

Empaatia, emotsioonide regulatsiooni ja kaastunde seosed tervishoiutöötajate kaastundeväsimusega

Ene Vadi¹, Kirke Koni²

Patsientide vaevuste kaastundlik leevendamine on kvaliteetse tervishoiuteenuse alus. Teisalt võib patsientide negatiivsetele emotsioonidele ja kogemustele kaasaelamine avaldada kahjustavat mõju tervishoiutöötajate vaimsele tervisele, põhjustades kaastundeväsimust. Artikli eesmärk on anda ülevaade empaatia, emotsioonide regulatsiooni ja kaastunde seostest kaastundeväsimusega ning pakkuda lahendusi tervishoiutöötajate vaimse heaolu toetamiseks.

KAASTUNNE JA KAASTUNDE-VÄSIMUS TERVISHOIUS

Kaastunne on patsiendikeskse tervishoiuteenuse ja meditsiinieetika oluline komponent (1–3), mis parandab ravikvaliteeti ja suurendab patsientide rahulolu tervishoiuteenusega (4, 5). Maailma Terviseorganisatsiooni (2022) järgi jaguneb kaastunne kolmeks: teadlikkus, empaatia ja tegutsemine. Kaastundlikult tegutsemiseks tuleb patsientide vaevusi, näiteks valu või ebamugavust, kõigepealt märgata. Tänu empaatiavõimele suudavad tervishoiutöötajad kannatavate patsientide kogemusi mõista ning neile kaasa elada, mis tekitab soovi nende vaevusi altruistlikult leevendada (6). Kaastundlikult tegutsemine hõlmab patsientide füüsiliste, emotsionaalsete, sotsiaalsete ja hingeliste vaevuste leevendamist heatahtlikul ja lugupidaval viisil, arvestades patsientide eelistusi, vajadusi ja väärtusi (2, 7).

Mitmete uuringute järgi kogevad patsiendid tervishoiutöötajatega suheldes mõnikord kaastunde asemel ükskõiksust, lugupidamatust või alavääristamist (1, 4, 7). Ühe võimaliku selgitusena on kirjanduses välja toodud abistavate elukutsete seas esinev kaastundeväsimus, mille tulemusena empaatiline hoolivus asendub emotsionaalselt distantseerunud käitumisega (8). Stamm (2010) on kirjeldanud kaastundeväsimust kui abistavates ametites töötavate spetsialistide professionaalse elukvaliteedi negatiivset aspekti, mis koosneb kahest

komponendist: läbipõlemisest ja sekundaarse traumaatilise stressi kogemisest. Läbipõlemist iseloomustavad emotsionaalne kurnatus, tööst võõrandumine ja heaolutunde langus, mis on peamiselt seotud töökorralduslike ja organisatsiooniliste stressiteguritega. Sekundaarne traumaatiline stress on teiste inimeste traumade pealtnägemisest või traumakogemuste kuulamisest tekkiv stressireaktsioon (9), mille kujunemist võivad mõjutada töötajate isiklikud traumakogemused (10). Selle peamised tunnused on pealetükivad mõtted ja kujutlused teiste inimeste traumadest, soov vältida traumaga seotud teemasid või inimesi, pingetunne, jõuetus ja unehäired. Läbipõlemise ja sekundaarse traumaatilise stressi kooskõitlemine võimaldab terviklikumalt mõista abistavate kutsealade negatiivseid psühholoogilisi mõjusid ja nende omavahelisi seoseid (9).

Kaastundeväsimuse tekke aluseks peetakse abistaja empaatiavõimet (11). Charles R. Figley, psühhoterapeut ja kaastundeväsimuse teooria looja, on täheldanud, et empaatia ja empaatilise hoolivuse puudumisel ei esineks abistavatel erialadel kaastundeväsimust, aga ei oleks tõenäoliselt ka motivatsiooni kannatavaid inimesi aidata. Tänu empaatiavõimele mõistab abistaja kannatavate inimeste tundeid, mõtteid ja käitumist, aga seetõttu võib ta kogeda negatiivseid emotsioone, mis tekitavad kaastundestressi, millest võib areneda kaastundeväsimus (10).

Eesti Arst 2026;
105(8):379–385

Saabunud toimetusse:
26.03.2026
Avaldamiseks vastu võetud:
28.04.2026
Avaldatud internetis:
23.08.2026

¹ Tallinna Tervishoiu
Kõrgkooli õenduse
õppetool,
² Tartu Ülikooli
meditsiiniteaduste
valdkonna arstiteaduse
üliõpilane

Kirjavahetajaautor:
Ene Vadi
ene.vadi@ttk.ee

Võtmesõnad:
kaastunne,
kaastundeväsimus,
empaatia, emotsioonide
regulatsioon

EMPAATIA JA EMOTSIOONIDE REGULATSIOON

Empaatia on mitmemõõtmeline konstrukt, mis koosneb emotsionaalsetest ja tunnetuslikest komponentidest (vt tabel 1). Decety ja Jacksoni (2004) järgi on afektiivne empaatia emotsionaalne reageering ehk kaasaelamine teise inimese kogemustele, kognitiivne empaatia aga võimekus mõista teise inimese kogemusi tänu teadlikule tähelepanule, teadmistele inimkäitumisest ning oskusele teha olukorra põhjal järeldusi. Afektiivse empaatiaga kaasnevad muutused inimese füsioloogilistes protsessides (12). Need soodustavad empaatilist hoolivust, millele võib järgneda altruistlik abistamiskäitumine ehk tegevus teiste heaolu suurendamiseks (12, 13).

Emotsioonide reguleerimisel on empaatiaprotsessi kujunemises oluline roll. Tõhus emotsioonide regulatsioon soodustab eneseteadlikkust, võimaldades paremini toime tulla teiste emotsioonide ülekandumise puhul tekkiva negatiivse afektiga (14). Kõrge tundlikkus teiste negatiivsete kogemuste suhtes koos puuduliku emotsioonide reguleerimisega aga vähendab eneseteadlikkust, mistõttu tajutakse teiste kannatusi justkui enda omadena (12). Selline seisund võib Singeri ja Klimecki (2014) neuroteaduslike uuringute järgi viia empaatilise düstressini, mille tagajärjeks on vastumeelsus teiste inimeste kannatuste suhtes. Seetõttu asendub abistamiskäitumine vältimiskäitumisega, mis on kaitsereaktsioon emotsionaalse ülekoormuse vastu. Seisundiga kaasnevad läbipõlemise tunnused ja sotsiaalsest suhtlusest tagasitõmbumine (15).

Empaatilist düstressi vähendavad adaptiivsed ehk psühholoogilist heaolu toetavad emotsioonide reguleerimise viisid (16). Üheks neist on emotsioonide kognitiivne ümberhindamine, mis tähendab negatiiv-

sete automaatsete mõttemustrite muutmist positiivsemaks tänu hetkeolukorra tähenduse ümbertõlgendamisele. Selle rakendamine võimaldab emotsionaalse reaktsiooni jälgimist ja hindamist emotsiooni tekke varajases faasis, hõlbustades järgneva emotsiooniprotsessi mõjutamist enne, kui ilmnevad tugevad füsioloogilised ja käitumuslikud reaktsioonid (17). Salazar Kämpfi jt (2023) järgi on emotsioonide kognitiivne ümberhindamine positiivselt seotud kognitiivse empaatiaga, soodustades nii teise inimese vaatenurga mõistmist. See omakorda võib aidata suunata tähelepanu enda emotsionaalselt reaktsioonilt teise inimese kogemustele (16).

Mitteadaptiivsed emotsioonide reguleerimise viisid (nt emotsioonide ekspressiivne allasurumine) pärsivad küll emotsioonide väljendust, kuid ei pruugi vähendada emotsionaalse reaktsiooni intensiivsust, mistõttu negatiivsed emotsioonid süvenevad (16, 17). Nende strateegiate kasutamine teiste kannatuste pealtnägemisel viib ootuspäraselt empaatilise düstressi suurenemiseni (17), mis omakorda võib aja jooksul vähendada adaptiivsete emotsioonide reguleerimise viiside kasutamist (18).

EMPAATIA TERVISHOIOUS

Kognitiivset empaatiat ja altruistlikku abistamiskäitumist on tervishoious aastakümneid käsitletud kliinilise empaatia komponentidena. Kliiniline empaatia koosneb kolmest etapist:

- 1) patsiendi kogemuste, seisukohtade ja emotsioonide mõistmine;
- 2) oma arusaama peegeldamine patsiendile, kasutades aktiivse kuulamise tehnikaid;
- 3) tervishoiuteenuse pakkumine heatahtlikul viisil, arvestades patsiendi vajadusi ja eelistusi (19).

Tabel 1. Empaatiaprotsessi komponendid ja nende mõju (12–14)

Komponent	Kirjeldus	Mõju
Afektiivne empaatia	Teiste emotsioonide tajumine ja neile kaasaelamine	Soodustab empaatilist hoolivust
Kognitiivne empaatia	Teiste kogemuste mõistmine teadliku tähelepanu ning perspektiivi võtmise abil	Võimaldab olukorra mõistmist teiste vaatenurgast ja valida sobivat abistamiskäitumist
Empaatile hoolivus	Lahke ja osavõtlik suhtumine teiste vajadustesse ning kannatustesse	Motiveerib altruistlikku abistamiskäitumist
Eneseteadlikkus	Enda ja teiste emotsionaalsete ning vaimsete seisundite eristamine	Võimaldab reguleerida teiste negatiivsete emotsioonide ülekandumisel tekkivat negatiivset afekti

Lähtuvalt kliinilise empaatia mudelist keskendutakse tervishoius töötajate kognitiivse empaatia arendamisele ja juhitakse tähelepanu selle positiivsele mõjule vaimsele tervisele (20). Näiteks on tervishoiutöötajate kognitiivne empaatia seotud madalama läbipõlemisega (21, 22). Selle üheks põhjuseks võib olla adaptiivsete emotsioonide reguleerimise viiside kasutamine, mis lisaks kognitiivse empaatia tõhustamisele suurendavad ka inimese vaimset heaolu tänu parematele sotsiaalsetele suhetele (16).

Afektiiivset empaatiat on seostatud tervishoiutöötajate kõrgema emotsionaalse kurnatuse tasemega (23), mille tõenäoliseks põhjuseks on intensiivsem kaasaelamine teiste inimeste emotsionaalsele düstressile (14, 15). Märkimist väärib, et patsientide füüsilistele vigastustele kaasaelamine võib avaldada tugevamat negatiivset mõju. Neuroteaduslike uuringute järgi aktiveeruvad teiste füüsilisi vaevusi nähes inimestel samad afektiiivse töötlusega seotud ajupiirkonnad, mis enda valu puhulgi (24), tekitades suuremat emotsionaalset düstressi kui teiste psühholoogilistele kannatustele kaasaelamine (25). Teisalt aitab Guidi ja Traversa (2021) järgi afektiiivne empaatia luua patsientidega emotsionaalse sideme, mis on aluseks nende kogemuste mõistmisele ning sellega kaasnevale altruistlikule abistamiskäitumisele. Nii on kliinilisegi empaatiasse viimasel kümnendil lisanud empaatilise hoolivuse komponent – siiras huvi patsientide emotsioonide vastu, märgates ja tuvastades neid ning reageerides neile hoolival viisil –, mis võimaldab patsientidel tunda, et neid mõistetakse ja aktsepteeritakse (26). Empaatilise hoolivusega võib aga kaasneda kõrgem kaastundeväsimuse tase (21, 27).

Duarte ja Pinto-Gouveia (2017) uuringus osalenud õdede empaatilise hoolivuse ja kaastundeväsimuse vahel oli positiivne seos. Seda seost vahendas õdede liigne vastutustunne patsientide heaolu eest, millega kaasnes süütunne, et vaatamata ravile ei õnnestunud patsiendil haigusest paraneda (27). Türkeli jt (2026) uuringu järgi oli arstide kõrgem empaatilise hoolivuse tase seotud kõrgema sekundaarse traumaatilise stressiga. Selle tõenäoliseks põhjuseks peeti empaatilise hoolivuse positiivset seost ärevuse ja teiste negatiivsete emotsioonidega, mis tekivad patsientide vaevuste pealtnägemisel. Seetõttu võisid

kõrgema empaatilise hoolivusega arstid tajuda patsientide kannatusi intensiivsemalt (21).

Eeltoodud uuringutulemused viitavad, et üheks kaastundeväsimuse riskiteguriks on emotsioonide reguleerimise raskused nii nagu empaatilise düstressi puhulgi. Seda järeldust toetavad Brillon jt (2025) ning Ariapoorani ja Abdolmaleki (2023) uuringud, mille andmetel oli tervishoiutöötajate kaastundeväsimus positiivses seoses mitteadaptiivsete ja negatiivses seoses adaptiivsete emotsioonide reguleerimise viisidega (18, 28). Seega on emotsioonide regulatsiooni arendamine oluline kaastundeväsimuse ennetamise meede.

Tervishoiutöötajate emotsioonide regulatsiooni koolitustega tuleks alustada nende õpingute ajal kõrgkoolis, kuna üliõpilased puutuvad kliinilise õppe käigus kokku paljude stressirohkete olukordadega (29, 30). Doulougeri jt (2016) uuringu järgi kogesid arstiteaduse üliõpilased kliinisel praktikal tugevaid negatiivseid emotsioone patsientide kannatustele kaasa elades, kasutades emotsioonidega toimetulekuks peamiselt mitteadaptiivseid reguleerimisviise: allasurumist, vältimist ja eitamist (29). Raskused emotsioonide reguleerimisega suurendavad aga üliõpilaste stressitaset, mille tagajärjeks võib olla läbipõlemine (29, 30). Mersin jt (2025) on juhtinud tähelepanu asjaolule, et üliõpilaste emotsioonide regulatsiooni kujundamises on lisaks koolitustele oluline roll õppejõududel. Nende empaatiline hoolivus ja kaastundlik käitumine aitavad tudengitel emotsionaalselt keerulistest olukordades paremini toime tulla (30).

KAASTUNDERAHULOLU JA KAASTUNDEMEDITATSIOON

Patsientidega kaastundlikult käitumine avaldab positiivset mõju tervishoiutöötajatele, toetades nende vaimset heaolu ja tööga rahulolu (1) ning ennetades läbipõlemist (5). Stammi (2010) professionaalse elukvaliteedi mudeli järgi võib üks selle põhjuseid olla kaastunderahulolu kogemine, mis hõlmab positiivseid emotsioone nagu õnnelikkus, rõõm ja saavutustunne teiste inimeste abistamisel. Kaastunderahuloluga kaasneb soov oma tööd jätkata ning usk, et töö on tähenduslik ja teistele vajalik (9). Tähelepanu suunamine patsientide paranemise märkamisele ja neile heatahtlikult kaasaelamine võib muuta tervishoiutöötajate käitumise

kaastundlikumaks patsientide vaevuste suhtes, kuna positiivsetele emotsioonidele empaatilisel reageerimine suurendab prosotsiaalset käitumist (31). Peale selle võib teiste positiivsetele emotsioonidele kaasaelamine vähendada läbipõlemist ja suurendada vaimset heaolu (32).

Kaastunderahulolu üks eeldusi on tervishoiutöötajate erialane pädevus (33), mille hulka lisaks kliinilisele pädevusele kuuluvad suhtlemisoskused, sh emotsioonide reguleerimine (34). Siingi on kaastundel oluline roll. Kaastundemeditatsiooni praktiseerimine seostub tõhusama emotsioonide regulatsiooniga, mille põhjuseks on oskus märgata ja aktsepteerida enda emotsioone (35, 36). Neid järeldusi toetavad neuroteaduslikud uuringud. Kaastundemeditatsioon (lahke ja hinnangutevaba tähelepanelikkuse meelesharjutus) tekitab mitmesuguseid positiivseid emotsioone, näiteks hoolivust ja turvatunnet, millega kaasnevad struktuursed ja funktsionaalsed muutused aju piirkondades, mis on seotud emotsioonide reguleerimisega (37).

Klimecki jt (2014) uuringu andmetel kogeti kaastundekoolituse (ülesanne: mõtle videos nähtud kannatavatest inimestest heatahtlikult) järel positiivseid emotsioone. Autorid järeldasid, et lühiaegne kaastundemeditatsioon võib vähendada empaatilist düstressi, aktiveerides ajupiirkonnad, mis on seotud tasu ja kuuluvustundega, tagades nii tõhusama emotsioonide regulatsiooni ja tugevama hoolitsusmotivatsiooni. Autorid toonitavad, et kaastunde väljendamine stressirohketes olukordades erineb teistest emotsioonide reguleerimise viisidest, näiteks kognitiivsest ümberhindamisest, mis keskenduvad negatiivsete emotsioonide allareguleerimisele. Kaastunde väljendamine võimaldab vastupidi tugevdada positiivseid emotsioone, ignoreerimata samal ajal teiste kannatuste pealtnägemisega kaasnevaid negatiivseid emotsioone. Seega tasakaalustab kaastunne empaatiast tuleneva düstressi, suurendades valmidust altruistlikuks abistamiskäitumiseks (24).

Enesekaastunde-meditatsioon on üks levinumaid kaastundemeditatsioone, mida tervishoiutöötajatele õpetatakse (38). Enesekaastunne koosneb kolmest komponendist: enesesõbralikkus, üldine inimlikkus ja tähelepanelikkus. Enesesõbralikkus on hooliv ja austav suhtumine iseendasse. Üldine inimlikkus ehk teistega ühtekuulu-

vuse tunnistamine aitab mõista, et rasked elukogemused on elu loomulik osa ja võivad juhtuda igapähega. Nii eristub enesekaastunne enesehaletsusest, sest negatiivseid emotsioone käsitletakse inimkogemuse osana. Tähelepanelikkus aitab märgata negatiivseid emotsioone ja aktsepteerida neid hinnanguvabalt (36).

Tervishoiutöötajatel soovitatakse koolitustel õpitud enesekaastunde lühiharjutusi kasutada töö ajal (36), sest need võivad ennetada läbipõlemist ja sekundaarset traumaatilist stressi (36, 38, 39). Meditatsioonioskuste õpetamine on uuringute järgi sobiv viis ka tervishoiuüliõpilaste vaimse heaolu toetamiseks (35, 40). Duranti jt (2025) kvaasi-eksperimentaalse uuringu andmetel vähenes õendusüliõpilaste kaastundeväsimuse tase pärast enesekaastundekoolitust (40). Rodriguez-Moreno jt (2024) juhuslikustatud kontrolluuringus leiti, et kaastundekoolituste järel vähenesid arstiteaduste üliõpilaste ärevuse ja stressi sümptomid tänu oskusele suhtuda oma emotsioonidesse hinnanguvabalt (35).

KAASTUNDEVÄSIMUSE MÕISTE KRIITIKA

Viimastel aastatel on hakatud kaastundeväsimuse mõistet pidama ebatäpseks, sest kaastunne pigem suurendab psühholoogilist vastupanuvõimet, mitte ei vähenda seda (14, 41). Teooria kujunemise algaastail 1990ndatel käsitleti empaatiat ja kaastunnet sageli sünonüümideks (41), mida siinseski artiklis näitlikustab Figley (2002) seletus kaastundeväsimuse tekke kohta (10). Kuna empaatia kogemine, empaatiline hoolivus ja sellele järgnev altruistlik abistamiskäitumine on kaastunde komponendid (6), on terminite kattuvus mõistetav.

Nüüdseks on neuroteaduslikud uuringud pannud aluse afektiivse empaatia ja kaastunde vastandlikule erinevusele. Kaastundeväsimuse tekke põhjuseks nimetatakse empaatilist düstressi ehk teiste negatiivsete kogemuste tajumisest tekkivat emotsionaalset ülekoormust (41). Seega soovitakse kaastundeväsimuse kirjeldamiseks kasutada mõistet empaatilise düstressi väsimus, kuna see annab nähtuse sisu täpsemalt edasi. Tegemist on emotsionaalse kurnatusega, mis tekib teiste inimeste kannatuste kaasaskandmisest, mitte neile lahkuse ja hoolivusega abipakkumisest ehk kaastundest (14, 41). Käesoleva artikli

autorid juhivad tähelepanu, et mõiste lühemat varianti empaatiaväsimus on juba hakatud kaastundeväsimuse asemel kasutama populaarteaduslikes kirjutistes, aga ka teadusartiklites (42).

Kaastundeväsimuse mõiste asendamisel on praktiline tähendus, sest kaastunde negatiivses valguses näitamine võib vähendada kaastundlikku käitumist (43). Selle väite kontrollimiseks viisid Roskvist ja Consedine (2025) arstide ning arstiteaduse üliõpilaste seas läbi eksperimendi. Uuringust selgus, et neil, kellele esitleti kaastunnet väsitava ja emotsionaalselt kurnavana, oli kaastundliku käitumise motivatsioon madalam kui neil, kellele kirjeldati kaastundliku käitumise positiivseid aspekte. Tulemustest järeldati, et kaastunde mõiste seostamine väsimusega võib süvendada tervishoiutöötajates soovimatust ja hirmu käituda patsientidega kaastundlikult, mistõttu kogevad nad kaastundega vähem rahulolu. Seega võib kaastundeväsimuse kujunemise esitlemine teaduskirjanduses ning selle ebatäpse mõiste laialdane kasutamine aidata tahtmatult kaasa isetäituvale ennustusele ja viia suurema kaastundeväsimuseni (44). Seda järeldust toetab Debetsi jt (2024) arstresidentide seas läbiviidud uuring, mille järgi nimetas osa uuritavaid kaastundlikku käitumist ajamahukaks ja emotsionaalselt kurnavaks lisatõeks (1).

Lähtudes Roskvisti ja Consedine'i (2025) uuringu tulemustest (44), ei pruugi empaatilise düstressi väsimus sobida kaastundeväsimuse mõiste asendamiseks. Empaatial on keskne roll kaastundlikus käitumises. Seostades empaatiat düstressi ja väsimusega, võib käesoleva artikli autorite hinnangul kaasnedä sama probleem, mis kaastundeväsimuse mõiste puhulgi – vastumeelsus käituda patsientidega kaastundlikult. Termin juhib küll tähelepanu empaatia võimalikule negatiivsele tagajärjele, kuid jätab varju afektiivse empaatia ja emotsioonide regulatsiooni tähtsuse selles protsessis.

Lisaks on oluline välja tuua, et Singeri ja Klimecki (2014) neuroteaduslikel uurin-gutel rajanev empaatilise düstressi mõiste kattub suures osas isikliku düstressi mõis-tega (15). Isiklik düstress on enesekeskne ärevus või ebamugavustunne, mis tekib teiste kannatuste pealtnägemisel (12, 45). Mõistet kasutatakse teaduskirjanduses ka empaatilise düstressi sünonüümina (16, 36, 41), kuid selle seos empaatia kogemisega ei

ole üheselt selge. Isikliku düstressi hinda-miseks kasutatakse Davise (1983) empaa-tiaküsimustikku (*Interpersonal Reactivity Index*), mis hindab ka empaatilist hoolivust ja kognitiivset empaatiat (45). Küsimustiku psühhomeetrilised omadused näitavad, et isiklik düstress on pigem iseseisev konst-rukt, mitte empaatiaprotsessi osa (46). Seega ei kaasne selle emotsionaalse reaktsiooniga alati empaatia kogemine, millele viitavad ka neuroteaduslikud uuringud (47).

Kaastundeväsimuse mõistega seostub veel üks probleem – kaastundeväsimuse hindamine tervishoius. Selleks kasutatakse enamasti Stammi professionaalse elukva-liteedi küsimustikku (48), mis koondab kaastundeväsimuse mõiste alla sekundaarse traumaatilise stressi ja läbipõlemise (9). See on aga Sinclairi jt (2017) järgi eksitav. Autorid on rõhutanud, et sekundaarse trau-maatilise stressi ja läbipõlemise tagajärjed nii töötajatele kui ka tervishoiuteenuse kvaliteedile on laiaulatuslikud, mistõttu ei tohiks neid kaastundeväsimuse eufemistliku ja terminoloogiliselt ebatäpse mõistega seos-tada. Selline pehmen-dav sõnakasutus võib varjutada nende nähtuste tegelikku tõsidust ning seeläbi raskendada tõhusate ennetus- ja leevendusmeetmete kasutuselevõttu (48).

KOKKUVÕTE

Tervishoiutöötajate emotsioonide regulat-siooni oskuste arendamine on oluline, et pakkuda tervishoiuteenust kaastundlikul viisil. Kaastunde kese on empaatia koge-mine, kuid kõrge tundlikkus patsientide vaevuste suhtes koos emotsioonide regu-leerimise raskusega võib tekitada emotsio-naalset kurnatust. Selle tagajärjel asendub abistamiskäitumine vältimiskäitumisega. Tõhus emotsioonide regulatsioon seevastu võimaldab tervishoiutöötajatel empaatia tekke ja väljendamise protsessis kontrol-lida enda negatiivseid emotsioone ning see hõlbustab kaastundlikku käitumist. Tõendus-põhine meetod emotsioonide regulatsiooni arendamiseks on kaastundemeditatsioon, mida tuleks õpetada nii tervishoiutöötajatele kui ka -üliõpilastele. Kaastundeväsimuse kui ebatäpse mõiste kasutamine võib aga vähendada tervishoiutöötajate motivatsiooni käituda kaastundlikult ning seeläbi suurenda emotsionaalset kurnatust.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autorid kinnitavad, et artikliga seoses neil huvide konflikti ei esine.

¹ Associate lecturer, Chair of Nursing, Tallinn Health University of Applied Sciences, Tallinn, Estonia, ² Student, Faculty of Medicine, University of Tartu, Estonia

Correspondence to:
Ene Vadi
ene.vadi@ttk.ee

Keywords:
compassion, compassion fatigue, empathy, emotion regulation

SUMMARY

The associations of empathy, emotion regulation, and compassion with compassion fatigue among healthcare professionals

Ene Vadi¹, Kirke Koni²

It is important to develop emotion regulation skills among healthcare professionals to empower them to provide compassionate healthcare services. Experiencing empathy is central to compassion; however, excessive sensitivity to patients' complaints, combined with insufficient emotion regulation, may lead to emotional exhaustion among healthcare professionals. As a result, prosocial behaviour may be replaced by avoidance behaviour. Effective emotion regulation strategies enable individuals to manage negative emotions during the empathic process, thereby enhancing both compassionate behaviour and overall well-being. An evidence-based method for developing emotion regulation is the practice of compassion meditation, which should be introduced to healthcare professionals and healthcare students. However, using the imprecise concept of compassion fatigue may reduce healthcare workers' motivation to behave compassionately and thereby increase emotional exhaustion.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Debets MPM, Jansen I, Diepeveen M, et al. Compassionate care through the eyes of patients and physicians: an interview study. *PLoS One* 2024;19:e0305007.
2. Frampton SB, Guastello S, Lepore M. Compassion as the foundation of patient-centered care: the importance of compassion in action. *J Comp Eff Res* 2013;2:443–55.
3. WMA International Code of Medical Ethics. World Medical Association. 2022. <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>.
4. Malenfant S, Jaggi P, Hayden KA, Sinclair S. Compassion in healthcare: an updated scoping review of the literature. *BMC Palliat Care* 2022;21:80.
5. Watts E, Patel H, Kostov A, Kim J, Elkbuli A. The role of compassionate care in medicine: toward improving patients' quality of care and satisfaction. *J Surg Res* 2023;289:1–7.
6. Compassion and primary health care. Geneva: World Health Organization. 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240105249>.
7. Fernando A, Rea C, Malpas PJ. Compassion from a palliative care perspective. *N Z Med J* 2018;131:25–32.
8. Noor AM, Suryana D, Kamarudin EME, Naidu NBM, Kamsani SR, Govindasamy P. Compassion fatigue in helping professions: a scoping literature review. *BMC Psychol* 2025;13:349.
9. Stamm BH. The concise ProQOL manual: the concise manual for the Professional Quality of Life Scale. 2nd ed. Pocatello (ID): Eastwoods, 2010.
10. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol* 2002;58:1433–41.
11. Coetzee SK, Kloppe HC. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nurs Health Sci* 2010;12:235–43.
12. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2004;3:71–100.

13. Niezink LW, Siero FW, Dijkstra P, Buunk AP, Barelds DP. Empathic concern: Distinguishing between tenderness and sympathy. *Motiv Emot* 2012;36:544–9.
14. Hofmeyer A, Kennedy K, Taylor R. Contesting the term compassion fatigue: integrating findings from social neuroscience and self-care research. *Collegian* 2020;27:232–7.
15. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. *Curr Biol* 2014;24:R875–8.
16. Salazar Kämpf M, Adam L, Rohr MK, Exner C, Wiecek C. A meta-analysis of the relationship between emotion regulation and social affect and cognition. *Clin Psychol Sci* 2023;11:1159–89.
17. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;85:348–62.
18. Brillon P, Dewar M, Lapointe V, Paradis A, Philippe FL. Emotion regulation and compassion fatigue in mental health professionals in a context of stress: A longitudinal study. *PLOS Ment Health* 2025;19;2:e0000187.
19. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* 2002;52:S9–12.
20. Hojat M, Maio V, Pohl CA, Connella JS. Clinical empathy: definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes. *Discov Health Syst* 2023;2:8.
21. Türkel NN, Türkel A, Karaçin C, Alkan A, Ekmeççi İ. Predictors of burnout and secondary traumatic stress in medical oncologists: the role of empathy and dispositional mindfulness. *BMC Health Serv Res* 2026;26:176.
22. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn Res* 2017;6:18–29.
23. Correia I, Almeida AE. Organizational Justice, Professional Identification, Empathy, and Meaningful Work During COVID-19 Pandemic: Are They Burnout Protectors in Physicians and Nurses? *Front Psychol*. 2020;11:566139.
24. Klimecki OM, Leiberg S, Ricard M, Singer T. Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2014;9:873–9.
25. Fabi S, Weber LA, Leuthold H. Empathic concern and personal distress depend on situational but not dispositional factors. *PLoS One* 2019;14:e0225102.
26. Guidi C, Traversa C. Empathy in patient care: from clinical empathy to empathic concern. *Med Health Care Philos* 2021;24:573–85.
27. Duarte J, Pinto-Gouveia J. Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: a cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Appl Nurs Res* 2017;35:42–7.
28. Ariapooran S, Abdolmaleki B. Compassion Fatigue in Nurses: The Role of Spiritual Well-Being, Emotion Regulation and Time Perspective. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2023;28:150–4.
29. Doulougeri K, Panagopoulou E, Montgomery A. (How) do medical students regulate their emotions? *BMC Med Educ* 2016;16:312.
30. Mersin M, Sevinç S, Kuş E, İrem A, Mercan N, Neşe K. The relationship between difficulties in emotion regulation, self-compassion, and somatization in nursing students. *Perspect Psychiatr Care* 2025;2025:8533257.
31. Morelli SA, Lieberman MD, Zaki J. The emerging study of positive empathy. *Soc Personal Psychol Compass* 2015;9:57–68.
32. Andreychik MR. Feeling your joy helps me to bear feeling your pain: examining associations between empathy for others' positive versus negative emotions and burnout. *Pers Individ Dif* 2019;137:147–56.
33. Halamová J, Kanovský M, Křižová K, Šoková B, Baránková M, Figley C. The development of the compassion satisfaction and compassion fatigue scale. *Front Public Health* 2024;12:1406467.
34. Sattar R, Lawton R, Janes G, et al. Workplace triggers of emotions in the healthcare environment and their impact on patient safety: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2024;24:603.
35. Rodriguez-Moreno S, Rojas B, Roca P. Mechanisms of change in compassion-based programs for medical students. *Sci Rep* 2024;14:29945.
36. Neff KD, Knox MC, Long P, Gregory K. Caring for others without losing yourself: an adaptation of the mindful self-compassion program for healthcare communities. *J Clin Psychol* 2020;76:1543–62.
37. Förster K, Kanske P. Upregulating positive affect through compassion: psychological and physiological evidence. *Int J Psychophysiol* 2022;176:100–7.
38. Conversano C, Ciacchini R, Orrù G, Di Giuseppe M, Gemignani A, Poli A. Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health Care Professionals: What's New? A Systematic Review. *Front Psychol* 2020;11:1683.
39. Delaney MC. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS One* 2018;13:e0207261.
40. Durant DJ, Colburn VF, Guerrazzi-Young C. Impact of a mindful self-compassion workshop incorporating sandtray on burnout

- in undergraduate nursing students: A mixed methods, pre-post study. *Nurse Educ Pract* 2025;82:104203.
41. Singer T. A neuroscience perspective on the plasticity of the social and relational brain. *Ann NY Acad Sci* 2025;1547:52–74.
 42. Chen X, Chen M, Zheng H, et al. Effects of psychological intervention on empathy fatigue in nurses: A meta-analysis. *Front Public Health* 2022;10:952932.
 43. Gainsburg I, Cunningham JL. Compassion fatigue as a self-fulfilling prophecy: believing compassion is limited increases fatigue and decreases compassion. *Psychol Sci* 2023;34:1206–19.
 44. Roskvist R, Consedine NS. Is compassion fatigue a self-fulfilling prophecy in health care? A preregistered experimental study of manipulated expectations in doctors and medical trainees. *Br J Health Psychol* 2025;30:e70013.
 45. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983;44:113–26.
 46. Koller I, Lamm C. Item response model investigation of the (German) Interpersonal Reactivity Index empathy questionnaire: implications for analyses of group differences. *Eur J Psychol Assess* 2015;31:211–9.
 47. Decety J, Lamm C. Empathy versus personal distress: recent evidence from social neuroscience. In: Decety J, Ickes W, eds. *The social neuroscience of empathy*. Cambridge (MA): MIT Press, 2009:199–213.
 48. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud* 2017;69:9–24.

LÜHIDALT

Vasopressorid või rohke vedeliku ülekanne septilise šoki varajases ravis

Hemodünaamika stabiliseerimiseks septilise šoki käsitlemisel on kasutusel kaks strateegiat: rohke vedeliku ülekanne, mispuhul võib kaasneda kopsuturse, või vasopressorite kasutamine ja vedeliku ülekanne piiramine. Senised uuringud on vastukäivate tulemustega.

Austraalia ja Uus-Meremaa 51 keskuse osavõtul tehtud juhuslikustatud uuringus võrreldi kahe eespool kirjeldatud septilise šoki varajase ravi strateegia mõju

patsientide elumusele. Kokku 1000 patsiendile, kes saabusid ravile intensiivravi üksusesse septilise šoki nähtudega (infektsioon, süstoolne rõhk alla 90 mm Hg, laktaat veres üle 2 mmol/L), rakendati antibakteriaalset ravi ja nad juhuslikustati kahte võrdseesse rühma: vasopressori- ja vedelikurühm. Esimesel ööpäeval manustati kõigile patsientidele boolusena veenisisesi 1000 ml füsioloogilist lahust. Vasopressorirühma patsientidele määrati seejärel vasopressor ja vedelikku manustati neile minimaalselt, vedelikurühma patsientidel jätkati füsioloogilise lahusega 30 ml/kg

3 tunni jooksul ja vajadusel lisati hiljem vasopressor.

Ravi tulemusena hinnati 90 päeva elumust alates hospitaliseerimisest. Mõlemas patsientide rühmas oli see näitaja keskmiselt 76 päeva. Ravi kõrvaltoimeid oli mõlemas rühmas ühtmoodi, erinevus oli vaid kopsuturse esinemissageduses: 5% vedeliku- ja 0,6% vasopressorirühmas.

REFEREERITUD

ARISE FLUIDS Investigators, the ANZICS Clinical Trials Group, and the ACEM Clinical Trials Network, et al. Vasopressors or fluids in early septic shock. *N Engl J Med* 2026. Doi: 10.1056/NEJMoa2516225. Online ahead of print.