

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

KAASTUNDEVÄSIMUS EESTI HAIGLA JA REHABILITATSIOONI
SOTSIAALTÖÖTAJATE SEAS

Uurimistöo

Katrin Kaaver

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs

Tartu 2019

Kokkuvõte

Kaastundeväsimus Eesti haigla ja rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajate seas

Antud uurimistöö põhifookuseks on kaastundeväsimuse ja läbipõlemise teemad Eesti haigla ja rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajate seas. Eesti haigla ja rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajad puutuvad oma töös kokku nii kriisi- ja surmajuhtumitega kui ka ressursside jagamise ja interdistsiplinaarse koostööga (Allev, jt. 2014), mis võib olla aluseks suuremale stressitasemele ja kaastundeväsimuse tekkimisele. Kaastundeväsimus on negatiivne tagajärg abistajale, mis on tekkinud läbipõlemise ja sekundaarse traumaatilise stressi koosmõjul (Stamm, 2010). Eesti haigla ja rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajaid uuriti Professional Quality of Life, BCOPE toimetulekustiilide ja IES-R sündmuse mõju küsimustike abil. Uuringust ilmnas, et sotsiaaltöötajate kaastundeväsimuse näitajad olid keskmistest (Stamm, 2010) madalamad.

Summary

Sissejuhatus

Abistajad, kes puutuvad oma igapäevatoos kokku erinevate kriisiallikatega, kogevad oma töös nii positiivseid kui ka negatiivseid aspekte, mis mõjutavad nende tööalast elukvaliteeti (Stamm, 2010). Positiivseks aspektiks on kaastunderahulolu, mis ilmneb olukordades, kus abistaja tunneb rahulolu edukalt tehtud tööst (Stamm, 2010). Näiteks tunneb abistaja, et on saanud panustada oma tööga teiste inimeste ellu või üldiselt ühiskonna heaolusse (Stamm, 2010). Negatiivseks aspektiks on kaastundeväsimus, mis koosneb kahest osast: läbipõlemine ja sekundaarne traumaatiline stress (Stamm, 2010; Hemsworth, jt. 2018). Kuigi tõenäosus, et abistajale tekivad probleemid eelnevalt nimetatud negatiivsete aspektide tõttu on madal, on tagajärjed tõsised ning võivad mõjutada lisaks abistajale ka tema lähedasi. Mõju abistajale sõltub kliendi traumeeriva kogemuse tõsidusest ning võib väljenduda läbipõlemise, depressiooni, suurenenud mõnuainete tarbimise ja posttraumaatilise stressihäire sümptomitena (Stamm, 2010).

Abistajateks liigituvad teiste hulgas nii tervishoiutöötajad, õpetajad, politseinikud, sotsiaalteenuste töötajad, juristid (Stamm, 2010), kuid antud uurimuses on põhirõhk haigla ja rehabilitatsiooni asutustes töötavatel sotsiaaltöötajatel. Sotsiaaltöötajad kuuluvad kõrge stressitaseme ja läbipõlemisele kaldumise riskigrupi (Lloyd, 2002) ning nende stressiallikateks on muuhulgas surve tööle, töökoormus, rolli ebaselgus ning ebaefektiivne

suhtlus juhatajaga (Lloyd, 2002). Samuti on haigla kontekstis piiratud ressursside tõttu muutunud probleemiks haiglas töötavate abistajate stressitase ja ebakindlus ning ka patsientide eest hoolitsemise kvaliteet (Hemsworth, jt. 2018). Abistajate tööd teevad keerulisemaks ka kõrged nõudmised, mis tõenäoliselt suurenevad tulevikus veelgi (Hemsworth, jt. 2018). Samuti on leitud, et olenemata kokkupuute pikkusest või haigla osakonnast, on haigla sotsiaaltöötajate töös emotsionaalset pinget (Yi, jt. 2018, Moore, jt. 2017). Kuigi Eesti sotsiaaltöötajate seas läbiviidud uurimustest on selgunud, et läbipõlemise tasemed eri maakondade sotsiaaltöötajate seas on olnud keskmised või madalad (Joa, 2016; Karavin, 2016), on siiski oluline uurida haigla ja rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajaid, kelle töö hõlmab nii kriisi- ja surmajuhtumitega tegelemist kui ka ressursside jagamist ja koostöö tegemist erinevate osapooltega (Allev, jt. 2014), mis võib olla aluseks suuremale stressitasemele. Samuti saada teadlikumaks nende probleemidega toimetulekuviisidest, mis võimaldab tulevikus parendada Eesti sotsiaaltöö teenuseid ja sotsiaaltöötajate heaolu.

Hüpoteesid:

1. Läbipõlemise ja sekundaarse traumaatilise stressi skaalad on negatiivses korrelatsioonis kaastunderahulolu skaalaga.
2. Läbipõlemise ja sekundaarse traumaatilise stressi skaalad on positiivses korrelatsioonis vältiva toimetulekustiili skaalaga.
3. Ülikooli kõrgharidusega, nooremaealiste, vallaliste ja professionaalset abi otsinud sotsiaaltöötajate seas on kaastundeväsimuse näitajad kõrgemad.
4. Pikema tööstaaziga sotsiaaltöötajate kaastundeväsimus on kõrgem kui lühema tööstaaziga sotsiaaltöötajate kaastundeväsimus.
5. Supervisioonis käinud sotsiaaltöötajate kaastundeväsimus on madalam.

Kaastundeväsimus

Teiste inimeste aitamisega võivad kaasnedä nii positiivsed kui ka negatiivsed mõjud (Stamm, 2010). Rahulolutunne teiste aitamisest ning edukast töökohustuste täitmisest väljendub kaastunderahuloluna (Stamm, 2010). Negatiivsed aspektid kaasnevad kaastundeväsimusega, mis tekib 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).

Sekundaarne traumaatiline stress (*secondary traumatic stress*)

Sekundaarse traumaatilise stressi tekkepõhjuseks on kokkupuude traumeeriva kogemusega seotud informatsiooniga ja soov aidata ohvrit või vähendada tema kannatusi (Figley, Beder, 2012). Sekundaarse traumaatilise stressi (*secondary traumatic stress*) sümptomid on sarnased posttraumaatilise stressihäire sümptomitele, kuid neid kogeb keegi ohvrile lähedane isik või abistaja (Elwood jt., 2011). Sümptomite alla kuuluvad muuhulgas pealetükkivad kujutluspildid, traumeeriva sündmuse vihjete ja meelde tuletavate faktorite vältimine, liigne erutuvus, ärritavad emotsioonid ning puudujäägid toimetulekus (Figley Institute, 2012), samuti tuimus, kergem ehmumine, õudusunenäod, pealetükkivad mõtted, unetus, ärevus ja situatsioonide vältimine (Figley, Beder, 2012). Tõsisematel juhtudel võib sekundaarne traumaatiline stress areneda posttraumaatiliseks stressihäireks (Figley Institute, 2012).

Läbipõlemine (*burnout*)

Läbipõlemine on psühholoogiline sündroom, mis ilmneb ametikoha interpersonaalsete stressiallikate kroonilisel esinemisel ning seda iseloomustavad kurnatus, küünilisus ja töö efektiivsuse vähenemine (Maslach, jt. 2001). Erinevalt kaastundeväsimusest, võib läbipõlemist esineda ka teistes elukutsetes, mitte ainult trauma läbinud inimestega töötavate spetsialistide töös (Elwood, jt. 2011).

Töölase läbipõlemise kolm peamist näitajat on valdav/rõhuv kurnatus (*exhaustion*), küünilisus (*cynicism*) ja eemaldumine tööst ning tunded töö tõhususe ja saavutuste vähenemise kohta (*inefficacy*) (Maslach, jt. 2001).

Kurnatus ehk läbipõlemise kõige laialdasemalt levinud faktor, viitab inimese individuaalsele stressitaseme kasvamisele, mida iseloomustavad indiviidi kahanenud füüsilised ja emotsionaalsed ressursid (Maslach, jt. 2001). Kurnatuse tõttu distantseerib töötaja end emotsionaalselt ja kognitiivselt oma tööst, eesmärgiga saada hakkama oma üle jõu käiva töökoormusega (Maslach, jt. 2001).

Küünilisuse faktor ilmneb inimese interpersonaalsetes suhetes ehk kui inimese suhtumine on negatiivne suunitlusega, kalk või ta on liigselt eraldunud teistest inimestest (Maslach, jt. 2001). Antud faktor on eriti oluline inimestega otseselt seotud teenuste pakkumisel, kuna taoliste

teenuste pakkumine on töötaja jaoks emotsionaalselt palju nõudev töö, mis tähendab, et töötaja peab olema vastuvõtlik ja pühendunud teenuse saaja vajadustele osas (Maslach, jt. 2001). Küünilisuse hulka kuulub ka depersonalisatsioon, mis hõlmab endas töötaja väiksemat tundlikkust teenuse saaja unikaalsete omaduste suhtes, mille tagajärjeks on töötaja ja teenuse saaja vahelise distantsi tekkimine (Maslach, jt. 2001).

Enesetõhususe või saavutusvõime languse faktor iseloomustab inimese hinnangut oma kompetentsuse, saavutusvõime ja produktiivsuse kohta, mis on sealjuures tema enda arvamuse kohaselt langenud (Maslach, jt. 2001). Enesetõhususe languse põhjuseks on peamiselt vajalike ressursside puudumine ehk see tuleneb seonduvalt eelmise kahe faktoriga (Maslach, jt. 2001). Töötajal on keeruline olla produktiivne ning efektiivne oma töös, kui tal on vähenenud tundlikkus kliendi probleemide ja unikaalsuse osas või ta on kurnatud (Maslach, jt. 2001).

Läbipõlemise riskifaktorid

Läbipõlemist võivad ajendada probleemid tööalastes suhetes. Stressi tekitavateks aspektideks on konfliktid töökohal, puudulik tagasiside või sisend (Bährer-Kohler, 2012), rollikonflikt, rolli ebaselgus (Maslach, jt. 2001)

Läbipõlemise kurnatuse faktoriga on tugevalt seotud suur töömaht ning ajaline/tähtaegadega seotud pinged (Maslach, jt. 2001; Bährer-Kohler, 2012), samuti puuduv tööjõud, igavus ja kõrged nõudmised (Bährer-Kohler, 2012).

Tööomaduste, mis mõjutavad töötaja läbipõlemist, hulgas on ka ressursside puudumise aspekt (Maslach, jt. 2001). Üks olulisemaid ressursse, mis mõjutab töötaja läbipõlemist on sotsiaalse toetuse puudumine (Maslach, jt. 2001). Eriti oluliselt võib läbipõlemist mõjutada juhendaja/superviisori toetuse puudumine (Maslach, jt. 2001). Samuti mõjutavad läbipõlemise teket informatsiooni ja kontrolliga seotud ressursside olemasolu (Maslach, jt. 2001). Töötajad, kes ei saa piisavalt tagasisidet või neil on minimaalne autoriteet otsuste tegemisel (või vähe autonoomsust) võivad suurema tõenäosusega kogeda läbipõlemist (Maslach, jt. 2001).

Tõenäosus kogeda läbipõlemise ilminguid on eri ametikohtade puhul erinev (Maslach, jt. 2001). Läbipõlemine kui nähtus ilmnis esmalt töös inimestega, mistõttu on selles valdkonnas tehtud suur osa läbipõlemisega seotud uurimusi (Marek, jt. 2017). Samuti on leitud, et läbipõlemise üheks olulisemaks põhjuseks on abistajate emotsionaalselt keerulised

interpersonaalsed suhted klientidega (Marek, jt. 2017). Kuigi läbipõlemine esineb ka teistes valdkondades (Marek, jt. 2017), on leitud erisusi emotsionaalselt kurnavamate ametite sh hoolekande asutuste, õpetajate ning emotsionaalselt vähem väljakutsuvate ametite sh programmeerimise vahel (Maslach, jt. 2001). Kovács, jt (2010) uurimuses Ungari õdede ja arstide seas leiti, et ka emotsioonide regulatsiooni probleemid sealjuures eriti emotsionaalne dissonants mõjutab läbipõlemise tekke tõenäosust. Emotsionaalne dissonants ilmneb, kui töötaja on kohustatud väljendama emotsioone, mis on vastuolus sellega, mida ta realselt tunneb (Zapf, jt. 1999). Töötaja ei pruugi tunda ühtegi emotsiooni või väldib negatiivseid/mittesoovitud emotsioone, et väljendada oma töös neutraalses või positiivses maneeris (Zapf, jt. 1999).

Organisatsioonis valitsev keskkond mõjutab samuti töötaja läbipõlemise tõenäosust (Maslach, jt. 2001). Kui töötaja baasvajadused õigluse ja võrdsuse osas ei ole täidetud, siis võib kasvada töötaja tõenäosus läbi põleda (Maslach, jt. 2001). Antud probleem on eriti oluline suuremates organisatsioonides, sealhulgas haiglates, kus on olulisteks teemadeks töötajate vahelised hierarhiad, ruumijaotus, ressursid ning organisatsiooni reeglid (Maslach, jt. 2001). Samuti kui organisatsioonis toimuvad pidevalt muutused, on suurem tõenäosus läbi põleda (Bährer-Kohler, 2012).

Võrreldes varasema ajaga, oodatakse tänapäeval töötajatelt rohkem, kuid karjäärivõimalused on seevastu väiksemad (Maslach, jt. 2001). Töötajatelt nõutakse rohkem töötamisele pühendatud aega, suuremat tööpanust, oskusi ja paindlikkust, samal ajal kui näiteks tööturvalisus ja karjäärivõimalused on väiksemad (Maslach, jt. 2001; Bährer-Kohler, 2012).

Individuaalsed faktorid

Individuaalsed faktorid esindavad näitajaid töötaja juures, mis võivad mõjutada tema kalduvust läbipõlemisele (Maslach, jt. 2001). Nimetatud faktorid hõlmavad muuhulgas demograafilisi näitajaid, püsivaid isikuomadusi ning tööga seotud hoiakuid (Maslach, jt. 2001).

Demograafilistest näitajatest on kõige tugevamalt läbipõlemisega seotud vanus (Maslach, jt. 2001). Alla kolme- ja neljakümne aastastel töötajatel on suurem tõenäosus kogeda läbipõlemist, kui nende vanematel kolleegidel, kellel on ka rohkem töökogemust (Maslach jt. 2001; Bährer-Kohler, 2012). Sama ilmnes ka sotsiaaltöötajate ja sotsiaaltöö tudengite seas

läbiviidud uurimuses (Harr, jt. 2014). Tudengite seas oli kaastundeväsimuse tase kõrgem alla 40aastaste seas, millest järeldati, et elukogemus ja küpsus mõjutavad sotsiaaltöötaja oskust tegeleda keeruliste olukordadega ning pakkuda kliendile rohkem paindlikkust ning laiemat perspektiivi (Harr, jt., 2014). Teisalt oli sotsiaaltöö tudengite kaastundeväsimuse tase spetsialistide omaga võrreldes madalam, mis võib autorite sõnul tuleneda sotsiaaltöö tudengite vähestest kogemustest ning spetsialistide pidevast ja kumulatiivsest kokkupuutest sekundaarse traumaga (Harr, jt., 2014). Samas olid sotsiaaltöö tudengite ja spetsialistide, kes olid oma karjääri algusfaasis kaastunderahulolu tasemed sarnased (Harr, jt., 2014).

Soolisi erinevusi ei ole läbipõlemisega seotud uurimused veel leidnud – nii naistel kui meestel on sama tõenäosus kogeda läbipõlemist, kuid dominantsed sümptomid võivad eri sugude puhul olla erinevad (Maslach, jt. 2001). Erinevate uurimuste põhjal ilmneb, et naised hindavad kõrgemaks kurnatuse ning mehed küünilisuse taset, kuid need võivad olla põhjustatud ka ühiskonna sotsiaalsete normide kohaselt kehtestatud naistele ja meestele suunatud ametite erinevustest (Maslach, jt. 2001).

Suhtestaatuse põhjal on läbipõlemisele kõige rohkem kallutatud vallalised inimesed, eriti mehed (Maslach, jt. 2001), samuti lahutatud naised, kellel on lapsed (Bährer-Kohler, 2012). Ka haridustase võib ennustada läbipõlemist (Maslach, jt. 2001). Kõrgema haridustasemega inimesed võivad suurema tõenäosusega kogeda läbipõlemist, mis võib olla põhjustatud kõrgema stressitasemega ja vastutusega tööst või nende kõrgematest ootustest oma töökohale (Maslach, jt. 2001).

Kaastundeväsimuse olemus (*compassion fatigue*)

Kaastundeväsimus on spetsialisti pingeseisund ja muretunne, mis võib tekkida töötades trauma läbielanud patsientidega (Figley, 2002a). Kaastundeväsimus kaasneb spetsialistil patsientide traumakogemuse uuesti läbi elamisega (Figley, 2002a). Selleks, et tagada kliendile piisav empaatiline reaktsioon, mis koosneb tundlikust suhtumisest, hoolivusest ja professionaalsusest peavad sotsiaaltöötajad olema kohal ja avatud suhtumisega kliendi suhtes, mis teeb neid rohkem vastuvõtlikuks ka kaastundeväsimusele (Figley, Beder, 2012).

Kaastundeväsimus on empaatia tundmise tõttu tekkinud negatiivsed tagajärjed empaatilisele inimesele (Hansen, jt. 2018). Negatiivsed tagajärjed on nii emotsionaalsed kui ka kognitiivsed

ning hõlmavad muuhulgas kurbus-, ebaadekvaatsus- ja kurnatustunnet (Hansen, jt. 2018). Hansen, jt. (2018) sõnul võib samastada kaastundeväsimust ja emotsionaalset kurnatust, kuna mõlemad on negatiivsed reaktsioonid, mis tekivad liiga suurte nõudmiste tõttu. Samas on kahe nimetatud mõistete vahel ka teatud erisused (Hansen, jt. 2018). Esiteks tekib kaastundeväsimus kontaktist teiste inimestega, kuid emotsionaalsel kurnatus võib tuleneda ka teistest allikatest (Hansen, jt. 2018). Teiseks võib kaastundeväsimus ilmneda pärast üht kokkupuudet abi vajava inimesega, aga emotsionaalne kurnatus tekib pikema aja jooksul (Hansen, jt. 2018).

Vastupidiselt kaastundeväsimusele, mis on definitsiooni kohaselt negatiivne tagajärg empaatia tundmisele, on olemas ka kaastunderahulolu (Hansen, jt. 2018). Kaastunderahulolu võib defineerida kui positiivsed emotsionaalsed ja kognitiivsed tagajärjed empaatia tundmisele (Hansen, jt. 2018). Positiivsed tagajärjed on muuhulgas tunne, et inimene on teinud edusamme enesearengus ning tugevustunne, kuna inimesel on olnud võimalik teise inimese olukorda parandada (Hansen, jt. 2018).

Kaastundeväsimuse ajendid

Empaatiavõime (Figley, 2002a) ehk võime märgata teise inimese valu. Empaatiavõime on oluliseks nurgakiviks teiste aitamisel ning näitab samuti valmisolekut hoolimisest tuleneva taaga kandmiseks. Empaatiavõimeta ei esine kaastundega seotud stressi ega kaastundeväsimust.

Empaatiline mure on spetsialisti motivatsioon aidata abivajajat. Figley (2002a) sõnul peab psühhoterapeudil olema piisavalt motivatsiooni, et tagada kliendile oma talendi, oskuste ja teadmiste abil kõige kõrgema kvaliteediga abiteenus.

Kokkupuude kliendiga (Figley, 2002a) märgib abistaja otsesest kokkupuudet kannatajaga ning tema emotsionaalse energia kogemist. Paljud kliendiga otseselt kokku puutuvad töötajad vahetavad ameti näiteks superviisori ameti vastu, kuna otsene suhtlus kannatajaga nõuab abistajalt liiga palju ressursi. Lõuna-Korea onkoloogia patsientidega töötavate sotsiaaltöötajate seas läbi viidud uurimuses jagasid sotsiaaltöötajad oma isiklike kaastundeväsimuse kogemise põhjuseid (Yi, jt. 2018). Kaastundeväsimuse taset mõjutas ka

sotsiaaltöötaja ja kliendi vahelise suhte pikkus ehk pikaajsema suhte korral tundsid töötajat tugevamat kaastundeväsimust (Yi, jt., 2018).

Empaatiline tagasiside (Figley, 2002a) näitab, mis ulatuses on abistaja suuteline vähendada kannataja kannatusi empaatilise mõistmise abil. Empaatiline mõistmine nõuab abistajalt võimet panna end kannataja vaatepunkti ning seeläbi ka tunnetada kannataja tundeid sh hirmu, viha, valu jne. Paljud eelnevalt mainitud Lõuna-Korea uuringus osalenud sotsiaaltöötajad tõid välja, et nende kurnatus muutub sagedasemaks, kui kliendiga oli loodud lähedane suhe ning eriti, kui sotsiaaltöötajal olid teatud sarnasused kliendiga, näiteks vanus või laste olemasolu (Yi, jt., 2018). Isiklik seos kliendiga tekitas sotsiaaltöötajas kliendile sarnast hirmu või ohutunnet (Yi, jt., 2018).

Empaatilise tagasiside tagajärjel tekkiva emotsionaalse energia ülejääk ning pidev nõudlus leida lahendus, mille abil vähendada kannataja kannatusi tekitavad abistajale **kaastunde stressi**, mis võib teatud määra juures tekitada negatiivset mõju abistaja immuunsüsteemile ja üldiselt elukvaliteedile (Figley, 2002a). Kaastunde stressiga aitavad toime tulla saavutusvajadus ja eraldumine.

Kaastundeväsimuse sümptomid

Kaastunde väsimuse läbipõlemise sümptomeid on mitmeid. Pelkowitz (1997, viidatud Figley, 2002 kaudu) on need jaganud seitsmesse gruppi: kognitiivsed, emotsionaalsed, käitumuslikud, spirituaalsed, isiklike suhete põhised, somaatilised, töö tulemuslikkusega seotud. Kognitiivsete sümptomite hulka kuuluvad näiteks halvenenud keskendumisvõime, vähenenud enesehinnang, apaatus, perfektsionism, jäikus, eksinud olek, liigne muretsemine trauma üle, mõtted enese- või teiste vigastamise kohta. Emotsionaalseteks sümptomiteks on jõuetus, ärevus, süütunne, viha/raev, ellujääja süütunne, väljalülitumine, tuimusetunne, hirm, abitus, kurbus, depressioon, emotsionaalne kõikumine, liigne tundlikkus. Käitumuslike sümptomite hulka kuuluvad kannatamatus, ärritatus, endasse tõmbumine, tujukus, regressioon, magamisraskused, õudusunenäod, muutused söögiisus, hüpervigiilsus, kõrgeenenud ehmatusreaktsioon, kaldumus õnnetusele, asjade kaotamine. Spirituaalsete sümptomite hulka kuuluvad elumõttekuse üle mõtlemine/elu mõttes kahtlemine, eesmärgitus, lootusetus, viha Jumala vastu, kahtlemine varasemates religioossetes uskumustes, usu kaotamine kõrgemasse võimu, suurenenud skepsis religiooni. Isiklike suhete põhiseks sümptomiteks on näiteks endasse tõmbumine, vähenenud

huvi seksi või intiimsuse vastu, usaldamatus/umbusaldus, isoleeritus teistest inimestest, liigne kaitsmine oma laste osas, viha või süütunde projitseerimine, sallimatus, üksildustunne, interpersonaalsed tülide kasv. Somaatiliste sümptomite hulka kuuluvad muuhulgas šokitunne, higistamine, kiire südamerütm, hingamisraskused, valud, uimasus ja peapööritus, haiguste arvu kasv, muud somaatilised kaebused, nõrgem immuunsüsteem. Sümptomid, mis väljenduvad töö tulemuslikkuses on näiteks madal moraalitunne ja motivatsioon, ülesannete vältimine, kinnisideed detailide osas, apaatsus, negatiivsus, tänutunde vähenemine, eemaldumine, kehv töökohustuste täitmine, konfliktid kolleegidega, töölt puudumine, kurnatus, ärritatus, kaaskolleegidest eemale tõmbumine (Pelkowitz, 1997, viidatud Figley, 2002b kaudu).

Kaastundeväsimust ennetavad faktorid

Saavutusvajadus ehk vajadus pakkuda kannatajale võimalikult efektiivset teenust võimaldab abistajal ratsionaalselt reflekteerida oma tegevust ning tõmmata piire iseenda ja kannataja vastutuste vahel (Figley, 2002a). Kaastundestressi võimaldab ennetada või vähendada ka eraldumine ehk abistaja oskus end distantseerida kannatajaga suhtlemisel kaasnevatest mõtetest ja tunnetest. Iisraelis terrorismirünnakute ohvritega ja nende lähedastega töötanud haigla sotsiaaltöötajate seas läbiviidud uuringus ilmnes sama ehk sotsiaaltöötajad, kes tajusid oma tööd vajaliku ja tähendusrikkana olid oma töös vastupidavamad (Cohen, 2006).

Olukorrast eemaldumine aitab samuti vältida või vähendada kaastundeväsimust (Figley, 2002a). Kliendi olukorrast eemaldumine võimaldab näha, kui palju on psühhoterapeudil võimalik end kliendi olukorra raskusest distantseerida teraapia sessioonide või teenuse osutamise vahel. Olukorrast eemaldumise sisuks on psühhoterapeudi teadlik ja ratsionaalne oskus/püüe vabastada end emotsioonidest, mõtetest ja tunnetest/tundmustest, mis on tekkinud töös kliendiga. Antud faktor võimaldab psühhoterapeudil keskenduda eelkõige oma elu elamisele ning samuti kasutada eneseabi võtteid ja märgata nende olulisust oma töö kontekstis (Figley, 2002a). Samuti piiride seadmine töö ja eraelu vahel võimaldab abistajal vähendada nii sekundaarset traumat (Badger, 2008) kui ka kaastundeväsimust (Yi, jt. 2018).

Bederi (2012) sõnul on kaastundeväsimuse puhul oluline, et abistajad leiaksid tasakaalu eraelu ja töö vahel. Tasakaalu loomine hõlmab stressiga toimetulekut, meditatsiooni, spordi harrastamist, lähedastega aja veetmist ning vajaduse korral psühhoteraapiat. Samuti toob autor

välja eneseabi praktikate kasutamise, muuhulgas kolleegidega suhtlemise, mediteerimise, tervisliku toitumise ning spirituaalsed praktikad (Beder, 2012).

Kaastunderahulolu tekitamiseks ning kaastundeväsimuse vähendamiseks on samuti oluline eneseabi tegevuste tegemine (Pelon, 2017), näiteks raamatute lugemine, filmide vaatamine, reisimine, lõunapausi ajal jalutamine, tee või kohvi nautimine, päeviku pidamine, sõpradega kohtumine, õlle joomine, maitsva toidu söömine, spirituaalsus ja spordi tegemine (Yi, jt., 2018). Eneseabi praktikate mõju tõhustavad ka erinevad superviisorite ja teiste professionaalide poolt sotsiaaltöötajatele läbiviidavad tegevused (Pelon, 2017; Yi, jt. 2018). Supervisioon võimaldab sotsiaaltöötajatel jagada olulisi ja mõjusaid kokkupuuteid patsientide või nende perekondadega. Sealjuures on oluline, et kontakt superviisoriga oleks vahetu, mitte e-maili või telefoni kaudu (Pelon, 2017). Samuti on oluline professionaalse identiteedi loomine, mis hõlmab ka isiklike stressiga toimetuleku strateegiate loomist (Yi, jt., 2018). Professionaalse identiteedi loomine võimaldab sotsiaaltöötajatel end kaitsta, paremat teenust pakkuda ning seeläbi tunda, et nende töö on vajalik ning kliente abistav (Yi, jt., 2018).

Lisaks leiab Figley (2002b), et tänapäevases ühiskonnas töötavad psühhoterapeudid peavad olema teadlikud oma stressitaseme osas ning ka sellega oskuslikult tegelema. Samuti harima end erinevate enese rahustamise tehnikate osas ja vajadusel neid ka kasutama. Figley (2002) sõnul on oluline, et psühhoterapeudid oleksid teadlikud oma mälestuste osas, mis võivad tekitada traumaatilise stressi sümptomeid ning need ka desensitiseerima, et teha oma tööd võimalikult efektiivselt ning ennetada kahjulikke tagajärgi oma tervisele.

Faktorid, mis soodustavad kaastundeväsimuse kasvu

Kaastundeväsimuse kasvu võib soodustada **pikaajne kokkupuude** ehk abistaja vastutustunne kannataja hoolitsemise ees (Figley, 2002a). Abistaja vajab pause suhtlemisest klientidega ning oma rollist professionaalse teenusepakkujana. Varasemalt mainitud Iisraeli haigla sotsiaaltöötajate kaastundeväsimuse uuringust ilmnes, et haigla sotsiaaltöötajatel, kelle sekkumised juhtumitesse olid lühiajalised ning nad ei olnud juhtumitega pikaajaliselt seotud, ei tekkinud abitus- või pettumustunnet, võrreldes pikaajalisemalt sekkunud sotsiaaltöötajatega (Cohen, jt. 2006).

Teiseks **kannataja looga seostuvad ning taas üleskerkivad emotsionaalsed mälestused, seosed varasematest klientidest**, mis võivad abistajale tekitada PTSH sümptomeid ja sellega seonduvaid reaktsioone sh depressiooni ja ärevust (Figley, 2002a).

Kolmandaks **abistaja elus toimuvad ootamatud sündmused**, mis muudavad abistaja elurutiini ja kohustustega tegelemist, näiteks haigused või muutused sotsiaalses staatuses jne (Figley, 2002a). Taolised sündmused tekitavad abistajale lisastressi ning suurendada seeläbi ka kaastundeväsimust.

339 Mallorca sotsiaaltöötaja seas läbi viidud uurimuses leiti, et keerulistes olukordades eneseabi meetodeid kasutavate spetsialistide kaastundeväsimuse tase oli madalam, kui antud meetodeid mitte kasutavatel sotsiaaltöötajatel (Cuartero, jt. 2019). Sealjuures on oluline sotsiaaltöötajate teadlikkus oma emotsioonide ülekoormatusest (Cuartero, jt. 2019). Willis jt. (2019) sõnul on vastutus iseenda ees ehk meie isiklik heaolu sama oluline kui vastutus meie klientide, kolleegide, professiooni ja laiema ühiskonna ees. Autorite arvates tuleks proaktiivsete eneseabi strateegiate kasutamine lisada sotsiaaltöötajate eetikakoodeksisse, kuna nende abil on võimalik parendada isiklikku heaolu ning seeläbi ka oma tööalast toimetulekut (Willis, jt. 2019). Willis, jt. (2019) leiavad, et heaolu tuleks piisaval tasemel hoida erinevates valdkondades: emotsionaalses, keskkondlikus, sotsiaalses, finantsilises, intellektuaalses, ametialases, füüsilises ja spirituaalses valdkonnas.

Kaastundeväsimuse kontrollimine ja ravi

Paljud abistajad, kellel tekivad kaastundeväsimuse sümptomid, proovivad kõige pealt oma probleemi vältida (Beder, 2012), kuid see ei aita probleemi lahendada. Sümptomite leevendamiseks on oluline alustada võimalikult kiiresti ravimeetmete kasutamist (Figley, 2002a). Figley (2002a) toob välja neli meetet, mille abil leevendada kaastundeväsimust.

Esmaseks sammuks on vaja teha psühhoterapeut teadlikuks tema olukorrast ning anda põhjalik ülevaade kaastundeväsimuse olemusest/sisust.

Teiseks on oluline desensitiseerida psühhoterapeut antud traumeerivate stressorite suhtes. Desensitiseerimise abil on psühhoterapeutil võimalik hilisemas tööelus lihtsamini hakkama saada erinevate teemadega, mis tekitasid temas traumaatilisi stressreaktsioone. Psühhoterapeutide desensitiseerimist teostatakse samade meetodite abil, mida kasutatakse ka

teiste traumaklientide puhul. Valitud meetodi puhul on tähtis, et see võimaldaks maksimaalset kokkupuudet traumeerivate stressoritega, samal ajal vähendades nende suhtes ebamugavustunnet. Lisaks peaks olema konsensus kaastundeväsimust pödeva psühhoterapeudi soovitud ja teda raviva terapeudi valitud meetodi vahel.

Kolmandaks sammuks on katsetamine erinevate kokkupuute määradega. Efektivse desensitisatsiooni teostamiseks on oluliseks osaks piisaval määral kokkupuudet traumeerivate stressoritega. Kuigi kokkupuude stressoritega on tähtis, siis ei tohiks sealjuures ära unustada ka piisavat puhkust ja lõõgastumisaega.

Viimasena toob Figley (2002a) välja sotsiaalse toetuse hindamise ja selle suurendamise vajalikkuse. Psühhoterapeutidel võib olla kalduvus pidada end inimeste aitajaks ning unustada sealjuures, et ka neil endil on abi ja toetust tarvis. Lähtudes eelnevast, on sotsiaalse toetuse juures oluline, et psühhoterapeuti suhtutaks väljaspool tema töö konteksti ning vaadeldaks rohkem kui inimest, mitte kui terapeuti. Samuti on tähtis, et teda ümbritseksid paljud ning erineva taustaga inimesed. Lisaks on oluline ka suhete kvaliteet ehk suhted, mis tekitavad rohkem stressi ja pinget võivad tekitada psühhoterapeutidele täiendavaid probleeme, mis ei mõju paranemisprotsessile soodustavalt.

Kaastundeväsimus haigla sotsiaaltöötajate seas

USA Michigani osariigi hooldusasutustes läbi viidud uurimuses osales 55 sotsiaaltöötajat 34 eri asutusest (Pelon, 2017). Sotsiaaltöötajad täitsid ProQOL alaskaala kaastundeväsimuse ja kaastunderahulolu kohta. 43 vastaja hinnangutest ilmnis, et nende kaastundeväsimuse tase on keskmise või kõrge tasemega. Samal ajal hindasid 44 sotsiaaltöötajat oma kaastunderahulolu taseme keskmiseks või kõrgeks. Uuringus järeldati, et kaastundeväsimuse ja kaastunderahulolu vahel on negatiivne korrelatsioon ($r=-0,376$, $p<0,05$) ehk kui kaastunderahulolu kasvas, siis kaastundeväsimus kahanes. Samuti leiti, et kaastunderahulolu tekitamiseks ning kaastundeväsimuse vähendamiseks on oluline eneseabi tegevuste tegemine. Sellele on abiks ka erinevad superviisorite ja teiste professionaalide poolt sotsiaaltöötajatele läbiviidavad tegevused, mis võimaldavad sotsiaaltöötajatel jagada olulisi/mõjusaid kokkupuuteid patsientide või nende perekondadega. Sealjuures on oluline, et kontakt superviisoriga oleks vahetu, mitte e-maili või telefoni kaudu. Superviisoritega otse suhtlevad sotsiaaltöötajate kaastundeväsimuse hinnangud olid madalamad, võrreldes superviisoritega kaudselt suhtlevate sotsiaaltöötajatega (Pelon, 2017).

Kaastundeväsimuse ja töökogemuse vahelisi seoseid uuriti USA edelaosas asuvates osariikides (Harr, jt., 2014). Uuringusse olid kaasatud kahe ülikooli 480 sotsiaaltöö bakalaureuse ja magistri õppeastme tudengit ning 186 kaastundeväsimuse teemalisel seminaril osalevat spetsialisti. Tulemustest ilmnest, et sotsiaaltöö tudengite kaastundeväsimuse tase oli spetsialistide omaga võrreldes madalam, mis võib autorite sõnul tuleneda sotsiaaltöö tudengite vähestest kogemustest ning spetsialistide pidevast ja kumulatiivsest kokkupuutest sekundaarse traumaga (Harr, jt., 2014). Samas olid sotsiaaltöö tudengite ja spetsialistide, kes olid oma karjääri algusfaasis kaastunderahulolu tasemed sarnased (Harr, jt., 2014). Märkimisväärne on ka tõik, et sotsiaaltöö tudengid, kes kogesid rohkem kaastundeväsimust, kogesid samal ajal vähem kaastunderahulolu ning vastupidi (Harr, jt., 2014). Tudengite seas oli kaastundeväsimuse tase kõrgem alla 40aastaste seas, millest järeldati, et elukogemus ja küpsus mõjutavad sotsiaaltöötaja oskust tegeleda keeruliste olukordadega ning pakkuda kliendile rohkem paindlikkust ning laiemat perspektiivi (Harr, jt., 2014).

Lõuna-Korea onkoloogia patsientidega töötavate sotsiaaltöötajate seas läbi viidud uurimuses jagasid sotsiaaltöötajad oma isiklike kaastundeväsimuse kogemise põhjuseid ning viise, kuidas nad tegelevad kaastundeväsimuse ilmingutega (Yi, jt., 2018). Esmalt tõid paljud sotsiaaltöötajad välja, et nende kurnatus muutub sagedasemaks, kui kliendiga oli loodud lähedane suhe ning eriti, kui sotsiaaltöötajal olid teatud sarnasused kliendiga, näiteks vanus või laste olemasolu (Yi, jt., 2018). Isiklik seos kliendiga tekitas sotsiaaltöötajas kliendile sarnast hirmu või ohutunnet (Yi, jt., 2018). Kaastundeväsimuse taset mõjutas ka sotsiaaltöötaja ja kliendi vahelise suhte pikkus ehk pikaajase suhte korral tundsid töötajat tugevamat kaastundeväsimust (Yi, jt., 2018). Sotsiaaltöötajad tõid kaastundeväsimuse juures välja ka abitustunde, mis tekkis kliendi tervisliku seisundi halvenemisel ning keeruliste teemade arutamisel näiteks matuste planeerimise juures (Yi, jt., 2018). Kõige rohkem tekitas sotsiaaltöötajates stressi klientide suremine (Yi, jt., 2018). Stress oli sealjuures eriti kõrge, kui sotsiaaltöötaja oli tavalisest rohkem pingutanud ja hoolitsenud patsiendi ja tema perekonna eest (Yi, jt., 2018). Kliendi surmaga tegelemisel proovisid mõned sotsiaaltöötajad emotsionaalselt eemalduda kliendist, samuti mainisid paljud sotsiaaltöötajad patsientide ja hooldajatega surmast rääkimise ning halbade uudiste edastamise keerulisust (Yi, jt., 2018). Kõik uuringus osalenud sotsiaaltöötajad tõdesid, et neil on väga suur töökoormus, mistõttu on neil keeruline pühendada igale kliendile piisavalt energiat (Yi, jt., 2018). Mõned leidsid, et nende töökoormus ja klientide arv on liiga suur ning seetõttu pole neil võimalik tunda kaastunnet ja empaatiat

klientide vastu, samuti tagada võimalikult head teenust oma patsientidele (Yi, jt., 2018). Sotsiaaltöötajate sõnul tundsid nad kurnatust, kui nende võimalused klienti abistada ei olnud klientide jaoks sobivad, näiteks teatud teenuste või ressursside võimaldamise osas (Yi, jt., 2018).

Iisraelis on kaastundeväsimust uuritud ka terrorismirünnakute ohvritega ja nende lähedastega töötanud haigla sotsiaaltöötajate seas (Cohen, jt. 2006). Uuringus ilmnis, et sotsiaaltöötajate läbipõlemise tase oli madal ning sekundaarse trauma tase oli keskmine, millel võib olla mitu põhjust (Cohen, jt. 2006). Esiteks olid haigla sotsiaaltöötajate sekkumised juhtumitesse lühiajalised, mistõttu ei olnud nad juhtumitega pikaajaliselt seotud ning ei tekkinud ka abituse- või pettumustunnet (Cohen, jt. 2006). Teiseks toodi välja sotsiaaltöötajate vastupidavus, kuna inimesed, kes on valinud antud elukutse näitavad teatud valmisolekut töötamiseks traumeerivate situatsioonidega (Cohen, jt. 2006). Vastupidavust suurendab ka sotsiaaltöötaja tajub oma tööd tähendusriikka ja vajalikuna (Cohen, jt. 2006). Kolmandaks leiti, et sotsiaaltöötajatel on suur omavaheline toetus ning seda eriti haigla kontekstis, kus sotsiaaltöötajate seas on professionaalsed kogukonnad, kellel on ühised eesmärgid ja isiklikud ja grupi ressursid, mis samuti aitavad keeruliste olukordadega toime tulla (Cohen, jt. 2006).

Eesti sotsiaaltöötajate seas läbiviidud uurimuses kaastundeväsimuse kohta selgus, et kaastundeväsimuse tase oli madalam, kui sotsiaaltöötaja tundis lähedaste poolset toetust (Tooma, i.a). Samuti uuris Tooma (i.a) kaastundeväsimuse seoseid supervisioonis ja koolitustel käimise ning tööstaaži vahel, kuid need ei avaldanud mõju kaastundeväsimuse tasemele.

Kaastunderahulolu

Kaastunderahulolu ilmneb olukordades, kus abistaja tunneb rahulolu edukalt tehtud tööst (Stamm, 2010). Vastupidiselt kaastundeväsimusele, mida on kirjeldatud kui negatiivset tagajärge empaatia tundmisele, viitab kaastunderahulolu empaatia tundmisel positiivse kognitiivse ja emotsionaalse mõju tekkimisele (Hansen, jt. 2018). Positiivseks mõjuks on muuhulgas tunne, et inimene on oma enesearengus teinud edusamme või arusaam, et inimene on saanud panustada teise inimese olukorra paranemisesse (Hansen, jt. 2018) või üldiselt ühiskonna heaolusse (Stamm, 2010).

Uuringu disain ja protseduur

Uuringu läbiviimine algas uuringuplaani koostamisest, mis hõlmas eeldatava valimi planeerimisest, küsimustike välja valimisest ning ajalise graafiku koostamisest. Seejärel loodi veebikeskkonnas Google Forms kolme küsimustikust koosnev vorm ning päriti Majandustegevuse registrist ning Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioonist (ETSA) sotsiaaltöötajate e-maili aadressid, mille vahendusel saadeti neile küsimustiku veebiaadress. Saadud andmeid analüüsiti programmides SPSS ja Microsoft Excel. Uuringu analüüsi osas kasutati sisereliaabluse kontrollimiseks Cronbach'i alfa ning keskmist väidete vahelise korrelatsiooni näitajaid. Seoste uurimiseks kasutati statistikuid Pearson r, t-test ning olulisuse tõenäosuse näitajaid, samuti leiti küsimustike keskmised ja standardhälbed. Töös ei ole esitatud andmeid statistiliselt mitteoluliste tulemuste kohta, neid on võimalik huvi korral küsida uurimistöö autorilt

Valim

Valimisse kuulus 31 haigla sotsiaaltöötajat ning 44 rehabilitatsiooni asutuste sotsiaaltöötajat. 96% vastanutest olid naised. Vastajate vanused varieerusid 27. eluaastast kuni 69. eluaastani. Haigla sotsiaaltöötajate keskmine vanus oli 46 aastat ning rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajate keskmine vanus oli 42 eluaastat. 4% vastanutest olid kutseharidusega, 24% vastanutest bakalaureusekraadiga, 28% vastanutest rakenduskõrgharidusega, 40% magistrikraadiga ning 4% vastanutest ei avaldanud oma haridustaset. 65% vastanutest olid abielus või romantilises suhtes, 16% olid vallalised, 12% vastanutest olid lahutatud, 2,6% olid lesed ning 4% vastanutest ei avaldanud oma suhtestaatust. Haigla sotsiaaltöötajate keskmine tööstaaž sotsiaaltöötajana oli 14,4 aastat ning keskmine haigla kontekstis töötamise tööstaaž oli 9,4 aastat. Rehabilitatsiooni töötajate keskmine tööstaaž sotsiaaltöötajana oli 11,9 aastat ning keskmine haigla kontekstis töötamise tööstaaž oli 6,3 aastat.

Meetod

Uuringu läbiviimiseks kasutati Professional Quality of Life (ProQOL) küsimustikke kaastunderahulolu (SD 10; Cronbach'i alpha 0,88), läbipõlemise (SD 10; Cronbach'i alpha 0,75) ja sekundaarse traumaatilise stressi (SD 10; Cronbach'i alpha 0,81) kohta (Stamm, 2010), toimetulekustiilide (BCOPE) skaalasiid (Carver, 1997) ning sündmuse mõju skaalat (IES-R) (Weiss, 2007). ProQOL küsimustik koosneb 30 väitest (Stamm, 2010). BCOPE 28 väitest

(Carver, 1997) ning IES-R 22 väitest (Weiss, 2007). Samuti vastasid uuritavad sotsiaalmajanduslikke näitajaid puudutavatele küsimustele.

Reliaabluse analüüs

Kuna käesolevas uuringus on valim väike, siis ProQol küsimustiku struktuuri kontrollimiseks faktoranalüüsi ei tehtud. Arvutati küsimustiku sisemise reliaabluse näitajad (Cronbach'i alpha ja keskmine väidete vaheline korrelatsioon), mis olid: kaastunderahulolu alaskaala 0,877; 3,924, läbipõlemise alaskaala 0,505; 2,299 ja sekundaarse traumaatilise stress 0,819; 2,18. Samuti kontrolliti Toimetulekustiilide küsimustiku sisemise reliaabluse näitajad vältiva toimetulekustiili alaskaala 0,705; 1,938 ning läheneva toimetulekustiili alaskaala 0,786; 2,920. Sündmuse mõju skaala sisemist konsistentsuse skaala 0,932; 1,482. Saadud tulemused olid rahuldavad ja head, mistõttu otsustati edasiste andmete analüüsiga jätkata.

Tulemused

Kaastundeväsimuse, kaastunderahulolu, toimetulekustiilide ja sündmuse mõju skaala keskmised ja standardhälbed on toodud tabelites 1-3. ProQOL alaskaalade, kaastunderahulolu, läbipõlemine ja sekundaarne traumaatiline stress keskmisteks skoorideks on 50 punkti (Stamm, 2010).

Tabel 1: ProQOL

	N	Kaastunderahulolu (keskmine)	Läbipõlemine (keskmine)	Sekundaarne traumaatiline stress (keskmine)
Koguvalim	75	39,24 (SD=5,29)	22,99 (SD=4,09)	21,8 (SD=5,45)
Haigla sotsiaaltöötajad	31	39,90 (SD=4,54)	23,32 (SD=3,65)	23,06 (SD=5,70)
Rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajad	44	38,77 (SD=5,66)	22,75 (SD=4,32)	20,91 (SD=5,03)

Tabel 2: BCOPE

	N	Vältiv toimetulekustiil (keskmine)	Lähenev toimetulekustiil (keskmine)
Koguvalim	75	31,01 (SD=5,37)	35,04 (SD=5,18)
Haigla sotsiaaltöötajad	31	32,29 (SD=4,99)	35,61 (SD=5,75)
Rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajad	44	30,11 (SD=5,49)	34,64 (SD=4,69)

Tabel 3: IES

	N	IES skoor
Koguvalim	33	33,06 (SD=16,56)
Haigla sotsiaaltöötajad	15	29,9 (SD=20,48)
Rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajad	18	36,19 (SD=12,26)

Seosed skaalade vahel

Esmalt uuriti seoseid erinevate alaskaalade, kaastunderahulolu, läbipõlemine, sekundaarne traumaatiline stress (ProQOL), toimetulekustiilide (BCOPE) ning sündmuse mõju skaala (IES) vahel.

Oletust, et kaastunderahulolu on negatiivses seoses läbipõlemise ja sekundaarse traumaatilise stressi näitajatega, kontrolliti korrelatsiooni koefitsiendiga Pearson r . Ilmnes et kaastunderahulolu skaala oli seotud läbipõlemise skaalaga ning nende vahel tekkis mõõdukas negatiivne korrelatsioon ($r=-0,476$; $p=0,000$). Sekundaarse stressi skaalaga seost ei tekkinud. Hüpotees, mille kohaselt on sekundaarne traumaatiline stress vältiva toimetulekustiili skaalad positiivses korrelatsioonis leidis samuti kinnitust ($r=0,399$; $p=0,000$) ning sama ilmnes ka läbipõlemise skaala on ja vältiva toimetulekustiili alaskaala puhul ($r=0,396$; $p=0,000$). Läbipõlemise skaala oli kõige tugevamalt seotud sündmuse mõju skaalaga ning tekkis positiivne korrelatsioon ($r=0,606$; $p=0,000$). Samuti oli läbipõlemise alaskaala positiivselt

seotud sekundaarse traumaatilise stressi skaalaga ($r=0,479$; $p=0,000$) ning vältiva toimetulekustiili alaskaalaga ($r=0,396$; $p=0,000$). Sekundaarse traumaatilise stressi alaskaala oli mõõdukalt positiivses seoses nii vältiva toimetulekustiili alaskaalaga ($r=0,399$; $p=0,000$) kui ka sündmuse mõju alaskaalaga ($r=0,408$; $p=0,000$). Vältiva toimetulekuskala oli positiivselt korreleeritud ka sündmuse mõju skaalaga ($r=0,443$; $p=0,000$).

Haridus

Hüpooteesi, mille kohaselt magistri ja bakalaureuse kraadiga inimeste kaastundeväsimuse näitajad on kõrgemad kontrollimiseks jagati esmalt erinevad haridustasemed kahte gruppi ning viidi läbi t-test. Esimesse gruppi lisasin magistrikraadi ja bakalaureuse kraadiga inimesed ($N=48$) ning teise gruppi rakenduskõrghariduse ja kutseharidusega ($N=24$) inimesed. ProQOL skaalade puhul ei ilmnud statistiliselt olulisi erinevusi.

Gruppide vaheline statistiliselt oluline erinevus ilmnis toimetulekustiilide küsimustiku BCOPE läheneva toimetulekustiili puhul $t=3,159$; $sig=0,002$ ehk rakenduskõrghariduse ja kutseharidusega sotsiaaltöötajad eelistavad lähenevat toimetulekustiili keskmiselt rohkem (keskmine hinnang 37,58 punkti) kui kõrgharidusega sotsiaaltöötajad (keskmine hinnang 33,79 punkti). Vältiva toimetulekustiili puhul ei olnud haridustasemete lõikes statistiliselt olulisi erinevusi $t=0,422$; $sig=0,422$. ProQOL ja IES skaala puhul ei ilmnud kõrghariduse ($N=48$) ning rakenduskõrgharidusega ja kutseharidusega ($N=24$) haigla ja rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajate vahel statistiliselt olulisi erinevusi.

Vanus

Oletust, et nooremaelised sotsiaaltöötajate kaastundeväsimuse näitajad on kõrgema kontrolliti esmalt jagades sotsiaaltöötajad kahte gruppi keskmise vanuse alusel ning viidi läbi t-test. Sotsiaaltöötajate keskmiseks vanuseks oli 44 eluaastat ning selle põhjal loodi kaks gruppi: alla 44-aastased ($N=38$) ning üle 44-aastased ($N=37$). Vanuse põhjal ei ilmnud kahe grupi vahelisi statistiliselt olulisi erinevusi mitte ühegi skaala puhul.

Suhtestaatus

Suhtestaatuse ja antud skaalade vaheliste seoste uurimiseks moodustati gruppe kahel viisil. Kontrollimaks kõikide vallaliste inimeste seoseid kaastundeväsimusega jagati ühte gruppi vallalised, lesed ja lahutatud inimesed ($N=23$) ning teise gruppi abielus või romantilises suhtes

olevad inimesed (N=49), kolm inimest ei avaldanud oma suhtestaatust ning viidi läbi t-test. Gruppide vahelisi erinevusi ei ilmnenu ProQOL, IES ega BCOPE skaalade puhul.

Teise analüüsi raames jagasin ühte gruppi abielus või romantilises suhtes olevad inimesed ning vallalised inimesed (N=61) ning teise lesed ning lahutatud inimesed (N=11). Gruppide vahel ei esinenud ProQOL, IES, BCOPE skaalades statistiliselt olulisi erinevusi.

Professionaalse abi otsimine

Küsimuse „Kas te olete otsinud enesele professionaalset abi (näiteks psühholoogilt/nõustajalt), et tulla toime tööl tekkinud probleemidega?“ puhul jagasin uuritavate jaatavad (N=30) ja eitavad (N=45) eraldi gruppidesse ning viidi läbi t-test. Erinevused gruppide vahel ilmnemid IES skaala puhul $t=4,514$; $sig=0,000$; $df=73$ ehk sotsiaaltöötajad, kes olid otsinud professionaalset abi hindasid traumeeriva sündmuse mõju kõrgemaks (keskmine hinnang 25,3 punkti) kui need, kes ei olnud professionaalset abi otsinud (keskmine hinnang 6,84). Samuti ilmnemid erinevused ka BCOPE vältiva alaskaala puhul $t=2,730$; $sig=0,008$ ehk professionaalset abi otsinud sotsiaaltöötajad eelistasid keskmiselt rohkem vältivat toimetulekustiili (keskmine hinnang 33 punkti) ning need, kes ei olnud professionaalset abi otsinud (keskmine hinnang 29,69 punkti). Läheneva toimetulekustiili ja ProQOL skaalade puhul ei esinenud gruppide vahelisi erinevusi.

Tööstaaž

Oletuse, et pikema tööstaažiga sotsiaaltöötajate kaastundeväsimuse näitajad on kõrgemad uurimiseks, jagati uuritavad gruppidesse keskmise üldine tööstaaži järgi, milleks oli 13 aastat. Grupid jagunesid vähem kui 13 aastat sotsiaaltöötaja tööstaaži (N=43) ning rohkem kui 13 aastat sotsiaaltöötaja tööstaaži (N=32) ja seejärel viidi läbi t-test. Toimetulekustiilide skaaladest oli tugevam seos gruppide vahel läheneva toimetulekustiili skaala puhul $t=1,988$; $sig=0,051$. Ühegi ProQOL ja IES skaala puhul ei ilmnenu gruppide vahelisi erinevusi.

Uuritavate haigla ja rehabilitatsiooni valdkonna kontekstis töötamise tööstaaži keskmine pikkus oli 8 aastat, mille põhjal moodustasin kaks gruppi. Alla 8-aastase (N=51) ja üle 8-aastase valdkondliku tööstaažiga (N=24) töötajate gruppide vahel ei tekkinud statistiliselt olulisi erinevusi mitte ühegi skaala puhul.

Supervisioon

Kontrollimaks hüpoteesi, et supervisioonis käinud sotsiaaltöötajate kaastundeväsimuse näitajad on madalamad, kui ülejäänud sotsiaaltöötajatel, jagati grupid vastavalt sellele, kas sotsiaaltöötaja oli käinud supervisiooniteenusel (N=49) või mitte (N=26) ning seejärel viidi läbi t-test. Kahe grupi vahelised statistiliselt erinevused ilmsid BCOPE läheneva toimetulekustiili alaskaala puhul $t=2,262$; $sig=0,027$; $df=73$ ehk sotsiaaltöötajad, kes olid käinud supervisioonis kasutasid rohkem lähenevat toimetulekustiili (keskmine hinnang 36 punkti) kui need, kes ei olnud käinud (keskmine hinnang 33,23 punkti). Vältiva toimetulekustiili alaskaalas ja ProQOL alaskaalades ei tekkinud statistiliselt olulisi erinevusi gruppide vahel.

Arutelu

Läbiviidud uuring keskendus Eesti haigla ja rehabilitatsioonitöötajate kaastundeväsimuse ja sellega seotud alateemade käsitlemisele. Uuringus osales 31 haiglas töötavat sotsiaaltöötajat ning 44 rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajat.

Uuringust ilmnnes, et sotsiaaltöötajate kaastunderahulolu ja läbipõlemise skaalade vahel on mõõdukas negatiivne korrelatsioon ehk kõrgem kaastunderahulolu tase ennustab madalamat läbipõlemise taset. Pelon (2017) leidis samuti, et kaastundeväsimuse ja kaastunderahulolu vahel on negatiivne korrelatsioon, mille põhjal võib arvata, et sotsiaaltöötajad, kes tunnevad abistamisest rohkem rahulolu, kogevad vähem sellega seotud stressi. Seega on oluline, et sotsiaaltöötajad seaksid vajalikke piire (Beder, 2012) ning tegeleksid teadlikult stressi (Figley, 2002a) ning eneseabiga (Pelon, 2017), et vältida kaastundeväsimusega kaasnevaid tagajärgi.

Läbipõlemise ning sekundaarse traumaatilise stressi vahel ilmnnes samuti mõõdukalt positiivne korrelatsioon ehk sotsiaaltöötajatel, kelle läbipõlemise tase oli kõrge, oli ka sekundaarse traumaatilise stressi tase kõrge. Kuna mõlema teguri puhul on tegemist abistamise negatiivsete aspektidega ning sealjuures põhjustavad kaastundeväsimust (Stamm, 2010) võis eeldada, et antud näitajate vahel tekib positiivne korrelatsioon.

Sekundaarse traumaatilise stressi ning vältiva toimetulekustiili skaalade vahel oli positiivne korrelatsioon, mis võib viidata sekundaarse traumaatilise stressi sümptomitele, mille kohaselt võib inimene hakata teatud olukordi või asju vältima (Figley Institute, 2012; Figley, Beder, 2012). Sama ilmnnes ka läbipõlemise skaala ja vältiva toimetulekustiili alaskaala puhul. Vältiv käitumine võib väljendada läbipõlemise kurnatuse faktorit, mis põhjustab inimese emotsionaalse ja kognitiivse kaugenemise tööülesannetest, et saada hakkama oma ülemäärase töökoormusega (Maslach, jt. 2001). Seega vältiv käitumine võib olla töötajale või kaastöötajatele märguandeks, et inimene kogeb millegi tõttu stressi ja pinget ning sellele tuleks tähelepanu pöörata.

Hariduse puhul tekkis statistiliselt oluline erinevus bakalaureuse või magistrikraadiga sotsiaaltöötajate ning kutse- või rakenduskõrgharidusega inimeste vahel läheneva toimetulekustiili alaskaala puhul ehk rakenduskõrghariduse ja kutseharidusega sotsiaaltöötajad eelistavad lähenevat toimetulekustiili keskmiselt rohkem kui kõrgharidusega sotsiaaltöötajad.

Kaastundeväsimuse skaalade puhul ei tekkinud hariduslike gruppide vahelisi erinevusi, seega antud tulemus ei ühildu Maslach, jt. (2001) tulemustega, mille kohasel kõrgema haridustasemega inimesed võivad suurema tõenäosusega kogeda läbipõlemist. Sellest võib eeldada, et Eesti haigla ja rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajate toimetulekustiilid võivad hariduse lõikes erineda, kuid kaastundeväsimuse tasemed sellest ei sõltu. Tööstaaži puhul ei tekkinud mitte ühegi skaalaga statistiliselt olulist seost ehk kaastundeväsimuse, toimetulekustiilide ja sündmuse mõju ei ole mõjutatud sotsiaaltöötajate töötatud aastate arvust. Sarnasele tulemusele jõudsid ka Tooma (i.a) ning Harr, jt. (2014). Sellest võib eeldada, et kaastundeväsimus võib saada probleemiks kõigile sotsiaaltöötajatele, olenemata nende haridusest või kogemustest ning sotsiaaltöötajatel on oluline olla teadlik oma töö mõjust iseendale ning kaastundeväsimuse ja läbipõlemise ohust ning selle ennetamise meetmetest.

Vanuse osas ei tekkinud gruppide vahel ühtegi statistiliselt olulist erinevust, mis erineb Maslach, jt. (2014), Kovács, jt. (2010) ja Harr, jt. (2014) poolt leitud, kelle järgi on noorematel abistajatel suurem tõenäosus kogeda läbipõlemist, emotsionaalset kurnatust ja kaastundeväsimust. Kuna Harr, jt. (2014) olid välja toonud sotsiaaltöö tudengite tulemused, siis antud uurimuses osalejad olid kõik valdkondliku haridusega inimesed. Lisaks ei olnud antud uurimuses alla 27-aastaseid sotsiaaltöötajaid ehk enamikul on võrdlemisi pikk elukogemus olemas. Samuti suhtestaatuse puhul ei tekkinud mitte ühegi skaala osas gruppide vahelisi erinevusi, mida uuriti nii lahutatud ja leskede ning ülejäänud valimi võrdluses kui ka üldiselt vallaliste ja abielus või romantilises suhtes olevate inimeste võrdluses. Antud uurimuses leitu ei kinnita Maslach, jt. (2001) ning Bährer-Kohler (2012) uurimusi, mille kohaselt kogevad vallalised ning lahutatud inimesed suurema tõenäosusega läbipõlemist.

Supervisiooni näitaja puhul ilmsid gruppide vahelised erinevused BCOPE läheneva toimetulekustiili skaala osas ehk sotsiaaltöötajad, kes olid käinud supervisioonis kasutasid rohkem lähenevat toimetulekustiili kui need, kes ei olnud käinud, kuid hüpotees, et supervisioon võimaldab vähendada kaastundeväsimust ja tõsta kaastunderahuolu, mille tõid välja Pelon (2017) ja Yi, jt. (2018) kinnitust ei leidnud, kuna erinevusi kaastundeväsimuse skaalade puhul ei tekkinud. Võib eeldada, et supervisioon suunab sotsiaaltöötajaid tegelema keeruliste juhtumitega pigem läheneval viisil ehk tegelema probleemiga aktiivsemalt ning küsima ka teistelt abi ja nõu, mis on rehabilitatsiooni asutuste ja haiglate interdistsiplinaarses keskkonnas (Allev, jt. 2014) suuresti vajalik, et tagada võimalikult hea teenus.

Professionaalse abi otsimine tööle tekkinud probleemide tõttu seostus sündmuse mõju skaalaga ehk sotsiaaltöötajad, kes olid otsinud professionaalset abi hindasid traumeeriva sündmuse mõju tugevamaks. Kuna Beder (2012) sõnul on üheks kaastundeväsimusega tegelemise viisiks psühhoteraapias käimine, ilmneb, et Eesti sotsiaaltöötajad oskavad keerulisematel hetkedel seda võimalust kasutada. Samuti ilmnemine erinevused vältiva toimetulekustiili skaala puhul ehk professionaalset abi otsinud sotsiaaltöötajad eelistasid keskmiselt rohkem vältivat toimetulekustiili, mis viitab ka Bederi (2012) leitud, mille kohaselt paljud abistajad, üritavad esmalt kaastundeväsimuse sümptomite ilmnemisel oma probleemi vältida. Kuna sotsiaaltöö liigitub emotsionaalse töö alla (Maslach, jt 2001), siis võib sotsiaaltöötajate töös esineda ka palju emotsionaalset dissonantsi (Kovács, jt. 2010), mis võib tekitada samuti emotsioone vältivat käitumist.

ProQOL alaskaalade tulemustest ilmnes, et Eesti haigla ja rehabilitatsiooni sotsiaaltöötajate kaastunderahulolu, läbipõlemise ja sekundaarse traumaatilise stressi tasemed on alla üldise keskmise tulemuse (Stamm, 2010), millest võib eeldada, et Eesti haigla sotsiaaltöötajad on võrdlemisi teadlikud oma töö negatiivsetest külgedest ning oskavad seada vajalikke piire ja kasutada vajalikke meetmeid, et kaitsta end abistamise negatiivsete tagajärgede eest.

Kasutatud allikad

1. 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>.
2. Beder, J. (2012). *Advances in social work practice with the military*. Routledge.
3. Badger, K., Royse, D., Craig, C. (2008). Hospital Social Workers and Indirect Trauma Exposure: An Exploratory Study of Contributing Factors. *Health & Social Work*, 33(1), 63. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.1.63>
4. Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of psychiatric nursing*, 25(1), 1-10.
5. Bährer-Kohler, S. (2012). Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working. *Springer Science & Business Media*, 2,5, 15-16.
6. Carver, C. S. (1997). You want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1997, Vol. 4, Issue 1
7. Cherniss, C. (1992). Long-Term Consequences of Burnout: An Exploratory Study. *Journal of Organizational Behavior*, 13(1), 1-11.
8. Cohen, M., Gagin, R., Peled-Avram, M. (2006). Multiple terrorist attacks: Compassion fatigue in Israeli social workers. *Traumatology*, 12(4), 293-301.
9. Cuartero, M. E., Campos-Vidal, J. F. (2019). Self-care behaviours and their relationship with Satisfaction and Compassion Fatigue levels among social workers. *Social work in health care*, 58(3), 274-290.
10. Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31, 25-36.
11. Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
12. Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. Routledge.
13. Figley, C. R., Beder, J. (2012). *The cost of caring requires self care*. *Advances in social work practice with the military*, 278-286.
14. Figley Institute. (2012). *Basics of Compassion Fatigue*. Õppematerjal. Kasutatud: 25.03.2019.

http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012July20_RevAugust2013.pdf

15. 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.
16. Harr, C. R., Brice, T. S., Riley, K., Moore, B. (2014). The impact of compassion fatigue and compassion satisfaction on social work students. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(2), 233-251.
17. Hemsworth, D., Baregheh, A., Aoun, S., Kazanjian, A. (2018). A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Applied Nursing Research*, 39, 81-88.
18. Joa, M. (2016). *Sotsiaaltöötaja läbipõlemise põhjused ja selle ennetamise võimalused Järvamaa omavalitsuste näitel*. Lõputöö. Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž.
19. Karavin, M. (2016). *Sotsiaaltöötajate stressi ja läbipõlemise tase ja seda mõjutavad tegurid Valga maakonna sotsiaaltöötajate näitel*. Lõputöö, Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž.
20. Kovács, M., Eszter Kovacs, & Hegedús, K. (2010). Emotion Work and Burnout: Cross-sectional Study of Nurses and Physicians in Hungary. *Croatian Medical Journal*, 51(5), 432–442. <https://doi.org/10.3325/cmj.2010.51.432>
21. Lloyd, C., King, R., Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of mental health*, 11(3), 255-265.
22. Marek, T., Schaufeli, W. B., Maslach, C. (2017). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Routledge.
23. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
24. 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.
25. Pelon, S. B. (2017). Compassion fatigue and compassion satisfaction in hospice social work. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 13(2-3), 134-150.
26. Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed.* Pocatello, ID: ProQOL.org.

27. Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., Isic, A. (1999). Emotion Work as a Source of Stress: The Concept and Development of an Instrument. *European Journal of Work & Organizational Psychology*, 8(3), 371–400. <https://doi.org/10.1080/135943299398230>
28. Tooma, A. (i.a). *Kaastundeväsimus*. Kasutatud: 12.05.2019. www.tallinn.ee/Kaastundeväsimus-Annika-Tooma.
29. Weiss, D. S. (2007). *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*. Springer, Boston, MA.
30. Willis, N. G., Molina, V. (2018). Self-Care and the Social Worker: Taking Our Place in the Code. *Social work*, 64(1), 83-86.
31. Yi, J., Kim, M. A., Choi, K., Kim, S., O'Connor, A. (2018). When does compassion fatigue hit social workers? Caring for oncology patients in Korea. *Qualitative Social Work*, 17(3), 337–354. <https://doi.org/10.1177/1473325016670484>

Kaastundeväsimus sotsiaaltöös

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

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Katrin Kaaver