiksem (Saava, & Sepp, 2003). Soome arstide jaotus perekonnaseisu järgi oli üldiselt sarnane meie arstide omaga (Hyppölä, 2000), ainult abielus või vabaabielus arste oli Soomes rohkem (80%, meil 76,2%).

Lapsi oli 79,5% arstidest ja neid ei olnud või nende arvu ei avaldanud 20,5% arstidest. Kõige sagedamini oli arstide peres 2 last (42,8%), 25,8%-l oli üks laps. Kolm või enam last oli 10,9% arstidest. Suurim laste arv oli 5. Võrreldes Noor Arst'95 ja Arst 2000 uuringutega oli käesolevas töös suurem nende arstide osakaal, kellel ei olnud lapsi või kes ei avaldanud laste arvu (Saava, & Sepp, 2003). Soome arstidel oli peres lapsi oluliselt vähem: üks 20%, kaks last 27%, lapsi ei olnud või nende arvu ei märkinud 37% arstidest. Lapsi mitte omavate arstide arv oli Soomes kümne aastaga kasvanud üheksa protsenti (Hyppölä, 2000).

Arstid olid pärit kas kahe- (55,4%), ühe- (20,7%) või kolmelapselisest (16,8%) perest. 20 arsti olid pärit perest, kus rohkem kui kolm last. Arstidest üle poole (58,4%) olid ise esimesed lapsed peres. Naisarstid pärinesid sagedamini väiksematest peredest ja nad olid sagedamini esiklapsed peres.

Arstidest 25,6%-l oli emal ja 11%-l isal meditsiiniharidus. Mõlemad vanemad olid meditsiiniharidusega 22 (7,8%) arstil, sealhulgas arstid 12 (4,2%) vastanul. Arstid, kelle isa oli meditsiiniharidusega (31 juhtu) oli 71% vastanutest ka ema meditsiiniharidusega, seejuures arst 45,2%-l vastanutest. Kui emal oli meditsiiniharidus (72 juhtu), siis oli ka isal 30,6%, sealhulgas arstiharidus 23,6% juhtudest. Pojad valisid sagedamini oma vanemate elukutse võrreldes tütardega. Statistiliselt oluliselt sagedamini oli meesarstidel isa meditsiinilise haridusega võrreldes naisarstidega ($p=0.035$).

Noor Arst'95 uuringus arstidest 10%-l oli isa ja 16%-l ema arst. Abielus ja vabaabielus olnud arstidest oli neljandikul abikaasagi arst või muu meditsiinilise haridusega (Saava, & Sepp, 2003). Soome arstidest 10%-l oli isa ja 4%-l ema arst. Samas oli 29%-l abikaasagi arst ja 10% muu tervishoiutöötaja (Hyppölä, 2000).

Tabelist 7 selgub, et arstidest 96,5% olid üles kasvanud Eestis, ainult 3,5% olid sisse rännanud endisest Nõukogude Liidust. Üle poole arstidest pärinesid linnadest sealhulgas Tallinnast ja Tartust. Lapsepõlve ja noorusaja elukoha linnadest oli märgitud Kohtla-Järve 2,5%, Pärnu 2,1% (viimases olid kõik vastanud naisarstid), Narva 1,4% arstidest. Maakondadest olid teistest sagedamini märgitud Harjumaa 5,7%, Tartumaa 5,3%, Viljandimaa 5,3%, Võrumaa 4,6% ja Jõgevamaa 3,5%. Muud maakonnad jäid alla 3%. Sealhulgas Saaremaal, Läänemaal ja Hiiumaal oli üles kasvanud ainult 3,6% arstidest. Meesarstid pärinesid sagedamini linnadest kui naisarstid (57,6% vs 50,7%).

Tabel 7. Arstide jaotus lapsepõlve elukoha järgi. *Tabeli koostamisel osaliselt aluseks Saava, & Sepp, 2003.*

Elukoht lapsepõlves	Noor Arst'95 1982–1991		Arst 2000 1982–1996		Käesolev uurimus 1987–1996	
	n	%	N	%	N	%
Linnad	261	54,3	232	48,3	147	52,1
sh Tallinn	116	24,1	113	23,5	73	25,9
Tartu	103	21,4	84	17,5	57	20,2
Maakonnad	189	39,3	219	45,6	125	44,3
sh Põhja-Eesti	31	6,4	49	10,2	31	11,0
Kirde-Eesti	26	5,4	30	6,3	22	7,8
Lõuna-Eesti	83	17,3	88	18,3	54	19,1
Lääne-Eesti	49	10,2	52	10,8	18	6,4
Välismaa	31	6,4	29	6,1	10	3,5

Korrelatsioonanalüüs näitas, et maakondadest pärines rohkem naisarste ja suurte perede lapsi. Nooremate hulgas oli rohkem vallalisi ja neil oli endil vähem lapsi. Nooremad olid pärit väiksematest peredest ja nende hulgas oli rohkem esiklapsi. Suurte perede lapsed olid vanemad ja neil oli ka rohkem lapsi.

Faktoranalüüs tõi olulisemate psühhosotsiaalsete teguritena välja neli faktorit, mida tinglikult võib nimetada järgmiselt:

- lapsepõlvekodu (20,0%), nagu pere suurus ja mitmes laps oli perekonnas;
- vanemate meditsiiniline haridus (15,9%);
- üleskasvamise koht (13,4%), nagu linn või maakond;
- oma perekond (11,9%), nagu vanus ja perekonnaseis.

Sarnased faktorid iseloomustasid Arst 2000 uurimuses 60% üldkogumist (Saava, & Sepp, 2003). Käesolevas uurimuses jäi nende arvele 61,2%.

Küsimustik

Uurimismeetodiks valiti anonüümne postiküsitlus, mida taoliste uuringute korral on laialdaselt kasutatud (Allen 1988; Barr 1995; Aasland, 1996, Tekkel 1997). Küsimustiku koostamisel võeti aluseks Soome uurimiserühma “Lääkäri 98” ankeet (Hyppöla et al 2000), mida kohandati Eesti oludele. Ankeeti tehti mõned muudatused ja täiendused lähtudes toimunud muutustest meie tervishoiusüsteemis ja arstide tegevuses. Käesolev töö on osa Arst 2000 uuringust (Saava, & Sepp 2003), mille ankeedis oli 78 küsimust või küsimuste rühma kokku 346 muutujaga, mis sisaldasid ka küsimusi tööga rahulolu ja erinevate positiivselt mõjuvate ning ebameeldivate tegurite kohta töökeskkonnas.

Küsimused: Arstide üldist tööga rahulolu selgitasin küsimusega “*Kui rahul üldiselt olete oma tööga?*” Vastusevariante oli viis, väga rahulolematu kuni väga rahul. Tööga rahulolu positiivselt mõjutavaid tegureid hindasid arstid vastates küsimusele “*Kui palju järgmised asjad realiseeruvad Teie töö kaudu?*” Ette oli antud 17 vastusevarianti ning vaba vastus *muu, mis?* Vastusevariante oli viis, väga vähe kuni väga palju. Lõpuks uurisin tööga seotud ebameeldivate tegurite esinemissagedust küsimusega “*Kui tihti tunnete, et järgmised tööga seotud tegurid on Teie praeguses töös ebameeldivad?*” Ette oli antud 18 vastusevarianti ning vaba vastus *muu, mis?* Kasutasin viiepallilist hindamiskaalat: *mitte kunagi, harva, mõnikord, üsna sageli ja pidevalt.*

Tulemused

Tulemuste osas esitame esmalt üldise ülevaate käesoleva uuringu tulemustest. Seejärel analüüsime erinevusi mees- ja naisarstide vahel ning arstide töökoha järgi. Edasi toome välja kaks suuremat rühma arste: haiglaarstid ja perearstid. Seejärel võrdleme saadud tulemusi Arst 2000 ja Noor arst’95 uuringute tulemustega. Lõpuks on lisatud võrdlusandmed Soomes läbiviidud taoliste uuringutega (peamiselt Lääkäri 1998 tulemused).

Käesoleva uurimuse tulemused põhinevad 283 arsti vastustele. Üheksa kümnest töötasid arstina. Kaheksal üheksast oli põhitöökoht. Rohkem kui kolmandik töötasid tähtajalise töölepingu alusel ja veidi üle poole töötasid tähtajatu töölepingu alusel. Sama paljud arstid kui töölepinguga tegid ka täiskohaga tööd. Rohkem kui igal kolmandal oli põhitöökohta kõrval lisatööd. Tulemused annavad üsna ülevaatliku pildi Eesti arstide kutsetööga rahulolust. Küsitlus hõlmas iga teist aastatel 1987–1996 diplomeeritud arsti, kellest selgelt üle poole vastasid küsitlusele.

Üldine tööga rahulolu

Arstidest kolm neljandikku e. 75,7% olid oma tööga väga või üsna rahul (*hüpotees 2*). Rahulolematuid oli 10,3%. Iga seitsmes e. 14% andis vastuse raske öelda (tabel 8).

Tulemuste analüüs vastanute sugupoole järgi näitas, et meesarstid olid oluliselt sagedamini ($p < 0.05$) tööga väga või üsna rahul (*hüpotees 3*) kui seda olid naisarstid. Analüüs näitas, et ei olnud olulisi erinevusi haiglaarstide ja perearstide hinnangute sageduses.

Tabel 8. Tööga väga või üsna rahul olevate arstide osakaal (%). Tabeli koostamisel osaliselt aluseks Saava, & Sepp, 2003.

Vastanud	Noor Arst'95 1982–1991		Arst 2000 1982–1996		Käesolev uurimus 1987–1996	
	N	%	N	%	N	%
Kõik arstid	326	71,5	354	74,4	211	75,7
Meesarstid	67	72,0	77	77,8	46	80,7
Naisarstid	259	71,3	276	73,4	165	74,3
Haigla- arstid	173	78,3	139	78,5	83	77,6
Perearstid	46	60,5	127	73,8	67	78,0

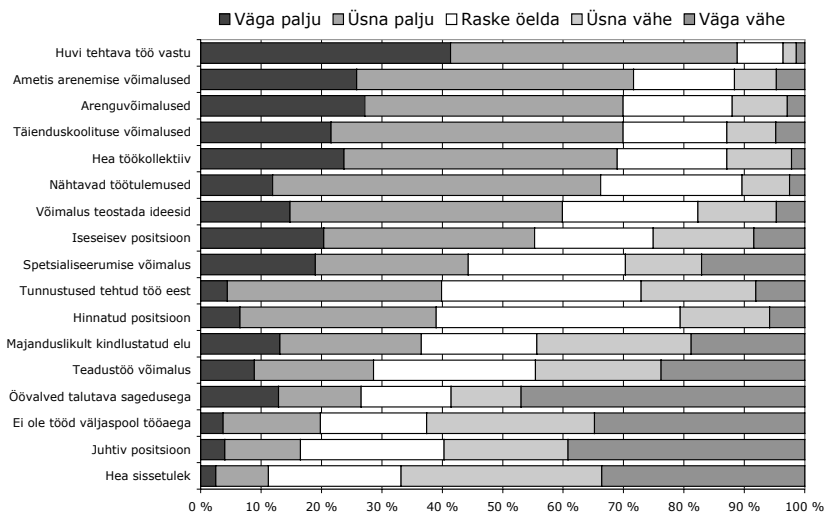
Võrdluse Noor Arst' 95 ja Arst 2000 uuringuga näitas, et tööga väga või üsna rahul olevate arstide osakaal oli mõnevõrra suurenenud (v.a. haiglaarstid) kõigis analüüsitud rühmades, kuid oluliseks ($p < 0.05$) osutus see suuremine perearstide (*hüpotees 4*) hulgas (tabel 8).

Käesoleva uurimusega üsna sarnaselt oli Soomes oma tööga rahul 76% arstidest. Soomes oli tööga väga või üsna rahul olevate arstide osakaal oluliselt langenud viimase viie aastaga. Ka tööga väga või üsna rahul olevate haiglaarstide osakaal oli Soomes ja meil üsna sarnane. Meie perearstid oli sagedamini tööga väga või üsna rahul olevad võrreldes Soome tervisekeskustes töötavate arstidega. Sealsete tööga väga või üsna rahul olevate arstide osakaal oli oluliselt langenud võrreldes viis aastat varasema uurimusega (Hyppölä, 2000).

Eestis soovisid suurem osa arstidest teha meelsamini haiglaarsti (44,4%) ja perearsti (29,2%) tööd. Väiksem osa soovisid asuda meelsamini administree-rivale, pedagoogilisele või teaduritööle. Selgeks suunaks ja tähtsamaks karjääri-plaani muutuseks on arstide suundumine riiklikust süsteemist eraarstiks (24,7%) ja arstitööst loobumine (9,9%).

Töös realiseeruvad rahulolu tegurid

Tööga rahulolu positiivselt mõjutavaid tegureid hindasid arstid vastates küsimusele “*Kui palju järgmised asjad realiseeruvad Teie töö kaudu?*” Ette oli antud 17 vastusevarianti ning vaba vastus *muu, mis?* Tulemused on esitatud joonisel 1.

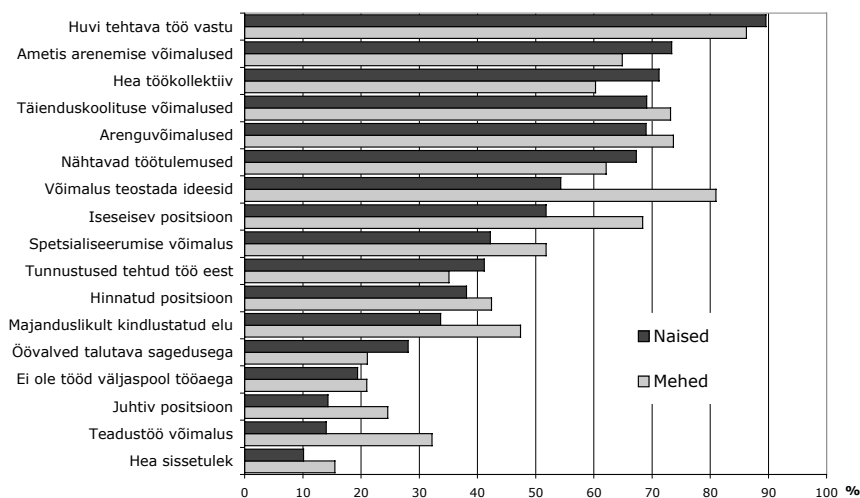


Joonis 1. "Kui palju järgmised asjad realiseeruvad Teie töö kaudu?" Aastatel 1987–1996 diplomeeritud arstide vastuste (n=249-282) jaotus.

Kõige sagedamini märgiti töös väga ja üsna palju realiseeruvateks teguriteks *huvi tehtava töö vastu* (88,9%), järgnesid *ametis arenemise võimalused* (71,6%), *arenguvõimalused* (70,0%), *täienduskoolituse võimalused* (70,0%), *hea töökollektiiv* (68,9%), *nähtavad töötulemused* (66,2%) ning *võimalus teostada töös oma ideesid ja nägemusi* (59,9%).

Samas väga ja üsna vähe realiseerusid töös sellised tegurid nagu *hea sissetulek võrreldes töö hulgaga* (66,8% vastanutel), *ei ole tööd väljaspool tööaega* (62,6%), *juhtiv positsioon* (59,7%), *öövalved talutava sagedusega* (58,6%), *teadustöö võimalus* (44,6%) ja *majanduslikult kindlustatud elu* (44,3%).

Analüüsidest vastuseid sugupoole järgi selgus, et mehed märkisid võrreldes naistega oluliselt sagedamini oma töös väga või üsna palju realiseeruvate teguritena *võimalust teostada töös oma ideesid ja nägemusi* (81,0% vs 54,3%), *majanduslikult kindlustatud elu* (47,4% vs 33,7%) ja *teadustöö võimalust* (32,2% vs 14,0%). Kõigi nende tegurite puhul (Joonis 2) olid erinevused statistiliselt olulised ($p < 0.05$).

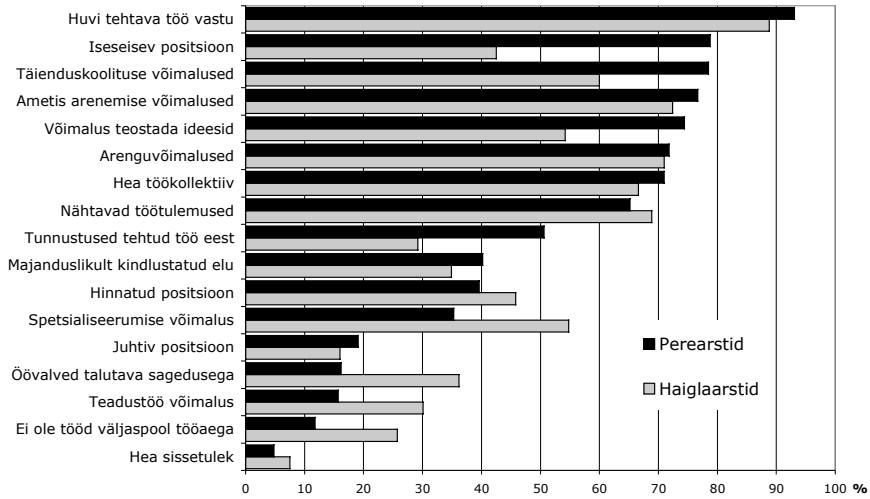


Joonis 2. "Kui palju järgmised asjad realiseeruvad Teie töö kaudu?" Nais- (n=223) ja meearstide (n=59) osa, kes vastasid väga või üsna palju (n=249–282).

Seevastu naised märkisid meestest oluliselt sagedamini ($p < 0.05$) oma töös väga ja üsna vähe realiseeruvate teguritena *head sissetulekut võrreldes töö hulgaga* (72,1% vs 46,6%) ja *juhtivat positsiooni* (65,7% vs 36,9%). Teised erinevused ei olnud olulised.

Analüüs selle järgi, kas arstid töötasid haigla- või perearstina tõi välja palju olulisi erinevusi. Haiglaarstid märkisid sagedamini töös väga või üsna palju realiseeruvate teguritena *spetsialiseerumise võimalusi* (54,8% vs 35,3%) ja *õõvalveid talutava sagedusega* (36,2% vs 16,2%), perearstid märkisid aga oluliselt sagedamini selliseid tegureid nagu *huvi tehtava töö vastu* (93,1% vs 88,5%), *iseseisev positsioon* (78,8% vs 42,5%), *täienduskoolituse võimalused* (78,5% vs 60,0%), *võimalus teostada töös oma ideesid* (74,4% vs 54,2%) ja *tunnustused tehtud töö eest* (50,6% vs 29,2%). Kõigi nende tegurite puhul (joonis 3) olid erinevused statistiliselt olulised ($p < 0.05$).

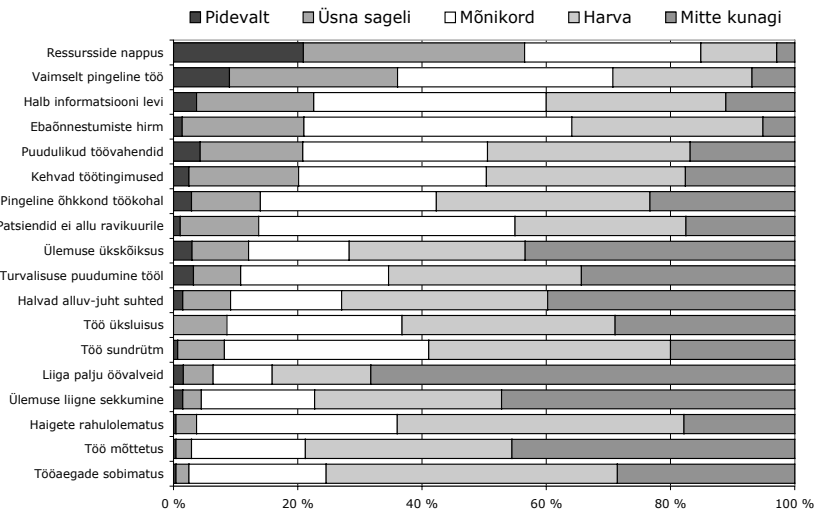
Soome tervisekeskuste üldarstide ja Eesti perearstide võrdlemine tõi välja olulisi erinevusi. Soome tervisekeskuste üldarstid märkisid 2003. a. (Vänka et al., 2005) oluliselt sagedamini töös väga või üsna palju realiseeruvate tegurite hulgas selliseid nagu *hea sissetulek* (46% vs 4,8%), *ei ole tööd väljaspool tööaega* (42% vs 11,8%), Eesti perearstid märkisid aga oluliselt sagedamini ($p < 0.05$) selliseid tegureid nagu *huvi tehtava töö vastu* (93,1% vs 74%), *ametis arenemise võimalused* (76,7% vs 60%), *võimalus teostada töös oma ideesid* (74,4% vs 55%), *arenguvõimalused* (71,8% vs 15%), *nähtavad töötulemused* (65,2% vs 49%) *tunnustused tehtud töö eest* (50,6% vs 35%).



Joonis 3. "Kui palju järgmised asjad realiseeruvad Teie töö kaudu?" Haigla- (n=109) ja perearstide (n=87) osa, kes vastasid väga või üsna palju (n=179–196).

Töös esinevad ebameeldivad tegurid

Töoga seotud ebameeldivate tegurite esinemissagedust hindasid arstid vastates küsimusele "Kui tihti tunnete, et järgmised tööga seotud tegurid on Teie praeguses töös ebameeldivad?" Ette oli antud 18 vastusevarianti ning vaba vastus *muu, mis?* Tulemused on joonisel 4.



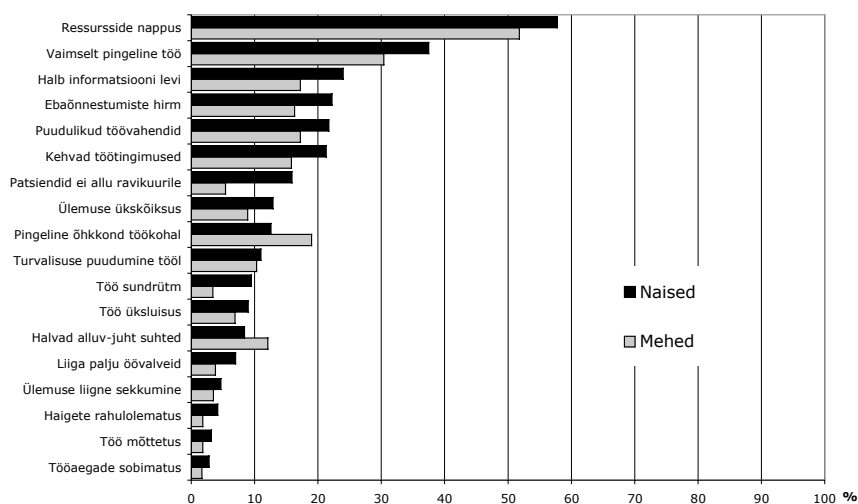
Joonis 4. "Kui tihti tunnete, et järgmised tööga seotud tegurid on Teie praeguses töös ebameeldivad?" Aastatel 1987–1996 diplomeeritud arstide vastuste (n=252–280) jaotus.

Pidevalt või üsna sageli töös esinevate ebameeldivate teguritena märgiti kõige sagedamini *ressursside nappust* (56,5%) ja *vaimselt pingelist tööd* (36,1%). Ligikaudu viiendik vastajatest tundis oma töös pidevalt või üsna sageli *halba informatsiooni levi* (22,6%), *ebaõnnestumiste ja vigade tegemise hirmu* (21,0%), *puudulikke töövahendeid* (20,8%) ja *kehvi töötingimusi* (20,1%).

Suur osa vastanuist tundis harva või mitte kunagi oma töös selliseid ebameeldivaid tegureid nagu *töö mõttetus* (78,8%), *ülemuse liigne tööse sekkumine* (77,3%) ja *tööaegade sobimatus* (75,4%). Harva või mitte kunagi esinevate ebameeldivate teguritena mainiti sagedamini ka *liiga palju öövalveid* (74,2%), *halbu alluv-juht suhteid* (73,0%) ja *ülemuse ükskõiksust* (71,7%).

Analüüs soo järgi näitas, et naisarstid tundsid meesarstidest oluliselt sagedamini oma töös selliseid ebameeldivaid tegureid nagu *vaimselt pingeline töö* (37,5% vs 30,4%), *puudulikud töövahendid* (21,7% vs 17,2%), *patsiendid ei allu ravile* (15,9% vs 5,4%) ja *haigete rahulolematus* (4,2% vs 1,8%). Kõigi nende tegurite puhul olid erinevused statistiliselt olulised ($p < 0.05$).

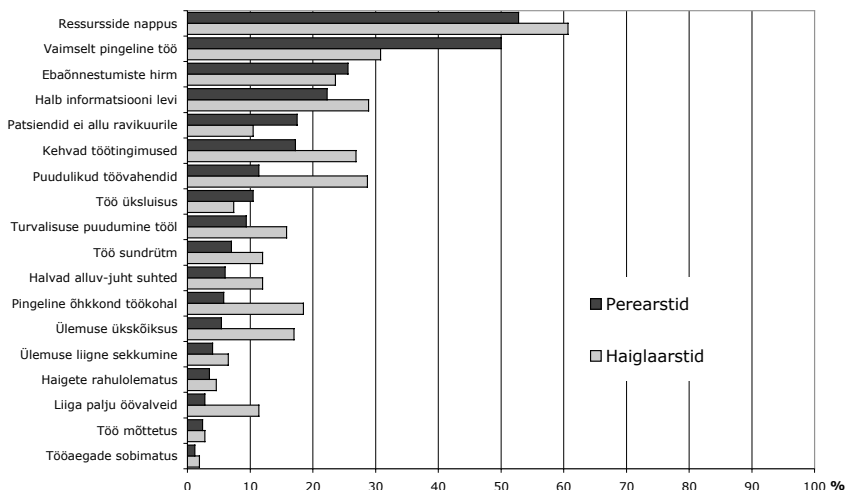
Erinevused naiste kahjuks olid suured ka selliste ebameeldivate tegurite puhul nagu *ressursside nappus* (57,8% vs 51,8%) ja *halb informatsiooni levi* (24,0% vs 17,2%) ning meeste kahjuks *pingeline õhkkond töökohal* (19,0% vs 12,6%), kuid need erinevused ei olnud olulised, sest meesarstide rühm oli väike (joonis 5).



Joonis 5. Vastanud mees- (n=59) ja naisarstide (n=224) osa (%), kelle töös esinesid ebameeldivad tegurid (n=252–280).

Analüüs arstide töökoha järgi tõi välja olulisi erinevusi haiglaarstide ja perearstide töö ebameeldivate tegurite esinemissageduse osas. Haiglaarstid tundsid oma töös pidevalt või üsna sageli ebameeldivana oluliselt sagedamini ($p < 0.05$) järgmisi tegureid: *puudulikud töövahendid* (28,7% vs 11,4%),

pingeline õhkkond töökohal (18,5% vs 8,8%), ülemuse ükskõiksus (17,0% vs 5,4%), töö sundrütmi (12,0% vs 7,0%), halvad alluvjuht suhted (12,0% vs 6,0%), liiga palju öövalveid (11,4% vs 2,8%) ja ülemuse liigne töösse sekkumine (6,5% vs 4,0%).



Joonis 6. Vastanud haigla- (n=109) ja perearstide (n=87) osakaal (%), kelle töös ebameeldivad tegurid esinesid pidevalt või üsna sageli.

Perearstid aga tundsid haiglaarstidest sagedamini oma töös ebameeldivate teguritena *vaimselt pingelist tööd* (50,0% vs 30,8%) ja seda, et *patsiendid ei allu ravikuurile* (17,5% vs 10,5%) (joonis 6) Kõigi nende tegurite puhul olid erinevused statistiliselt olulised ($p < 0.05$).

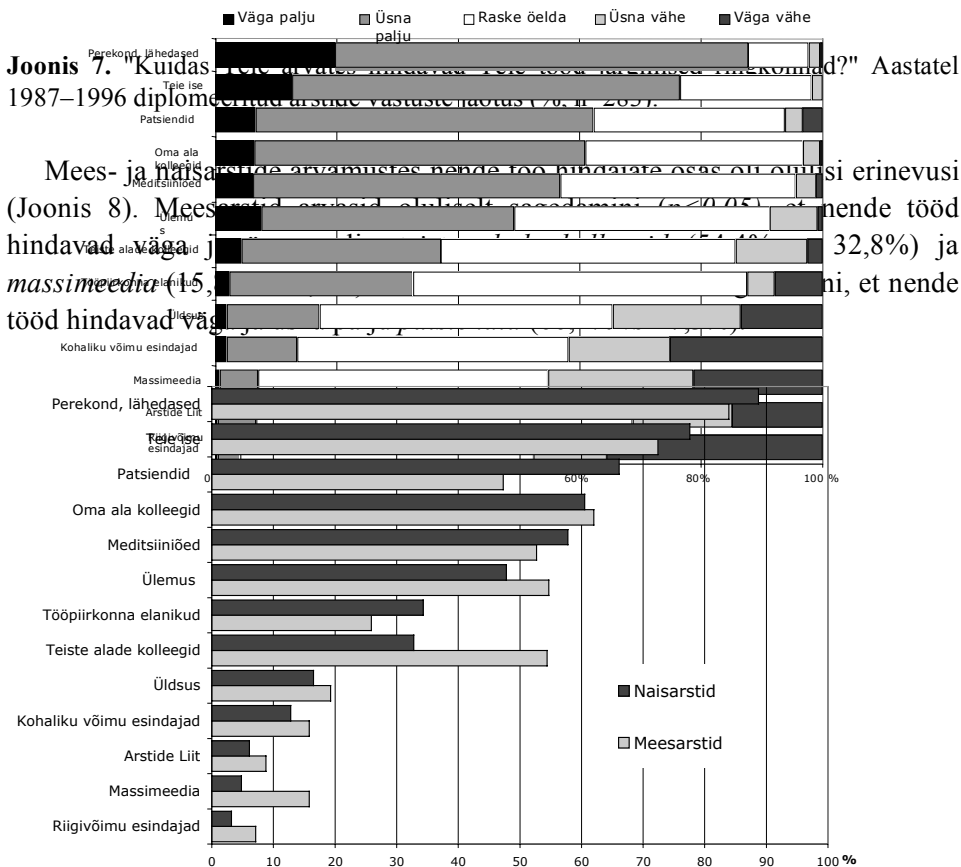
Soomes tundsid tervisekeskuste üldarstid oma Eesti perearstidest kolleegidest töös pidevalt või üsna sageli esinenud ebameeldivate teguritena *töö sundrütmi* (60,0% vs 7,0%) ja seda, et *patsiendid ei allu ravikuurile* (23,0% vs 17,5%) ning Eesti perearstid võrreldes Soome kolleegidega tundsid ebameeldiva tegurina oma töös *ebaõnnestumiste hirmu* (25,6% vs 17,0%).

Kes hindavad arstide tööd

Selgitamaks arstide arvamust selle kohta kui võrd erinevad ringkonnad hindavad nende tööd, esitati järgmine küsimus “*Kuidas Teie arvates hindavad Teie tööd järgmised ringkonnad?*”. Ette oli antud 13 ringkonda ja lisaks vastus *muu, kes?* Tulemused on esitatud joonisel 7.

Vastanute arvates hindasid nende tööd väga ja üsna palju kõige sagedamini nende *perekond ja lähedased* (87,7%) ja *nad ise* (76,5%), järgnesid *patsiendid* (62,3%), *oma ala kolleegid* (60,8%) ja *meditsiiniõed* (56,7%). Samas arstide tööd väga ja üsna vähe hindavaks pidasid vastanud kõige sagedamini *riigivõimu*

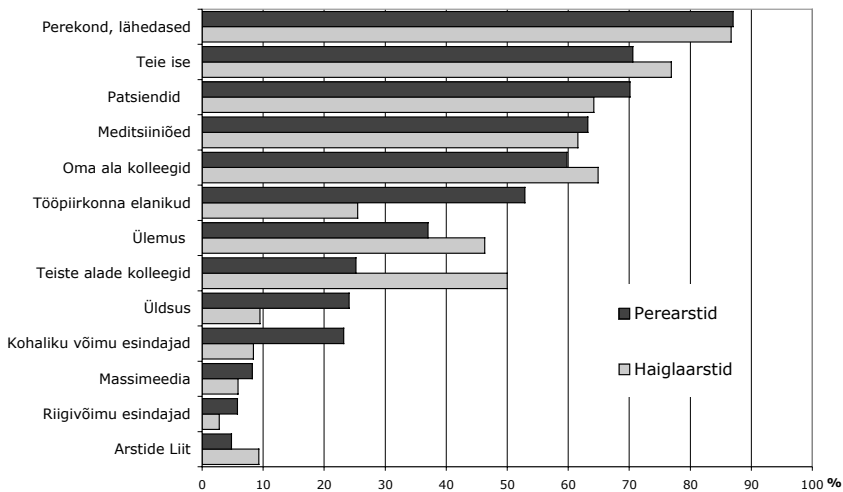
esindajaid (47,6%), massimeediat (45,2%), kohaliku võimu esindajaid (41,8%), üldsust (34,6%) ja Arstide Liitu (31,3%).



Joonis 8. Kuivõrd mees- (n=59) ja naisarstide (n=224) arvates erinevad ringkonnad hindavad nende tööd väga ja üsna palju (%). (n=254–281).

Olulisi erinevusi ($p < 0.05$) ilmnis ka haigla- ja perearstide arvamustes nende töö hindajate osas (Joonis 9).

Haiglaarstid arvasid sagedamini, et nende tööd hindavad väga ja üsna palju *nemad ise* (76,9% vs 70,6%) ja *teiste alade kolleegid* (50,0% vs 25,2%). Perearstid pidasid haiglaarstidest sagedamini oma töö hindajateks *tööpiirkonna elanikke* (52,9% vs 25,5%), *üldsust* (24,1% vs 9,5%), *kohaliku võimu esindajaid* (23,2% vs 8,4%). Samas arvasid haiglaarstid sagedamini, et nende tööd hindavad üsna ja väga vähe *riigivõimu esindajad* (58,9% vs 38,4%).



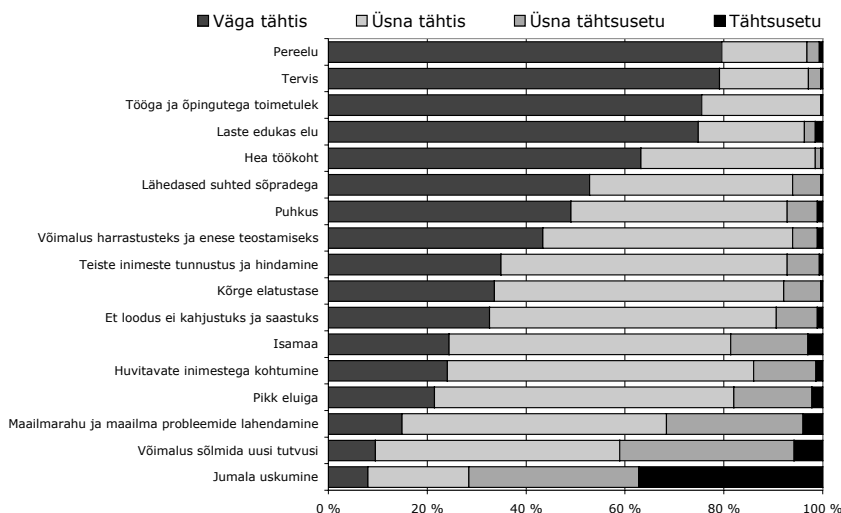
Joonis 9. Haigla-(n=109) ja perearstide (n=87) osa, kelle arvates erinevad ringkonnad hindavad nende tööd väga ja üsna palju (%; n=173–195).

Soomes pidasid tervisekeskuste üldarstid võrreldes Eesti perearstidega oluliselt sagedamini ($p < 0.05$) oma tööd väga ja üsna palju hindavateks *neid iseennast* (91,0% vs 70,6%), *teiste alade kolleegide* (82,0% vs 70,1%), *meditsiiniõdesid* (77,0% vs 63,2%), *oma ala kolleegide* (71,0% vs 59,8%), samuti *ülemusi* (66,0% vs 37,0%) ja *Arstide Liitu* (29,0% vs 4,8%).

Mida arstid elus väärtustavad ja milline on nende identiteet

Tervis on eesti arstidele esmatähtsaks asjaks elus. Kui mõni üksik erand välja arvata, siis ütlesid kõik arstid, et peavad seda eriti või üsna tähtsaks. Ligi 80% soovisid, et nad saaksid elada pika elu. Arstide väärtuste arengus ei ole toimunud suuri muutusi viimase kümne aasta jooksul. Perekkond, oma laste edukas elu ja muud sõprussuhted on arstidele selgelt tähtsamad asjad kui suured kogu maailma puudutavad asjad. Religioon on väga tähtis vaid igale neljandale, loodus igale kolmandale ja isamaa vaid igale viiendale. Umbes sama paljud arstidest kannavad hoolt maailmarahust (joonis 10).

Mõned arstid peavad tegema kompromisse, et kokku sobitada karjääri ja pereelu. Peaaegu kõik peavad tähtsaks tööülesannetega toimetulekut ja teiste hinnangut. Hea elu juurde kuulub paljudel arstidel ka kõrge elatustase.



Joonis 10. "Mis on Teie jaoks elus tähtis?" Aastatel 1987–1996 diplomeeritud arstide vastuste struktuur (% , n=283).

Üle poole arstide identiteet vastas humanistile: aitaja, kuulaja, kutsumusega arst ja lohutaja. Arstide jaoks on tähtsamad väärtused elus: pereelu, tööga ja õpingutega toimetulek, tervis ja laste edukas elu. Viimane mõjutab omakorda sotsiaalset identiteeti, kus esikohal oma pere, suguvõsa, töökollektiiv ja arstikond. Arstide identiteedis oli kõrgel kohal ka Eesti.

ARUTELU

Eesti arstid olid üsna või väga rahul oma tööga. Kuigi varasemad uurimused on näidanud, et naised võivad olla rahulolevamad oma tööga kui mehed, oli käesoleva uurimuse puhul vastupidi. Uurimusega selgitatud põhilised tööga rahulolu mõjutavad tegurid on sarnased varasemate uuringutega. Huvi tehtava töö vastu, ametis arenemise võimalused, üldised arenguvõimalused ja täienduskoolituse võimalused olid peamised tööga rahulolu mõjutanud tegurid (*hüpotees 1*).

Tööga rahulolematust põhjustasid ressursside nappus ja vaimselt pingeline töö. Käesolevas uurimuses 56,5% arstidest tundsid oma töös pidevalt või üsna sageli esineva ebameeldiva tegurina ressursside nappust. Soomes tundsid analoogilises uurimuses ressursside nappust ebameeldiva tegurina 51% arstidest.

Samas on ressursside nappus suhteline ja oleneb kontekstist ja sellest, millise maa arstidega Eesti arstide olukorda võrdleme. Soomes ja Eestis tähendavad need erinevaid asju.

Vaimselt pingelist tööd pidasid töös pidevalt või üsna sageli ebameeldivaks teguriks 50% Eesti perearstidest ja 47% Soome tervisekeskuse arstidest. Tööpinge on kasvanud viimase viie aastaga mõlemal maal. Uurimuse tulemused arstide töö headest ja halbadest külgedest on põhimõtteliselt samad, mida on leitud uurides tööga seotud ebameeldivaid tegureid üldiselt. Töötegitajaid häirivad vaimselt ja füüsiliselt pingeline töö ning väikesed sissetulekud (Einasto, 1996).

Tööga seotud psühhosotsiaalsed uurimused sealhulgas tervise ja efektiivuse uuringud nõuavad oma kompleksusest tingituna multidistsiplinaarset lähenemist. Karasek (1990, tsit. Johansson & Aronsson, 1991) kirjeldas kõrgetest tööalastest nõudmistest ja madalast tööalasest otsustuse ulatusest tingitud vaimset pinget. Ta leidis, et võimalik pinge on kolme võrdlemisi iseseisva teguri: psühholoogilised nõudmised, stressitasemed (kohustused) ja kolleegide toetus töö-situatsioonis koosmõju tulemus. Richardsen ja Burke (1991) leidsid, et naisarstidel on rohkem stressi ja emotsionaalseid probleeme võrreldes mees-arstidega. See on kooskõlas käesoleva uurimusega.

Tööga rahulolu sõltub mitmetest teguritest ja see on muutuv. Arstide kutsetööga rahulolu on oluline, kuna tööga rahulolevate arstide töö on kvaliteetsem. Tööga rahuloleva arsti patsiendid on samuti rahulolevad. Arstide palkade tõstmine ja hea ressurssidega varustamine on tähtsad, kuid ka riigivõimu esindajad, massimeedia ja tervishoiusüsteemi sealhulgas haiglate juhid peavad hakkama arstide tööd rohkem hindama.

Enamik (75–80%) Eesti arstidest on oma tööga rahul, kuid arsti kutsetöö ei võimalda ühele kümnest arstist perekonna ülalpidamist ja nad on sunnitud otsima tasuvamat tööd. Samas on Nõukogude arst asendunud Eesti arstiga ja esmatasandil töötab nüüd tugeva perearsti identiteediga ja muutunud töökultuuriga arst. Huvitav oleks teada saada, kuidas muutused mõjutavad arstide tööga rahulolu.

Uurimus on oluline riigi järjepidevuse seisukohast, kuna arstid töötavad ühiskonna heaolu alustaladeks peetavates põhiteenuseid pakkuvates organisatsioonides (haridus- ja tervishoiusüsteem). Viimaste lagunemise järel halveneks Eesti rahva tervis ja järgneks kriis ühiskonnas.

Praktilised soovitused

Käesolev uurimus arstidest näitas, et naisarstid on üsna rahulolematud ja perearstid on üsna rahulolevad oma tööga. Tulemuste alusel saab anda soovitusi selle kohta, mida riigivõimu esindajad ja haiglate juhid peaksid ette võtma, et

noored arstid – ja tõenäoliselt ka vanemad arstid kutsetööl ennast paremini tunneksid.

Haiglaarstide üldiselt negatiivsena tuntud teguriks oli ressursside nappus. Tegemist on töö organisatsiooni ja iseenesest laiemalt kogu Eesti ühiskonda puudutava probleemiga. Seda probleemi saab lahendada riiklikult ja kohe, siis kui seda tõeliselt reguleerida soovitakse. Perearstidel oli sagedamini vaimset pingeline töö. Arstidele peaks võimaldama paindlikumad tööajad, erapraksiste laialdasemat kasutamist, mis oleksid vaid mõned võimalikud lahendused. Arstide töö organiseerimisele aitaks kaasa elektrooniline tööaja planeerimine. Töö organiseerimine praktiseerivatele perearstide gruppidele võimaldaks saada professionaalset tuge kolleegidelt ja annaks suuremad võimalused paindlikumaks töö organiseerimiseks.

Noorte kolleegide kasvamine arstiks oleks paremini tagatud kollektiivis ja sotsiaalses võrgustikus. Töölaste nõudmiste ja nõustamise tähtsus on oluliselt kasvanud, kuna see võimaldab vähendada arstide kutsetöö vaimset pinget. Arstide kutsealane jätkukoolitus vajab selgemat läbimõtet, sest viimasega peab olema võimalik tagada arstidele pideva täienduskoolituse saamine nende töökohal ja väljaspool seda.

Vaatamata perearstisüsteemi õnnestunud rakendumisele Eestis 1990-ndate teisel poolel on seda vaja parendada. Seoses haiglate optimeerimisega peaks lähiaastatel lisanduma eraarstitöö (sealhulgas perearstid). Ka perearstide koolituse süsteem vajab arendamist. Kuna tervishoiusüsteemis viiakse ellu optimeerimisega seotud muudatusi (haiglareform), siis peaks jätkama andmete kogumist käesolevale uuringule sarnaste uurimustöödega. Viimane pakub hea ja odava võimaluse kvaliteedi hindamiseks tervishoiusüsteemis, mida arstide kõrge tööga rahulolu tähendab, kuna see on seotud ka patsientide rahuloluga tervishoius pakutavate teenustega.

Kuigi arstide sissetulekud on viimase viie aasta jooksul kasvanud, on need endiselt oluliselt madalamad kui eraarstidel ja näiteks Põhjamaade kolleegidel, sealhulgas Soome arstidel. Soome arstiks minemine ongi arstidele, kes töökoha vahetust planeerivad selgelt külgetõmbavamaks võimaluseks. Osa arstidest sooviks tööle EL-i muudesse riikidesse (Rootsi, Saksamaale), USA-sse ja Norrasse. Raha ei mõjuta kõike, kuna palga tähtsust rõhutasid vaid iga kolmas. See grupp on selgelt suurem kui viis aastat varem. Siis ütlesid umbes viiendiks arstidest, et sissetulekute suurus oli palju mõjutanud töökoha valikut.

Oluline on, et käesoleva uurimuse puhul tõusid arstide vastuste alusel esile sarnased tegurid, mida on leitud oluliste mõjuritena ka mujal maailmas. Niisiis on tegemist üldiste nn metatasandil käsitletavate probleemidega. Herzbergi kahe faktoriga motivatsiooniteooriast tuntud motiveerivaid ja hügieenilisi faktoreid laenates leidis veelgi kinnitust tõik, et arstide uurimuses pädevad samad tegurid, mis muudegi professionide puhul.

Käesolev uurimus tõi esile kolm Herzbergi motiveerivat faktorit: *töö ise, vastutus ja edutamine*. *Töö ise* pakub arstide motiveerimiseks kõige rohkem võimalusi.

Tööandjal tuleb panna arstid uskuma, et töö mida nad teevad on tähtis ja nende tööülesanded olulised.

Määravaks peaks pidama seda, et arstid mõistaksid kutsetööle pühendumise positiivset mõju nende praktilise tulemuslikkusele ja patsientide tervise paranemisele.

Haigla juhtidel on hea teada, et jagatud õnnestumised muudavad patsientide elu ja loovad aluse paranemisprotsesside edenemisele. Muidugi on haiglaarstide töö üks ahel ravitöö ketist, mille tulemuslikkus sõltub kõige nõrgemast lülist ja motiveerimist vajavad ka teised tervishoiutöötajad (meditsiiniõed jt.). Kõik peavad nägema oma tööd tähtsana ja huvitavana. Arstide rahulolu kutsetöoga mõjutavad mitmed erialaselt ebaolulised tegevused (nn bürokraatlik “paberimajandus”), millele kulub suur osa tegelikult huvitavast ravitööle mõeldud ajast. Seda osa tööst peaksid tööandjad proovima arstide tööga rahulolu eesmärgil vähendada, kuna selle tagajärjel tõuseb ka töö efektiivsus.

Teiseks oluliseks motiveerivaks faktoriks on *vastutus*. Arstid teevad oma tööd hästi ja on motiveeritud, juhul kui nad oma töö eest vastutavad. Erapraktises töötavatel arstidel on rohkem kliinilist autonoomiat ja nad vastutavad oma ravitöö eest. Eraarstid saavad oma patsiente ravides tunda, et on ravitöö “omanikud”. Noorte arstide puhul peab arvestama, et nende professionaalse identiteedi kujunemine, eriarstideks kasvamine ja “headeks” arstideks saamine võtab aastaid aega ning toimub vanemate kolleegide juhendamisel. Selle aja jooksul kasvavad noorte arstide ravitöö kogemused koos vastutusega ja neist saavad professioni täisväärtuslikud liikmed.

Tööandjad peaksid olema ettevaatlikud, et nad ei lisaks noortele arstidel ainult töökoormust ja ei unustaks lisada kliinilist autonoomiat. Koos noorte arstide töömahu kasvuga peaks kasvama ka uute ja oluliste ülesannete arv, kuna koos kliinilise autonoomia kasvuga kaasneb ka arstide prestiiži kasv.

Kolmanda motiveeriva faktori *edutamine* puhul peab ütleva, et arstid on oma tööandajale ja riigile lojaalsed seni, kuni nende tulemuslikku tööd hinnatakse ja neid edutatakse. Tööandjad peaksid mõtlema ka noorte arstide ametialase karjääri peale. Häid arste peaks edutama. Edutamiseks on mitmeid erinevaid võimalusi, millest olulisemad vertikaalne edutamine e. ametiredelil tõus või horisontaalne edutamine e. uue prestiižikama ametinimetuse omistamine. Viimane viitaks saavutatud ametikoha tähtsusele.

Haiglate juhid peaksid toetama noori arste nende karjääri planeerimisel, võimaldades neile erialast jätkukoolitust, millega kasvaks ka arstide kutsetöö lisaväärtus ja neist saaksid väärtuslikumad töötajad. Vähetähtis ei ole tõik, et erialane jätkukoolitus kujundab arstidele vajalikku professionaalset identiteeti ja suurendab nende tööga rahulolu.

Käesoleva uurimuse alusel võib esile tõsta *töötasu* ja *töötingimused*. Need Herzbergi hügieenilised faktorid on seotud tööga rahulolematusega. Tööandjad ja Eesti riik peaksid endale aru andma, et EL-i tingimustes kehtivad ka arstide puhul samad värbamis põhimõtted, mis näiteks majandus-, õigus- ja militaar-spetsialistide puhul. Haiglad saavad selliseid spetsialiste, kelle eest nad on valmis maksma. Kuigi raha ei ole teiste töötajate jaoks motivaator (Herzbergi järgi), mõjub arstidele frustrerivalt teadmine ja asjaolud, et sageli ei võimalda nende töötasu perele majanduslikult kindlustatud elu ja kõrget elatustaset. Tähtis on meeles pidada ka seda, et noored arstid, kes ei saa oma töö eest väärilist kompensatsiooni, ravivad oma patsiente ilma tööroõmuta.

Tööandjad peaksid väga täpselt jälgima ja teadma, milline palgatase on antud regioonis teistel spetsialistidel ja vastavalt sellele korrigeerima oma arstide palka. Haiglate juhid peaksid meeles pidama, et ka tervishoius omavad konkurentsieelist need meditsiinasutused, kus on läbipaistev personali-, palga-, lisatasude- ja kompensatsioonide poliitika.

Arstide *töötingimused* ja töökeskkond on olulised tegurid, mis mõjutavad arstide professionaalse identiteedi kujunemist (haiglaarst, perearst). Tööandjad peavad palju investeerima meditsiinitehnikasse ja tööruumidesse, et need vastaksid rahvusvahelistele standarditele ja oleksid viidud vähemalt keskmisele kvaliteedi tasemele. Hea disainiga mööbel võib muuta töökeskkonda ja mõjutada arstide psühhosotsiaalseid töötingimusi. Võimaluste piires peaks arstile võimaldama oma kabineti, labori, töötoa, ruumi töölauga. Vastasel juhul ei maksaks üllatuda, et kitsastesse töötingimustesse surutud personali hulgas tekkivad pinged, mis võivad väljenduda tööga rahulolematuses.

Käesoleva uurimuse puhul olid vaimset pingeline töö ja ressursside nappus peamised tööga seotud tegurid, mis arstide tööd ebameeldivalt mõjutasid. Riigieelarves ressursside lisamine tervishoiule, tervise eest vastutavate professionide väärtustamine ja stressiga toimetuleku koolitused võiksid olla need peamised võimalused, mida riigivõimu esindajad ja tööandjad saaksid kasutada arstide igapäevase kutsetööga rahulolu tõstmiseks.

Järeldused

Käesoleva töö tulemused annavad ülevaate aktiivsemas tööeas olevatest Eesti arstidest, näitavad kuidas nende professionaalne identiteet, personaalsed väärtused on seotud tööga rahuloluga ja viimane omakorda mõjutatud psühhosotsiaalsetest, professionaalsetest, organisatsioonilistest ja majanduslikest teguritest.

Arstide kutsetööga rahulolu on seotud emotsionaalse, majandusliku, poliitilise, sotsiaalse, kultuurilise ja professionaalse küljega nende elus. Samas on kutsetöö kvaliteet seotud tööga rahuloluga. Arstide kutsetöö muutumine

nõuab, et rakendataks erinevaid tervishoiupoliitikaid ja strateegiaid, millega saaks mõjutada arstide kutsetöoga rahulolu. Eesti tervishoiupoliitika ja poliitikut ei ole täitnud paljude arstide lootusi.

Kuna enamik Eesti arstidest on naised, siis vajame ka nende uurimiseks teistsuguste teoreetiliste mudelite kasutamist. Kahjuks on käesoleva ajani suurema osa arstide kohta tehtud järelduste aluseks peamiselt meesarstide enamusega uuringute tulemused.

Kokkuvõte

Käesolev uurimus pakub tähtsat informatsiooni Eesti tervishoiujuhtidele tervishoiusüsteemi ja arstide tööhõive parendamiseks tulevikus. Uurimusega kaardistati tähtsa professioni olukorda ja esitati selle arendamisvõimalusi Eestis. Kuna uurimus on arstide poolt hästi vastu võetud, siis on loota sellele jätku uurimust ja rahvusvahelist võrdlevat analüüsi. Vastamisprotsendid on olnud kõrged ja see omakorda mõjutab uurimustulemuste usaldusväärsust ja väärtust. See kinnitab seisukohta, et arstkond on tunnetanud selle uurimuse tähtsust. Tulemustel on praktiline väärtus, kuna neid saavad kasutada riigivõimu esindajad, haiglate juhid ja tervishoiusüsteemi reformide üle otsustajad, tervishoiujuhid, keda huvitavad arstide tööhõive küsimused ning laiemalt muidugi kõik tervishoiuteenuste kasutajad. Kuna plaanis on käesoleva uurimuse alusel jätkata uue uurimusega, siis on võimalus jälgida tervishoiusüsteemi reformide tagajärgi ja muutuste mõjusuundi.

Tänu

Täname prof. Margus Lemberit ja Eesti Perearstide Seltsi, kes aitasid täpsustada perearstide aadressandmeid ja võimaldasid sellega kõrgema vastamisprotsendi saamist. Täname prof. Astrid Saavat ja Tartu Ülikooli Tervishoiu Instituuti, kus need uurimused aset leidsid. Uurimusi toetas Eesti Teadusfond, mille eest soovime samuti tänada. Täname küsitlusele vastanud arste, kes tööpingele vaatamata leidsid aega vastamiseks. Täname neid, kes on aastate jooksul teinud koostööd, kommenteerinud ja aidanud kaasa uurimuse parendamisele.

Käesoleva töö aluseks on Alar Sepa poolt 2004. aastal Tallinna Pedagoogikaülikoolis kaitstud magistritöö “Arstide kutsetöoga rahulolu”, mille juhendajaks oli psühholoogia osakonna juhataja Kadi Liik. Alar Sepp asus käsikirja trükiks ette valmistama juba 2004. aastal, mil ta kutsuti tolleaegse Sotsiaalministeeriumi abiministri Külvar Mandi poolt tööle tervishoiupoliitika juhiks ja uuringu ARST 2005 läbiviimise ettevalmistajaks. Käesolevat tööd on täiendatud, trükiks kohandatud ja selle väljaandmist toetatud Tampere Ülikooli poolt, mille eest soovime esitada erilised tänud.

KIRJANDUSVIITED

- Aasland, O. (1996). The Norwegian Research Program on Physicians Health and Welfare. In Ø. Larsen (Ed.), *The shaping of a profession: Physicians in Norway, Past and Present* (pp. 467-469). USA: Watson Publishing International a division of Science History Publications.
- Aasland, O., & Falkum, E. (1992). On physicians' health, well-being and jobs satisfaction. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 112, 3818-3823.
- Ahelik, S., Kipper, E., Nõmm, M., Varend, L., & Tamm, O (peatoim.). (1980). *Tervishoid Eestis 1917-1950*. Tallinn: Eesti Raamat.
- Allen, I. (1988). *Doctors and their careers*. London: Policy Studies Institute.
- Arnetz, B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science & Medicine*, 52(2), 203-213.
- Asser, T. (2000). Arstiteaduskonna päeva puhul. *Eesti Arst*, 79(9), 515-516.
- Baker, M., Flett, A., & Williams, J. (2000). The work commitments of British general practitioners: a national survey. *The British Journal of General Practice*, 50, 730-731.
- Bandura, A. (1973). Social-learning theory of identifiatory processes. In D. A. Goslin (Eds.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- Barr, D. (1996). The ethics of Soviet medical practice: behaviours and attitudes of physicians in Soviet Estonia. *Journal of Medical Ethics*, 22, 33-40.
- Barr, D. (1995). The professional structure of soviet medical care: the relationship between personal characteristics, medical education, and occupational setting for Estonian physicians. *American Journal of Public Health*, 85(3), 373-378.
- Barr, D. (1993). Medical professionals in Estonia: the interaction of professional knowledge. Organizational setting, and personal characteristics in affecting status and rewards. Unpublished doctor's thesis, Stanford University, USA.
- Barr, D., & Field, M. (1996). The current state of health care in the former Soviet Union: implications for health care policy and reform. *American Journal of Public Health*, 86(3), 307-312.
- Blane, D. (1997). Health professions. In G. Scambler (Ed.), *Sociology as applied to medicine* (pp. 212-217). London: W. B. Saunders Company Ltd.
- Bovier, P., & Perneger, T. (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. *The European Journal of Public Health*, 13(4), 299-305.
- Calman, K. (1994). The profession of medicine. *BMJ*, 309, 1140-1143.
- Calnan, M. (1988). Images of general practice: the perceptions of the doctor. *Social Science & Medicine*, 27, 579-586.
- Casalino, L. (1999). The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1147-1150.
- Cavenagh, P., Dewberry, C., & Jones, P. (2000). Becoming professional: when and how does it start? A comparative study of first-year medical and law students in the UK. *Medical Education*, 34, 897-902.
- Chambers, R., Wall, D., & Campbell, I. (1996). Stresses, coping mechanisms and jobs satisfaction in general practitioner registrars. *British Journal of General Practice*, 46, 343-348.

- Clack, G. (1999). A retrospective survey of medical specialty choice and job satisfaction in a sample of King's graduates who qualified between 1985/86 and 1989/90. *Medical Teacher*, 21(1), 77-82.
- Cushway, D. (1992). Stress in clinical psychology trainees. *The British Journal of Clinical Psychology*, 31, 169-179.
- Davidson, J., Lambert, T., Goldacre, M., & Parkhouse, J. (2002). UK senior doctors' career destinations, job satisfaction, and future intentions: questionnaire survey. *BMJ*, 325, 685-686.
- Downie, R., & Calman K. (1998). *Healthy respect: ethics in health care*. 2nd ed. Great Britain: Oxford University Press.
- Einasto, M. (1996). Working conditions and possibilities at work. In J. Grøgaard (Ed.), *Estonia in the grip of change: Fafo report 190* (pp. 145-158). Norway: Falch Hurtigtrykk.
- Elston, M. (1993). Women Doctors in a Changing Profession: The Case of Britain. In E. Riska, & K. Weegar (Eds.), *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour* (pp. 27-61). London: SAGE Publications.
- EMSB. (1996). *Eesti tervishoid 1990-1995*. Tallinn: EMSB.
- Ennulo, J. (1976). *Kirurg meenutab*. Tallinn: Valgus.
- Ensor, T., & Witter, S. (1997). Health reform in Eastern Europe and the former Soviet Union. In S. Witter, & T. Ensor (Eds.), *An introduction to health economics for Eastern Europe and the former Soviet Union* (pp. 167-181). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Flexner, A. (1910). Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement and teaching. Bulletin No 4. Boston: Updyke.
- Firth-Cozens, J. (1994). The five years after qualification: The psychopathology of hospital life is keeping women doctors away. *BMJ*, 309, 1524-1525.
- Frank, E., McMurray, J., Linzer, M., & Elon, L. (1999). Career satisfaction of US women physicians. Results from the women physicians' health study. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1417-1426.
- Furnham, A. (1988). Values and vocational choice: a study of value differences in medical nursing and psychology students. *Social Science & Medicine*, 26, 613-618.
- Garcia-Pena, C., Reyes-Frausto, S., Reyes-Lagunes, I., & Munoz-Hernandez, O. (2000). Does where you work make a difference in your job satisfaction? *Family Practice*, 17, 309-313.
- Common Position (EC) No 20/2000. Official Journal of the European Communities, C119/1-C119/53.
- Cooke, L., & Hutchinson, M. (2001). Doctors' professional values: results from a cohort study of United Kingdom medical graduates. *Medical Education*, 35, 735-742.
- Cramer, D. (1998). *Fundamental Statistics for Social Research: Step-by-step calculations and computer techniques using SPSS for Windows*. London and New York: Routledge.
- Goldacre, M., Lambert, T., & Davidson, J. (2001). Loss of British-trained doctors from the medical workforce in Great Britain. *Medical Education*, 35, 337-344.
- Groenewegen, P., & Hutten, J. (1991). Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1111-1119.

- Grol, R., Mokkink, H., Smits, A., Eijk, J., Beek, M., Mesker, P. & Mesker-Niessen, J. (1985). Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Medicine*, 2(3), 128-135.
- Hagihara, A., Tarumi, K., Babazono, A., Nobutomo, K., & Morimoto, K. (1998). Work versus non-work predictors of job satisfaction among Japanese white-collar workers. *Journal of Occupational Health*, 40, 285-292.
- Handysides, S. (1994). New roles for general practitioners. *BMJ*, 308, 513-516.
- Harrison-BA-Hons, M. (2000). Identity and experience: A study of selected female physicians in five provincial states of Mexico. *Salud Publica de Mexico*, 42(3), 208-216.
- Hayes, N. (2002). *Sotsiaalsühholoogia alused*. Tallinn: OÜ Külim.
- Hebing, E. (1997). Health care reforms in Central and Eastern Europe. In A. Schrijvers (Ed.), *Health and health care in the Netherlands* (pp. 252-260). Utrecht: De Tijdstroom.
- Helenius, H. (1995). *Tilastollisten menetelmien perustiedot*. Tampere: Painomainos Oy.
- Herzberg, F., Mausner, B., Snyderman, B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the Nature of Man*. New York: New American Library.
- Hueston, W. (1998). Family physicians' satisfaction with practice. *Archives of Family Medicine*, 7, 242-247.
- Hyppölä, H. (2001). *Development and evaluation of undergraduate medical education in Finland*. Kuopio University Publications D. Medical Sciences 237. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Hyppölä, H. (toim.)(2000). Lääkäri 98. Raportti kyselytutkimuksesta vuosina 1987-1996 valmistuneille lääkäreille ja vertailu tilanteeseen kymmenen ja viisi vuotta aiemmin. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:10.
- Hyppölä, H., Kumpusalo, E., Neittaanmäki, L., Mattila, K., Virjo, I., Kujala, S., Luhtala, R., Halila, H., & Isokoski, M. (1998), Becoming a doctor – was it the wrong career choice? *Social Science & Medicine*, 47(9), 1383-1387.
- Isokoski, M. (1998). Saateks. In H.-I. Maaros & M. Lember (Toim.), *Peremeditiin* (lk. 5-7). Tartu:
- Jesse, M., Habicht, J., Aaviksoo, A., Koppel, A., Irs, A., & Thomson, S. (2005). *Tervishoiusüsteem muutustes: Eesti*. Tallinn: Euroopa Tervisesüsteemide ja –poliitika Vaatluskeskuse nimel WHO Euroopa Regionaalbüroo.
- Johansson, G., & Aronsson, G. (1991). Psychosocial factors in the workplace. In G. Green, & F. Baker (Eds.), *Work, health, and productivity* (pp. 179-197). New York, Oxford: Oxford University Press.
- Juel, K., Mosbech, J., & Hansen, E. (1997). Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. *Ugeskrift for Læger*, 159, 6512-6518.
- Junnila, S. (1993). Millainen on tulevaisuuden yleislääkäri? *Kunnallislääkäri*, 9(5), 27-30.
- Kataja, V. (toim.)(1989). *Nuori lääkäri 88. Kyselytutkimus vv. 1977-1986 Suomessa laillistetuille lääkäreille*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluosasto. Julkaisuja 4:1989.
- Kalda, R. (2001). Structure and outcome of family practice quality in the changing health care system of Estonia. Tartu: Dissertationes medicinae Universitatis Tartuensis 68.

- Kalda, R., Maaroos, H-I., & Lember, M. (2000). Motivation and satisfaction among Estonian family doctors working in different settings. *European Journal of General Practice*, 6, 15-19.
- Kamdron, T. (2005). Work Motivation and Job Satisfaction of Estonian Higher Officials. *International Journal of Public Administration*, 28, 1211-1240.
- Kapur, N., Borrill, C., & Stride, C. (1998). Psychological morbidity and job satisfaction in hospital consultants and junior house officers: multicentre, cross sectional survey. *BMJ*, 317, 511-512.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karjahärm, T., & Sirk, V. (2001). *Vaim ja võim. Eesti haritlaskond 1917-1940*. Tallinn: Kirjastus Argo.
- Kinderman, A., Brawer-Ostrovsky, Y., & Weingarten, M. (1995). Medical cultures in collision: primary care of soviet immigrants in Israel. *European Journal of General Practice*, 1, 67-70.
- Kletke, P., Emmons, D., & Gillis, K. (1996). Current trends in physicians' practice arrangements. From owners to employees. *JAMA*, 276(7), 555-560.
- Kumpusalo, E., Lääkäri 98 tutkimusryhmä. (2002). Lääkärien ammatti-identiteetistä. *Suomen Lääkärilehti*, 57(35), 3395-3396.
- Kumpusalo, E., Neittaanmäki, L., Mattila, K., Virjo, I., Isokoski, M., Kujala, S., Jääskeläinen, M., & Luhtala, R. (1994). Professional identities of young physicians: a Finnish National Survey. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(1), 69-77.
- Kärki, R. (1998). *Lääketiede julkisuudessa. Prometheus vai Frankenstein*. Tampere: Vastapaino, Tammer-Paino Oy.
- Lambert, T., Goldacre, M., Parkhouse, J., & Edwards, C. (1996). Career destination in 1994 of United Kingdom medical graduates of 1983: results of a questionnaire survey. *BMJ*, 312, 893-897.
- Landon, B. (2004). Career satisfaction among physicians. *JAMA*, 291(5), 634.
- Landon, B., Reschovsky, J., & Blumenthal, D. (2003). Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA*, 289, 442-449.
- Leigh, J., Kravitz, R., Schembri, M., Samuels, S., & Mobley, S. (2002). Physician career satisfaction across specialties. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1577-1584.
- Leimu, P. (1996). Identity, ethnicity, and integration. In J. Kervinen, A. Korhonen, K. Virtanen (Eds.), *Identities in transition – Perspectives on cultural interaction and integration*. Publications of the doctoral program on cultural interaction and integration. Turun yliopisto: Unipaps.
- Lember, M. (1998). *Implementing modern general practice in Estonia*. Acta Universitatis Tamperensis 603, Tampere: Taju.
- Lepnurm, R., Jacobs, P., Kerem, K., & Randveer, M. (1996). *Tervishoiuökonomika alused*. Tartu: Kirjastus Elmatar.
- Lepnurm, R., Mitt, K., & Põlluste, K. (1997). *Tervishoiusüsteemi strateegiline juhtimine*. Tallinn: Tallinna Raamatutrükikoda.
- Lichtenstein, R. (1984). The job satisfaction and retention of physicians in organized settings: a literature review. *Medical Care Review*, 41, 139-179.

- Lloyd, S., Streiner, D., & Shannon, S. (1994). Burnout, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *The Journal of Emergency Medicine*, 12, 559-565.
- Lorber, J. (1993). Why Women Physicians Will Never Be True Equals in the American Medical Profession. In E. Riska, & K. Wegar (Eds.), *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour* (pp. 62-76). London: SAGE Publications.
- Löyttyniemi, V. (2004). *Auscultatio Medici: Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli*. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 347, Tampere: Tampere University Press.
- Maaroos, H-I. (1998). Arstide erialakoolitus Eestis aastal 1998: põhimõtted, korraldus, erialad, finantseerimine. *Eesti Arst*, 77(6), 558-563.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality* (2nd ed.). New York: Harper and Row.
- Mattila, K., Halila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M., Kujala, S., Kumpusalo, E., Luhtala, R., Neittaanmäki, L., & Virjo, I. (2003). Suomalaisten lääkärien arvoalinnat. *Suomen Lääkärilehti*, 58, 1199-1201.
- Mattila, K., Halila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M., Kujala, S., Kumpusalo, E., Luhtala, R., Neittaanmäki, L., & Virjo, I. (2002). Usko Jumalaan lääkärin arvomaailmassa. *Suomen Lääkärilehti*, 57(27-29), 2923-2924.
- Melville, A. (1980). Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. *Social Science & Medicine*, 14A, 495-499.
- Ministry of Health of the USSR. (1967). Medical personnel – their training and advanced training. In: *The system of public-health services in the USSR*. Moscow.
- Mirvis, D. (1993). Physicians' autonomy – the relation between public and professional expectations. *The New England Journal of Medicine*, 328(18), 1346-1349.
- Morphet, E., Johns, R., & Reller, T. (1982). *Educational organization and administration: Concepts, practices, and issues*. USA: Prentice-Hall, Inc.(pp.87-89).
- Neittaanmäki, L., Gross, E., Virjo, I., Hyppölä, H., & Kumpusalo, E. (1999). Personal values of male and female doctors: gender aspects. *Social Science & Medicine*, 48, 559-568.
- Neittaanmäki, L., Luhtala, R., Virjo, I., Kumpusalo, E., Mattila, K., Jääskeläinen, M., Kujala, S., & Isokoski, M. (1994). Lääkärikunta naisistuu: nuorten lääkärien kotitaustasta ja ammattiin hakeutumisesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti*, 31, 244-250.
- Neittaanmäki, L., Luhtala, R., Virjo, I., Kumpusalo, E., Mattila, K., Jääskeläinen, M., Kujala, S., & Isokoski, M. (1993). More women enter medicine: young doctors' family origin and career choice. *Medical Education*, 27, 440-445.
- Niemi, P. (2001). Identiteetti, muutos ja toimintaympäristö. *Psykologia*, 1-2, 18-28.
- Notzer, N., & Brown, S. (1995). The feminization of the medical profession in Israel. *Medical Education*, 29, 377-381.
- O'Connor, J., Nash, D., Buehler, L., & Bard, M. (2002). Satisfaction higher for physician executives who treat patients, survey finds. *The Physician Executive*, 28(3), 16-21.
- Oker-Blom, M. (2000). *Lääkärintoimi ja sen etiikka*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Paik, J. (2000). The feminization of medicine. *Medical Student JAMA*, 283(5), 666.
- Palu, T. (1993). *Which way, health care?* Helsinki: Publications of the Finnish Medical Association 2.

- Parsons, T. (1937). *The structure of social action*. New York: McGraw-Hill.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Pathman, D., Konrad, T., Williams, E., Scheckler, W., Linzer, M., & Douglas, J. (2002). Physician job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. *The Journal of Family Practice*, 51(7), 593.
- Pavalko, R. (1988). *Sociology of occupations and professions*. Illinois: F. E. Peacock Publishers, Itasca, University of Wisconsin – Parkside (pp. 17-42).
- Peetsalu, A., & Allikmets, L. (1995). Tartu Ülikoolist. *Eesti Arst*, 6, 567-569.
- Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors c/o Danish Medical Association. (1994). *Medical manpower in Europe by the year 2000 – from surplus to deficit*. Denmark: Mohn Offset Aps, DK-Valby.
- Pinder, C. (1998). *Work motivation in organizational behavior*. USA: Prentice-Hall, Inc (pp. 243-262).
- Puohiniemi, M. (1995). Values, consumer attitudes and behavior. An application of Schwartz's value theory to the analysis of consumer behaviour and attitudes in two national samples. Helsinki: Paintmedia & Paintprinting Oy.
- Rastegar, D. (2004). Health care becomes an industry. *Annals of Family Medicine*, 2, 79-83.
- Richardsen, A., & Burke, R. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social Science & Medicine*, 33, 1179-1187.
- Riska, E. (2001a). Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine. *Social Science & Medicine*, 52, 179-187.
- Riska, E. (2001b). Medical Careers and Feminist Agendas. American, Scandinavian, and Russian Women Physicians. New York: Aldine de Gruyter.
- Riska, E., & Wegar, K. (1993). Women physicians: a new force in medicine? In E. Riska, & K. Wegar (Eds.), *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour* (pp. 77-93). London: SAGE Publications.
- Robinson, G. (2004). Career satisfaction in female physicians. *JAMA*, 291(5), 635.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: Free Press.
- Rout, U., & Rout, J. (1994). Job satisfaction, mental health and job stress among general practitioners before and after the new contract – a comparative study. *Family Practice*, 11(3), 300-306.
- Ryan, M., & Stephen, J. (1996). General practitioners and family doctors in the Russian Federation. *The British Journal of General Practice*, 46, 487-489.
- Saava, A., & Sepp, A. (2003). *Eesti noorarst 2000*. Tartu: Trükk OÜ Paar.
- Salmon, G. (1994). Working in a multidisciplinary team: need it be so difficult. *BMJ*, 309, 1520.
- Schwartz, S. (1994). Beyond individualism/collectivism: new cultural dimensions of values. In: U. Kim, H. Triandis, S. Kagitcibasi, S. Choi, & G. Yoon (Eds.), *Individualism and Collectivism: Theory, Method, and Applications* (pp. 85-119). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Sepp, A (1998). *Meditsiini lühiajalugu*. Tartu: Tartu Ülikool.
- Sepp, A. (1997a). Eesti arstiteaduse ajaloost. *Eesti Arstide Liidu Teataja*, 4, 7.

- Sepp, A (1997b). The social-economical conditions of Estonian young physicians. Tartu: University of Tartu.
- Sotsiaalministeerium. (2002). *Sotsiaalsektor arvudes 2002*. Tallinn: Ofset OÜ.
- Sotsiaalministri 28.12.2001 määrus nr 159 "Arstide erialade arengukavad"(RTL 2002, 8, 79).
- Spector, P. (1997). *Job satisfaction: application, assessment, cause, and consequences*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Statt, D. (2000). *Using psychology in management training: The psychological foundations of management skills*. London and Philadelphia: Routledge.
- Sutherland, V., & Cooper, C. (1993). Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Social Science & Medicine*, 37(5), 575-581.
- Sutherland, V., & Cooper, C. (1992). Job stress, satisfaction, and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *BMJ*, 304, 1545-1548.
- Syptak, J., Marsland, D., & Ulmer, D. (1999). Job satisfaction: putting theory into practice. *Family Practice Management*, 6(9), 26-31.
- Tamm, O., & Jänes, H. (1971). Sanitaar- ja epidemioloogia-teenistuse arsti koormus ning töökorraldus. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, (1), 39-42.
- Taylor, F. (1911). *The principles of scientific management*. New York: Harper Bros.
- Tekkel, M. (1997) Kirjaliku ankeetküsitluse meetodika. *Eesti Arst*, 2, 181-184.
- Tooding, L-M. (1996). *Statistikasõnastik*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastuse trükikoda.
- Tooding, L-M. (1998). *Andmeanalüüs sotsiaalteadustes*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastuse trükikoda.
- Tähtinen, J. (1993). *Tilastollisen analyysin tulkinnan lähtökohtia*. Turku: Turun yliopiston offsetpaino.
- Vadi, M. (1995). *Organisatsioonikäitumine*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastuse trükikoda (lk. 52-68).
- Vainiomäki, P. (1995). *Kasvamassa läägariksi*. Turku: Turun yliopisto.
- Vainiomäki, P., Niemi, P., & Murto, M. (1998). Prekliininen vaihe – opiskelijoiden kokemuksia opinnoista ja opiskelu-ilmapiiristä. *Duodecim*, 114, 689-698.
- Villako, K. (1999). *Ajarännak I. Mälestused lapsepõlvest kuni 1944. a. sügiseni*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Virjo, I., Mattila, K., Kumpusalo, E., Neittaanmäki, L., Kataja, V., Kujala, S., Jääskeläinen, M., Luhtala, R., & Isokoski, M. (1989). Nuorten lääkärien tyytyväisyys työhönsä. *Suomen Lääkärilehti*, 44(12), 1218-1224.
- Virjo, I. (toim.)(1995). *Lääkäri 93. Raportti Suomessa vuosina 1982-1991 laillistetuista lääkäreistä ja vertailu tilanteeseen viisi vuotta aikaisemmin*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 1995:4.
- Virjo, I., Mattila, K., Lember, M., Kermes, R., Pikk, A., & Isokoski, M. (1997). Autopercepcion del rol profesional de los medicos de atencion primaria de Estonia y Finlandia. *Atencion Primaria*, 19(8), 407-411.

Virkki, J., Kumpusalo, E., Mattila, K., Virjo, I., Neittaanmäki, L., Hyppölä, H., Kujala, S., Luhtala, R., Halila, H., & Isokoski, M. (1997). Lääkärin ammatin valo- ja varjopuolet ennen ja nyt. *Suomen Lääkärilehti*, 52(13), 1579-1584.

Vääri, E., Kleis, R., & Silvet, J. (2000). *Võõrsõnade leksikon*. Tallinn: Valgus.

Vänska, J., Hyppölä, H., Halila, H., Virjo, I., Kumpusalo, E., Kujala, S., Isokoski, M., & Mattila, K. (2005). Lääkäri 2003 – uutta tutkimustietoa lääkäreistä. *Suomen Lääkärilehti*, 60(17), 1975-1979.

Warren, M., Weitz, R., & Kulits, S. (1998). Physician satisfaction in a changing health care environment: The impact of challenges to professional autonomy, authority, and dominance. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 356-367.

Weaver, S., Mills, T., & Passmore, C. (2001). Job satisfaction of family practice residents. *Family Medicine*, 33(9), 678-682.

www.laakariliitto.fi/tilastot

www.sm.ee

Wynia, M., Latham, S., Kao, A., Berg, J., & Emanuel, L. (1999). Medical professionalism in society. *The New England Journal of Medicine*, 341(21), 1612-1616.

Yli-Luoma, P. (1999). Johdatus kvantitatiivisiin analyysi-menetelmiin SPSS for Windows-ohjelman avulla. Sipoo: IMDL Oy:n digitaalipaino.

LISAD

Lisa 1. VÕTMEMÕISTED

Altruism – tegutsemine teiste inimeste, mitte enda huvides. Altruistlik käitumine on teistele, mitte isikule endale, kes seda käitumist sooritab, soodsat mõju avaldav käitumisakt. Aitamiskäitumine, mis on seoses asjaoludega, mille puhul isik aitab aktiivselt kedagi teist, kes on raskustes. Koostöö, kus sageli kasutusel mängulised situatsioonid erinevate tulemuste saavutamiseks, sõltuvalt osalejate koostöö- või võistlusstrateegia kasutamisest (Hayes, 2002).

Arstid – arstiõppe, internatuuri, residentuuri läbinud isikud, kes on registreeritud, litsentseeritud ja töölepingu alusel või perearstina, eriarstina, eraarstina või ettevõtjana (kes on endale ise tööandjaks) töötavad isikud (Maaroos, 1998).

Arstiabi – teenused, mida osutatakse patsientidele raviarstide otsese järelevalve all. Arstiabi teenused vajavad teatud kindlate ressursside kasutamist (Lepnurm, Jacobs, Kerem, Randveer, 1996).

Autonoomia – professioni esindajatele, sellistele nagu arstidele võimaldatud üsna suur vabadus korraldada oma tööorganisatsiooni, määratleda praktilise sisu ja arendada oma kutsetööd vastavalt vajadustele (Blane, 1997).

Frustratsioon – rusuvate või kurnavate asjaolude või sündmuste tagajärjel tekkinud meeleolu muutus inimesel, kellel on soovitud eesmärgi näiteks turvalise ja mugava elu saavutamine takistatud (Hayes, 2002).

Identiteet – samastumine, ühtsustunne mingi rühma või rahvusega; psühholoogias – osa inimese mina-konstrukstist, teadmus endast tegelikes või kujuteldavates sotsiaalsetes olukordades ja suhetes (Vääri, Kleis, Silvet, 2000). Inglise keeles on sõnal identiteet laiem tähendus. “1a: the quality or condition of being a specified person or thing; 1b: individuality, personality; 2: identification or the result of it; 3: the state of being the same in substance, nature, qualities, etc” (Concise Oxford Dictionary, 9th edn 1995).

Mõiste identiteet jaotub dihhotoomiselt kollektiivseks ja individuaalseks. Eestis on identiteet kasutusel põhiliselt kollektiivse identiteedi tähenduses. Inglise keeles rõhutab identiteet peamiselt individuaalsust.

Sotsiaalne identiteet muutub aja jooksul ja see kujuneb erineva tähtsusega teguritest, mis kattuvad rühmadel või kahel ja enamal isikul. Kõige tähtsamad sotsiaalse identiteedi vormid on rahvuslik ja territoriaalne identiteet, kuid need võivad olla seotud selliste teguritega nagu vanus, sugu, rass, klass, keel, religioon, ideoloogia ja haridus (Leimu, 1996).

Sotsiaalse identiteedi defineerimine mingi teguri rõhutamise kaudu näitab väärtusi ja seda, mida me oluliseks peame, kuid see ei pea tähendama, et mainitud tegur oleks kõrgelt hinnatud vaadeldavas rühmas (Leimu, 1996).

Internatuur – on arstide diplomijärgne õpe nominaalajaga üks aasta, mille lõpetamine annab üldarsti kutse. Internatuuri läbimine toimub baastervishoiuasutustes, mille määrab Tartu Ülikooli ettepanekul Sotsiaalministeerium. Internatuuri finantseeritakse baastervishoiuasutuse ravikvaliteedi taseme hoidmise kulude katmisega Sotsiaalministeeriumi eelarvest ja riikliku koolitustellimuse alusel moodustatud õppekohtade kulud kaetakse riigieelarvest Haridusministeeriumi kaudu (Maaroos, 1998).

Motivatsioon – inimese tegutsemist suunav või energiaga varustav ajend (Hayes, 2002). Motivatsioon on käitumise põhjendus; huvitatus, motiivide kogum, mis ajendab inimest kindlal viisil toimima (Vääri, Kleis, Silvet, 2000).

Peremeditsiin – meditsiinieriala, mis osutab järjepidevat üldarstiabi individile ja perele ning peab olema inimestele kättesaadav, efektiivne ja ökonoomne. Üldarstiabi saajateks on kogu Eesti elanikkond. Perearstid osutavad tervishoiuteenuseid tööjuhendi alusel. Eesti elanikkonnale kvaliteetse perearstiabi tagamiseks tuleks piirata nimistule lubatavat maksimumsuurust. Nimistute optimaalne suurus on vahemikus 1200 kuni 2000 inimest.

Sotsiaalministri 28.12.2001 määruses nr 159 “*Arstide erialade arengukavad*” (RTL 2002, 8, 79) on peremeditsiini eriala esindajate arvates Eestis vaja kuni 840 perearstinimistut.

Residentuur – arstiõppe läbinul on õigus jätkata õpinguid residentuuris, mille lõpetamine annab eriarsti kutse. Residentuuri läbimine toimub arst-residendina baastervishoiuasutuses, mille määrab Tartu Ülikooli ettepanekul Sotsiaalministeerium. Residentuuri läbiviimise korra baastervishoiuasutuses kehtestab sotsiaalminister. Residentuuri finantseeritakse baastervishoiuasutuse ravikvaliteedi taseme hoidmise kulude katmisega Sotsiaalministeeriumi eelarvest ja riikliku koolitustellimuse alusel moodustatud õppekohtade kulud kaetakse riigieelarvest Haridusministeeriumi kaudu (Maaroos, 1998).

Tööga rahulolu – inimese sotsiaalse heaolu sealhulgas emotsionaalse heaolu ja psühholoogilise tervise indikaator. Tööga seotud arvamuslim konstrukt, mis on teadlasi enim huvitanud just viimastel aastakümnetel. Tööga rahulolu on tööst saadav globaalne tunne, mis hõlmab mitmeid erinevaid tööga seotud aspekte (Pinder, 1998; Spector, 1997).

Väärtused – üldised tõekspidamised, mis juhivad tegevusi ja otsustusi erinevates situatsioonides. Väärtused on teatud seisundite eelistamine teistele. Väärtused on isiksuse oluline osa ja nende kujunemist mõjutab kultuur. Kultuuri seisukohalt on väärtused kultuuris kesksed tõekspidamised, mille põhjal kujunevad normid (Vadi, 1995).

Lisa 2. KASUTATUD LÜHENDID

a	aasta
ARST 2000	Eesti arstide uuring, 2000. a
ARST 2005	Eesti arstide uuring, 2005. a.
BMJ	British Medical Journal, ajakiri
DB91	Donald Barr'i eesti arstide uuring, 1991
DVKR	Tartu Ülikooli diplomite väljakirjutamise raamatud
EA	Eesti Arst, ajakiri
EAL	Eesti Arstide Liit
EL	Euroopa Liit
EMSB	Eesti Meditsiinistatistika Büroo
ETF	Eesti Teadusfond
EVAR	Eesti Vabariigi arstide register
HaM	Haridusministeerium
IA88	Isobel Allen'i briti arstide uuring, 1988
JAMA	Journal of American Medical Association, ajakiri
LÄÄKÄRI 93	Soome arstide uuring, 1993. a.
LÄÄKÄRI 98	Soome arstide uuring, 1998. a.
LÄÄKÄRI 2003	Soome arstide uuring, 2003. a.
n	vaadeldud uuritavate arv
NOORARST'95	Eesti noorarstide uuring, 1995. a.
NUORILÄÄKÄRI 88	Soome arstide uuring, 1988. a.
PI	professionaalne identiteet
PWG	Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors
RTL	Riigi Teataja Lisa
SI	sotsiaalne identiteet
SAL	Soome Arstide Liit
SoM	Sotsiaalministeerium
TP92	Toomas Palu uuring, 1992. a.
TR	tööga rahulolu
TÜ arstit.	Tartu Ülikooli arstiteaduskond
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon
WONCA	Üldarstide Maailmaorganisatsioon

**Lisa 3. NOOR ARST'95 JA ARST 2000 UURINGU MATERJALIDE ALUSEL
AVALDATUD PUBLIKATSIOONID**

1995

1. Sepp, A. Nuori lääkäri-tutkimus Virossakin. Suomen Lääkärilehti 50:18-19, 2125, 1995.

1996

2. Sepp, A. Noor Arst 95-tutkimus: virolaisten lääkärien työ ja elämä. Yhdeksännet yleislääketieteen päivät. 24.-25.10.1996. Lyhennelmät. Suomen yleislääketieteen yhdistyksen julkasuja No 8, Kuopio 1996. Abstraktikirja s. 72.
3. Sepp, A. Job satisfaction of Estonian young physicians. Abstract book of European Society of Health and Medical Sociology. 6th Biennial Conference "Health + Social Change: in the Integration of Europe, August 29-31, 1996. Budapest Hungary, 1996, p. 28.
4. Sepp, A. Ülevaade ankeetuuringu Noor Arst'95 esialgsetest tulemustest. Ettekannete kokkuvõtted; Eesti teadlaste kongress 11.-15. august 1996, Tallinn, 1996, lk. 326.

1997

5. Sepp, A., Saava, A. Who appreciates physicians in Estonia? Themes from Finland. Health for all in the Nordic Countries. Abstracts. 14th Nordic Congress on Social Medicine, Helsinki 10.-12.09.1997; Helsinki; National Research and Development Centre for Welfare and Health, Themes 12/1997, p. 86.
6. Saava, A., Sepp, A. NOOR ARST'95 uurimus: Kas arstid on rahul ülikooliõpetusega? Eesti Rohuteadlane, Lisa, 1997, lk. 59-60.
7. Sepp, A., Saava, A. NOOR ARST'95 uuring: Eesti arstide elu ja töö. Eesti Rohuteadlane, Lisa, 1997, lk. 61-62.
8. Sepp, A. Noor arst'95 uuringu esialgseid tulemusi. Eesti Arstide Liidu Teataja; Tartu; Eesti Arstide Liit; 1997; Nr. 4; lk. 19.
9. Sepp, A. Viron nuorten lääkärien arvio peruskoulutuksestaan. X Yleislääketieteen päivät Allmänmedicin. 23.-24.10.1997. Lyhennelmät. Suomen yleislääketieteen yhdistyksen julkasuja No 10, Turku 1997, s. 54.
10. Sepp, A., Saava, A. Noorte arstide sotsiaal-majanduslikud tingimused Eestis. ETF grant 1053 lõpparuanne. Tartu Ülikool, Tervishoiu Instituut; Tartu 1997, Käsikiri 68 lk.
11. Sepp, A. The social-economical conditions of Estonian young physicians. Tartu: University of Tartu; 1997.

1998

12. Sepp, A. Viron nuorten lääkärien arvio peruskoulutuksestaan. Kunnallislääkäri / Kommunalläkaren; 1998; Nr. 6, s. 31.

1999

13. Sepp, A., Saava, A. Noorte arstide tööga rahulolu ja seda mõjutavad tegurid. IV Välis-Eesti Kongress 29.-30. juunil 1999. a. Tallinnas. Ettekannete kokkuvõtted. Tallinn, 1999, lk. 112-113.

14. Sepp, A., Saava, A. Eesti noorarstide professionaalne identiteet. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna aastakonverents. Teesid, Tartu Ülikool, Tartu, 1999, lk. 112-113.
15. Sepp, A., Saava, A. Entusiastlikest esmakursuslastest pettunud arstideks. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna aastakonverents. Teesid, Tartu Ülikool, Tartu, 1999, lk. 114-115.

2000

16. Sepp, A., Saava, A. Eesti noorarst üleminekuperioodil. Eesti Arst, 2000, nr. 1, lk. 21-24.
17. Sepp, A., Saava, A. Kollektiivne identiteet Eesti noorarstidel. Eesti Arst, 2000, nr. 9, lk. 564-565.
18. Sepp, A., Saava, A., Virjo, I., Mattila, K. Eesti noorarstide väärtushinnangud. Eesti Arst, 2000, nr. 9, lk. 565.
19. Saava, A., Sepp, A. Uurimus Arst 2000. Eesti Arst, 2000, nr. 9, lk. 597.

2001

20. Sepp, A., Saava, A. Correspondence of undergraduate medical education to the tasks of Estonian hospital doctor and general practitioner. The 2001 Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine – WONCA Region Europe 3-7 June 2001 Tampere, Finland, p. 54.
21. Sepp, A., Virjo, I., Mattila, K., Saava, A. Tervisekasvataja identiteet on seotud arstide soo ja töökohaga. Üle-Eestiline teaduskonverents “Tervise edendamine V”. 21.-22. märts 2001. a. Konverentsi ettekannete teesid. Tartu Ülikool, Tervishoiu Instituut, 2001, lk. 50-51.

2002

22. Saava, A., Sepp, A., Kalda, R., Lember, M. Perearst Eestis aastal 2000. Eesti Arst 2002; 81(8): 462-467.
23. Saava, A., Sepp, A., Mattila, K. Eesti arstide rahvusvahelised kontaktid. Eesti Arst, 2002; 81(9): 585.
24. Kalda, R., Saava, A., Lember, M. Kas esmatasandi arstide hinnang oma rollile arstina on muutunud? Eesti Arst, 2002; 81(9): 565.
25. Sepp, A., Saava, A. Kuivõrd Eesti perearstid määratlevad end tervise edendajana. Üle-Eestiline teaduskonverents “Tervise edendamine VI”. 20.-21. märts 2002. a. Konverentsi ettekannete teesid. Tartu Ülikool, Tervishoiu Instituut, 2002, lk. 56-57.
26. Saava, A., Sepp, A. Eesti arstid tervisedendajatena. Tervist Edendavate Haiglate Liikumine Eestis. III konverents. Tervisedendus kaasaegses raviasutuses on ajanõue. 20.09.2002. Tallinn: 2002, lk. 37-38.

2003

27. Sepp, A., Virjo, I., Saava, A., Mattila, K. Job satisfaction of Estonian junior doctors in 1995 and 2000. Third International Symposium of Occupational Health: Qua vadis Estonia? 31.01.-01.02.2003. Tartu. Abstracts. Tartu University, Department of Public Health. 2003, p. 15.
28. Sepp, A., Virjo, I., Saava, A., Mattila, K. Becoming a doctor – was it a wrong career choice? Third International Symposium of Occupational Health: Qua vadis Estonia? 31.01.-01.02.2003. Tartu. Abstracts. Tartu University, Department of Public Health. 2003, p. 18.

29. Sepp, A. Eesti arstide tööga rahulolu. TPÜ psühholoogia osakond 10. Konverents Psühholoogia rakendus ja rakenduspsühholoogia. 2003, lk. 71-72.
30. Saava, A., Sepp, A. Eesti noorarst 2000. Eesti noorarstide psühho-sotsiaalne taust, tööolud, rahulolu koolituse ja tööga, väärtushinnangud ning sotsiaalne aktiivsus. Tartu 2003.

2004

31. Sepp, A. Arstide tööga rahulolu. IV rahvusvaheline sümposium. Kvaliteet Töötervishoius. Teeside kogumik. 2004, lk 95-96.
32. Sepp, A. Job satisfaction of physicians. 4th International Symposium. Quality in Occupational Health. Program & Abstracts. 2004, p. 97-98.
33. Sepp, A. Eesti arstide kutsetööga rahulolu. TPÜ organisatsioonikäitumise magistritöö. 2004, 65 lk.
34. Sepp, A. Eesti arstide kutsetööga rahulolu. Tervishoiufoorum 2004. 09.09.2004 Tallinnas.
35. Sepp, A. Arstide hinnangud töökeskkonna kohta väärivad täit tähelepanu. Meditsiini uudised nr 18; 19. oktoober 2004, lk. 16.
36. Sepp, A. Neljast arstist kolm on oma tööga rahul. Meditsiini uudised nr 18; 19. oktoober 2004, lk. 15.
37. Sepp, A. Rahvusvahelistumise väljakutsed – Eesti arstide kogemused ja plaanid. TÜ Sotsiaalteadlaste konverents 13.11.2004.
38. Sepp, A. Ei nõustu Ain Aaviksoo arvamusega, et IT on probleemiks arstidele. Meditsiini uudised. Detsember 2004.

2005

39. Sepp, A. Rahvusvahelistumise väljakutsed – Eesti arstide kogemused ja plaanid. TPÜ sotsiaal- ja kasvatusteaduste doktorikooli konverents 11.04.2005.
40. Sepp, A. Who appreciates doctors work in Estonia? – 5th International Symposium on Occupational Health. Occupational Health 21: Collaboration and ethics. Program & Abstracts. 2005, p.107.
41. Sepp, A. Rahvusvahelistumise väljakutsed – Eesti arstide kogemused ja plaanid. Eesti Arst; 2005, 84 (10): 707-709.
42. Sepp, A. Uurimus Arst 2005. Eesti Arst, 2005, 84(8): 583.

2007

43. Sepp, A., Virjo, I., Mattila, K. Eesti arstide tööga rahulolu. Arst 2000: Ankeetküsitlus aastatel 1987-1996 diplomeeritud arstidele. Tallinn 2007.