

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaalteaduste valdkond
Ühiskonnateaduste instituut
Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika õppekava

Eveli Lilleoja

**Võimalused kriisikaardi teenuse korraldamiseks vaimse tervise
valdkonnas kriisikogemusega inimeste tõlgenduste kohaselt**

Magistritöö

Juhendaja: Dagmar Narusson MA

Tartu 2019

Käesolevaga kinnitan, et olen koostanud magistritöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, olulised seisukohad, kirjandusallikad ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Eveli Lilleoja

24.05.2019 Tartu

ABSTRACT

Opportunities to organize a crisis card service in the field of mental health according to the interpretations of people with crisis experience

„The health field is changing from a disease model to a health model. It is just as meaningful to speak of levels of vitality and healthfulness as to speak of degrees of impairment and debility.“ (Bandura 2006)

The ability of a human being to think, feel, communicate, earn money and enjoy life as a social and individual being is based on mental health and wellbeing (Investing in mental health, 2013, lk 9). The WHO concept of mental health (2014) states that mental health is a state of wellbeing in which a person, relying on his own abilities, is able to cope with a normal lifestyle, to work and contribute to the community.

In the case of mental health problems or illness, a person may experience a crisis in the pile of stressors, which makes it difficult or paralyzing person's everyday life, at worst, it can pose a threat to a person's own life or the surrounding people. Being aware of individual warning signs or possible consequences of events for mental health helps a person to control his or her life and is preventive of mental health crises, helps to prevent a difficult crisis or shortens the duration of an acute situation. Based on personal recovery thinking and on the experience of people with mental health problems as a knowledge resource, it is possible to find approaches that instead of focusing on the disease aim to support the enhancement of a person's mental and social well-being (Slade and Wallace, 2017).

The final report on the Special Welfare Services Design Project (2017) revealed that little attention was paid to mental wellbeing interventions, not enough to raise awareness of disease, risk assessment, risk management and prevention. Report shows, that there is the lack of integrated cooperation between the medical- and social spheres, the lack of adequate support for treatment in the home environment and there is no competence for crisis intervention in

service systems. One of the results of the final report was the need to develop crisis intervention in working with people with mental health problems (Service..., 2017).

With crisis intervention, we can strengthen coping mechanisms and problemsolving skills, helping people to take concrete steps to cope with emotions and prepare a coping plan (Yeager and Roberts, 2015). One of the possibilities for crisis intervention in case of recurring crises or exacerbations is the mapping of warning signs and the crisiscard service. The crisiscard of the disease's exacerbation provides information about a person's desires and actions in relation to his or her condition, both to assistants and to loved ones (Belgraver and Roest-Boers, 2017).

The goal of this Master thesis is to identify the information areas included in the crisiscard, based on person individual crisis experience, aspects of identifying person needs and expectations in the field of mental health in the preparation of a crisiscard, and the peculiarities of a crisiscard service, that meets the needs of the person, in the social and health services, including ambulance services.

The exploratory part of the work has been carried out using a qualitative research method, which allows us to study the meanings of one's own personality based on their experience. Five people of working age who have experienced mental health crises, participated in the study.

In the first chapter i give an overview of the meaning of mental health, wellbeing in the context of mental health, recovery and the process of personal recovery. In the second chapter, i describe what the crisis is, i review the crisis theories and the crisis interventions, and in the third chapter i will outline the mapping of the warning signs and the possibilities of the crisiscard service. In the empirical part of the thesis i write out the methodology used in the thesis and then outline the research results and the empirical part ends with the discussion.

The interviews showed that it is recommended people with mental health problems who experience recurrent deterioration in mental health creating warning signs plan, so they could know themselves better and be prepared for a recession and most important - preventing deterioration or getting into crisis. Creating a crisiscard is important for people who experience or are at risk of experiencing recurrent mental health crises, it helps preventing future crisis or make them more manageable.

Study found, that to minimize the impact of a crisis on a person's ability to cope, a person needs a systematic, personal, quick, and timely system approach, not deferred or short-term assistance. In a crisis, person needs a secure knowledge that everyday life is organized so that he or she can deal with his own recovery. Awareness of warning signs is a preventive activity that can prevent a person from falling into a crisis, which means that it improves a person's livelihood and increases the well-being, judgment, survival and independence of a person. There is a need to promote awareness of the warning signs and create a warning signs plan to prevent the crisis and the actual need of the creating crisiscard.

I would like to thank my family for their understanding and caring. My sincere thanks go to Dagmar Narusson, a mentor and advisor, who was supportive and positive. I would also like to thank my reviewer, Reeli Sirotkina for her observations and for the contributions of those involved in my Master thesis. With best thoughts, I am thinking of my classmates whose support was a great source of motivation. Thank you all!

Keywords: mental health, mental health crisis, wellbeing, recovery, warning signs, crisis intervention, crisiscard

SISUKORD

| | |
|---|----|
| SISSEJUHATUS | 8 |
| 1 VAIMNE TERVIS, HEAOLU JA TAASTUMINE | 10 |
| 1.1 Vaimne tervis | 10 |
| 1.2 Heaolu | 12 |
| 1.3 Taastumine | 14 |
| 1.3.1 Personaalse taastumise protsess | 16 |
| 2 KRIIS JA KRIISISEKKUMINE | 18 |
| 2.1 Kriisi mõiste ja tähendus | 18 |
| 2.2 Kriisiteooriad ja kriisitöö | 20 |
| 2.3 Kriisisekkumine | 22 |
| 2.3.1 Kriisitöö mudelid | 22 |
| 2.3.2 Kriisisekkumise protsess | 23 |
| 2.3.3 Kriisinõustamine ja kriisitöötajad | 26 |
| 3 KRIISIKAARDI TEENUSE KORRALDUS | 28 |
| 3.1 Ohumärkide kaardistamine, ohumärkide plaan | 28 |
| 3.2 Kriisiplaan ja kriisikaart | 30 |
| 3.3 Võimalused kriisikaardi teenuse korralduseks Eestis | 32 |
| PROBLEEMSEADE | 34 |
| 4 METOODIKA | 35 |
| 4.1 Uurimismeetodi valik ja põhjendus | 35 |
| 4.2 Uurimuses osalejad ja andmekogumismeetod | 35 |
| 4.3 Intervjuude käik | 36 |
| 4.4 Analüüsimeetod ja protsessi käik | 38 |
| 4.5 Uuriija reflektiivsus | 38 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5 | TULEMUS | 40 |
| 5.1 | Individaalne kriisikogemus | 40 |
| 5.1.1 | Kriisi tähendus | 41 |
| 5.1.2 | Mõju igapäevaelule..... | 43 |
| 5.1.3 | Mõju ümbritsevatele inimestele ja suhetele..... | 46 |
| 5.1.4 | Abi saamine ja toetus..... | 47 |
| 5.1.5 | Taastumine ja taastumisprotsess..... | 49 |
| 5.2 | Ohumärkide kaardistamise ja plaani koostamise kogemus | 51 |
| 5.3 | Kriisiga toimetulekut toetavate teenuste korraldus..... | 53 |
| 5.3.1 | Vajadused kriisis | 54 |
| 5.3.2 | Üldine teenuste korraldus ning inimese soov ja tahe | 55 |
| 5.3.3 | Ohumärkide kaardistamise ja plaani koostamise teenus | 57 |
| 5.3.4 | Kriisikaardi teenus..... | 59 |
| 5.3.5 | Nõustamine kriisikaardi teenuse raames ja võimalus kasutamiseks | 61 |
| 5.3.6 | Võimalikud ohud ohumärkide plaani ja kriisikaardi teenuse korraldamisel | 62 |
| | ARUTELU | 64 |
| | KOKKUVÕTE..... | 71 |
| | KASUTATUD KIRJANDUS | 74 |
| | Lisa 1. INTERVJUU KAVA..... | 80 |
| | Lisa 2. MAXQDA KOODIPUU | 82 |
| | Lisa 3. TEENUSTE KORRALDAMINE..... | 83 |

SISSEJUHATUS

Inimese võime sotsiaalse ja individuaalse olendina mõelda, tunda, suhelda, teenida raha ja nautida elu aluseks on vaimne tervis ja heaolu (Investing in mental health, 2013, lk 9). WHO (2014) vaimse tervise mõiste ütleb, et vaimne tervis on heaolu seisund, milles inimene, toetudes omaenda võimetele, suudab toime tulla normaalse elustressiga, on võimeline töötama ja panustama kogukonda. Õnneliku ja toimetulevana saab elada ka koos terviseprobleemidega või pikaajalise haigusega.

Praktilises töös inimestega olen kogenud, kui oluline on aru saada, mis toimub inimesega enne tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist. Vaimse tervise probleemide või haiguse korral võib inimene stressorite kuhjudes kogeda tema toimetulekut raskendavat või halvavat kriisi, mis halvimal juhul võib kujutada ohtu inimese elule või ümbritsevatele. Individuaalsetest ohumärkidest või sündmuste võimalikest tagajärgedest vaimsele tervisele teadlik olemine aitab inimesel omada kontrolli oma elu üle ning on vaimse tervise kriise ennetav, aitab hoida ära raskesse kriisi sattumise või lühendada akuutse olukorra kestust.

Toetudes personaalse taastumise mõtteviisile ja vaimse tervise probleemidega inimese kogemustele, kui teadmiste ressursile on võimalik leida lähenemisi, mis võimaldavad haigusele keskendumise asemel seada eesmärgiks inimese vaimse ja sotsiaalse heaolu suurendamise toetamise (Slade ja Wallace, 2017).

Erihoolekandeteenuste disainprojekti lõpparuandest (2017) selgus, et vähe pööratakse tähelepanu vaimse heaoluga seotud sekkumistele, piisavalt ei tegeleta haigusteadlikkuse tõstmisega, riskide hindamise ja riskijuhtimisega, ennetusega. Kitsaskohana tuuakse samas lõpparuandes välja integreeritud koostöö puudumine meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna vahel, inimesed ei saa ravi kõrvale piisavalt toetust koduses keskkonnas, teenussüsteemides puudub kriisisekkumise pädevus. Lõpparuande ühe tulemina nähti vajadust kriisisekkumise väljaarendamiseks vaimse tervise valdkonnas (Teenuse ..., 2017). Töökogemusele tuginedes tean, et vaimse tervise probleemide puhul kiire ja õigeaegne abi saamine on väga keeruline, mis loob eeldused inimese kriisi sattumiseks.

Kriisisekkumisega saame tugevdada toimetulekumehhanisme ning probleemilahendamise oskusi, aidates inimesel astuda konkreetseid samme tunnetega toimetulekul ning koostada toimetuleku kava (Yeager ja Roberts, 2015). Üheks kriisisekkumise võimaluseks korduvate kriiside või haiguse ägenemiste korral on ohumärkide kaardistamine ja kriisikaardi teenus. Kriisikaart haiguse ägenemisseisundis annab info inimese soovide ja tegutsemise kohta tema seisundiga seoses, nii abistajatele kui ka inimese lähedastele (Belgraver ja Roest-Boers, 2017).

Teema aktuaalsus tuleneb veel ka hetkel Eestis käimasolevast kriisikaardi piloteerimise projektist (Psüühikahäirega ..., 2018), eestikeelse info vähesusest või puudumisest inimese kriisi tähenduse ja kriisikogemuse ning kriisitöö kohta.

Käesoleva magistritöö eesmärk on selgitada välja inimese individuaalsest kriisikogemusest lähtuvalt kriisikaardis sisalduvad infovaldkonnad, inimese individuaalsete vajaduste ja ootuste väljaselgitamise aspektid vaimse tervise valdkonnas kriisikaardi koostamisel ning inimesest lähtuva kriisikaardi teenuse korraldamise eripärad sotsiaal-, tervishoiu-, sealhulgas kiirabiteenuse osutamisel.

Töö uurimuslik osa on läbi viidud kvalitatiivset uurimismeetodit kasutades, mis võimaldab uurida inimese enda tähendusi lähtuvalt nende kogemusest. Uurimuses osales viis tööealist inimest, kes on kogenud korduvaid vaimse tervise kriise.

Teoreetilise osa esimeses peatükis annan ülevaate vaimse tervise tähendusest, heaolust vaimse tervise kontekstis ning taastumisest ja personaalse taastumise protsessist. Teises peatükis kirjeldan, mis on kriis, teen ülevaate kriisiteooriatest ja kriisisekkumistest ning kolmandas peatükis teen ülevaate ohumärkide kaardistamisest ja kriisikaardi teenuse võimalustest.

Töö empiirilises osas kirjutan lahti töös kasutatud metoodika ning seejärel toon välja uurimuse tulemused, empiiriline osa lõpeb aruteluga.

Tahan eriliselt tänada oma perekonda, nende mõistvuse ja hoolivuse eest. Minu siiras tänu läheb juhendajale ja nõustajale Dagmar Narussonile, kes oli toetav ja positiivne. Soovin tänada ka oma retsensenti Reeli Sirotkinat tema tähelepanekute eest ning uurimuses osalejaid nende panuse eest minu töösse. Tänutundega mõtlen oma kursusekaaslastele, kelle toetus oli suureks motivatsiooniallikaks. Tänan teid!

1 VAIMNE TERVIS, HEAOLU JA TAASTUMINE

Antud peatükis annan ülevaate vaimse tervise, samuti heaolu ja personaalse taastumise mõistetest ning nende nüüdisaegsetest tõlgendustest.

Vaimse tervise probleemide korral aitab heaolu suurendada või säilitada taastumise mõtteviis, millest tuleb juttu käesoleva peatüki teises pooles.

1.1 Vaimne tervis

WHO (2018) vaimse tervise mõiste ütleb, et vaimne tervis on heaolu seisund, milles inimene, toetudes omaenda võimetele, suudab toime tulla normaalse elustressiga, on võimeline töötama ja panustama kogukonda. Vaimset tervist mõjutavad sotsiaalsed, psühholoogilised, bioloogilised ning keskkondlikud tegurid, sealhulgas inimõiguste rikkumine, tervistkahjustav elustiil, sotsiaalne tõrjutus (kogu elukaare vältel), stressirikas töö jmt (WHO, 2018). Rahvastiku tervise arengukava 2020 - 2030 (2019) visioonidokumendis on ühe alaeesmärgina tervist toetavad valikud, mille üheks lahendusteks on vaimse tervise edendamine. Selle lahendustee eesmärgiks on lisaks ravile tõhustada ka vaimse tervise ennetustegevusi, edendada ja kaitsta positiivset vaimset tervist, seda ka töökeskkonnas.

Positiivne vaimne tervis hõlmab hea elu elamiseks vajalikke tundeid, mõtteid ja käitumist (Provencher ja Keyes, 2011), toetub inimese tugevustele ja toimetulekuvõimele ning suurendab säilienõtkust (Vaillant, 2012). Positiivne vaimne tervis koosneb emotsionaalsest heaolust¹ (elujõud, õnnelikkus, eluga rahulolu), positiivsest psühholoogilisest ja positiivsest sotsiaalsest heaolust² (Provencher ja Keyes, 2011).

¹ Emotsionaalne heaolu – inglise keeles hedonia.

² Autorid kasutavad kahte mõistet, positiivne heaolu ja positiivne funktsioneerimine. Töös kasutatakse antud kontekstis positiivset psühholoogilist ja positiivset sotsiaalset heaolu, mitte funktsioneerimist.

Hea vaimne tervis oleneb paljuski inimese kasvukeskkonnast nooremas eas ning võimekusest tagada endale soodne ja heaolu toetav keskkond elamiseks täiskasvanueas. Eelnev on otseses sõltuvuses, kas inimesel on soodumus vaimse tervisega seotud haigustele või vaimse tervise riskidele (Keyes ja Martin, 2017; Keyes, Myers ja Kendler 2010).

Vaimse tervise probleemid hõlmavad endast vaimse tervise haigusi (nt depressioon, skisofreenia, ärevushäire jmt) ja positiivse vaimse tervise häirumist (edaspidi vaimse tervise häire) - tulenevalt mingist olukorrast, situatsioonist, sündmusest, teisest kroonilisest haigusest, ebatervislikest eluviisidest, lähedase haigusest või temaga juhtunust, lapsepõlvetraumadest, tööpingetest ja muust (Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument, 2002). Psüühikahäire edasiarenemise ja kriisi sattumise vältimiseks on vajalik vaimse tervise halvenemist märgata ning õigeaegselt reageerida.

Traditsiooniliselt on vaimse tervise teenuste osutamisel rõhk olnud haigusest vabanemisel, kuid positiivse psühholoogia ja heaolu käsitus peab oluliseks, et inimene elab hästi ja omab heaolu (Slade, Oades ja Jardin, 2017; Slade, 2010). Vaimse tervise häire või haigus võib panna inimest tundma, et tema elu narratiiv saab kahjustada (Keyes ja Martin, 2017), kuna inimese identiteedi kujunemise ja vaimse tervise vahel on tugev seos (Adler jt, 2015).

Vastukaaluks sellele ütleb Deegan (1997), et kuigi haigusest pole võimalik teatud juhtudel terveks saada, on võimalik vaimse tervise haigusest taastuda ning elada edasi koos haigusega (Deegan, 1997; Anthony, 1993), eesmärgistatud ja tähendusrikast elu (Slade, 2010). Hea vaimse tervisega inimene funktsioneerib igapäevaelus paremini (Keyes, 2005), see kehtib meie kõikide puhul.

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi andmetel on Eestis 2017. aastal psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud 83 878 inimest (15 aastat ja vanemad), neist 22 937 on uued haigusjuhud ning 8792 inimest on psüühiliselt terved (PKH1, 2018). Tahtest olenemata hospitaliseeriti 2017. aastal 2785 inimest, neist 1348 jätkasid ravi kohtu loal (PKH5, 2016).

Vaimse tervise poliitika põhineb terviklikkusel, toetudes inimkesksele lähenemisele, võimaldades inimesel areneda, võtta vastutus ja otsustada, luues tingimused turvalisuseks, sotsiaalseks vastutuseks ja eneseteostuseks (Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument, 2002). Inimese kaasamine otsustusprotsessi ning võimestamine ravimeetodite ja teenuste valikul on oluline just krooniliste haiguste puhul, kui inimese tervisekäitumine ja haigusteadlikkus mõjutavad oluliselt tema heaolu ja positiivsete sekkumistulemuste saavutamist, toetades seejuures ka inimese enesejuhtimist ning informeeritud olemist (Rahvastiku ..., 2019).

1.2 Heaolu

Inimestena soovime end hästi tunda ja olla toimetulevad oma eluga, kogedes elus nii häid kui halbu situatsioone ja emotsioone. Heaolu korral oskame tulla toime ka elu raskema poolega ning halbade kogemustest saame õppetunni, mis aitab paremini toime tulla järgmise raske olukorraga (Huppert, 2014).

Keyes ja Martin (2017) toovad välja vaimses tervises kolm heaolu vormi – emotsionaalne, psühholoogiline ja sotsiaalne heaolu. Puudujäägid eelnevates võivad tekitada häireid vaimses tervises ning inimese toimetulek kas halveneb või tekib seisund, kus inimene küll funktsioneerib, kuid puudub rahulolu ja positiivsus enda ja ümbritseva suhtes (Provencher ja Keyes, 2011).

Vaimse tervise emotsionaalne heaolu on Keyesi (1998) järgi seisund, kus positiivsed tunded ületavad negatiivseid tundeid ning inimpsüühika toimib paremini, kui inimene kogeb iseennast positiivses võtmes, mis omakorda tähendab ka positiivset isiklikku arengut. Emotsionaalset heaolu saame mõõta läbi inimese eluga rahulolu kindlal ajahetkel (Keyes ja Martin, 2017).

Positiivset psühholoogilist heaolu iseloomustab: enese aktsepteerimine, isiklik areng, elule tähenduse andmine, autonoomsus, positiivsed suhted, oskus valida või luua enda vajadustele vastavat keskkonda (Provencher ja Keyes, 2011). Keyesi ja Martini (2017) sõnul on psühholoogiline heaolu võrreldav õnnelikuks olemisega, isiklik kasv tuleneb omaenda potentsiaali tunnistamisest ning uusi teadmisi ja kogemusi omandades, enda identiteedi ja enda mina teadvustamine aitab inimesel näha enda vajadusi ning arvestada teistega.

Sotsiaalsest heaolust saame rääkida siis, kui suudame sobituda nii iseenda kui ka meid ümbritsevate inimestega (Keyes ja Martin, 2017), nähes sealjuures endas positiivseid omadusi ja arenguid (Keyes, 1998). Märksõnadeks sotsiaalse heaolu kontekstis on kuuluvus ja aktsepteerimine teiste inimeste poolt, panustamine kogukonda ja ühiskonda laiemalt, sidusus teistega ja sotsiaalne aktiivsus (Keyes ja Martin, 2017; Provencher ja Keyes, 2011).

Üha tähtsamaks saab tänapäeval inimese võime oma elu ise korraldada, välistest mõjutustest hoolimata (Adler jt, 2015). Agentsus, eneseregulatsioon ja iseenda huvide arvestamine aitavad inimesel toimida paremini ka gruppides ning ettekavatsetus ja võime näha ette oodatavaid tulemusi

annavad võimaluse oma elu sihipäraselt korraldada (Bandura, 2006). Bandura (2006) ja Deegani (1997) sõnul on inimesed enda elu juhid, otsustades ise elukorralduse ja toimimise üle, oma kavatsustes ja tegevustes arvestavad nad enda huve. Lisaks tegevuste planeerimisele on oluline ka eneserefleksioon, et analüüsida enda käitumist ning igapäevast toimimist erinevates olukordades ning vajadusel teha muudatusi oma elukorralduses (Bandura, 2006).

Heaolu saab jagada subjektiivseks ja objektiivseks heaoluks. Esimese puhul on oluline rahulolu eluga - inimene elab vastavalt oma olemusele ja proovib saavutada tema jaoks häid asju elus, toetudes enda individuaalsele kogemusele (Alatartseva ja Barysheva, 2015). Objektiivne heaolu hõlmab pigem materiaalseid asju, võimalusi nende saavutamiseks ning inimese elukvaliteeti, sealhulgas õpinguid, turvalisust, õiguste ja vajaduste realiseerimist, tervist (Alatartseva ja Barysheva, 2015; Western ja Tomaszewski, 2016).

OECD andmetel on Eesti inimeste hinnanguil subjektiivne heaolu üks madalamaid Euroopa Liidus, olles 35 maa hulgas 33ndad ning heaks ei hinda eestlased ka olukorda tervises (Hows life, 2017, lk 229).

Westerni ja Tomaszewski (2016) Austraalias läbi viidud uurimusest tuli välja, et objektiivne heaolu mõjutab subjektiivset heaolu. Uuringust selgus ka, et pöörates rohkem tähelepanu objektiivsele heaolule ning tehes samme selle paremaks muutmise suunas, parandame me selle läbi ka inimeste subjektiivset heaolu ehk rahulolu iseenda ja eluga ning inimene on õnnelikum.

Parem tervis ja suhted, rohkem aega endale, materiaalne kindlustatus, positiivsed kogemused ja sündmused tagavad suurema rahulolu eluga, negatiivsed kogemused aga langetavad heaolu (Westerni ja Tomaszewski, 2016). Tervemad inimesed soovivad ise oma elule tähenduse anda, nad hoolivad mitte ainult enda elust, vaid neil on ka parem arusaam ja tunnetus neist ümbritsevast maailmast (Keyes, 1998).

USAs läbi viidud uuringu (Keyes, 2005) tulemusena leiti, et vaimse tervise haigusega inimesed suures osas teavad, mida nad oma elult soovivad, eesmärkide seadmine aitab elus toime tulla ning probleemolukordades on nad valmis tegema kõik endast oleneva, et seda paremuse poole muuta. Vaimse tervise probleemide puhul aga ei pruugigi tegu olla haigusega, seda enam vajame me personaalse taastumise lähenemist, et seeläbi suurendada inimeste heaolu (Slade, Oades ja Jardin, 2017).

Hupperti (2014) sõnul on võimalik oma heaolu suurendada, õppides uusi oskusi enda vaimse tervisega toimetulekuks, sekkumisviisid võivad olla nii individuaalsed kui organisatsioonides. Ta rõhutab, et tähtis on siinjuures olla koos inimes(t)ega, kes kas õpib või kasutab neid oskusi ning kes oskab uusi teadmisi ja oskusi koos kasutada. Sekkumise käigus on võimalik teha muutusi nii keskkonnas kui iseenda käitumises, suhtumises, kogemustes.

1.3 Taastumine

Vaimse tervise probleemidega inimeste ja neid toetavate spetsialistide jaoks on taastumisel oluline roll nii kliinilisel kui personaalsel taastumisel (Slade ja Wallace, 2017). Kliiniline taastumine tegeleb konkreetse seisundiga ja raviga, personaalne taastumine aitab inimesel uuesti leida elu mõtte ja funktsioneerida ühiskonnas (vt tabel nr 1).

Tabel 1. Personaalne ja kliiniline taastumine (Slade ja Wallace, 2017)

| Personaalne taastumine | Kliiniline taastumine |
|---|---|
| Oluline on protsess ja järjepidevus. | Tulem või kindel seisund, taastunud või mittetaastunud. |
| Subjektiiivne, tuleneb inimesest endast | Jälgitav ja objektiivne |
| Inimese poolt määratletud. Tugineb inimese enda vaimse tervise probleemide kogemusele ning inimest ennast peetakse oma taastumise eksperdikiks. | Spetsialisti, tihti arsti, poolt määratletud. Spetsialist on ekspert. |
| Taastumine on alati erinev ning tuleneb inimese individuaalsusest, kuigi on tegureid, mis on inimeseti sarnased. | Taastumise mõiste on alati ühene, iga inimese puhul. Näiteks kas ravim mõjus või mitte. |
| Raske leida kõigile sobivat mõistet. Keeruline mõõta ja uurida oma subjektiivsuse tõttu. | Üks mõiste kõigile. Lihtne mõtestada, mõõta ja uurida. |

Tänapäeval on vaimse tervise valdkonna nõustamistöös suund personaalse taastumise mõtteviisi poole. Edaspidi keskendungi antud magistritöö raames personaalsele taastumisele.

Personaalne taastumine on paljuski seotud inimese heaoluga ning taastumise toetamine läbi inimese tugevustele rõhumise ja säilienõtkte identiteedi arendamise tõstab ka inimese heaolu, vastupidiselt keskendumisele vaid inimese probleemidele ja puudustele (Seligman jt, 2005; Slade ja Wallace, 2017). Töö läbi inimese tugevuste annab lootust, et elu võib olla positiivselt

teistsugune ning võimestab (*empowerment ingl.k*³) inimest ise keskkonnale toetudes taastumistee ette võtma (Saleeby, 1996). Tugevusi saab leida nii minevikust, olevikust kui tulevikust, teades, kes ma olen, mida ma oskan, mida ma tahan ja tean ning mis mul on (Hollander ja Wilken, 2015).

Personaalne taastumine on sügavalt isiklik ja unikaalne aega vajav protsess (Anthony, 1993; Drake ja Whitley, 2014), teekond, mitte sihtpunkt (Deegan, 1997; Leamy jt, 2011), haiguse ja/või puudega elama õppimine (Hollander ja Wilken, 2015). Taastumise ajal muutuvad inimese suhtumine, väärtused, tunded, eesmärgid, oskused ja vahel ka rollid, see on kui uue lootusrikka ja rahulolu pakkuva elu elamine inimese arenguteel (Anthony, 1993). Taastumise protsessis kogetud takistused saab teadlikult pöörata uuteks võimalusteks (Deegan, 1997).

Personaalset taastumist toetav mõtteviis näeb inimest koos tema elu ja elukeskkonnaga, mitte inimest kui vaid teenuse saajat (kliendi, patsienti) ning inimese toetamise eesmärgiks on aidata tal elada tema elu nii nagu tema seda näeb ja soovib (Perkins ja Slade, 2012).

Taastumine tähendab teistega võrdsete võimalustega samaväärseks ühiskonnaliikmeks olemist, samal ajal elades koos haigusega (Slade jt, 2014). Oluline on võimalus õppida ja töötada, viimane annab inimese jaoks iseseisvust, väärikust, endast lugupidamist, suhtlust ning rahateenimise võimalust (Drake ja Whitley, 2014). Personaalset taastumist soodustavad aktiveerivad igapäevaelu tegevused, rutiin ja kindlad piirid ning normid elus (Drake ja Whitley, 2014).

Professionaalid aitavad inimesel saada ise toimetulevamaks, mitte ei ütle, kuidas on vaja teha, tehes seda koostöös inimesega ning kasutades ära nii inimese kogemuse kui enda teadmised ja toetades sellega jagatud vastutuse võtmist (Perkins ja Slade, 2012). Inimesed, kes on taastunud vaimse tervise haigusest või häirest, omavad teadmiste pagasit taastumise protsessist ning saavad aidata teistel taastuda (Anthony, 1993).

³ *Empowerment* (ingl. k) – antud töös kasutatakse tõlkena tähendust võimestama, võimestuma, võimestumine, võimestamine. Inimest võimestades toetame teda omama sisemist kontrollitaju oma elu üle, milles on teadmised ja usk oma kompetentsusse ja toimimise tõhususse; selle puudumine avaldub inimese märgatavas jõuetuses midagi korda saata, ta on tõrjutud ja tal avaldub õpitud abituse sündroom. Kasutatakse Rahvastiku tervise arengukavas 2009-2020 välja toodud mõistet. <https://www.sm.ee/et/rahvastiku-tervise-arengukava-2009-2020> Eesti keeles on antud sõna tõlgitud ka kui jõustamine ja võimustumine.

1.3.1 Personaalse taastumise protsess

Personaalse taastumise protsessi üheks osaks on vaimse tervise haigusega, traumaatilise kogemuse ja kaotusega tegelemine, sealjuures trauma, lein ja kaotus on oluline osa töös vaimse tervise probleemidega inimestega (Hollander ja Wilken, 2015). Kirjanduse põhjal läbi viidud uurimuses (Andresen, Oades ja Caputi, 2003), kus skisofreeniat või teisi raskeid vaimse tervise haigusi põdenud inimesed rääkisid oma taastumise kogemusest, näevad inimesed taastumist kui psühholoogilist taastumist haigusest tekkinud probleemidest ja tagajärgedest. Sama uurimus toob välja nii kirjandusest kui inimeste kogemustest tulenevalt võtmekomponendid taastumisprotsessis:

- lootus, lootuse leidmine,
- identiteedi taasloomine ja elu mõtte leidmine,
- vastutuse võtmine taastumise eest (Andresen jt, 2003).

Erinevad autorid toovad välja personaalse taastumisetöö raamistikuna CHIME lähenemise, milles on võtmeelementideks: seotus, lootus ja optimism, identiteet, tähendus ja eesmärk ning võimestamine (Slade jt, 2014; Leamy jt, 2011) (vt tabel nr 2).

Tabel 2. CHIME raamistik ja tähendus (Leamy jt, 2011; Slade jt, 2014)

| | | |
|--------------------------|--------------------|--|
| <i>Connectedness</i> | Seotus | Toetus teistelt, sealhulgas sama kogemusega inimestelt ja gruppidele. Suhted. Inimese jaoks olulise kogukonna liige olemine. |
| <i>Hope and optimism</i> | Lootus ja optimism | Lootus tulevikule. Lootus, et taastumine on võimalik. Motivatsiooni olemasolu muutusteks. Positiivne mõtlemine, unistamine. |
| <i>Identity</i> | Identiteet | Iseenda leidmine ja tunnistamine. Uue identiteedi tekkimine. Üleolek stigmast, usk enesesse. |
| <i>Meaning in life</i> | Tähenduse omamine | Elukvaliteet, heaolu tõus. Mõista oma haigust või vaimse tervise probleemi (mis minuga toimub). Elule tähenduse andmine ja eesmärkide seadmine. Positiivsed sotsiaalsed suhted ja ühiskonda oma osa andmine, kuuluvus. Elu uuesti üles ehitamine. Vaimsus. |
| <i>Empowerment</i> | Võimestamine | Ise oma elu, tervise ja taastumise osas vastutuse võtmine. Kontrolli omamine oma elu üle ja otsustamine milliseid samme on vaja teha, millist abi küsin ja vastu võtan. Tugevustele toetumine. |

Deegan (1997) näeb võimestamises austust inimese väärtuste vastu, mis annavad inimesele usu ja võimu oma eluga taastometuleku ja personaalse taastumise osas ning mida kahekordistatakse koostöös. Abistava poolena on koostöö ajal oluline uskuda, et iga inimene on võimeline oma elu ja harjumusi muutma ning taastumiseks midagi ette võtma (Deegan, 1997).

Võimalusi inimeste toetamiseks vaimse tervise süsteemis või süsteemiväliselt, on mitmeid: kogemusnõustajad, haigusega toimetuleku toetamine läbi individuaal- ja grupinõustamiste teadlikkuse tõstmiseks ja toimetulekuoskuste õppimiseks, tugevustele toetuv mudel, taastumise kolledžid ja -programmid, toetatud elamine, individuaalnõustamised, võrgustikutöö, kogukonnateenused (Slade jt, 2014), meditatsioon, kognitiiv-käitumuslik teraapia, narratiivne psühholoogia, psühhoteraapia ja teised (Slade, 2010).

Hästi toimib taastumistöös sünteesina individuaalse taastumise toetamine, toetavad suhted, organisatsiooni kuulumine ning kogukonnas osalemine (Perkins ja Slade, 2012; Slade ja Wallace, 201). Olulist infot ja tegureid taastumisel omavad nii taastuja kui abistaja, olles üksteisest sõltuvad ja vajades koostööd, samal ajal pidades silmas võimalusi, mitte puudusi (Thornicroft ja Slade, 2014).

Magistritöö eesmärki silmas pidades toon järgmises alapeatükis eraldi välja taastumise plaani ja kriisikava. Oma taastumise planeerimise ning plaani ja kriisikava koostamisega õpib inimene koostöös nõustajaga paremini tundma iseennast ja enda vajadusi, sealhulgas märkama ja teadma ohumärke tervise halvenemisel, eesmärgistades taastumise protsessi iseendast lähtuvalt, suurendades toimetulekut ning igapäevast heaolu (Slade jt, 2014).

2 KRIIS JA KRIISISEKKUMINE

Antud peatükis teen ülevaate kriisist, kriisiteooriatest ja kriisisekkumistest. Ülevaade on tehtud lähtuvalt inimese individuaalsest vaimse tervise kriisist ja sümptomatoloogiast, jättes välja katastroofilised ja suuri inimgruppe puudutavad kriisid.

Teenuse käivitamiseks ja arendamiseks on vaja mõista inimese individuaalseid vajadusi ja ootusi teenusele ning kuidas abi andmine on parimal viisil inimest ja tema toimetulekut toetav.

2.1 Kriisi mõiste ja tähendus

Kriisis olles tajub ja kogeb inimene sündmust või situatsiooni viisil, mis oma raskusega ületab temas olevad toimetulekumehhanismid ja jõuvarud ning abi saamata võib kriis põhjustada raskekujulisi emotsionaalseid, käitumuslikke või tunnetuslikke talitlushäireid (James, 2008; Yeager ja Roberts, 2015) ning kadunud on korrapära ja tasakaal (Jackson-Cherry, McGlothlin ja Erford, 2018).

Payne (2014) kirjeldab kriisi kui protsessi ajas, kus tavapärane toimimine katkeb ning järgneb aktiivne kriis. Payne (2014) ütleb ka, et kui inimese toimetulekumehhanismid ja kriisitöö meetmed ei tööta või inimene ei saagi abi, on inimese toimetulek tulevikus raskendatud ning ta on altim uute kriiside tekkeks. Toimetulekumehhanismide töötamise ja/või inimesele vajaliku abi saamise korral toimib inimene vähemalt samal tasemel kui enne ning võimalik on isiklik areng läbi kriisikogemuse (Payne, 2014). Inimese toimetulek kriisis sõltub isikutüübist, eest, eelnevatest kogemustest, tervises seisundist, kriisi ulatusest ning sotsiaalse toetuse olemasolust (Naarits ja Meel, 2011).

Kriisi määratlemiseks peab olema täidetud kolm kriteeriumit: 1) sündmus, mis põhjustab kriisi, 2) sündmuse tajumine nii, et see tekitab subjektiivse stressiseisundi, 3) funktsioneerimise halvenemine, kuna tavapärased stressi leevendavad toimetulekumehhanismid või -ressursid ei

toimi, kriisi kogetakse mingi ajaperioodi jooksul (Jackson-Cherry jt 2018; Payne, 2014; Yeager ja Roberts, 2015).

Kriisid võivad tekkeliselt olla arengu- (unikaalne ja individuaalne), situatsiooni- (ootamatu, kontrollimatu, nt haigused), eksistentsiaalsed- (eesmärgistatus, kasulik olemine, vabadus, vastutus, iseseisvus) ja ökosüsteemsed (katastroofid) kriisid (James, 2008; Wainrib ja Bloch, 1998). Wainrib ja Bloch (1998) toovad välja, et traumaatilised sündmused võivad olla looduslikud, nii ette ennustatavad kui ka ette ennustamatud või inimese poolt põhjustatud, kas õnnetusjuhtumid või tahtlikult tekitatud.

James (2008) toob välja viis olulist kriisi võimalikku tunnust ja põhimõtet: 1) kriis on ühtaegu ohtlik, aga ka võimalusi pakkuv, 2) komplitseeritud sümptomid, 3) vajadus muutusteks ja teadmine, et kiireid lahendusi ei ole, 4) vajadus otsustada, 5) kriis on ühtaegu nii universaalne kui ka isikupärane.

Inimesed reageerivad kriisile erinevalt, enamikel juhtudel suudab inimene kriisi läbida ilma, et see muutuks elu kahjustavaks, raske kriis võib inimese toimetuleku aga halvata viisil, et tulemiks võib olla enesetapp või mõrv (James, 2008; Jackson-Cherry jt, 2018). James (2008) toob välja, et ühe grupi inimeste kriisikogemus tugevdab nende toimetulekumehhanisme ning kriis annab võimaluse enesearenguks, taasintegreerumiseks ja positiivseteks lahendusteks (Reinecke, Washburn ja Becker-Weidman, 2007), teised tulevad küll toime, kuid peidavad kriisis tekkinud rasked tunded ja mõtted ning see kogemus mõjutab tumeda varjuna terve elu nende toimetulekut (James, 2008). Kolmas grupp Jamesi sõnul murdub psühholoogiliselt ning ilma kõrvalise abita pole nad võimelised oma eluga edasi minema. Ühtset valemit, mis selgitaks, miks sama kriisi läbi elanutest üks tuleb toime ja teise toimetulekumehhanismid ei tööta või saavad kahjustada, kahjuks ei ole (Jackson-Cherry jt, 2018).

Jamesi (2008) sõnul on kriisiolukorra sümptomid väga komplitseeritud, mõjutades inimese erinevaid keskkondi, nii nagu ka iga keskkond mõjutab inimese hakkamasaamist kriisisituatsiooniga, keskkondadel on võime kriisiga toimetulekut kas kergendada või raskendada. Toimetulek kriisiga saab alguse siis, kui inimene tunnistab probleemi ning saab aru, et kriisist väljumiseks on vajalik astuda samme, et kutsuda esile muutusi (James, 2018). Ta toob välja, et mittetunnistamise korral venib kriis väga pikale, taastumine on järjest raskem ning kiireid, lihtsaid lahendusi kriisiga toimetulekuks ei ole, enamasti on vajalik integreerida erinevaid sekkumisi.

Kriisiepisoodile võib sageli järgneda veel kriise, mis tihti ei mõjuta ainult inimest ennast, vaid ka tema lähedasi või kogukonnaliikmeid (Jackson-Cherry jt, 2018).

Otsustamisel on kriisiolukorras oluline osa, iga väiksemgi otsus aitab seada eesmärged ning planeerida kriisist väljatulekut, ka otsuse mittetegemine on otsus, mis aga võib saada inimesele saatuslikuks või ohtlikuks (James, 2018). Kriis on ühtaegu universaalne, sest keegi meist pole kaitstud kriisiolukordade eest, kuid samas ka unikaalne, olles mõjutatud inimese individuaalsusest, ainult talle omasest toimetulekust kriisiga ja teda ümbritsevatest keskkondadest (James, 2018).

James ja Gilliland (2017) toovad kriisi tunnustena välja veel vastupanuvõime ehk säilenõtkuse ja taju - kuidas kriisiolukorda tajutakse ning sellest aru saadakse. Säilenõtkuse tekkeks on oluline leida parim viis inimese toetamiseks, et koostada koos inimesega plaan, kuidas kriisiga toime tulla, ning teha seda viisil, et see tugevdaks ka hilisemat toimetulekut (James ja Gilliland, 2017), arvestades, et kriisikogemus ise aitab inimesel toime tulla või ennetada elus veel eettulevaid kriise (Jackson-Cherry jt, 2018).

Suitsidaalsed kriisid on tavaliselt ajalise limiidiga, reageerida tuleb kohe ja reageerimata jätta ei saa (Reinecke jt, 2007). Enesetapu ohu ja mõtetega inimeste tugevad impulsid tegutsemiseks tavaliselt rauevad, kuid depressiivsed inimesed näevad end ja oma käitumist alati negatiivsena, nad ei märka enda edusamme ja pigem kipuvad end karistama (Reinecke jt, 2007).

2.2 Kriisiteooriad ja kriisitöö

Kriisiteooriate ja kriisitöö põhimõtted tulenevad Lindemanni ja Caplani psühhoanalüütilistest teooriatest, põhinedes kaotusel ja kaotusele järgneval leinal (James, 2008). Inimene võib tunda kaotust ja sellele järgnevat leina erinevate arenguetappide ja elusündmuste puhul⁴ (James ja Friedman, 2009), mis toovad inimese ellu stressi tekitava muutuse (James, 2008). Kriisisekkumise käigus tegeletakse ühe konkreetse sündmuse tagajärgedega, tähelepanu on inimese emotsionaalsel reageeringul kriisile ja pikaajalise toimetulekuvõimekuse muutuste tekitamisel (Payne, 2014).

Paljude vaimse tervise häirete sümptomite osas saab tuua paralleele akuutsete leina tunnustega, milleks võivad olla somaatilised häired, süütunne, eitamine, mittetavapärane käitumine, viha, igapäevaelu jätkamine emotsioonitult, suhtlemise ja tegevuste vältimine, uneprobleemid, enda

⁴ Nendeks võivad olla näiteks surm, suhte lõppemine, töö kaotus, enda või lähedase haigus jmt

majanduslik ja sotsiaalne kahjustamine, otsustamise puudumine, depressiivsus, suitsiidile kalduvus (Jackson-Cherry jt, 2018; Lindemann, 1944). Tähtis on märgata nii inimese üle- kui ka mittereageerimist, et vältida toimetuleku kahjustumist (Lindemann, 1944). Vaimse tervise häirete ja haiguste puhul võib inimene kriisis olles reageerida ärritunult, olla desorienteeritud vaimset, käitumuslikult või ka emotsionaalselt, oht on kaotada endast lugupidamine ja MINA-pildi nägemine (Dattilio ja Freeman, 2007).

Kriisitöö kontekstis annavad erinevad teooriad oma arusaama ja vaate kriisist ja kriisitööst ning võimaldavad pakkuda erinevaid kriisisekkumisi. Toon välja järgnevad teooriad: 1) psühhoanalüütiline, 2) süsteemi ja öko-süsteemne, 3) kohanemise, 4) interpersonaalne, 4) kaose, 5) arengu (James, 2008), 6) kognitiiv-käitumuslik ja 7) ülesandekeskne teooria (Payne, 2014).

Psühhoanalüütilise teooria kohaselt võivad inimest kriisiolukorda panna lapsepõlvest jäänud sundmõtted või eelnevad emotsionaalsed kogemused, teooria aitab inimesel mõista põhjuseid tema käitumisele (James, 2008). Süsteemiteooria kohaselt tuleb Jamesi (2008) sõnul pöörata tähelepanu lisaks indiviidile ka interaktsioonile kriisiolukorra, indiviidi ja teda ümbritsevate inimeste vahel ning öko-süsteemne teooria laiendab vaadet kuni makrosüsteemideni välja.

Kohanemise teooria järgi on inimene kriisi sattunud iseenda mittekohase käitumise, negatiivsete tunnete, mõtete ja ennasthävitavate kaitsemehhanismide tõttu ning on vaja aidata inimesel lõpetada negatiivne käitumismuster, suunata teda leidma ning õppima positiivseid käitumisi, mõtteid ja kaitsemehhanisme, mis aitavad tal liikuda positiivse toimetuleku poole (James, 2008).

Interpersonaalse teooriapõhise sekkumise käigus antakse inimesele tagasi tema eneseusk ja -hinnang, samuti usk teistesse inimestesse ning inimene omab uuesti kontrolli oma elu ja edaspidiste sammude üle, kinnistuvad oskused ja teadmised kriisiga toimetulekuks (James, 2008).

Kaose teooria selgitab, et segadus ei tulene mitte kriisisituatsioonist endast, vaid teadmatusest, etteennustamatusest ja teadmisest, et mitte miski pole kindel (James, 2008).

Arenguteooria olulisus kriisitöös tuleneb asjaolust, et paljud kriisid on põhjustatud inimese elu arenguetappidest ja sündmustest elukaare jooksul, kui inimene ei ole võimeline algama uut eluetappi toimetulevana (James, 2008).

Kognitiiv-käitumuslik teooria suunab panustama inimese elu mõttega, tunnetega, käitumisega ja kognitiivsete oskustega tegelemisse ning ülesandekeskne teooria, sarnaselt kriisisekkumise mudelile, tegeleb kiiret sekkumist vajavate probleemidega ja olukordadega, on juhtumipõhine,

ajaliselt limiteeritud ja kindla struktuuriga (Payne, 2014). Lühiajalised lähenemised sobivad hästi juhtudel, kus inimene ei ole võimeline kontsentreeruma või aru saama olukorra tõsidusest (Payne, 2014).

Võtmeteguriteks kriisisekkumises on stress, trauma (ohutuse ja turvalisuse kahjustumise tajumine), toimetulek, kohanemine ja vastupanuvõime (Jackson-Cherry jt, 2018). Toimetulek on käitumuslik või tunnetuslik tegevus stressi maandamiseks ning eristada võib probleemile-, emotsioonidele- või vältimisele fokuseeritud toimetulekut. Kohanemine on uus olukord ja toimimine peale kriisi, kusjuures muutus võib olla toimunud nii negatiivse kui positiivse toimetuleku suunas (Jackson-Cherry jt, 2018).

2.3 Kriisisekkumine

Antud kirjanduse ülevaates mõistetakse kriisisekkumist mitte kui üht sotsiaaltöö teooriat (Payne, 2014), vaid kui tegevuste kogumit töös inimestega kriisis. Kriisitöö on otseselt inimesega või inimese abistamiseks tehtav töö.

2.3.1 Kriisitöö mudelid

Vaimse tervise kriisitöö programmidest pikima ajalooga on toetav töö suitsiidide ja elu mõtte kaotamise mõistmiseks ja ennetamiseks (James, 2008). Suitsiid on teadvuse seisund, inimese jaoks käegakatsutav lahendus probleemidele, seisundi tundemärkideks on pessimism ning lootusetus (Reinecke, Washburn ja Becker-Weidman, 2007).

Inimese õigusi tagav kriisitöö annab inimesele võrdsed võimalused ja isikliku turvalisuse tunde (Anthony, 1993). Vaimse tervise teenussüsteemides ja kriisisekkumises tuleb esile seada võimestav lähenemisviis, mis suurendab isiku võimet ise otsuseid teha oma elu, tervise ja sekkumiste osas ning toetab tema agentsust ja autonoomiat (Drake ja Whitley, 2014). Kriisitöö on koostöö erinevate lähenemiste ja spetsialistide vahel, nähes inimest kui tervikut ja võimaldades vajadusel nii ravi kui igapäevase toimetuleku toetamist (Jackson-Cherry jt, 2018).

Kriisisekkumise üldiseid mudeleid Jamesi (2008) järgi on viis: 1) tasakaalu, 2) kognitiivne ehk tunnetuslik, 3) psühhosotsiaalse ülemineku, 4) arengu-ökoloogiline ja 5) kontekstuaalne-ökoloogiline mudel. Antud töö kontekstis pean oluliseks välja tuua tasakaalu mudeli kui varajasse

sekkumisse sobiva mudeli, mil inimene ei oma kontrolli ning ei ole võimeline tegema adekvaatseid otsuseid, inimese parimaks toimetulekuks on vajalik aidata tal leida psühholoogiline ja emotsionaalne tasakaal (James, 2008).

Järgnevalt kognitiivse ehk tunnetusliku mudeli, kus sekkumise ajal aidatakse inimesel muuta vaateid kriisile või situatsioonile, et suurendada inimese kontrolli kriiside üle tema elus, sest kriisi põhjustajaks on inimese vale arusaam, uskumus ja negatiivsed mõtted erinevate situatsioonide või traumade osas (James, 2008; Jackson-Cherry, 2018).

Psühhosotsiaalse ülemineku mudeli puhul kaasatakse lisaks inimesele ka keskkond, sest kriis võib olla põhjustatud psühholoogilistest, sotsiaalsetest või keskkondlikest faktoritest ning sekkumise käigus proovitakse koostöös inimesega leida toimetuleku paranemiseks faktorid, mida süsteemides on vaja muuta (James, 2008). Stressi või kriisiga toimetulek aitab tekkida kaitseteguritel, mis aitavad ära hoida kriise või parandavad stressi ja kriisiga toimetuleku mehhanisme (Jackson-Cherry jt, 2018).

2.3.2 Kriisisekkumise protsess

Kriisisekkumine on multiprofessionaalne, hõlmates psühholoogia, psühhiaatria ja sotsiaaltöö (Payne, 2014). Millist sekkumist kasutada, oleneb inimese vaatest probleemile ning mõjust emotsionaalsele tasakaalule, mida emotsionaalselt tasakaalutum on inimene, seda tõenäolisemalt inimese olukord muutub kriisiks ning tuleb kergemate ja teraapiliste nõustamiste asemel kasutada kriisisekkumist (James, 2008). Tasakaalustamatust on võimalik mõista, uurides ja teades inimese varemaid kogemusi, tema kognitiivseid struktuure, käitumist ja pädevusi (Jackson-Cherry jt, 2018). Lisaks inimese psüühikale ja emotsioonidele mõjutavad kriisilukorda ka sotsiaalsed, keskkondlikud ja situatsioonipõhised tegurid, millede halbade koosmõjude tõttu võib igaüks meist sattuda kriisi (James, 2008).

Tänapäeval annab kriisisekkumisele raamistiku Robertsi seitsme-astmeline kriisisekkumise protsessi mudel, hõlmates seisundi, ohtlikkuse, olukorra, probleemi, tunnete, mõtete, käitumise ja ressursside hindamist ning tegevuskava ja/või kriisiplaani koostamist, järeltegevuste planeerimist, protsessi astmed on kohandatavad ja võivad olla osaliselt ka kattuvad (Payne, 2014; Yeager ja Roberts, 2015).

Põhimõtteliselt sarnase kontseptsiooni toovad välja ka Jackson-Cherry, McGlothlin ja Erford (2018), pöörates oluliselt rohkem tähelepanu hindamisele, sest just põhjalik olukorra hindamine on tulenevalt inimese kriisi individuaalsusest ülioluline. Hindamise olulisust ning laia spektrit rõhutab ka Payne (2014).

Kriisisekkumise protsessist annab ülevaate kriisisekkumise protsessi etappide tabel (vt tabel 3).

Tabel 3. Kriisisekkumise protsessi etapid (Jackson-Cherry jt, 2018; Roberts ja Ottens, 2005; Yeager ja Roberts, 2015)

| Protsessi etapp | Tegevused või olulised momendid |
|---|---|
| Stabiliseerimine, vaimse tervise seisundi, letaalsuse, riskide hindamine | Akute kriisi puhul esmane ja ülioluline. Hinnatakse inimese ohtlikkust iseendale või teistele, koheselt vajaminevaid psühhosotsiaalseid vajadusi. Võib vajada direktiivset käitumist ja otsustamist nõustaja poolt. Hinnatakse hospitaliseerimise vajadust. |
| Suhte loomine, füüsiliste, meditsiiniliste, psühholoogiliste, sotsiaalsete, vaimsete ja muude asjaolude hindamine | Aktsepteerimine ja austus inimese vastu, mittehinnanguline suhtumine. Kindlustunde andmine, et inimesel on võimalik saada vajalikku abi. ABCDE-hindamismudeli kasutusvõimalus. |
| Probleemi(de) selgitamine | Probleemi(de) väljaselgitamine, toimunu kaardistamine, mis asjaolu viis inimese abipalumiseni, ohtlikkuse aste. Inimesel võib olla mitmeid kriise, seetõttu oma loo jutustamine aitab kriisi paremini mõista. Kriisi tekitavate või ennetavate sümptomite ja ohumärkide väljaselgitamine. |
| Toimetulekumehhanismide, ressursside, toetusvõrgustiku ja motivatsiooni hindamine | Olemasolevate toimetulekumehhanismide ja ressursside uurimine, võimalused toetusvõrgustikes. Mis on minevikus aidanud toime tulla. Inimese motiveerituse taseme hindamine. Inimese tugevuste leidmine ja nende teadlikustamine, vajadusel visualiseerimine. Aidata leida positiivsed toimetulekud ning asjad, mis inimese jaoks on positiivsed. |
| Töö kognitiivsete protsessidega, normaliseerimine | Aidata inimesel mõista oma mõtteid, tundeid ja emotsioone, arusaamist toimuvast (mis?, miks?, kes?), ning tema reaktsioone ja mõju tema elule ja tõekspidamistele. Negatiivsete tunnete ja mõtete normaliseerimine. Lasta inimesel oma tunded ja emotsioonid välja ventileerida. Aktiivse kuulamise kasutamine. |
| Alternatiivide leidmine | Uute, alternatiivsete võimaluste leidmine inimese toimetulekuks, motiveerimine, ümbermõtestamine. Tugevustele toetumine. |

| | |
|---|--|
| Tegevuskava väljatöötamine | Töötatakse välja kriisiplaan, -kava. Eesmärkide seadmine. Inimese poolt kohustuste ja vastutuse võtmise julgustamine ja toetamine. Vajadusel planeeritakse kavva ka toetaja tegevused. |
| Lõpetamise ja järeltegevuste planeerimine | Nõustamise lõpetamise planeerimine, jätkutegevused. Teadmine, et vajadusel saab inimene tulla uuesti nõustamisele, kui pole kindlat kokkulepet. Kuidas edasi. |

Oluline kriisisekkumise protsessis on Payne (2014) sõnul inimese kogemused, prioriteedid ning õigused. Jackson-Cherry (Jackson-Cherry jt, 2018) pakub teises etapis välja hindamiseks ABCDE-lähendamise: 1) mõju (*affect*, peamised tunded kriisile reageeringus, reageerimine, kõne jmt), 2) käitumine (*behaviours*), 3) tunnetus (*cognitions*, mõtted, emotsioonid, elueesmärk, MINA-pilt), 4) areng ja arengutegurid (*development*), 5) keskkond (*environment*, ökosüsteemid, kultuur, usk, võrgustikud, kogukonnad, füüsiline keskkond, puude olemasolu, haridus jne). Eestiski teatud, kasutatud ja õpetatud CARE ehk kõikehõlmava rehabilitatsioonikäsitluse meetodika hindamine baseerub isiklikel valdkondadel (enesehooldus, tervis, elu mõtestamine, sotsiaalsed suhted) ning eluvaldkondadel (elamine, töötamine, õppimine, puhkamine ja vaba aja veetmine) (Hollander ja Wilken, 2015). Riskide hindamist tuleb kriisi iseloomu tõttu hinnata järjepidevalt erinevatel aegadel (Jackson-Cherry jt, 2018).

Kuna inimese taju ja mõtted määravad, kuidas sündmus talle mõjub, on ülioluline mõista üksikisikut ja teha tegevuskava tema individuaalsusest lähtuvalt, samas arvestades, et taju võivad mõjutada mitmed sisemised ja välised tegurid, sealhulgas inimese enda säilenõtkus, ressursid, tugisüsteem (Jackson-Cherry jt, 2018). Kriisitööd ei saa paraku teha inimestega, kes ei nõustu abistavate meetmetega (Payne, 2014) või takistavad abi jõudmist nendeni (Naarits ja Meel, 2011).

Probleemiks võib Payne (2014) sõnul olla asjaolu, et pikaajalist toetust pakkuvad teenuseosutajad ei ole tihti huvitatud lühiajaliste lähenemiste ja teenuste osutamisest, samas on kriisitöö järgselt sageli vajalik osutada toetavaid teenuseid, aidata ellu viia muutusi, saavutada eesmärke ja ennetada uusi kriisi sattumisi. Ta lisab ka, et lühiajaliste lähenemistega võib kaasnedda nõustajapoolne mittesüvenemine probleemi algetesse.

Järgest olulisemaks saab esmases kriisitöös tehnoloogia areng. Tänapäeva tehnoloogiamailmas on lihtne leida internetist infot kriisi, kriisisekkumiste, eneseabivõtete ja nõustajate kohta, e-maili või sõnumi saatmise teel on võimalik sotsiaalmeedia vahendusel kiirelt ühendust võtta nõustajaga

või nõustamist saada näiteks *Skype* teel (Jackson-Cherry jt, 2018). Samuti on internetist leitavad online kriisinõustamisteenust osutavad organisatsioonid (Eestis nt Peaasi.ee⁵) või inimesed (Jackson-Cherry jt, 2018).

2.3.3 Kriisinõustamine ja kriisitöötajad

Jackson-Cherry koos kolleegidega (2018) toovad välja kriisinõustamise ainulaadsuse võrreldes teiste nõustamistega, olles erinev oma sekkumiste, eesmärgipüstituse, sekkumise planeerimise ja aja poolest. Kui inimese olukord on turvaline ja stabiilne, on võimalik inimene suunata teiste nõustajate poole või jätkab nõustaja inimesega tööd ning kriisisekkumine on üks osa nõustamisest (Jackson-Cherry jt, 2018).

Kriiside ennetamiseks ja kriisiga toimetulekuks vajab inimene lähedase, sõbra või spetsialisti abi, kes aitab tal kriisis olles aru saada ja lahti mõtestada, mis temaga toimub, ning muul ajal aitab märgata ohumärke, et oleks võimalik õigel ajal sekkuda (Roest-Boers ja Belgraver, 2018). Samas peab kriisitöötaja olema teadlik võimalusest, et teiste inimeste reageering kriisile võib tekitada inimesele teise trauma või süütunde (Wainrib ja Bloch, 1998).

Abivajajatele on kliinilistest⁶ töötajatest hästi meelde jäänud need, kes oskavad kuulata, on hoolivad ning suudavad inimest võimestada ise otsuseid vastu võtma (Drake ja Whitley, 2014). Tüüpiline meditsiinilise vaimse tervise valdkonna töötaja teab, kuidas ravida haigust, kuid mitte, kuidas aidata inimesel suurendada oma heaolu ja haigusega hästi elada (Slade, 2010). Vabatahtlikud saavad inimest toetada kriisiolukorras, kuid nad ei asenda professionaalseid abistajaid (James, 2008).

Ideaalne kriisitöötaja omab elukogemust ning oskust kogemustest õppida, tal on vajalikud teadmised, on vaimselt kiire reageerija, oskab ennast hoida (James, 2008) ning on võimeline üles ehitama nii usaldus- kui koostöösuhet (Jackson-Cherry jt, 2018).

Iseloomuomadustelt on hea nõustaja tasakaalukas, loominguline, paindlik, energiline, kohanemisvõimeline, enesekindel, empaatiline (James, 2008) ja rahulik (Payne, 2014). Nõustamis- ja suhtlemisoskustest peab tal olema oskus kuulata, vastata ja reflekteerida, ta peaks

⁵ <http://peaasi.ee/>

⁶ Kliiniline töötaja - meditsiinivaldkonnas töötav ekspert või spetsialist

olema hea ajakasutusega ning suutma tugevustele ja toimetulekuoskustele keskenduda (Payne 2014).

Parimal viisil inimest ja tema taastumist toetav ja võimestav süsteem peaks kohtlema inimest austusega, olema valmis tegema inimesega ja teiste osapooltega koostööd, austama inimese vabadust, valikuid, isetoimetulemist ja võrdväärseid rollivalikuid, tunnistama kogemusnõustamist ning seejuures on vaja koolitada ka uue mõtteviisiga kliinilisi töötajaid (Drake ja Whitley, 2014).

Jackson-Cherry, McGlothlin ja Erford (2018) toovad välja kriisinõustajatena professionaalsed nõustajad (ennetus, arengu- ja tervisevaldkonnad), psühhiaatrid, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, paraprofessionaalid, (kes Eesti mõistes on näiteks tegevusjuhendajad, tihti ka kriisikava toetav töötaja inimese jaoks) ning telefoninõustajad. Olulisena toovad nad inimese heaolu tagamiseks välja erinevate osapoolte avatud koostöö nii omavahel kui teiste valdkondade spetsialistidega (Jackson-Cherry jt, 2018).

Inimese sattumisel nõustaja juurde on vaja hinnata, kas olukord nõuab nõustajapoolset 1) direktiivset lähenemist, kui inimene on segaduses, osavõtmatu või suitsidaalne, 2) mittesuunavat lähenemist, lastes inimesel endal otsuseid vastu võtta või 3) koostööd, kus nõustaja on toetaja, aitamaks inimesel jõuda õigete otsusteni (Jackson-Cherry jt, 2018).

3 KRIISIKAARDI TEENUSE KORRALDUS

Teenuste väljatöötamisel peab arvestama, et parimal viisil toetavad inimest teenused, mille puhul teenuste osutamine on üles ehitatud tervikliku süsteemina, on suunatud inimese arengule ja kasvamisele ning on seotud tema taastumisfaasiga (Hollander ja Wilken, 2015).

Jaapanis läbi viidud uurimuses tuli välja, et väga oluline on teenuseosutajatel, abistajatel ning ka poliitika elluviijatel küsida inimese käest, millist teenust ta vajab, kaasates inimest (võimalikku abivajajat) teenuse osutamise planeerimisse ning teenuste arendamisse (Miyamoto, Hashimoto-Koichi, Akiyama ja Takamura, 2015). Sekkumiste planeerimiseks hindab kriisinõustamist pakkuv nõustaja koos inimesega olukorda, võimalusi, ressursse ning koos koostatakse plaan kriisiga toimetulekuks ja uute ressursside leidmiseks (Jackson-Cherry jt, 2018).

3.1 Ohumärkide kaardistamine, ohumärkide plaan

Ohumärkide plaan kui meetod tagasilanguste ennetamiseks, sobib hästi tsükliliselt ägenevate häirete ja haiguste puhul, plaanis tuuakse välja hoiatavad märgid, nii nagu inimene ise või teised neid tajuvad ja samuti toimingud, kuidas ohumärkide ilmnemisel reageerida (Hollander ja Wilken, 2015).

Hollanderi ja Wilkeni (2015) sõnul koostatakse plaan kas inimese enda või ka tema võrgustiku jaoks, kes vajadusel saavad inimest teadlikult toetada. Autorid soovivad selleks nn valgusfoori mudelit, kus **roheline**⁷ on tavapärane, turvaline olukord, **kollases** faasis on inimene turvalisuse piiril, ilmnevad ohumärgid ja igapäevane elu ei toimi enam nii hästi, **punane** tähistab ebaturvalisust, inimene on tasakaalust väljas ning on oht sattuda kriisi (Hollander ja Wilken, 2015). Ohumärgid võivad olla nii füüsilised kui ka kognitiivsed ning ohumärke on kõige parem kaardistada siis, kui inimene on stabiilne ehk siis rohelises tsoonis (Hollander ja Wilken, 2015).

⁷ Kasutan tekstis värve ohumärkide metoodika kirjeldamiseks, kuna minu arvates aitavad värvid ja visuaalid paremini kaasa meetodi mõistmiseks.

USAs on sarnaselt eelnevatele põhimõtetele toetudes vaimse tervise probleemide kogemusega inimeste poolt välja töötatud tõenduspõhisele praktikale tuginev heaolu taastamise tegevuskava (WRAP⁸), mis koosneb päevaplaanist, ennetavate ohumärkide ning kriisi ennustavate märkide kaardistamisest ning kriisiplaanist (WRAP is..., i.a).

Hollandis läbi viidud uuringus (Daggenvoorde, Goossens ja Gamel, 2013) bipolaarse meeleoluhäirega inimeste seas taastumisel tagasilangust ennetava plaani kasutamisel selgus, et plaan koos ohumärkide teadvustamisega aitab suurendada inimese enesejuhtimist ning saavutada kontrolli elus ja võtta vastutust oma käitumise üle taastumisprotsessis, olles ise protsessi ekspert. Uuringu tegijad ütlevad, et enesejuhtimine on inimese võimekus oma elus muutusi esile kutsuda, elades pikaajalise vaimse tervise haigusega, nende oskuste õppimine ja treenimine ning MINA-pildi kujundamine läbi enesekindluse ja eneseteadvuse tugevdamise, on taastumise aluseks (Daggenvoorde jt, 2013).

Ohumärkide kaardistamine võimaldab teadvustada erinevaid terviseolukordi ja õppida oma kogemusest ning harjutada enesevaatlust ja -analüüsi (Hollander ja Wilken, 2015).

Kaardistamise käigus peaks inimene mõtlema 1) millised on stressitegurid, nähud, mille järgi inimene teab, et asjad hakkavad halvasti minema, 2) millised on erinevad tasemed valgusfoori alusel, 3) kuidas ta ise väldib tagasilangust, 4) millist abi saavad teised pakkuda, 5) mis info veel on oluline terviseolukorrast lähtuvalt ning lisada võib ka 6) informatsiooni ravimite ja oluliste inimeste kohta, telefoninumbrid (Hollander ja Wilken, 2015).

Ohumärkide plaani koostamine aitab inimesel saavutada suuremat stabiilsust, annab pidepunkti rasketeks aegadeks, muudab iseseisvamaks, (Hollander ja Wilken, 2015), inimene on teadlikum oma olukorrast ning plaan on võimaluseks ümbritsevatele inimestele selgitada, mis temaga toimub ja kuidas teised teda toetada saavad (Daggenvoorde jt, 2013; Hollander ja Wilken, 2015).

Kuna kriisi ennetavate tegevuste elluviimine on inimeste jaoks tihti raske, siis on teenuseosutajatel võimalik olla nende kõrval kogu protsessi jooksul ning toetada inimest ennast ja tema lähedasi, oluline on koostöösuhe professionaali ja inimese vahel (Daggenvoorde jt, 2013).

⁸ WRAP ehk Wellness Recovery Action Plan USA <https://mentalhealthrecovery.com/wrap-is/>
Lisaks WRAP näide Iirimaalt <https://www.stpatricks.ie/getting-help/learning-resource-hub/2018/february/recovery-programme-incorporating-wellness-recovery-action-plan-wrap>

3.2 Kriisiplaan ja kriisikaart

Tulenevalt iga inimese kriisi individuaalsusest peab inimene kriisiplaani koostamisel teadma ja tundma, et nõustaja saab pakkuda turvalise keskkonna ja pädeva abi plaani koostamisel ning avatud hindamine annab inimesele signaali, et nõustaja on kohal ja hoolib, plaan koostatakse inimese arengulise toimimise tasemel (Jackson-Cherry jt, 2018).

Kriisikaart on ohumärkide kaardistusest ja tulemustest lähtuv kaart, ohumärkide plaani üks osa, ajaks, kui inimene on punases ehk ebaturvalises tsoonis ning sellel on teave tegevuste kohta ohumärkide korral, ravi ja ravimite kohta ning vajadusel soovide kohta psühhiaatrilise ravi puhul (Hollander ja Wilken, 2015). Kriisikaart Hollanderi ja Wilkeni arvates võiks olla inimesel kaasas. Eestis läbi viidava kriisikaardi piloteerimise projektis on kriisikaarti kirjeldatud kui tahteavaldust, mis annab infot ja isiklike eelistusi selle kohta, kuidas ümbritsevad inimesed saavad kriisis inimest aidata, võimaldades inimesel omada kontrolli haavatavas olukorras ja kriisis olles (Psüühikahäirega ..., 2018).

Kriisiplaani saab koos inimesega teha kas kliiniline ekspert ehk arstiharidusega spetsialist või inimest esindava ühenduse liige (eestkõneleja), ideaalvariandis koostööna, vajaliku adekvaatse toetuse planeerimiseks ning plaani tulemiks on vaid olulisima infoga väike plastikust kriisikaart (Ruchlewska jt, 2012).

Kirjalik kriisiplaan kriisis oleku ajaks või tagasilangusega toimetulekuks, mis koostatakse inimese tahte kohaselt ühiselt koos inimese ja ravi-, toetus- või hooldusmeeskonna liikmetega, on teenuse saajate poolt hästi vastu võetud ning see aitab üles ehitada terapeutilisi suhteid ning vähendada tahtmatuid abimeetmeid (Henderson jt, 2015). Nad toovad välja ka erinevused kliiniliste töötajate arusaamades, kuna mitte kõik ei toeta jagatud otsustamist ning lahendusena pakuvad nad välja koolitatud hoolduskoordinaatoreid või juhtumikorraldajaid, kes oleksid vahendajad erinevate osapoolte vahel (Hendersonjt, 2015). Van der Hami, Voskesi, van Kempeni, Broerse ja Widdershoveni (2013) poolt Hollandis läbi viidud uurimuses selgus, et sõltumatul kriisinõustajal kui vaimse tervise teenuste osutajal, on oluline roll koostöö tegemiseks ja samal ajal inimese huvide eest seismisel. Uurimuse kohaselt, kui kriisikaart oleks olemasolevate institutsionaalsete tuge pakuvate asutuste teenuste üks osa, võib kaduda kriisikaardi teenuse inimesekeskus.

Eelnevale tuginedes võib öelda, et kriisikaardi nõustaja saab olla erinevast valdkonnast – ravi, toetus- või hooldusmeeskondadest, ka sõltumatu vaimse tervise teenuse osutaja, kuigi rohkem tuuakse välja meditsiinivaldkonna ehk kliinilisi töötajaid. Kriisikaart võib olla nii paber kandjal kui ka taskuformaadis kaart.

Kriisikaardil kajastuv info oleneb paljuski konkreetsest inimesest ja tema olukorrast, seal võiks olla: isiku- ja kontaktandmed, teave ravikindlustuse kohta, kriisi kirjeldus, kriisile eelnevad ohumärgid, kuidas kriisi korral toimida, füüsilised märgid, ravimid, mida kindlasti vältida, kellega kontakti võtta, kontaktisiku ülesanded, haiglasse paigutamise info, perearsti või raviarsti andmed, teenuseosutaja andmed, koostamise koht ja aeg (Hollander ja Wilken, 2015; Ruchlewska jt, 2012). Sutherby ja tema kolleegide Inglismaal läbi viidud uurimuses (1999) osalejate arvates peaks kriisikaardil või ühisel kriisiplaanil infona lisaks eelnevale olema veel ka nõustaja kontaktandmed, olemasoleva ravi- või hooldusplaani andmed, olukorrad mis võivad viia kriisini, mis on või mis ei ole toimunud eelmistel kordadel, soovituslik kohtlemine kriisis olles või sotsiaalteenused, mida inimene vajab.

Inglismaa uuringus (Sutherby jt, 1999) osalejad arvasid, et koopiati kriisikaardist peaks omama inimene ise, ravi- ja hooldusmeeskond, kiirabi, kontaktisik, perearst, või keegi teine oluline isik. Uurimuses toodi välja, et inimesed kasutasid kriisikaarti: kontakt- ja infokaardina, info allikana eelmiste kriiside osas ning tegevuste plaanina, kuidas tulevikus kriisisituatsioonis on hooldus planeeritud. Kriisikaardi kasutamine aitas uuritavate arvates olla rohkem kaasatud tegevuste planeerimisse ning nad tundsid end enesekindlamalt kriisi suhtes ja omasid rohkem kontrolli oma haiguse üle. Uurimuse tulemus lubab öelda, et kriisiplaani tegemisel on praktiline väärtus tagasilanguse märkamisele ja kriisiga toimetulekule, tõuseb inimeste teadlikkus, aktsepteeritakse häiret või haigust oma elu osana ja paraneb psühholoogiline toimetulek.

Kriisikaardi tõhusus seisneb inimesele turvalisusetunde andmises, aitab mõista temaga toimuvat, jõustab ja annab inimesele autonoomsuse, paraneb oskus küsida vajalikku abi ning personaalne taastumine kriisist toimub kiiremini (Belgraver ja Roest-Boers, 2017), ambulatoorsete vastuvõttude ja haiglaravi kordade arvule see siiski olulist mõju ei avaldanud (Belgraver ja Roest-Boers, 2017; Ruchlewska jt, 2014). Kriisikaarti tuleks teatud aja tagant kindlasti üle vaadata, sest mitte kõik, mis enne toimis, ei pruugi tulevikus enam töötada (Roest-Boers ja Belgraver, 2018).

Kriisikaardi teenuse Hollandis käivitas 1999. aastal patsientide eeskõnelejate grupp, kes siiani omab kriisikaardi kontseptsiooni autoriõigust, kontseptsiooni kohaselt peavad olema kriisikaardid koostatud inimese vaatenurgast lähtuvalt koos sõltumatu kriisikaardi nõustajaga (Van der Ham, Voskes, van Kempen, Broerse ja Widdershoven, 2013). Esmalt koostatakse kriisikava ning seejärel kriisikaart, mis on väikeformaadiga voldik ja mahub rahakotti. Kriisikaardi teenuse kohta saab infot nii kodulehelt,⁹ kui ka Facebooki kaudu¹⁰.

Inglismaal hakati esimesi kriisikaarte kasutama 1989. aastal ning esialgselt oli kaart inimese jaoks võimalus määratleda, kellele tema kriisis olles helistatakse või kellel on esindusõigus, soovi korral võis sinna lisada muud olulist infot (Sutherby jt, 1999). Individuaalse kriisikaardi kõrval kasutati ka ühist kriisikaarti, mis oli tehtud koostöös ja nõusolekul raviarstiga. Sekkumine vaimse tervise probleemide puhul on tervishoiu pädevuses, sellega tegeleb *National Health Service* (NHS), millel on esindused erinevates paikkondades. *NHS West London* on välja töötanud Isikliku taastumise plaani¹¹.

Kriisisekkumist on võimalik osutada ka kogukonnapõhiste meeskondade kaudu: ACT (*Assertive Community Treatment*) – meeskond ja FACT – meeskond (*Flexible Assertive Community Treatment*), kes osutavad terviklikule lähenemisviile toetudes kriisiteenust inimese kodus (Hollander ja Wilken, 2015).

3.3 Võimalused kriisikaardi teenuse korralduseks Eestis

Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon (edaspidi VATEK¹²) on välja töötanud erinevatele uurimustele ja maailmas ning Euroopas väljatöötatud vaimse tervise alusdokumentidele toetudes Vaimse Tervise Heaolu strateegia aastateks 2016 - 2025 (2016), mille eesmärgiks muuhulgas on heaolu tõus, varane märkamine ning vaimse tervise edendamine järjepidevalt kogu elukaare jooksul. Strateegia alaeesmärkideks on vaimse tervise edendamine, psüühika- ja käitumishäirete ennetamine ning psüühika- ja käitumishäirete ravi ja taastumise toetamine. Eelnevale toetudes

⁹ Hollandlaste kriisikaart ehk *crisiskaart*, kodulehekülj. <https://www.crisiskaart.nl/de-crisiskaart-jouw-eigen-stem-tijdens-een-crisis/wat-is-de-crisiskaart/>

¹⁰ Crisiskaart Facebooki leht <https://www.facebook.com/Crisiskaart-1416863505072827/>

¹¹ NHS West London Personal recovery plan <https://www.westlondon.nhs.uk/patients-and-carers/staying-healthy/personal-recovery-plans/>

¹² VATEK. Vaimse heaolu strateegia 2016 - 2025 <http://vatek.ee/vatek-andis-sotsiaalministeeriumile-ule-vaimse-tervise-strateegia-2016-2025/>

võib öelda, et antud töö kontekstis inimese iseseisvus, abistavate meetmete koostöö ohumärkide kaardistamisel ning kriisitöö on oluline osa inimeste elujärje ja heaolu parandamisel.

Rahvastiku tervise arengukava 2020 - 2030 visioonidokument (2019) toob välja, et vaimse tervise teenused peavad olema kättesaadavad ja kvaliteetsed, lähtuma inimeste vajadustest ning toetama vaimse tervise probleemidega inimest ennast ja tema lähedasi. Arengukava (Rahvastiku..., 2019) alaeesmärgis – inimkeskne tervishoid – nähakse vajadust ravi kõrval panustada ennetustegevustele ning füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu edendamisele. Inimkesksust tervishoius iseloomustab terviklik ja personaalne lähenemine inimesele ja teenustele, inimest, tema lähedasi ja kogukonda nähakse partneritena, inimest kaasatakse ja võimestatakse ravimeetodi valikul (*ibid.*).

Ohumärkide plaani ja kriisikaardi koostamise põhimõtet toetab CARE metoodika, mille põhialuseks on taastumine, kohalolu ja võimestamine (Hollander ja Wilken, 2015) ning metoodika koolitusi viib läbi Heaolu ja Taastumise kool,¹³ kelle kodulehelt on võimalik leida infot taastumisest ja muust, mis puudutab vaimset tervist.

Psüühikahäirega inimestel on Eestis võimalik saada riiklikke toetavaid erihoolekandeteenuseid, millele osutamine on reguleeritud Sotsiaalhoolekande seadusega ([RT I, 30.12.2015, 5](#)).

Sotsiaalministeeriumil on Heaolu ja Taastumise kooli eestvedamisel töös projekt „Psüühikahäirega patsientidele kriisikaardi ja ohumärkide plaani koostamise piloteerimine“ (2018) kuni 2019. aasta lõpuni. Projekti käigus soovitakse piloteerida ohumärkide plaani ning kriisikaardi teenust. Pilooti on kaasatud partneritena SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Viljandi Haigla ja SA Ahtme Haigla, piloteerides kriisikaarti erineva profiiliga psühhiaatriliste patsientidega. Kriisikaardi nõustajatena nähakse piloodis eelkõige tervishoiutöötajaid ja kogemusnõustajaid. Hankijapoolne teenuse eesmärk on psüühikahäirega patsiendi võimestamine haigusega toimetulekul, informatsiooni jagamine inimese õiguste ja kohustuste suhtes ja patsiendi juhendamine õiguste teostamiseks.

¹³ Heaolu ja Taastumise kooli koduleht <http://heakool.ee/spetsialistile/care-metoodika-rakendaja-koolitus/>

PROBLEEMSEADE

Töös vaimse tervise probleemidega, sealhulgas psüühikahäirega inimestega ja esmahaigestunute lähedastega, olen kogenud, et inimesed ei saa esmaste terviseprobleemide ilmnemisel ja haiguse ägenemisel vajalikku ning nende taastumist toetavat abi. Ette tuleb olukordi, mil kriisis inimene jääb abita, sest meditsiinisüsteem abi ei osuta ning sotsiaalsüsteemil puuduvad vahendid ja võimalused inimest tema terviseseisundist tulenevalt aidata.

Eestis ei ole uuritud inimeste vaimse tervise kriisikogemust, individuaalsete tagasilangust ennetavate ohumärkide teadvustamist, vajadusi ja soove kriisi sattumise ajal, kriisis olles ja peale kriisi. Teada ei ole, millist abi inimesed vajavad ja milline peaks olema inimesest lähtuva abi korraldamine ning mis süsteemis abi toimiks inimese jaoks parimal viisil. Puuduvad eestikeelne vaimse tervise kriisialane kirjandus ja teadlikkus kriisiolukorras käitumisest, kuidas vaimse tervise kriisis inimest nõustada ning ühtsed arusaamad abistajate tasandil.

Erihoolekandeteenuste disainprojekti lõpparuandes (Psüühikahäirega ...,2017) nähti vajadust kriisisekkumise välja arendamiseks töös vaimse tervise probleemidega inimestega.

Käesoleva magistritöö eesmärk on välja selgitada inimese individuaalsest kriisikogemusest lähtuvalt kriisikaardis sisalduvad infovaldkonnad, inimese individuaalsete vajaduste ja ootuste väljaselgitamise aspektid vaimse tervise valdkonnas kriisikaardi koostamisel ning inimesest lähtuva kriisikaardi teenuse korraldamise eripärad sotsiaal-, tervishoiu-, sealhulgas kiirabiteenuse osutamisel.

Tulenevalt eesmärgist sõnastasin järgmised uurimisküsimused:

1. Millised on inimese individuaalsed kogemused vaimse tervise kriisis olles ja kriisiga seotult?
2. Kuidas välja selgitada inimese individuaalsed kriisile viitavad ohumärgid ja koostada ohumärkide plaan, mis on aluseks kriisikaardi koostamisele?
3. Kuidas tagada parim inimese vajadusest lähtuv abi kriisikaardi teenuse käigus kriisiabi osutaja poolt?

4 METOODIKA

4.1 Uurimismeetodi valik ja põhjendus

Oma magistritöös kasutan kvalitatiivset uurimismeetodit. Kvalitatiivne lähenemisviis võimaldab uurida inimeste unikaalseid, spetsiifilisi kogemusi ja tõlgendusi nende elust (Krysik ja Finn, 2010). Antud magistritöös uurin inimese individuaalset vaimse tervise kriisikogemust ning kriisi tähendust tema elule.

Kvalitatiivne uurimismeetod aitab iseloomustada ja lahti mõtestada nii sündmust ennast kui sündmuse mõjusid ning laiendada teadmisi sündmusest, samas andes hääle ja võimaluse haavatavatele sihtgruppidele öelda välja oma isiklikud vajadused ning perspektiivi teenuste arendamisel (Sofaer, 1999). Kvalitatiivne uurimismeetod on parim viis inimeste kriisikogemuse mõtestamiseks ja arvamuse küsimiseks, kuidas nemad näevad ohumärkide plaani ja kriisikaardi teenuse korraldust lähtuvalt individuaalsest vajadusest ja tõlgendusest kriisis olles.

4.2 Uurimuses osalejad ja andmekogumismeetod

Uurimuses osalesid täiskasvanud tööealised inimesed, kes on kogunud vaimse tervise kriise. Uurimuses osalejad on vaimsest tervisest ja kriisikogemusest tulenevalt vajanud kliinilise eksperdi abi ning kolmel inimesel on psühhiaatri poolt diagnoositud pikaajaline vaimse tervise haigus. Kõik viis naist on vaimse tervise kriise kogunud korduvalt pikema aja vältel, vähemalt 10 ja rohkema aasta jooksul. Vaimse tervise probleemide keskmine algusaeg jääb vahemikku 12 - 18 eluaastat. Osalejad on otsinud võimalusi taastumiseks ja terviseolukorraga toimetulekuks ning on teadlikud märkidest, mis näitavad tervise halvenemist.

Intervjuu toimus viie tööealise naisega, kes töötavad kas täis- või osalise tööajaga. Kolm intervjuueeritavat osutavad ka kogemusnõustamise teenust ning üks töötab tegevusjuhendajana, mis

veidi tõi intervjuudesse sisse laiemat arusaamist. Kolmel intervjuueeritaval on elukaaslane ning üks osaleja kasvatab eelkooliealist last. Osalejate leidmisel aitasid mind vaimse tervise valdkonnaga seotud olevad tuttavad ja kursusekaaslased.

Kolm intervjuueeritavat kasutavad ka erinevaid toetavaid teenuseid: igapäevaelu toetamise ja toetatud elamise teenust, kogemusnõustaja toetust. Üks osaleja on abi otsinud individuaal- ja grupiteraapiast.

Andmekogumismeetodiks oli intervjuu. Kvalitatiivse uurimise käigus toimub info kogumine naturaalsel viisil, kus inimesega räägitakse otse, saades infot nii verbaalsel kui mitteverbaalsel viisil ning tähelepanu on intervjuueeritavate tähendustel ja kogemustel (Creswell, 2014).

Intervjuueerimine annab inimesele võimaluse rääkida oma kogemust tema loo kontekstis ja intervjuueerijale võimaluse teada saada inimeste enda tõlgendusi, tundeid ja mõtteid (Krysik ja Finn, 2010).

Andmete kogumisel kasutasin poolstruktureeritud intervjuud. Intervjuude läbiviimiseks valmistasin intervjuukava (vt Lisa 1). Küsimused intervjuukavas olid struktureeritud teemade kaupa, need aitasid hoida fookust, kuid võimaldasid ka uurida vajadusel laiemat konteksti. Poolstruktureeritud intervjuu käigus saab küsimuste järjekorda muuta ning küsimusi lisada, olenevalt, millise vastuse eelnev küsimus sai (Õunapuu, 2014).

Intervjuude tegemisel sain uurida inimeste individuaalset vaimse tervise kriisikogemust, nende tundeid, abi saamise võimalusi, taastumist, vajadusi kriisis olles, ohumärkide teadvustamist ja nende nägemust ohumärkide kaardistamise ning kriisikaardi teenuse korraldamise kohta.

4.3 Intervjuude käik

Intervjuude tegemine toimus märtsis 2019. Intervjuueerisin 5 inimest, kes on kogenud vaimse tervise kriise. Intervjuude pikkus jäi vahemikku 40 kuni 75 minutit.

Kuna vaimse tervise probleemidega ja psüühikahäirega inimesed ei ole väga aldis oma kogemusest rääkima, siis inimeste leidmisel tuli ette takistusi ning määravaks said lõpuks soovitajad. Anonüümsuse tagamiseks ei ole töös välja toodud liialt täpsustavaid andmeid osalejate ja

kohtumiste kohta. Saades inimeste nõusoleku ning kontaktandmed, võtsin inimestega ühendust ning saatsin neile kõigepealt magistritööd tutvustava uuringukutse meili teel või *Facebookis*. Kohtumise aja ja koha leppisime vastavalt inimese soovile kokku meili, *Facebooki* või telefoni teel.

Intervjuudest üks toimus inimese töökohas, üks *Skype'i* teel ning kolme inimesega kohtusime nende poolt valitud kohvikus. Kohvik oli hubane, neutraalne pind ja soodustas vaba vestluse teket ning tausta müra vähesuse tõttu sobis hästi ka vestluse lindistamiseks. *Skype* vestluse ajal tekkis hetkeline katkestus, kuid ülejäänud vestluse ajal oli kuuldavus ning nähtavus hea.

Kuigi olin koostanud intervjuukava, oli iga intervjuu omanäoline, sest inimesed rääkisid oma lugu. Nelja intervjuu puhul kogesin, kui oluline oli nende jaoks läbi rääkida oma kriisi kogemust. Kahe intervjuu puhul oli inimeste jaoks esmakordne kogemus enda vaimse tervise olukorrast ja kriisikogemusest rääkida ning intervjuu käigus ja hilisemast tagasisidest sain aru, et intervjuu tegemine oli ka neid ennast pannud mõtlema rohkem oma vaimse tervise ja nendega juhtunu ning ka ennetavate märkide peale. Oma loo ja kogemuse rääkimine aitab inimesel rõhutada kogemuse individuaalset tähendust (Slade, 2010).

Kohtumise alguses tutvustasin end ja rääkisin veidi endast ning sellest, miks antud teemat soovin uurida. Olenevalt inimesest oli sissejuhatav osa erineva pikkusega, kuid kogesin, et kõik intervjuueeritavad olid huvitatud uuringule kaasa aitamast, sest pidasid teema kajastamist oluliseks ja vajalikuks.

Kuna tegemist on inimese väga isikliku kogemusega, selgitasin ka, kuidas on tagatud konfidentsiaalsus ja anonüümsus uurimuses osaleja jaoks. Andsin teada, et osalemine on vabatahtlik ja intervjuueeritaval on õigus vestlus igal hetkel lõpetada.

Palusin luba vestluse lindistamiseks ja märkmete tegemiseks ning intervjuueeritavad olid sellega nõus.

Skype'i intervjuu toimus videovestlusena. Intervjuu tegemine *Skype'i* teel osutus vajalikuks, kuna inimene ei viibinud tol hetkel Eestis.

Intervjuu esimese osa, kriisikogemuse rääkimise ajal jälgisin ka intervjuueeritavate mitteverbaalset suhtlust, sest esimese intervjuu kogemus näitas, et kriis on inimese jaoks tundlik teema ja vestluse käiku on vastavalt sellele vaja ka juhtida. Vajadusel tegime hetkelisi pause.

4.4 Analüüsimeetod ja protsessi käik

Intervjuud salvestasin helifailina ning hiljem transkribeerisin käsitsi tekstifailideks. Tekstifailide kodeerimisel kasutasin MAXQDA¹⁴ programmi. MAXQDA kasutamine kodeerimisel aitas kokku hoida aega ning võimaldas süsteemset, lihtsat ja käepärast andmete töötlemist.

Analüüsimeetodina kasutasin temaatilist analüüsi ning avatud kodeerimist. Temaatiline analüüs sobib vähe uuritud teemade puhul, kui on oluline teada saada, mida inimesed ise soovivad teemaga seoses rääkida (Kalmus, Masso ja Linno, 2015). Temaatilist analüüsi kasutasin, sest soovisin teada saada intervjueeritavate tõlgendusi nende kriisikogemusest ja olulistest aspektidest kriisist, taastumisest ja muust kriisiga kaasnevast ning nende nägemust kriisikaardi teenuse võimalikust korraldusest. Temaatiline analüüs on ka sobiv, kuna antud teema kohta ei õnnestunud leida Eestis toimunud uuringut.

Avatud kodeerimisel tulenesid koodid intervjuudes kajastatud andmetest. Avatud kodeerimisel töötatakse läbi kogu materjal ridarealt, leides tähendusega või kattuvaid teemasid, sõnu, fraase (Krysik ja Finn, 2010).

Koodid jagasin kategooriatesse – individuaalne kriisikogemus, taastumine, ohumärgid ja kriisiga toimetulekut toetavate teenuste korraldus ning kategooriad vajadusel alamkategooriatesse (vt Lisa 2). Programmi kasutamine aitas kaasa süstematiseeritud tulemuste esitamisele magistritöös.

4.5 Uuriija reflektiivsus

Intervjueeritavate leidmisega tuli ette mitmeid takistusi, mida ei olnud võimalik ette näha ning ühel hetkel oli tunne, et intervjuud jäävad tegemata. Kuigi see tekitas motivatsioonilanguse, hakkasin töö teemast lähtuvalt mõtlema, mis on alternatiivsed võimalused. Arvan, et eelnev viis mind õigete inimesteni ja töö sai veelgi rohkem inimese individuaalse kogemuse fookuse. Asjade selline kulg sobis mulle inimesena ja kohalikul tasandil sotsiaalvaldkonna teenuste arendajana isegi rohkem. Seda põhjusel, sest usun, et teenused, mis on käivitatud ja arendatud lähtuvalt inimese vajadustest ning on loodud inimese näo järgi, suudavad pikemas perspektiivis toetada inimest parimal võimalikul viisil ise hakkama saama. Delikaatse teema tõttu tundsin ka tegelikult veidi hirmu, et äkki ma ei leia intervjueeritavaid.

Enne intervjuusid tundsin põnevust, ärevust, suurt huvi ning tänulikkust.

¹⁴ MAXQDA tarkvaraprogramm on mõeldud kvalitatiivse uurimuse kodeerimiseks ja analüüsiks. <https://www.maxqda.com/>

Intervjuude läbiviimiseks olin koostanud intervjuukava, hõlbustamaks teemas püsimist. Peale esimest intervjuud pidin kava veidi korrigeerima, et see aitaks paremini välja tuua olulisima.

Esimese intervjuu järgselt oli mul eelarvamus ja ootused leida vastused ka ühele magistritöö välisele küsimusele või pigem lootsin tõestada midagi. Esimene intervjuu kummutas aga minu eelarvamuse. See kogemus aitas mul mõista, et vaatamata minu arvamusele, et olen neutraalne, siis 100% tõsi see ei olnud ja järgnevatel intervjuudel suutsin jääda erapooletuks.

Kohe intervjuu alguses püüdsin anda aega inimesele kohanemiseks ja rääkisin veidi endast ning põhjustest, miks selle teema valisin. Seejärel andsin võimaluse inimesel endal rääkida oma lugu nii, nagu see tundus neile sobivam. Vajadusel suunasin küsimustega.

Arvan, et olin intervjuude tegemisel avatud, osavõtlik, hea kuulaja ja intervjuueeritavad usaldasid mind ning hea suhe tekkis juba esimestel minutitel.

Arenguruumi on küsimise osas, pean õppima paremini esitama fokuseeritud küsimusi.

Ühise keele leidmist intervjuueeritavatega toetas ilmselt minu eelnev tulemuslik töökogemus psüühikahäirega inimestega ning võime inimesi mõista ka läbi enda vaimse tervise kriisikogemuse.

Vestluses kuuldu aru saamisel oli abiks minu suur huvi vaimse tervise valdkonna vastu, seda erinevatest aspektidest ja sihtgruppidest lähtuvalt.

5 TULEMUS

Uurimuse tulemused esitan järgnevalt kolme alateemana. Individuaalse kriisikogemuse peatükis teen ülevaate, millise tähenduse ja tõlgenduse annavad inimesed enda individuaalsele kriisile, kuidas kriis mõjutab nende igapäevaelu ja suhteid teiste inimestega, millised tunded neid valdavad ja kuidas on kulgenud abisaamise protsess ja personaalne taastumine.

Ohumärkide peatükis on välja toodud inimeste isiklikud kogemused oma ohumärkide teadvustamisest ning mis see nende jaoks tähendab.

Kriisiga toimetulekut toetava teenuste korralduse peatükis on inimeste arvamus ja nägemus teenuste korraldusest, läbi oma kriisi- ja elukogemuse ning vajaduste kriisis olles.

Konfidentsiaalsuse tagamiseks on inimeste nimed asendatud tähistega IN1 - IN5. Inimeste enda ütlused, arvamused ja tõlgendused on toodud välja *kursiivkirjas*.

5.1 Individuaalne kriisikogemus

Intervjueeritavad enamuses on kogenud vaimse tervise kriise¹⁵ paar aastakümnet, vaid ühe inimese jaoks on kestnud see lühemat aega. Vaimse tervise probleemide algus ja tekkelugu on olnud erinev, saades kõikide puhul alguse päritoluperekonnas elades ja kasvades. Probleemide süvenemist suurendas vanemate teadmatus või mittetunnistamine, ning abi mitte saamine. Ühe intervjueeritava sõnul oli alguses emotsionaalne tasakaalutus, probleemiks kujunes see aga alles siis, kui see hakkas elu segama.

IN2: „*Ma arvan, et selline, kuidas öelda, teadlikkus probleemist ilmnes umbes 18 - 19aastaselt.*“

IN4: „*5. - 6.klassis. Siis hakkasid ka enesehinnangu probleemid. Ja mu vanemad ei uskunud seda, et ma olen ise süüdi, et mind kiusatakse.*“

¹⁵ Vaimse tervise kriise terviseseisundist lähtuvalt, kuid mitte diagnoosist, intervjueeritavad on siiski kõik vajanud kliinilise eksperdi (arsti-perearst, psühhiaater) abi ning on kogenud korduvaid kriise (tagasilangusi).

Intervjueerimise käigus kriisikogemusest rääkides jutustasid inimesed oma lugu elamisest koos vaimse tervise probleemidega ja kriisidega. Mitte kõik intervjueeritavad ei olnud enne oma lugu rääkinud ja mõelnud kriisikogemusele tervikuna. Oma loo rääkimine võib olla toeks ja inspiratsiooniallikaks ka teistele inimestele ning anda lootust ja jõudu enda taastumistee alustamiseks. See on ka põhjuseks, miks inimesed hakkavad kogemusnõustajateks ning soovivad rääkida sama kogemuse läbi teinud inimestega. IN1: „...teatud asjad mu aju ongi blokeerinud.“

IN5: „Eks ta annab sellise tunde inimesele, et igast olukorrast on võimalik taastuda, et kui ütleme loo rääkija on taastunud, siis on ka võimalik minul taastuda ja et siis ta saab ka sealt võib-olla mingisuguseid mõtteid. /.../ et see on nagu selline kogemuste jagamine.“

5.1.1 Kriisi tähendus

Inimene ise oskab määratleda, mis tema jaoks on vaimse tervise ning toimetuleku halvenemine viisil, et nimetada tekkinud seisundit kriisiks ning hiljem analüüsides leida põhjused, miks kriis tekkis. Kriisi teadvustamine on õpitav läbi eneseanalüüsi, enda paremini tundma õppimise ning eneseabi- ja taastumiskoolituste. Kahe intervjueeritava arvates on siin oma roll ka teistel inimestel, kes märkavad inimese toimetuleku halvenemist või kriisiseisundit.

IN4: „Mul hetkel ongi kriis. /.../ Minu hetke kriis on see, et ma olin väga kaua ilma ravimiteta.“

IN5: „Võivad ka kõrvalt öelda, aga tavaliselt keegi kõrvalt ei ütle, et ma ise saan aru sellest.“

Kriisile tähenduse andmine sõltub intervjuude tulemina terviseseisundist, vanusest, keskkonnast, ümbritsevatest inimestest, iseloomust, emotsioonide ja tunnetega toimetulemisest, soovidest ja vajadustest. Kriisis olemisele andsid intervjueeritavad erinevad nimetused – episood, ägenemine, seisund. Kriisi vallandaja võib olla mingi sündmus, näiteks lahutus, liiga suur pinge, teadmatus ja ebakindlus tuleviku ees või inimese enda käitumine, mis viib kriisini.

IN3: „Sest need minu need episoodid ja minu need haiglas käigud ühesõnaga need perioodid.“

IN2: „Ja kõik need eelnevad perioodid, kõik on raske olnud. /.../ See sõltub sellest seisundist.“

Vaimse tervise probleemide puhul võib inimene kaotada oma identiteedi ja iseseisvuse. Intervjuudest tuli välja, et nii inimene ise kui ka ümbritsevad inimesed näevad sageli kõigepealt probleemi ning haigust ja alles seejärel inimest. Intervjueeritav meenutab, kuidas ühe psühhootilise episoodi ajal ütles õde talle: „Sa ei ole sina ise, sa ei ole sina ise, see ei ole sina kes räägib, ta kuidagi sai kohe aru“. Tekib MINA-pildi moondumine ning enda kaotamine haigusele.

IN3: „... seal vahel olid helged perioodid, kus ma olin jälle mina ise.“

Keerulisemad on juhtumid, kui see juhtub meditsiinisüsteemis, kust inimene loodab saada abi, kuid selle asemel on poolik info ning stigmatiseerimine. IN1: „*Käisin ka psühhiaatri juures /.../ ma ei saand mitte kordagi kinnitust, et see on haigus, mitte et hullumeelsus. /.../ Otseselt küll ei öeldud hull aga midagi sinnalaadset.*“

Inimestega vestlusest kumas läbi tugev soov ise oma olukorraga hakkama saada ning mitte kaotada iseseisvust. Iseseisvalt hakkamasaamine intervjueeritavate jaoks tähendas ka nende vajadustele vastava õige abi saamist.

Toimetulekut kriisis halvendab üksi jäämine ja abi vajamisel abita jäämine. Tervise halvenemine tekitab inimeses segadust, see omakorda oskamatus toime tulla, kõik ümberringi tundub hirmutav, raske, lihtsam on jääda omaette ja toast või voodistki mitte välja tulla ning tekib pikaajaline toimetulematust. IN4: „*Siis ma ei tule üldse kodust välja, siis ma olen voodis teki all.*“ . IN3: „*Kus ma aasta aega ei suhelnud mitte kellegagi telefoni teel.*“

Abi küsimine selles seisundis võib intervjueeritavate sõnul olla väga raske. IN1: „*See, kui sa ei oska küsida abi, kui sa ei taha küsida abi, ei oska, ei taha.*“

Inimesel võib tekkida justkui halvatus seisund ning ta ei ole suuteline tavapäraselt toimima, jättes ära sealjuures näiteks kokkulepitud kohtumised. Olukorda kergendaks pereliikmete või sõprade toetus ja mõistmine, et inimene ei jääks selles seisundis üksi.

IN2: „*Minu puhul see ärevus on halvav ja ma ise nagu ei ole võimeline nagu vajalikke samme tegema õigel ajal ja varakult ja tihti peale need sammud jäävadki tegemata sest see seisund nagu ei luba, või noh segab nende sammude tegemist.*“

Kriis põhjustab erinevaid negatiivseid tundeid ja emotsioone, millega toimetulek võib olla raskendatud, ning negatiivsed kogemused suurendavad toimetulematust veelgi. Intervjueeritavad tõid valdavalt välja erinevaid hirme, sealhulgas ka hirmu tuleviku ees või lähedaste pärast, näiteks hirm, et laps haigestub samamoodi vaimse tervise haigusse. Hirmu põhjus ei ole alati selgelt teada. IN3: „*Ma ei saanud arugi mis hirmud need on.*“

Üks intervjueeritav tõi välja hirmu psühhiaatri suhtumise tõttu, mis tekitab lootusetuse tunnet, sest abi ei ole kuskilt saada. IN1: „*Psühhiaatri suhtumine. Ma läksin ju tema vastuvõtule ja kui ta hakkab mulle rääkima, et räägi endast ja tegelikult tegeles telefoni teel oma mingite pereprobleemidega, noh siis ma saingi aru, et ma ei saa sealt abi.*“

Kriisis olles tundsid intervjuueeritavad ka teisi kriisile omaseid tundeid: segadust, teadmatust, mis toimub, mis ees ootab, viha, lootusetust, jõuetust, hingelist valu ja häbi. Tulenevalt stigmadest meie ühiskonnas tekitavad vaimse tervise probleemid häbitunnet, nendest ei soovita rääkida ja kardetakse mitteaktsepteerimist. Raske on mõista, mis inimesega toimub ning aktsepteerida oma toimetulematust. Tunded ja emotsioonid pannakse tihti hoopis iseloomu arvele ning ei juletagi endale lubada tunda negatiivseid tundeid või ülevoolavat rõõmu.

IN1: „*Ma arvan et noorena oli minus see meeletu viha, et mis juhtis kindlast neid minu emotsioone ja mõtteid. /.../ Vahest on, ma ütlen ju, et tegelikult on häbi.*“ IN3: „*Mõtted teevad mulle haiget, mu mõtted teevad mulle haiget.*“

Eelnevaga toimetulematus võib viia inimese elu mõtte kaotuseni. Suitsiid sel hetkel tundub ainsa väljapääsuna segadust ja raskeid tundeid tekitavast olukorrast. IN1: „*Veidi hiljem oli nagu see jõuetus ja põhiline oli ikkagi see eluisu, et see oli, see oli täitsa null.*“

Kriis võib olla erineva raskusastmega, kergemateks kriisideks on muutused igapäevases elus, ka igapäevaselt, näiteks reisile minek ja tulek. Kriis võib olla intervjuueeritava sõnul ka kehtvalt püsiv seisund, kui abi ei saada ja ise oma olukorda veel ei mõisteta. Kriiside sagedus on inimeste sõnul erinev, aastas üks kuni kolm korda, samas ei pruugi aastaid kriisi olla, kuni miski selle vallandab. Intervjuude käigus tuli välja ka asjaolu, et kriisieelne raske pingeseisund võib olla pikaajaline. IN1: „*Mitte ei ole see, et mul nüüd tekkis see kriis ja läks üle ja tegelikult jäigi selline kriisiseisund pikaks ajaks, aastateks.*“ IN5: „*Kerge kriis on iga nädal üks ole... Aga noh raskeid kriise on siis ikkagi harva, et siis peab midagi väga hullu juhtuma.*“

Kriiside sagedus muutus harvemaks, kui inimene õppis toime tulema kriisiga, teades mis temaga toimub, mis märgid viitavad kriisile ja olid tekkinud toimetulekumehhanismid suurte kriiside ennetamiseks, tekkis haigus kriitika.

5.1.2 Mõju igapäevaelule

Kriisi mõju igapäevaelule ja igapäevasele toimimisele tunnistasid kõik intervjuueeritavad, tuues välja heaolu halvenemise sel perioodil ning ka peale kriisi.

Kriisis olles saavad häiritud inimese põhivajadused, nagu magamine, söömine, enese eest hoolitsemine, elukoha tagamine. Uneprobleeme tõid välja neli intervjuueeritavat. Lisaks põhivajadustele mõjutab kriis teisi eluvaldkondi: töö, õpingud, vaba aja veetmine, suhtlus.

IN5: „Võib-olla ma ei saa teatud asjadega siis hakkama kui see kriis parasjagu käes on, mul on raske tööl käia, kõik see enese eest hoolitsemine, jah, kodu on nagu sealaut.“ IN3: „Põhiline tunnus oli, ma ei maganud enam, uni kadus täielikult ära.“

Kriisis olles ei pööranud intervjuueeritavad enam tähelepanu enda välimusele ja enese eest hoolitsemisele, tekkis ükskõiksuse tunne ja kadus tähendus elule. Toitumise puhul sai probleemiks ebaregulaarsus söögiaegades, ülesöömine ning kaalutõus. Seoses sooviga kodust mitte välja minna väheneb liikumine, mis omakorda mõjutab füüsilist tervist.

IN3: „Kõik on absoluutselt ükskõik ja kas elad või sured, see on tegelikult ükskõik sellel hetkel.“ Korratuse, segaduse ja ükskõiksuse tekkimine iseendas viib korratuseni enda ümber ja keskkonnas, kus elatakse. Tavapäraseks saab kriisis olles olukord, kus korratust enda ümber ei märgata. IN4: „Tolmurullid on /.../. Minu jaoks on see liiga väike asi siin suures elus.“

Kriisile omane käitumine, mida intervjuueeritavad välja tõid, oli soov mitte midagi teha, lihtsalt olla. Kriisis olles tekib täielik apaatus, peaaegu automaatlik käitumine. Inimene on suuteline tegema ära igapäevased rutiinsed asjad, kuid seda ilma midagi tundmata, emotsioonitult, suutmata hiljem fikseerida, mis rutiinsete tegevuste vahepealsel ajal toimus. Sellises olukorras võivad lisanduda enesetapumõtted, sest miski ei oma enam tähendust ja jõudu teisi enda ümber märgata ei ole. Tavapäratu ei ole olukord, kus inimene ei suuda tegeleda esmaste asjaajamisega, jätab minemata kokkulepitud arsti visiitidele, lõpetab ravimite võtmise ning hoiab eemale toetavate teenuste osutajast. Arvete maksmata jätmine, ülemäärane rahakulutamine, laenude võtmine on tihti kriisiga kaasnevad toimetulekut ja heaolu halvendavad käitumised.

IN1: „Ma suutsin ta ikkagi lasteaeda viia /.../ mis seal vahepeal toimus, täitsa tühi auk...aaaa, need mõtted, et kuidas tappa iseennast. Tegelt ma ei mõtlend kellelegi, peale iseenda.“ IN5: „Kuidagi see tegutsemisvõime oli nagu väga halb aga et noh ma siiski käisin sellel ajal ka tööl tegelikult.“

Toon siinkohal välja kokkuvõtte ühe intervjuueeritava kriisiolukorrast, mis iseloomustab väga hästi, mis võib juhtuda igapäevaelu toimimisega, eriti, kui inimene jääb kriisis üksi ja erinevate asjaolude kuhjumine võimendab toimetulematust ning segadust inimeses. Tulemuseks võib olla raskekujuline depressioon.

IN3: „Aga siis juhtus ükskord niimoodi et, mul jäi selg haigeks /.../ ma ei saanud enam voodist püsti ja siis kõik tulid kuidagi niimoodi koormana selga. Elekter võeti ära. /.../ Telefoni ei saanud kasutada /.../ ise olin haige seljaga voodis, ma ei saanud isegi nii palju, et oleks läinud alla

korrusele ja kirjutanud kirja kellelegi postkasti. Mis ma mõtlesin seal, noh ise olles selles psüühilises kriisis ka, korteri peremees elas mul Soomes /.../ elektrit ei olnud, jäi üür ka üle kandmata. Ja asi lõppes sellega /.../ tuli mulle korteri peremees ukse taha uurima, miks üür on maksmata ja ei saanud sisse, sest tal ei olnud võtmeid. /.../ Asi lõppes sellega, et tuli luku abi ja lõhkus mul ukse maha ja peremees nägi mind seal selles armutus seisukorras. Mingisugune räpane öösärk oli mul seljas ja ise pesemata, mitu kuud olin pesemata. ühesõnaga ja see oli, väga õudne periood. Selline depressioon tekkis, ühesõnaga ja masendus ja siis toitumine oli täielikult käest ära /.../. Kord nädalas käisin toidupoes, ... 600 krooni eest ostsin toitu. Siis 3 päeva õgisin kõik sisse, 3 päeva nälgin ja ... siis suutsin minna järgmise saagi, selle koguse järele. /.../ Ühesõnaga kõik oli absoluutselt käest ära ja sealt ilmselt tuli ka see, see tohutu kaalutõus ka. Ühesõnaga, see oli toidusõltuvus, magusat sõin väga palju, ühesõnaga see oli kõik see kurvastus. /.../ See abikaasast lahku minemine ja see teadmatuse, mis edasi saab. “ Tänu korteriomaniikule sai inimene meditsiinilise abi. Lähedased olid intervjueeritaval olemas, kuid austades inimese soovi olla rasketel perioodidel omaette, lähedased ei sekkunud.

Kõik inimesed tõid välja kriisi negatiivse mõju tööle ja õpingutele. Näiteks on ühel intervjueeritaval soov minna ülikooli, kuid hirm, et tema haigusega inimest ei lasta sellel erialal õppida, on suur. Üks inimene on korduvalt pidanud psüühikahäirest tulenevalt loobuma töökohast, sest tööga toimetulek ja distsipliini, sealhulgas enesedistsipliini hoidmine oli raske. IN3: *Sest ma ei tulnud tegelikult oma tööga toime, rääkimata distsipliini hoidmisest /.../. Ma olen oma elus päris palju töötanud, töökohti pidanud vahetama, tervise pärast on mind lahti lastud korduvalt siit ja sealt. “*

Tekkida võivad olukorrad, kus põhilised vaimse tervise probleemid avalduvadki seoses töö ja õpingutega. Oma tervisest tulenevalt võib olla raskendatud kohale minek, kokkulepetest kinni pidamine ning ärevusest tekivad hilineemised. Haridussüsteemis ei ole arvestatud inimese vaimse tervise erivajadus(t)ega ning puuduvad toetavad teenused, mis olukorda kergendaks ning inimese toimetulekut toetaks. Lihtsamad käitumuslikud tegevused pannakse sageli aegluse, laiskuse või tahte puudumise arvele.

IN2: *„See põhiline mõju ma arvan igapäevaelule ongi see, et kõik võtab rohkem aega ja selleks kulub rohkem raha. Koolis käimine või tööl käimine, käivitavad nagu selliseid probleemseid seisundeid/olukordi. Mul võttis 6 aastat aega, et läbida 3 aastane kursus. /.../ See hilinemine pidevalt juhtus ja ma ei osanud seda ennetada ja see oli väga raske üle saada. “*

5.1.3 Mõju ümbritsevatele inimestele ja suhetele

Kriisiolukorrast saavad lisaks inimesele endale mõjutatud ka ümbritsevad inimesed. Intervjueeritavate sõnade kohaselt kõige otsesem mõju on inimestele, kellega koos elatakse, olgu need siis vanemad, partner või lapsed. Kriisisituatsioone taluda ja nendega toime tulla on raske mõlemal poolel ning see mõjutab tugevalt omavahelisi suhteid. Ühel intervjueeritaval on rasked mälestused ajast, kui tema laps oli veel väike - ta küll suutis teda kasvatada, kuid kõik oli emotsioonitu ja tühi. Vaimse tervise haigus ja sellest tekkiv pingeline võib olla partneri või abikaasa poolt põhjus suhte lõpetamiseks, et tagada enda heaolu püsijäämine. IN3: „... enam ei kannatanud, ta ütles niimoodi, et kui me samamoodi jätkaksime, oleks meil ühe inimese asemel kaks haiget inimest.“

Pidevas pingeseisundis on inimene kergesti ärrituv, tekivad halvasti ütlemissed ja ümbritsevate solvamised, suhted muutuvad ebastabiilseks ning ümbritsevad inimesed enda kaitsmiseks eemalduvad. Eemaldujaks võib olla ka vaimse tervise haigusega inimene ise, isoleerides end, ja suhtlemine toimub vaid teise inimese algatusel. Oma olukorda sageli varjatakse. Uusi suhteid inimese omaetteoleku soovi tõttu ei teki või leitakse ühine keel samasuguste emotsionaalselt tasakaalutute inimestega.

IN5: „Noh õnneks oli mingi hääl olemas, mis ütles, et noh kõik ei ole nii pahad ja sa ei tohi teisi läbi sõimata ja oma suhteid ära rikkuda.“ IN1: „Oligi ebastabiilsed suhted, vägivaldsus. /.../ Kuna ma ise olin katki, siis ma suutsin enda ümber koondada katkised inimesed.“

Kuigi üldjuhul soovivad inimesed kriisis toetuda pereliikmetele, siis mitte kõik inimesed ei soovi oma haigusest tulevaid probleeme ja terviseolukorda pereliikmega arutada. See tuleneb soovist mitte tekitada pinget pereliikmele, sest too on liiga lähedane ning ei suuda võtta asja neutraalselt ning emotsioonideta. Sellises olukorras on parim abi inimese jaoks toetavad teenused. IN5: „Et noh ma ei taha nagu oma peret koormata, et oma tütrele ma nagu oma tervise asjadest ei räägi ja, et noh see on nagu siuke inimene, et selline riiklik teenus olemas, et siis ma kasutan neid võimalusi.“

Üks intervjueeritav tõi aga välja ka positiivse lahenduse peresuhetele, just tänu haigusele. Vahel rasked olukorrad hoopis lähendavad inimesi ning tekib mõistmine. IN3: „Emaga läksid suhted hoopis teiseks, ema mõtestas elu ümber tänu minu haigusele. /.../ Õega leppisin ära.“

5.1.4 Abi saamine ja toetus

Järgnevalt esitan tulemused inimeste kogemustest abi saamisel, kuidas kulges kriisiga toimetulek, millist abi nad said, kes olid abistajad, toetajad ja olulised inimesed sel perioodil.

Abisaamise algus kõikide intervjueeritavate puhul oli palju hilisem, kui probleemide, sealhulgas tõsiste probleemide algus. Intervjuudest tuli välja, et päritoluperedel ei olnud oskusi ja teadmisi näha intervjueeritavate vaimse tervise probleeme, mõnedel juhtudel jäid märkamata ka haiguse algusnähud. Ka inimestel endil puudusid teadmised end aidata. IN1: „*Ma ei küsindki abi.*“

Abi saamise protsess on vaimse tervise probleemide puhul raskendatud, võimalused ja süsteemid on olemas, kuid nendeni jõudmine ning realselt abi saamine tihti ei toimi või on abimeetmete mõju lühiajaline. Probleemiks on erinevate abimeetmete ja süsteemide lahusus, puuduvad integreeritud teenused, abipakkujad vahetuvad. Kui inimene satub meditsiinisüsteemi, siis toetavatest sotsiaalteenustest üldjuhul infot ei saada. Abiks oleks ravi- või toetusplaan, mis aitab inimesel aru saada oma seisundist ning on koostatud inimese sümptomeid ja vajadusi arvestades, kajastades erinevaid ravi- ja/või toetavaid meetmeid.

IN2: „*Ühesõnaga mu lähenemine oli see, et kui ma tegelen oma sisemiste emotsionaalsete haavadega, et kõik muu ka laheneb, nagu ärevus, ärevushäire või sellest tingitud depressioon, ma kuidagi arvasin, et on hea minna otse juureni või nii. Aga tegelikult ... pikaajalist abi sellest ei olnud. Ma tahtsin et see oleks osa mingist ravikuurist või millestki, plaanist.*“

Intervjuudest tuli välja siiski ka oma diagnoosi teadmise olulisus, kui tegemist on psüühikahäirega. See võimaldab inimesel alustada leppimist uue olukorraga ning teada, et probleemid ei tulene mitte iseloomust, vaid neil on kindel põhjus. Põhjust teades on võimalik tegeleda tagajärgedega ning mõelda haiguse ägenemist ja kriisi ennetavatele tegevustele.

Haiglas tahtevastase ravi negatiivset kogemust ning mõju taastumisele aitaks vähendada mõtteviisi muutus ja inimese kaasamine otsustamisse. Haiglaravi võib kriisi ajal olla üks abimeetmetest ning taastumist toetav on inimese teadlik, oma soovi kohaselt haiglasse minek, sest teadvustatakse ravi vajadust ning välditaks haiglasse viimist seisundis, kus inimene ise pole võimeline selget tahet avaldama.

IN3: „*No varem need korrad kus mind on viidud ja ka tahte vastaselt, /.../ et siis pole küll keegi küsinud minu käest, mida ma soovin, mida ma arvan.*“

Vahel on aga ravimid just need, mis aitavad toime tulla ja inimesel tekib uuesti tahe ja lootus ise toime tulla. Ravimite vastu usaldus algab usaldusest arsti vastu. Ravimite mittevõtmine võib lõppeda haiglaravi vajadusega. IN1: „*Tol hetkel minu abiks oligi perearsti poolt välja kirjutatud depressiooni ravim.*“ IN3: „*Minul läks jälle ravimitega sina peale saamiseks läks üle 10-ne aasta.*“

Inimese toimetulekut kriisis toetavad lapsepõlvest või eelnevatest kriisidest saadud toimetuleku kogemused. Ühe intervjuueeritava sõnul on teda haiglasse sattumisest päästnud lapsepõlvest õpitud toimetulekumehhanismid, mis õpetasid teda ise hakkama saama. Pere toetus puudus ja puudub siiani, sest pere ei tunnista vaimse tervise haigusi. IN4: „*Nüüd ma oskan, aga siis ma ju ei oskand, kui ma nt laps olin. Aga ma muidugi tulin ise välja, mind aitas minu fantaasiamaailmas elamine.*“ Olulisteks abistajateks peetakse elukaaslast, abikaasat. Pereliikmete toetus on turvaline, nad saavad olla märkaja rollis, märgates tervise halvenemist ja inimese vajadusi kriisiseisundis. Lisaks partneritele toodi toetajatena välja õdesid. IN4: „*Ma ise, nüüd kui mul on elukaaslane, siis ka tema.*“ IN1: „*Selles mõttes oli mul õde olemas, kellega ma rääkisin. Õnneks me suutsime neid asju nii palju rääkida ja lahata.*“

Toetusvõrgustiku olemasolu pidasid oluliseks kõik intervjuueeritavad. Toetajatelt oodatakse sageli aktsepteerija, kuulaja ja suunaja rollis olemist. Kriisiseisundi süvenemist võib põhjustada isiku puudumine, kellega rääkida ning kes aitaks mõtteid mujale juhtida. IN1: „*Et mul ei olnud ikkagi kellegagi rääkida ja kedagi ei huvitanud ka.*“ IN2: „*Ma arvan, et toetus on hea ja kasulik, parem kui mittetoetus. Siis ma vähemalt tean, et mul 1 või 2 inimest, kes näevad mu seisundit, näevad mu vajadusi.*“

Lähedaste toetusvõrgustiku puudumisel on spetsialistid need, kes saavad aidata ning kelle poole pöördutakse. Professionaalne toetaja võib olla psühhiaater, psühholoog, sotsiaaltöötaja, terapeut, tegevusjuhendaja, tugiisik, kogemusnõustaja. Pingeolukorras aitavad lõõgastuda erinevad tegevused, näiteks päeva- või tegeluskeskustes. IN4: „*Psühholoogi või psühhiaatri. Või siis ma räägin ühe kogemusnõustajaga.*“ IN2: „*Keegi ei julge nagu koos olla ja koos probleemidega tegeleda ja hakkama saada, siis on nagu raske oodata seda kellelki, et keegi on valmis seda tegema. Ilmselt see siis ongi mingi teenus, inimesed kes tahavad aidata, kas sotsiaaltöötajad või psühholoogid, kuna see muu sotsiaalne sidusus on üsna nõrk.*“

Heaks abiks on intervjueeritavate sõnul ka erinevad eneseabikursused, koolitused, sealhulgas CARE koolitus, toetavad teenused, saatusekaaslased, kogemusnõustajad. Tekivad toetusvõrgustikud ja tegevused väljapool kodu ning ollakse vajalik. Professionaal suudab jääda neutraalseks, samal ajal kui lähedane on emotsionaalselt seotud. IN2: „Keegi kes näeb kõrvalt ja näeb nagu välisvaatleja pilguga, sest perekond on tihti liiga lähedane.“ IN3: „See eneseabi grupp kindlasti aitas, toetas mind. /.../ Ma leidsin rakendust, ma olin kellelegi vajalik, mul olid oma ülesanded.“

5.1.5 Taastumine ja taastumisprotsess

Taastumise osas on igal intervjueeritaval enda individuaalne lähenemine. Intervjuude käigus tulid välja erinevused inimeste vahel, kes juba aastaid on olnud taastumise teel ning kes veel teadlikult sel teel ei astu.

Abi saanuna hakkab inimene läbima enda individuaalset personaalse taastumise teekonda. Taastumise esimese tundemärgina tõi üks intervjueeritav välja uuesti elujanu tekkimise ning rõõmu tundmise asjadest, mis enne tekitasid negatiivseid emotsioone, paranes toimetulek igapäevaelu tegemistel. Ohumärkide teadvustamine ja jälgimine taastumisel aitab teadlikult tagasilangusi vältida või kergendada. IN1: „See elujanu. /.../ Ma tänase päevani naudin talve, kevadet, sügist, suve. Püüdsin olla teadlik lapsevanem rohkem peale seda.“ IN5: „...noh neid ohumärke olen ma ikka koguaeg jälginud.“

Taastumist toetavateks tegevusteks intervjueeritavate sõnul on puhke- ja tööaja tasakaalus hoidmine, sportimine, looduses käimine ja muud tegevused, mis aitavad leevendada oma seisundit. Kõige eelneva jaoks on vaja leida aeg endale.

IN5: „Et oleks piisavalt puhkeaega, et oleks piisavalt tööd, et kui tööd on liiga vähe siis mõjub ka teisiti tervisele halvasti ja et kui liiga palju on, siis jälle ka.“

Igasugune taastumine algab haiguskriitika olemasolust ja usaldusest teiste inimeste abi ja toetuse vastu. Toetusvõrgustiku olemasolu on tähtis tegur ka taastumise protsessi juures. Nende osaks on inimese toetamine kogu taastumisprotsessi jooksul. Vaid nii on toetusvõrgustikust ka realselt kasu. Kui kriisis inimese suhted pigem halvenesid, siis taastumine ja enesega parem toimetulek annab võimaluse uute tutvuste ja suhete tekkimiseks.

IN3: „*Kahtlemata on usaldust vaja, ja haiguskriitika, see tuleb küll suurelt kuhugi ülesse kirjutada sellepärast, et mul on siamaani veel grupikaaslasi, kellel ei ole veel tekkinud haiguskriitikat, kes ei ole aru saanud ja ongi niimoodi, et kord aastas on nad jälle haiglaravil.*“

Vaimse tervise haiguse olemasolul on haiguskriitika tekkimiseks vaja mõista ja teada oma haigust ja haiguse sümptomaatikat, aru saada, mis haiguse ägenedes inimesega toimuda võib. Siin on suur roll psühhiaatritel ja perearstidel, selgitades inimesele tema haiguse sisu ning koos leida mis aitab inimese toimetulekut säilitada või parandada. IN5: „*Et noh me ei saa mingist taastumisest rääkida kui inimene isegi oma diagnoosi, oma sümptomaatikat, et noh, täiesti võimatu ju, ta ei tea oma tervise kohta praktiliselt midagi ja kui talle ei öelda isegi diagnoosi, mis me tahame siis.*“

Taastumise ühe sammuna toob intervjuueeritav välja vahe tegemise, mis on tavaline ja mis ebatavaline käitumine, ehk märkama ohumärke. Nende teadlikustamine annab inimesele võimu oma olukorra üle ning valikuvõimaluse edasises suhtes. Tekkivate ärevusseisunditega on võimalik toime tulla kolmel viisil: kas anda järele ja langeda veel sügavamale ärevusseisundisse, ignoreerida endaga toimuvat ja koguda pingeid veelgi või valida personaalse taastumise tee, mis on küll raskem, kuid laseb igapäevaeluga paremini toime tulla. Palju oleneb ka inimese enda mõtetest, kuidas ja mis suunas ta neid juhib, olles rohkem positiivne või negatiivne.

Järgnevalt mõned näited, kuidas intervjuueeritavad on mõtestanud personaalse taastumise tee algust ja tundeid selles.

IN1: „*Tegelikult, kui ma nagu mõtlen, et ikka on olnud, et ma ei viitsi, ma ei taha minna, ma hakkangi endale neid häid emotsioone koguma.*“

IN2: „*Aga kuna ma alles praegu alles olen sellel teel. Et sest kui ma õpin vahet tegema, mis on tavaline ja mis on ebatavaline minu puhul, siis ja ma oskan neid nagu, neile nõ selle sildi anda, ja siis kui ma olen teadlik sellest, siis ma võin, siis ma oman rohkem võimu olukorra üle ja siis mul on nagu parem valik, siis mul tekib nagu suurem valikuvõimalus selles suhtes. See on lihtsalt nagu samm, et väike ämber teekonnal aga ma ei pea sinna ämbrisse jääma ja ma saan sealt välja. /.../ See võib olla nagu pigem põgenemine või tuimestamine, tunde tuimestamine, või lihtsalt maha surumine. Teine variant ongi see, et ma püüan mitte kaasa minna nende kõrvaliste tegevustega, see on raske. /.../ Tegelikult on see kasulik, see on hea, see võtab küll rohkem aega, et oma eesmärkideni jõuda, aga see on tervislikum viis, kuidas sellest seisundist välja tulla.*“

Taastumisel on oluline osa kaasamisel, olla kaasatud oma ravi ja teenuste määramisel, haiglasse minekul või erinevates tegevustes, seda toonitasid kõik intervjuueeritavad. Ise otsuste tegemine

annab enesekindlust, julgust teha midagi, mida oled väga soovinud ning aitab säilitada iseseisvust. Oluline on usaldus arsti suhtes ja teadmine, et arst usaldab inimest, kes tunneb oma haigust kõige paremini. Ravi ja abistavate meetmete määramine peaks toimuma koostöös inimesega, sest tegemist on inimese elu ja tervisega. Vajadusel raviplaani järgimine on intervjueeritavate sõnul muude meetmete kõrval ülioluline. IN4: „*Ise otsustamine on väga oluline.*“ IN5: „*Arstiga me oleme nagu otsustanud. /.../ Ei no väga tore et, mul selline arst on, kes teeb minuga koostööd ja aktsepteerib ka minu arvamust. /.../ Mul on juba need toimetulekud, mehhanismid on nagu olemas, et ma tean oma haigust nii hästi ja oskan selle haigusega nagu elada, hakkama saada.*“

Intervjuudest tulid välja erinevad taastumist toetavad toimetulekumehhanismid. Peale haiglaravi on üheks toimetulekumeetodiks haiglas olnud kindla režiimi jätkamine: süüa, võtta ravimeid ja minna magama samal ajal kui haiglas. See aitab vähendada üleminekust tekkida võivaid pingeid.

Uute kriisidega ja vaimse tervise probleemidega toimetulekuks või ennetamiseks ning oma seisundiga koos elamiseks on oluline teadlikkuse tõus, esimeste taastumise sammude edukus, abi saamise kogemus ning abi küsimise julgus ja oskus järgmisel korral. IN1: „*Aga sealt oligi, et ma oskasin abi küsida.*“ Olles kogenud kriisi, annab see parema teadmise oma haigusest ja sümptomitest ning kogemuse, et kriisist on võimalik välja tulla ning taastuda.

IN2: „*Mul on juba mõned sammud tehtud ja ma saan kasutada neid samme kui nagu inspiratsiooni. /.../ Tingimata see ei tähenda seda, et mu seisund paraneb, lihtsalt ma olen parem võimeline selles seisundis olema nii, et see ei sega täielikult mu elu.*“ IN5: „*Sellepärast, et mul olid need eelnevad kogemused ikkagi, et eelmiste kogemuste baasil ma teadsin, et noh, et see läheb üle.*“

Hästi toimivad intervjueeritavate arvates kokkulepped kas lähedasega või sõbrannaga, et teatud märkide ilmnemisel on vajalikud need või need meetmed, näiteks vajadusel haiglasse viimine või kellelegi helistamine, kes toetab toimetulekut. Sellised kokkulepped annavad kindlustunde terviseseisundi halvenemise ajaks.

5.2 Ohumärkide kaardistamise ja plaani koostamise kogemus

Intervjueeritavad on teadlikud märkidest, mis annavad teada tervise halvenemisest, lähenevast kriisist või mis juba on kriisi tunnuseks, ehk siis millises valgusfoori värvis inimene on – rohelises (tavapärase toimimine), kollases (asjad ei ole enam hästi, toimetulek on häiritud) või punases (toimetulekumehhanismid ei tööta, kriisi seisund).

IN5: „Ma olen ja öelnud, et ma liiga rõõmus ei oleks ja, et kui ma depressiivset juttu ajan siis ka nagu ei ole päris adekvaatne see seis.“ IN4: „Rohelises fooris olles ma suhtlen inimestega rohkem.“ IN1: „Et ma ei taha enam neid asju teha, mis mulle on väga meeldinud.“

Teadlikkus tuleb ajaga, õppides iseennast paremini tundma ning saades teadlikuks, et teatud sümptomid tulenevad vaimse tervise probleemist, mitte iseloomust. Ohumärkide teadvustamine on protsess, mis kulgeb ajas. IN2: „Ma ei osanud neid määrata kui sümptomeid, ma lihtsalt määratlesin neid kui oma isikuomadusi või midagi sellist.“ Ohumärke võivad märgata ja neile tähelepanu pöörata ka pereliikmed, inimesed, kellega igapäevaselt koos ollakse. Mõlemat poolt toetavam on see, kui omavahel ohumärgid läbi rääkida ning lähedased teavad, kuidas reageerida ja mida teha.

IN1: „Ma arvan, et mees juba teaks. /.../ Ta teab kuidas ma vastan, siis ta teab, /.../ kui midagi peaks pahasti olema või kui ma ütlen, et nüüd ongi pahasti, et kuhu ta võiks pöörduda.“ IN2: „Et nüüd viimase aasta jooksul ma olen olnud lähisuhtes ühe inimesega ja tema nagu on hakanud mulle nagu viitama, kui mu käitumises esineb nagu mingisugust, mida mis ei ole tavapärane.“

Ohumärkidest teadlik olemine annab inimesele parema teadmise endast ja oma vaimse tervise seisundist, võimu olukorra üle ning tekivad valikuvõimalused teha igapäevaelus enda jaoks positiivses suunas otsuseid, toimub eneseareng. Ohumärkide märkamine annab võimaluse reageerida probleemile kiirelt ning algusfaasis, tulla toime ise oma toimetulekumehhanismidega ja ennetada raskeid terviseseisundi ägenemisi või kogeda kriise kergemini. Teadlik olemine suurendab inimese iseseisvust ja vastutustunnet. IN5: „No, et sa väldiksid ära haiglasse kukkumisi ja suuri kriise ja sa saaksid alguses nagu jaole, et sa ei läheks väga hulluks. Tean, et kui mul on kriisi olukord, et mida ma siis tegema pean selleks, et üle läheks ja et ma nagu suudan iseenda eest vastutada.“ IN1: „Ja mida varem asjadesse sekkuda, et ma arvan, et saab kiirema lahenduse.“

Abi saamise kogemus aitab inimesel õigel ajal abi küsida. Mitteteadvustamine ning punases fooristaadiumis olemine ja abi mittesaamine võib igapäevaelu tunduvalt kahjustada ning tagajärgedega tegelemine võib võtta aastaid.

Ennetamine on kõikide intervjueritavate arvates ohumärkide kaardistamise juures üks olulisimaid tegureid. Ennetus mõjutab mitte ainult inimest ennast, vaid ka teisi inimesi tema ümber. Ohumärkidele reageerimine aitab ära hoida tagasilangused või otsida teadlikult abi.

IN1: „*Ta ei ole niisama seda teinud, vaid et just, et ongi, kas ta tahab iseennast kaitsta, oma lähedasi, et nii on. Ja ka võib juhtuda, et ka võõraid inimesi.*“ IN3: „*Kas sa otsid enne abi või võtad midagi ette, /.../ et olen ise saanud sabast kinni ja saanud hakkama sellega.*“

Ohumärkide plaan võib kajastada nii inimese enda kui ka toetavate inimeste tegevusi, et aidata inimesel taastumise teel püsida. Ühtlasi aitab see ka paremini oma tahet avaldada, millist abi ta soovib ja vajab. IN5: „*... et kas sa saaksid mind haiglasse viia ja et noh siis arsti jaoks ka tegin mingi, kirjutasin ülesse, et mis mul nagu enda arvates viga on ja niimoodi, et ma suutsin nagu jah niipalju nagu tegutseda.*“

IN4: „*Minu puhul on aidanud. Et kui ma seal kollases ja hakkas suunduma punase poole, ma ütlen oma psühhiaatritele, et ma tunnen niimoodi ennast. Ja siis tema vastavalt, kas ta siis suunab mind psühholoogi juurde, või vaatab ravimid üle või siis lihtsalt räägib minuga.*“

Ohumärkide paremaks jälgimiseks on tarvis need fikseerida kaardistamise ja plaani koostamise läbi. Teadlikult kaardistanud ja plaani teinud on intervjueeritavatest kolm, teised kaks on teadvustanud neid alles mõttetasetil. Ohumärkide kaardistamisel on oluline haiguskriitika olemasolu. Erinevatel aegadel kaardistamine võib tuua uued märgid, sest inimese toimetulek ja elu on pidevas muutuses.

IN3: „*Ohumärkide plaani põhjal et, ma olen seda korduvalt läbi töötanud ja olen enda jaoks kaardistanud jah.*“ IN4: „*Jah, olen. Korduvalt.*“

Ohumärkide plaani tegemiseks on erinevaid võimalusi: teha ise, eneseabigrupis, koolitusel, taastumiskursustel, psühhiaatriaiglas, CARE koolitusel, koos sotsiaaltöötajaga.

IN3: „*Hiljem tuli siis see Heaolu Taastumise kool, et need taastumiskursused, et seal me oleme teinud läbi. /.../ CARE kursuse tegin alles hiljuti läbi, seal oli jälle seda ohumärkide plaan.*“

IN4: „*Sotsiaaltöötaja psühhiaatriaiglas.*“

5.3 Kriisiga toimetulekut toetavate teenuste korraldus

Antud alapeatükis esitan tulemused inimeste arvamustest ja nägemusest, kuidas peaks olema korraldatud kriisiga toimetulekut toetavate teenuste korraldus.

5.3.1 Vajadused kriisis

Teenustest korraldamisel on vajalik teada, mis on inimeste vajadused kriisis olles.

Kriisikogemusest rääkides tuli välja vajadus kellegagi oma olukorrast rääkida ning selleks on vaja omada usaldust teiste inimeste vastu. Kuulajal peaks olema oskus suunavaid küsimusi esitada, et inimene jõuaks teadmise ning selguseni. Kuulaja võib olla lähedane – kolme inimese puhul õde, või siis spetsialist - psühholoog, psühhiaater, tugiisik, tegevusjuhendaja, kogemusnõustaja, keegi kes suudab jääda neutraalseks.

IN1: „*Mul ei olnud ikkagi kellegagi rääkida ja kedagi ei huvitanud ka, kui inimesed ikkagi omavahel räägivad, siis seda usaldust. /.../ Lihtsalt seisad seal ja nutad, sa ei saa tegelikult aru. Ja kui sulle tehakse neid suunavaid küsimusi, siis sa jõuad nagu sinnakohta, mis tegelikult haiget teeb, eksju.*“ IN4: „*Ta lihtsalt rääkis minuga, rääkis minuga ilmast või mõnest muust asjast, et mul läheks mõtted mujale.*“

Rääkimine on oluline ka suitsiidimõtete korral, intervjueeritava kogemusel seda teemat pigem puudutada ei soovita. Inimesed, sealhulgas professionaalid pigem ei ole valmis suitsiidist rääkima ja inimese mõtteid ei võeta tõsiselt. IN4: „*Sest suitsiid on ka üks tabu teema, kui sa räägid kellelegi sellest asjast, siis sind tõrjutakse, ma ei taha sind. Selline STOP märk tuleb kohe ette. Seda ei tohiks tegelikult olla. Võiks ikkagi sellest rääkida.*“

Teenuste osutamisel on usaldussuhte tekkimiseks oluline, et inimene saaks abi ühes asutuses ühelt inimeselt. Vaimse tervise probleemidega inimesed on delikaatse terviseseisundi tõttu haavatavad ning uue inimesega harjumine võib tekitada tõrke ja uue kriisiolukorra ning inimese toimetulematuse olukorraga toime tulla. IN2: „*Siis ta enam ei töötanud seal. /.../ Nii et ma oleks pidanud uuesti minema, uue aja panema, uue inimesega kohtuma.*“

Kriisis olles või raskel perioodil¹⁶ vajavad inimesed oma seisundi ja vajaduste märkamist ning sellest seisundist arusaamist, seda ka kogukondades ühiskonnas laiemalt.

IN2: „*Et me näeme kui teisel on mingisugune probleem või probleemne seisund ja püüame siis vastata selle seisundi vajadustele.*“ IN3: „*Et nad on märganud ja abi pakkunud.*“

¹⁶ Intervjueeritavad tõlgendasid raske perioodina üldjuhul aega, mis eelnes (või järgnes) kriisile.

5.3.2 Üldine teenuste korraldus ning inimese soov ja tahe

Kriisiga toimetulekut toetavad teenused aitavad anda tagasi inimesele sõltumatus ja ennetada kriisi sattumist, tekib oskus abi küsida ning on abiks ja suuniste andjaks (näiteks politseile) inimeste puhul kes on segaduses ning ebaadekvaatsed.

Vaimse tervise korduvate probleemide puhul on soovitatav teha ohumärkide plaan ning korduvate kriiside korral lisaks ka kriisikaart. Ohumärkide plaan peab olema enne kriisikaardi tegemist tehtud ning kriisikaart võiks olla ohumärkide plaani osa.

IN4: „*Selles suhtes on loogiline, et ohumärkide plaan on enne ja siis tuleb kriisikaart. Ma tean inimesi, kes on mitu korda aastas haiglas ja põevad veel rohkem seda läbi, neil näiteks võiks mõlemad olla, nii ohumärkide plaan kui kriisikaart.*“

Ohumärkide plaani ja/või kriisikaardi tegemisel on oluline arvestada inimese enda soove ja taht. Plaani tegemise protsess aitab inimesel mõista, miks ja kellelt on vajalik õigel ajal abi otsida. Teadlik valik aitab tekkida usaldusel ning ennetada inimest kahjustavaid tegevusi.

IN3: „*Tahtsin küll, et see oleks oluline, sellepärast, et näiteks seda küll enam ei taha, et rihmadega voodi külge kinni pannakse.*“ IN4: „*See on selles suhtes oluline, kui sa soove arvestad, siis inimesel tekib usaldus rohkem näiteks meditsiinasutuste ja selliste vastu.*“

Oluline on, et abistajad, nii meditsiini- kui sotsiaalvaldkonnast, inimest usaldaksid, kui ta ütleb, et tunneb end halvasti. Inimene pöördub tagasi abi saamiseks vaid juhul, kui ta on saanud hea abisaamise kogemuse. Halb kogemus mõjub halvasti ka taastumisele.

Teenuste korraldamisel tuleb arvestada asjaoluga, et raske vaimse tervise olukord ja kriis on tihti miski, mida inimene ei soovi kõikidega jagada, seepärast on teiste inimeste kaasamisel vaja küsida inimese nõusolekut. Inimene soovib ise oma elu kontrollida, ka vaimse tervise häirega ja haigusega koos elades. Inimese tahe peaks olema tema soovi alusel kirja pandud koos nõustajaga.

IN5: „*Et noh see ongi tema enda otsustada, kogu see kupatus siin, et mida ta tahab ja mida ta ei taha, et selles mõttes, ja kas ta tahab üldse, et politsei seda näeb ja kiirabi näeb, et noh ikkagi peavad olema nagu kokkulepped, absoluutselt iga punkti juures, et need punktid niimoodi läbi käia koos.*“

Ohumärkide plaani jagamise osas pööras üks intervjuueeritav tähelepanu ohumärkide ühele kasutegurile, kui plaani on jagatud teise inimesega. See võimaldab paremini lahti selgitada, millal

mingid tegevused ja tunded on märgid tervise halvenemisest ning millal loomulik inimlik reaktsioon. Hea näide siinkohal on viha, mis on haiguse tundemärk vaid terviseseisundi ägenedes, muul ajal on ta tunne nagu iga teinegi. IN4: „*Kuigi see võib anda ka vastupidist efekti. /.../ Sa lihtsalt inimesena ärritud asjade peale, see on jumala normaalne asi. Aga kui sa oled haige, siis öeldakse sulle kohe, et sul hakkab hoog peale tulema.*“

Kriisikaardi olemasolu annaks juurde turvalisust, nii endale kui perele, ning ennetab võimalust terviseseisundiga sügavale kriisi minna. Samuti annab kriisikaardi koostamine ning inimese sooviga arvestamine abistamisel, inimesele võimaluse saada võimalikult vähe traumeeritud. Kriisikaart lisab turvalisust ja teadmist, et vajalikul hetkel on inimesele kindlustatud haiglaravi ning seal koheldakse teda inimlikult. Intervjueeritava arvates väheneks trauma ka politseile ja kiirabile. Ohumärkide plaani ja kriisikaardi olemasolu omab positiivset mõju inimese elule.

IN1: „*Kõigepealt, perel oleks turvalisem, et kui midagi peaks juhtuma ja ka iseennast, et iseennast ka kaitsta ja et tõesti, et kui oleks see kaardistamine, et ei vajuks veel sügavamale.*“

IN5: „*Jah, ma arvan, et see on vajalik selleks, et inimene saaks võimalikult vähe traumeeritud. Ja et ikkagi tal oleks kindlus noh, et kui tal katus sõidab, et ta ikkagi korjatakse ära ja, et teda koheldakse inimlikult, ikkagi kui sind haiglasse pannakse.*“

Samas oli üks inimene, kes oli väga positiivne ohumärkide plaani osas, kahtlev kriisikaardi tegemise osas, just süsteemi toimimise selgusetuse tõttu. Hetkel on Eestis veel palju küsitavusi, kuidas ja millises süsteemis teenus toimiks ning kuidas tagatakse inimesest lähtuv abi ning turvalisus. IN4: „*Et ma tahan näha, kuidas see kriisikaart Eestis minema hakkab, enne kui ma otsustan, et ma tahaks seda teha.*“

Kriisikaart aitab fikseerida inimese olekut õigesti, näiteks tänaval ebaadekvaatses seisundis ja/või karjuv segaduses inimene ei ole mitte joobes, vaid raskes haigusseisundis, politsei saaks sel juhul tänu kriisikaardile info ja inimene saab vajaliku abi.

Ohumärkide plaan ja kriisikaart tuleks aeg-ajalt üle vaadata ning see toimuks koos nõustajaga, kellega plaan või kaart koostati. Ülevaatamise aeg oleneb inimese terviseseisundi muutumisest või muutumatusest ning kriiside sagedusest. Ohumärkide plaani võiks üle vaadata kord kvartalis või kord aastas. Kriisikaardi puhul kord kvartalis, kord poole aasta tagant või kord aastas ning väga stabiilse taastumise puhul iga 5 aasta tagant.

IN4: „Kord aastas piisab või kui inimene ise tunneb, et soovib midagi lisada või ära võtta.“ IN3: „Äkki koos raviarstiga vaadata üle, raviarsti vastuvõtul, mina näiteks käin kord kvartalis, sellest piisab ma arvan.“

5.3.3 Ohumärkide kaardistamise ja plaani koostamise teenus

Küsisin intervjueeritavate käest nende nägemust ja arvamust, kuidas võiks olla korraldatud ohumärkide kaardistamine ning ohumärkide plaani koostamine.

Ohumärkide plaan võimaldab süsteemset lähenemist, milles on kirjas inimese erinevad tervises seisundid, inimese enda ja teiste tegevused tervise halvenemisel, muu oluline info. IN4: „Ohumärkide plaan on selline konkreetne, väga hea süsteemne lähenemine, et ta on väga tänuväärne tööriist, ma soovitan, ma soovitaksin, rangelt soovituslik.“

Ohumärkide kaardistamine ja plaani koostamine on ajas kulgev protsess, mille tegemiseks kulub päevi. Kuna inimese elu on muutumises, on kasulik plaan aegajalt üle vaadata ning täiendada, mis annaks terviklikuma pildi. Plaanil võiks olla kirjas ka teiste poolt märgatud ohumärgid või käitumised, näiteks tegevusjuhendaja, psühhiaater, elukaaslane.

IN4: „Võib olla sa ei peakski kõike välja nuputama, vaid teeksidki ajapikku, et mul tuli nüüd selline asi ja nüüd ma tunnen end niimoodi. Kui sa käid, näiteks tegevusjuhendajaga koos, siis tegevusjuhendaja saab märkmed teha, ta tunneb ennast hästi ja ta on selline ja selline.“

Ohumärkide plaani tegemiseks on oluline haiguskriitika olemasolu ning kaardistama peaks nii rohelises tsoonis kui ka kollases, sest siis oskad tähelepanu pöörata rohkem ohumärkidele, mis näitavad, et olukord on halb. Kaardistamine toimuks koos nõustajaga. Plaani koostamise nõustajateks pakkusid intervjueeritavad välja järgnevaid spetsialiste: arsti, psühholoogi, psühhiaatrit, sotsiaalsüsteemi, sotsiaaltöötajat, terapeuti, tegevusjuhendajat¹⁷, kogemusnõustajat, (kes on ka ise seda teinud) ja töötukassa juhtumikorraldaja kahte. Ühe intervjueeritava arvates on ohumärkide plaani võimalik teha ka koos sõbra või lähedasega, sest nemad tunnevad inimest ning teavad tema käitumismustreid. Haiglas seda pigem teha ei soovita.

IN3: „Ma arvan, tegevusjuhendaja saaks sellega kenasti hakkama. /.../ Ja siis ma arvan, et ka kogemusnõustaja, ma olen ise mõelnud, et võiksin oma klientidele tulevikus teha, kogemusnõustaja

¹⁷ Allajoonitud spetsialiste pakuti mitme intervjueeritava poolt.

võiks seda teha.“ IN4: „Ma arvan, et see inimene peaks olema see, kellega klient kõige rohkem kokku puutub.“

Kaardistada ja plaani teha saab ka mõne sellesisulise või -suunalise koolituse käigus, näiteks eneseabigrupid, taastumiskursused, CARE koolitus.

Ohumärkide plaani nõustamise käigus on tähtis usalduse tekkimine, mitte niivõrd see, kes see on. Ta peaks inimest teadma, tundma tema olukorda. Nõustajal peaks olema läbitud vastavasisuline koolitus, et nad teaksid, mis on ohumärgid ja kuidas plaani koostada. Usaldussuhte olulise töid välja kõik intervjueeritavad.

IN4: „... sa oled kliendiga juba pikemalt tuttav, mitte et sa oled võõras inimene ja hakkad kohe tegema. Jah, usaldussuhe. Ja kui sa tead klienti, siis ka tead teda ka rohkem suunata nendes küsimustes.“

Nõustajal peaksid soovituslikult olema teadmised vaimse tervise probleemidest ja haigustest, et paremini inimese tervises seisundit mõista ja näha tema tervisevajadusi. Nõustaja peab olema neutraalne, hinnanguvaba ja professionaalne. Sotsiaaltöötaja, psühholoogi, psühhiaatri ja tegevusjuhendaja puhul on intervjueeritavad toonud välja, et nemad on saanud erialase hariduse ning seepärast nad sobiksid nõustajaks, eeldusel, et nad on teadlikud ka ohumärkide plaanist või on läbinud CARE metoodika koolituse.

IN2. „Jah, tegevusjuhendaja ja tugiisik, see ei ole igati, kes on valmis sellist asja tegema, et keegi tänavalt ei tule. Või selline pühendumus. /.../. Neil on teatud haridus ja teadmised, mis lubavad neil, nad oskavad nagu näha, märgata neid vajadusi, mis on norm, neil on need teadmised uuringutest.“

Ohumärkide plaani koostamist võiks nõustada ka kogemusnõustaja, eeliseks on oma kogemuse olemasolu, kuid lisaks peaks nad olema läbinud kogemusnõustaja ja CARE metoodika koolituse.

IN4: „Ma arvan, et need kes on CARE õppinud, nad rohkem teavad, mis see ohumärkide plaan üldse on. Kui sa ei tea, siis sa justkui ei oska teha.“

Ohumärkide plaani olemasolust ja selle sisust võiksid teadlikud olla kõige lähemad inimesed, sest nemad märkavad tervise halvenemisele viitavaid märke kõige varem. Samuti peaksid teadlikud olema inimest toetavad spetsialistid. Olulisim teavitamise juures on inimese enda soov, kellega ta plaani jagada soovib. Osad inimesed eelistavad plaani olemasolust rääkida pere asemel võib olla hoopis sõbrale või ainult teda toetavale spetsialistile.

IN3: „Ühesõnaga, kui inimene on seotud mingi institutsiooniga... Mul on kaks inimest (tegevusjuhendajad-autori märkus), kes koguaeg silma peal hoiavad, helistavad, niimoodi edasi, lisaks pereliikmed.“ IN5: „Mina ei haara teda (tütart) sellesse asjasse, las ta tegeleb oma eluga.“

Töökohal kas juhendaja, personalijuhiga või lähima kolleegiga ohumärkidest ja plaanist rääkimine oleks vaimse tervise probleemidega inimesele turvalisust pakkuv ideaalses maailmas, kuid reaalsus on see, et töökohal teadmine võib tähendada hoopis vallandamist. IN5: „No ütleme mul on selline töökoht eks, et ma tava töökohas eriti ei soovitaks sellised asju, ... sest see on tavaliselt lahti laskmine aga noh ideaalis oleks väga hea kui ülemus teaks ja niimoodi, et ideaalis kindlasti.“ Ohumärkide plaan koolikeskkonnas oleks inimese vaimse tervise vajaduste ja eripära arvestamise seisukohalt tähtis. Kui koolis juhendaja või õppejõud on teadlik, jagab see ka vastutust, teades, et õppeprotsessis osaleb vaimse tervise erivajadustega õpilane/tudeng. IN2: „Samamoodi ma arvan kooli õppimiskeskkonnas ja mingisuguste hobide, sellises keskkonnas ka nagu, ma arvan on hea, kui nagu õpetaja, ütleme juhendajad on teadlikud sellest. Tal on sellised vajadused ja et nad on teadlikud, et nad ei loe seda käitumist nagu külmalt. Et aa ta on ebaviisakas, ta ei ole usaldusväärne, sest ta ei esita töid, et noh, et jah. Aga see on nii raske.“

5.3.4 Kriisikaardi teenus

Kriisikaardi tegemine ja olemasolu annab inimesele kriisis olles turvatunde, ta ei pea muretsema muude asjade pärast, vaid saab mõelda ainult oma vaimse tervise seisundi, oma taastumise peale. Kriisikaart on vajalik inimese heaoluks. IN4: „Kuna see on inimese heaoluks ikkagi...“. Nii nagu ohumärkide plaani puhul, on ka kriisikaardi tegemisel vajalik iga punkt inimesega läbi arutada ning kaardile kantavad andmed lähtuvad inimese soovidest. Üks intervjueeritav lisab, et kriisikaart oleks inimesele antava abi suhtes adekvaatsem, kui plaan on heaks kiidetud inimese raviarsti poolt. IN5: „Ja et noh ma arvan, et peaks olema sellel inimesel ka kokkulepe oma raviarstiga, et siis see asi oleks nagu usaldusväärsem arvan jah, et võiks raviarst ka olla nõus selle asjaga.“

Kriisikaardi vormi osas on kaks varianti, mida saab kasutada koos või eraldi, oleneb sellest, millises kriisiseisundis inimesel seda on vaja kasutada ja kas ta on võimeline seda ise edastama – elektroonne ning väikeformaadis paber kandjal või plastikkaardina.

IN4: „... minu puhul oleks elektrooniline turvalisem. Sest ma võin selle lipiku oma rahakotiga ära kaotada, seal on kõik minu andmed sees.“

IN5: „*Ta võiks olla mõlemat viisi, ta võiks olla paberkandjal ja ta võiks e-keskkonnas, et kui keegi näiteks tänaval leitakse niimoodi, et ma ei tea muidugi, ise vist ei ole võimeline seda kaarti näitama, et ta võikski olla niimoodi, et on see e-keskkond ja et noh kui politsei kinni võtab või kiirabi viib, siis tuleks asi nagu välja.*“

Küsisin intervjuueeritavatelt, milline info peaks kajastuma kriisikaardil.

Kriisikaardil võiksid olla suunavad juhised abistajale, mis konkreetselt inimest kriisis olles aitab, näiteks, et esitataks suunavaid-abistavaid küsimusi. Enda haigust tundval inimesel, kes on taastumas, on tavaliselt olemas abistavad toimetulekumehhanismid, mille abil teistel inimestel on võimalik aidata inimesel aru saada, mis temaga toimub ning see toetab sellest seisundist välja tulemist. IN1: „*Et aru saada, mis minuga toimub, miks ma nii käitun, nagu ma käitun.*“ Kaardil võiks olla ka muud suunised abistajale, kuidas politsei või kiirabi peaks inimesega käituma, kuhu ravile suunama või helistama, millist abimeedet ta vajab ning mida kindlasti vältida. IN5: „*Võib-olla see, et mind näiteks võetakse politseiga eksle, et kuidas politsei peaks käituma noh. No kui ta ise on nõus sellega, et noh võib-olla ta annab mingid suunised, et kuidas see politsei peaks temaga käituma või niimoodi. aga need suunised ei tohi olla ebaadekvaatsed.*“

Kriisikaardil peaksid kajastuma inimese enda kontaktandmed ning kontaktisiku(te) kontaktid.

Kui inimesel on kellegagi kokkulepped tehtud tema ravi ja hoolduse osas, siis piisab, kui kriisikaardil on selle inimese kontaktid ning tema korraldab inimesele soovikohase abi.

IN3: „*Ja siis need soovid et, kellega näiteks ühendust võtta ja kellega mitte ühendust võtta ja sellised asjad.*“

Seal võiks olla veel ka kontaktisiku andmed ja juhised talle, mis peaks olema korraldatud haiglaravi korral, näiteks kui kriisikaardi omanikul on laps. Samuti muu oluline info erinevate korraldust vajavate eluvaldkondade osas - arved, lemmikloomad, lilled, toa kütmine jmt. Teadmine, et teatud asjad on tehtud, on inimese jaoks turgutavam, turvalisem. IN1: „*Tookord tegelikult oligi mul laps lasteaias, kui ma haiglasse sattusin, et mis edasi.*“ IN3: „*Minul oli ka mure haiglas olles, et kas korteri uks on ikka lukus ja kas arved saavad makstud.*“ IN5: „*Kui on näiteks koduloom, mis saab koduloomadest.*“

Olemasolul ka toetavate spetsialistide andmed: tegevusjuhendaja, tugiisik või sotsiaaltöötaja. Kajastatud võiks olla raviarsti andmed.

IN3: „*Praeguses olukorras jah spetsialist on teretulnud ja tema saaks aidata.*“ IN4: „*Võib olla haigla sotsiaaltöötaja võiks näha neid asju ja arve asju. Arsti kontakt näiteks.*“

Vaimse tervise haiguse korral ka diagnoos, kui see on inimese soov ning haiguse sümptomaatika. Kaardil võiksid olla kirjas ka ohumärgid, mis viitavad kriisile. IN5: „*Võib-olla peab olema diagnoos, diagnoosi sümptomaatika. Mida me teen eksle, kui ma olen kriisis, et kuidas ma käitun siis, kui ma olen kriisis.*“

5.3.5 Nõustamine kriisikaardi teenuse raames ja võimalus kasutamiseks

Kriisikaardi nõustajad enamuses kattuvad ohumärkide plaani koostajatega, oluline siinjuures on jällegi usaldussuhte olemasolu ning see peaks olema spetsialist, kes inimest teab.

Nõustajateks võiks olla raviarst, sotsiaaltöötaja, vaimse tervise õde, tegevusjuhendaja või ohumärkide plaani ja kriisikaardi koostamise meeskond, näiteks kogemusnõustaja koos spetsialistiga või raviarst ja toetava teenuse osutaja. Intervjuude põhjal peaks kriisikaardi nõustajal võrreldes ohumärkide plaani nõustajaga olema rohkem teadmisi vaimse tervise probleemidest, haigustest, sümptomaatikast, terviseseisundist tulenevatest vajadustest ja teadmised kriisikaardist ja selle koostamisest. Soovituslikult peaks kriisikaart olema kooskõlastatud raviarstiga, sest tema oskab hinnata inimese adekvaatsust oma terviseseisundi osas. IN3: „*Äkki koos raviarstiga vaadata üle, raviarsti vastuvõtul, mina näiteks käin kord kvartalis, sellest piisab ma arvan.*“ IN5: „*No mingid teadmised võiksid olla ikka jah, et mis asi see kriisikaart üldse on ja milleks vaja.*“

Kogemusnõustajat üksi üks intervjueeritav kriisikaardi nõustajana ei näe. Kogemusnõustajal on küll kriisikogemus, kuid puuduvad muud eelmainitud teadmised.

IN3: „*Vaata, kogemusnõustajat kriisikaardi koostajana nagu hästi, ma ennast ei usaldaks nii palju, peaks /.../ olema ikkagi spetsialist.*“

Nõustajatena peavad nad olema neutraalsed, professionaalsed, hinnanguvabad, empaatilised, hea kuulamisoskusega, usaldusväärsed, neil peab olema soov seda tööd teha ning omama oskus näha inimese vajadusi ja erisusi. Toetavad koolitused kattuvad ohumärkide plaani juures välja toodutega.

IN2: „*Eeldus on see, et nad niigi arvestavad erinevate inimeste nagu vaimset vajadust, no ilmselt neil kõigil on ka mingil määral koolitused, kuidas inimestega suhelda ja rääkida, kuidas olla, kuulad ja mõistev ja nii, /.../ et ilmselt kõik võiksid läbida nagu selle koolituse ja praktika, kuidas olla vaimset mitte ähvardav inimeste jaoks.*“

Kes kriisikaarti näevad ja kes on teadlikud selle olemasolust ja sisust, otsustab inimene ise, sest inimese vajadused ja keskkonnad, kus ta liigub, on väga erinevad. Inimene võib teha erisusi ning

kitsendada kriisikaardi sisu nägemist, kui mõelda elektroonilise variandi peale, et kellele antakse ligipääs sisule. IN4: „*See võiks jääda inimese enda otsustada, kes teab, kes mitte.*“

Kõige olulisem on anda ligipääs meditsiinisüsteemile, kus kiirabil ja haigla vastuvõtuõel peaks olema täielik ligipääs kogu infole. Lisaks eelnevale peaks info kättesaadav olema politseile.

IN1: „*Mina arvan, et see peaks olema ühises tervisesüsteemis ikkagi sees.*“ IN5: „*Et see peaks politseile olema nagu nähtav, see kriisikaart, totaalselt.*“ IN4: „*Sest kui sul on ikkagi maniakaalne psühhoos ja ta ei salli puudutamist, sest see teeb hullemaks, siis see politsei kes ta üles korjab, teab.*“

Peale kiirabi peaks meditsiinivaldkonnas kriisikaardi infot omama perearst ja raviarst.

Sotsiaalvaldkond jaguneb kaheks, KOV (kohalik omavalitsus) ja haiglate sotsiaaltöötajad ning sotsiaalteenuste osutajad. Teada peaks olema neil sotsiaalvaldkonna spetsialistidel, kes on otseselt inimesega seotud. KOV sotsiaaltöötajatel võiks olla näiteks STAR programmis näha, et inimesele on koostatud kriisikaart, see hõlbustaks vajadusel inimesele abi osutamist, kuid sisu nägemiseks peab inimene andma nõusoleku. IN4: „*Sotsiaalvaldkond isikuliselt. Äkki tal üks kindel sotsiaaltöötaja, kes võiks näha.*“ Kui inimesel puuduvad lähedased, võiks just KOV või haigla sotsiaaltöötaja olla see, kes kriisikaardist on teadlik ning saab sellest lähtuvat abi korraldada. Erihoolekandeteenuste olemasolu korral on tegevusjuhendajal või tugiisikul oluline olla sisust teadlik, kui ta ei ole ise nõustaja osas olnud. IN3: „*Spetsialistid, keda mul on kaks tegevusjuhendajat.*“

Intervjuudest tuli välja, et kuigi lähedased peaksid olema esmajoones teadlikud kriisikaardist ja selle sisust, siis tihtipeale on neile raske seda selgitada. IN2: „*Pereliikmed ikka, kui on pereliikmed.*“ Kriisikaardist võivad olenevalt inimese elustiilist ning tegemistest lähtuvalt olla teadlikud veel ka, koolikeskkonnas juhendaja, töökeskkonnas keegi, et nad teaks, kuidas vajadusel käituda või kellele helistada.

5.3.6 Võimalikud ohud ohumärkide plaani ja kriisikaardi teenuse korraldamisel

Intervjuudest tulid välja ohukohad ohumärkide plaani ja kriisikaardi teenuse juures, mis on tähtsad teenuste käivitamise ja korralduse seisukohast välja tuua.

Ohumärkide kaardistamise ning nii plaani kui kaardi koostamisel peab nõustajal olema teadmised märkamaks ohukohti ning oskus inimest suunata viisil, et plaan ja kaart ei hakkaks hiljem inimese kahjuks tööle. Inimese soovi arvestamine ei tohi tekitada olukorda, kus inimene jääb abita. IN1:

„Kui mõtlen, et kuidas see kaardistamine on tehtud, kas ainult minu soovide ja tahtmistega, siis tegelikult, noh minu elu on näidanud, et igakord ei ole sama asi. ...jah, ma ikkagi arvan, et peaks arvestama inimese tahtmist, kuid võiks seal ju need erandjuhud olla.“

Taskuformaadis kriisikaardi puhul võib tekkida küsimus, kellel on õigus minna inimese taskutes sorima, kui inimene ise ei ole võimeline kriisikaarti andma ja enda tahtet ilmutama. Lisaks on taskuformaadis kriisikaardi puhul võimalus selle kaotamiseks ning selle võib leida inimene, kes on näiteks tuttav, kuid inimene ei ole soovinud, et ta teaks tema terviseolukorrast. See suurendab haavatavust veelgi. Eriti võib see probleemiks kujuneda väikestes kogukondades. IN4: *„Kui sa rahakoti ära kaotad, oled niigi haavatav, sest kõik su dokumendid on seal ja siis on veel see kriisikaart, äkki leiab mu kauge tuttav selle üles. Minu andmed ütlevad seda, et inimesed ei taha, et teatakse et selline haigus üldse on.“*

Ohukohaks võib kujuneda olukord, et kriisikaardil olevate juhistega tegelikult ei arvestata, seda küll nähakse, aga ei täideta. Kriisikaardil võivad olla märgitud ka ebareaalsed soovid või siis tegevused, mis inimese jaoks on üliolulised kuid süsteem ei võimalda neid inimesele tagada, näiteks üksikpalat haiglas, kuid kohad on täitunud ja see pole võimalik. IN4: *„Samas ma kahtlen, et kui õde teaks, et inimesel on kriisikaart olemas, kas ta käituks niimoodi nagu seal kriisikaardi peal on.“*

Eelnev võib olla põhjuseks tekkida võivale psühhiaatrite hirmule kriisikaardi ees, sest seda tuleb hakata arvestama, võib tekkida konflikt inimese tahte ja hetkevajaduse vahel. IN5: *„Tegelikult ma ei tea, ma ise siin mõtlesin ka, et võib-olla osad psühhiaatrid nagu kardavad seda kriisikaarti. Et nad nagu arvavad, et seal on sellised kohustuslikud asjad. Et mida peab siis tegema kui see inimene haiglasse satub.“*

ARUTELU

„Taastumine ei tähenda, et ma olen terveks ravitud.

Ma ei saa kunagi haigusest vabaks, kuid ma saan olla taastumise teel.

Taastumine on minu jaoks võimalus olla ISE juhi rollis oma elu juhtimisel.“

(Patricia E. Deegan)

Magistritöö kirjanduse ülevaade algas vaimse tervise definitsiooni lahti mõtestamisega, tuues välja vaimse tervise olulisuse inimese kõikides eluvaldkondades ning andes teadmise, et vaimse tervise häirumine halvendab inimese heaolu ja tervise kõiki aspekte. Uuritavate kriisikogemus tõi selgelt välja, et kriisid mõjutavad tugevalt inimese igapäevaeluga hakkamasaamist, mõjutades nii emotsionaalset, psühholoogilist kui sotsiaalset heaolu (Keyes ja Martin, 2017), kahjustada saab iseendaga toimetulek, füüsiline tervis, enda identiteet ja suhted. Vaimse tervise probleemid ja kriis mõjutab inimese kõiki eluvaldkondi, igapäevasele toimetulekule lisaks veel ka tööl ja koolis käimist, kaduda võib elutahe või oled justkui masin, mis küll teeb, aga ei tunne. Kuna ühiskond on alles teel vaimse tervise probleemide teadvustamise ja vaimse tervise haiguste mõistmise poole, on siiski tuntav nende olemasolu ignoreerimine Ette tuleb vaimse tervise probleemidega inimese käitumise valesti tõlgendamist ja inimene võib jääda olulise toeta, nii kodu-, töö kui ka koolikeskkonnas.

Vaimse tervise kriisid on WHO (2014) andmetel pooltel juhtudel alguse saanud vaimse tervise häiretest teismeeas, mis leidis tõestust ka osalejate seas. Intervjueeritavate esimesed vaimse tervise probleemid algasid vanuses 12-18 eluaastat ning päritolupere ei osanud või soovinud lapse vaimse tervise probleemidele tähelepanu pöörata, mistõttu abi saamata tema toimetulek halvenes ning terviseseisundi halvenemine süvenes.

Vaimse tervise probleemid võivad olla väga erinevad ning need ei ole alati seotud vaimse tervise haigusega (psüühikahäirega). Kuulates intervjueeritavate kriisikogemust, on nendes lugudes nii

kokkulangevusi kui ka erisusi, mis annab aluse väitele, et kriis ja kriisist taastumine on väga individuaalne ja isiklik ajas kulgev protsess (Anthony¹⁸, 1993).

Mis siis ikkagi on kriis? Töös on olnud erinevaid mõisteid, mida alljärgnevalt proovin tulenevalt kirjandusest ja uurimustulemustest lahti kirjutada. Kriisi mõtestamisel kasutasid inimesed väljendeid tervises seisund, haiguse halvenemine või ägenemine, tervisesituatsioon, kohati tundus olema haiguse ägenemine ja kriis võrdsustatud. Peale uuritavate intervjuusid ja kirjandust uuesti analüüsid arvan, et vaimse tervise seisund, haiguse ägenemine, raske periood ilmestasid pigem kriisile eelnevat seisundit, mis abi saamata jätkus ka peale kriisi.

Kuigi kriisi tekkimiseks on teatud kriteeriumid ja tunnused (vt ptk 2.1), et määratleda kriisi, on siiski inimese subjektiivne stressitaju see, mis paneb inimese tundma, et ta on kriisis ning tema tavapärane toimetulek on katkenud ja vaimse tervise heaolu ning positiivne funktsioneerimine on häiritud. Magistritöö raames uurimuslikus osas keskendusin pigem vaimse tervise häiretest ja haigustest põhjustatud korduvatele kriisidele ning tervises seisundi tagasilangustele. Uurimusest tuli välja erinevus kriisi raskusastmetes, kriis võib olla kergem, kus inimene veel saab aru, mis temaga toimub ning on võimeline ise abi otsima ning raskekujuline kriis, kus inimene on desorienteeritud iseendas, ajas ja ruumis või kaotanud elu mõtte ning vajab kindlasti kiiret abistajate sekkumist.

Personaalne taastumine saab alguse mõistmisest, mis inimesega tervise halvenedes ja kriisis toimub, ning abi saamisest. Abi saamine on paraku raskendatud ning võib minna aastaid, enne kui inimene saab vajaliku abi ning taastumisprotsess saab võimalikuks. Just abi küsimine ning usaldus abi saamise ja abistajate vastu on uurimuses osalejate sõnul ja kirjandusest tulenevalt võtmeteguriks ning edaspidiste kriisidega toimetuleku aluseks. Nii kirjandusest kui uurimusest tuleb välja, et taastumisel tekib inimesel uuesti lootus tuleviku suhtes ja ta elu saab jälle mõtte ning eesmärgid, ta ehitab üles ennast aktsepteeriva ning ennast usaldava MINA-pildi ja võtab vastutuse oma elu ja taastumise eest.

Slade ja Wallace (2017) toovad välja kaks taastumise vormi – personaalne ja kliiniline taastumine. Uurimuse tulemusena võib öelda, et inimese seisukohast on olulised mõlemad ja seda nii vaimse tervise haiguse kui ka kriisi puhul, mis ei seostu pikaajalise püsiva haigusega. Kõik uurimuses osalejad tõid välja ravimite olulisuse, kuid erinevast vaatenurgast. Haiguse korral on tavapärane, et ravimeid on vaja võtta korrapäraselt ning see aitab hoida haiguse kliinilised sümptomid kontrolli

¹⁸ William Anthony PhD on vaimse tervise valdkonna personaalse taastumise üks enam viidatud eksperte. Tema personaalse taastumise mõistet kasutatakse ka tänapäeval. <http://cpr.bu.edu/about/directory/william-anthony>

all ja võimaldab inimesel tegeleda personaalse taastumisega. Kui tegemist on kriisiga sündmusest või stressorite kuhjumisest tingituna, siis ravim võib olla see abivahend, mis aitab maha võtta esimese ärevuse ning inimese toimetulekumehhanismid saavad tööle hakata, sest inimene suudab adekvaatselt mõista ja aru saada, et on vaja tegutseda oma tervise ja elu nimel. Deegan¹⁹ (1997), elades koos vaimse tervise haigusega, nendib, et ravi on üks osa taastumise protsessist ja haiglasse minnakse ravile, sest nii on inimesele endale vaja. Järgides vajadusel raviplaani, kasutades vajaminevaid teenuseid või abi, on võimalik inimese personaalne taastumine ning kohanemine. Eelnev on väga oluline teadmine, selgitamaks, miks on vaja integreeritud teenuseid ja valdkondadeülest koostööd. Ravim on vaid vahend, et personaalne taastumine saaks toimuda ning sellel teel vajab inimene sageli toetavaid sotsiaalteenuseid, toetusevajadus võib olla pikaajaline. Kui kliinilisel taastumisel leevendatakse või ravitakse sümptomeid, siis personaalne taastumine on järjepidev protsess, oluline on inimese enda individuaalsus ja ekspertsus, paraneb heaolu ja ollakse täisväärtuslik ühiskonnaliige (Slade ja Wallace, 2017; Slade jt, 2014).

Uurimusest tuli välja, et abi saamise võimaluste osas on eelisseisus inimene, kes on olnud pikaajaliselt haige, tal on oma psühhiaater, diagnoos ja ravi. Seda põhjusel, et tal on olemas püsiva kuluga psüühikahäire, mis teeb võimalikuks soovi korral saada abi toetavate teenuste näol sotsiaalvaldkonnast. Palju halvemas seisus on inimesed, kes alles alustavad oma teekonda vaimse tervise probleemide ja/või haiguse määratlemisega või kes vajab kiiret vaimse tervise abi mingi sündmuse, trauma tõttu. See tuli välja kõikide intervjuueritavate puhul, keegi neist ei saanud abi siis, kui esimesed märgid ilmnema hakkasid. Abi saamiseks peab inimene sattuma raskekujulisse kriisi ning nagu ka osalejate kriisikogemustest selgus, tihti satutakse siis juba haiglasse ja igapäevaelu toimetulek võib olla selleks hetkeks peaaegu olematu. Kriisis olles võib inimene olla nii segaduses, negatiivne ja ebaadekvaatne, et hakkab ise abi saamisele takistusi leidma.

Põhjuseid on mitmeid, inimene ise ei saa aru või ei tunnista, et midagi on valesti, meditsiinüsteemist abi saamine võtab pikalt aega. Samuti puuduvad meetmed, kus inimesel oleks võimalik saada nõustamist kiirelt, ilma diagnoosita ja just tema jaoks vajalikul hetkel. Eestis toimiv erihoolekandesüsteem, mis tegelikult osaliselt oleks, minu töökogemuslikust teadmistest tulenevalt, võimeline selliseid nõustamisi tegema, toimib ainult teenusele suunatud inimeste jaoks, mis tähendab aga püsiva kuluga psüühikahäire olemasolu (Sotsiaalhoolekande seadus, [RT I, 30.12.2015, 5](#)).

¹⁹ Patricia Deegan PhD, kliiniline psühholoog, ka tänapäeval palju viidatud taastumise ja vaimse tervise valdkonna kogemuspõhine ekspert. Üks esimesi valdkonna järjepidevaid arendajaid.

Uurimusest ja kirjandusest tuleneb, et üks taastumist ja inimest võimestav ning tuleviku kriise ennetav, edasi lükkav või lühendav tegevus on enda ohumärkide ehk tagasilangust ennustavate märkide tundmine. Ohumärkide plaani (tagasilangust ennetava plaani, heaolu taastamise tegevuskava) koostamine annab inimesele parema teadlikkuse oma terviseseisundi üle, ta õpib tundma iseend ja enda vajadusi ning tugevusi, suurendab säilenõtkust ja igapäevast heaolu (Slade jt, 2014). Uurimusest tuli välja, et ohumärkide teadvustamine ja plaani koostamine annab tagasi võimaluse ise otsustada, oma elu kontrollida ja toimetulekumehhanisme tugevdada, julguse abi küsida ja vastu võtta, turvalisuse tunde ning võimaluse varakult sekkuda.

Ohumärkide plaani peaks soovituslikult tegema kõik inimesed, kes kogevad vaimse tervise korduvaid tagasilangusi või vaimse tervise esmahaigestumise puhul, et olla valmis tagasilanguseks ning ennetada seisundi halvenemist või kriisi sattumist. Kriisikaardi koostamine on oluline inimeste jaoks, kes kogevad või on oht kogeda korduvaid vaimse tervise kriise. USAs läbi viidud uuringus selgus, et enesejuhtimisele põhineva tegevusplaani (WRAP) koostamine ning selle jälgimine vähendab psühhiaatrilisi sümptomeid, suurendab inimeses lootust ning aja jooksul ka inimese heaolu (Cook jt, 2011). Vaata lisaks teenuste korralduse ülevaadet Lisas 3.

Enda ohumärkide teadmine on taastumist ja ennetamist võimaldav ka paljude teiste krooniliste haiguste puhul. Ohumärkide teadvustamise kasu olen kogunud ka oma töökogemusest lähtuvalt, just see aitas vaimse tervise haigusega inimesel peale 20 aastat pidevat haiglas olekut katkestada haiglasse sattumiste jada ning alustada taastumise teekonda, haigus ei juhtinud enam inimest, vaid inimene ise juhtis ennast, oma haigust ja oma elu, ta sai elada tavapäraselt elu.

Kirjanduse põhjal peaks ohumärke kaardistama rohelises tsoonis²⁰ kuid uurimusest tuli välja, et kaardistamine võiks toimuda ka kollases tsoonis, sest siis on inimene rohkem teadlik oma tervise halvenemisele viitavatest ohumärkidest. Uurimusest tuli välja, et taastuda ning teha endale ohumärkide plaan või kriisikaart on võimalik vaid juhul, kui inimesel on olemas haiguskriitika, seda on välja toonud ka Payne (2014).

Vaimse tervise kriisis olles on oluline, et inimene saaks vajaliku abi vastavalt tema soovidele ja taatele, sest positiivne ja inimese jaoks turvaline abi tekitab usalduse abistajate vastu ja järgmisel korral suudab inimene ise abi küsida ja oma tervise eest teadlikult vastutuse võtta.

²⁰ Ohumärkide kaardistamist on Hollanderi ja Wilkeni (2015) sõnul hea teha valgusfoori meetodil, kus roheline on tavapärane ja turvaline, kollases tsoonis on tunda tervise halvenemist ning punane on kriisieelne seisund või kriis. Uurimuses tuli välja, et kollane võib varieeruda helekollasest kuni oranži ja oranžikaspunaseni.

Töös välja toodud kirjanduse ülevaatest ning inimestega läbiviidud intervjuudest lähtub, et soovituslikult võiks Eestis olla koostatud koos inimesega paber kandjal või elektrooniline allkirjastatud ohumärkide plaan (kriisikava või tagasilanguse ennetuse plaan), mille käigus tehakse ohumärkide kaardistus ning tulemustele tuginedes saab koostada kriisikaardi, mis võib olla nii paber kandjal, elektrooniline kui vähendatud infoga taskuformaadis plastikkaart neile, kelle jaoks on oluline, et kaart oleks temaga kaasas (vt ka Lisa 3). Ohumärkide plaan oleks laiem kasutusega kui kriisikaart, sest tagasilangused alati ei pea lõppema kriisiga. Kriisikaardile aga peaks alati eelnema ohumärkide kaardistamine, et inimene õpiks oma tervises seisundit ja iseenda toimetulekumehhanisme paremini tundma ning teaks, millised stressorid viivad kriisi tekkimiseni. Aja jooksul on võimalik ohumärke usaldades ja õigel ajal abi otsides ka kriise ennetada, mis tagab inimese parema ja turvalisema toimimise nii isiklikul kui ühiskonna tasandil.

Ohumärkide plaani ja kriisikaarti koostatakse koos spetsialistiga. Oluliseks kriteeriumiks nõustaja osas on, et ta peaks olema inimesega kõige lähedasem olev spetsialist, kellega on inimesel tekkinud usaldussuhe. Tal peaksid olema teadmised vaimse tervise probleemidest ning haigustest, teadmised ohumärkidest ja nende kaardistamisest ning kriisikaardi puhul teadmised inimese kriisist ning kriisiplaanist. Iga punkt nii ohumärkide plaanil kui kriisikaardil peab olema läbi arutatud koos inimesega ning andmed lähtuvad inimesest ja tema soovidest. Spetsialistina tuleb usaldada inimese enda ekspertsust, nii võimaldatakse inimesel ise oma elu kontrollida ja võtta vastutus oma elu ja taastumise eest (Drake ja Whitley, 2014).

Ohumärkide kaardistamise ja plaani koostamise nõustajateks võiks uurimuse tulemusel olla psühholoog, psühhiaater, sotsiaaltöötaja, tegevusjuhendaja või kogemusnõustaja, kirjanduse põhjal on see pigem sõltumatu vaimse tervise spetsialist või meditsiinivaldkonna töötaja. Kriisikaardi koostamise nõustaja peaks olema sama, kellega tehti ohumärkide plaan, välja jääb eelnevast kogemusnõustaja, kui tal puuduvad laialdased teadmised vaimsest tervisest. Kriisikaart võiks soovituslikult olla kooskõlastatud raviarstiga (psühhiaatriga), et vältida ebareaalse tahte või soovi kandmist kriisikaardile ja vältimaks inimese abita jäämist.

Tuginedes oma töökogemusele tean, et Eestis on psühhiaatrid ja psühholoogid tööga ülekoormatud ning järjekorrad on isegi kuni kaks kuud pikad, siis kahtlen, kas seda ülesannet saaks panna nende õlule. Pigem võiks hetkeolukorda arvestades koolitada tegevusjuhendajaid, sotsiaaltöötajaid ja kogemusnõustajaid ohumärkide plaani nõustajateks. Kriisikaardi koostamisel peaks olema siiski väga hea koostöö ka meditsiinivaldkonna töötajaga, kes konkreetse inimesega tegeleb. Hea variant

oleks vaimse tervise õde ja sotsiaalvaldkonna spetsialist koostöös, kuid ka vaimse tervise õdesid napib.

Nõustajal peavad olema vaimse tervise alased teadmised, hea kuulamis-, nõustamis- ja suunamisoskus, oskus inimest võimestada ja luua usaldus- ja koostöösuhet, oskus ja teadmised märkamaks koostamisel ohukohti, et plaanil või kaardil olev oleks inimest toetav, mitte kahjustav. Ta peaks olema usaldusväärne, neutraalne, empaatiline, hinnanguvaba, kiire reageerija, tasakaalukas, paindlik, enesekindel, loominguline ja professionaalne. Lisaks peab olema teadlikkus ohumärkide plaanist, kriisist ja kriisikaardist ning soovituslikult läbitud CARE meetodika koolitus. Neil peab olema usk inimese taastumisvõimesse ja soov seda tööd teha ning oskus näha inimese vajadusi ja erisusi. Hästi teostatud nõustamine toetab inimese ise otsustamist ning on suunatud inimese heaolu suurendamisele (Slade, 2010).

Ohumärkide plaan peaks kajastama seisundeid ja tagasilanguse märke valgusfoori meetodi alusel. Inimese või abistaja teadliku toimimise jaoks võiks plaanil olla kirjas tegurid, mis võivad kriisiolukorra vallandada, tegevused, mida terviseseisundi halvenedes inimene teeb, et ennast aidata või mida teised saavad teha. Ohumärkide plaanil ja kriisikaardil peaksid kajastuma vastavalt inimese soovile kontaktandmed (isik ise, raviarst, teenuseosutaja, kontaktisik jt). Vaimse tervise haiguse korral ka diagnoos, kui see on inimese soov.

Kriisikaardil peaks lisaks kajastuma suunavad juhised abistajale, mis inimest kriisis olles aitab, suunised, kuidas politsei või kiirabi peaks inimesega käituma, kuhu ravile suunama või helistama, millist abimeedet ta vajab ning mida kindlasti vältida. Kui inimene ei talu mingit konkreetset tegevust, siis selle vältimine aitab kaasa inimesele parema abi andmise ning ei süvenda kriisi veelgi.

Kui inimesel on kellegagi kokkulepped tehtud tema ravi ja hoolduse osas, siis piisab, kui kriisikaardil on selle inimese kontaktid ning tema korraldab inimese soovikohase abi. Kriisis olles, eriti hospitaliseerimisel, on inimene haavatav, segaduses ning tema võimekus toime tulla igapäevaelu korraldusega on raskendatud või olematu. Seetõttu on turvatunde taastamiseks ning pinge vähendamiseks oluline kanda kriisikaardile info erinevate korraldust vajavate eluvaldkondade osas ning kokkulepped, kes on korraldaja(d) - arved, lemmikloomad, lilled, toa kütmine, tööle teatamine, info lapse osas jmt.

Kes ohumärkide plaani ja kriisikaarti näevad ja kes on teadlikud selle olemasolust ja sisust, otsustab inimene ise, sest inimese vajadused ja keskkonnad, kus ta liigub, on väga erinevad.

Ohumärkide plaanist võiksid olla eelkõige teadlikud lähedased, sest nemad saavad kõige paremini märgata, kui midagi on halvasti. Teadlikud võiksid olla ka inimest toetavad spetsialistid ning ideaalmaailmas ka nt personalitöötaja ja juhendaja koolis. Ohumärkide plaan on hea vahend vajadusel selgitamiseks, mis inimesega toimub ja millist abi ta võib vajada.

Kriisikaardi olemasolu ja sisu kohta peaks elektrooniliselt info kättesaadav olema meditsiinisüsteemil, eriti kiirabil ja haigla vastuvõtuõel. Lisaks eelnevale peaks info kättesaadav olema politseile, vajadusel perearstile ja raviarstile ning neile sotsiaalvaldkonna spetsialistidele, kes on otseselt inimesega seotud. Lähedaste puudumisel on oluline, et KOV või haigla sotsiaaltöötaja on kriisikaardist teadlik, et ta saaks sellest lähtuvat abi korraldada.

Teenuste käivitamisel on uurimuse tulemustest lähtuvalt oluline teadvustada tekkida võivaid ohukohti kriisikaardi kasutamisel. Inimese soovi arvestamine ei tohi tekitada olukorda, kus inimene jääb abita või satub veelgi haavatavamasse olukorda, samuti on oluline tagada toetav abi peale kriisi. Lühi- ja pikaajaliste abi- ning toetusmeetmete integreerimine eeldab väga head koostööd meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna vahel.

KOKKUVÕTE

Käesoleva magistritöö eesmärk oli välja selgitada inimese individuaalsest kriisikogemusest lähtuvalt kriisikaardis sisalduvad infovaldkonnad, inimese individuaalsete vajaduste ja ootuste väljaselgitamise aspektid vaimse tervise valdkonnas kriisikaardi koostamisel ning inimesest lähtuva kriisikaardi teenuse korraldamise eripärad sotsiaal-, tervishoiu-, sealhulgas kiirabiteenuse osutamisel.

Tulenevalt eesmärgist sõnastasin järgmised uurimisküsimused:

1. Millised on inimese individuaalsed kogemused vaimse tervise kriisis olles ja kriisiga seotult?
2. Kuidas välja selgitada inimese individuaalsed kriisile viitavad ohumärgid ja koostada ohumärkide plaan, mis on aluseks kriisikaardi koostamisele?
3. Kuidas tagada parim inimese vajadusest lähtuv abi kriisikaardi teenuse käigus kriisiabi osutaja poolt?

Mitte sündmus ise ei ole kriis vaid selle sündmuse mõju ja tulemus, see, kuidas inimene sündmust, situatsiooni tajub ja sellele reageerib ning tagajärgedega, iseendaga ja oma igapäevaeluga toime tuleb. Eelnevale toetudes võib öelda, et inimene on ise oma elu ekspert ning taastumisprotsessi positiivse tulemi saamiseks vaimse tervise probleemiga ja/või kriisiga toimetulekul on primaarne inimese enda tahe, otsused ja vastutus. Samas on inimene sotsiaalne olend ning parima toimetuleku saavutamiseks on oluline roll ka teistel ümbritsevatel inimestel, sealhulgas toetavatel spetsialistidel.

Et kriis võimalikult vähe inimese toimetulekut kahjustaks, vajab inimene tema tahet arvestavat, isikukeskset, kiiret ja õigeaegset süsteemset lähenemist, mitte edasilükatud või lühiajalist abi. Kriisis olles vajab ta turvalist teadmist, et igapäevaelu puudutav on korraldatud nii, et tema saaks tegeleda enda taastumisega. Ohumärkide teadvustamine on ennetav tegevus, mis võib ära hoida

inimese sattumise kriisi, mis tähendab, et see parandab inimese toimetulekut ning suurendab inimese heaolu, otsustusvõimet, säilenõtkust ja iseseisvust.

Ohumärkide plaani ning kriisikaardi koostamise teenus võivad olla ka erinevad teenused, sealjuures arvestades asjaoluga, et ohumärkide plaani koostamisele ei pea tingimata järgnema kriisikaardi koostamine, kuid kriisikaardi koostamisele peab eelnema ohumärkide kaardistamine. Ohumärkide kaardistamine sobitub hästi ka praegu Eestis toimivasse sotsiaalsüsteemi, kriisikaardi koostamisse võiks olla kaasatud kliinilised eksperdid ning ideaalvariandis on ta kooskõlastatud inimese raviarstiga, et pakkuda võimalikult terviklikumat lahendust. Eelnev tähendab väga head integreeritud teenuste süsteemi ning ülihead sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna koos- ja võrgustikutööd.

Koostöö suurendamiseks ja personaalse taastumise lähenemise mõtteviisi laiendamiseks on vajalikud koolitused, mille raames antakse ühesugused teadmised nii tervishoiu- kui sotsiaalvaldkonna töötajatele, sealhulgas teadmised ohumärkide, kriisiplaani koostamise ning kriisi olemuse ja kriisitöö kohta.

Tulevikule mõeldes võiksid olla sotsiaalvaldkonna toetavate teenuste osutajatel meditsiinisüsteemis nõ oma vaimse tervise õed, kellega koostöös saab inimest toetada nii kliinilisel kui personaalsel taastumisel.

Ohumärkide teadvustamist ning kaardistamist saab laiendada ka teiste raskete haigustega toimetulekuks, nt astma, südamehaigused, diabeet jmt.

Lähtuvalt uurimistulemustest, kirjandusest ja töökogemusest toon välja järgmised olulised tähelepanekud:

- Varajase märkamise, ennetuse ja kiire abi saamise tõhustamiseks on vaja teha ühiskonnas tervikuna teavitustööd, et inimesed teadvustaksid, miks vaimse tervise probleeme kogetakse ja kriisi sattutakse ning mis on sel puhul võimalused toimetulekuks ja abi saamiseks.
- Suurendada on vaja koostööd meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna vahel kriisiennetuse ja kriisisekkumise tagamiseks, kasutades ära olemasolevaid süsteeme.
- Eestis on puudus vaimse tervise õdedest, mis annaks leevenduse psühhiaatrite pikkadele vastuvõtu järjekordadele.

- Suuremat tähelepanu on vaja pöörata vaimse tervise haigusesse esmahaigestunute ja sündmuse/situatsiooni tõttu kriisi sattunud ja ka nende lähedaste nõustamisele.

Ja teen ettepanekud

- Propageerida ohumärkide teadvustamist, et ennetada kriiside teket ja kriisikaardi teenust.
- Kasutada ära hetkel toimiv erihoolekandesüsteem ja kogemusnõustamine, integreerides ennetuslik kriisinõustamine sellesse süsteemi, sest seal on töötajatel olemas vastav pädevus ja teadmised.
- Laiendada tegevusjuhendaja pädevusala väljapoole erihoolekandeteenuse osutamist viisil, et ohumärkide plaan ja sellest lähtuv kriisikaart võiks olla tulevikus teenuskomponendid nii teenuse siseselt kui ka teenuse väliselt.
- Panustada vaimse tervise, kriisi, ohumärkide plaani ja kriisikaardi koostamise ja kriisinõustamise koolitustesse nii, et erinevad osapooled saavad koolitusi koos.
- Panna kokku igas maakonnas koolitatud vaimse tervise kriisimeeskonnad, kelle ülesandeks on teadlikkuse tõstmine ja erinevate osapoolte nõustamine (sinna võiksid kuuluda KOV sotsiaaltöötaja, psühhiaater või vaimse tervise õde, tegevusjuhendaja, kogemusnõustaja).

Tulevikus oleks vaja uurida leina ja kriisitöö kokkupuutepunkte, et tõhustada veelgi ennetustööd. Inimese vaatele kriisist ning kriisikaardi teenuse korraldamisele, on vajalik juurde uurida professionaalide (nii meditsiinisüsteemist kui sotsiaalvaldkonnast) arvamust ja kogemust, kuidas võiks ohumärkide kaardistamine ja kriisikaardi teenus toimida.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Adler, J. M., Turner, A. F., Brookshier, K. M., Monahan, C., Walder-Biesanz, I., Harmeling, L. H., Albaugh, M., McAdams, D. P., ... Oltmanns, T. F. (2015). Variation in narrative identity is associated with trajectories of mental health over several years. *Journal of personality and social psychology*, 108(3), 476-496. DOI:10.1037/a0038601
2. Alatartseva, E., Barysheva, G. (2015). Well-being: Subjective and Objective Aspects. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 166, 36–42.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.479>
3. Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
4. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>
5. Bandura, A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
6. Belgraver, V., Roest-Boers, N. (2017). *De Waarde van de crisiskaart. Een maatschappelijke effectenanalyse*. Sinzer. California: Sage Publications Ltd.
<https://www.crisiskaart.nl/wp-content/uploads/2017/12/06122017-Waarde-van-de-Crisiskaart-een-maatschappelijke-effectenanalyse.pdf>
7. Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L. A., Grey, D. D., ... Boyd, S. (2011). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 881–891. DOI:10.1093/schbul/sbr012
8. Creswell, J. W. (2014). *Reserach Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. 4th edition.
9. Daggenvoorde, T. H., Goossens, P. J. J., Gamel, C. J. (2013). Regained Control: A Phenomenological Study of the Use of a Relapse Prevention Plan by Patients With a Bipolar Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care* 49(4), 235-242. DOI: 10.1111/ppc.12009

10. Dattilio, F. M., Freeman, A. (2007). Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention. 3th edition, lk 1-24. NY: The Guilford Press.
11. Deegan, P. E. (1997). Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11-24. DOI:10.1300/J010v25n03_02
12. Drake, R. E. ja Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236–242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
13. Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. (2002). Tallinn: PRAXIS <http://www.praxis.ee/tood/vaimse-tervise-poliitika-alusdokumendi-valjatootamine/>
14. Heaolu ja Taastumise Kool. Koduleht. <http://heakool.ee/spetsialistile/care-metoodika-rakendaja-koolitus/>
15. Henderson, C., Farrelly, S., Moran, P., Borschmann, R., Thornicroft, G., Birchwood, M., ... Study Groups. (2015). Joint crisis planning in mental health care: the challenge of implementation in randomized trials and in routine care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 281–283. DOI:10.1002/wps.20256
16. Hollander, D. den ja Wilken, J. P. (2015). Kuidas klientidest saavad kodanikud. Tallinn, DUO kirjastus.
17. Hows life? 2017 Measuring well-being. (2017). OECD. <https://doi.org/10.1787/how-life-2017-en>
18. Huppert, F. A. (2014). The State of Wellbeing Science. Concepts, Measures, Interventions, and Policies. *Interventions and Policies to Enhance Wellbeing: Wellbeing: A Complete Reference Guide*, VI. DOI:10.1002/9781118539415.wbwell01
19. Investing in mental health. (2013). World Health Organization. Geneva. https://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/
20. Jackson-Cherry, L. R., McGlothlin, J. M. ja Erford, B. T. (2018). Basic Concepts of Crisis Intervention. (lk 1-38). L. R. Jackson-Cherry ja B. T. Erford (toim.). Crisis assessment, Intervention and Prevention. 3rd edition. NY: Pearson.
21. James, R., K. (2008). Crisis Intervention Strategies. 6th edition. (lk 3-21). Belmont CA: Thomson Brooks/Cole.
22. James, R., K., Gilliland, B., E. (2017). Crisis Intervention Strategies. 8th edition. Boston, MA: Cengage Learning.
23. James, W. J., Friedman, R. (2009). The grief recovery handbook. Harper Paperbacks.
24. Kalmus, V., Masso, A. ja Linno, M. (2015). Kvalitatiivne sisuanalüüs. Kasutatud 29.04.2019 <http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>

25. Keyes, C. L. M. ja Martin, C. C. (2017). The Complete State Model of Mental Health. M. Slade, L. G. Oades ja A. Jarden (toim). *Wellbeing, Recovery and Mental Health* (lk 86-97). Cambridge: Cambridge University Press.
26. Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social psychology quarterly*, 61(2) 121-140. DOI:10.2307/2787065
27. Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539
28. Keyes, C. L., Myers, J. M. ja Kendler, K. S. (2010). The structure of the genetic and environmental influences on mental well-being. *American journal of public health*, 100(12), 2379-2384. DOI:10.2105/AJPH.2010.193615
29. Krysik, J. L. ja Finn, J. (2010). Research for Effective Social Work Practice. 2nd edition. UK: Routledge.
30. Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C., Williams, J. ja Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. DOI:10.1192/bjp.bp.110.083733
31. Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
32. Miyamoto, Y., Hashimoto-Koichi, R., Akiyama, M. ja Takamura, S. (2015). Mental health and social service needs for mental health service users in Japan: a cross-sectional survey of client- and staff-perceived needs. *International journal of mental health systems*, 9, 19. DOI:10.1186/s13033-015-0009-7
33. Naarits, T. ja Meel, L. (2011). Kriisisekkumise olemus ja roll üksikisiku sotsiaalse toe edendamisel kriisisituatsioonides. Kasutatud 01.12.2018. <http://www.mahena.org/kriisisekkumine/kriisisekkumisest.html>
34. Payne, M. (2014). Modern Socialwork Theory. 4th edition. (lk 127-149). London: Palgrave Macmillan.
35. Perkins, R. ja Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry*, (24)1, 29-39. DOI:[10.3109/09540261.2011.645025](https://doi.org/10.3109/09540261.2011.645025)
36. PKH1. (2018). Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut. Kasutatud 22.04.2019 http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/02Haigestumus/02Haigestumus__05Psyyhika

- [haired/PKH1.px/table/tableViewLayout2/?rxid=b45c289b-5be2-4501-acbd-def59f2b86a7](https://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/02Haigestumus/02Haigestumus_05Psyyhika_haired/PKH1.px/table/tableViewLayout2/?rxid=b45c289b-5be2-4501-acbd-def59f2b86a7)
37. PKH5. (2018). Tahtest olenemata hospitaliseeritud. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut. Kasutatud 22.04.2019
http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/02Haigestumus/02Haigestumus_05Psyyhika_haired/PKH5.px/table/tableViewLayout2/?rxid=b45c289b-5be2-4501-acbd-def59f2b86a7
38. Provencher, H. L. ja Keyes, C. L. M. (2011). Complete mental health recovery: bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10 (1), 57-69. <https://doi.org/10.1108/17465721111134556>
39. Psüühikahäirega patsientidele kriisikaardi ja ohumärkide plaani koostamise piloteerimine Sotsiaalministeeriumile. (2018). Riigihange nr 192054. Kasutatud 26.04.2019
<https://riigihanked.riik.ee/rhr-web/#/procurement/719512/general-info>
40. Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030. (2019) Visioonidokument. Sotsiaalministeerium. Kasutatud 22.04.2019 <https://www.sm.ee/et/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030>
41. Reinecke, M. A., Washburn, J. J. ja Becker-Weidman, E. (2007). Depression and Suicide. F. M. Dattilio, A. Freeman (toim). *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention*. 3th edition, lk 25-67. NY: The Guilford Press.
42. Roberts, A. R. ja Ottens, al. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 5(4), 329-339. DOI:10.1093/brief-treatment/mhi030
43. Roest-Boers, N. ja Belgraver, V. (2018). Reflecties op 'De waarde van de Crisiskaart. Een maatschappelijke effectenanalyse'. Sinzer <https://www.crisiskaart.nl/downloads/>
44. Ruchlewska, A., Mulder, C.L., Van der Waal, R., Kamperman, A. ja Van der Gaag, M. (2012). Crisis plans facilitated by patient advocates are better than those drawn up by clinicians: results from an RCT. *Adm Policy Ment Health* 41(2) 220-227.
<https://doi.org/10.1007/s10488-012-0454-4>
45. Ruchlewska, A., Wierdsma, A. I., Kamperman, A. M., van der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B. J. ja Mulder, C. L. (2014). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PloS one*, 9(3), e91882.
DOI:10.1371/journal.pone.0091882
46. Saleeby, D. (1996). The Strengths Perspective in Social Work Practice: Extensions and Cautions. *Social Work*, 41(3), 296-305. Kasutatud 24.04.2019

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9605021451&site=eds-live>

47. Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. ja Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions.. *The American psychologist*. 60(5). 410-421. DOI:10.1037/0003-066X.60.5.410
48. Slade M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC health services research*, 10, 26. DOI:10.1186/1472-6963-10-26
49. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S. ja Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), 12–20. DOI:10.1002/wps.20084
50. Slade, M., Oades, L. G. ja Jarden, A. (2017). Wellbeing, Recovery and Mental Health (lk 1-6). Cambridge: Cambridge University Press.
51. Slade, M., Wallace, G. (2017). Recovery and Mental Health. M. Slade, L. G. Oades ja A. Jarden, A (toim). *Wellbeing, Recovery and Mental Health* (lk 24-34). Cambridge: Cambridge University Press.
52. Sofaer S. (1999). Qualitative methods: what are they and why use them?. *Health services research*, 34(5 Pt 2), 1101–1118. [PMC1089055](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1089055/)
53. Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). Riigi Teataja. [RT I, 30.12.2015, 5](https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005?leiaKehtiv)
<https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005?leiaKehtiv>
54. Sutherby, K., Szrnukler, G. L., Halpern, A., Alexander, M., Thornicroft, G., Johnson, C. ja Wright, S. (1999). A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 56-61. DOI:[10.1111/j.1600-0447.1999.tb10914.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10914.x)
55. Teenuse disain erihoolekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks. Projekti lõpparuanne. (2017). Trinidad Wiseman.
56. Thornicroft, G., ja Slade, M. (2014). New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(2), 118–124. DOI:10.1002/wps.20114
57. Vaillant G. E. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition?. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 93–99. PMID: [22654934](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22654934/)

58. Vaimse tervise heaolu strateegia 2016-2025. (2016). VATEK. Kasutatud 22.04.2019
<http://vatek.ee/vatek-andis-sotsiaalministeeriumile-ule-vaimse-tervise-strateegia-2016-2025/>
59. Wainrib, B. R, Bloch, E. (1998) Crisis Intervention and Trauma Response. Theory and practice. New York: Springer Publishing Company.
60. Van der Ham, A. J., Voskes, Y., van Kempen, N., Broerse, J. E. W. ja Widdershoven, G. A. M. (2013). The Implementation of Psychiatric Advance Directives: Experiences From a Dutch Crisis Card Initiative. *Psychiatric rehabilitation journal*. 36, 119-121. DOI:10.1037/h0094983
61. Western, M., Tomaszewski, W. (2016). Subjective Wellbeing, Objective Wellbeing and Inequality in Australia. PLoS ONE 11(10): e0163345. DOI:10.1371/journal.pone.0163345
62. WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization. Kasutatud 12.02.2019
<https://www.who.int/about/mission/en/>
63. WHO. (2014). Mental health: a state of well-being. Kasutatud 20.04.2019
https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
64. WHO. (2018). Mental health: strengthening our response. Kasutatud 21.04.2019
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
65. WRAP is.... (i.a). Wellness Recovery Action Plan koduleht. Kasutatud 05.05.2019
<https://mentalhealthrecovery.com/wrap-is/>
66. Õunapuu, L. (2014). Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes. Tartu Ülikool.
67. Yeager, K. R., Roberts, A. R. (2015). Crisis intervention handbook. Assessment, treatment and research. 4th edition. New York: Oxford University Press.

Lisa 1. INTERVJUU KAVA

Intervjuu eesmärk on uurida inimese kogemust kriisi olles ja tema vajadusi ja soove kriisi olles ning kriisiabi teenuse korralduses.

Intervjueerimiseks küsitakse luba intervjueerimiseks ning lepitakse kokku aeg intervjuuks. Intervjuu algab uurija ja uurimuse tutvustamisega. Lepitakse kokku sinatamine või teietamine. Selgitatakse, et uurimuses osalemine on vabatahtlik ning miks vastaja arvamus on oluline. Intervjueeritavale kinnitatakse, et tal on õigus intervjuu katkestada, kui ta seda soovib.

Uurija palub luba intervjuu salvestamiseks ja märkmete tegemiseks. Uurija selgitab, et salvestust kuuleb vaid uurija ise ja vajadusel töö juhendaja, vastaja nimi muudetakse ja avaldamisele kuuluvad vaid tsitaadid, mis ei võimalda vastaja isikut identifitseerida. Lindistamine aitab säilitada inimese arvamusel, kogemused ja mõtted nii nagu nad on välja öeldud.

I Sissejuhatavad küsimused

1. Kas soovid minult midagi uurimuse kohta küsida?
2. Kui kaua on sul olnud probleeme vaimse tervisega?
3. Millal oli viimane kriis ehk haiguse ägenemine?
4. Kas sa kasutad mõnda toetavat teenust? On sul olemas toetavad teenused?
5. Räägi veidi endast. Vanus, haridus, elad sa üksi või kellegagi koos, töökoht.

II Individuaalsed kogemused vaimse tervise kriisis olles ja kriisiga seoses

1. Kui tihti sa koged oma vaimsest tervisest tulenevalt kriise, haiguse ägenemisi?
2. Räägi mulle palun oma kogemuse põhjal, mis sinuga kriisis olles toimub?
3. Kas ja/või kuidas sinu igapäevaelu on häiritud enne haiguse ägenemist ja haiguse ägenemise ajal?
4. Kuidas kriisis olemine avaldas mõju sinu igapäevaelu rutiinile?
5. Kuidas varasem kriisikogemus mõjutab praegu sinu igapäevast elu ja heaolu?
6. Kuidas toimub sinu taastumisprotsess? Palun kirjelda?
7. Kes on sinu jaoks tähtsad või toetust pakkuvad inimesed haiguse ägenemise ajal?

III Individuaalsed kriisile viitavad ohumärgid ja koostada ohumärkide plaan koostamine

1. Millised on ohumärgid, mille järgi tunned ära, et haigus on ägenemas?

2. Kellega ja mil määral oled ohumärkidest rääkinud, kes on veel teadlik sinu ohumärkidest (näiteks lähedane, sõber, arst, vaimse tervise õde, tugiisik, tegevusjuhendaja, keegi muu)?
3. Oled sa teinud ohumärkide plaani või kaardistanud muul viisil ohumärke?
4. Kas see on sinu arvates vajalik ning kellega koos sa seda sooviksid teha?
5. Kas ohumärkidest teadlik olemine aitab sul ennetada raskesse kriisi sattumist?

IV Inimese vajadustest lähtuv abi kriisikaardi teenuse käigus kriisiabi osutaja poolt

1. Kuidas sinu soove ja vajadusi arvestatakse kriisi sattudes ja kriisi ajal?
2. Kui oluline sinu jaoks on, et sinu soove kriisi sattudes arvestatakse ja miks?
3. Keda sa soovid, et oleks sinu kõrval kriisi ajal?
4. Kriisi ajal, mis valmistab sulle kõige enam muret (endaga või perega või mõne eluvaldkonnaga seotud)?
5. Millised eluvaldkonnad peaks oleks olema sel ajal teiste poolt korraldatud ning kelle poolt?
6. Mis sinu arvates peaks kajastuma kriisikaardil?
7. Kes peaksid olema teadlikud, et sulle on koostatud kriisikaart?
8. Kes peaksid arvestama (lähedased, spetsialistid, institutsioonid jmt) oma töös sinu kriisikaardi sisuga?
9. Kes peaks olema kriisikaardi nõustaja, mis süsteemis (meditsiin, sotsiaal, kogemusnõustajad, muu)? Millised peaksid olema tema oskused, teadmised ja isikuomadused?
10. Kui tihti või mis põhjustel peaks kriisikaardi üle vaatama ja vajadusel sisu uuendama?
11. Kas sinu arvates on kriisikaardi teenus vajalik? Miks?
12. Kas ohumärkide plaan ja kriisikaart võiksid olla koos ja ühe süsteemi poolt koostatud või eraldi? Kas piisaks ennetusena vaid ohumärkide kaardistamisest?

Intervjuu lõpetamine

1. Mida sooviksid veel lisada teemaga seoses, mille kohta ma ei küsinud?
2. On sul veel mõni mõte või ettepanek inimesest lähtuva kriisikaardi teenuse toimimiseks?
3. Kui mul tekivad lisaküsimused, kas ma saan sinuga veel ühendust võtta?

Lisa 2. MAXQDA KOODIPUU

Documents 522
Sets 0

Code System

- Code System 522
 - Inimene 16
 - Individaalne kriisikogemus 162
 - Taastumine 44
 - Olulised inimesed 29
 - Ohumärgid 52
 - Kriisiga toimetulekut toetavate teenuste korraldus 8
 - Kas 1 või 2 teenust 8
 - Vajadus kriisis 22
 - Millal üle vaadata 5
 - Olulisus 4
 - Inimese soov ja tahe 15
 - Ohumärkide plaan 8
 - Kriisikaardi koostamine 4
 - Ohumärkide kaardistamine, plaani koostamine 3
 - Kes nõustab, toetab, kellega koos 35
 - Millal, millises tervises seisundis 3
 - Kes on teadlik inimese ohumärkidest ja nende kaardistamisest 13
 - Kriisikaardi kasutamise võimalused 1
 - Protsess 5
 - Mis info või valdkonnad kantakse kriisikaardile 22
 - Kes nõustab, toetab, kellega koos 15
 - Millal, mis tervises seisundis 2
 - Kes on teadlik kriisikaardi olemasolust 8
 - Kes näeb ja on teadlik kriisikaardi sisust 21
 - Ohud 17

Sets 0

Individaalne kriisikogemus\Kriisi tähendus

lähedastele võtta selle, sümptomeid nagu oodata teevad. Kui loogiline, e niimoodi nä iseenda ter lõhestunud inimsuldet. Keegi ei ju tegeleda ja seda kellelt see siis on aidata, kas nagu midag see oleks n sidusus on 1

50 M-Kas ma võiksid tea võtta vastut kellele heli

51 I-Kui nad is neil ei ole v Selles suhte seda läheda Samamood: mingisugust arvan on he

Documents 522
Sets 0

Code System

- Code System 522
 - Inimene 16
 - Individaalne kriisikogemus 15
 - Oma loo rääkimine 7
 - Kriisi tähendus 13
 - Aeg, pikkus, vältus, kordused 15
 - Mõju igapäevaelule 22
 - Mõju ümbritsevatele inimestele 10
 - Mõju suhetele 12
 - Mõju tööle, õpingutele 8
 - Elu mõtte kaotus 2
 - Tunded 16
 - Abisaamine, toetus 42
 - Taastumine 44
 - Olulised inimesed 29
 - Ohumärgid 52
 - Kriisiga toimetulekut toetavate teenuste korraldus 219

Sets 0

Individaalne kriisikogemus\Kriisi tähendus

neer m

38 I-Ma ar mittetoe nad ei o Pigem n Nad ei, Isegi ku Ilmselt : kellegi l õhule vè otsising tundsin, ka väga (naer), l loomuli ümber, l olemas olemas. ja siis n neutraal siis saal nii, et m toimib, : õppinud kui teise

..Abisaamine, toe
..Vajadus kriisis

..Lähedased

..Spetsialistid
..Vajadus kriisis

..Lähedased

..Vajadus kriisis

Lisa 3. TEENUSTE KORRALDAMINE

| | OHUMÄRKIDE PLAAN | KRIISIPLAAN |
|---------------------------|--|---|
| Kellele | Vaimse tervise probleemidega inimestele korduvate tervisesisundi halvenemiste, tagasilanguste ja kriiside korral | Korduvaid vaimse tervise kriise kogevad inimesed. |
| Eesmärk | Tagasilanguste, tervise halvenemiste ja kriiside ennetamine, kergendamine või lühendamine. Positiivne MINA-pilt, iseseisvam ja säilenõtkem inimene. | Inimese soovide ja tahte arvestamine kriisiolukorras ning igapäevaelu korralduse võimaldamine inimese taastumise ja turvalisuse toetamiseks. Kriiside ennetamine, raskusastme vähendamine. |
| Kasu | Paraneb inimese kontroll oma haiguse ja terviseseisundi üle, suureneb heaolu. Terviseseisundist tuleneva negatiivse mõju vähendamine inimesele endale ja ümbritsevatele inimestele. Kiirema abi võimaldamine ja pikkade toimetulekut ja positiivset funktsioneerimist halvendavate perioodide vältimine või lühendamine. Toimetulevam ja kaasatum ühiskonnaliige. | Kriisist tuleneva võimaliku ohu ennetamine inimesele endale ja ümbritsevatele keskkondadele. Elu mõtte olemasolu säilimine. Kiire ja turvalise, inimese vajadustele vastava abi saamine. Usaldus abistajate ja sekkumiste vastu. Selge ja parem koostöö inimese ja abistaja ning valdkondade vahel. |
| Vorm | Paber kandjal või elektrooniliselt koos inimesega koostatud ja allkirjastatud plaan. | Paber kandjal taskuformaadis plaan või plastikkaart ja/või elektrooniline. Soovituslikult mõlemad variandid. |
| Nõustaja | Spetsialist, kes tunneb inimest ning kellega on usalduslik suhe. Psühhiaater Psühholoog Tegevusjuhendaja, tugiisik Sotsiaaltöötaja (KOV, haigla) Juhtumikorraldaja II Kogemusnõustaja Vaimse tervise õde | Soovituslikult sama, kellega koos koostati ohumärkide plaan. Psühhiaater Psühholoog Sotsiaaltöötaja Tegevusjuhendaja Vaimse tervise õde Nõustajate meeskond |
| Nõustaja iseloomuomadused | Sama mõlemal juhul. Usaldusväärne, empaatiline, hinnanguvaba, neutraalne, kiire reageerija, tasakaalukas, paindlik, enesekindel, loominguline, professionaalne. | |

| | | |
|---|--|---|
| Nõustaja oskused ja teadmised | <p>Sama mõlemal juhul. Kuulamis-, nõustamis- ja suunamisoskus, oskus inimest võimestada, märgata ohukohti ning luua usaldus- ja koostöösuhe.</p> <p>Teadmised vaimsest tervisest, ohumärkidest, kriisist, kriisisekkumistest (kriisikaardi puhul), ohumärkide plaani ja kriisikaardi koostamisest.</p> <p>Soovituslikult läbitud CARE metoodika koolitus.</p> <p>Omama usku inimese toimetuleku- ja taastumisvõimesse.</p> | |
| Mida sisaldab | <p>Infot seisundite ja ohumärkide kohta valgusfoori meetodil.</p> <p>Asjaolud, mis võivad vallandada kriisiolukorra.</p> <p>Tegevused, mida inimene ise või teised saavad teha terviseseisundi halvenemisel.</p> <p>Kontaktandmed (isik ise, kontaktisik jt).</p> <p>Vajadusel diagnoos ning muu oluline info.</p> <p>Kuupäev ja allkirjad, ülevaatamise aeg.</p> | <p>Lisaks ohumärkide plaanil kajastatule suunised abistajale abi, ravi, teenuste, haiglasse paigutamise ning tegevuste kohta, mida kindlasti peaks vältima.</p> <p>Kui on olemas kokkulepped, siis kontaktisiku andmed, kes korraldab kokkulepitud abi.</p> <p>Eluvaldkonnad, mis peaks olema korraldatud, kui inimene on desorienteeritud või haiglas (nt lapsega seotu, arved, lemmikloomad, lilled jmt).</p> |
| Kes võiks olla teadlik koostamisest ning infost | <p>Vastavalt inimese otsusele ja soovile, sest inimese vajadused ja keskkonnad on erinevad.</p> | |
| | <p>Lähedased, inimest toetavad spetsialistid.</p> | <p>Elektrooniliselt meditsiini- (kiirabi ja haigla vastuvõtuõdele nähtav) ja politseisüsteemis.</p> <p>Psühhiaater, perearst, psühholoog, vaimse tervise õde.</p> <p>Sotsiaalvaldkonnast spetsialistid, kes on inimesega otseselt seotud.</p> <p>Lähedaste puudumisel KOV või haigla sotsiaaltöötaja.</p> |
| Ülevaatamise sagedus | <p>Oleneb terviseseisundist või kui inimene soovib midagi lisada. Kord kvartalis, poolaastas või aastas korra.</p> | <p>Oleneb terviseseisundist ja kriiside sagedusest.</p> <p>Kord poolaastas kuni kord viie aasta jooksul.</p> |
| Muu oluline info | <p>Vajalik haiguskriitika olemasolu. Inimene ise on ekspert.</p> <p>Ohumärkide teadvustamine on osa personaalsest taastumisest.</p> <p>Plaan on hea vahend inimese jaoks, selgitamaks kellelegi, mis temaga toimub.</p> | <p>Vajalik haiguskriitika olemasolu. Enne kriisikaardi tegemist on kaardistatud ohumärgid.</p> <p>Soovituslikult üle vaadatud ja kinnitatud inimese raviarsti poolt.</p> <p>Vajadusel tagada toetavad abimeetmed peale kriisi.</p> |

Ülevaade on koostatud käesoleva magistritöö teoreetilise materjali ja empiirilise osa tulemustele tuginevalt, toetamaks arutelus väljatoodud ning arvestades Eesti hetkeolukorda.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, _____ EVELI LILLEOJA _____,
(*autori nimi*)

annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

**_ Võimalused kriisikaardi teenuse korraldamiseks vaimse tervise valdkonnas
kriisikogemusega inimeste tõlgenduste kohaselt**

(*lõputöö pealkiri*)

mille juhendaja on _____ DAGMAR NARUSSON _____,
(*juhendaja nimi*)

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

Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Eveli Lilleoja

24.05.2019