

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Ühiskonnateaduste instituut
Infoühiskond ja sotsiaalne heaolu
Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika

Katrin Kaaver

HAIGLA SOTSIAALTÖÖTAJATE KAASTUNDEVÄSIMUSE, MORAALSE STRESSI
JA ENESEKAASTUNDE KOGEMUSED

Bakalaureusetöö

Juhendaja: Dagmar Narusson, MA

Tartu 2019

Sisukord

Abstract.....	5
Sissejuhatus.....	6
1. Kirjanduse ülevaade.....	8
1.1 Sotsiaaltöö tervishoius	8
1.1.1 Eesti haigla sotsiaaltöötajate ülesanded	9
1.1.2 Väljakutsed haigla sotsiaaltöötaja töös	10
1.1.3 Interdistsiplinaarne koostöö	10
1.2 Moraalne stress	12
1.2.1 Moraalse stressi mõju.....	13
1.3 Kaastundeväsimus	15
1.3.1 Kaastundeväsimuse kujunemine	16
1.3.2 Kaastundeväsimusega tegelemise võimalused.....	18
1.4 Enesekaastunne.....	20
Probleemiseade	22
2. Uurimuse metoodika.....	24
1.5 Uurimismeetod.....	24
1.6 Andmekogumismeetod	24
1.7 Uurimuses osalejad	25
1.8 Uurimuse käik.....	25
1.9 Analüüsimeetod	25
1.10 Uurimuse eetiline aspekt.....	26
1.11 Uuriija refleksiivsus	26
3. Tulemused ja arutelu.....	28
3.1. Haigla sotsiaaltöö kontekst	28
3.2. Moraalne stress	32
3.3. Kaastundeväsimus	35
3.4. Enesekaastunne.....	42
4. Kokkuvõte ja järeldused	45

Kasutatud allikad	47
Lisa 1.....	51
Lisa 2.....	52
Lisa 3.....	55

Kinnitan, et olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Katrin Kaaver

29.05.2019

Abstract

Experiences of compassion fatigue, moral stress and self-compassion among Estonian hospital social workers

The following bachelor thesis focuses on three main topics which include compassion fatigue, moral stress and self-compassion. The aim of this research is to describe the occurrence and experiences of compassion fatigue, moral stress and self-compassion among Estonian hospital social workers.

Based on the aim of this research three questions have been composed:

1. Which are the most common ethical topics in the work of hospital social workers?
2. Which are sources of stress are most present in the work of hospital social workers and how would they describe their experiences with compassion fatigue?
3. How does self-compassion manifest in the work of hospital social workers?

The following research was conducted using qualitative research methods including thematic analysis and semi-structured interviews. The interviews were conducted with six hospital social workers from five different hospitals located in three different Estonian cities.

Key words: hospital social work, compassion fatigue, moral stress, self-compassion

Sissejuhatus

Sotsiaal- ja tervishoiu teenuste spetsialistid puutuvad oma töös tihti kokku klientidega, kes on oma vanuse, rassi või teatud füüsilise, vaimse või emotsionaalse tervise probleemi tõttu sotsiaalselt või majanduslikult marginaliseeritud, mistõttu hõlmab antud gruppide spetsialisti poolt läbiviidav abistamisprotsess kompleksseid eetilisi ja emotsionaalseid teemasid (Forster, 2009). Samuti on paljude sotsiaaltöötajate töökohustuste hulgas erinevate kriisiallikatega tegelemine (Stamm, 2010). Tulenevalt neist faktoritest on sotsiaaltöötajatel soodumus kaastundeväsimuse (Stamm, 2010; Forster, 2009) ja moraalse stressi tekkimisele (Forster, 2009).

Antud uurimuse fookuses on kaastundeväsimuse, moraalse stressi ja enesekaastunde uurimine Eesti haigla sotsiaaltöötajate seas kvalitatiivse lähenemise abil. Kuna Eestis on väga vähe uurimusi kaastundeväsimuse kohta sotsiaaltöötajate seas (näiteks Tooma, i.a), siis oleks oluline luua ülevaade sotsiaaltöötajate kogemustest antud probleemiga, et tulevikus oleks võimalik antud probleemi ennetada ning ka antud teemat ka rohkem sotsiaaltöö hariduses kajastada. Uuringu valimisse kuulusid erinevate Eesti haiglate sotsiaaltöötajad, kelle nende töö hõlmab nii kriisi- ja surmajuhtumitega tegelemist kui ka koostöö tegemist erinevate osapooltega ja ressursside jagamist (Allev, jt. 2014), mis võib olla aluseks suuremale stressitasemele.

Antud töö koosneb neljast osast. Esimene osa annab ülevaate kajastatavate teema kirjandusest, mis koosneb neljast peateemast: Eesti haigla sotsiaaltöö, mille eesmärgiks on luua uurimusele kontekst, moraalne stress, kaastundeväsimus ning enesekaastunne. Teises osas selgitan antud uurimistöö kasutatavaid uurimismeetodeid. Kolmandas osas toon välja uurimusest ilmnevad tulemused ning seon antud uurimuse teoreetilise taustaga. Neljandas osas võtan kokku uurimistulemused ning toon ka välja nende kasutusvõimalusi.

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on luua ülevaade Eesti haigla sotsiaaltöötajate kogemustest moraalse stressi, kaastundeväsimuse ja enesekaastundega seotud kogemustest tervishoiu kontekstis.

Uurimisküsimused:

4. Millised on olulisemad haigla sotsiaaltöötajate töös esinevad eetilised teemad?

5. Millised on haigla sotsiaaltöötajate stressiallikad ja nende kogemused kaastundeväsimusega?
6. Kuidas väljendub enesekaastunne haigla sotsiaaltöötajate töös?

1. Kirjanduse ülevaade

1.1 Sotsiaaltöö tervishoius

Tervishoiu sotsiaaltöötaja eesmärgiks on saada teadlikuks ja viia teised haigla spetsialistid kurssi patsiendi psühhosotsiaalsest taustast, toetada patsienti teatud teenuste taotlemisel, olla moraalseks eeskujuks tervishoiu meeskonnas (Dziegielewski, 2003) ning esindada patsientide huve (Allen, Spitzer, 2015). Tervishoiu sotsiaaltöötajad lähenevad erinevatele situatsioonidele ja probleemidele holistilisest vaatenurgast, mille kohaselt on oluline keskenduda patsiendi haiguslikule seisundile, tema emotsionaalsele seisundile ja sotsiaalsele taustale samaaegselt (Beder, 2013). Haigla sotsiaaltöötajate ülesanneteks on eelkõige patsientide haiglast väljakirjutamise planeerimine ning sellega seonduvad tegevused sh patsientide ümberpaigutamine ning neile sotsiaalse tugisüsteemi organiseerimine, patsientide ja tema lähedaste informeerimine diagnoosi ja ravi osas (Judd, Sheffield, 2010), erinevate riskigruppide tuvastamine, psühhosotsiaalne hindamine ja sekkumine ning interdistsiplinaarne koostöö, kooskõlastamaks patsiendile vajalik ravi (Dhooper, 2012). Tervishoiu sotsiaaltöötajad toovad fookuse haiguse sotsiaalsetele põhjustele ja tagajärgedele, sealjuures on sotsiaaltöötajate ülesandeks viia teiste tervishoiu töötajate tähelepanu rohkem haiguste ja ravi psühhosotsiaalsetele aspektidele ning patsiendile kui tervikule, mitte ainult kui haiguse kandjale (Dhooper, 2012). Tervishoiu sotsiaaltöö sisu sõltub suuresti valdkonna spetsiifikast, tervishoiu asutustest, selle asukohast või sealsest sotsiaaltöö rollist, näiteks erineb akuutravi haigla sotsiaaltöö suuresti hooldekodude sotsiaaltöö praktikast jne (Holosko, Taylor, 1992). Seetõttu on oluline, et sotsiaaltöötaja mõistaks ja õpiks oma organisatsiooni lähemalt tundma, mis nõuab aktiivset, uudishimulikku, avatud ja suhtlushimulist suhtumist (Holosko, Taylor, 1992).

Haigla vaatenurgast on sotsiaaltöötajate sekkumine vajalik arstide ja õdede aja ning haigla raha kokkuhoidmiseks, tõstmaks nõustamise abil patsientide ja nende lähedaste suutlikkust haigusest tulenevate probleemidega toimetulemisel ning kaardistada patsiendi välise abi vajaduse ulatus ja abistada teda vajalike seadusega ette nähtud toetuste ja sotsiaal- või tervishoiuteenuste taotlemisel (Tisler, 2013). Sealjuures mõjutavad tervishoiu sotsiaaltööd meditsiinivaldkonna eripärad, näiteks rõhuasetus kiirel ja täpsel hindamisel ning ravil, mistõttu pole sotsiaaltöötajate eesmärgiks aegamööda patsiendiga suhte loomine, vaid kiirete otsuste tegemine kriisis oleva kliendiga (Holosko, Taylor, 1992). Eripäraks on ka ühiskonnas ja

meditsiinivaldkonnas pidevalt toimuvad muutused sh tehnoloogia ja meditsiinilise informatsiooni osas, mistõttu lisanduvad juurde sotsiaaltöö sihtgrupid. Sealjuures on eakate osakaalu suurenemine rahvastikus toonud kaasa suurema rõhuasetuse kroonilistele haigustele (Holosko, Taylor, 1992). Haigla sotsiaaltöös on oluliseks ka aspektiks klientide õigused ja tugi, mis on ajaloo vältel olnud sotsiaaltöötajate peamiseks ülesandeks olnud klientide eest seismine, st piisava informatsiooni jagamine protseduuride, testide, otsuste tegemise tarbeks, samuti teatud materiaalse vajaduste rahuldamine. Esindades nii organisatsiooni kui ka patsienti, on sotsiaaltöötaja ülesandeks olla vahelülis nendevahelises interaktsioonis (Holosko, Taylor, 1992).

Kuigi sotsiaaltöö positsioon on haigla kontekstis pidevalt muutumas (Holosko, Taylor, 1992) ning sotsiaaltöö teenused on haigla kontekstis olulised ja sotsiaaltöötajad on võimelised panustama haigla ja tervishoiu valdkonda ja teenustesse, ei ole tänapäeval sotsiaaltööle konkreetset väljundit haigla kontekstis veel välja arendatud ning see ei kuulu ka haigla peamiste funktsioonide hulka (Dhooper, 2012).

1.1.1 Eesti haigla sotsiaaltöötajate ülesanded

Üldjoontes on tervishoiu sotsiaaltöötajate eesmärgiks tegeleda patsientide psühhosotsiaalsete, sotsiaalmajanduslike ning muude küsimustega, mis võimaldab kujundada patsiendile tema vajadustest lähtuv abi (Tisler, 2013). Narusson (2003) on välja toonud kolm haigla sotsiaaltöötajate peamist tegevusala. Esiteks klientide informeerimine erinevatest protsessidest ja nähtustest ning erinevate teenuste, toetuste, kogukonna ressursside ja seaduslike regulatsioonide kohta (Narusson, 2003; Allev, jt. 2014). Teiseks olulisemaks valdkonnaks on nõustamine, mis on põhjalikum sekkumine patsiendi psühhosotsiaalsesse probleemidesse ning hõlmab konsulteerimist ja psühhosotsiaalset nõustamist (Narusson, 2003). Kolmandaks valdkonnaks on ressursside koordineerimine, mis sisaldab patsientide suunamist teiste spetsialistide juurde, koostööd teiste spetsialistidega patsiendi abistamisprotsessi koordineerimiseks ning patsiendi abistamine ressursside taotlemisel (Narusson, 2003; Allev, jt. 2014). Lisaks eelnevale viib tervishoiu sotsiaaltöötaja vajadusel ellu ka kriisitöö põhimõtteid, toetades patsienti ja tema lähedasi haigusest või selle ravist põhjustatud elumuutuste käigus (Allen, Spitzer, 2015; Allev, jt. 2014) ning surijate puhul lähtub leinanõustamise põhimõtetest (Allev, jt. 2014). Samuti tehes koostööd teiste tervishoiu asutuse spetsialistidega, konsulteerib ja koolitab sotsiaaltöötaja kolleegi sotsiaaltöö pädevusse

kuuluvates küsimustes, toetab kogemusnõustamise arengut ning aitab korraldada ka patsientidele ja tema pereliikmetele suunatud koolitusi (Allev, jt. 2014). Ühtlasi seisab vajadusel patsiendi õiguste ja huvede eest (Allev, jt. 2014).

1.1.2 Väljakutsed haigla sotsiaaltöötaja töös

Haigla sotsiaaltöötajate seas läbiviidud uurimustes läbipõlemise kohta ilmnedid mitmed faktorid, mis muudavad nende tööd keerulisemaks. Esiteks leidsid mitmed sotsiaaltöötajad, et suureks väljakutseks on organisatsioonilised faktorid (Limon, 2018; Moore, jt. 2017), näiteks eeskirjad, ebapiisav töötajaskond ning suur töökoormus. Teiseks toodi välja interdistsiplinaarses meeskonnas töötamine ehk koostöö tegemine arstidega, haiglaõdedega ja teiste tervishoiu spetsialistidega sh peeti väljakutseteks eri ametikohtade erisusi arusaamades, kuidas läheneda patsiendile või situatsioonile (Limon, 2018; Moore, jt. 2017). Sealjuures on haigla sotsiaaltöötajate töörahulolu jaoks oluline nende töö vajalikkuse ja kolleegide toetuse tajumine, koostöösse kaasamine ja professionaalne autonoomsus (Pockett, 2002). Samuti leiti, et mõningatel juhtudel ei mõista teistel ametikohtadel töötavad inimesed haigla sotsiaaltöö rolli haiglas ning paljud ülesanded, mis ei kuulu tegelikult sotsiaaltöötaja kohustuste hulka, suunatakse neile (Limon, 2018), mis võimaldab kokku hoida arstide ja õdede aega (Tisler, 2013). Sotsiaaltöötajate ülesandeks võib näiteks olla patsiendi uksehoidja või turvamees ehk tegeleda ülesannetega, mis otseselt ei kuulu nende kohustuste hulka, kuid tuleb sotsiaaltöötaja poolt lahendus leida, et haiglaõed või arstid ei peaks sellega tegelema (Moore, jt. 2017). Kolmanda väljakutsena esitasid sotsiaaltöötajad üldiselt meditsiinilises valdkonnas töötamise (Limon, 2018). Täpsemalt toodi välja haigla sotsiaaltöö meditsiinilise poolega tutvumine, näiteks diagnooside süvitsi uurimine ning emotsionaalne kurnatus, mis tekib haavatava sihtgrupiga ja surmaga töötamisel (Limon, 2018), samuti abistades keeruliste ja raskete meditsiiniliste ja psühhosotsiaalsete stressoritega patsiente (Moore, jt. 2017). Viimase väljakutsena toodi välja puuduvad ressursid, näiteks finantsabi pakkumine või kogukonna otsimine (Limon, 2018). Madala sissetulekuga patsientide aitamisel on võimalused piiratud, mis on samuti sotsiaaltöötaja jaoks keeruline (Moore, jt. 2017). Väljakutseks on ka ajaline surve, näiteks nõue kirjutada patsient võimalikult ruttu haiglast välja (Moore, jt. 2017).

1.1.3 Interdistsiplinaarne koostöö

Nagu eelnevalt mainitud, koosneb haigla sotsiaaltöö paljuski väga erinevate osapooltega koostöö tegemisest. Interdistsiplinaarne koostöö on efektiivne interpersonaalne protsess, mille

abil on võimalik lahendada perekondlikke või ühiskondlikke probleeme, mida ei ole individuaalse lähenemisega võimalik spetsialistidel lahendada (Bruner, 1991). Muuhulgas teevad sotsiaaltöötajad koostööd nii arstide, õdede, füsioterapeutide, terapeutidega jne (Holosko, Taylor, 1992).

Efekttiivne meeskonnatöö tuleneb patsiendi olukorra mõistmise, täpse kirjeldamise ja antud situatsiooni lahendamiseks vajalike tegevuste läbiviimise vahelise tasakaalu korral. Tasakaalu loomise jaoks on vajalik oskus analüüsida klientide ja nende lähedaste kompleksseid vajadusi nende spetsiifilises keskkonnas. Interprofessionaalse meeskonnatöö juures on oluline ka süsteemide ning teatud protsesside olemasolu sh hindamised ning meeskonna koosolekud, mille abil on võimalik tegevust koguda erinevate meeskonna liikmete professionaalset arvamusi, reflekteerida, siduda erinevate osapoolte lähenemisviise, koordineerida ning ajastada tegevust. Samuti on süstemaatiline lähenemine oluline, loomaks seoseid kliendi erinevate probleemide ja murede vahel, mille abil on võimalik korraldada patsiendile mitmekülgne ravi (Dean, jt. 2012).

Faktorid, mis piiravad arstide ja sotsiaaltöötajate omavahelist koostööd on erinevused teoreetilistes teadmistes ning professionaalsetes perspektiivides, samuti teadmiste puudumine üksteise valdkondadest või rollidest töökohal, nõrk kommunikatsioon (Gabrielová, Veleminsky, 2014), samuti võimuhierarhia arstide ja teiste tervishoiutöötajate vahel, kus võimupositsioon on enamasti arstide käes, ajapuudus, haiglatöös kehtivate rollide ebaselgus ning soolised või kultuurilised erinevused (Fewster-Thuente, Velsor-Friedrich, 2008). Koostööd soodustavateks faktoriteks leiti üksteise ametialaste teadmiste ja rollide märkamist ning tunnustamist, vastastikkust austust ning efektiivset kommunikatsiooni (Gabrielová, Veleminsky, 2014).

1.2 Moraalne stress

Moraalne stress on individuaalne reaktsioon (Reynolds, jt. 2012), mis tekib situatsioonides, kus töötajal ei ole võimalik käituda viisil, mida ta peab isikliku moraali või eetikapõhimõtete kohaselt õigeks või on näiteks keerulises olukorras vastuvõetud otsus mõjutanud tema isiklikku või professionaalset moraalset puutumatus (Fantus, jt. 2017). Antud reaktsioon avaldub inimesel nii interpersonaalsetes suhetes sh konflikti olukorrana kui ka psühholoogilise seisundina, mis väljendub ärevuse ja pettumustundena (Reynolds, jt. 2012). Samuti tingib moraalne stress konflikti isiklike, organisatsiooni ning professionaalsete väärtuste vahel (Fantus, jt. 2017). Moraalse stressi eel on tavaliselt eetiline dilemma, st töötaja seisab silmitsi eetiliste küsimustega olukorras, kus tuleb valida kahe või rohkema tegevuskäigu või suuna vahel (Fantus, jt. 2017) ning see on olulisel kohal tervishoiu sotsiaaltöös, kuna antud valdkond hõlmab haavatavate patsientide eest hoolitsemist (Dhooper, 2012).

Tervishoiu sotsiaaltöös sõltuvad eetilised dilemmad mitmetest aspektidest, sh näiteks riigi tervishoiupoliitikast (Fronck, jt. 2017) või tervishoiu sotsiaaltöö korraldusest (Dhooper, 2012). Dhooper (2012) on toonud välja kolm haigla sotsiaaltöö valdkonda, kus ilmnevad erinevad eetilised teemad. Ambulatoorsete patsientidega töötavate sotsiaaltöötajate jaoks võivad tekkida keerulised eetilised teemad, kui patsiendi otsustusvõime on vähenenud, kui patsiendi lähedased nõuavad õigust teha patsiendi eest otsuseid, eesmärgiga kaitsta teda negatiivse info eest või käituda vastavalt oma kultuurilistele normidele, samuti olukorrad, kus erinevad juhtumiga seotud osapooled ei jõua ühisele otsusele patsiendi sekkumise osas (Dhooper, 2012). Sotsiaaltöö eetilised teemad pikaajaliste hoolduse valdkonnas on näiteks surijatega seotud küsimused, sealjuures patsientide kultuuriliste erinevustega arvestamine (Dhooper, 2012). Akuutravist tekivad eetilisteks küsimused seoses patsiendi haiglast välja kirjutamisega (Dhooper, 2012).

McCarthy, jt. (2015) järgi on moraalsel stressil tervishoiu kontekstis kolm üldisemat põhjuste gruppi: kliinilised olukorrad, keerulised töötingimused ja piiratud ressursid, struktuurilised tingimused ning moraalsed allikad.

Kliiniliste olukordade hulka kuuluvad näiteks agressiivsed, ebavajalikud või kasutud ravimeetodid, patsiendi ebaadekvaatne otsustusvõime ravi osas (Hamric, 2012), ravi võimaluste puudumine, patsiendi valu ebapiisav ohjamine, (McCarthy, jt. 2015), samuti keerulised olukorrad seoses patsiendi elu lõppemisega, haiglast väljakirjutamisega või koduse

hoolduse korraldamisega (Fantus, jt. 2017), mida võivad mõjutada ka patsientide kultuurilised eripärad (Dhooper, 2012).

Keeruliste töötingimuste ja piiratud ressursside osas on moraalset stressi tekitajana muuhulgas välja toodud puuduvad piisavad eeskirjad ja juhised töötajatele, fookuse kandumine patsientidelt ja nende lähedastelt organisatsioonile, majanduslikud puudujäägid, suurenenud töökoormus (McCarthy, jt. 2015) ja ebapiisav (Fantus, jt. 2017) või ebaadekvaatne (Hamric, 2012) töötajaskond. Keeruliste töötingimustena võib mõista ka antud riigi sotsiaalpoliitilisest kontekstist tulenevaid probleeme sh tervishoiu, heaolu ning immigratsiooni valdkonna koostöö puudumisest kujunenud probleemid, tervishoiusüsteemi eripärasid, nt teenuste kõrge maksumus või korrupsiooni (Fronek, jt. 2017).

Struktuuriliste tingimuste hulka kuuluvad näiteks puudujäägid autoriteedi ja toetuse ning murede väljendamise võimaluste osas töökohal, kehv meeskonnatöö (McCarthy, jt. 2015), autonoomsuse või kontrolli puudus ning tajutava väärtustunde vähenemine tervishoiu spetsialistina (Fantus, jt. 2017; Hamric, 2012)). Sarnaselt on leitud moraalset stressi tekitavaks ka ebavõrdsust haigla hierarhias sh arstide võimupositsiooni ning teiste organisatsioonis töötavate spetsialistide ebaetiilist käitumist (Fronek, jt. 2017). Moraalsete allikate mõiste on laiem ning selle alla kuuluvad muuhulgas moraalne tundlikkus, töökoha eetilise kliimaga seotud probleemid, isiklikud puudujäägid moraalsetes küsimustes (McCarthy, 2015), puuduv informatsioon patsiendi olukorra või tema võimaluste osas (Hamric, 2012). Samuti võimetus täita tööalaseid kohustusi ja konfliktid kogemused isiklike väärtustega, uskumuste ja maailmavaadetega (Fantus, jt. 2017).

1.2.1 Moraalse stressi mõju

Moraalsel stressil võib olla nii negatiivne kui ka positiivne mõju spetsialistile. Tervishoiutöötajate seas läbiviidud uurimuses leiti, et moraalset stressil on negatiivne mõju nii õdede tööalasele kui ka isiklikule elule (McCarthy, jt. 2015). Moraalne stressi tõttu võivad haiglaõded olla suurema tõenäosusega aina rahulolematumad oma tööga, lühendada oma tööaega, süüdistada haigla juhtkonda jne (McCarthy, jt. 2015). Samuti on leitud, et moraalne stress võib viia töölt või ametist lahkumiseni või läbipõlemiseni (McCarthy, jt. 2015; Elpern, jt. 2005). Isiklikul tasandil võib moraalne stress mõjutada töötaja eneseväärtust, isiklike suhteid, käitumist ning väljenduda ka füüsiliste sümptomitena (Elpern, jt. 2005). Samuti võib

ilmneda moraalse tundlikkuse vähenemine ehk töötaja muutumine tundetuks või passiivseks moraalsete väljakutsete ees (McCarthy, jt. 2015). Eelnimetatu tõttu kannatab töö patsientidega ning nende perekondadega, näiteks ei pruugi patsiendid saada piisavalt adekvaatset abi või viia töötaja patsientide vältimiseni (McCarthy, jt. 2015).

Moraalsel stressi puhul võib esineda ka positiivseid mõjusid, muuhulgas soodustab see arengut nii isiklikul ja ametialasel tasandil ning ajendab töötajat reflekteerima oma moraalset tegevust (McCarthy, jt. 2015).

Moraalse stressiga tegelemiseks on tõhusaks viisiks esmalt selle märkamine ning moraalset stressi põhjustanud probleemi esile toomine ning selle arutamine olukorraga seotud osapooltega (Hamric, jt. 2006). Moraalset stressi aitab leevendada ka supervisioon, töökaaslaste omavaheline toetamine, oma väärtuste ja seisukohtade juurde jäämine ja nende eest võitlemine ning aktiivne sotsiaaltöö eetikakoodeksi kasutamine, mis aitab sotsiaaltöötajatel jääda keerulistel hetkedel kindlaks oma positsioonile (Fronek, jt. 2017; Ulrich, jt. 2007). Ennetamiseks moraalset stressi on oluline spetsialisti eneseteadlikkus oma tugevustest ja nõrkustest ning avatus töökaaslaste vahelisele arutelule ja tagasisidele (Hamric, jt. 2006).

1.3 Kaastundeväsimus

Kaastundeväsimus on spetsialisti muretunne ja pingeseisund, mis võib tekkida töötades patsientidega, kes on läbi elanud teatud trauma (Figley, 2002a). Kaastundeväsimus tekib abistajale läbipõlemise ja sekundaarse traumaatilise stressi koosmõjul (Stamm, 2010). Läbipõlemine väljendub kurnatuses, rahulolematuses, vihatundes ja depressioonis ning sekundaarne traumaatiline stress tekib hirmu ja tööga seotud trauma koosmõjul (Stamm, 2010). Kaastundeväsimuse sümptomid sarnanevad suuresti posttraumaatilise stressihäire (PTSH) sümptomitega (Duarte, Pinto-Gouveia, 2017). Pelkowitz (1997, viidatud Figley, 2002b kaudu) on jaganud sümptomid seitsmesse gruppi: kognitiivsed, emotsionaalsed, käitumuslikud, spirituaalsed, isiklike suhete põhised, somaatilised, töö tulemuslikkusega seotud. Kognitiivsete sümptomite hulgas on näiteks halvenenud keskendumisvõime, vähenenud enesehinnang, apaatsus, perfektsionism, jäikus, eksinud olek, liigne muretsemine trauma üle, mõtted enese- või teiste vigastamise kohta. Emotsionaalsete sümptomitena on välja toodud jõuetus, ärevus, süütunne, viha/raev, ellujääja süütunne, väljalülitumine, tuimusetunne, hirm, abitus, kurbus, depressioon, emotsionaalne kõikumine, nõrkus/ressursside puudus, ülemäärane tundlikkus. Käitumuslike sümptomite hulka kuuluvad kannatamatus, ärritatavus, endasse tõmbumine, tujukus, regressioon, raskused unega, õudusunenäod, muutused söögiisus, hüpervigiiilsus, kõrgenenud ehmatusreaktsioon, kalduvus õnnetustele, asjade kaotamine. Spirituaalsete sümptomite hulka kuuluvad elumõttekuse üle kaalutlemine ja selles kahtlemine, eesmärgitus, lootusetus, religiooni suhtumise muutumine. Isiklike suhetega seotud sümptomiteks on muuhulgas endasse tõmbumine/eemale tõmbumine, vähenenud huvi seksi või intiimsuse vastu, usaldamatus/umbusaldus, isoleeritus teistest inimestest, liigne kaitsmine oma laste osas, viha või süütunne, sallimatus, üksildustunne, interpersonaalsete tülide kasv. Somaatiliste sümptomite hulka kuuluvad teiste hulgas šokitunne, higistamine, kiire südamerütm, hingamisraskused, valud, uimasus ja peapööritus, haigestumise kasv, muud somaatilised kaebused, nõrgem immuunsüsteem. Töö tulemuslikkusega seotud sümptomid on näiteks madal moraalitunne ja motivatsioon, ülesannete vältimine, kinnisideed detailide osas, apaatsus, negatiivsus, tänutunde vähenemine, eemaldumine, kehvad töö tulemused, konfliktid kolleegidega, töölt puudumine, kurnatus, ärritatavus, kaaskolleegidest eemale tõmbumine (Pelkowitz (1997, viidatud Figley, 2002b kaudu)).

Kaastundeväsimus tekib töös inimestega, kes on kogenud väga stressirohke(id) sündmuse(id) (Beder, 2012) või läbi elanud traumakogemusi (Figley, 2002a), näiteks vägistamis-, koduvägivalla-, katastroofi- või sõjaohvrid (Beder, 2012). Töötamaks trauma läbinud kliendiga

efektiivselt, on oluline aidata kliendil läbi töötada oma traumeerivad kogemused detailse arutelu ja kirjeldamise abil, kuna meelde tuletamise protsess võimaldab kliendil sündmus sulgeda (Bride, jt. 2007). Taolise tööga on spetsialist avatud traumeerivatele sündmustele kujutlusvõime ning kuulamise läbi (Bride, jt. 2007) ja seega on spetsialistidel soodumus elada antud kogemusi kliendilt saadud informatsiooni põhjal läbi (Figley, 2002a). Samuti tagamaks kliendile piisav empaatiline reaktsioon, mis koosneb tundlikust suhtumisest, hoolivusest ja professionaalsusest peavad sotsiaaltöötajad olema kohal ning avatud suhtumisega kliendi suhtes, mis teeb neid rohkem vastuvõtlikuks ka kaastundeväsimusele (Figley, Beder, 2012). Kaastundeväsimus ei ole patoloogiline seisund, vaid tekib otsesest kokkupuutest kannatava kliendiga (Beder, 2012) ja areneb kumulatiivselt teatud aja jooksul (Bride, jt. 2007). Kaastundeväsimuse arengut mõjutab asjaolude, kliendi kogemuse sisu, empaatiline vaste ning töökontekst, koosmõju (Bride, 2007) ja seda võib soodustada ka spetsialisti igapäevane kokkupuude töökohale iseloomulike bürokraatlike probleemidega (Bride, jt. 2007).

Abistamistöö positiivseks mõjukuks on kaastunderahulolu, mis ilmneb, kui abistaja tunneb rahulolu edukalt tehtud tööst (Stamm, 2010) ning viitab vastupidiselt kaastundeväsimusele empaatia tundmise positiivse kognitiivse ja emotsionaalse mõju tekkimisele (Hansen, jt. 2018). Positiivseks mõjukuks on muuhulgas tunne, et inimene on teinud edusamme oma enesearengus või teadmine, et inimene on saanud panustada teise inimese olukorra paranemisesse (Hansen, jt. 2018) või üldiselt ühiskonna heaolusse (Stamm, 2010). Sotsiaaltöötajate jaoks tekib kaastunderahulolu kannatavate ja tuge vajavate klientide aitamisest (Beder, 2012).

1.3.1 Kaastundeväsimuse kujunemine

Kaastundeväsimuse väljakujunemist võivad ennustada empaatia tundmisega ja selle väljendamisega seotud nähtused. Esiteks empaatiavõime, mis on aluseks teiste inimeste aitamisele ning võimaldab märgata teise inimese valu ja näitab abistaja valmisolekut hoolimisest tuleneva raskuse kandmiseks (Figley, 2002a). Teiseks empaatiline mure, mis väljendab spetsialisti motivatsiooni aidata abivajajat, tagamaks kliendile oma oskuste, annete ja teadmiste abil võimalikult hea kvaliteediga abiteenus (Figley, 2002a). Kolmandaks aspektiks on empaatiline tagasiside, mis avaldub abistaja valmisolekus vähendada kliendi kannatusi empaatilise mõistmise abil (Figley, 2002a). Empaatiline tagasiside väljendub abistaja oskuses mõista kannataja vaatenurka ja tundeid sh hirmu, viha, valu jne (Figley, 2002a). Samuti võivad

kaastundeväsimust vallandada probleemid süsteemis sh suur klientide arv ja töömaht ning liigsed töötunnid ja isiklikud probleemid, näiteks vähene töökogemus, energiapuudus ja samastumine klientidega, näiteks vanuse poolest (Yoder, 2010).

Kaastundeväsimuse väljakujunemist võivad mõjutada ka kaastundest tekkiv stress ning kokkupuude komplekssete olukordadega klienditöös. Pidev pinge vajadusest leida lahendus, mille abil vähendada kannataja kannatusi ning ülal kirjeldatud empaatilisus tekitab teatud tekkinud emotsionaalse energia, mille tõttu abistajal tekib abistajal kaastunde stressi, millel võib olla negatiivne mõju abistaja immuunsüsteemile ja üldisele elukvaliteedile (Figley, 2002a). Kaastundeväsimuse teket võib tekitada ka kokkupuude mõne kliendiga (Figley, 2002a), mis viitab abistaja otsesele kokkupuutele kannatajaga ning kliendi emotsionaalse energiaga kokkupuute kogemusele. Paljud töötajad, kes teevad oma karjääri alguses otsest klienditööd, õpivad edasi ja vahetavad ameti näiteks superviisori ameti vastu, kuna otsene suhtlus kannatajaga nõuab abistajalt ülemäära palju ressursi ja spetsialist mõistab selle mõju enda isiksusele ja toimetulekule (Figley, 2002a).

Kaastundeväsimuse taset võivad kasvatada kolm faktorit (Figley, 2002a). Esiteks pikema ajaline kokkupuude kliendiga, mis hõlmab kestvat vastutustunnet kannataja hoolitsemise üle. Antud nähtust näitlikustab Lõuna-Korea onkoloogia patsientidega töötavate sotsiaaltöötajate seas läbi viidud uurimus, kus sotsiaaltöötajad jagasid oma isiklike kaastundeväsimuse kogemise põhjuseid ning ilmnes, et muuhulgas mõjutas kaastundeväsimuse taset sotsiaaltöötaja ja kliendi vahelise suhte pikkus ehk pikaajase suhte korral tundsid töötajad suuremat kaastundeväsimust (Yi, jt. 2018). Samas on leitud, et empaatilise pinge allikaks on ka lühiajaline kokkupuude klientidega, näiteks erakorralise meditsiini osakonnas, mis tekitab olukorra, kus sotsiaaltöötajal ei ole võimalik rahulik ja pikemaajaline interaktsioon, vaid kontaktid ja suhtlus on katkendlik või katkeb suhe lühikese kokkupuute järel, kuna haige suunatakse edasi (Moore, jt. 2017). Teiseks faktoriks on traumeerivad mälestused, mis võivad pärineda spetsialisti enda mälestustest või varasemast tööst eriti kurbade või kannatavate klientidega; töö teatud tüüpi klientidega või klientide elus ettetulevate olukordades kutsuvad esile mälu pildid ja sellega seotud emotsioonid ning võib tekitada ka näiteks post-traumaatilise stressihäire, depressiooni või ärevuse sümptomeid (Figley, 2002a). Kolmandaks faktoriks on muudatused spetsialisti elukorralduses, näiteks ajakavas, rutiinis ja kohustustes, mis nõuavad tähelepanu, või muutunud olukordade haldamises, sh haigused, elustiili või sotsiaalse staatuse muutused jne (Figley, 2002a). Tavapärastel tekitavad taolised muutused talutaval määral

stressi, kuid kaasnedes teiste faktoritega võib suurendada kaastundeväsimuse tekkimise tõenäosust (Figley, 2002a).

1.3.2 Kaastundeväsimusega tegelemise võimalused

Kaastundeväsimus avaldub erinevate sümptomite kaudu, mistõttu tuleb töötajal jälgida enda puhul näiteks emotsionaalset tuimust, kergemini ehmumist, korduvaid häirivaid mõtteid, õudusunenägusid, unetust ja ärevust ning teatud olukordade vältimist (Beder, 2012). Paljud abistajad, kellel tekivad kaastundeväsimuse sümptomid, üritavad esmalt oma probleemi vältida (Beder, 2012). Nii käitudes saavutavad nad teatud hetkel stressiläve, mis hakkab nende töö efektiivsust mõjutama (Beder, 2012). Esimene samm kaastundeväsimuse ennetamisel ja ravil on selle ilmingute ja sümptomite märkamine (Beder, 2012).

Väga oluline faktor kaastundeväsimuse ja -stressi märkamise juures on töökeskkond üldiselt, suhted kolleegidega, klientidega ning isiklike toetajatega, kuna kõik need võivad mõjutada abistaja emotsionaalset heaolu (Beder, 2012). Positiivse töökeskkonna all peetakse eelkõige silmas töötajate omavahelisi suhteid, näiteks üksteisest hoolimist ning hoolimise välja näitamist (Beder, 2012). Samuti märkavad taolises töökeskkonnas töötajad üksteise tuju muutuseid ning uurivad üksteiselt meeleolu muutuste kohta toetaval ja hoolival moel (Beder, 2012). Lisaks võivad kaastundeväsimuse tekkele kaasa aidata kõrged ootused töökohustuste täitmisel nagu produktiivsus ja täpsuse nõue „paberitöö“ tegemisel (Beder, 2012) ning suur töökoormus (Kovács, jt. 2010). Nimetatud nähtustega on võimalik tegeleda töökoormuse ja juhtumite haldamise strateegiaid kasutades ning liigseid töötunde vältides (Beder, 2012).

Abistajad saavad end ise aidata, kui leiavad tasakaalu töö ja eraelu vahel ning tajuvad vastutust isikliku heaolu eest sama palju kui klientide, kolleegide, professioni ja laiema ühiskonna ees (Willis, jt. 2019). Beder (2012) järgi hõlmab tasakaalu loomine näiteks stressiga toimetulekut, meditatsioonitehnikate kasutamist, sportimist, lähedastega aja veetmist ning vajaduse korral psühhoteraapiat. Samuti on oluline eneseabi praktikate kasutamine, muuhulgas suhtlus kolleegidega, tervislik toitumine, spirituaalsus (Beder, 2012; Yoder, 2010), negatiivse sisekõne pehmemdamine (Gentry, 2002), supervisioonis käimine, koduste asjadega tegelemine, keeruliste olukordade ümber sõnastamine väljakutseteks (Pockett, 2002). Nimetatud tegevuste abil on võimalik inimesel laadida end tervislikul viisil (Beder, 2012). Lisaks on tähtis, et

abistaja võtaks piisavalt aega isiklike asjade ja probleemidega tegelemiseks, kuna need on samuti energiat ja tähelepanu nõudvad ülesanded igapäevaelus (Beder, 2012). Vajalikuks võib osutuda ka muutuste tegemine töökohas, näiteks organisatsiooni või osakonna vahetamine või töökoormuse vähendamine (Yoder, 2010). Willis, jt. (2019) sõnul tuleks proaktiivsete eneseabi strateegiate kasutamine lisada sotsiaaltöötajate eetikakoodeksisse, kuna nende abil on võimalik parendada isiklikku heaolu ning seeläbi ka oma tööalast toimetulekut.

1.4 Enesekaastunne

Enesekaastunne on inimese avatus, tundlikkus ja mõistev suhtumine oma isiklike kannatuste osas ning soov leevendada ning parandada kannatusest tingitud koormat heasoovliku suhtumisega iseenda suhtes (Neff, 2003). Enesekaastunne sarnaneb iseendale andestamisega ning võimaldab inimesel aktsepteerida, et kannatused, läbikukkumised ning ebaadekvaatsuse tunne on inimese elu loomulikud osad ning kõik inimesed väärivad kaastunnet, kaasa arvatud tema ise (Neff, 2003). Enesekaastundlik suhtumine ei tähenda enesekesksust, vaid on eneseabiga seotud mõiste, mis suurendab inimese kaastunnet ja muret teiste inimeste suhtes (Neff, 2003), arendab interpersonaalseid oskusi näiteks sotsiaalsete sidemete loomise oskust, altruistlikku suhtumist ja empaatiavõimet (Lianekhammy, jt. 2018).

Enesekaastunne hõlmab üldiselt kolme osa: lahkus enda vastu, humaansus ja teadvelolek (Neff, 2003). Lahkusega enese vastu väljendatakse endale enesekriitika ja karmide hinnangute asemel lahkust ja mõistvust, mis samal ajal vähendab ka negatiivsete hinnangute jagamist teistele inimestele (Neff, 2003). Humaansus võimaldab inimesel näha oma keerulisi kogemusi kui osa suuremast inimlikust kogemusest, mitte kui teistest inimestest eraldavat (Neff, 2003). Teadvelolek on tähelepanu reguleerimisprotsess, mille käigus tuuakse teadlikkus käesolevasse hetkesse ning see eeldab uudishimulikkust, avatust ning aktsepteerivat suhtumist käesolevasse kogemusse (Bishop, jt. 2004). Teadveloleku praktikad aitavad inimesel hoiduda liigsest identifitseerimisest oma kogemusega seotud negatiivsete tunnete ja mõtetega ning saada neist teadlikuks tasakaalukal viisil (Neff, 2003) ning muuhulgas on antud praktikad kaitseks ka kaastundeväsimuse vastu (Decker, jt. 2015). Nimetatud komponendid on küll eraldiseisvad praktikad, kuid need mõjutavad, tekitavad ja täiustavad üksteist (Neff, 2003).

Abistamise kontekstis annab enesekaastunne abistajale vajalikud emotsionaalsed ressursid, mis võimaldavad abistajal hoolitseda teiste inimeste eest (Dorian, Killebrew, 2014). Tegevused, mis aitavad abistajal taastada teadlikkust, rahulikkust, kaastunnet ning enese aktsepteerimist võivad vähendada või ennetada abistaja koormat ja läbipõlemist (Dorian, Killebrew, 2014) ja tõsta emotsionaalset teadlikkuse, positiivsuse, rõõmsameelsuse, enesekindluse, tähelepanelikkuse ning rahumeelsuse taset (Milicevic, jt. 2016). Samuti aitavad kaitsta enesehinnangulise ärevuse eest, mis tekib, kui abistajal tunneb vajadust saada oma käitumisele alati positiivne hinnang (Neff, jt. 2007). Kõrgem enesekaastunde tase viitab madalamale enesekriitika, depressiooni, ärevuse, rumineerimise, mõtete allasurumise ja neurootilise

perfektsionismi tasemele ning on positiivselt seotud rahuloluga elu suhtes, sotsiaalse seotusega ning emotsionaalse intelligentsusega (Neff, jt. 2007).

Enesekaastunde olemasolu väljendub keerulistes olukordades, näiteks ebaõnnestumiste (Neff, 2003), ebaadekvaatsustunnete korral või olukordades, mis on inimese enda kontrolli alt väljas (Germer, Neff, 2013). Nimetatud olukordades suudavad enesekaastundlikud inimesed jääda positiivseteks, hoida ärevust kontrolli all ning ei väldi, vaid lepivad antud olukorraga (Allen, Leary, 2010). Taolistes olukordades võimaldab enesekaastunne suhtuda enesesse õrnalt ja julgustavalt ning vältida karmide hinnangute jagamist ja vihaseks saamist (Germer, Neff, 2013). Samuti tunnistada ilma hinnanguid jagamata oma probleeme ja puudujääke, mis aitab inimestel teha vajalikke samme, et iseend aidata. Enesekaastunne sarnaneb kaastunde väljendamisega sõbrale, kuid selles kontekstis on inimese sõbraks tema ise (Germer, Neff, 2013). Sotsiaaltöötajate tööga rahulolu, stressitase ning enesekriitilisus on mõjutatud oskusest väljendada kaastunnet iseenda vastu (Lianekhammy, jt. 2018).

Probleemiseade

Sotsiaaltöö tervishoiu kontekstis on väga keeruline ja mitmekülgne valdkond ning eeldab sotsiaaltöötajalt väga erinevaid oskusi ja teadmisi nii sotsiaal- kui ka meditsiinivaldkonnast. Samuti on tegemist emotsionaalselt kurnava tööga, kuna tihti on inimesed, kes tervishoiu sotsiaaltöötaja juurde satuvad, haavatavas olukorras teatud meditsiiniliste probleemide tõttu. Antud uurimuse fookus on kahel abistajatöös esineval probleemil, mis võivad mõjutada abistaja heaolu ja stressitaset ning enesekaastundel kui stressi ja keeruliste olukordadega toimetulekumehhanismil.

Kaastundeväsimus on empaatia tundmisega seotud nähtus, mis tekib töös trauma läbinud klientidega ning kõrge stressi koosmõjul ja see on levinud probleem erinevates abistamisega seotud elukutsetes. Kaastundeväsimusel on mitmeid sümptomeid, mis sarnanevad paljuski post-traumaatilise stressi häire sümptomitega, seega on tegemist väga tõsise seisundiga. Moraalne stress ilmneb abistaja töös, kui abistaja ei saa käituda viisil, mida ta isiklikult õigeks peab ja seetõttu ei saa kannatada abistamise kvaliteet. Moraalne stress võib tekitada abistajale nii psühholoogilisi pingeid kui ka probleeme interpersonaalsetes suhetes. Kolmandaks nähtuseks on enesekaastunne, mis avaldub emotsionaalselt rasketel hetkedel ning see iseloomustab abistaja suhtumist iseendasse ja oma tegevusse. Enesekaastunne kui toimetulekumehhanism suunab inimest rasketel hetkedel aktsepteerima oma keerulist olukorda ning suhtuma oma eksimustesse, puudujääkidesse ja probleemidesse mõistvalt ja hinnangutevabalt. Enesekaastunne suurendab inimese isiklikku heaolu ning samuti võimaldab olla kaastundlikum ka teiste inimeste suhtes.

Kaastundeväsimuse ja moraalset stressi näol on tegemist tõsiste probleemidega, mis võivad mõjutada sotsiaaltöötajate vaimset tervist ja tööga rahulolu ning võivad olla negatiivse mõjuga ka sotsiaaltöötajaid ümbritsevate inimeste heaolule. Enesekaastunne võimaldab abistajal tegeleda efektiivsemalt keeruliste juhtumite lahendamise ja samuti olla teadlikum oma emotsionaalsest tervisest. Eesti sotsiaaltöötajate seas on viidud läbi mitmeid uurimusi läbipõlemise teemadel (näiteks Joa, 2016; Karavin, 2016), kuid kaastundeväsimuse (näiteks Tooma, i.a) moraalset stressi ja enesekaastunde nähtusi ainult uuritud väga vähesel määral, seega on oluline kaardistada, millisel moel need Eesti sotsiaaltöötajate seas avalduvad ning millised on sotsiaaltöötajate toimetulekumehhanismid taolise probleemiga tegelemiseks.

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on luua ülevaade Eesti haigla sotsiaaltöötajate kogemustest moraalse stressi, kaastundeväsimuse ja enesekaastundega seotud kogemustest tervishoiu kontekstis.

2. Uurimuse metoodika

1.5 Uurimismeetod

Antud uurimuses kasutasin kvalitatiivset lähenemist (Patton, 1990). Kvalitatiivne uurimisviis võimaldab saada teada, kuidas tervishoiu sotsiaaltöötajate tõlgendavad oma tööga seotud kogemusi (Patton, 1990) ja milliseid tähendusi nad nendele kogemustele annavad (Berg, 2001). Kvalitatiivsed tehnikad aitavad paremini aru saada, kuidas inimesed mõistavad iseennast ja neid ümbritsevat keskkonda (Berg, 2001), samuti võimaldavad mõista intervjuueeritava poolt välja toodud emotsioonide, motivatsiooniallikate, sümbolite ning muude nähtuste tausta (Berg, 2001).

Uurimistöö fookuses on kolme nähtuse moraalse stressi, kaastundeväsimuse ja enesekaastunde kogemuste uurimine Eesti haigla sotsiaaltöötajate seas. Uurimuse läbiviimiseks püstitasin järgnevad uurimisküsimused:

1. Millised on olulisemad haigla sotsiaaltöötajate töös esinevad eetilised teemad?
2. Millised on haigla sotsiaaltöötajate stressiallikad ja nende kogemused kaastundeväsimusega?
3. Kuidas tegelevad haigla sotsiaaltöötajad töös tekkivate pingetega?

1.6 Andmekogumismeetod

Andmekogumismeetodina kasutasin poolstruktureeritud intervjuud. Poolstruktureeritud intervjuu võimaldab olla paindlik esitamisel ja muuta vajadusel küsimuste sõnastust, küsimuste esitamise järjekorda ning vajadusel küsida täpsustavaid küsimusi (Õunapuu, 2014). Poolstruktureeritud intervjuu võimaldab intervjuueerimise protsessi tuua sisse paindlikkus, kasutada kõnekeelseid väljendeid (juhul kui need on intervjuueeritavale arusaadavamad) ning kujundada informaalsemat õhkkonda (Longhurst, 2003), mis on antud uurimuses käsitletud delikaatsete ja personaalsete teemade puhul efektiivne.

Antud uurimuses kasutatud intervjuukava koosnes neljast teemaplokist: Eesti tervishoiu sotsiaaltöö (8 küsimust), moraalne stress (6 küsimust), kaastundeväsimus (11 küsimust) ja enesekaastunne (13 küsimust) (Lisa 2). Intervjuu struktuuri ja teemade järjekorra paika panemisel võtsin arvesse alateemade tundlikkust ja soovisin alustada üldisema teemaga, et

intervjueeritavatel oleks aega intervjuu olukorraga harjuda ning seejärel liikusin edasi rohkem personaalsetele teemadele. Intervjuude pikkused varieerusid 30 minutist kuni 90 minutini.

1.7 Uurimuses osalejad

Uurimuses osalejate jaoks panin paika teatud kriteeriumid: intervjueeritavate töös pidi olema suur osa otsesel klienditööl, samuti soovisin intervjueeritavaid erinevatest Eesti linnadest ning soovitatavalt erinevatest sugudest, kuid tegelikkuses oli uurimuses ainult üks meessoost intervjueeritav. Samuti pidi intervjueeritavatel olema vähemalt kolmeaastane töökogemus tervishoiu sotsiaaltöö valdkonnas. Intervjueeritavateks olid kuus haigla sotsiaaltöötajat, kolmest erinevast Eesti linnast ja viiest erinevast haiglast. Üks intervjueeritavatest oli meessoost, ülejäänud naissoost. Kõik sotsiaaltöötajad töötasid erineva sihtgrupiga. Intervjueeritavate kontaktid leidsin haiglate kodulehtedelt või antud töö juhendaja kaudu ning võtsin nendega ühendust e-maili vahendusel. Konfidentsiaalsuse tagamiseks asendasin intervjueeritavate nimed koodidega: INT1, INT2, INT3, INT4, INT5 ja INT6.

1.8 Uurimuse käik

Uurimuse idee sai alguse 2018. aasta kevadel ning oli teema valik oli suuresti mõjutatud minu huvist stressiga seotud nähtuste uurimise ning tervishoiu sotsiaaltöö konteksti osas. Uurimuse planeerimiseks koostas esmalt projekti kajastatavate teemade ning uurimuses osalejate kohta. Intervjueeritavate kontaktideni jõudsin haiglate kodulehtede kaudu ning juhendaja Dagmar Narussoni abiga. Intervjuud viisin läbi 2019. aasta märtsi ja aprillikuu jooksul. Intervjueeritavatega kohtusin vahetult nende töökabinettides ning intervjuud viisin läbi iga intervjueeritavaga individuaalselt. Kõik intervjueeritavad allkirjastasid vahetult enne intervjuud informeeritud nõusolekulehe (Lisa 1). Intervjuud olid keskmiselt ühe tunni pikkused ning kasutasin nende salvestamiseks diktofoni abi. Kogutud informatsiooni transkribeerisin ning transkriptsioonide pikkused olid vahemikus 7 kuni 19 A4 lehekülge. Seejärel analüüsisin andmed, kasutades kvalitatiivse andmeanalüüsi programmi MAXQDA.

1.9 Analüüsimeetod

Intervjuude käigus kogutud andmete analüüsimiseks kasutasin temaatilist analüüsi. Temaatiline analüüsi meetod võimaldab süstemaatiliselt (Braun, 2019) identifitseerida, analüüsida ja tõlgendada kvalitatiivseid andmeid ning sellele on iseloomulik paindlikkus, mis väljendub uurimisküsimustes, uurimuses osalejate koguses ja värbamises, andmete

kogumismeetodi ning tähenduse loomise lähenemise osas (Clarke, Braun, 2017). Samuti aitab temaatiline analüüs leida ühiseid jooni intervjueritavate poolt välja toodud teemade vahel ning luua ühisosasid ja seoseid nende joonte vahel. Saadud informatsioon muudab lihtsamaks sorteerida välja kõige olulisemad ja tähendusrikkamad teemad (Braun, jt. 2019).

Kogutud andmed transkribeerisin ning lugesin mitu korda läbi. Saadud toorandmeid analüüsisin andmeanalüüsi programmis MAXQDA. Antud programmis sain välja tuua kõige rohkem esile tulnud teemad ehk koodid ning seejärel liigendada need kategooriate alla. Kategooriaid kujundades lähtusin eelkõige antud uurimuse põhilistest teemadest ehk moraalne stress, kaastundeväsimus, enesekaastunne ja haigla sotsiaaltöö. Samuti tekkis ka lisakategooriaid, mida ma antud uurimuses ei kajastanud, kuna see oleks muutnud uurimuse liiga mahukaks. Pärast teatud teemade välja toomist, alustasin analüüsi protsessi, mis koosnes olulisemate teemade lahti kirjutamisest ning välja toodud informatsiooni ilmestavate tsitaatide lisamisest. MAXQDA programm muutis kodeerimisprotsessi efektiivsemaks, kuna võimaldas jälgida korraka nii transkriptsiooni, koode, märgitud tsitaate ning intervjueritavate nimekirja. Samuti oli võimalik kasutada erinevaid värve ning luua põhjalik koodipuu, millest oli hiljem hõlbus võtta kokku tulemuste osa. Programmis loodud koodid ja kategooriad on esitatud Lisas 3.

1.10 Uurimuse eetiline aspekt

Enne intervjuude läbiviimist informeerisin osalejaid uurimuse teemadest. Kuna esimesed kolm intervjuud näitasid, et antud teemad vajavad pikemat ettevalmistus- ja mõtlemisaega, siis viimased kolm intervjueritavat said enne intervjuud tutvuda ka intervjuukavaga. Enne intervjuud lugesid läbi ja allkirjastasid kõik intervjueritavad nõusolekulehe. Intervjuudest pärit tsitaadid on esitatud algsel kujul.

1.11 Uuriija refleksiivsus

Huvi antud teemade vastu sai alguse soovist uurida sotsiaaltöötajate stressi ja läbipõlemisega seotud kogemusi. Samuti tundsin huvi, kuidas erineb eri sotsiaaltöötajate tundlikkus haavatavate klientidega ning keeruliste juhtumitega töötamisel ning millisel viisil need sotsiaaltöötajat mõjutavad. Haigla sotsiaaltöötajad tundus huvitav sihtgrupp, keda uurida, kuna nende töö leiab aset väga teistlaadi keskkonnas ning vastutus on nende töös väga olulisel kohal.

Antud uurimuses oli tegemist teemadega, mille peale sotsiaaltöötajad oma igapäevatoos tavaliselt ei keskendu, mis tegi intervjuude läbiviimise keerulisemaks. Intervjuude käigus märkasin arusaamatusi teatud küsimustest aru saamise ja neile vastamise osas, mis ilmsesid mitmete intervjuueeritavate puhul. Näiteks küsimused eetiliste probleemide kohta, empaatia väljendamise või moraalse stressi kohta panid uuritavad rohkem mõtlema oma töökoha eripäradele ning reflekteerima oma tegevust. Probleemide tõttu pidin intervjuueeritavatele täpsemalt selgitama küsimuse sisu ja konteksti. Samuti leidsin pärast poolte intervjuude läbiviimist, et antud teemad on väga delikaatsed ja vajavad pikemat ettevalmistusaega, mistõttu saatsin kolmele viimasele intervjuueeritavale ka intervjuule eelneval nädalal intervjuukava. Samuti esines ühe intervjuueeritava puhul ka teatav keelebarjäär, mistõttu oli tal keerulisem antud küsimustest aru saada.

Uurimistöö käigus muutsin oma uurimisküsimusi ja kohandasin ka uurimistöö eesmärgi, et luua konkreetsem ja täpsem suunitlusega uurimistöö teema. Samuti täiendasin ja kohandasin pärast esimese intervjuu läbiviimist intervjuukava, et teatud teemasid paremini avada.

Huvi antud teema vastu varieerus eri sotsiaaltöötajate vahel palju. Mõned olid väga huvitatud, teiste poolt oli tunda ebakindlust ja mõistmatust ning samuti ilmses ka olukord, kus intervjuueeritav andis intervjuu pigem kahjutundest kui siirast soovist osaleda.

Otsus viia intervjuud läbi haiglas ehk intervjuueeritavate töökeskkonnas oli pigem positiivse mõjuga, kuna uuritavad tundsid end tuttavas keskkonnas mugavalt ning olid enamasti väga avatud kõigest rääkima.

3. Tulemused ja arutelu

Järgnevalt esitan antud uurimuse tulemused. Esmalt toon välja sotsiaaltöötajate kirjeldused haigla töökonteksti kohta, seejärel moraalse stressi, kaastundeväsimuse ja enesekaastunde teemad. Iga teema juures esitan kõige olulisema tulemused, mida ilmestavad intervjuudest välja toodud tsitaadid. Iga teema käsitlemise lõpuosas on arutelu, kus ma seostan oma uurimuse tulemusi kirjanduses väljatooduga.

3.1. Haigla sotsiaaltöö kontekst

Esimeses teemaplokis tõid kõik kuus eri haiglate sotsiaaltöötajat esmalt välja esmalt, millistest tegevustest nende töö koosneb ning seejärel, millised on nende kõige igapäevasemad tööülesanded. Samuti räägiti töökoormusest, suhetest vahetu juhiga, haigla sotsiaaltööle spetsiifilistest juhtumitest ning juhtumitööst.

Iseloomustamaks haigla sotsiaaltöötajate töö valdkonda, tõid sotsiaaltöötajad esmalt välja oma tööülesanded, mis jagunesid peamiselt kolme valdkonna vahel. Esiteks klienditööga seotud ülesanded sh juhtumitöö, võrgustikutöö, patsientide nõustamine, infomaterjalide jagamine, samuti mainiti ka geriaatrilise hindamise läbiviimist ja kogemusnõustamist. Teiseks koostöö teiste tervishoiutöötajatega, mis hõlmab endas suhtlemist teiste spetsialistidega, koosolekute organiseerimist ja nendel osalemist ning teiste samas haiglas töötavate sotsiaaltöötajate asendamist. Kolmanda suurema valdkonnana mainiti dokumendihaldusega ja koordineerimisega seotud ülesandeid, näiteks patsientidele dokumentide taotlemist ja vormistamist, patsientide kohta informatsiooni kogumist, oma tööde dokumenteerimist ja administreeriva töö tegemist haiglas.

INT6: Põhiliselt ongi patsientide nõustamine, meeskonnatöö, (...) ja nõustan nii ambulatoorseid patsiente kui ka statsionaarseid. (...) Noh, põhiline ongi teen nõustamised ära, siis tööde dokumenteerimised, suhtlemised meeskonnaga, lisaks (...) see pole tavapärane, aga tegelen kliinikus ka sellise administreeriva poolega, et siis on sealt poolt erinevaid ülesandeid. Perekoolide juhendamised, mingid lisaülesanded, mis on lihtsalt jagatud (...).

Üheks haigla sotsiaaltöötajate töökoormuse indikaatoriks võib pidada patsientide arvu, mis sõltub haigla osakonnast. Erinevad sotsiaaltöötajad tõid välja oma iga-aastase klientide arvu suurusjärgu, mis varieerus 400 ja 1700 patsiendi vahel ühe aasta kohta.

INT5: „(...) selliseid registreeritud vastuvõtte, mis on siis nagu konsultatsioonid ütleme, neid tuleb tuhat..(...) No tuhat seitsesada näiteks.“

Koostöö on olulisel kohal haigla sotsiaaltöötaja töös patsiendiga, mida tehakse peamiselt kolme üksusega: vahetu juht, teised haigla spetsialistid ja patsiendi võrgustik. Sotsiaaltöötajate vahetu juhi ametikoht varieerus erinevate haiglate vahel, muuhulgas toodi välja osakonna juhatajat, kliiniku juhatajat ning ülemõde. Suhteid ning koostööd vahetu juhiga pidasid enamik sotsiaaltöötajaid heaks ning nende tööd toetavaks. Teisalt toodi välja ka omavahelisi pingeid, mis olid tekkinud ebapiisava suhtluse tagajärjel.

INT6: „Minu vahetu juht on kliiniku juhataja, et siis tema annab sellised töökorraldused. Jooksvad asjad ja kõik sellised, et milliseid patsiente on nõustada vaja, et see info tuleb raviarstidelt ja osakonna juhatajatelt. (...) Suhted on väga head, et vahetu juht on selline, kes näeb sotsiaaltöö vajadust haiglas ja ta hindab seda ja tõesti nagu lahendab muresid, kui on muresid, et ei ole nagu seda, et ei julgeks juhile rääkida, kui on mingid asjad halvasti, et selles mõttes on väga hästi, et ta nagu haiglasiseselt ka on nagu selline sotsiaaltöö eest eestkõneleja, et ka teistes kliinikutes ja haigla juhatuses...“

INT1: „(...) juhataja on meil väga intelligentne, väga tark ja haritud inimene, aga (...) suhtluspool nagu tema poolt on see üks pisike murekoht, aga muus osas, kõik need finantsjuhtimised ja ta on nagu täiesti ideaalne (...) juht, aga jah, seda ei ütle ainult mina, et seda ütlevad paljud, et.. Et see suhtluspool, et tahaks nagu rohkem teada ja rohkem suhelda, aga tema isiksus ei ole lihtsalt selline, kes oleks nagu kogu aeg olemas ja kogu aeg nagu kohal.“

Haigla sotsiaaltöö igapäevatöö osaks on interdistsiplinaarne meeskonnatöö. Intervjueeritavate sõnul seisneb koostöö teiste spetsialistidega peamiselt meeskonnatöö tegemises ja selle koordineerimises erinevate juhtumite lahendamisel, mis väljendub näiteks tööülesannete jagamisena või rollijaotuses. Koostöö organiseerimine toimub peamiselt koosolekutel ning omavahelise suhtluse teel peamised koostööpartnerid on raviarstid ja teised haigla spetsialistid, näiteks tegevus- ja füsioterapeudid ning psühholoogid.

INT3: „(...) esimene selline info või teave tuleb ikkagi siis raviarstilt, eriti patsiendid, kes ambulatoorselt käivad või siis on haiglas sees, et see on ikkagi raviarst, kes annab selle. Et tema näeb ee noh, tegelikult ei olegi see, et ta annab otseselt, et sa pead nüüd seda, seda, seda tegema, vaid tulebki sellise patsiendiga, selline mure, et mul oleks vaja sinu abi. Mida me teeme edasi? Kuidas me lahendame selle olukorra? (...) Aga rehabilitatsiooni valdkonnas (...), seal on pigem juba teised spetsialistid, füsioterapeut, psühholoog, logopeed, tegevusterapeut, et noh ühesõnaga, et sealt võib tulla hoopis kelleltki teiselt, et palub, et ma näen ka, et oleks vaja, et sa tegeleksid nendega.“

INT6: „Aga kui nüüd teisi spetsialiste, siis nendega, kes siin oma kliinikus on, nendega on see koostöö pidev, et siin kogu aeg toimuvad meeskonnatööd, siis individuaalselt suhtleme, et kui on mingeid probleeme, et koostöö on jah üsna tihe.“

Interdistsiplinaarsete töö probleemidest tõid sotsiaaltöötajad välja ootused ja nõudmised nende tööle, mida nad tajuvad kõrgetena ja seda eriti arstide poolt. Mitu sotsiaaltöötajat leidis, et temalt oodatakse kiireid lahendusi probleemidele ja vastutuse võtmist. Vähem mainiti kõrgeid nõudmisi ja ootusi osakonnajuhataja poolt, kuid patsientide ootused sõltusid intervjueeritavate sõnul patsientide teadmistest haigla sotsiaaltöötaja funktsioonide kohta. Intervjueeritavad leidsid, et suuremad ootused olid klientidel, kellel ei olnud täpset infot sotsiaaltöötaja töökohustuste kohta.

INT6: „Nõudmised on üsna kõrged, eriti arstide poolt. Et arstide töökoormused on suured ja nende ootused sellele, et keegi vähendaks nende töökoormust või teeks mingid sellised pisemad asjad ära, et see on nagu väga suur. (...) et arst saaks tegeleda siis sellise ravitööga.“

INT1: „Et aga kohati see kiirus, mis siin aktiivravis nagu peale surub (...) aktiivravi järjekorrad on eksju nagu nad on, osakonnad on täis ja siis kuidagi see kiirus pressib peale.“

INT3: “Jooksvas töö on küll see, et ma saan aru jah, et kui juhtub selliseid olukordi kui kõik ütlevad, et ma ei tea, mida nüüd teha või et ma enam ei taha sellega tegeleda, siis kes sellega tegelema peab, et majas sotsiaaltöötaja. Need on küll keerulised. Tegelikult ei ole kokkulepet, kui mina enam ei oska, ei taha, et siis pead sina midagi tegema. Et noh, et meil ei ole sellist kokkulepet ju. Aga sellised asjad jõuavad siis minuni. Siis olen mina see, kes peab siis kuidagimoodi selle olukorra ära lahendama.”

Samuti tajusid enamik intervjuueeritavaid vastutust oma kolleegide ees. Kolm neist leidsid, et vastutust on kõige rohkem tunda teisi sotsiaaltöötajaid asendades. Kaks sotsiaaltöötajat tajusid kõige rohkem vastutust arstide ees, mis tulenes nende kõrgetest ootustest sotsiaaltöötaja tööle.

INT6: "Et see on samamoodi jälle, et kas sa vastad nende ootustele, kas kui nad saadavad patsiendi, kas nad on rahul sellega, mis patsient sai, kas see on nagu, no ikka selles mõttes, et tuleb olla nagu selline tugev professionaal, et siin arstide kõrval nagu toime tulla ja eks see alguses pandi kindlasti proovile ja testiti. "

Koostöö haigla sotsiaaltöös väljendub ka võrgustikutööna, kus peamisteks võrgustiku liikmeteks on patsient ja tema lähedased ning organisatsioonid ja ametnikud väljaspool haiglat. Peamised organisatsioonid, kellega sotsiaaltöötajad suhtlevad on kohalikud omavalitsused ning sealsed sotsiaaltöötajad sh lastekaitsetöötajad, Töötukassa spetsialistid, Sotsiaalkindlustusamet, päevakeskused ja erinevad rehabilitatsiooniasutused. Vähemal määral ka perearst, mittetulundusühingud, saatkonnad ja välisriikide esindused, kool, lasteaed, teised haiglad, hooldekodud ja varjupaigad.

Hoolimata sellest, et haigla sotsiaaltöötajate ülesanded on jagatud eri osakondade või sihtgruppide alusel, on ka sotsiaaltöötajate omavaheline koostöö haiglas tihe ning see väljendub omavahelises suhtluses, töökoormuse jagamises ning üksteise asendamises näiteks puhkuste ajal või haiguslehele minekul.

INT1: „Esiteks me üksteist asendame puhkuste ja haiguste ajal ja teiseks vahelduse mõttes aeg-ajalt jagame juhtumeid või siis geriaatrilisi hindamisi, (...). "

INT2: „Noh, töö juures jah (...), et ikkagi kolleegidega jagamine, et me noh ei jaga nimeliselt asju, aga me lihtsalt, et vot selline keeruline juhtum, et noh situatsioon pigem ja mis tunne see on endas, et oot, ma olen nüüd selline tunne, et nii abitu ja mitte midagi ei saa teha enam ja kusagilt nagu ei tule sellist abi ka jah. Et info jagamine nagu teistega, murede jagamine. "

Ülesandeid ja rolle, mida tervishoiu sotsiaaltöötajad haiglas täidavad on mitmeid (Judd, Sheffield, 2010; Dhooper, 2012; Allev, jt. 2014; Narusson, 2003), mis viitavad nende töö suurele ulatusele ja keerukusele. Antud uurimusest ilmnes, et eri valdkondade sotsiaaltöötajate tööülesannete vahel olid teatud erinevused, kuid peamised ülesanded olid sotsiaaltöötajatel

samad. Väljakutsetest haigla sotsiaaltöös on Limon (2018) ja Moore, jt. (2017) toonud välja tõiga, et haigla sotsiaaltöötajate roll haiglas on teatud osapoolte jaoks jäänud ebaselgeks, mistõttu suunatakse sotsiaaltöötajatele ülesandeid, mis ei kuulu nende praktikasse. Sarnaseid olukordi töid välja ka Eesti haiglates töötavad sotsiaaltöötajad, kes tundsid eriti kõrgeid nõudmisi arstide ja vähem teadlike patsientide poolt. Väljakutseks on haigla sotsiaaltöös ka suur töökoormus (Limon, 2018; Moore, jt. 2017), mis väljendus samuti intervjueeritavate jutus, mida näitlikustab surve teha oma tööd kiiresti ning suur juhtumite arv. Positiivse aspektina leidsid kõik intervjueeritavaid, et nende suhted vahetu juhiga on head, mis on oluline stressi ja läbipõlemise vältimiseks (Lloyd, 2002). Haigla sotsiaaltöös on oluliseks märksõnaks ka koostöö ja seda nii patsientide, tema võrgustiku kui ka teiste tervishoiu spetsialistidega (Holosko, Taylor, 1992; Bruner, 1991; Allev, jt. 2014). Intervjueeritavad sotsiaaltöötajad leidsid samuti, et koostöö teiste tervishoiu spetsialistide, sotsiaaltöötajate ning patsiendi võrgustikuga on tihe ja vajalik efektiivseks probleemide lahendamiseks.

3.2. Moraalne stress

Esmalt töid haigla sotsiaaltöötajad välja eetilised teemad ja dilemmad, millega nad oma töös kokku puutuvad. Kõige enam toodi välja patsientide konfidentsiaalsuse tagamisega seotud küsimusi, mille põhjuseks oli mõnel juhul ruumipuudus haiglas või väiksema linna puhul sotsiaaltöötajale tuttavate inimestega töötamine. Konfidentsiaalsusega seotud eetilise dilemmana toodi välja ka olukorrad, kus sotsiaaltöötajal tuleb valida kliendi privaatsuse tagamise ja teatud võimuorgani näiteks lastekaitse või politsei poole pöördumise vahel. Eetilistest teemadest mainisid sotsiaaltöötajad veel soovi teha kliendile isiklikke teeneid, ressursside puuduse, näiteks järelhooldusteenuse koha puudumine. Lisaks leidsid sotsiaaltöötajad, et eetilisteks teemadeks on ka patsiendi informeeritud otsuste tegemise tagamine, juhtumi lahendamisel patsiendi heaolust lähtumine.

INT4: “Eetilised faktorid, esinevad minu töös. Et meil, nii nagu terviseiga on, see on, kindlasti on see konfidentsiaalsus, et sellest, sellest.. No isegi jah, vahepeal on, et kui ma helistan kuskile, noh kas haigekassasse või siis töötukassasse või siis isegi linnavalitsusse, siis ma nagu noh, siis ma kuidagi olen väga ettevaatlik, et ma noh väga ei räägi sellest tervise seisundist.”

INT2: „No siin selles mõttes tihti on neid olukordi, (...) kus on see edasine toimetulek ikkagi, et kus on näha, noh, kõik saavad sellest aru, et inimesel on tarvis näiteks ööpäevaringset

teenust, aga reaalselt seda kohta ei ole kusagilt võtta. Et selles mõttes, no siis on, siis need käärid tekivadki.“

INT3: „Et no ütleme, mis minu jaoks on selliselt jooksvalt sellised juhtumid, kus on näha, et vanemate kas oskused pole kõige paremad. Nad ei tule toime ja ongi selline probleemne ajalugu eksju seal taga peresüsteemis, et ee kuidas siis ee kuidas siis käituda? Kellest ma siis alustan? Kas ma siis alustan kohe sellest, et ma juba tean, et ta on lastekaitse klient ja tegelikult on seal nagu probleem, et ma alarmeerivat juba teatan, et kuulge nüüd on jälle järgmine probleemne, ta on jõudnud siia sellises olukorras ja see on kriitiline. Või ma ennem siis võtan selle vanema ja räägin vanemaga ära ja kuulan ära ja samas ma ei saa olla kindel, et see vanem mulle adekvaatse info annab eksju. (Naer). Et ee millest ma siis nagu lähtun.“

Kõik sotsiaaltöötajad jagasid oma kogemusi moraalse stressiga. Palju toodi välja moraalset stressi tekitavaid olukordi, mis lähtuvad kliendist, näiteks mainiti olukordi, kus patsiendid ei täida koju minnes neile antud kohustusi sh ravimite võtmine. Samuti toodi välja, ebaefektiivset koostööd lähedastega, näiteks viivad paljud lähedased patsiente ühest õendusabist teise, selle asemel, et neid suunata stabiilsemasse hooldekodu keskkonda või töös lastega tekivad aeg-ajalt olukorrad, kus lapsevanem soovib oma lapsest tema tervisliku seisundi tõttu loobuda.

INT4: “Või siis ma olen asendanud sotsiaaltöötajat ka seal õendusabiosakonnas ja siis sa räägid lähedastega, et inimene peaks koju minema ja te peate seda, seda, seda tegema, aga noh, lähedastel on see, et see õendusabi on väga mugav, et no siis ei ole vaja hooldekodu, siis ta lähebki ühest õendusabist, noo, kas siin Tartus, see saab aeg läbi ja siis ta läheb kuskile Peipsi äärde ja siis seal saab aeg läbi ja siis lähedased saadavadki muudkui edasi ta.“

INT2: „Või sellised kõige lihtsamad, et vestled lähedastega, et lepid kokku, et nad abistaks näiteks inimesel teha ID-kaarti, sest ilma ID-kaardita ei saa midagi nagu tehtud ja ikka see lükkub edasi ja lükkub edasi.“

Ressursside puudust toodi samuti välja moraalse stressi tekitajana. Sotsiaaltöötaja vaatenurgast on probleemiks ajaressursi vähesus, mis ei võimalda haigla sotsiaaltöötajatel patsientidega piisavalt suhelda ning samuti jääb vahel patsientide rohkuse tõttu aega väheks, et juhtumitesse süvitsi minna ning jõutakse teha esmane abistamine. Moraalse stressi tekitajana toodi välja ka

ressursside puudust kohalikus omavalitsuses, mistõttu jäävad mõned patsiendid ilma vajalikest toetustest või teenustest, näiteks tugiisikuteenusest.

INT6: „Jah, seesama asi, et kui on nagu selline kiirem, et siis võib-olla see, et teed lihtsalt sellise esmavajaliku kiiresti ära ja võib-olla ei saa nii palju süveneda kui tegelikult tahaks.“

Moraalne stress võib ilmneda ka töökeskkonna tõttu (McCarthy, jt. 2015). Mitu sotsiaaltöötajat tõi töökeskkonna probleemina välja ruumipuuduse, mille tagajärjel on tekkinud lisaprobleeme privaatsuse tagamisega. Seoses töökeskkonnaga võivad moraalset stressi teket ajendada ka probleemid suhtluses töökaaslastega, näiteks raskused koostöö saavutamisel või eriarvamused teatud teemadel sh palk või töö sisu.

INT1: „Aga kui mul on vaja perekonda ja ootamatult mul teine kolleeg on siin, juba teeb mingit tööd, ma ei ütle, et kuule vahetame nüüd ära, et sul on ainult üks inimene, aga mul on terve perekond. Ma pean minema või siis leidma eksju, et kas ma siis lähen kuhugi osakonda, noh mida on mul on võimalik leida see koht, kus ma siis nendega kohtuda saan. Et jah või et see, et ukсед kostavad väga hästi läbi näiteks.“

Moraalse stressiga võib esineda nii negatiivseid kui ka positiivseid mõjusid töötajale (McCarthy, jt. 2015). Mõned haigla sotsiaaltöötajad leidsid, et antud olukorrad võivad mõjuda neile emotsionaalselt koormavalt, üks sotsiaaltöötaja tõi välja ka abitustunde, viha ja kurbuse tundmise. Samas leidsid kolm töötajat, et tänu keerulistele töökogemustele on nad õppinud seadma piire iseenda ja oma töö vahele ning samuti keerulisi olukordi vähem isiklikult võtma. Moraalset stressi vähendava aspektina toodi välja juhtumi arutamist oma kolleegidega..

INT1: „Jah, see [moraalne stress] mõjutabki nagu niimoodi, et eks ma nagu aastatega olen natuke nagu üritanud mingit sellist väikest müüri ette laduda endale, et no ei saa nagu kõike ju hinge võtta ja olen emotsionaalne inimene ja selline väga selline empaatiline, aga mingi piiri ma olen saanud tõmmata (...).“

Haigla sotsiaaltöötajate töös esinevad tihti eetilised probleemid (Allen, Spitzer, 2015), mis sõltuvad paljuski haigla osakonnast (Dhooper, 2012). Haigla sotsiaaltöötajate vastustest ilmnas, et moraalset stressi allikad varieerusid palju nii eri haiglate kui ka osakondade vahel. Moraalsel stressil on McCarthy (2015) järgi tervishoiu kontekstis kolm üldisemat põhjuste

grupp: kliinilised olukorrad, keerulised töötingimused ja piiratud ressursid ning struktuurilised tingimused ja moraalsed allikad. Kliinilistest olukordadest tõid intervjueritavad välja olukorrad, kus ei ole võimalik pakkuda patsiendile efektiivseid järelravi võimalusi, mis võib olla põhjustatud ressursside puudusest või kehvast koostööst patsiendi lähedastega. Keerulistest töötingimuste ja piiratud ressursside hulgas mainiti ajapuudust, mis on seoses ka suure töökoormusega ja majanduslike ressursside puudust, mis piirab patsiendi suunamist vajalikele teenustele. Struktuurilistest tingimustest ja moraalistest allikatest tõid Eesti haigla sotsiaaltöötajad välja, konfidentsiaalsusega seotud probleemid, ebaefektiivse koostöö teiste spetsialistidega ning juhtumid, kus patsiendi olukorra kohta ei ole piisavalt informatsiooni (Hamric, 2012). Moraalse stressiga võib esineda nii negatiivseid kui ka positiivseid mõjusid töötajale (McCarthy, jt. 2015). Isiklikul tasandil võib moraalne stress mõjuda emotsionaalselt kurnavalt, mida kinnitab ka Elpern, jt. (2005). Moraalse stressi positiivsetest mõjuks on muuhulgas eneseareng nii isiklikul kui ka professionaalsel tasandil (McCarthy, 2015), mida tõid välja ka antud uurimuses osalejad.

3.3. Kaastundeväsimus

Kaastundeväsimuse tekkimise aluseks on empaatiavõime (Figley, 2002a). Enamik intervjueritavatest leidis, et nende töös on väga palju empaatia väljendamist ning see on üks olulisemaid töövahendeid sotsiaaltöös. Erinevaid empaatia väljendusviise loetleti mitmeid. Kõige enam nimetati aktiivset kuulamist, rahulikku suhtumist, mõistvuse väljendamist, füüsilist lähedust või kontakti patsiendiga ning individuaalset lähenemist patsiendile. Vähem mainiti tähelepanu pööramist, hoolivuse näitamist, hinnangutevaba suhtumist, toetavat ja motiveerivat suhtlusviisi, sooja hääletooni, rõõmsameelsuse väljendamist, tähelepanu või vestluse juhtimist probleemile või sellelt ära.

INT1: „Aga see empaatiavõime ja see on nagu hästi oluline sotsiaaltöötaja töös, et just mõista nagu seda, et see patsient on ikkagi kõige nõrgemas seisus, tema lähedased samuti, et just et nende noh, kuidagi see suhtlusviis, ka telefonis või silmast silma, et see peab olema hästi selline toetav, motiveeriv ja samal ajal, mitte väga selline morbiidne, et (...) aga kuidagi ikkagi nagu süstida lähedastesse ka seda positiivsust.“

Empaatia kasutamisega võivad sotsiaaltöötajal tekkida probleemid töös väga keeruliste, traumeerivate juhtumitega. Kõigil intervjueritavatel olid kogemused keeruliste juhtumitega,

kuid kuna kõik töötavad erinevates valdkondades, erinesid keerulise juhtumi definitsioonid eri sotsiaaltöötajate puhul. Keerulistest juhtumitena toodi välja raskeid õnnetusi sh autoõnnetusi, lastega seotud juhtumeid, näiteks väärkohtlemised ja surmad, problemaatilise edasise toimetulekuga patsiendid, onkoloogia ja hematoloogia osakondade juhtumid ehk vähkkasvajatega patsientidega juhtumid, enesetapukatsed.

Keerulistest sihtgruppidest toodi välja kindlustamata patsiente, kellega tekivad probleemid pärast vältimatu abi osutamist, patsiendid, kelle kohta puudub piisav informatsioon, kodutud ja lapsed. Keerulisemateks juhtumite alla kuuluvad polütraumadega patsiendid, kontaktnakkusega patsiendid, abivahendeid vajavad patsiendid ning patsiendid, kellel puudub haiguskriitika või kellele ei ole erinevad abiteenused toimunud. Probleeme tekitavad ka teatud olukorrad, näiteks, ebaefektiivne koostöö patsiendi, tema lähedaste või kohaliku omavalitsusega, samuti nõudmised dokumentatsiooni osas.

INT5: „Ee sellised, kus on väga vähe infot võimalik saada, kus on äärmiselt minimaalne info, kus puuduvad kindlustuse kohta andmed. Kus puuduvad omaste ja lähedaste kohta. Kus on polütraumadega tegemist ja kus on väga pikaajaline järelhooldus ja taastusravi ja mida kehtivad kindlustused ei kata.“

INT3: „No üks on kindlasti, mis hästi palju energiat nõuab on selline valdkond nagu ütleme, mitte otseselt need abivahendid, et on vaja siin mingisuguseid ortoose või ortopeedilisi jalanõusid või noh käru või ratastooli või midagi sellist, aga kui on vaja pigem selliseid meditsiiniseadmeid juba (...) ja noh see, mida nad vajavad, see hulk võib olla kas väga suur või väga selline keeruline, polegi päris täpselt teada.“

INT2: „Ja siis kindlasti see, kui ütleme näiteks isik ise, kes on haiglas, ta nagu tahaks abi ja ta vajaks abi, aga väga suur protest on nagu lähedaste poolt, et see on ka keeruline, et siin on alati kohalikul omavalitsusel veel keerulisem nii-öelda siis seal tegeleda ütleme nii.“

INT1: „Ja samamoodi, mis mind ärritab on sellised ütleme probleemid, kui inimene on sellises seisundis, et (...) ta ei ole allkirja võimeline (...). Et siis ikkagi need ametiasutused nagu nõuvad tema allkirja ja juhul kui ei, siis on vaja mingit tohutut mingit bürokraatiat sellega seoses.“

Eriti keeruliste või traumeerivate juhtumitega toime tulemist hindasid eri valdkondades töötavad sotsiaaltöötajad erinevalt. Mõned intervjueeritavad leidsid, et keeruliste juhtumitega tegelemine on aja jooksul ning tänu kogemustele lihtsamaks läinud. Kaks sotsiaaltöötajat tunnistasid, et rasked juhtumid on alati olnud emotsionaalselt väga kurnavad, tekitavad palju muremõtteid ja lähevad hinge. Seevastu üks sotsiaaltöötajatest tõi välja, et tema toimetuleku mehhanismiks keeruliste olukordade puhul on piiride seadmine iseenda ja patsiendi vahele, mis on aidanud tal vältida emotsionaalse taaga tekkimist.

INT5: "Ma ei tea. See [keeruline juhtum] ikka mõjub ükskõik, kas oled ühe aasta, ühe päeva töötanud või kümme aastat, et see mõjub ikkagi ühtmoodi hullult."

Vastutust patsientide ees tajusid haigla sotsiaaltöötajad erinevalt. Kaks töötajat leidsid, et vastutus patsientide ees käib tööga loomulikult kaasas ning nad ei taju taolist vastutust oma igapäevatoos. Ülejäänud neli intervjueeritavat tõi välja, et tunnevad vastutust klientide heaolu tagamise eest. Vastutustunne sõltub ka sihtgrupist, näiteks tuntakse tugevamat vastutust üksikute inimeste, kodutute ning keerulise edasise toimetulekuga lapse vanemate ees.

INT5: „No eks mul kukla taga ole see teadmine, et ma nagu oma öeldu ja tehtu eest vastutan. See on nagu kogu aeg. See on nagu iseenesest käib kaasas. See on lihtsalt üks osa sellest tööst, aga see ei ole nagu selline, et küüsi närin ja juukseid katkun. See on lihtsalt üks osa minu tööst. See on nagu loomulik osa sellest. Ma vastutangi selle eest, mida ma teen.“

Oma töös üldisemalt märkasid sotsiaaltöötajad kaastunde vähenemist patsientide puhul, kes iseend ei aita või kellel on vähene motivatsioon oma olukorda parendada, näiteks ei võta ravimeid või ei jaga piisavat informatsiooni enese kohta. Iseäranis sagedasti toodi välja alkohoolikuid, kuna leiti, et neil on võimalusi tervenemiseks olemas, kuid patsient ise ei panusta piisavalt oma seisundi parendamiseks.

INT1: „Mul on alkohoolikutega ka veel mingi oma side selles mõttes, et kuidagi nendega kogu aeg ma jauran ja möllan ja teen ja teen ette-taha ära kõik ja ja aitan ja loodan ise nagu ikkagi sisimas, noh, et sealt saab välja ja siis ta on jälle siin tagasi siin psühhiaatrias (...).“

Samuti toodi välja kaastunde vähenemist patsientide puhul, kes kasutavad oma tervislikku seisundit isiklikes huvides ära, kellel on väga pessimistlik ellusuhtumine või kui sotsiaaltöötaja

ise on emotsionaalselt ja füüsiliselt väsinud. Töös lastega tunti kaastunde vähenemist olukordades, kus koostöö lapsevanematega on kehv sh olukorrad, kus lapsevanem otsustab eirata lapsele määratud ravi, eelistades sellele alternatiivmeditsiiniliste praktikate kasutamist.

Eriti tugevat kaastunnet tundsid sotsiaaltöötajad patsientide puhul, kes ei saanud piisavalt teenuseid või abi ressursside puudumise tõttu, näiteks vanemaealiste patsiendid, kes vajaksid hooldekodu teenust. Samuti esmakordselt haigestunud patsiendid, kes peavad hakkama oma diagnoosiga kohanema ning patsiendid, kellega on sotsiaaltöötajal teatud ühiseid jooni.

INT2: “Et ise ma olen ka ärevusdiagnoosi nagu saanud, depressioonijoontega ja selles mõttes ka minul näiteks kui võtta, on see algus väga keeruline, sest inimene arvabki, et oledki ainuke selline (...) kui meil on depressiooni ja ärevushäirete osakonda satuvad keegi, kes on esmakordselt haigestunud, siis mul on võib-olla nendega natuke rohkem selline oma seos nagu olemas.”

Kaastundeväsimuse teket võib mõjutada ka patsiendiga kokkupuute kestvus. Kuigi on leitud, et emotsionaalset pinget võib tekitada nii lühiajaline kui ka pikaajaline kokkupuude klientidega (Moore, jt. 2017; Yi, jt. 2018), leiti antud uurimuses, et lühiajalisem kokkupuude klientidega vähendab emotsionaalse pinget tekkimise tõenäosust.

INT4: „No võrreldes sellega, ma olen töötanud ka linnavalitsuses nii peredega kui noortega, no seal need juhtumid, sa töötadki nendega nagu pikemalt, kas aasta, kaks või kolm või viis ja siis nagu sa rohkem võib-olla seda nagu tunned. Siin need inimesed noh tulevad lähevad ja siis nagu uued tulevad ja siis nagu sa ei jõuagi.. nii kiiresti kuidagi mingi side ei teki. (...) Et siin on selline lühiajaline, et kui ta lahkub haiglast, siis nagu ei mõtle rohkem. Noh, on mõned juhtumid, kus sa siis mõtled ja võib-olla midagi teed veel.“

Haigla ressurssidest vesteldes leidis ainult üks sotsiaaltöötaja, et ta ei tunne mitte millestki puudust. Teised sotsiaaltöötajad tõid puudustest välja madala palga ja preemiate puudumise, ruumi- ning IT-tehnika puuduse. Samuti pakuti, et sotsiaaltöötajatele võiks keerulise juhtumi järgselt olla võimaldatud „tagasitõmbamispäevad“.

INT3: „(...)sotsiaaltöötajad on haiglas ju selline tore lüli, kelle teenus ei ole haigekassa nimekirjas erinevalt teistest spetsialistidest. Ja see on väga oluline selline koht, kus noh, ongi

see, et tegelikult ma tean, et ma tahaks veel midagi saada. Ja no ühesõnaga, siis võibki vastus tulla, aga et näed, et sinu töö jah, sa küll teed, aga see ei too sealt [raha] sisse. (...). Siis on keeruline minna nõudma mingisuguseid asju ja küsida. See puudutab tegelikult samamoodi palgaressursi ja see on üks väga keeruline koht haiglas. Et ee jah. Loomulikult me ka küsime ja tuletame meelde, et kuulge meie oleme ka siin olemas, et pange tähele, et me ka ei ela niimoodi ära ja ei saa hakkama.“

Töös patsientidega tundsid sotsiaaltöötajad ajaressursi puudust ning soovi võimaldada neile paremat teenust, näiteks pikemat perioodi haiglas veetmiseks või rohkem abivahendeid.

INT5: “Alati. Et ee ikka on ju vähe. Vähene võimalus haiglas viibida, ee vähe ravi, ee ravimite jaoks raha inimestel, noh vähe.. me oleme vaesed. Ei ole vahendeid näiteks, et mingit abivahendit aeg-ajalt võib-olla seal lisaks, ma mõtlen see, mis, noh ma mõtlen nagu nimekirja väline või. Või mingit teenust või, võib-olla noh, et eks vaesuse märgid ikkagi tulevad välja. Me võime ju rikas ühiskond niimoodi muidu poliitikute poolt olla, aga ikkagi hambutud ja vähe toimetulevad.. ma näen seda teist poolt siis, ütleme niimoodi.”

Kaastundeväsimuse ennetamismeetoditest toodi välja piiride seadmist, koostöö tegemist ja tihedat suhtlust teiste haigla spetsialistidega ning puhkuse võtmist. Samuti pidasid kõik osalejad oluliseks eneseabi ja stressiga tegelemist ning seda praktiseeritakse nii eraelus kui ka töökeskkonnas. Samuti leidis paar sotsiaaltöötajat, et nad hakkasid enese eest hoolitsemist väärtustama pärast tervise probleemide ilmnemist.

INT6: „ (...)kui on sellised keerulisemad juhtumid, siis me meeskonnaga teeme nagu hästi tihedat ja hästi palju koostööd. Ja et kui me suhtleme ka lähedaste ja patsiendiga, siis me nagu teeme seda ühise meeskonnana, et siis see nagu natuke aitab, et kui meil on seal arst ja psühholoog, et kõik koos, et siis ja noh, kui me omavahel pärast meeskonnatööd teeme ka, et siis me saame omavahel neid asju arutada ka.“

INT2: „Nüüd väga oluliseks. Enne kui inimene ei tunne seda läbipõlemist või midagi sarnast, siis ma arvan, et egas inimene, noh, siis ta nagu hakkabki tegelema iseendaga.“

Haiglavälises keskkonnas rakendatavatest eneseabi praktikatest töid sotsiaaltöötajad kõige rohkem välja looduses aja veetmist, reisimist, hobidega tegelemist, spordi ja aktiivse liikumise

harrastamist, sõpradega aja veetmist, kultuurisündmustel käimist, näiteks kinos või teatris, hea toidu ja joogi nautimist, raamatute lugemist, teadveloleku praktikate kasutamist, näiteks meditatsiooni ja hingamisharjutuste tegemist, oma mõttemustritega tegelemist, mõtete kõrvale juhtimist ja välja lülitamist tööasjadest ning ka lõõgastusprotseduuride võtmist, muuhulgas maniküüris käimist või massaažitoolis ja vesivoodis massaaži võtmist.

INT1: "No näiteks ma olen hästi suur lugeja, et ma loen palju nagu raamatuid. Siis ma käin trennis. Ma käin jooksma. See on nagu minu jaoks, see, mis peab olema ja jooksen ja siis mõtlen oma mõtteid ja hästi palju looduses lapsega, hästi palju metsas ja ütleme no meditatsiooniga olen natukene tegelema. Aeg-ajalt selline mindfulnessi teema nagu."

Töökeskkonnas kasutasid sotsiaaltöötajad eneseabina rangete piiride seadmist töö ja eraelu vahele ning enda ja teiste spetsialistide tööülesannete vahele, efektiivset puhkuste organiseerimist ning ajaplaneerimist, haigla sisekoolitustel käimist sh stressiga toimetuleku teemadel, kolleegidega murede jagamist ja abi küsimist ning erakorralise vajaduse korral ka haiguslehe võtmist. Haigla sotsiaaltöötajad mainisid ka mitmeid viise, kuidas tööandja on võimaldanud neil töökontekstis iseenda eest hoolt kanda. Enamik töötajaid tõid välja, et neile on võimaldatud koolitus- ja sportimisvõimalused või -soodustused ning samuti ühisüritused nii osakonnasiseselt kui ka üle haigla kollektiivi. Samuti mainiti abivahendite, näiteks haigla poolt prillide ja vaktsiinide võimaldamist, puhkeruumi olemasolu, lisa puhkepäevade võimalusi ning soodustusi kultuurisündmustele.

INT1: "Jaa, ühisüritusi oleme me siin ikka üritanud korraldada. Me oleme teinud rabamatkaid ja.. või noh, mitte matkaid, vaid lihtsalt rabas kõndimist ja siis oli aasta lõpu üritus meil ja suvepäevad olid meil, et noh, et nüüd on uus teenistus ja kõik on nagu paigas ja inimesed on paigas ja et ikka jaa."

INT5: "Ta [tööandja] lubab mul spordiklubisse minna, (...). No mingi meditsiiniteenused on meil siin ka tagatud. Minu prillid makstakse ka kinni, millega ma töotan. Ja noh, tegelikult on ka ikka aegade jooksul puhkepäevi ka lisandunud, et on nii tervise päevi kui ka lisapuhkust tulnud juurde, et ee, et selles mõttes noh, ma siis teen, mis ma tahan."

Supervisiooni teenuse pakkumine varieerub haiglate vahel palju. Kolm sotsiaaltöötajat avaldasid, et nende haiglates on toimunud supervisioon, kaks neist töötavad samas haiglas ning

üks oli läbinud supervisiooni ainult ühel korral. Ülejäänud haiglate sotsiaaltöötajad tunnistasid, et nemad ei ole kunagi supervisioonis osalenud, mis on põhjustatud nii ressursside puudusest kui ka sotsiaaltöötajate endi vähesest motivatsioonist. Kovisiooni ei toimunud mitte üheski haiglas.

INT5: "Vot, sellega on nüüd olnud, et korra meil on olnud, see oli nagu üks koosseis, mis oli siin võib-olla natuke halvemini koostöövõimeline, aga minu meelest võib-olla ei olnud sel hea vedaja, kes küll jälgis, aga ta minu meelest ei osanud nagu suunata siis õigel ajal. Minu meelest läks see üldse lappama, nagu see ettevõtmine."

INT4: "Mmm. No, see üks jaa, supervisioon, me ei ole ka ise küsinud. Ma arvan, et ee isegi, kui me oleks küsinud, siis ilmselt me oleks ka seda saanud."

Kaks sotsiaaltöötajat avaldasid ka, et on otsinud professionaalset abi, sh psühholoogi või psühhiaatri teenust, et tegeleda töö tõttu tekkinud ärevuse ja depressiooni nähtudega.

INT2: "Et selles mõttes ja noh ikkagi tuli seal mingisugune tagasiside ka ja mina tihti võtsin seda negatiivse tagasisidena. Ja noh, see oligi mu psühholoogi töö, psühholoogiga töötamine, nagu kriitikaga. (...)."

INT1: "Jah. Ma nagu selles mõttes nagu ei varja nagu seda, et (...) mul on oma psühhiaater, kelle juures ma olen jälgimise all alates aastast mm ma ei tea, 2011 vä? Et on olnud nagu aastaid, aastaid täiesti mingi null probleemi, aga mul on ta olemas ja mul on võimalus teraapias käia. Hetkel ma ei käi teraapias, nüüd olen terapeudi otsingul praegusest ma."

Kaastundeväsimuse tekkimise aluseks on empaatiavõime (Figley, 2002a), mis on sealjuures ka üheks olulisemaks töövahendiks sotsiaaltöötajate töös. Intervjueeritavad tõid välja erinevaid viise, kuidas nemad patsientide vastu empaatiat avaldavad näiteks aktiivne kuulamine, füüsilise kontakti loomise, tähelepanu pööramise abil. Samuti mainiti mõistvuse väljendamist, mille abil on võimalik tajuda patsiendi olukorda tema isiklikust vaatenurgast ja seega ajendada ka kaastundvääsimuse teket (Figley, 2002a). Kõik intervjueeritavad leidsid, et nende töös on keerulisi juhtumeid ning mitmed osalejad tunnistasid, et need mõjuvad neile emotsionaalselt kurnavalt ning tekitavad muremõtteid. Kuigi need probleemid kuuluvad ka kaastundvääsimuse sümptomite hulka (Pelkowitz, 1997, viidatud Figley, 2002b kaudu), ei toonud ükski

sotsiaaltöötaja välja, et neile oleks pikaajalisi negatiivseid mõjusid tekkinud. Kaastundeväsimust suurendavatest faktoritest toodi välja väsimust, mis võib tekkida suurest liigsete töötundide või töökoormuse tõttu (Beder, 2012; Yoder, 2010; Kovács, jt. 2010). Samuti leidsid mitmed sotsiaaltöötajad, et nad tunnevad vastutust patsientide heaolu ees, mis võib samuti kaastundeväsimuse taset tõsta (Figley, 2002a). Kaastundeväsimust ennetavateks faktoriteks on tasakaalu leidmine töö ja eraelu vahel (Beder, 2012), mis väljendus antud uurimuses sotsiaaltöötaja oskuses piire seada. Samuti leiti, et kaastundeväsimust ennetab lühiajaline kokkupuude patsientidega, mida leidsid ka Yi, jt. (2018) ning Figley (2002a). Beder (2012) on pidanud kaastundeväsimuse ennetamiseks vajalikuks aspektideks ka positiivset töökeskkonda, mis hõlmab ka tööalaseid suhteid ning isiklike ressursside taastamist. Sarnaselt tõid Eesti haigla sotsiaaltöötajad välja suhtlemise ja koostöö tegemise olulisust teiste haigla spetsialistidega ning puhkamist. Antud uurimuses tõid sotsiaaltöötajad välja küll kaastundeväsimuse sümptomeid, kuid pikaajalist mõju ei ole keerulised juhtumid neile avaldanud, mille põhjuseks võib olla ka sotsiaaltöötajate oskus õigeaegselt kaastundeväsimuse ilminguid märgata või neid ennetada (Beder, 2012). Kaastundeväsimust ennetavate faktoritest toodi välja erinevate eneseabi meetodite kasutamist, meditatsiooni, spordi harrastamist, tihedat suhtlust kolleegidega, psühhoteraapias käimist (Beder, 2012) ja supervisiooni (Pockett, 2002).

3.4. Enesekaastunne

Töös patsientidega on oluline märgata ka iseenda vajadusi. Ohumärke, mis näitavad, et on aeg endale aega võtta tõid sotsiaaltöötajad välja mitmeid. Kõige sagedamini esinevaks märgiks leidsid sotsiaaltöötajad väsimuse ning unevajaduse. Samuti toodi välja keskendumisvõime vähenemise, kergemini ärritumise, vähenenud soovi tööle minna, endasse tõmbumist, nutmise vajaduse suurenemist, asjade isiklikult võtmine, kergemini ehmatamist, ebaadekvaatsustunnet või teiste töötajate märkusi töötaja tervise kohta.

INT2: „Ja ja (...) tihti tegelikult vähemalt meil siin noh haiglas on see, et pigem võib-olla isegi märkavad teised. Inimene küll võib-olla teadvustab seda, aga ta ei taha seda kohe näha, et pigem siin on olnud neid olukordi, kus öeldakse, et äkki sul on vaja puhkust. Noh, heas mõttes on alati see nagu tulnud tagasisideks.“

Enesekaastunde praktiseerimine väljendub muuhulgas inimese oskuses enesekriitikaga toime tulla. Enamik intervjueeritavaid leidsid, et nad peavad end üsna enesekriitilisteks inimesteks, kuid nende suhtumine enesekriitika väärtusesse oli erinev. Mõned sotsiaaltöötajat leidsid, et enesekriitika ei ole nende jaoks otseselt probleemiks ning see aitab neil edasi liikuda ja areneda. Teisalt ilmnis, et mõne sotsiaaltöötaja jaoks on enesekriitika töötamist teatud määral takistanud, kuna see on tekitanud süümetunnet ning vähendanud keskendumisvõimet ja usku endasse.

INT2: „Noh, selles mõttes nüüd on kindlasti paranenud see olukord. Aga siis küll jah, et oli mul küll raske juhtumeid nagu lahendada. Et kindlasti esiteks võttis see rohkem ajalist ressursi, oli rohkem tarvis keskenduda, et noh sellised pisikesed asjad, mis hetkel käivad nipsti ja valmis, aga siis oli see nagu väga keeruline. Aga hetkel on nagu kõik korras.“

INT1: „No iseenda suhtes ma olen tegelikult üsna kriitiline ikkagi, sest no nagu ma siin ennegi rääkisin, et jäävad süümekad sisse ja kas ma ikka tegin piisavalt ja kas ma ikka nagu noh, nõustasin piisavalt ja kas see ikka neile sobis see variant või olin ma liiga otsekohene või äkki olin liiga..“

Sotsiaaltöötajad kirjeldasid ka, kuidas teistelt inimestelt saadud kriitika neid mõjutab. Enamik sotsiaaltöötajaid leidis, et nad suhtuvad kriitikasse valikuliselt. See tähendab, et kriitika olulisus sõltub kritiseerijast ning sellest, kas kriitika on konstruktiivne või mitte.

INT6: „Kui see on konstruktiivne (naer), siis on.. Noh, üks kriitikaga on ikka keeruline toime tulla, aga selles mõttes (...) kui see on, on konstruktiivne ja see on väga okei, et see viib lihtsalt edasi, et see aitab ju ennast ka paremaks muuta, et lihtsalt tuleb siis analüüsida, kus mingid vead on tehtud või kus saaks paremini teha.“

INT1: „Et ütleme, kui inimene, kes minu tööd ei tee, ei ole kunagi teinud kritiseerib, siis ma ikka nagu noh, ikka ei lase väga endale seda ligi. Aga kui kritiseerib ütleme siit kõrvalt inimene, kes nagu reaalselt hindab olukorda kõrvalt ja teab, mis ma teen, siis ma pigem nagu võtan hästi vastu.“

Enesekaastunde üheks komponendiks on teadvelolek ehk kohalolu käesolevas hetkes (Bishop, jt. 2004). Kohalolu haigla sotsiaaltöötaja töös sõltub mitmetest asjaoludest. Esiteks tõi mitu

intervjueeritavat välja, et nende jaoks tähendab kohalolu keskendumist, suutlikkust töötada ja vaimset kohaolu.

INT2: „Nii-öelda esiteks üldse see, et ma tunnen iseennast, et ma suudan töötada, sest noh, mul on väga hästi võrrelda olukorda, kui mul oli see ärevus, kui ma olin tööl siis ma ei tundnud ennast kohal. Ma pidin tegelema iseendaga, ma küll tegin tööd, mis mulle oli antud, aga ma ei ütleks, et ma olin kohal selles mõttes. See oli jah, pigem nagu vaimses mõttes.“

Aspektid, mis mõjutavad küsitletavate kohaolu on näiteks isiklikud probleemid, eesootavad kohustused, füüsiline väsimus, suur töökoormus ning ühel juhul ka krooniline haigus.

INT3: „(...) loomulikult ma arvan, et meid igapäev mõjutavad, kui sul on mingisugused oma isiklikud, kas on keerulised olukorrad sinu enda elus või siis ee mingisugused teised kohustused, mida sa tead, mis sind võib-olla ka ees ootavad või sinu isiklikud mingisugused asjad on.“

Enesekaastunne on eneseabiga seotud nähtus, mida iseloomustavad teadvelolek, lahkus iseenda vastu ning humaansus (Neff, 2003). Antud uurimuses kajastusid antud kaks enesekaastunde komponenti: teadvelolek ja lahkus iseenda vastu. uurimuses Teadvelolek on tähelepanu reguleerimisprotsess, mille käigus ollakse teadlikult kohal käesolevas hetkes (Bishop, jt. 2004), mis haigla sotsiaaltöötajate seas väljendus kohalolu keskendumisena, vaimset kohaoluna ja suutlikkuses tööd teha. Lahkus enese vastu ilmnes sotsiaaltöötajate oskuses kriitika ja enesekriitikaga tegeleda (Neff, 2003). Enamik sotsiaaltöötajaid leidsid, et nad on võrdlemisi enesekriitilised, mis on olnud nende töös nii takistavaks kui ka toetavaks jõuks. Võib eeldada, et vähem enesekaastundlike sotsiaaltöötajate enesekriitika on nende tööd pärssinud, sest nad ei ole suutnud aktsepteerida oma eksimusi või puudujääke (Neff, 2003) ning enesekaastundlikumad sotsiaaltöötajad on seevastu leppinud oma vigadega ning ümbermõtestanud need kasulikeks õppetundideks, mida tulevikus oma töös rakendada.

4. Kokkuvõte ja järeldused

Käesoleva uurimistöö ülesandeks oli kirjeldada haigla sotsiaaltöötajate kogemusi kaastundeväsimuse, moraalse stressi ning enesekaastundega ning luua ka ülevaade Eesti haigla sotsiaaltöö kontekstist. Uurimistöö tugineb kuue Eesti haigla sotsiaaltöötaja kogemustele.

Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist püstitasin järgnevad uurimisküsimused:

1. Millised on olulisemad haigla sotsiaaltöötajate töös esinevad eetilised teemad?
2. Millised on haigla sotsiaaltöötajate kogemused kaastundeväsimusega?
3. Kuidas väljendub enesekaastunne haigla sotsiaaltöötajate töö- ja eraelus?

Teemadest, mis tekitasid eetilisi dilemmasid, tõid sotsiaaltöötajad välja konfidentsiaalsuse tagamisega seotud probleeme, ebaefektiivset koostööd kohalike omavalitsustega, isiklike teenete tegemise vajaduse, näiteks seoses asjade transpordiga ning ressursside puuduse, mis väljendub näiteks võimetuses teatud teenuseid kliendile pakkuda. Antud teemad tekitasid sotsiaaltöötajates rahulolematust ning soovi panustada rohkem kliendi heaolusse.

Kaastundeväsimus võib avalduda töös trauma läbinud klientidega (Figley, 2002a), mistõttu jagasid sotsiaaltöötajad oma kogemusi kõige keerulisemate juhtumitega, mille hulgas olid näiteks tugevad vigastused, rasked õnnetused, surmajuhtumid ning raske edasise toimetulekuga juhtumid. Antud juhtumid mõjusid enamikele sotsiaaltöötajatele emotsionaalselt raskelt. Kaastundeväsimuse ajendite hulgast kinnitasid enamik sotsiaaltöötajad empaatiavõime olulisust nende töös, mida väljendati näiteks aktiivse kuulamisega, rahuliku suhtumisega, mõistvuse väljendamisega. Kaastundeväsimusega toimetuleku osas leidsid mitmed sotsiaaltöötajad, et tööstaaži kasvades on nad õppinud antud olukordadega efektiivsemalt tegelema, samuti kasutavad kõik sotsiaaltöötajad aktiivselt eneseabi praktikaid, mis võimaldab neil ka ennetada kaastundeväsimuse sümptomite teket. Kaastundeväsimust ennetavaks faktoriks tõid haigla sotsiaaltöötajad välja ka lühiajalise kokkupuute klientidega, mistõttu ei teki nendega tugevat sidet, millel võib olla emotsionaalselt kurnav mõju. Kuigi sotsiaaltöötajad tõid välja kaastundeväsimuse sümptomeid (Pelkowitz, 1997, viidatud Figley, 2002b kaudu), ei ilmnunud ühegi sotsiaaltöötaja puhul, et neile oleks pikaajalisi negatiivseid mõjusid tekkinud.

Enesekaastunde komponentidest ilmneseid haigla sotsiaaltöötajate puhul teadvelolek ja lahkus enese vastu. Lahkus enese vastu väljendus sotsiaaltöötajate kriitikaga toimetulekus. Mitmed sotsiaaltöötajad leidsid, et kriitikaga tegelemise juures ei teki probleeme, kui tegemist on konstruktiivse kriitikaga ning eneskriitikat pidasid enamik sotsiaaltöötajaid edasiviivaks jõuks.

Antud teemade käsitlemine võiks suunata sotsiaaltöötajaid suuremale eneseteadlikkusele oma töökontekstis, mis võimaldab teha tööd efektiivsemalt ning hoiduda liigsetest emotsionaalsest pingetest. Samuti võiks moraalne stress, kaastundeväsimuse ja enesekaastunde teemasid olla suuremal määral kajastatud sotsiaaltöö hariduses.

Märksõnad: tervishoiu sotsiaaltöö, kaastundeväsimus, moraalne stress, enesekaastunne

Kasutatud allikad

1. Allen, A. B., Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and personality psychology compass*, 4(2), 107-118.
2. Allen, K. M., Spitzer, W. J. (2015). *Social work practice in healthcare: Advanced approaches and emerging trends*. Sage Publications.
3. Allev, R., Kauber, M., Kiis, K. (jt.) (2014). Kutsestandart. Sotsiaaltöö, tase 7. Tervishoiu ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu. Kasutatud: 07.05.2019. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10536292/pdf/sotsiaaltootaja-tase-7.7.et.pdf>.
4. Beder, J. (2012). *Advances in social work practice with the military*. Routledge.
5. Beder, J. (2013). *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. Routledge.
6. Berg, B. L. (2001). Qualitative research methods for the social sciences.
7. Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
8. Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social work*, 48(3), 297-306.
9. Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., Terry, G. (2019). Thematic analysis. *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, 843-860.
10. Bruner, C. (1991). Thinking Collaboratively: Ten Questions and Answers To Help Policy Makers Improve Children's Services.
11. Bride, B. E., Radey, M., Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal*, 35(3), 155-163.
12. Clarke, V., Braun, V. (2017). Thematic analysis. *Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298.
13. Dean, S. G., Siegert, R. J., Taylor, W. J. (Eds.). (2012). *Interprofessional rehabilitation: a person-centred approach*. John Wiley & Sons.
14. Decker, J. T., Brown, J. L. C., Ong, J., Stiney-Ziskind, C. A. (2015). Mindfulness, compassion fatigue, and compassion satisfaction among social work interns. *Social Work and Christianity*, 42(1), 28.
15. Dhooper, S. S. (2011). *Social work in health care: Its past and future (Vol. 33)*. Sage Publications.

16. Dorian, M., Killebrew, J. E. (2014). A study of mindfulness and self-care: a path to self-compassion for female therapists in training. *Women & Therapy*, 37(1-2), 155-163.
17. Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European journal of oncology nursing*, 28, 114-121.
18. Dziegielewska, S. (2003). *The changing face of health care social work: Professional practice in managed behavioral health care*. Springer Publishing Company.
19. Elpern, E. H., Covert, B., Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.
20. Fantus, S., Greenberg, R. A., Muskat, B., Katz, D. (2017). Exploring Moral Distress for Hospital Social Workers. *The British Journal of Social Work*, 47 (8), 2273-2290. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw113>
21. Fewster-Thuyente, L., Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nursing administration quarterly*, 32(1), 40-48.
22. Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
23. Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. Routledge.
24. Figley, C. R., Beder, J. (2012). The cost of caring requires self care. *Advances in social work practice with the military*, 278-286.
25. Forster, D. (2009). Rethinking compassion fatigue as moral stress. *Journal of Ethics in Mental Health*, 4(1), 1-4.
26. Fronek, P., Briggs, L., Kim, M. H., Han, H. B., Val, Q., Kim, S., McAuliffe, D. (2017). Moral distress as experienced by hospital social workers in South Korea and Australia. *Social work in health care*, 56(8), 667-685.
27. Gabrielová, J., Velemínský, M. (2014). Interdisciplinary collaboration between medical and non-medical professions in health and social care. *Neuro Endocrinol Lett*, 35(Suppl 1), 59-66.
28. Gentry, J. E. (2002). Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1(3-4), 37-61.
29. Germer, C. K., Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856-867.
30. Hamric, A. B. (2012). Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *Hec Forum*, 24, 1, 39-49. Springer Netherlands.

31. Hamric, A. B., Davis, W. S., Childress, M. D. (2006). Moral distress in health care professionals. *Pharos*, 69(1), 16-23.
32. Hansen, E. M., Eklund, J. H., Hallén, A., Bjurhager, C. S., Norrström, E., Viman, A., Stocks, E. L. (2018). Does Feeling Empathy Lead to Compassion Fatigue or Compassion Satisfaction? The Role of Time Perspective. *The Journal of psychology*, 152(8), 630-645.
33. Holosko, M. J., Taylor, P. A. (Eds.). (1992). *Social work practice in health care settings*. Canadian Scholars' Press.
34. Joa, M. (2016). Sotsiaaltöötaja läbipõlemise põhjused ja selle ennetamise võimalused Järvamaa omavalitsuste näitel. Lõputöö. Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž.
35. Judd, R. G., Sheffield, S. (2010). Hospital social work: Contemporary roles and professional activities. *Social Work in Health Care*, 49(9), 856-871.
36. Karavin, M. (2016). Sotsiaaltöötajate stressi ja läbipõlemise tase ja seda mõjutavad tegurid Valga maakonna sotsiaaltöötajate näitel. Lõputöö, Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž.
37. Kovács, M., Kovács, E., Hegedűs, K. (2010). Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary. *Croatian medical journal*, 51(5), 432-442.
38. Lianekhammy, J., Jay Miller, J., Lee, J., Pope, N., Barnhart, S., Grise-Owens, E. (2018). Exploring the self-compassion of health-care social workers: How do they fare?. *Social Work in Health Care*, 57 (7), 563-580. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1471017>.
39. Limon, E. (2018). CHALLENGES MEDICAL SOCIAL WORKERS FACE THAT LEAD TO BURNOUT.
40. Lloyd, C., King, R., Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of mental health*, 11(3), 255-265.
41. Longhurst, R. (2003). Semi-structured interviews and focus groups. *Key methods in geography*, 3, 143-156.
42. McCarthy, J., Gastmans, C. (2015). Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing ethics*, 22(1), 131-152.
43. Milicevic, A., Milton, I., O'Loughlin, C. (2016). Experiential reflective learning as a foundation for emotional resilience: An evaluation of contemplative emotional training in mental health workers. *International Journal of Educational Research*, 80, 25-36.
44. Moore, M., Cristofalo, M., Dotolo, D., Torres, N., Lahdya, A., Ho, L., ... & Fouts, S. (2017). When high pressure, system constraints, and a social justice mission collide: A socio-structural analysis of emergency department social work services. *Social Science & Medicine*, 178, 104-114.

45. Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
46. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
47. O'Donnell, P., Farrar, A., BrintzenhofeSzoc, K., Conrad, A. P., Danis, M., Grady, C., ... Ulrich, C. M. (2008). Predictors of ethical stress, moral action and job satisfaction in health care social workers. *Social Work in Health Care*, 46(3), 29-51.
48. Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.
49. Pockett, R. (2002). Staying in hospital social work. *Social Work in Health Care*, 36(3), 1-24.
50. Reynolds, S. J., Owens, B. P., Rubenstein, A. L. (2012). Moral stress: Considering the nature and effects of managerial moral uncertainty. *Journal of Business Ethics*, 106(4), 491-502.
51. Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
52. Tisler, M. (2013). Sotsiaalteenused, abivahendid. *EGGA/HOÜ Õendushaiglate ja koduõendusteenuse osutajate juhtivõdede koolitus*. 6. detsember 2013.
53. Tooma, A. (i.a). Kaastundeväsimus. Kasutatud: 12.05.2019. www.tallinn.ee/Kaastundeväsimus-Annika-Tooma.
54. Willis, N. G., Molina, V. (2018). Self-Care and the Social Worker: Taking Our Place in the Code. *Social work*, 64(1), 83-86.
55. Õunapuu, L. *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Kasutatud: 09.05.2019, http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf
56. Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied nursing research*, 23(4), 191-197.

INFORMEERITUD NÕUSOLEK ISIKUANDMETE TÖÖTLEMISEKS

Käesolev informeeritud nõusolek isikuandmete töötlemiseks on antud uurimustöö raames info kogumiseks Tartu Ülikooli õppekaval infoühiskond ja sotsiaalne heaolu bakalaureusekraadi saamiseks.

Uurimistöö läbiviijateks on Tartu Ülikooli õppekava infoühiskond ja sotsiaalne heaolu 3. kursuse üliõpilane Katrin Kaaver ning juhendaja Dagmar Narusson.

Uurimisprojekti eesmärgiks on uurida Eesti haigla sotsiaaltöötajate emotsionaalset heaolu, kaastunde ja enesehoidmise teemasid ning kaastunde väsimust. Kvalitatiivse uurimuse läbiviimiseks kasutame intervjuud. Teie osalemine uuringus on väga oluline.

Palume Teil tähelepanelikult läbi lugeda käesolev nõusoleku vorm.

Kasutame Teie isikuandmeid sisaldavat infot ainult uurimusega seotud ekspertide poolt uurimismaterjalina ning seda ei edastata kolmandatele isikutele. Informatsiooni kogutakse järgmiste teemade kohta: Teie professionaalne tegevus, töökeskkond, tööga seotud emotsionaalne tervis ja eetika. Analüüsitud andmeid ei seostata Teie isikuga ning kasutatakse üksnes analüüsitud kujul uuringu eesmärgil. Uurimuse tulemusi kasutatakse ainult teadustöö eesmärgil.

Olen teadlik, et käesoleva nõusolekuga luban koguda ja analüüsida minu poolt antud ja minuga seotud andmeid. Tean seda, et kogutud andmeid kasutatakse üksnes uurimisprojekti raames. Minu isikuandmeid töödeldakse kooskõlas isikuandmete kaitse seaduse ning sotsiaalhoolekande seadusega. Samuti olen teadlik, et võin oma andmete töötlemisest keelduda, andes sellest teada kontaktisikutele:

Katrin Kaaver (e-mail: katrin.kaaver@gmail.com)

Dagmar Narusson (e-mail: Dagmar.Narusson@ut.ee)

Mina,, olen nõus ülaltoodud tingimustel isikuandmete töötlemisega ning kinnitan seda oma allkirjaga.

Kuupäev:

Allkirj:

Lisa 2

Intervjuukava

Katrin Kaaver

I teemaplokk: Eesti tervishoiu sotsiaaltöö

1. Millistest tegevustest koosneb sinu (haigla sotsiaaltöötaja) igapäevatöö?
2. Millised on sinu (sotsiaaltöötaja) kõige sagedamini korduvad ülesanded ja kohustused igapäevatöös? Kuidas jagate kolleegidega töökoormust ja kliente? (Lisaks: Mitu klienti teil umbes aasta jooksul läbi käib?)
3. Kuidas teete kolleegidega (veel) koostööd? Kui palju? Milles see väljendub?
4. Kelle käest saad sa töökorraldused? Kes on sinu vahetu juht? Kuidas sa iseloomustaksid suhteid temaga?
5. Kellega teete koostööd väljaspool haiglat? (põhilised organisatsioonid, ametnikud jne)
6. Millised klienditöö juhtumid ja/või olukorrad nõuavad sinult tavapärasest rohkem energiat ja aega?
7. Millised eetilised faktorid ilmnevad (haigla sotsiaaltöös) sinu töös? Millised neist on eriti olulise tähtsusega? Millised on tüüpilisemad?
8. Kuidas sa tajud nõudmisi ja ootusi, mis sulle on seatud haigla sotsiaaltöötajana? Millised need on?

II teemaplokk: Moraalne stress

Moraalne stress ilmneb olukordades, kus sotsiaaltöötaja ei saa aidata klienti viisil, mida ta ise antud olukorras kõige õigemaks peab.

1. Too näiteid olukordadest, kus Sina oled kogunud, et ei ole saanud klienti aidata viisil, mida Sa tegelikult isiklikult õigeks peaksid.
2. Kuidas Sind mõjutavad olukorrad, kus Sa ei saa aidata klienti viisil, kuidas Sa arvad, et oleks kõige parem?
3. Kuidas klientide arv (rohkus) mõjutab olukorda, et Sa ei saa teha klienditööd viisil, kuidas Sa ise õigeks pead?
4. Kuidas vastutus klientide ees mõjutab Sinu psühholoogilise pinge (stressi) taset?
5. Kuidas vastutus kolleegide ees mõjutab Sinu psühholoogilise pinge (stressi) taset?

6. Kuidas mõjutab sinu töökeskkond sinu stressitaset?

III teemaplokk: Kaastundeväsimus

1. Kui palju on sinu töös empaatia kasutamist ja väljendamist?
2. Millisel kujul sa tavaliselt empaatiat väljendad?
3. Kui palju Sa oled oma töös kogenud eriti keerulisi olukordi? Kuidas Sulle avaldavad mõju keerulised ja äärmuslikud (erandlikud) olukorrad nagu surmajuhtumid, traagilised õnnetused? Kuidas Sinu kogemused seoses nende üleelamisega on aja jooksul muutunud?
4. Millistel hetkedel oled tundnud, et sa ei suuda/jaksa enam kliendile kaasa tunda?
5. Kuidas erineb kaastundeväsimuse kogemine (ei suuda enam kaasa tunda) eri klientide puhul?
6. Mil määral oled sa tajunud klientidest kaugenemist klientide rohkuse tõttu?
7. Millistel hetkedel tunned, et sa ei ole enam oma töös „kohal“? Millest sõltub sinu jaoks „kohalolu“?
8. Kuidas Sulle mõjuvad olukorrad, kus Sul ei ole võimalik klienti aidata või talle lahendust pakkuda?
9. Mil määral oled sa tööl olles tajunud ressursside puudust? Kas sul on olnud võimalik sellest kellelegi (nt kõrgema astme juhile) ette kanda?
10. Millised kogemused Sul veel on seoses kaastundeväsimusega? Kuidas kaastundeväsimuse kogemus on aja jooksul muutunud?
11. Kuidas on su empaatia tundmine või kasutamine klienditöös aja jooksul muutunud?

IV teemaplokk: Kaastunne iseenda vastu

Märgid ja olukorra kogemine:
























1. Kuidas tuled sa toime kriitikaga?
2. Kuidas on sinu tööd mõjutanud enesekriitika?
3. Millised märgid enda juures (füüsilised või vaimsed) annavad sulle märku, et on aeg enesele ruumi ja aega anda?
4. Millistel hetkedel avalduvad ohumärgid? (klienditöös või klienditöö vahel)
5. Kuidas avaldavad keerulised/stressihetked mõju interpersonaalsetele suhetele? (nii tööl kui isiklikus elus); Ehk on näiteid minevikust?

6. Kui oluliseks pead iseenda eest hoolitsemist?
7. Tegevus kaastunde avaldamise protsessis: Millistel viisidel tegeled enese vajaduste eest hoolitsemisega (eneseabiga)? Kuidas taastud tööl kogetud stressist?
8. Milliseid abinõusid kasutad iseenda eest hoolt kandmise tarbeks? Kuidas sa kannad iseenda eest hoolt? Kuidas see kandub töökeskkonda?
9. Milliseid abinõusid/piire sead sa tööl iseenda eest hoolitsemiseks? Milliseid abinõusid kasutad tervislike interpersonaalsete suhete hoidmiseks?
10. Kuidas on tööandja võimaldanud sul iseenda eest hoolt kanda? Milliseid võimalusi on ta selleks on loonud?
11. Millised on sinu võimalused saada supervisiooni ja kovisiooni?
12. Kas oled kasutanud ka professionaalset abi?
13. Mil viisil avaldad iseenda vastu veel kaastunnet?

Lisa 3

▼ Töökeskond	38
kultuuriüritused	2
nõudmised arstidelt/teistelt kolleegi...	10
töö kiirus	4
palju väliseid stiimuleid	1
asutuse suurus	1
lõõgastusprotseduurid	2
koolitused	6
palk	1
abivahendid nt prillid	3
spordivõimalused	3
kabinetid	1
ühisüritused	3
puhkeruum	1
▼ Kaastunne	25
koostöö	1
kliendi panus	4
väsimus	5
ebaõiglus	1
vingujad	1
alkohoolikud	3
isiklik seos/kogemus	1
kaastunne iseenda vastu	4
kaastundeväsimus	3
konstruktiivne kaastunne	2
▼ Eneseabi	132
koostöö töökaaslastega	29
magamine	1
kultuuriüritused	2
piiride seadmine	17
reisimine	2
lõõgastusprotseduurid	2
mindfulness	1
pere toetus	2
professionaalse abi kasutamine	3
aega on, et reageerida/ajaplaneerimi...	6
hea toidu nautimine	1
hingamisharjutused	1
puhkuse võtmine	6
tagasiside töökaaslastelt	3
uni	1
kovisioon	4
ühisüritused	3
endaga töötamine	5
supervisioon	9
koolitused	6
aeg looduses	3
raamatute lugemine	2
aeg sõpradega	2
mõtete kõrvale juhtimine	3
hobid	2
sport	4
töö vaheldusrikkus	2
hea töökorraldus/puhkuste planeeri...	8
mured jäävad kabinetti	2
● Kohalolu	25
väsimus	5
vaimne kohalolu/eneseteadlikkus	3
töökoormus	5
isiklikud probleemid/kohustused	5
keskendumine	7
● Empaatia	34
personaalne lähenemine	4
lähedus/kontakt	2
motiveerimine, optimism	2
isiklik seos/kogemus	1
kohe ei pea nõu andma/tagasisidest...	4
rahulikkus	2
mõistmine	3
hinnangute vabadus	2
hoolivuse näitamine	5
aktiivne kuulamine	5
tähelepanu pööramine	4
● Mõju tööle	37
arusaamatused töökaaslastega	1
ressursside puudus	12

• vastutus kui loomulik osa tööst	2
• palgaressurss	1
• ajapuudus	11
• ruumipuudus	4
• aega on, et reageerida/ajaplaneerimi...	6
• Mõju iseendale	87
• väsimus	5
• tagasiside töökaaslastelt	3
• keskendumine	7
• ehmatamine	1
• kergesti ärritumine	2
• perfektsionism	2
• emotsionaalsus	5
• ebaadekvaatsuse tunne	1
• palgaressurss	1
• piiride seadmine	17
• emotsionaalne dissonants	2
• emotsionaalne väsimus	9
• kriitika	12
• rasked juhtumid jäävad rasketeks ju...	3
• ootustele vastamine	6
• abitustunne	6
• nooruse idealism ja emotsionaalsus	5
• Arusaamade muutumine kogemusega	21
• stigmade murdmine	3
• õppetunnid kogemusega	13
• nooruse idealism ja emotsionaalsus	5
• Suhted arstidega/teiste valdkondade kol...	22
• psühhiaatrilised probleemid	1
• mõistmatuste lahendamine	5
• ootustele vastamine	6
• nõudmised arstidelt/teistelt kolleegi...	10
• Mis on tähtis töös patsientidega?	14
• suhtlemisoskus	2
• loomingulisus	4
• informeeritud otsused	1
• valikuvabadus	1
• heaolu tagamine	2
• personaalne lähenemine	4
• Eetilised dilemmad	26
• inimeste rumalus	1
• erimeelsused teiste organisatsioonid...	1
• isiklike teenete tegemine	5
• subjektiivsus/objektiivsus	1
• ressursside puudus	12
• politsei poole pöördumine	1
• lastekaitse poole pöördumine	1
• privaatsuse tagamine	4
• Keerulisemad juhtumid	57
• liigne bürokraatia	1
• abivahendid	1
• kodutud	2
• keerulised diagnoosid/kindlustus	10
• lähedaste puudumine	3
• infopuudus	3
• haiguskriitika puudumine	2
• tõrge KOV poolt	2
• tõrge lähedaste poolt	3
• ravi pole toiminud	2
• emotsionaalne dissonants	2
• alati ei ole vaja sotsiaaltöötajat	1
• pikaajaline kokkupuude	2
• pikaajalised/suuremahulised juhtumid	4
• rasked juhtumid jäävad rasketeks ju...	3
• näited keerulistest juhtumitest	13
• piirangud KOV ressurssidega	2
• Kõik, mis ei ole igapäevane	1
• Tööülesanded	115
• statsionaarsed/ambulaatoorsed	2
• teiste asendamine	2
• rehabilitatsiooniplaanide koostamine	1
• ressursside otsimine	1
• patsientide lahkumise korraldus	2
• dokumentide taotlemine, asjaajamine	3
• konsultant	2
• koosolekud	2

•  lühiajaline kokkupuude	5
•  motiveerimine, optimism	2
•  geriaatriine hindamine 	3
•  e-mail/telefon	3
•  loomingulisus	4
•  võrgustikutöö	10
•  juhtumitöö	4
•  töö vaheldusrikkus	2
•  infomaterjalide jagamine	6
•  koostöö teiste organisatsioonidega	20
•  vahetu juht ja suhted temaga	14
•  haigla administreeriv pool	2
•  meeskonnatöö	13
•  dokumenteerimine	2
•  nõustamine	10
•  Töö jagamine	58
•  tööjuhised	5
•  hea töökorraldus/puhkuste planeeri...	8
•  koostöö töökaaslastega	29
•  klientide arv	7
•  igal sotsiaaltöötajal oma valdkonna p... 	9

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Katrin Kaaver (sünnikuupäev: 19.02.1996),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

„Haigla sotsiaaltöötajate kaastundeväsimuse, moraalse stressi ja enesekaastunde kogemused“,

mille juhendaja on Dagmar Narusson (MA),

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Katrin Kaaver

29.05.2019