

TARTU ÜLIKOOL  
Pärnu kolledž  
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Rita Tubarik

AÜSR3

**PARKINSONI TÕVEGA INIMESTE KOGEMUSED  
REHABILITATSIOONIPROGRAMMIS OSALEMISEST  
AS PÕLVA HAIGLA REHABILITATSIOONIKESKUSE  
NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Dagmar Narusson MA

Pärnu, 2017

Soovitan suunata kaitsmisele .....

(juhendaja allkiri)

.....

(kaasjuhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud "..." a.

TÜ Pärnu kolledži ..... osakonna juhataja

.....

(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(töö autori allkiri)

## SISUKORD

Sissejuhatus .....	4
1. Rehabilitatsiooni ja rehabilitatsiooniprogrammide teoreetilised lähtekohad .....	7
1.1. Rehabilitatsiooni käsitus .....	7
1.2. Rehabilitatsiooni korraldus ja sihtgrupp Eestis .....	8
1.3. Rehabilitatsiooniprogrammide eripära .....	11
1.4. Parkinsoni tõbi ja rehabilitatsioon .....	13
2. Uuring Parkinsoni tõvega inimeste kogemusest rehabilitatsiooniprogrammis osalemisest .....	18
2.1. Parkinsoni tõvega inimeste rehabilitatsiooniprogrammide “Elus edasi käsikäes” ja “Töös ja elus edasi” kokkuvõte .....	18
2.2. Andmekogumismeetod ja osalejad .....	20
2.3. Andmeanalüüsimetod ja protsess .....	23
2.4. Tulemuste analüüs .....	24
2.4.1. Programmis osaleja teadlikkus programmist, programmpõhisest lähenemisest .....	24
2.4.2. Programmis osaleja kogemused koostööst rehabilitatsiooni meeskonnaga ..	27
2.4.3. Programmis osalemise väärtus (kliendi poolne) .....	30
2.5. Tulemuste arutelu ja ettepanekud rehabilitatsiooniprogrammi edasiarendamiseks .....	32
Kokkuvõte .....	36
Viidatud allikad .....	38
Lisad	
Lisa 1. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused eakate “Elus edasi käsikäes” programmi klientidele .....	43
Lisa 2. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused tööealistele “Töös ja elus edasi” programmi klientidele .....	44
Summary .....	45

## SISSEJUHATUS

Rehabilitatsioon on laialdane ja multidistsiplinaarne tegevus, eesmärgiga toetada ja arendada inimese funktsioneerimis- ja osalusvõimet ühiskonnas. Rehabilitatsioon koosneb spetsiifilistest teenustest ja tegevustest, mis kujunevad spetsialisti ja kliendi vahelises koostöös. Tegevuse eesmärkide hulka kuuluvad tegevus- ja osalusvõime arendamine, töövõime säilitamine ja töökoha säilitamine või hoopis tagasipöördumine tööle. Samuti ka iseseisva elu tagamine. Rehabilitatsiooni peamine kaasaegse käsitlus on inimese osaluse ja kaasatuse suurendamine ühiskonnas. Rehabilitatsioon Eestis on olnud arenev valdkond. Alates 2000. aastast on olulisel määral muutunud seadusandlus, arenenud on hindamis- ja sekkumismetoodikad, on piloteeritud programme ja korrastatud teenuse osutamise seotud süsteeme.

Rehabilitatsiooniprogramm on kompleksne tegevuste kogum teatud konkreetse eesmärgi saavutamiseks. Rahvusvaheline kogemus näitab programmide suurt mitmekesisust. Programm võib olla eesmärgi- või diagnoosipõhine, sisaldada individuaalseid või grupitegevusi. Samuti toovad uuringud välja rehabilitatsiooniprogrammide suurema tulemuslikkuse võrreldes rehabilitatsioonispetsialistide üksikteenustega.

Rehabilitatsiooniteenuseid on osutatud laialdaselt ka Parkinsoni tõvega klientidele. Parkinsoni tõbi on laialdaselt levinud neurogeneratiivne haigus, mis algab hiilivalt ja progresseerub aeglaselt, haiguse kliiniline pilt varieerub inimeste vahel suurel määral. Tegutsemis- ja osaluspiirangute teke on antud terviseolukorra puhul haiguse teatud staadiumis paratamatu. Igapäevaste tegevuste sooritamine muutub keerukamaks, mistõttu väheneb Parkinsoni tõvega inimeste sotsiaalne aktiivsus ja ka elukvaliteet. Lisaks medikamentoosle ravile on kaasaegse Parkinsoni tõve käsitluses oluliseks osaks ka kompleksne rehabilitatsioon.

Töö eesmärk on selgitada välja Parkinsoni tõvega inimeste arvamused rehabilitatsiooniprogrammis osalemise tulemusel tegevusvõimes toimunud muutuste kohta ja osalejate soovitusel rehabilitatsiooniprogrammi edasiarendamiseks AS Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse rehabilitatsiooniprogrammide näitel.

Eesmärgist tulenevalt otsitakse vastust järgmistele uurimisküsimustele:

1. Millised on inimeste arvamused rehabilitatsiooniprogrammides osalemise järelduste kohta nende igapäevaelus ja tegevusvõimes?
2. Millised on inimeste soovitusel rehabilitatsiooniprogrammide edasiarendamiseks ja koostöö tõhustamiseks?

Uuring on vajalik selleks, et selgitada välja, programmis osalenute arvamused programmi tulemuslikkuse kohta, mis avalduvad muutustes klientide tegevusvõimes. Asutus omab EQUASS sotsiaalteenuste kvaliteedimärki, mis ühtlasi viitab sellele, et asutuse poolt pakutavad teenused on kvaliteetsed. Seetõttu on oluline, et kliendid oleksid rahul asutuse poolt pakutavate teenustega ja programmi korraldusega. Uuring toob välja kliendi poolsete programmidega seonduvad probleemkohad.

Töö eesmärgi saavutamiseks on uurimisülesanneteks:

- anda ülevaade rehabilitatsioonist, rehabilitatsiooniprogrammidest;
- tuua välja Parkinsoni tõve olemus, rehabilitatsiooni vajalikkus ja haigusega seonduvad aspektid seoses tegevusvõime muutustega;
- viia läbi uuring, esitada tulemused, järeldused ja ettepanekud.

Uurimisülesannete lahendamiseks tutvutakse rehabilitatsiooni, Parkinsoni tõve ja rehabilitatsiooni mõju puudutavate materjalidega ja erialakirjandusega ning püütakse välja selgitada indikaatoreid, mis põhjustavad Parkinsoni tõve korral, läbi rehabilitatsiooni, muutusi inimeste tegevusvõimes.

Töö koosneb kahest osast. Teoorias antakse ülevaade rehabilitatsiooni ja rehabilitatsiooniprogrammide teoreetilistest lähtekohtadest, Parkinsoni tõve olemusest, haiguse mõjust inimese tegevus- ja osalusvõimele. Töö uuringu osa keskendub AS Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse poolt koostatud Parkinsoni tõvega eakatele ja tööealistele inimestele mõeldud rehabilitatsiooniprogrammides osalenute kogemuste

esiletoomisele, analüüsimisele ning ettepanekute analüüsile programmide täiendamiseks.

Abi eest töö valmimisel tänab autor südamest uuringus osalejaid, AS Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse juhatajat Tiina Tammikut, programmide koordinaatorit Saima Salomoni ning lõputöö juhendajat Dagmar Narussoni.

# **1. REHABILITATSIOONI JA REHABILITATSIOONIPROGRAMMIDE TEOREETILISED LÄHTEKOHAD**

## **1.1. Rehabilitatsiooni käsitlus**

Üks varasemaid rehabilitatsiooni definitsioone tervishoiu valdkonnast on Jeffersoni (viidatud Dean, Siegert, ja Taylor, 2012, lk 3 vahendusel) antud mõiste, mille kohaselt on rehabilitatsioon planeeritud tegevus, juhitud kvalifitseeritud inimeste poolt, eesmärgiga kasutada võimalikke meetmeid selleks, et taastada või parandada terviseolukorda, toimetulekut ja rahulolu neil, kes on kannatanud vigastuse all või taastuvad haigusest. Rehabilitatsiooni tulemusena suudab inimene võimalikult kiiresti igapäevasesse keskkonda naasta.

Definitsioonis, mille on välja toonud 1998 aastal Sinclair ja Dickinson (viidatud Dean et al. 2012, lk 4 vahendusel) on rehabilitatsiooni protsessi eesmärk taastada inimese sõltumatus nendes igapäevaelu tegurites, mis on teenuse kasutajale ja lähivõrgustikule kõige olulisemad. Sellest definitsioonist tulevad välja tänapäevase rehabilitatsiooni kaks tähtsat osa. Eelkõige loevad kliendi isiklikud eesmärgid ning seejuures on tähtsal kohal kliendi lähivõrgustiku kaasamine ja toetus.

Rehabilitatsiooni mõiste seletamisel saab tugineda ka maailmas juhtivate rehabilitatsioonivaldkonna arendajate Anthony ja Farkas'i (2009, lk 10) käsitlusele Bostoni Ülikoolist, kus arendajad määratlevad psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni kui muutuste protsessi, milles juhendatud spetsiaalsete tegevuste kaudu, koostöös inimesega, leitakse isikule väärtustatud roll keskkonnas läbi töötamise, elamise, suhtlemise ja õppimise valdkondade selliselt, et isik tuleks toime võimalikult vähese kõrvalabiga. Teisisõnu on rehabilitatsioon protsess, mis on suunatud puudega inimese

taastumisele, ühiskonda integreerumisele ning isiku elukvaliteedi tõstmisele, mis aitaks isikul elada tähendusrikast elu. (Anthony, Farkas, 2009, lk 9)

Meyer'i (2011, lk 768) järgi on rehabilitatsioon tervishoiustrateegia, mis baseerub Maailma Tervise Organisatsiooni (WHO) inimese funktsioneerimise ja erivajaduse mudelil ning rakendab biomeditsiinilist ja tehnilist lähenemist selleks, et optimiseerida inimese võimekust. Strateegia, mis sisaldab lähenemisviise, mis toetavad ja tugevdavad isiku ressursse, mis pakub toetavat keskkonda ning arendab isiku toimetulekut ühiskonnas. Sekkumine on seotud terviseseisundiga ning hõlmab haiglaid, rehabilitatsiooni teenusepakkujaid ja ühiskonda. Kaasatud on erinevaid sektoreid nagu tervishoid, haridus ja ka Eesti mõistes Sotsiaalministeerium/Sotsiaalkindlustusamet.

Rehabilitatsiooni teooriad keskenduvad definitsiooni pakkudes eelkõige võtmesõnale funktsioon, kuid Dean et al. (2012, lk 176) toovad välja, et rehabilitatsiooni praktikas võib tugevaid seoseid luua ka võtmesõnadega võimekus ja vabadus. Sigert ja Ward (viidatud Dean et al. 2012, lk 176 vahendusel) on uurimustes viidanud mõttele, kus rehabilitatsiooni on võrreldud kui inimõiguste taastamist. Inimõigused on peamiseks väljundiks rehabilitatsiooni protsessis. Kui rehabilitatsioon on defineeritud, kui protsess, mis aitab saavutada nimetatud väljundeid nagu vabadus, võimekus ja inimõigused ning olles vähem keskendunud vigastusest/kahjustusest taastumisele, oleks tulemuseks see, et isikul on olemas ka nimetatud õigus rehabilitatsioonile.

## **1.2. Rehabilitatsiooni korraldus ja sihtgrupp Eestis**

Rehabilitatsiooniteenuse osutamise Eestis tagab Sotsiaalkindlustusamet ning teenust osutab kliendi poolt välja valitud rehabilitatsiooniasutuses rehabilitatsioonimeeskond. Sotsiaalkindlustusamet määrab kindlaks Sotsiaalhoolekande seaduse (2015) § 59 lõike 1 alusel isikute sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse, lähtudes eesmärkidest, mille esinemisel on õigustatud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamine, toimetulekuvõimest, tegevusvõimest, osalusvõimest, terviseseisundist tulenevalt. Õigus rehabilitatsioonile on erinevas vanuseastmes puudega ja pikaajalise terviseprobleemiga isikul, kellel on haigusest, traumast või kaasasündinud tervisehäirest tulenev piiratud toimetulek, ja kes vastavad teenuse osutamise kriteeriumitele. Samuti on õigus rehabilitatsioonile sihtgruppide pereliikmetel. Sotsiaalset rehabilitatsiooni



Sotsiaalkindlustusameti kaudu võivad saada alla 16-aastased lapsed, vanaduspensionialised isikud, ja need tööealised isikud, kes ei tööta, ei õpi ega ole arvele võetud. Tööealiste ja vanaduspensioniealiste klientide puhul toimub teenuse vajaduse hindamine, mis on oma olemuselt vestlus Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldajaga, eesmärgiga välja selgitada, milliseid teenuseid inimene vajab.

Sotsiaalkaitseministri määrus nr 66 (2015) toob välja, et rehabilitatsiooniteenus sisaldab võrgustikutööd (sealhulgas võrgustikuliikmete nõustamist), mis aitab isikul saavutada rehabilitatsiooni eesmärke ja luua toetav keskkond. Võrgustikuga võib suhelda nii telefonitsi, kirja teel kui ka kohtudes. Teenus sisaldab abivahendi vajaduse hindamist, sobiva abivahendi soovitamist ja kasutusõpetust. Kõik teenusega seotud kulud sisalduvad teenuse hinnas. Rehabilitatsiooniteenus sisaldab eeltööd, otsest klienditööd ja järeltööd koos dokumenteerimisega.

Rehabilitatsiooniteenuseid võib liigitada erinevalt. Teenuste eripära silmas pidades võib teenused jagada üldisteks teenusteks, üksikteenusteks ja kompleksseteks teenusteks. Üldised rehabilitatsiooniteenused on meeskonnapõhised ja suunatud isikule vajalike teenuste ja nende optimaalse mahu ning liigi kindlaks määramisele, isiku motivatsiooni arendamisele iseseisvamaks toimetulekuks tema elukeskkonnas ja aktiivsele osalemisele rehabilitatsiooni protsessis. Rehabilitatsiooni üksikteenused on erinevate erialaspetsialistide poolt juhitud konkreetsed sekkumised erialaspetsiifilistes valdkondades eesmärgiga säilitada või parandada isiku oskuseid ja leida ressursse, et tagada võimalikult iseseisev toimetulek isiku poolt valitud elu-, töö-, õppimise- või sotsialiseerumiskeskkonnas. Kompleksed rehabilitatsiooniteenused on erinevate erialade ühiselt välja töötatud tegevusprogrammid, millel on konkreetne eesmärk, kindlaks määratud ajaperiood, ning mis on koostatud konkreetse puudeliigi spetsiifikat arvesse võttes. (Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut, 2006, lk 15)

Sotsiaalhoolekande seadus (2015) § 68 toob välja, et rehabilitatsioonimeeskond koosneb erinevatest erialaspetsialistidest, kuhu kuulub vähemalt kolm spetsialisti. Meeskonna moodustavad täiskoosseisus sotsiaaltöötaja, arst, füsioterapeut, psühholoog, tegevusterapeut, eripedagoog, logopeed, tegevusterapeut, loovterapeut ja kogemusnõustaja. Dean et al. (2012, lk 46) toovad välja, et meeskonnatöö kontekstiga

käivad rehabilitatsioonikäsitlusega tugevalt kaasas eesõnad „inter” ja „multi”, mis omakorda sobituvad sõnadega distsiplinaarne ja professionaalne.

Kahekümnenda sajandi algul rajasid Dr. Mayo ja tema pojad kliiniku ja panid aluse multidistsiplinaarsele lähenemisele tervishoius. Palju Mayo loodud mudelist on säilinud tänaseni. Multidistsiplinaarne lähenemine on meeskonnapõhine lähenemine, kus mitmed tervishoiu spetsialistid töötavad koos, et tagada kvaliteetne tulemus, põhjalik inimese uurimine ja arvamuse arvestamine, mis põhineb aususel, austusel ja pühendumusel ning juurdepääsul arenenud diagnostilisele tehnikale ja teraapilistele vahenditele. (Krokowski 2009, lk 282) Multidistsiplinaarsel meeskonnal on piirid spetsialistide rollide vahel jäigad või vähesel määral paindlikud ning iseloomulikult igale professionile omade autonoomiate ja väärtustega. Seetõttu võib paindlik sekkumine tulenevat kliendi erivajadustest või haigusest olla küllaltki keerukas, kuid siiski tugeva meeskonna puhul võimalik. (Dean et al., 2012, lk 48-49)

Eesõna „inter”, kui interprofessionaalne või interdistsiplinaarne viitab aga sellele, et rollidega kaasnevad piirangud on hajusamad ja vabamad (Dean et al., 2012, lk 50). Interdistsiplinaarsus nõuab meeskonnalt oskust töötada nii enda professionist tulenevate distsipliinidega kui ka oskust osaleda töös grupiga. Meeskond peab töötama ühtselt, mille käigus toimub pidev informatsiooni jagamine, seejuures töötades ühise eesmärgi nimel. Interdistsiplinaarne meeskond töötab sünergias, saavutades enam kui iga spetsialist eraldi. (Nancarrow et al., 2013)

Vana et al., (2009, lk 11) järgi on riiklikult finantseeritud rehabilitatsiooni teenuse ülesanne:

- puudega inimese, ja vajadusel lähivõrgustiku juhendamine;
- rehabilitatsiooniprotsessi juhtimine (kliendi registreerimine, plaani koostamine/tegevuskava täitmine, sekkumiste korraldamine, tulemuste hindamine);
- erinevate valdkondade töö koordineerimine ja vajadusel jõustamine rehabilitatsiooniteenuste (programmide) osutamine .

Eesti Sotsiaalhoolekande seadus (2015) § 67 toob välja, kui riik võtab üle sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse, tuleb sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse osutamise käigus koostada õigustatud isikule

rehabilitatsiooniplaan või täiendada teenuse vajaduse kindlaks määramiseks koostatud tegevuskava. Rehabilitatsiooniplaani või -programmi või teenuse vajaduse kindlaks määramisel koostatud tegevuskava alusel osutada teenuseid eesmärgi saavutamiseks. Samuti on vajalik ka tutvustada õigustatud isikule tema õigusi ja kohustusi, kaebuste esitamise korda, sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamise protseduuri ja selle käigus koostatavaid dokumente.

Meeskonna kohustus on anda kirjalik hinnang õigustatud isiku sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärgi saavutamise või saavutamata jäämise põhjuste kohta Sotsiaalkindlustusametile. Kirjalik hinnang on vaja anda ka õigustatud isiku rehabilitatsiooniplaani või -programmi muutmise põhjendamiseks, kui sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamise käigus on rehabilitatsiooniplaani või-programmi muudetud. (Eesti Sotsiaalhoolduse seadus, 2015)

UEMS'i – Union Européenne des Médecins Spécialistes (2006, lk 301) järgi peavad rehabilitatsiooniteenused ja programmid järgima eetikat ja inimõigusi, selleks, et austada inimeste mitmekesisust. Seda otsuste tegemisel, kaitstes klientide privaatsust ja konfidentsiaalsust, keelustades füüsilist ja vaimset väärkohtlemist, austades kliendi usku, uskumusi ning olemust üldiselt.

### **1.3. Rehabilitatsiooniprogrammide eripära**

Krokowski (2009, lk 283) järgi võeti UEMS (European Union of Medical Specialists) PRM (Physical and Rehabilitation Medicine) osakonnas 2001 aastal teemaks tervishoiu kvaliteet. Vaatamata mitmele vastuolule, tõi PRM välja, et vajalik on osutada üle kogu Euroopa rehabilitatsiooniteenuseid, tõstes seejuures kvaliteedi standardeid kõikides Euroopa riikides ning selline teenuste osutamine võiks olla programmipõhine. 2004 aastal sai projekt alguse ning hakati looma programme teemade kaupa.

Programmide loomiseks töötati välja kindlad kriteeriumid, millele programm peab vastama. Programmi kirjeldus pidi olema teaduspõhine, sisaldama ootusi ja eesmärke, asukohta ja turvalisust, inimese õigusi, programmi kaasatud spetsialistide nimekirja, meeskonnatöö kirjeldust, hindamismeetodeid. Ning piiranguid, tulenevalt kategooriatest, mis on välja toodud ICF'is (International Classification of Functioning). Vajalik on

välja tuua ka programmi tugevused ja nõrkused. Sedasi sai algusele rehabilitatsiooniprogrammide piloteerimise protsess, kus programme hindas viiest liikmest üle Euroopa koosnev meeskond. Liikmed andsid oma nõusoleku programmi käiku laskmiseks või vastupidi (Krokowoski, 2009, lk 284).

Eestis alustati rehabilitatsiooniteenuse programmpõhise lähenemise piloteerimise ja reaalse süsteemi kujundamisega 2009 aastal, kui nähti vajadust kvaliteetsete ja tulemuslike sekkumiste järele. Selle ajani oli rõhuasetus olnud multidistsiplinaarsel hindamisel, plaanide koostamisel, erialapõhiste üksikteenuste osutamisel ning plaani elluviimise juhendamisel. Muutused rehabilitatsiooni korralduses tõid kaasa muutused sekkumises kliendiga töötades. Isiku jaoks suurenes teenuste sisuline valikuvõimalus ning teenusega (programmiga) tutvudes on kohe selge programmi eesmärk, sisulised tegevused ja oodatav tulemus. (Vana et al., 2009, lk 3)

Narusson et al. (2011, lk 15) on välja toodud, et rehabilitatsiooniprogramm on teenuste osutamise süstematiseeritud ja organiseeritud vorm. Programmi tulemuseks on konkreetse eesmärgi saavutamine lähtuvalt inimese rehabilitatsiooni eesmärgist ja arengu vajadustest. Programmis sisalduvad arendavate ning rehabiliteerivate tegevuste integreeritud elemendid ning on maksimaalselt arvestatud inimese individuaalset eripära, eesmärke ja konkreetse puude spetsiifikat.

Tervise Arengu Instituut (2008, lk 41) on teada antud, et PITRA („Puuetega inimene tööturule juhtumipõhise rehabiliteerimise abil”) projekti tulemusel tehti ettepanek erialapõhiste üksikteenuste finantseerimise asemel toetada komplekssete sekkumiste ehk rehabilitatsiooniprogrammide arendamist ja finantseerimist. Programmpõhise lähenemise raames on võimalik iga inimese individuaalsust arvestades pakkuda isikule just sellist tegevuskava, mis aitaks inimest kõige efektiivsemalt lähtudes isiku puudespetsiifikast rehabilitatsiooni eesmärgi täitmisele.

Rehabilitatsiooniprogrammid võivad olla ühiskondliku kaasatuse ja eneseaktualisatsiooni suurendamisele suunatud programmid, kuhu kuuluvad töö ja tööhõive valdkonnaga seotud programmid, mis on suunatud tööellu reintegreerumisele, sobiva töö valimisele, saamisele ja säilitamisele. Elamise ja majandustegevuse valdkonnaga seotud programmid, mis õpetavad võimalikult iseseisvalt elama ning

igapäevaelu korraldama. Õppimise ja hariduse valdkonnaga seotud programmid integreerivad haridusse, arendavad inimest erialaselt ja huvialaselt. Sotsialiseerumise ja vaba aja valdkonnaga seotud programmid arendavad isiku sotsiaalsust, aktiivsust, suhteid ning kaasatust. Elustiili kujundamisega seotud programmid aitavad toime tulla haiguse/puudega ja kohanemisega, samuti tegeletakse uute oskuste õppimise ja tervisliku elustiili (harjumuste) kujundamisega. Tegevusvõime arendamisele ning tegevuspiirangute ja kõrvalabi vajaduse vähendamisele suunatud programmid aitavad inimese funktsionaalset võimekust tõsta ja tegevuspiiranguid vähendada. Programmid võivad olla ka ühe või mitme tegutsemis- või osalemisvaldkonda suunatud. Nendeks valdkondadeks võib olla liikuvus, suhtlemine, enesehooldus ja kodused toimingud, õppimine ja teadmiste rakendamine, inimestevahelised suhted ning pere. Programm võib olla suunatud ka keskkonna arendamisele ja kohandamisele. Eraldi võib olla programm ka muutuseks valmisoleku ja motivatsiooni arendamiseks, kus isikule pakutakse psühhosotsiaalset abi ja toetust. (Narusson et al., 2011, lk 15)

Kokkuvõtvalt on rehabilitatsiooniprogramm mitmetest erinevatest rehabilitatsiooniteenustest koosnev kompleksne sekkumine. Üksikteenused ei pruugi inimesele alati seda tulemust anda, mille võib annab põhjalikult läbimõeldud puudespetsiifiline rehabilitatsiooniprogramm. Siiski on ka rehabilitatsiooniteenuste eraldi pakkumine vajalik, kuna spetsiifilised programmid ei pruugi kõikidele inimestele sobilikud olla ning see jätkaks sekkumist vajavad inimesed abita. Seetõttu on väga oluline, et rehabilitatsiooniprogrammide kõrval oleks ka pakutud erinevad rehabilitatsiooniteenused, vastavalt inimese spetsiifilistele vajadustele.

#### **1.4. Parkinsoni tõbi ja rehabilitatsioon**

Taba (2007, lk 7) järgi on Parkinsoni tõbi küllaltki laialt levinud neuroloogiline haigus vanemaelistel inimestel, mida esineb üle kogu maailma. Eestis 1996. aastal läbi viidud epidemioloogiline uuring näitas, et Parkinsoni tõve levimus on sada seitsekümmend kaheksa patsienti saja tuhande elaniku kohta. Seega on Eestis kokku umbes kaks tuhat viissada haiget. Üle kuuekümnepäevaste vanuste hulgas esineb Parkinsoni tõbe umbes 1%. Samas on ka neid inimesi, kellel diagnoositakse haigus aktiivses tööeas. Osadel juhtudel võivad esmasümptomid ilmuda juba enne 50. eluaastat.

Parkinsoni tõve korral on kahjustunud inimese ajus olev musttuum. Musttuumas toodetakse pigmenteerunud rakkude poolt dopamiini, mis toimib keemilise ülekandeainena ehk neuromediaatorina. Dopamiini abil kantakse närvirakkude vahel edasi impulsse, mis tagavad sujuvad kontrollitud liigutused. Dopamiini vähenemine ongi põhjuseks, miks Parkinsoni tõve sümptomid avalduvad. (Taba, 2007, lk 11)

Jankovic (viidatud Falvo, 2009, lk 113 vahendusel) on välja toonud, et Parkinsoni tõve sümptomiteks on:

- treemor;
- rigiidsus;
- bradükineesia (liigutuste aeglustumine);
- posturaalne ebastabiilsus;
- kõnefunktsioonide häirumine.

Lisaks nimetatud sümptomitele, mõjutavad inimese elukvaliteeti ka mitmed muud mured nagu depressioon, ärevus, kognitiivsed häired, dementsus (Marcon & Navarro-Peternella, 2012, lk 386).

Haigus progresseerub aeglaselt ning haiguse kliiniline pilt varieerub suuresti patsientide vahel. Haiguse etioloogia on kompleksne, võimalikeks tekkepõhjusteks võivad olla inimese kiirenenud vananemine, keskkonna saaste, geneetilised tegurid või oksüdatiivne stress. Suure tõenäosusega annavad kõik need tegurid koos põhjuse Parkinsoni tõve avaldumiseks (Taba, 2008, lk 6).

Tegutsemis- ja osalemispiirangute teke on nimetatud terviseolukorra puhul haiguse teatud faasis paratamatu. Tegutsemis- ja osaluspiirangud kujunevad varajase algusega Parkinsoni tõve puhul aeglasemalt, kuid samas võivad mõtted antud diagnoosiga aastakümneid elamisest tekitada depressiooni (Taba, 2007, lk 12).

Morris et al., (2010) järgi halvenevad vanusest olenemata Parkinsoni haige motoorsed sümptomid nagu treemor, rigiidsus, bradükineesia ja posturaalne ebastabiilsus, mis mõjutavad diagnoositutel elukvaliteeti, töötamist ja sotsiaalset elu. Lisaks mõjutavad mitmed mittemotoorsed sümptomid, mis on seotud kognitiivsete, neuropsühhiaatriliste, autonoomse närvisüsteemi ja sensorika häiretega. Teadaolevalt kiirendab dementsus,

oluliselt liikumishäire välja kujunemist. Wight'i ja Miller'i (2014, lk 216) järgi, võib Parkinsoni tõvega inimestel esineda ka kõneprobleeme. Probleemid väljenduvad hääle tugevuse muutuses ning kvaliteedis. Muutused kõnes võivad ilmnedagi juba diagnoosieelses perioodis. Haiguse hilisem staadium võib kaasa tuua muutusi ka artikulatsioonis.

Haiguse mõjul saab kõige enam kannatada inimeste liikumisvõime. Piiranguid põhjustab treemor, mis on kõige enam välja paistev ja häirivam sümptom, kuid ka liigutuste aeglustumine, mistõttu on inimestel näiteks raske autosse ja autost välja pääseda. Lisaks võib esineda tasakaalu kaotust ja lihasnõrkust, mis muudavad liikumise väga keeruliseks. Piirangud muudavad inimesed tihti väga ettevaatlikuks, kaob enesekindlus ning sulgetakse ennast koduste seinte vahele, see tähendab, et piiratakse teadlikult sotsiaalset aktiivsust. (Rodrigues-de-Paula, 2010) Töö tegemist Parkinsoni haigusega inimestel võib piirata ka töömälu kapasiteedi langus. Nad loobuvad tööl, avalikes kohtades ja üritustel käimisest, minimaliseerivad suhtlusringkonna, püsivad kodus ja kasutavad pereliikmete abi igapäevatoimingutes (Taba, 2007, lk 13).

Elementaarseim Parkinsoni ravi on medikamentoosne ravi. Lisaks medikamentoosle ravile on inimese iseseisvat toimetulekut ja funktsioneerimist võimalik hoida komplektse rehabilitatsiooni kaasabil. Üleüldiselt on Parkinsoni tõve ravi eesmärk säilitada inimese iseseisvust ja elukvaliteeti (Rodrigues-de-Paula, 2010). Uuringute tulemusena on selgunud, et parimat efektiivset ja tulemuslikku rehabilitatsiooni pakuvad Parkinsoni tõve kaasaegses käsitluses multiprofessionaalsed rehabilitatsioonispetsialistide meeskonnad (Wade et al., 2003, lk 158). Oluline on nimetatud sihtgrupiga töötades erinevate spetsialistide kaasamine, et leevendada kliendi füüsilisi probleeme, kohaneda haigusega ja tulla toime igapäevase eluga ning seeläbi toetada inimese üldist elukvaliteeti (Rodrigues-de-Paula, 2010). Sitzia et al., (viidatud Skelly, Lindop ja Johnson, 2012, lk 11 vahendusel) on samuti välja toonud, et multidistsiplinaarne rehabilitatsioon Parkinsoni tõvega inimestele, avaldab mõju valule, emotsionaalsetele reaktsioonidele, füüsilisele mobiilsusele ning üleüldiselt inimese elukvaliteedile. Sekkumine peaks sisaldama füsioterapeudi, tegevusterapeudi, psühholoogi ja logopeedi teraapiaid.

Kompleksset rehabilitatsiooni pakkudes on oluline, et protsess oleks Sotirios (2012, lk 191) järgi:

- sihtgrupi põhine;
- mõõdetav;
- sisaldab sekkumist;
- multidistsiplinaarne/interdistsiplinaarne;
- statsionaarne;
- jätkuv.

Ellis jt (2008) viisid läbi uurimuse Parkinsoni tõvega patsientide statsionaarse rehabilitatsiooni teenuse efektiivsuse kohta. Uuringus jälgiti medikamentoosse ravi kulgu ning raviga samaaegsel viidi läbi interdistsiplinaarne rehabilitatsiooniprogramm, et optimeerida patsientide funktsionaalset võimekust. Uuringust selgub, et märkimisväärset tulemust märgati kõikides hindamismeetodite tulemustes.

Sekkumine ei tohiks olla ainult tervisekeskne ja funktsioone taastav, vaid peab mõjutama ka inimeste suhtumist oma erivajadusse või haigusesse, tõstma inimeste motivatsiooni, nende võimekust ja tahet saavutada eesmärgid ning suhtumist teraapilistesse tegevustesse. Meeskonnaliikmete paindlikkus ning loovus on vajalikud tegurid, et pakkuda ühe kindla inimese eripära ning vajadusi silmas pidades kvaliteetset komplekset teenust (Dean et al., 2012, lk 97-98)

Terviseolukorra säilitamiseks on vajalik, et inimene oleks teadlik haigusest ja haiguse kulust, väärarvamustest ning sellest, mida teraapia endaga kaasa toob. Haigestunud inimese teadmised haigusest ja haigusega toimetulekust, mõjutavad olulisel määral suhtumist ravisse, osavõtlikkusse ja soovi omandada uut informatsiooni haiguse progresseerumisel. Meeskond, kes Parkinsoni haigega töötab, peab inimesse suhtuma kui partnerisse, kellega jagada otsuseid, paika panna eesmärgid ning teha usaldusel põhinevat koostööd. (Jitkriksadakul, Boonrod, Bridayasiri, 2016, lk 69-70). Jitkriksadakul et al., (2016, lk 72) toovad välja, et märkimisväärselt madalamad on vanaduspensioniealiste teamised haiguse kohta võrreldes tööealiste inimestega. Suures osas on inimesed teadlikud mootorsetest sümptomitest, mis Parkinsoni tõvega aja jooksul kaasnevad, kuid mittemootorsete sümptomite ja haigusega kaasnevad



riskitegurite osas on teadmised vähesed. Uuringud on ka näidanud, et Parkinsoni tõvega naiste teadmised haigusest on paremad kui meestel. Tõenäoliselt pööravad naised haigusele või diagnoosile rohkem tähelepanu kui mehed. (Jitkriksadakul et al., 2016, lk 73)

Parkinsoni tõve korral on vajalik füsioterapeudi sekkumine, et säilitada inimese motoorseid funktsioone. Füsioterapeut õpetab inimesele, kuidas mugavamalt liikuda, suutes hoides seejuures läbi kognitiivsete strateegiate tasakaalu. Samuti ka lihasluukonna ja kardiovaskulaarsüsteemi aktiveerimine, mida nõrgestab vähenenud aktiivsus, vanus ja kaasuvad sümptomid ning luua inimeses harjumus, et ta pidevalt teeks talle sobivaid füüsilisi harjutusi, mis hoiaks inimest füüsiliselt aktiivsena. (Morris et al., 2010)

Meeskonna psühholoogi ülesanne on informeerida klienti ja meeskonda esinevatest kognitiivsetest piirangutest, mis haigusega kaasnevad. Kognitiivse rehabilitatsiooni strateegiad aitavad inimesel toime tulla haigusest tulenevate piirangutega ning seetõttu paraneb oluliselt inimeste elukvaliteet. Depressiooni ja ärevuse korral, mida samuti tihti Parkinsoni haiguse korral esineb, kasutavad psühholoogid kognitiiv-käitumuslikku teraapiat. Kognitiiv-käitumuslikul teraapial on ka teaduslikult tõestatud mõju, säilitamaks inimese emotsionaalset stabiilsust. (Macniven, 2009, lk 11)

Skelly et al., (2012, lk 10) järgi on uuringud tõestanud, et intensiivse kõneteraapia tulemusel on paranenud või säilinud inimeste kõne valjus ja kvaliteet. Samuti võib kõneks kasutatavate lihaste treening vähendada neelamisega seonduvaid probleeme.

## **2. UURING PARKINSONI TÕVEGA INIMESTE KOGEMUSEST REHABILITATSIOONIPROGRAMMIS OSALEMISEST**

### **2.1. Parkinsoni tõvega inimeste rehabilitatsiooniprogrammide “Elus edasi käsikäes” ja “ Töös ja elus edasi” kokkuvõte**

Rehabilitatsiooniprogramm on Põlva Haigla ainuomand, mis on kokkuvõttena saadaval Põlva Haigla kodulehel (Põlva Haigla rehabilitatsioonikeskus 2016) ja Sotsiaalkindlustusameti kodulehel (Sotsiaalkindlustusamet).

Uurimus tugineb kahele Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse poolt läbiviidavale ja Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse pool koostatud Parkinsoni tõvega inimestele mõeldud programmile, milleks üks on „Elus edasi käsikäes“ ja teine „Töös ja elus edasi“.

Rehabilitatsiooniprogrammide „Elus edasi käsikäes” (Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskus, 2016) ja „Töös ja elus edasi” (Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskus, 2016) sisu ja ülesehituse aluseks on mitmed teadusartiklid ja väljaanded Parkinsoni tõve ja programmpõhise rehabilitatsiooni teemadel, kuid ka Sotsiaalhoolekande seadus (2015) ja määrus nr 69 „Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse riigi poolt ülevõtmisel teenusevajaduse otsustamiseks ja teenuse osutamiseks vajalike andmete loetelu “(2015).

Programmi „Elus edasi käsikäes” kirjelduses on välja toodud, et programmi sihtgrupiks on Parkinsoni tõvega vanaduspensioniealised isikud, kelle Sotsiaalkindlustusametis (SKA) läbiviidud rehabilitatsioonivajaduse hindamisel on selgunud vähemalt mõõdukas probleem kahes hindamisvaldkonnas. Rehabilitatsiooniprogrammi „Töös ja elus edasi” (AS Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskus, 2016) sisus on välja toodud , et programmi

sihtgrupiks on Parkinsoni tõvega tõealised inimesed, kuid kes ei täida töötukassa aktiivsuse nõudeid ja kellel on Sotsiaalkindlustusametis läbiviidud rehabilitatsioonivajaduse hindamisel selgunud vähemalt mõõdukas probleem kahes hindamisvaldkonnas. Sotsiaalkindlustusamet suunab inimese rehabilitatsiooniprogrammi. Programmi rahastab samuti Sotsiaalkindlustusamet ning kaasfinantseerijaks on AS Põlva Haigla. Programmis on võimalik osaleda korraga kaheksal inimesel. Kliendile on kavandatud arsti nõustamine, füsioterapeudi, psühholoogi, logopeedi, sotsiaaltöötaja, tegevusteraeudi ning toitumisenõustaja sekkumised. Vastavalt programmi tegevuskavale ja kliendi individuaalsetele vajadustele rakendatakse individuaalset ja grupitööd.

Rehabilitatsiooniprogrammi „Elus edasi käsikäes” (2016) eesmärgiks on klientide tegutsemis- ja osalusvõime võimalikult pikaajalisem säilumine, paranemine, positiivse enesehinnangu ja sotsiaalse kaasatuse toetamine. Programmi läbinud klient teab kasutada igapäevaselt ühte programmi jooksul omandatud strateegiat/teadmist. Klient suudab iseseisvalt kodus toime tulla vähemalt kaheksa tundi päevas, säilitades või suurendades ühiskondlikku aktiivsust, osaledes väljaspool kodu tegevuses vähemalt üks kord nädalas.

Programmi „Töös ja elus edasi” (2016) järgi on konkreetse programmi eesmärgiks inimeste motiveerimine ja valmisoleku toetamine, et koondada ressursid jätkusuutlikuks aktiivseks elustiiliks. Programm on suunatud klientide tegutsemis- ja osalusvõime pikemaajalisele säilimisele ja/või paranemisele, toetades positiivset enesehinnangut ja sotsiaalset kaasatust. Olulisel kohal on ka töölesaamise takistuste vähendamine ning töövalmiduse toetamine.

Mõlemad programmid jagunevad kolmeks omavahel seotud perioodiks. Esimene periood on uute teadmiste ja oskuste omandamise periood Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuses kohal viibimisega, kestvusega üheksa päeva. Esimesel perioodil toimub intensiivne sekkumine, mis eeldab erialaspetsialistide aktiivset panustamist meeskonnatöösse. Keskendutakse peamiselt individuaalsetele tegevustele, kuid toetatakse grupitegevuse kaudu ka haigusteadlikkuse kujunemist ning piirangute vähenemist psühhosotsiaalses valdkonnas. Samuti toimub koostöös SA TÜ Närvikliinikuga programmis osalevatele klientidele koolitus nende terviseolukorra

paremaks mõistmiseks ja haigusega toimetulekuks. Lisaks sisaldab tööealiste programm erinevalt eakate programmist ka koostööd Eesti Töötukassa Põlvamaa osakonnaga. Töötukassa annab ülevaate vähenenud töövõimega inimeste tööturuteenustest ja toetustest, töövõimereformist. Töötukassa poolt toimub klientide nõustamine töölesaamise takistustest kõrvaldamiseks ja töövalmiduse toetamiseks.

Teine periood kestab kuus kuud ning see toimub kliendi isiklikus elukeskkonnas. Kliendi ülesandeks on rakendada programmis omandatud teadmisi ja strateegiaid koduprogrammis väljatöötatud harjutuste näol, oma igapäevastes tegevustes ning suhtlusringkondades.

Programmi kolmas periood on omandatud oskuste kinnistumisperiood, kestvusega viis päeva. Kliendid viibivad keskuses kohal. Sekkumistest on sel perioodil esikohal grupitegevused, kuid pakutakse ka individuaaltegevusi. Sel perioodil toimub kogemuste vahetamine, teemakohased arutelud konkreetse terviseolukorra puhul ette tulevatest raskustest. Klientidele pakutakse vajalikku emotsionaalset, sotsiaalset ja praktilist tuge. Omandatud oskuste kinnitamiseks toimub tegevuste läbi viimine loomingulises ja motiveerivas õhkkonnas Seto Talumuuseumis, kus kliendid saavad meistrite käe all omandada või lihvida praktilisi küpsetamise, -käsi -või savitöö oskusi. Tööealiste programmis jätkub koostöö Töötukassaga. Programmide alg- ja lõppfaasis toimub klientide tegevusvõime ja osalusvõime hindamine. Klientide tegutsemis- ja osalusvõimet hindamisel kasutatakse alg- ja lõpphindamisel samu hindamisvahendeid.

## **2.2. Andmekogumismeetod ja osalejad**

Rehabilitatsiooniprogramm on kaasaegne lähenemisviis, kompleksne tegevuste kogum, eesmärgiga toetada ja arendada inimese funktsioneerimis- ja osalusvõimet ühiskonnas. Lõputöös uuritakse inimeste kogemusi ja subjektiivseid tähendusi haigla keskkonnas, kus toimub programmi viimane periood.

Uurimisülesannete lahendamiseks tutvutakse rehabilitatsiooni, Parkinsoni tõve ja rehabilitatsiooni mõju puudutavate materjalidega ja erialakirjandusega ning püütakse välja selgitada indikaatoreid, mis toovad kaasa Parkinsoni tõve korral, läbi rehabilitatsiooni, muutusi inimeste tegevusvõimes.

Uuringu läbiviimiseks on kasutatud kvalitatiivset uurimismeetodit. Kvalitatiivne uurimismeetod on põhjalikum lähenemiviis j selle eesmärgiks on saavutada sügavam ning parem arusaam inimese või grupi kogemustest. Valitud meetod annab võimaluse intervjuude käigus koguda teavet intervjuueeritavate mõtlemise, hoiakute ja käitumise valikute kohta. (Flick, 2004, lk 7).

Peamised tunnused Flick (2004, lk 7) järgi kvalitatiivsel uurimisel:

- sotsiaalne reaalsus on sotsiaalse interaktsiooni tulem, seda mõjutab kontekst;
- tähendused, mida inimesed annavad sotsiaalsele reaalsusele.;
- sotsiaalse reaalsuse tulem on igapäevane looming, mis tuleb läbi protsessi ja ühise maailma;
- interaktsioon ja subjektiivsed lähenemised.

Läbirääkimisi uuringu läbiviimiseks peeti programmi koordinaatori ning Rehabilitatsioonikeskuse osakonna juhatajaga. Programmi koordinaator informeeris programmis osalejaid suusõnaliselt viimase programmiperioodi algul kliendikoosolekul, saades kõigilt osalenutelt positiivse nõusoleku uurimuses osalemiseks.

Uuringu läbiviimise etapid kulgesid vastavalt väljundikeskse uurimisprotsessi mudeli järgi (Õunapuu, 2014, lk 78-80):

- ettevalmistamine: esialgne teooriaga tutvumine; Parkinsoni tõvega inimeste rehabiliteerimise meetodikaga tutvumine; kokkulepete sõlmimine, uurimuse läbiviimiseks loa saamine- jaanuar/veebruar 2017;
- Parkinsoni tõvega eakatele ja tööelistel mõeldud programmides osalejatele intervjuu küsimuste koostamine - veebruar 2017;
- intervjuude läbiviimine - märts 2017;
- uurimusandmete esialgne töötlemine - aprill 2017;
- teooria juurde tagasi pöördumine ja täiendamine - aprill 2017;
- andmete töötlemine - aprill 2017;
- kokkuvõtete tegemine, järelduste vormistamine- aprill ja mai 2017.

Uuringus osalesid kahe programmi peale kokku seitse Parkinsoni tõvega inimest, kellest neli osalesid eakatele Parkinsoni tõvega inimestele mõeldud programmis, sealhulgas kolm neist olid naised ja üks mees, ning kolm tööelist inimest tööelistele mõeldud

programmis, kes olid kõik mehed. Uuringus osalejate vanus jääb vahemikku 44-73 eluaastat. Parkinsoni tõvega inimesed olid programmidesse kokku tulnud üle Eesti. Kahe programmiga alustas septembris 2016 kokku 14 inimest, kuid tervislikel ning töökohaga seotud põhjustel jõudis neist vaid seitse programmi kolmandasse perioodi. . Programmid viidi läbi perioodil 2016 september kuni 2017 märts.

Andmeid koguti poolstruktureeritud intervjuude abil. Merriami (2009, lk 90) järgi on poolstruktureeritud intervjuule iseloomulik mõõdukas struktureerituse tase, kus on sõnastatud peamised intervjuu küsimused ning täpselt ei ole vaja kinni pidada küsimuste järjekorrast. Samuti võib esitada täpsustavaid küsimusi, eesmärgiga teada saada kindlaid aspekte, mis on ajendatud uuringu eesmärgist ja uurimisküsimustest. See võimaldab intervjuueeritavatel kirjeldada maailma inimesele omasel erilisel viisil, ka võimaldab see muuta vajadusel küsimuste järjekorda juhul, kui intervjuueeritav intervjuu käigus liigub ise teemaga edasi ning võimaldab esitada täpsustavaid küsimusi.

Uuritavate kogemuste väljatoomiseks tuleb koguda andmed viisil, et uurija mõju uuritavale oleks võimalikult väike. Uuritavatel peab olema võimalus esitada oma kogemusi vabalt sundimatus õhkkonnas. Nad peavad saama lisada vastustele oma arvamust ja kogemusi. (Laherand, 2008, lk 88)

Konfidentsiaalsuse ja eetikanõuete täitmiseks selgitati osalejatele, et kogutavad andmed on kasutamiseks ainult uuringu läbiviija poolt, kes ei avalda isikuga kokkuviidavaid andmeid kõrvalistele isikutele. Osalejad allkirjastavad programmi sisenedes dokumendi, millega annavad loa oma isikuandmete töötlemiseks rehabilitatsioonimeeskonna personalile. Uuringu koostaja ja läbiviija kuulub nimetatud rehabilitatsioonimeeskonna personali hulka. Läbiviija teavitas osalejaid sellest, et inimeste poolt jagatud andmeid kasutatakse uuringus ning programmi edasiarendamises, kuid ei avaldata kõrvalistele isikutele.

Poolstruktureeritud intervjuude läbiviimine toimus lõputöö koostaja poolt, kes ühtlasi ka töötab Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuses eripedagoogina. Uurija puutus uuritavate klientidega programmi jooksul mitmel korral kokku, kuid teenust neile ei osutanud. Intervjuud salvestati kasutades diktofoni, mille kasutamiseks intervjuus osalejalt esmalt ka luba küsiti.

Intervjuu läbi viimisel juhinduti intervjuu kavast, mille kaudu intervjuudest saadud andmed jagunesid järgnevate teemade alla :

1. Programmis osaleja teadlikkus programmist, programmipõhisest lähenemisest:
  - kokkupuude rehabilitatsiooniga;
  - informatsiooni hankimine;
  - kliendi eesmärk.
2. Programmis osaleja kogemused koostööst rehabilitatsiooni meeskonnaga:
  - klientide hinnang isiklikule toimetulekule;
  - rahuolu teenustega;
3. Programmis osalemise väärtus (kliendi poolne):
  - omandatud teadmised;
  - muutused tegevus- ja osalusvõimes;
  - ettepanekud.

Uurimus viidi läbi ajal, mil ajaliselt esmalt leidis aset kolmas programmiperiood eakatele, kokku nelja inimesega. Kõik neli osalesid uurimuses. Seejärel toimus kolmas programmiperiood tööealistele inimestele, kus samuti osalesid käesolevas uurimuses kõik kolm inimest. Mõned küsimused olid väga isiklikud ja uuringus osalejate huvidest lähtuvalt ei püütud neile soovimatuse korral vastama ärgitada. Uuringu läbiviimise ajaks olid osavõtjad lõpetamas Parkinsoni programmis osalemist. Neil oli jäänud veel vaid mõnes teraapias osaleda. Intervjuu küsimused varieeruvad vastavalt sellele, kas on tegemist vanaduspensioniaalse kliendiga või tööealise kliendiga. Intervjuu küsimuste koostamisel lähtuti uurimisküsimustest, need omakorda uuringu eesmärgist ning uurimisprobleemist. Intervjuu klientidega viidi läbi Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse ruumides. Täpsemaid intervjuuküsimusi saab lugeda lisa 1 ja lisa 2.

### **2.3. Andmeanalüüsimeetod ja protsess**

Kogutud andmeid analüüsiti kasutades kvalitatiivset temaatilist analüüsi. Seda analüüsimeetodit rakendatakse tekstiandmete sisuliseks struktureerimiseks ja tõlgendamiseks, sh intervjueritavatele oluliste teemade ilmnemise kindlaks tegemiseks ja analüüsimiseks. Temaatiline analüüs on analüüsi viis, mille abil kvalitatiivseid

andmeid jagatakse osadeks (tekstiühikuteks), saadud tekstiosad struktureeritakse teemadest lähtuvalt, summeeritakse ja taasluuakse tervikuks nii, et kõige olulisemad ideed sealjuures kaotsi ei läheks (Ayres, 2008b, lk 867). Teemaatiline analüüs lihtsustab kvalitatiivsete andmete hulgast sarnaste mustrite otsimist, aitab leida andmetes peituvad tähendused ja mõtted (Laherand, 2008, lk 290). Teemaatilise analüüsi tulemuseks on ühendavate mustrite kirjeldamine (Ayres, 2008b, lk 867).

Diktofoniga salvestatud intervjuud transkribeeriti. Kõik vastused ja jutuajamised kirjutati ümber võimalikult täpselt programmi Microsoft Word, ka pause ning emotsioone kajastades. Salvestatud materjal säilitati, et vajadusel hiljem uuesti üle kuulata. Transkribeeritud materjal loeti mitu korda läbi, seejärel struktureeriti teksti osad vastavalt uurimuse küsimustele ja seejärel loodi teemade lõikes alateemad, mida autor hakkas järjest analüüsima ning uurimuse osas esitama. Iga alateema oli tuletatud ühest või mitmest intervjuu küsimusest. Esile kerkisid kõige olulisemad teemad, millest uurimuses osalejad kõige rohkem rääkisid ja tekkis muster, mille järgi joonistusid välja erinevad uurimuse teemaga seotud aspektid. Tulemuste esitamises toodi välja alateema ning seda täiendati inimeste poolsete tsitaatidega. Tsitaadid on esitatud kursiivkirjas.

Analüüsi tegemisel kasutati teemaatilist kodeerimist (Saldana, 2008) ning kogutud andmete lõigud jaotati intervjuu kava teemade järgi. Lähtuvalt uurimuse eesmärgist ja intervjuudest tekkisid koostöö uurimiseks teemaatilised peakategooriad.

Andmete kogumisel pöörati tähelepanu sellele, mis on uurimuses osalejate jaoks oluline ning mida selle teemaga seoses pidasid oluliseks rääkida. Analüüsi puhul oli uuringu läbiviija eelis see, et poldud teemaga varem praktilisel tasandil kokku puutunud, klientidele uuringu läbiviija teenuseid ei osutanud ning seetõttu oldi vähem mõjutatud eelnevast kogemusest.

## **2.4. Tulemuste analüüs**

### **2.4.1. Programmis osaleja teadlikkus programmist, programmipõhisest lähenemisest**

Uuringus osalesid seitse Parkinsoni tõvega klienti, kes osalesid rehabilitatsiooniprogrammis „Elus edasi käsikäes“ või „Töös ja elus edasi“.



Programmid jagunesid vanaduspensioniealiste ja tööealiste klientide vahel. Uuringus osalejatest olid kolm olid naised ja neli meest. Intervjuu küsimused moodustati viisil, et nende põhjal oleks võimalik leida vastuseid uurimisküsimustele. Intervjueeritud kliendid olid vanuses 44-73 aastat. Uuringus osalejad olid saanud Parkinsoni tõve pool aastat kuni kuus aastat tagasi. Ainult üks klient osalenutest oli tööturul aktiivne.

Tulemuste esitamisel ei kasutata järgnevas tekstis konfidentsiaalsuse huvidest ühtegi õiget isiku nime. Seega viidatakse intervjueeritavatele kui respondentidele (R1, R2, R3... )

Käesolevas alapeatükis antakse ülevaade programmis osalenud inimeste varasemast kokkupuutest rehabilitatsiooniga ja rehabilitatsiooniprogrammidega. Tuuakse välja osalejate poolt nimetatud viisid, kuidas saadi infot Parkinsoni haigete programmi kohta. Välja tuuakse ka osalejate enda poolt nimetatud eesmärgid ja ootused programmis osalemise suhtes.

Intervjuudes tõid kõik respondendid välja, et rehabilitatsiooniprogrammis osalemine oli kõigile uuritavatele esmane kogemus, küll aga oldi varem kokku puutunud Sotsiaalkindlustusametiga ning asutustega, kes pakuvad sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuseid.

*R3/Ma olen varem ikka saanud neid rehabi teenuseid, aga sedasi programmis osalemist pole varem olnud..ei teadnudki, et selliseid programme tehakse./*

*R4/Seda ma tõesti ei teadnud, mis siin saama hakkab, aga no neid teenuseid teadsin ikka, mida pakuti..füsioteraapia, psühholoog../*

Üheks oluliseks koostöö väljundiks on info edastamine ja info saamine. Programmis osalenud kliendid olid kokku tulnud üle Eesti. Küsimusele, kuidas saadi infot Parkinsoni programmi kohta selgus, et infot rehabilitatsiooniprogrammi kohta saadi neuroloogilt, perearstilt või Parkinsoni Liidust, kes suunasid inimesed edasi Sotsiaalkindlustusametisse dokumentide vormistamiseks või Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse poole, kes omakorda suunas dokumentide vormistamiseks kliendid Sotsiaalkindlustusametisse. Samuti tõid osalejad välja, et programmi kohta oli iseseisvalt väga raske informatsiooni hankida.

*R2/Kui mul poleks neuroloogi vastuvõttu toimunud, siis ega ma ei teakski, et selline programm siin toimus. Meedias ju reklaami ei olnud./*

*R3/No kus ma siis teadsin, aga see Parkinsoni Liit on küll üks hea asi, seal meile ikka infot jagatakse./*

Üks osaleja tõi välja, et väga head infot programmi korralduse ja osutatavate teenuste kohta sai ta Põlva Haigla töötajalt, kellega sai telefonitsi vesteldud.

*R3/Teie spetsialist helistas mulle mitu korda, et mis siin siis minuga tehakse ja kas ma ikka osalen..kõik on väga toetavad./*

Intervjuudes tõi kõik programmis osalenud välja, et nendega võeti enne programmi algust Põlva Haigla poolt ühendust ning nad tundsid, et nad olid oodatud.

Intervjuudes väljendati teadmatust tuleviku ees. Küsimusele, miks otsustati programmis osaleda, tõi mitu inimest välja nende poolse teadmatuse haiguse kulu kohta, ravi võimaluste ja rehabilitatsiooni kaudu saadava lahenduse ning abi kohta. Kõik vastanud tõi välja soovi oma terviseolukorda säilitada, üks vastanu soovis terviseolukorda oluliselt parandada.

*R7/See suhtumine ja kõik..see algab mõtlemisest../ma enam ei mõtle sellele, et olen haige..mõtlen, et olen terve..just seda ma soovingi./*

Klientide vastustest ilmnes motivatsiooni ja tahet iseenda jaoks kasulik olla, enda tervist hoida.

*R1/No et ikka ennast aidata..selle haigusega ei tohi laisk olla./*

Kolmel korral on ära mainitud enda aktiivsust, enesekindlust ja julgust elada. Põhjusena toodi välja ka eluline hädavajadus, sest inimeste sõnul on raske majandada ja igapäevaeluga toime tulla.

*R3/Ma tean, et ega paremaks enam ei lähe, see haigus..Parkinson..progresseerub, aga ma tahaksin, et ma sel moel nagu praegu, suudaksin veel mõnda aega toimetada./*

Intervjuu käigus uuriti osalenute arvamust selle kohta, miks nende arvates

rehabilitatsiooniprogramm Parkinsoni haigetele koostati, lootes saada ülevaadet klientide teadlikkusest rehabilitatsiooniprogrammide vajalikkuse kohta. Osalenutest kuus oli arvamusel, et programm koostati Parkinsoni haigete ravimiseks või tervise toetamiseks.

*R3/Seda on vaja ikka inimestel, informatsiooni spetsialistide poolt, et kuidas siin elus siis edasi minna, kui selline diagnoos on antud./*

Üks osaleja arvas, et programm koostati uurimistöö pärast.

#### **2.4.2. Programmis osaleja kogemused koostööst rehabilitatsiooni meeskonnaga**

Käesolevas alapeatükis tuuakse välja programmis osalenud klientide poolne hinnang oma igapäevasele toimetulekule intervjuerimise hetkel. Toimetulek hõlmab nii elamise, töötamise, õppimise, vaba aja kui ka sotsialiseerumise valdkondi. Toimetulek võib olla nii füüsiline, psüühiline kui ka sotsiaalne. Analüüsiti ka klientide poolset rahulolu programmi korraldusega ning programmi käigus osutatud teenustega.

Tööealiste ja eakate osalejate arvamused oma terviseolukorra kohta erinesid. Oma toimetulekut igapäevastes tegemistes ja töötamisel hindavad eakad intervjueritavad pigem kehvemapoolseks.

*R2/No ei ole hea olla..see värin just..ega ta ei lase elada./*

*R5/Olen veel paar aastat tööeline mees, aga näed..haigus ei lase toimetada..mälu ei ole, liigutada on raske./*

Respondendid tõid välja, et kõige enam on haiguse tõttu halvenenud liikumine, käed ja jalad on nõrgad, raske on hoida liikumisel tasakaalu ning liigutused on aeglased. Eakad kliendid kaebasid ka mälu halvenemise üle. Selleks, et päevased toimetused meele püsiks tehakse märkmeid, või pannakse telefoni meeldetuletused.

*R3/Mul on kõik telefoni märgitud..tuletab rohtude võtmist ka meelde..no hea on, et sedasi on./*

Intervjuudes toodi välja, et just käte värisemine ja probleemne liikumine, teevad haigusega elamise raskeks.

*R3/Need käed ei lase mul elada, nad värisuvad..näed..mõnikord ausalt ei tahaks enam./*

Tööealised kliendid hindavad oma toimetulekut heaks ning vaid üks, kes neist aktiivselt ka töötab, leiab, et saab praegusel töökohal hakkama.

*R7/Praegu saan veel hakkama, aga läheb veel paremaks. Ma väga ei muretse./*

Üks tööealine klient tõi välja, et tema puhul on kõige suuremad probleemid hoopiski vaimset laadi.

*R7/Pidin alustama üldsegi sellest, et see Parkinsoni tõbi endale vastuvõetavaks teha. No ei taha ju tunnistada, et see haigus nüüd on ja nii. No see psühholoog siin/./, tema toetusel sain ma oma pea selgeks./*

Tööealised kliendid tõid intervjuudes välja, et nende funktsionaalsus olulisel määral halvenenud ei ole, küll aga on raske haiguse olemasolu ja haiguse progresseerumist tunnistada ja sellega leppida.

Intervjuu käigus uuriti klientidelt, milliseid teenuseid neile osutati ning milline teenus kõige enam sobis. Vastanud oskasid nimetada füsioteraapia, tegevusteraapia, psühholoogi, logopeedi, sotsiaaltöötaja, õe teenuseid. Ühtegi teenuseosutajat ei jäetud nimetamata. Teenuseid osutati nii individuaalselt kui ka grupis. Kõik programmis osalenud nägid vajadust grupiteenuste järgi. Osalenute sõnul see liitis neid vaimsel tasandil, nad said teineteiselt tuge jagades oma kogemust haigusega elamisega. Meeldivana toodi ka välja külalised, kes olid programmi kaasatud, eesmärgiga nõustada kliente haiguse ja töövõimaluste teemal.

*R3/Grupitöö mulle väga meeldis/./nüüd kui see kõik läbi hakkab saama, on natuke kurb. Nendelt inimestelt siin, olen justkui tuge saanud./*

Intervjuudest selgus, et kõige mõjusamaks hinnati füsioterapeudi individuaalteenust. Korduvalt toodi välja füsioteraapia individuaalteenuse kasulikkust ning seda mitmest aspektist. Kliendid olid rahul sellega, et nendega tegeleti individuaalselt, see tähendab,

et nad said personaalset abi just nende terviseolukorrast lähtuvalt.

*R3/Spetsialist uuris enne asja, kuidas mul see asi toimib ja mida mul vaja oleks kõige rohkem ja lähtuvalt sellest, teeb harjutusi ainult minuga././Pärast sügist, no kui siin haiglas olime, ma arvan, et tänu füsioteraapiale, ma jõudsin ennast sirgena hoida. Muidu näed küll, vajun koguaeg ettepoole, aga siis jõudsin./*

Olgu mainitud, et kõigile osalejatele koostasid füsioterapeudid individuaalse treeningkava, mida osalenud iseseisvalt kodus järgida ja harjutada saavad.

*R4/Ega ma enne seda programmi ei teadnud midagi sellest, noh mis minu liikumist võiks parandada. Nüüd mul on see kava, et saan kodus ise harjutusi teha. See on väga tore./*

Intervjuudest selgus, et suuremat rahulolu pakkus ka psühholoogi individuaalteenus, kus psühholoog esmalt hindas kliendi psüühilist ja emotsionaalset seisundit, seejärel keskenduti emotsionaalsele toimetulekule, kognitiivsele sooritusele, käitumuslike probleemidele ning seejärel koostas igale kliendile kaebustest lähtuvalt ja vajadusele vastavalt individuaalse koduse programmi, mis leevendab kliendi kaebusi.

*R7/Kõige raskem selle haiguse juures on see, et noh..ah ei tahagi öelda aga..mul on raske leppida. Psühholoogiga vestlemine oli väga kasulik, sest ta pani mind teistmoodi mõtlema. Nüüd ma saan hakkama enda mõtetega./*

Intervjueeritavatelt uuriti ka seda, et kas oma terviseolukorrast rääkimine, teadmiste jagamine, oli neile raske või ebameeldiv, ärevust tekitav. Siin jagunesid arvamused kaheks. Mõni ei tundnud end häirituna.

*R6/mitte üldse ei... mõnus tunne.../.*

Kolm osalejat mainisid, et mõnikord on raske neil teemadel rääkida. Toodi välja, et ärevust tervise teemal rääkimise ees aitasid leevendada individuaalsed vestlused spetsialistidega.

### 2.4.3. Programmis osalemise väärtus (kliendi poolne)

Käesolevas alapeatükis tuuakse välja kliendipoolne programmis osalemisest saadud kasu. Intervjuu käigus uuriti, milliseid uusi teadmisi on kliendid programmis olemise jooksul omandanud ning kuidas omandatud teadmised ja osutatud teenused on muutnud uuritavate tegevus- ja osalusvõimet. Peatükis tuuakse välja ka kliendipoolsed ettepanekud rehabilitatsiooniprogrammide parendamiseks.

Intervjuusid analüüsid ilmnes, et teadmised, mida programmist kaasa võeti, olid kas tervise alased või konkreetsed harjutused, mida funktsioneerimise hoidmiseks igapäevasel kodus teha. Kõik osalejad nimetasid väärtuslikuks neid teadmisi, mida füsioterapeudid jagasid. Teadmisi, mis aitavad Parkinsoni tõvega haigetel liigutuslikku arengut soodustada ja või säilitada.

*R3/Need värinad muidu väga segavad, aga nüüd ma tean, et kui ringi liikuda, siis ei pane seda niivõrd tähele, seda ei pea kannatama./*

Kasulikuks peeti ka TÜK Närvikliiniku poolt läbi viidud koolitust terviseolukorra paremaks mõistmiseks ja haigusega toimetulekuks.

*R4/Mulle oli vist kõige kasulik see, kui see arst meiega vestlemas käia..no selle haiguse teemal, et ma teadsin küll, et see haigus on selline, et läheb koguaeg hullemaks, aga tema selgitas meile põhjalikult Parkinsoni haigust ja ravivõimalusi. Väga asjalik oli./*

*R2/Kaks aastat olen selle haigusega olnud ja ega ma ei teadnud kõike. Nüüd tean, ja ausalt kergem on./*

Üldiselt pidasid kõik intervjuueeritavad osutatud teenuseid vajalikeks. Kordagi ei mainitud, et ühte või teist teenust oleks olnud liiga palju või oleks olnud ebavajalik.

Märgatavalt olid osalejate hinnangul Parkinsoni programmis osalemise ajal paranenud enesekohased uskumused ja enesehinnang, julgus enda soovide ja vajaduste eest seista, suurenenud lootus ning enesekindlus.

*R7/ Minu pea on nüüd selgem, ma aktsepteerin seda haigust ja annan endast parima, et*

*ennast aidata./*

Küsimusele, kas programmis osalemine muutis inimest sotsiaalselt aktiivsemaks, saadi kõigilt kolmelt tööealiselt kliendilt negatiivse vastuse, kuid tegelikult aktiivsusmuutused toimusid. Vastanud pidasid ennast rahulikeks inimesteks, kes pigem vabal ajal aega kodust väljas pool ei veeda. küll aga toodi välja, et grupitegevused liitsid neid, üheskoos arutati terviseprobleemide üle ning vajadusel toetati üksteist nõu küsimisel.

*R3/Hea oli nagu noh..omasuguseid näha. Koos me arutasime ja küsisime. Nüüd ma tean, et ma ei ole üksi, mul on kaaskannatajaid./*

Terviseolukorrast tulenevate funktsioonihäiretele ja oma puudustele keskendumise asemel teadvustati enam enda terveid, tugevaid, häid külgi ja mõeldi rohkem sellele, mida ja kuidas saab endale tähendusrikaste soovide täitmiseks teha. Intervjuudes toodi välja, et paranenud oli ka osalenute liikumine või vähemalt teadlikkus abivahenditest, mis aitavad mugavamalt ja paremini liikuda.

*R3/Tegevusteraapias sain ma kõike neid vahendeid proovida ja kirjutasin kõik üles ka!/  
R2/Näed, ma liigun ringi praegu ja mu selg on sirge, ma oskan sellele tähelepanu pöörata./*

Too di küll välja, et paranemise märke ilmn es pärast esimese perioodi lõppu ning ka kolmanda perioodi lõppedes, kuid tunnistati, et teisel perioodil, kus toimus iseseisev uue info ja oskuste rakendamine, oldi laisad ning seetõttu märkimisväärseid tulemusi ei ilmn enud.

*R2/Tead..ega inimene on laisk. Vähemalt nüüd on mul kõik see info kirjas ja eks see on siis mu enda teha nüüd./*

Kõik programmis osalenud tõid intervjuus välja, et jäädi osutatud teenustega ja korraldusega rahule ning seetõttu märkimisväärseid ettepanekuid ei esitatud.

*R5/No minule oli see ju esmane kogemus, sedasi osaleda. Ei oska öelda, kas üldse midagi teisiti tegema peaks. Ma jäin rahule./*

*R3/No ma olen spetsialistide ja olemisega siin väga rahul..ma ei oska öelda, kas peaks*

*midagi muutma. Ma tunnen, et see oli vajalik./*

Programmi intensiivsuse kohta uurides ilmnes, et intensiivsust peeti sobivaks ning mitte liialt väsitavaks. Ettepanekuid tehti vaba aja veetmise teemadel.

*R2/Õhtul võiks midagi olla..mõni õhtu oli päris igav./*

Intervjuudest selgus, et vaba aja veetmise viisidena, mida programm võiks sisaldada, toodi välja meelelahutuslikke tegevusi ning aktiivseid füüsilisi tegevusi.

*R3/Hea meelega oleks koos läinud õhtul kohvikusse, või loodusesse../*

Kokkuvõtvalt ilmnes, et vaba aja tegevuste all mõeldi eelkõige meelelahutuslikke tegevusi nagu vestlusring, laulmine, tantsimine, meisterdamine, lauamängud ning aktiviseerivate tegevustena vabas õhus grupitegevusi nagu jalutamine, linnaga tutvumine, kohvikutes käimine.

## **2.5. Tulemuste arutelu ja ettepanekud rehabilitatsiooniprogrammi edasiarendamiseks**

Antud lõputöö eesmärgiks oli selgitada välja Parkinsoni tõvega inimeste arvamused rehabilitatsiooniprogrammis osalemise tulemusel tegevusvõimes toimunud muutuste kohta ja osalejate soovitusel rehabilitatsiooniprogrammi edasiarendamiseks. Eesmärgist tulenevalt otsiti vastuseid järgmistele uurimisküsimustele: millised on inimeste arvamused rehabilitatsiooniprogrammides osalemise järeletoime muutuste kohta nende igapäevaelus ja tegevusvõimes ja millised on inimeste soovitusel rehabilitatsiooniprogrammide edasiarendamiseks ja koostöö tõhustamiseks?

### **Programmis osaleja teadlikkus programmist, programmipõhisest lähenemisest.**

Uurimistulemused näitasid, et Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse poolt koostatud Parkinsoni haigete rehabilitatsiooniprogrammides eakatele ja tööealistele inimestele, oli see esmane kokkupuude programmipõhise rehabilitatsiooniga. Olgu siinkohal mainitud, et Vana et al. (2009) järgi hakati Eestis rehabilitatsiooniprogramme osutama alates 2009 aastast. Intevjuude analüüsist ilmnes, et informatsiooni Parkinsoni programmide kohta oli üsna keeruline hankida, iseseisvalt praktilist võimatu. Tulemustest tuli välja aga see,



et nendele allikatele, kes Parkinsoni tõvega inimestega kokkupuutuvad (SA TÜ Närvikliinik, Parkinsoni Liit, perearstid), oli informatsiooni programmide kohta siiski edastatud ning nimetatud kanalite kaudu oli see ka inimesteni jõudnud. Tulemusi analüüsid selgus, et programmis osalenud olid niivõrd teadlikud rehabilitatsioonist, et nad teadsid, et need teenused, mida rehabilitatsiooniraames osutatakse, peaksid aitama haigete terviseolukorda ja funktsioneerimist säilitada. See oli ka põhiline eesmärk, miks inimesed otsustasid programmis osaleda.

Pallone, (viidatud Rodrigues-de-Paula, 2010 vahendusel) järgi on Parkinsoni tõve ravi eesmärk säilitada inimese iseseisvust ja parandada elukvaliteeti. Personaalsed tegurid, mis viitavad edasi liikumisele ja enesearengule on Kralik et al., (Dean et al., 2012, lk 143 vahendusel) haigusesse suhtumise teadvustamine, sisemise vastuolu arendamine, loobumine enese võrdlemisest teistega, prioriteetide paikapane, teistega oma kogemuste jagamine, enese kursis hoidmine eneseabi võimalustega. Tulemusi analüüsid selgus, et teoreetilised eesmärgid ühtisid programmis osalenute nimetatud muutustega tegevus- ja osalusvõimes programmi lõppedes. Märgatavalt olid osalejate hinnangul Parkinsoni programmis osalemise ajal paranenud enesekohased uskumused ja enesehinnang, julgus enda soovide ja vajaduste eest seista, suurenenud lootus ning enesekindlus. Terviseolukorrast tulenevate funktsioonihäiretele ja oma puudustele keskendumise asemel teadvustati enam enda terveid, tugevaid, häid külgi ja mõeldi rohkem sellele, mida ja kuidas saab endale tähendusrikaste soovide täitmiseks teha.

**Programmis osaleja kogemused koostööst rehabilitatsiooni meeskonnaga.** Wade et al., (2003, lk 158) on uuringute käigus kindlaks teinud et parimat efektiivset ja tulemuslikku rehabilitatsiooni pakuvad Parkinsoni tõve kaasaegses käsitluses multiprofessionaalsed rehabilitatsioonispetsialistide meeskonnad. Programmipõhises rehabilitatsioonis on oluline, et kindla sihtgrupiga töötades, kaasatakse erinevaid spetsialiste, et leevendada kliendi füüsilisi probleeme, kohaneda haigusega ja tulla toime igapäevase eluga ning seeläbi toetada inimese üldist elukvaliteeti. Intervjuude tulemuste analüüsist selgus, et osalenud kliendid said kompleksset teenust, kuhu olid kaasatud mitmed spetsialistid, kes töötasid kõik ühise eesmärgi nimel. Kliendid teadsid nimetada mitme teenuse mõju nende tegevus- ja osalusvõimele.

Taba (2007, lk 6) toob välja, et Parkinsoni tõbi toob endaga kaasa mitmeid piiranguid

inimese funktsioneerimises ning psüühikas. Parkinsonismi tunnused avalduvad mootorsete sümptomitena nagu treemor, rigiidsus, bradükineesia ja posturaalne ebastabiilsus diagnoositutel elukvaliteeti, töötamist ja sotsiaalset elu. Lisaks mõjutavad mitmed mittemotoorsed sümptomid, mis on seotud kognitiivsete, neuropsühhiaatriliste, autonoomse närvisüsteemi ja sensoorika häiretega. Intervjuu tulemustest ilmnes, et eakate inimeste hinnang oma toimetuleku oli kehvem kui tööelistel. Esines käte ja keha värisemist, tasakaaluhäireid, kohmakust liigutustes ja liikumisel. Klientide mälu oli oluliselt halvenenud pärast haigestumist ning nimetatud tegurid kokku häirisid inimeste igapäeva elu ja tegevusi.

Narusson et al., (2011, lk 15) toodi välja, et rehabilitatsiooniprogrammis sisalduvad arendavate ning rehabiliteerivate tegevuste integreeritud elemendid ning seejuures on maksimaalselt arevestatud inimese individuaalset eripära, eesmärgid ja konkreetse puude spetsiifikat. Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse (2016) poolt osutatud programmide eesmärk oli klientide tegutsemis- ja osalusvõime võimalikult pikaajalisem säilumine, paranemine, positiivse enesehinnangu ja sotsiaalse kaasatuse toetamine. Seejuures peab programmi läbinud klient kasutada igapäevaselt ühte programmi jooksul omandatud strateegiat/teadmist. Klient peab programmi lõppedes suutma iseseisvalt kodus toime tulla vähemalt kaheksa tundi päevas, säilitades või suurendades ühiskondlikku aktiivsust, osaledes väljaspool kodu tegevuses vähemalt üks kord nädalas. Tööelisel kliendil lisaks ka töölesaamise takistuste vähendamine ning töövalmiduse toetamine. Intervjuu tulemustest lähtuvalt võib väita, et kliendid tunnetasid, et nendega tegeleti individuaalselt, ainult nende probleemidest ja vajadustest lähtuvalt, kuid arvestades seejuures Parkinsoni tõve eripärasid. Klientide teadmised kasvasid olulisel määral, seda nii tervisealase informatsiooni kaudu kui ka spetsiaalsete toimetulekut parandavate harjutuskavade näol. Intervjuude analüüsist selgus, et vaid üks tööeline klient oli töötav inimene ning tema tööd haigus siiani ei seganud. Paranesid klientide enesekohased uskumused, enesehinnang, seejuures enesekindlus, ning julgus oma soovide ja vajaduste eest siesta. Intervjueeritavad tõid intervjuudes välja vähesel määral uutusi klientide tegevus- ja osalusvõimes. Mainiti informatsiooni ja uusi teadmisi, mida programmi käigus omandati ning mida kliendid saavad iseseisvalt kasutada tegevus- ja osalusvõime säilitamiseks.

**Ettepanekud.** Intervjuudest selgus, et inimesed olid programmis osutatud teenustega ja programmi korraldusega rahul. Küll aga toob uurimuse läbiviija välja omapoolse arvamuse, kus ilmneb vajadus jagada programme puudutavat informatsiooni laiaulatuslikumalt, samuti ka vajaduse veelgi põhjalikumalt tutvustada sotsiaalset rehabilitatsiooni. Oluliseks peab töö autor seda, et inimesed mõistaksid, et rehabilitatsioon ei ole ravi, vaid funktsioneerimise arendamine, uute oskuste õpetamine ka omandamine, abivahenditele juurdepääsu võimaldamine ning samuti inimeste enese aktsepteerimine ja uuesti läbimõtlemine, mida inimene suuda ja saab teha ühiskonnas.

Tulemusi analüüside selgus ka, et inimestel oli keeruline informatsiooni hankida ning mõnele kliendile jäi programmi alguseni kohati arusaamatuks, mis teda ees ootab. Uurimuse läbiviija soovitab informatsiooni aktiivsemalt levitada Põlva Haigla kodulehel, samuti erinevates meediaväljaannetes või koguni televisioonis. Erinevate vaba aja veetmise võimaluste lisamine tegevustesse, on programmi koostajatele hea mõttekoht, mille tulemusena võib kasvada klientide rahulolu programmi korraldusega, läbiviimisega ning tulemusena liidaks see inimesi veelgi enam.

## KOKKUVÕTE

Käesolev töö koostati teemal Parkinsoni tõvega inimeste kogemused rehabilitatsiooniprogrammis osalemisest AS Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse näitel. Uuring oli vajalik selleks, et selgitada välja, programmis osalenute arvamused programmi tulemuslikkuse kohta, mis avalduvad muutustes klientide tegevusvõimes. Seejuures tuues välja kliendi poolsed programmidega seonduvad probleemkohad.

Uuringu läbiviimiseks on kasutatud kvalitatiivset uurimismeetodit. Andmeid koguti poolstruktureeritud intervjuude abil. Antud uuringu tulemusena toodi välja rehabilitatsiooniprogrammis „Elus edasi käsikäes” ja „Töös ja elus edasi” osalenute kogemused programmis osalemisest, osutatud teenuste läbi toimunud muutused inimeste tegevus- ja osalusvõimes ning ettepanekud probleemsete kohtade parendamiseks.

Uuringu valimi moodustasid seitse rehabilitatsiooniprogrammis osalenud klienti, vanuses 44-73 aastat, neist neli olid mehed ja kolm naised. Uuringu tulemustest selgus, et programmis osalemine oli kõikide osalenute jaoks esmane kogemus, varasemalt oldi kokkupuutunud sotsiaalse rehabilitatsiooniga, vaid rehabilitatsiooniplaani alusel üksikteenuste raames.

Rehabilitatsiooniprogrammide osutamine on vajalik ja kasulik, sest programmis sisalduvad arendavate ning rehabiliteerivate tegevuste elemendid ning on maksimaalselt arevstatud inimese individuaalset eripära, eesmärgi ja konkreetse puude spetsiifikat. Parkinsoni tõbi on progresseeruv haigus, mistõttu on vajalik tagada pidev spetsialistide poolne sekkumine, iseseisvuse ja elukvaliteedi säilitamiseks.

Tulemuste analüüsi ja arutluse põhjal võib väita, et programmides osalenud inimeste arvamused, kogemused ning omandatud teadmised, ühtivad sellega, mida programmid taotlesid, mis oli nende osutamise eesmärk. Olgu siinkohal mainitud, et eakatele

mõeldud programmi eesmärgiks oli klientide tegutsemis- ja osalusvõime võimalikult pikaajalisem säilumine, paranemine, positiivse enesehinnangu ja sotsiaalse kaasatuse toetamine. Programmi läbinud klient teab kasutada igapäevaselt ühte programmi jooksul omandatud strateegiat/teadmist. Seejuures suudab klient iseseisvalt kodus toime tulla vähemalt kaheksa tundi päevas, säilitades või suurendades ühiskondlikku aktiivsust. Tööealiste programmi eesmärgiks oli inimeste motiveerimine ja valmisoleku toetamine, et koondada ressursid jätkusuutlikuks aktiivseks elustiiliks, toetades positiivset enesehinnangut ja sotsiaalset kaasatust.

Tulemustest selgus, et olulisel määral suurenes inimeste teadlikus mitmes aspektis, seda nii Parkinsoni tõvest kui haigusest kui ka erinevate harjutuste näol, mis on abiks inimese funktsioneerimise säilitamiseks/toetamiseks. Suurenesid teadmised sobivatest abivahenditest, mis hõlbustavad igapäeva elus toimetulekut, samuti omandati ka erinevaid tehnikaid, kuidas haigusega leppida, emotsioonidega toime tulla. Suurenes klientide enesekindlus, tahe ja motivatsioon ennast aidata, usk iseendasse.

Tulemustest ilmnes, et mõned vastanud pidasid ennast vaikseteks ja rahulikeks inimesteks, seetõttu pidasid nad ennast sotsiaalselt mitte aktiivseteks inimesteks. Vähesel määral avaldati arvamusi tegevus- ja osalusvõime muutuste kohta toodi välja, küll aga mainiti teadmisi, mis on abiks tegevus- ja osalusvõime säilitamiseks.

Uuringu koostaja arvates oleks tulemused olnud veelgi täpsemad ja põhjalikumad, kui uuring oleks läbi viidud mõni aeg pärast rehabilitatsiooniprogrammide lõppemist. Sedasi oleks saanud tulemusi ka ühiskondliku aktiivsuse tõusu või languse kohta ning ka jätkusuutliku aktiivse elustiili kohta.

## VIIDATUD ALLIKAD

- Anthoni, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *A Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Retrieved from <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2011/10/Primer-on-the-Psych-Rehab-Process.pdf>
- AS Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskus. (2016). Sotsiaalse rehabilitatsiooni programm Parkinsoni tõvega eakatele. „*Elus edasi käsikäes*” Põlva Haigla.
- AS Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskus. (2016). Sotsiaalse rehabilitatsiooni programm Parkinsoni tõvega eakatele. „*Elus edasi käsikäes*” kokkuvõte. Loetud aadressil [http://www.polvahgl.ee/wp-content/uploads/2016/08/Elus\\_edasi\\_kasikaes\\_2016.pdf](http://www.polvahgl.ee/wp-content/uploads/2016/08/Elus_edasi_kasikaes_2016.pdf)
- AS Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskus. (2016). Sotsiaalse rehabilitatsiooni programm Parkinsoni tõvega tööealistele inimestele. „*Töös ja elus edasi*”. Põlva Haigla
- AS Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskus. (2016). Sotsiaalse rehabilitatsiooni programm Parkinsoni tõvega tööealistele inimestele. „*Töös ja elus edasi*” kokkuvõte. Loetud aadressil [http://www.polvahgl.ee/wp-content/uploads/2016/08/toos\\_ja\\_elus\\_edasi\\_2016.pdf](http://www.polvahgl.ee/wp-content/uploads/2016/08/toos_ja_elus_edasi_2016.pdf)
- Ayres, L. (2008). Semi-Structured Interview. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (pp. 810–811). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Ayres, L. (2008b). Thematic Coding and Analysis. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (pp. 867–868). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Dean, S. G., Siegert, R. J., & Taylor, W. J. (2012). *Interprofessional Rehabilitation A person – centred approach*. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell.
- Eesti Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/121122016021>
- Ellis, T. (2008). Effectiveness of an Inpatient Multidisciplinary Rehabilitation Program for People With Parkinson Disease. *Physical Therapy*, 88(7), 812–819.

<https://doi.org/10.2522/ptj.20070265>

- Falvo, D.R. (2009). Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability. *Jones and Barlett Publishers*.
- Flick, U., (2004). *A Companion to QUALITATIVE RESEARCH*. Sage publications.
- Gutenbrunner C., Meyer T., Melvin J., Stucki G. (2011). Towards an internationally accepted conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med*, 43, 760–764. Recieved from <http://www.isprm.org/wp-content/uploads/2014/01/4-Towards-a-conceptual-description-of-Physical-and-Rehabilitation-Medicine.pdf>
- Jankovic, J. (2004). Parkinsonism. *Cecil Textbook of medicine*, 22, 2306-2310.
- Jitkriksadakul, O., Boonrod, N., Bridayasiri R. (2016) Knowledge, attitudes and perceptions of Parkinson's disease: A cross-sectional survey of Asian patients. *Journal of Neurological Sciences*, 374, 69-74.
- Kalmus, V., Masso A. & Linno M. (2015). *Kvalitatiivne sisuanalüüs*. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. Loetud aadressil <http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>
- Krokowski, G., K., (2009) Action Plan of the Clinical Affairs Committee - UEMS Physical and Rehabilitation Medicine Section: *quality of care*. Retrived from <http://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/Qn6xiYicGk08NOI9HBXzjU2WoiRDFe1tAqkzg5JwQpyO5nVDsDm%252FD7vH45wwIUOpQzeARKwMIKy2MawTEswe%252FA%253D%253D/R33Y2009N02A0281.pdf>
- Laherand, M.-L. (2010). *Kvalitatiivne uurimisviis*. Tallinn, Sulesepp.
- Macniven, J. (2009). Psychological services for people with Parkinson's disease. *The British Psychological Society*. Retrieved from [http://www.bps.org.uk/sites/default/files/documents/psychological\\_services\\_for\\_people\\_with\\_parkinsons\\_disease.pdf](http://www.bps.org.uk/sites/default/files/documents/psychological_services_for_people_with_parkinsons_disease.pdf)
- Marcon, S.S., Navarro-Peternella, F.M. (2012). Quality of life of a person with Parkinson's disease and the relationship between the time of evolution and the severity of the disease. *Latino-Am. Enfermagem*, 20(2), 384-91. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/23.pdf>
- Morris, M., E., Martin, L., C., Schenkman, M., L. (2010). Striding Out With Parkinson Disease: Evidence-Based Physical Therapy for Gait Disorders. *Physical Therapy*

- Retrieved from  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816030/?report=printable>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Arsis, S., Smith, T., Enderby, P., Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health*, 11, 19. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662612/>.
- Narusson, D., Kadak, T., Hanga, K., Vana, T., Kreitzberg, M., Saame, K. (2011). Lõppraport. Programm „Tööle saamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2013“. Loetud aadressil [http://www.astangu.ee/fileadmin/media/Trukised/Projekti\\_Toolesaamist\\_toetavate\\_rehabilitatsiooniprogrammide\\_pakkumine\\_2010-2011\\_LOPPRAPORT.pdf](http://www.astangu.ee/fileadmin/media/Trukised/Projekti_Toolesaamist_toetavate_rehabilitatsiooniprogrammide_pakkumine_2010-2011_LOPPRAPORT.pdf)
- Rodrigues de P., F. 2010. Physical Therapy – Exercise and Parkinson’s Disease. International. *Encyclopedia of Rehabilitation*. Retrieved from [http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/pdf/physical\\_therapy\\_exercise\\_and\\_parkinsons\\_disease.pdf](http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/pdf/physical_therapy_exercise_and_parkinsons_disease.pdf)
- Saldana, J., (2009). *The Coding Manual For Qualitative Researchers*. SAGE Publications Ltd. Retrieved from [http://stevescollection.weebly.com/uploads/1/3/8/6/13866629/saldana\\_2009\\_the-coding-manual-for-qualitative-researchers.pdf](http://stevescollection.weebly.com/uploads/1/3/8/6/13866629/saldana_2009_the-coding-manual-for-qualitative-researchers.pdf)
- Siegert, R. J., Ward, A.B. (2010). Dignity, rights, and capabilities in clinical rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 32, 2138-2146.
- Skelly, R., Lindop, F., Johnson, C. (2012). Multidisciplinary care of patients with *Parkinson’s disease*. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 10-12.
- Sotirios, A. (2012). *Multidisciplinary treatment of Parkinson’s disease: current state and future directions*. Retrieved from <http://www.openaccessjournals.com/articles/multidisciplinary-treatment-of-parkinsons-disease-current-state-and-future-directions.pdf>
- Sotsiaalkaitseminister., (2015). Määrus nr 66. „Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse raames osutatavate teenuste loetelu ja hindade, ülevõetava tasu arvestamise korra ja maksimaalse suuruse ühes aastas ning sõidu- ja majutuskulude hüvitamise korra, maksimaalse maksumuse ja sõidukulu määra ning reharehabilitatsiooniprogrammi hindamiskriteeriumite kehtestamine“. *Riigi Teataja* I, 5. Loetud aadressil



- [https://www.riigiteataja.ee/aktilisa/1291/2201/6023/SOM\\_m66\\_lisa1.pdf](https://www.riigiteataja.ee/aktilisa/1291/2201/6023/SOM_m66_lisa1.pdf)
- Sotsiaalkaitseminister., (2015). Määrus nr 69. „Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse riigi poolt ülevõtmisel teenusevajaduse otsustamiseks ja teenuse osutamiseks vajalike andmete loetelu”. *Riigi Teataja I*, 36. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122016024>
- Sotsiaalkindlustusamet. Rehabilitatsiooniprogrammid. Loetud aadressil <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/rehabilitatsiooni-programmid#Kinnitatud%20programmid>
- Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut. (2006). *Pitra Tarkuseraamat*. Loetud aadressil [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega\\_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra\\_tarkuseraamat.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_tarkuseraamat.pdf)
- Taba, P. (2007). *Parkinsoni tõbi: raamat haigetele ja nende peredele III*. Loetud aadressil [http://www.parkinson.ee/artiklid/Parkinson\\_t6bi\\_III.pdf](http://www.parkinson.ee/artiklid/Parkinson_t6bi_III.pdf)
- Tervise Arengu Instituut. (2008). Lõppraport. *Pitra II – Puudega inimene tööturule rehabilitatsioonisüsteemi arendamisega*. Loetud aadressil [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega\\_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra\\_202\\_2016ppraport\\_1\\_.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_202_2016ppraport_1_.pdf)
- Taba, P. (2008). Parkinsoni tõve Eesti ravijuhend. Loetud aadressil <http://www.ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/73/Parkinsoni-tõve-Eesti-ravijuhend>
- UEMS. (2006). *White Book on physical and rehabilitation medicine in Europe*. Retrieved from <http://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/20GJVkQQDMOXBYHkks3E3Wn%252B1RZKPLrTqVtxHbUpXLhChO7R4hmVDdwGjtL6ysUEgZsG7VQaY4TbOw%252BpGuEPpw%253D%253D/R33Y2006N04A0287.pdf>
- Vana, T., Hanga, K., Roht, K., Kruus, U., Narusson, D., Tuulik Leisi, V., Kadak, T. (2009). Lõppraport. *PROGRAMM „TÖÖLESAAMIST TOETAVAD HOOLEKANDEMEETMED 2007 – 2009“ Rehabilitatsiooniteenuse programmipõhise lähenemise piloteerimine ja reaalse*

süsteemi kujundamine. Loetud aadressil  
[http://www.astangu.ee/fileadmin/media/dokumendid/2007\\_2009\\_projekti\\_loppraport.pdf](http://www.astangu.ee/fileadmin/media/dokumendid/2007_2009_projekti_loppraport.pdf)

Wade, D.T., Gage, H., Owen. C., Trend, P., Grossmith, C., Kaye J. (2003). Multidisciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease: a randomised controlled study. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74:158–162. Retrieved from <http://jnnp.bmj.com/content/74/2/158.full.pdf>

Wight, S., Miller, N. (2014). Lee Silverman Voice Treatment for people with Parkinson's: audit of outcomes in routine clinic. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2, 212-215.

Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaaltöös*. Tartu Ülikool. Loetud aadressil:  
[http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu\\_kvalitatiivne.pdf?sequence=1](http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf?sequence=1)

## **Lisa 1. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused eakate “Elus edasi käskäes” programmi klientidele**

### I. Programmis osaleja teadlikkus programmist, programmipõhisest lähenemisest

1. Kuidas saite infot Parkinsoni programmi kohta?
2. Miks otsustasite programmis osaleda?
3. Milline on teie arvamus, milleks Parkinsoni programm koostati?  
Mis oli teie eesmärk Parkinsoni programmi sisenemisel? Ootused?

### II. Programmi osaleja kogemused koostööst rehabilitatsiooni meeskonnaga

4. Milliseid teenuseid teile programmi jooksul osutati ning milline teenus kõige rohkem meeldis? Miks?
5. Mida arvate programmi ülesehitusest/korraldusest?
6. Kas jäite Põlva Haigla keskkonnaga ja teenindusega rahule? Kui ei, mida sooviksite muuta?
7. Millisest programmi jooksul saadud teenustest oli teile kõige rohkem kasu? Miks?
8. Kas oleksite mõnda teenust rohkem vajanud?
9. Millised muutused on toimunud teie tegevus- ja osalusvõime peale programmis osalemist?

### III. Programmis osalemise väärtus (osaleja arvates)

10. Kas ja kuidas muutis programmis osalemine teid sotsiaalselt aktiivsemaks?
11. Milliseid teadmisi te programmis osaledes omandasite?
12. Millised on teie poolsed ettepanekud rehabilitatsiooniprogrammi läbiviimise hõlbustamiseks teie kui kliendi vaatepunktist?

## **Lisa 2. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused tööealistele “Töös ja elus edasi” programmi klientidele**

I. Programmis osaleja teadlikkus programmist, programmipõhisest lähenemisest

1. Kuidas saite infot Parkinsoni programmi kohta?
2. Miks otsustasite programmis osaleda?
3. Milline on teie arvamus, milleks Parkinsoni programm koostati?  
Mis oli teie eesmärk Parkinsoni programmi sisenemisel? Ootused?

II. Programmi osaleja kogemused koostööst rehabilitatsiooni meeskonnaga

4. Milliseid teenuseid teile programmi jooksul osutati ning milline teenus kõige rohkem meeldis? Miks?
5. Mida arvate programmi ülesehitusest/korraldusest?
6. Kas jäite Põlva Haigla keskkonnaga ja teenindusega rahule? Kui ei, mida sooviksite muuta?
7. Millisest programmi jooksul saadud teenustest oli teile kõige rohkem kasu? Miks?
8. Kas oleksite mõnda teenust rohkem vajanud? Millist?
9. Millised muutused on toimunud teie tegevus- ja osalusvõime peale programmis osalemist?

III. Programmis osalemise väärtus (osaleja arvates)

10. Milliseid teadmisi te programmis osaledes omandasite?
11. Kuidas aitas programmis osalemine teid tööotsingutel või töötamisel?
12. Kas ja kuidas muutis programmis osalemine teid sotsiaalselt aktiivsemaks?
13. Millised on teie poolsed ettepanekud rehabilitatsiooniprogrammi läbiviimise hõlbustamiseks teie kui kliendi vaatepunktist?

## **SUMMARY**

### **PARKINSON'S DISEASED PERSONS' EXPERIENCES OF PARTICIPATION IN SOCIAL REHABILITATION PROGRAM ON THE EXAMPLE OF PÕLVA HOSPITAL REHABILITATION CENTRE**

Rita Tubarik

Parkinson's disease is a progressive disease. That's why it is necessary in addition to medical treatment, to ensure continuous intervention by different specialists, to increase the awareness about the disease, to increase independence and quality of life throughout rehabilitation. Problems in functioning and social activity are inevitable at particular stage of disease. The clinical hallmarks of the disease include rigidity, bradykinesia, tremor, and loss of postural control. These impairments lead to a decline in functional status, so that people with Parkinson's disease have difficulty performing tasks such as walking, rising from a chair, and moving in bed. This decrease in functional status often results in a loss of independence and a decline in quality of life. Parkinson's disease also causes speech and cognitive impairments.

Rehabilitation in Estonia has been a growing area. Rehabilitation services can be divided into general rehabilitation services, individual rehabilitation services and the complex rehabilitation. Complex rehabilitation services have different specialties, jointly developed action programs, with a specific goal, a fixed period of time and which has been drawn up taking into account the specifics of a particular type of disability.

The purpose of this thesis is to seek out the changes in functioning of the persons with the Parkinson's disease who participated in the rehabilitation program "Elus edasi käsikäes" for elderly people or "Töös ja elus edasi" for working-aged persons and their suggestions about future development of the programs. Both programs are composed by

the Põlva Hospital Rehabilitation Centre. Based on the aim of the thesis, the following research questions are raised:

- What are persons' opinions, who participated in rehabilitation programs, about the follow-on effects of changes in their daily life and work ability?
- What are persons' suggestions of further development of programs and how to involve cooperation between clients and the team?

The study consists of two parts. The theoretical framework of the thesis gives overview about rehabilitation and rehabilitation programs, about the nature of Parkinson's disease, about the effects on the persons' functioning caused by the disease. The second part of the study focuses on bringing out the experiences of persons with the Parkinson's disease of participating in the rehabilitation program meant for elderly persons or program for working-age persons composed by Põlva Hospital Rehabilitation Center. The second part also gives overview about process of interviewing, methods of analyzing, study participants reflexivity and results that are received by thematic analysis process of seven interviews. The study was carried out in April 2016, using qualitative research method. The data was collected by using semi-structured interviews with open questions, although the respondents had the opportunity to talk about issues important to them. The interviews were recorded with the phone, transcribed and texts were analyzed by using a qualitative thematic analysis method.

The study involved seven persons with Parkinson's disease, who participated in the rehabilitation programs composed by Põlva Hospital Rehabilitation Centre. Four of them were men and the women, aged 44-73 years old. During the research the third period of the program were taken place and they had only few therapies left.

The aim of the program for elderly persons and working-age persons with Parkinson's disease was to retain or improve functioning and participation in social life. As the result of participating in the program people know how to use acquired knowledge. For working-aged people the aim was also to minimize impediments to get a job.

The results showed that people's awareness about Parkinson's disease, as well as in the form of various exercises that will help to maintain the function of the human increased significantly. Also increased the knowledge of appropriate equipment that would

facilitate coping in everyday life as well as acquired a variety of techniques, how to accept the disease, cope with emotions. Participation in the program increased client's confidence, will and motivation to help himself and also brought faith in people's life.

Based on the current study following key proposals to Põlva Hospital Rehabilitation Centre were made: to share information about rehabilitation programs on a larger scale, because participants brought out in interviews that it was very difficult to acquire information about programs. As well as it is necessary to share more in-depth information about social rehabilitation, so people would know, what's the real aim for rehabilitation and what to expect while participating in rehabilitation programs.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Rita Tubarik,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose Parkinsoni tõvega inimeste kogemused rehabilitatsiooniprogrammis osalemisest AS Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskuse näitel, mille juhendaja on Dagmar Narusson,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus **17.05.2017**