

TARTU ÜLIKOOL

Sotsiaalteaduste valdkond

Ühiskonnateaduste instituut

Ühiskonna ja infoprotsesside analüüsi õppekava

Katre Seema

Kuidas vähendada kukkumisi kodus? Vanemaealiste jutustuste analüüs ja sellest
lähtuvad soovitusel

Magistritöö

Juhendaja: Triin Vihalemm, PhD

Tartu 2022

SISUKORD

SISSEJUHATUS.....	4
1. KUKKUMINE, ENNETUS JA LÄBIVIIDUD UURINGUD	8
1.1. Kukkumise riskitegurid	8
1.2. Kukkumine ja kodus kukkumine Eestis	11
1.3. Ennetuse lähtealused	14
1.4. Arengukavad ja sihid seoses kukkumise vähendamisega Eestis	16
1.5. Vanemaealiste kukkumise teemal tehtud uurimistööd ja ülevaated Eestist	18
1.6. Vanemaealiste kukkumise teemal tehtud uurimistööd mujalt maailmast	19
1.7. Narratiivid vanemaealiste kukkumise ennetuses.....	24
1.8. Vahekokkuvõte.....	25
2. MAGISTRITÖÖ EESMÄRK JA UURIMISKÜSIMUSED	28
3. UURIMISMEETOD	28
4. VANEMAEALISTE KODUS KUKKUMISE LOOD JA NENDE ANALÜÜS	31
4.1. Kogemuslugu nr 1. Anne	31
4.1.1. Tuttav, kuid veidike võõras keskkond ja harjumuspärane tegevus	32
4.1.2. Lihtsalt veidi tuulepäine	33
4.1.3. Kas on vaja abi kutsuda?	33
4.1.4. Ehmatuse oli suur, kuid ma kohanen	34
4.1.5. Enda juhtumistest ma väga paljudele ei räägi	35
4.2. Kogemuslugu nr 2. Oskar.....	36
4.2.1. Üldiselt minuga ei juhtu, oskan ohte märgata ja käitun teadlikult	37
4.2.2. Kukkumist pole vaja seostada ei tervisehäda ega varasemate sündmustega	37
4.2.3. Üldse ei saa aru, miks nii juhtus.....	38
4.3. Kogemuslugu nr 3. Ellen.....	38
4.3.1. Kroonilised haigused mõjutavad ja määravad tegevusi	39
4.3.2. Ellen kui olukorra ohver.....	40
4.3.3. Kogemused teevad ettevaatlikuks	40
4.4. Kogemuslugu nr 4. Teele	41
4.4.1. Kodune kukkumine on tavalise (elu)tegevuse tagajärg.....	42
4.4.2. Paljud kukkumised taanduvad lapsepõlves saadud traumale	43
4.4.3. Kui väga kardaks, siis ju ei teeks	43
4.4.4. Kukkumise vastu aitab liikumine, treeningud ja sobilikud abivahendid.....	44

4.5.	Kogemuslugu nr 5. Ulvi	44
4.5.1.	Ma tean, et ma pean (kuid mu mõtted olid mujal)	45
4.5.2.	Hirm kukkumise ees.....	46
4.6.	Kogemuslugu nr 6. Eevi.....	46
4.6.1.	Ootamatu ja traagiline kogemus.....	47
4.6.2.	Tahan endist elu tagasi	48
4.6.3.	Ärevushoog tuleb peale.....	48
4.7.	Kogemuslugu nr 7. Valdek.....	49
4.7.1.	Nagu vang oma koduseinte vahel.....	49
4.7.2.	Olukorra on tekitanud teiste oskamatus	49
4.8.	Kogemuslugu nr 8. Martin	50
4.8.1.	Kukkumine kui hetkelise hooletuse tagajärg.....	50
4.8.2.	Välise keskkonna ohutuse tagamine ja mõttemaailma korras hoidmine on olulised	50
4.9.	Kogemuslugude koondtulemused	51
4.9.1.	Kuidas koduseid kukkumisi mõisteti?.....	51
4.9.2.	Milliseid kukkumise riskitegureid välja toodi?	53
4.9.3.	Milliseid tegevusi ja olukordasid kukkumisega seostati?	55
5.	JÄRELDUSED, DISKUSSIOON JA SOOVITUSED	57
5.1.	Diskussioon ja järeldused.....	57
5.2.	Soovitused	61
5.3.	Meetodi kriitika	62
	KOKKUVÕTE.....	64
	SUMMARY	66
	KASUTATUD KIRJANDUS	68
	LISA 1. Intervjuu vestluskava.....	74
	LISA 2. Kukkumise riskitegurid	77
	LISA 3. Joonised ja andmetabelid.....	78
	Lihlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks	80

SISSEJUHATUS

Juhusliku kukkumise tagajärjel vajab Eestis igal aastal ravi üle 77 tuhande inimese ja sureb ligi 100, leiab Tervise Arengu Instituudi (edaspidi TAI) tervisestatistika andmebaasidest. Kukkumissurmade arv ei ole viimase kahekümne aasta vältel olulisel määral vähenenud (TAI, 2021) ja ühtselt ei ole kokku lepitud kukkumiste vähendamise eest vastutavat organisatsiooni (Riigikantselei, 2014). Rahvastiku tervise arengukava visiooniks on aga Eesti elanike pikk ja võimalikult terve eluiga (Sotsiaalministeerium, 2022).

Kõik vigastussurmad, sh kukkumissurmad on ennetatavad – see on ennetusteaduste lähtekoht ja ka vigastuste ja vigastussurmade ennetamise poliitika koordineerimise rakkerühmas eraldi välja toodud (Riigikantselei, 2014, lk 6). Õnnetuste toimumises ei ole midagi juhuslikku - selles on olemas kindlad põhjus-tagajärg seosed, me lihtsalt ei tea, millal ebasoodsad asjaolud kokku langevad (Klaos, 2007). Kukkumise riske üldjuhul teatakse – kes meist ei mäletaks oma vanemate-vanavanemate õpetussõnu „Vaata ette!“ või „Ära torma!“ – ka on kukkumisi uuritud mitmetes teadustöodes, kuid ometi on juhusliku kukkumisega seotud riskide hindamine ja sihipärane ennetustegevus Eestis veel kujunemisjärgus.

Viimase paarikümne aasta vigastussurmade arvu langus on toimunud valdkondades, kus on tehtud süsteemset ja valdkondade ülest ennetustööd, märgib Rahvastiku tervise arengukava (edaspidi RTA) (RTA 2020-2030, lk 6). Kogu ennetuse valdkond ei ole Eestis selgelt kirjeldatud, koordineeritud ega tervikvaates jälgitav (Siseministeerium, 2022a). Asjaolu, et ligi pooled nii ravile jõudnud kui letaalsetest kukkumistest on toimunud kodukeskkonnas (Tabel 1, Lisa 3), teeb kukkumise vähendamise veelgi komplekssemaks – seda just koduse keskkonna eripära tõttu ennetuses (Kasmel & Lipand, 2007, lk 370).

Vigastuste valdkonna ennetustegevus Eestis on siiani olnud küllaltki universaalne, püüdes kõnetada ja tõsta teadlikkust kogu elanikkonnas, kuid peab muutuma järjest enam sihtrühma-spetsiifiliseks (Riigikantselei, 2014, lk 7). Sihtrühmade mõjutamiseks on oluline toetuda andmetele ja teadustöödele, arvestama eetilisi aspekte, et vältida kasu asemel kahju tegemist (Tervise Arengu Instituut, 2020). Ka raskete tagajärgedega kukkumiste vähendamine vajab andmetele toetuvat, eetilisi aspekte arvestavat, süsteemset ning valdkondade ülest koostööd.

Tulemuslik huvikaitse seob omavahel teadusandmed ja emotsionaalsuse ning seisneb andmetele inimliku komponendi juurde toomises ja teadustulemuste sidumises kogemustega (Streimann, Pertel, Vilms, & Abel-Ollo, 2020, lk 104). Kukkumise ennetamise juures lähenetakse traditsiooniliselt läbi otseste kukkumisriskide vähendamise, välise keskkonna muutmise ning teadlikkuse tõstmise, kuid need jäävad sageli liiga üldisteks (Clancy, Balteskard, Perander, & Mahler, 2015), (Patton, Vincenzo, & Lefler, 2021), (Wong & Hogan, 2013), (Pereles, Jackson, Rosenal, & Nixon, 2017) jt.

Tõhusa ennetustöö eelduseks on kõrgemas riskis olevate gruppide tundma õppimine (kes kukuvad, kus ja mis asjaoludel kukutakse, milliseid ohte märgatakse ja milliseid tähendusi luuakse). Teadlikkus riskiteguritest, osapooltega vajadustest ja mõistmine, mis päriselt aitaks tõsta inimeste suutlikkust ohtusid vähendada ja ootamatutes olukordades toime tulla, on aluseks tõhusate ennetavate tegevuste planeerimisel ja ellu rakendamisel. Kogemuste mõistmine ja tõlgendamine avab ja selgitab olulisi mõju vahendajaid (Streimann, Pertel, Vilms, & Abel-Ollo, 2020, lk 25) ja aitab leida võimalikke sekkumispunkte ka kukkumiste vähendamisel.

Lugude jutustamise kaudu muutuste ellu kutsumist kasutatakse ka tervisevaldkonnas levivate arusaamade ja käitumiste muutmisel (Hursting & Comello, 2021) (Barbour, Doshi, & Hernández, 2016). Jutustusi haiguse kulust, ravimite mõjust ja olukorraga seonduvatest läbielamistest on õpitud analüüsima, nende alusel järeldusi tegema ja raviskeeme ning juhendmaterjale täiendama. Patsiendi kogemused on avanud „uusi uksi“ ohtlike olukordade vähendamiseks ja vältimiseks (Pereles, Jackson, Rosenal, & Nixon, 2017) (Miller, Sinding, Griffith, Shannon, & Raina, 2016) (Mahler, Svensson, & Sarvimäki, 2011).

Eestis on varasemalt välja antud vigastuste, seal hulgas kukkumise levimust, neile reageerimise ja riskitegureid kaardistavaid ülevaateid. Välja on antud ja viidatud rahvusvahelistele allikatele toetuvaid soovitusi kukkumise vältimiseks (sh Päästeameti kodulehekülg, terviseteemalised sõnavõtted ja artiklid). Tudengitööde raames on hinnatud muu hulgas kukkumisriskide vähendamise programmi mõju abivajadusega eakate subjektiivsele heaolule, haiglate siseosakonna personali teadlikkust kukkumisriskidest ja nende vähendamiseks kasutatavaid strateegiaid, erinevate haiguste, näiteks Parkinsoni tõve ja füüsilise võimekuse tõstmise seoseid kukkumisriskidega. Narratiive, tervise- ja riskikäitumisega seonduvaid arusaamu, sotsiaalseid norme ja abivajadust on Eestis uuritud näiteks Alzheimeri tõvest tingitud dementsusega patsientidel (Kuuse & Sirel, 2021) ning kodusel hapnikravil

olevate eakate patsientide lähedaste hulgas (Gross, 2014). Elundidoonorlusega seonduvaid arusaamu ja peamisi narratiive Eesti ühiskonnas on samuti uuritud.

Küll aga ei ole mulle teadaolevalt Eestis uuritud kukkumise narratiive ega analüüsitud tähendusi, mida kukkunu ise kukkumisele, selle ärahoidmisele või selle tagajärgedega toimetulekule omistab.

Oma magistritöös keskendun koduses keskkonnas toimuvale kukkumisele ja selle vähendamise võimalustele. Uurin, juba empiiria osas, kes on peamine raske tagajärgjega kodukeskkonnas toimuva kukkumise peamine riskirühm, mida näitab viimaste aastate kukkumise levimuse analüüs ja milliseid on teaduskirjanduses välja toodud olulised tegurid, märkamised või soovitusel kukkumisuhtumise arvu ja kukkumise riskitegurite vähendamisel. Seejärel analüüsin kukkumiskogemustega inimeste jutustusi, et läbi nende lugude paremini mõista kukkumiste konteksti, kukkumiskogemusele omistatavaid tähendusi ja võimalusi ennetustegevusteks. Magistritöö raames viisin läbi kaheksa silmast silma intervjuud Eestis elava ja varasema kukkumiskogemusega inimesega vanuses 63-83 aastat.

Magistritöö koosneb kolmest suuremast alajaotusest, kokku viiest peatükist. Esimene suurem alajaotus osa sisaldab uurimistöö teoreetilisi ja empiirilisi lähtealuseid, seal hulgas ülevaadet kukkumise arvandmetest ja kukkumise ennetamise olukorrast Eestis. Kukumise riski- ja kaitsetegurid, tõhusa ennetuse seisukohad ja narratiivide kasutamine riskikäitumise mõjutamisel koos teadus- ja uurimistööde leidudega, mis töö fookust silmas pidades võiksid toetada koduste kukkumiste vähendamist Eestis, on samuti toodud selles töö osas. See töö osa baseerub teaduskirjanduse, erialaste materjalide ja analüüside läbitöötamisele. Arvandmete ja vigastuslevimuse kirjeldamiseks tegin väljavõtted Haigekassa raviandmetest ning surma põhjuste registrist.

Teine alajaotus sisaldab probleemipüstitust, uurimisküsimusi ning selgitab töö metoodilisi valikuid.

Kolmandasse alajaotusesse jääb kogutud kvalitatiivse materjali analüüs ja saadud tulemuste tõlgendus. Jutustuste analüüsi kokkuvõtte, arutlus ja tehtud järeldused koos soovitustega on samuti selles alajaotuses.

Magistritöö empiirilise osa huviorbiidis ei ole kodus toimunud kukkumiste tegelikke asjaolude ja faktide välja selgitamine, vaid narratiivide ja kukkumisega seonduvate arusaamade kirjeldamine eesmärgiga tuua välja sihtgrupile sobilikke soovitusi ennetustegevuste disainimisel. Siin alajaotuses

toon välja ka valitud meetodi kriitika ja kitsendused tulemuste interpreteerimisel. Analüüsis kasutasin temaatilise ja narratiivanalüüsi komponente.

Olen siiralt tänulik inimestele, kes olid valmis oma kukkumise lugusid jagama; lähikondsetele, kes mind toetasid ja innustasid; juhendajale, tema kogemusliku ja värske vaatega töösse vajalikku struktuuri ja selgust luua aitas; ning ka neile lugejatele, kes ka edaspidi siit tööst omale mingi uue või vana teadmise kaasa võtavad.

1. KUKKUMINE, ENNETUS JA LÄBIVIIDUD UURINGUD

Maailma Terviseorganisatsiooni (edaspidi ka WHO *World Health Organization*) andmetel sureb igal aastal maailmas kukkumise tõttu ligi 684 000 inimest. 172 miljonit kukkumisjuhtumit aastas on seotud lühema või pikemaajalise tervisekahju tekitamisega (WHO, 2021a). Kukkumine on sageduselt teine suurim surma põhjustaja tahtmatute vigastuste hulgas ning sagedaseim laste vigastuste põhjustaja maailmas.

Kukkumise levimuse järgi on suuremateks riskis olevateks sihtrühmadeks täiskasvanud elanikud vanuses vähemalt 60 eluaastat, lapsed ja noored ning kõrge vigastusriskiga ametikohal töötavad isikud (WHO, 2021b, lk 14). Kukkumissurmade kõrgemaid näitajaid ühe elaniku kohta seostatakse majanduslikult madalama ja keskmise toimetulekuga riikidega. Eesti on kõrge vigastussuremusega riik (Riigikantselei, 2014).

Kukkumisi peetakse tahtmatult saadud vigastusteks ehk õnnetusteks. Selleks, et mingi õnnetus juhtuks, on üldjuhul vaja mitme asjaolu ootamatut ja tahtmatut kokkulangemist (Klaos, 2007, lk 6). Küll aga on võimalik õnnetuste juhtumist teataval määral ette ennustada: „*Ei saa öelda, et õnnetus juhtub “juhul, kui” sobivad tingimused ühele hetkele satuvad, vaid õnnetus juhtub “siis, kui” sobivad tingimused satuvad ühele ajale.*“, selgitab Margo Klaos õnnetuse juhtumise etteennustatavust ja ennetamise võimalust.

Kukkumise ennetamisel on tähtsaimaks sammuks riskitegurite väljaselgitamine (Bergland, 2012) ehk siis mõistmine, milliste tegurite mõjul või kokku langedes kukkumised sagedamini aset leiavad.

1.1. Kukkumise riskitegurid

Riskitegurite all peetakse silmas väliskeskkonna olukordi, käitumisviise ja/või psühholoogilisi seisundeid, mis tervise- või sotsiaalprobleemi (näiteks kukkumise) tõenäosust suurendavad (Kasmel & Lipand, 2007, lk 505). Kaitsetegurid on aga olukorrad, seisundid ja käitumisviisid, mis tasakaalustavad või pehmendavad riskitegurite negatiivset mõju või vähendavad inimese haavatavust riskitegurite suhtes.

Kukkumise riskitegureid liigitatakse üldjuhul **sisemisteks**, see tähendab inimese enda tervisest või käitumisest tulenevaiks, ja **välimisteks** ehk siis väliskeskkonnast tulenevaiks. Sageli ei ole võimalik välja tuua ühte väga konkreetset kukkumise asjaolu, vaid tegemist on riskide koosmõju ja nende dünaamilise, kontekstist sõltuva muutumisega (Klenk, et al., 2017), (Kerse, et al., 2008).

Vanemat iga ja varasemat isiklikku **kukkumisajalugu** loetakse mitmete allikate, seal hulgas (WHO, 2021b), (CDC, 2017) (Bergen, Stevens, Kakara, & Burns, 2021), (Lord, Sherrington, & Naganathan, 2021) ja (Xu, et al., 2018) alusel kõige „nähtavamateks“ kukkumise riskiteguriteks. Mida eakam on inimene või mida sagedamini ta varasemalt on kukkunud, seda kõrgemaks hinnatakse tema järgmise kukkumise tõenäosust. Kukkumise statistilised ülevaated ja riskitegureid koondavad materjalid viitavad ka vanemas eas **naistele**, kes kukuvad sagedamini kui mehed (Bergen, Stevens, Kakara, & Burns, 2021), (Lord, Sherrington, & Naganathan, 2021) jt. Kukkumise tõenäosust seostatakse elamise korraldusega täiskasvanueas – **vallaline olemine ja/või üksi elamine** tõstab kukkumise tõenäosust, samuti on kõrgemas riskis madalama **majandusliku toimetulekuga** isikud (Bergen, Stevens, Kakara, & Burns, 2021), (Lord, Sherrington, & Naganathan, 2021), (Hu, Leinonen, & van Hedel, 2019). On teada, et peale üksi jäämist vanemas eas riskikäitumine suureneb (Nilson, Lundgren, & Bonander, 2020).

Kukkumishirm kui samuti kukkumisega seondatud asjaolu võib viia aktiivse eluviisi vältimiseni (Halvarsson, et al., 2011) (CDC, 2017) ja sotsiaalsete kontaktide vähenemiseni. Madalam füüsiline aktiivsus omakorda vähendab füüsilise võimekuse taset ja tõstab seeläbi kukkumise riski (Lord, Sherrington, & Naganathan, 2021). Samas võib kukkumishirm ka viia igapäevaelu suurema struktureerituse poole. Igapäevase teadliku rutiini loomine ja päevaplaanist kinni pidamine, teadlik tegelemine majapidamistööde, poes käimise, füüsilise aktiivsuse, suhtlemise ja muu vajalikuga, aitab kukkumishirmuga toime tulla (Mahler & Sarvimäki, 2011). Schoene, Heller ja teised toovad oma 30 erinevat teadustööd hõlmanud metanalüüsis välja, et kukkumishirmu seostatakse enamikus artiklitest vanemaealiste elukvaliteediga, kuid tõdevad, et seos kukkumissündmuse esinemisega ei olegi nii tugev (Schoene, et al., 2019).

Kukkumisi soodustavad ka mitmed **ravimid** või nende **kõrvalmõjud**, eriti ravimi tarvitamise alustamise ja annuse muutmise ajal. Suuremad kogused psühhotroopseid ravimeid või 4 (osade allikate alusel ka 6 või 7) ja enama ravimi korraga kasutamine tõstavad kukkumise ohtu (Lord, Sherrington, & Naganathan, 2021), (Xu, et al., 2018) jt. Ravimite kõrvalmõjudena esinevad tasakaalu-

või nägemishäired, peapööritus, vererõhulangus võivad kukkumist soodustada. Leitud on, et osad medikamendid, näiteks beetablokaatorid ja statiinid toimivad kui kukkumise kaitsetegurid, ehk vähendavad kukkumiskiriski (de Vries, et al., 2018).

Ka **kroonilised tervisehäired** nagu diabeet, artroos, osteoporoos, insult, südamepuudulikkus, madal vererõhk, arütmia ja teised südameveresoonkonna haigused, uriinipidamatus, Parkinsoni tõbi, dementsus, depressioon ning deliirium mõjutavad kukkumise esinemist oluliselt (CDC, 2017), (Bergen, Stevens, Kakara, & Burns, 2021), (Xu, et al., 2018), (Lord, Sherrington, & Naganathan, 2021). Kukkumiskiriske suurendavad ka **kognitiivsed häired** või kognitiivse võimekuse vähenemine, unehäired, lihaskõrge, vererõhu langus kehaasendi muutumisest ja sage retseptiravimite tarvitamine (Muir, Gopaul, & Montero Odasso, 2012), (Bergen, Stevens, Kakara, & Burns, 2021), (Lord, Sherrington, & Naganathan, 2021), (CDC, 2017), (Xu, et al., 2018). Samadele allikatele toetudes on kukkumise riskiteguriks (põlve)liigeste mure, raskendatud kõnnak või tasakaaluhäired, igapäevaelu toimingute ja liikuvuse piirangud, sh kõndimise abivahendite kasutamine või liikumise takistused, inaktiivsus ja ka kehv nägemine. Ka kehv tervise enesehinnang viitab kõrgemale kukkumiskiriskile.

Väliskeskkonna teguritena tuuakse välja trepikäsi puudumist või halba trepidisaini, käsi puudumist vannitoas, hämarat valgustust või pimestamist (CDC, 2017), (WHO, 2021b). Vähemolulisteks ei peeta takistusi liikumistekonnas, näiteks kokku kuhjatud või laokile jäetud esemeid, varude kogumist või säilitamist eluruumides, lahtisi vaipasid või vaibaservasid, ebataasusi, komistamisohutikke, libedaid või ebataaseid põrandapindu (CDC, 2017), (WHO, 2021b), (Xu, et al., 2018). Mitmed kukkumised on tingitud liikumist toetavate abivahendite, sh ratastoolide, karkude jms ebaõigest kasutamisest (CDC, 2017). Üks võimalik kukkumiskiriskide skeem on toodud Lisas 2.

Maailma Terviseorganisatsiooni juhendmaterjal „Astu ohutult: strateegiad kukkumise ennetamiseks ja ohjamiseks kogu elukaare vältel“ (inglise keeles *Step Safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*, autori tõlge) toob välja, et lisaks inimeste individuaalsetele näitajatele ja väliskeskkonna ohtudele on oluline roll ka **ohutusalaste eeskirjade, seaduste, määruste** jms reeglistike (eba)piisavusel (WHO, 2021b, lk 19).

Ka **muud riskid** nagu näiteks söömisharjumused, üle- või alakaal, ohutute liiklemisvõimaluste puudumine, arstiabi kättesaadavus, istuv elustiil (just arenenud riikides) võivad otsesemalt või kaudsemalt kukkumiskiriske tõsta või kukkumise järgset toimimist mõjutada. Kõikide koduste riskitegurite täpne kaardistamine ei ole selle uurimistöo teema. Küll aga on töö fookusest lähtuvalt

oluline välja tuua inimese **kognitiivse funktsioneerimise** ja **mäluga** seotud ajupiirkondade seotus liikuvuse, tasakaalu ja kõnnaku koordineerimisega. Peamised kukkumiskiriski hindamise vahendid ongi seotud kõnnaku ja tasakaalu hindamisega (Kalda, et al., avaldamisel 2022).

Kukkumiskiriski hindamisvahendid on kas isetäidetavad (sobilikud inimesele endale või pereliikmele kasutamiseks) või tervisetöenuse osutaja poolt läbi viidavad ja vastavat ettevalmistust eeldavad hindamised. Kasutusel on ka füüsilisi tasakaalu- ja kõnnaku hindamise testid, mille läbiviimine ei eelda spetsiaalset väljaõpet, küll aga teatavat oskust juhendi järgi hindamist läbi viia.

Kalda *et al* sõnul keskenduvad ka suur osa vanemaealiste kukkumise vähendamise sekkumistest jõu ja tasakaalu treeningutele, koduohutuse hindamisele, koduohutuse tõstmisele, nägemiskontrolli teostamisele, ravimite üle vaatamisele ja nende kohandamisele või ära jätmisele. Kodu kohandamine on väga oluline eelkõige nägemishäiretega, puuetega ning korduvate kukkumiskirikutudega vanemaealiste puhul (Campbell, et al., 2005). Hoole- või vanadekodudes elavate vanemaealiste kukkumiskirise seostatakse WHO kokkuvõtete alusel muu hulgas ka vanemaealiste suhteliselt madalama uue keskkonnaga kohanemise võimega (WHO, 2021a, lk 36). See võib ka koduse kukkumiskirise puhul olla riskiteguriks – ümberkorraldused kodus, kodu ümbruses või lähedaste juures võib tekitada kukkumiskohtliku olukorda.

Eestis on just vanemaealine elanikkond see, kes statistika alusel teistest sagedamini kodus kukuvad ja viga saavad.

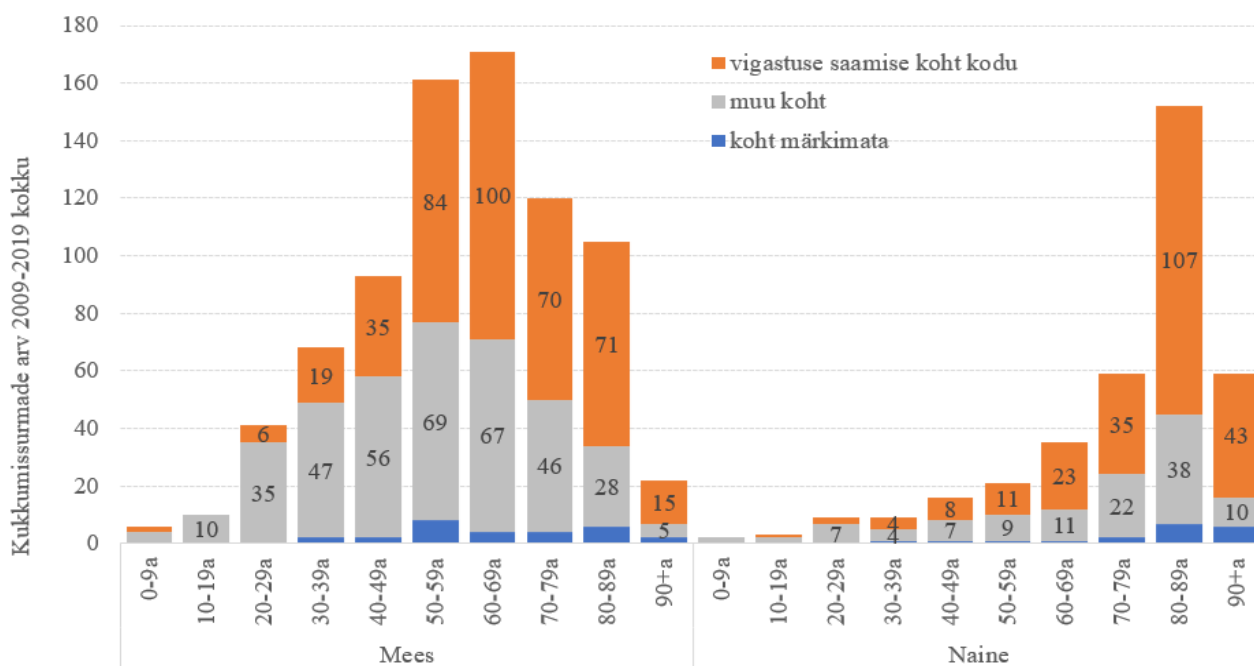
1.2. Kukkumine ja kodus kukkumine Eestis

Eestis on alates 2000-ndast aastast kukkumiskirismade arv reeglina jäänud 86-152 juhu piiresse aastas (TAI, 2021). Erandiks oli COVID-19 pandeemia alguse aasta 2020, mil registreeriti 182 kukkumiskirise põhjustatud surma, seda oli eelnenud 2019. aastaga võrreldes koguni 67 juhtumi võrra rohkem.

Aastat 2020 iseloomustab ka tugev **langus ravile jõudnud kukkumiskirise arvudes** (Tervise Arengu Instituut, 2021), mis viitab COVID-19 mõjule, mil inimeste vahelised kontaktid olid vähesed ning arstide juurde pöörduki harvemini. Kõrgest kukkumiskirismuse näitajast võib välja lugeda, et paljude kukkumiskiristramadega jõuti meditsiinitöötajani liiga hilja.

Kuigi õnnetusjuhtumite tagajärjel sureb Eestis järjest vähem inimesi, on kukkumissurmade arv siiski jäänud samale tasemele (Joonis 1, Lisa 3) ja paistab seetõttu ajajoonel negatiivses mõttes silma. Aastatel 2003-2007 olid Eestis kukkumised sageduselt viiendal kohal õnnetuste põhjuste loetelus, alates aastast 2009 juba sageduselt teine-kolmas ja aastal 2020 esimene. Seda mitte kukkumissuhtumise kasvu, vaid teiste vigastussurmade vähenemise tõttu. Märkatavalt on aastatel 2000-2020 vähenenud surmad sõidukiõnnetuste, suitsu, tule ja leekide toimetel saadud vigastustesse, ülemäärase loodusliku külma ja juhuslike uppumiste tõttu. Nendes nimetatud valdkondades tehakse Eestis ka süsteemset ennetustööd ning teostatakse järelevalvet.

Kukkumissurmade hüppelist kasvu meeste surmade statistikas on märgata peale kahekümnendatesse eluaastatesse jõudmist ja see sageneb vanuse tõustes (Joonis 2). Viiekümneaastased ja vanemad mehed kukuvad noorematega võrreldes sagedamini kodus. Naiste letaalsed kukkumised toimuvad enamasti kodus keskkonnas ja sagenevad märgatavalt 70-ndatesse, eriti aga 80-ndatesse eluaastatesse jõudes.



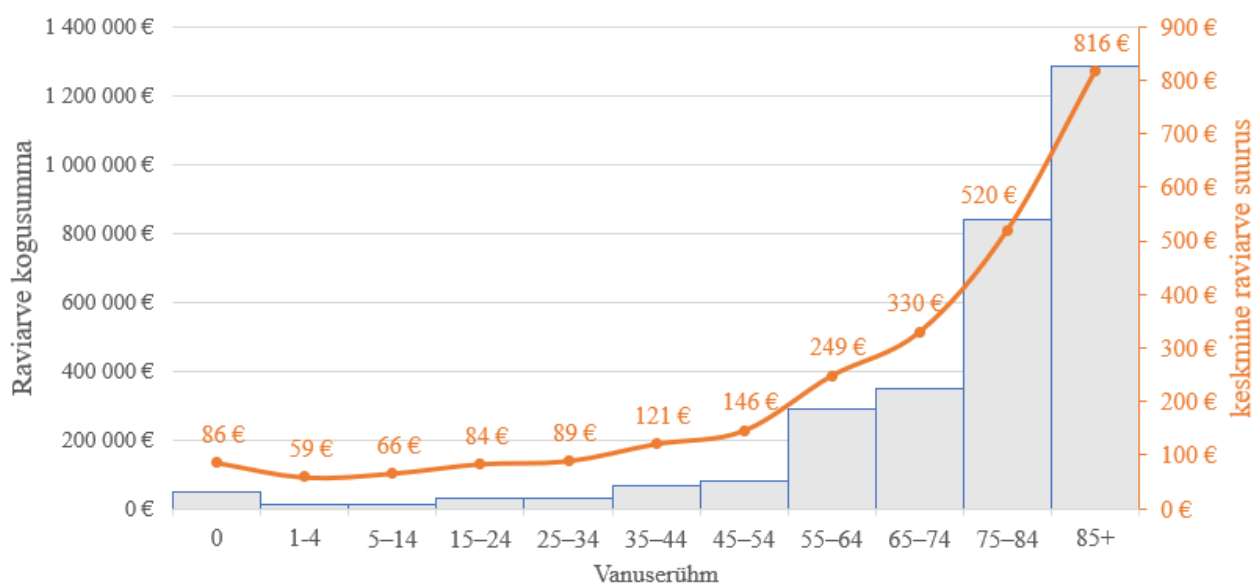
Joonis 2. Naised saavad kukkudes surmavaid vigastusi sagedamini kodus ja vanemaealistena, mehed on kõrgemas riskis juba 50-ndatest eluaastatest (allikas: surma põhjuste register, autori andmepäring)

Aastatel 2009-2019 toimusid 55% letaalsete tagajärgedega kukkumistest kodus (Tabel 1, Lisa 3).

Koduse kukkumise korral jõudis kukkunu enamasti (70% juhtumitest, naistel 82%, meestel 62%) raviausutusse ja surmatõendile oli märgitud surma asukohaks raviausutus. Iga neljanda kodus aset leidnud ja surmaga lõppenud inimese surmatunnistusele märgiti ka surma kohaks kodu. Mehed kukkusid üle kahe korra sagedamini kodus treppidelt või astmetelt (Tabel 2, Lisa 3), naiste kukkumistest on pooled samal tasapinnal kukkumised. Iga neljanda kukkumise puhul ei ole kukkumise täpsemad asjaolud teada või on surmatõendile märkimata.

Surma põhjuste registris on koduse kukkumise tagajärjel saadud 57%-l juhtudest koljusiseseid vigastusi (sagedamini vanuses 50-69) ja 20%-l juhtudest reieluumurde. Reieluumurrud on sagedasemad surma põhjustajad 80+ vanusgrupis. 43 juhtumi korral 637-st märgiti surmatõendile ka mõni vereringeelundkonna haigus (südamepuudulikkus, südamekahjustusega hüpertooniatõbi vms), 31-l juhul hingamiseldundite haigused (kopsupõletik, hingamispuudulikkus vms). 12 juhtu neist kattusid, see tähendab, et surma asjaoludena toodi kaasuvate haigustena ära nii vereringeelundkonna kui ka hingamiseldundkonna haigused.

Perioodil 2016-2019.a raviti Haigekassa lepingupartnerite poolt keskmiselt 77-78 tuhat kukkumiskuhtu aastas. 2020. aastal jäi kukkumiste ravikuhtude arv koroonapandeemia tõttu ligi 12 tuhande võrra madalamaks (Tabel 3, Lisa 3). Keskmiselt 37% ravitud kukkumistest märgitakse kodus keskkonnas toimunuks (Tabel 3) ja keskmine ravikulu juhtumi kohta tõuseb patsiendi vanuse kasvades (Joonis 3).



Joonis 3. Koduse kukkumise tagajärgede ravikulud on kõrgemad just vanemaealiste sihtrühmas (allikas: Haigekassa raviandmed, 2019.a, autori andmepäring)

2019. aasta kodustest kukkumistest toimusid umbes pooled samal tasapinnal (49%), iga kaheksas aga trepil/astmetel (12%) ning iga neljateistkümnes jää ja lume tõttu.

Kukkumiste osakaal kõikidest vigastustüüpidest kasvab vanusega – see tähendab, et mida vanemaks saab inimene seda tõenäolisemalt saab ta viga justnimelt kukkumise tagajärjel (Tervise Arengu Instituut, 2022b). Ka imikueas on kukkumised sagedased, hinnanguliselt 55% 2019.ndal aastal ravitud imikute vigastustest oli seotud kukkumissündmusega. 2019. aasta raviandmete alusel sagenevad kodused kukkumised juba alates 45-ndast eluaastast, eriti sagedased on 75 ja vanemate inimeste kodused kukkumised. See on ka täiesti arusaadav – nooremad inimesed on sageli liikuvamad ja veedavad proportsionaalselt vähem aega kodus võrreldes 75+ vanusegrupis olevate inimestega (Tervise Arengu Instituut, 2022b).

See on ka põhjus, miks käesolev magistritöö uurib põhjalikumalt koduses keskkonnas toimuvaid kukkumisi ja mainib sagedamini eakamat vanuserühma – kukkumised on vanemas eas sagedasemad, leiavad aset suuresti kodus ja on sageli surma põhjustavad.

Selleks, et kukkumisi ja kukkumissurmasid vähendada, on vaja ka teada, mis toimib ja mis ei toimi ennetuses. Vigastuste tagajärgedega tegelemine on riigile ja kogukonnale suuremaks koormaks kui vigastuste, sh kukkumise ära hoidmine - Norras läbi viidud uuringu kohaselt on 80+ vanuses naiste sihtrühmas kukkumise tagajärgedega tegelemine hinnanguliselt 1.85 korda kallim kui ennetamise programmide rakendamine (Hektonen, Aas, & Luras, 2009). Viimase kahekümne aasta jooksul on ennetuse aluseks olnud riski- ja kaitsetegurite alusel tegutsemine (Streimann, Pertel, Vilms, & Abel-Ollo, 2020, lk 22) ja käitumuslikud riskitegureid tervise- ja sotsiaalprobleemide olulised mõjutajad (European Society for Prevention Research, i.a).

1.3. Ennetuse lähtealused

„Ennetusteadus on multidistsiplinaarne ja võtab arvesse etioloogiat, epidemioloogiat, sekkumise loomise, tulemuslikkuse ja rakendamisega seotud aspekte, et hoida ära erinevaid tervise- ja sotsiaalprobleeme.“ (European Society for Prevention Research, i.a), tõlge eesti keelde Ennetuse käsiraamatust (Streimann, Pertel, Vilms, & Abel-Ollo, 2020, lk 30). Tervise- ja sotsiaalprobleemidena võib siis ära nimetada laia ringi teemasid, seal hulgas õnnetusjuhtumeid, ainete kuritarvitamist, kroonilisi haiguseid, vägivalda ja palju muud.

Ennetuse keskmes on areng ja arengu seos riskikäitumisega ja ennetuse eesmärk parandada rahva tervist (Streimann, Pertel, Vilms, & Abel-Ollo, 2020, lk 30-31). Vaimse tervise ja riskikäitumisega seotud probleemide ennetamisel räägitakse universaalsest, valikulisest ja näidustatud lähenemisest (Streimann, Pertel, Vilms, & Abel-Ollo, 2020, lk 27) sõltuvalt sellest, kas lähenetakse üksikisikule või isikute grupele ning kuivõrd haavatav inimene/inimgrupp konkreetse probleemi riskitegurite vaates on (Siseministeerium, 2020, lk 5).

Inimese käitumise mustrite ja tegutsemise motiivide mõistmine aitab välja töötada tõhusat sekkumist, mis mõjutaks inimesi ja keskkonda soovitud suunas muutuma. Sekkumine on ennetuse tähenduses tegevuskogum (sh teenus, toetus, protsess, programm, meetod, poliitika, strateegia), mille eesmärk on suurendada heaolu ja positiivseid tulemusi (Siseministeerium, 2019). Ennetusteadus tugineb suuresti teistes valdkondades (nt neuropsühholoogia, käitumisökonomika, käitumisteadused) arendatud teooriatele (Streimann, Pertel, Vilms, & Abel-Ollo, 2020, lk 30). Näiteks toovad Ennetuse käsiraamatu autorid Bandura sotsiaalse õppimise teooria (1977), Jessori ja Jessori probleemikäitumise teooria (1977), Bronfenbrenneri ökoloogilise süsteemiteooria (1979) ja Ajzeni planeeritud käitumise teooria (1991). Ennetuse ja tervise edendamise keskne kontseptsioon on võimestumine, mida võib käsitleda nii indiviidi, organisatsiooni ja ka kogukonna tasandil. Võimestumine on üksiksiku, grupi ja/või kogukonna suutlikkus korraldada, kontrollida ja juhtida oma elu puudutavaid tegevusi (Kasmel & Lipand, 2007, lk 512).

Mina oma uurimistöös keskendun valikulisele sekkumistasandile ja püüan välja pakkuda sihtrühmi võimestavaid soovitusi.

Maailma Terviseorganisatsiooni soovitude järgi peaksid kukkumise vähendamise ennetusstrateegiad rõhuma haridusele, treeningule (*training*), turvalise elukeskkonna loomisele, kukkumisega seonduvate (teadus)uuringute läbi viimise tähtsustamisele ning kukkumisriske vähendavaid reeglite või piirangute (*effective policies*) kehtestamisele (WHO, 2021a). Kuigi tänapäeval on suuresti teada, mis on ennetuses tulemuslik ja millistele kriteeriumitele tõenduspõhised sekkumised (Streimann, Pertel, Vilms, & Abel-Ollo, 2020, lk 10) peaksid vastama, ei ole ellu viidavate tegevuste mõju sageli väga lihtne mõõta või puuduvad selleks vajalikud kompetentsid, tahe, aeg või raha.

Ka Eestis pööratakse järjest enam tähelepanu ennetusele, tulemuslikkust näidanud sekkumiste kasutusele võtmisele, sekkumiste mõju hindamisele ja kogukondade võimestamisele. Kukkumise ennetamise teemavaldkond on tasapisi jõudnud arengukavadesse ja loodetavasti näeme lähitulevikus

järjest enam ennetavate tegevuste elluviimist, mille tulemusena raskete tagajärgedega kukkumiste arv Eestis väheneb.

1.4. Arengukavad ja sihid seoses kukkumise vähendamisega Eestis

Rahvastiku Tervise Arengukava 2020-2030 seab eesmärgiks Eesti elanike keskmise oodatava eluea kasvu, tervena elatud aastate tõusu ning tervisealase ebavõrdsuse vähenemise (RTA 2020-2030). Läbi tervist toetavate valikute soodustamise, tervist toetava keskkonna loomise ja inimkeskse tervishoiu arendamise nende eesmärkidele lähemale ka püütakse jõuda. Üheks lahendusteedeks või õigemini vahe-eesmärgiks on ka tahtmatute kukkumissurmade arvu vähenemine 25% protsendi võrra (RTA 2020-2030, lk 13). Kukkumissurmade baastasemeks valitud aastal 2019 registreeriti surma põhjuste registri järgi juhuslikust kukkumisest tingitud surmade arvuks 115, seega võiks ja peaks aastaks 2030 mitte-tahtliku kukkumise tagajärjel registreeritud surmade arv jääma alla 86 juhtumi aastas.

Arengukava nendib, et teave vigastuste riskidest ja nende vähendamise tõenduspõhistest võimalustest ei ole spetsialistidele ja elanikele piisaval määral ega mõistetaval kujul kättesaadav, mistõttu on ka tulemuste saavutamine keeruline.

Üheks oluliseks teemärgiseks kukkumise ennetamise juures ja ka viimaste aastate valdkondlike tegevuste planeerimisel võib lugeda 2013.a septembris Riigikantselei poolt ellu kutsutud vigastuste ja vigastussurmade ennetamise poliitika koordineerimise rakkerühma tööd. Rakkerühma peamisteks ülesanneteks oli vigastusvaldkonna olukorrast analüütilise ülevaate koostamine ja soovitude andmine edasiste tegevuste osas. Rakkerühma aruanne tõi muu hulgas välja, et mitmed vigastusliigid, seal hulgas kukkumised, olid selleks ajahetkeks ilma vastutajaministeeriumita (Riigikantselei, 2014) ja puudus võimalus avalike andmeallikate alusel koostada terviklikke ja regulaarseid ülevaateid vigastustest põhjustatud surmadest ja vigastushaigestumusest.

Vabariigi Valitus määras alates aastast 2015 vigastuste valdkonna ennetustegevuste koordineerimise ja olukorra tervikanalüüsi koostamise eest vastutavaks ministeeriumiks Sotsiaalministeeriumi. Sellest ajast alates on vigastuste levimuse andmete kättesaadavus, detailsusaste ja kvaliteet suuresti tõusnud. Peamised kukkumissündmuste levimust kajastavad andmeallikad Eestis on surma põhjuste register (Tervise Arengu Instituut, 2022c) ja Haigekassa lepingupartnerite raviandmeid sisaldav vigastushaigestumuse andmebaas, mille töötlemise ja andmete kättesaadavuse eest vastutab samuti

TAI (Tervise Arengu Instituut, 2022b). Samade andmeallikate alusel andmeid vigastuste liikide lõikes leiab lisaks Eurostati ja Maailma Terviseorganisatsiooni veebilehtedelt.

Kodukeskkonnas aset leidvate kukkumise vähendamiseks vajalike teadmiste ja andmete kättesaadavuse parendamiseks vajalikke tegevusi viiakse ellu ka Norra toetustest 2014-2021 rahastatud projektist „Rahvatervise valdkonna võimekuse ja kompetentside suurendamine kohalikes omavalitsustes“ (Tervise Arengu Instituut, 2022a). Projekti raames viiakse muu hulgas läbi kodukeskkonnas aset leidvate vigastuste põhjuste analüüs ja ennetuspraktikate kaardistus. Samadest finantsvahenditest rahastatakse kodukeskkonna vigastusriskide hindamise ja vähendamise metoodika loomist ja piloteerimist (Päästeamet, 2021). Töö nende projektide elluviimise ja tulemuste avaldamisega veel kestab, küll aga võib Päästeameti päästevõrgustiku strateegia unistuste nurgast ehk tulevikusuundumuste alajaotusest välja lugeda huvi ja soovi kodudes juhtuvate õnnetuste ennetuses rohkem ära teha (Päästeamet, 2021, lk 36). Ameti soov on pöörata ühiskonna tähelepanu kodukeskkonnas olevatele ohuteguritele ja vähendada neist tulenevaid vigastusjuhtumeid, seal hulgas kukkumisi.

2021.aasta lõpus koostas Riigikontroll Riigikogule esitamiseks aruande „Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes: kuidas on ennetustöö eakate probleemide märkamiseks KOVides korraldatud ja mis on sellega seotud peamised takistused?“. Aruandes viidatakse teiste murekohtade hulgas kõrgele kukkumisohule vanuses 85 või enam eluaastat ning tuuakse esile kõrgema eaga kaasnevaid peamisi sotsiaalse toimetuleku riske nagu tervise üldist halvenemist, vaesust ja üksindust (Riigikontroll, 2021, lk 5-6). Riigikontroll soovib analüüsida võimalust kohustada kohalikke omavalitsusi tegelema sotsiaaltöö raames ka nendega, kes ei ole omavalitsuste poole abivajadusega pöördunud või kelle abivajadusest ei ole teatatud (Riigikontroll, 2021, lk 18), kuid kes teada olevate riskitegurite põhjal võivad abi vajada. See taaskord viitab laiemale vajadusele teada ja ära tunda riskitegureid, mis kõrgemast kukkumisohust märku annavad, seda enam, et ohumärkideks on ka sotsiaalne isoleeritus ja inaktiivsus.

Kui probleemidele on tähelepanu pööratud, sihid seatud ja vajadused kaardistatud, siis mis oleks kõige mõistlikum ja juba tulemust näidanud lähenemine koduse kukkumise vähendamiseks? Järgmises kahes peatükis annan ülevaate vanemaealiste kukkumise teemal tehtud uurimistöödest ja teadusartiklitest, toon välja näiteid ja võimalusi, kuidas kukkumise ennetamisele on lähenetud.

1.5. Vanemaealiste kukkumise teemal tehtud uurimistööd ja ülevaated Eestist

Üks värskemaid vanemaealiste vigastuste kohta käivaid ülevaateid ilmus 2022.a jaanuaris Tervise Arengu Instituudilt, milles keskenduti 65-aastaste ja vanemate Eesti elanike vigastusjuhtumitele aastatel 2016-2020. Eestis vajab aasta jooksul vigastuse tõttu arstiabi pea iga kümnes vanemaealine ning 62% vigastustest saadi kukkumise tagajärjel (Panov, 2022). Panov toob välja, et veerandi vigastuste aastasest ravikulust moodustab 65-aastaste ja vanemate naiste kukkumisvigastuste ravi. Seda on keskmiselt ligi 8,56 miljonit eurot aastas. Igal viies kukkumisega ravile jõudnud vanemaealine on „korduv kukkuja“. Vanemaealiste üksindus, sotsiaalse võrgustiku puudus igapäevaelu küsimuste lahendamisel ja pigem juhuslikku laadi kontakt lähedastega viib sageli sotsiaalse tõrjutuseni (Riigikontroll, 2021, lk 5-6). See omakorda on kukkumise ja kukkumisele reageerimise oluline riskitegur.

Päästeameti kodunõustamiste ning kukkumise ja vingugaasi sündmuste kokkuvõtte järgi vajati aastatel 2018- 2019 päästjate abi vastavalt 701 ja 726 kukkumisega seonduval sündmusel (Loorberg & Uuetoa, 2021). Aastal 2020 oli selliseid sündmusi märgatavalt rohkem 837 (Loorberg & Uuetoa, 2021). Päästjate info alusel vajasis valdavalt abi üksi elavad, krooniliste tervisehädade või (liikumis)puudega eakad. Valdavalt (78% juhtudest) osutasid päästetöötajad abi kiirabile, et kiirabi pääseks kannatanu koju või aitaks kannatanu kiirabiautosse transportida.

2000. aastal läbiviidud Eesti eakate elanike toimetuleku-ja terviseuuringu kohaselt kukub kahe aasta jooksul üks või kaks korda 38% üle 65-aastastest inimestest. 8% vanemaealistest kinnitas, et on viimase aasta jooksul palju kordi kukkunud ning ligi pooled kukkumist tunnistanuist mainisid, et said kukkudes viga (Saks, Tiit, & Käärrik, 2000).

Kukkumisi kui vanemaealiste terviseprobleemide allikat uurinud S.Valo leidis, et vajame ühtsemat ja põhjalikumat andmete kogumise süsteemi. Kukkumisi puudutavaid andmeid oli tema hinnangul vähe ning need ei võimaldanud saada piisava täpsusega ülevaadet valitsevast olukorrast Eestis (Valo, 2010). Autori sõnul on vaja kujundada igale maakonnale sobiv ja efektiivne ennetusstrateegia ning ennetustööga võiks alustada juba vähemalt keskealiste vanuserühmas.

Tõevälja ja Veske kirjeldasid aastal 2013 eakate kukkumisi põhjustavad enamlevinud riskitegurid ja nende ennetamise meetodid ning järeldasid, et eaka kukkumisriski välja selgitamine peab olema interdistsiplinaarne, see tähendab hõlmama kõiki eaka inimesega kokkupuutuvaid isikuid ja

spetsialiste (Tõevälja & Veske, 2013). Kukkumise ennetamisel, leidsid nad, tuleb arvesse võtta eakast inimesest lähtuvaid ohumärke ja ümbritseva keskkonna ohtusid.

16-nädalase rehabilitatsiooniprogrammi "Kukkumisriski vähendamine eakatel" mõju 65-82-aastaste naiste tasakaalu näitajatele hinnati nelja erineva mõõtevahendiga ja leiti, et programmi tulemusena paranes eaka staatiline ja dünaamiline tasakaal, funktsionaalne liikumine ja alajäsemete lihasjõud (Lüter, 2018).

Eesti haiglate sisehaiguste osakondades töötavate õdede kogemuste alusel on haiglates aset leidvate patsientide kukkumise peamisteks riskiteguriteks kõrge vanus (vähemalt 85 eluaastat), ebasobivad või puuduvad jalanõud, aneemia, abi kutsumise nupu läheduses olemine ning õdede suur töökoormus ja personali vähesus (Allas, 2019). Õed nimetasid kõige kasutatavamateks kukkumise ennetamise meetmeks põrandapindade puhta ja kuivana hoidmist, ravimite üle vaatamist ja muutmist, patsiendile sobivate jalanõude valimist ja kõrgendatud tualettide kasutamist.

Uurimistöö „Teiste riikide praktikate kaardistus ja analüüs kodukeskkonnas toimuvate vigastuste ennetamiseks Eestis“ on valmimisel. See sisaldab endas teiste vigastusliikide hulgas nii 0-6-aastaste kui ka 65+ aastaste sihtrühmas aset leidvaid tahtmatuid kukkumisi, nende riskitegureid ja ennetamisel kasutatavaid praktikaid. Nimetatud analüüs koondab viimaste aastakümnete teadustöodes ja juhendmaterjalides leiduva ja kirjeldab viie valitud riiki ennetamise ja sündmustele reageerimise süsteeme. Lisaks antakse eksperthinnang ja soovitused sekkumiste Eestisse kohaldatavuse kohta (Kalda, et al., avaldamisel 2022). Novembris 2022.a on TAI Tervisestatistika avaldamiskalendri järgi oodata ka 2016-2021.a kodukeskkonnas toimuvate vigastuste analüütilist ülevaadet.

Vaatamata juba tänaseks kukkumise ennetamise teemal tehtule ja tehtavale, on jätkuvalt vajadus sekkumiste järele, mis „päriselt“ (*in real-world settings*) **sihtrühma kaasaksid, kõnetaksid** (Carlucci, et al., 2018) ja **tulemusi näitaksid** (Streimann, Pertel, Vilms, & Abel-Ollo, 2020).

1.6. Vanemaealiste kukkumise teemal tehtud uurimistööd mujalt maailmast

Carlucci uurimismeeskond hindas **kogukonnapõhise, kaasava, mänguliste elementidega** vanemaealiste kukkumise ärahoidmisele suunatud sekkumisprogrammi „*Fall Stop . . . MOVE STRONG™*“ mõju programmis osalenutele. Aastatel 2010-2014 viidi programmi ellu neljas erinevas asukohas ja kokku sai üle kahesaja vanemaealise võimaluse programmis osaleda. Programmis

osalenute funktsionaalne võimekus paranes peale programmi läbimist ja märgatavat paranes nende positiivne enesetunnetus ja optimism (Carlucci, et al., 2018). Uuringu autorid tõendasid küll eaka kukkumisriskide muutuse paremuse suunas, kuid peavad vajalikuks edasiste uuringute käigus lisaks hinnata ka kui püsivad saavutatud muutused on.

Eakate **innukuse tõstmisega** kukkumisriskide vähendamisel tegeles ka Patton, Vincenzo ja Lefler'i uurimistöö (2021). Nemed selgitasid jutustuste analüüsi tulemusel välja vanemaealiste hulgas levinud arusaamad kukkumise ennetamisel ning kirjeldasid meeste ja naiste erinevused tähenduste loomisel. Välja joonistus kolm peamist kukkumise ennetamise narratiivi: „Me teame seda kõike“ („*We've seen it*“), „Naised on hoolitsejad“ („*Women Are Caregivers*“) ja „Mehed analüüsivad riske ja muudavad oma käitumist“ („*Men Are Analyzing Risks and Modifying Behaviors*“) (Patton, Vincenzo, & Lefler, 2021). Autorid leidsid, et kukkumisega seonduvaid arusaamu tõlgendati sageli traditsioonilistest soorollidest lähtuvalt – naised väljendasid end kukkumisest hoidumisel sageli oma kodu ja lähedaste eest hoolitseja rollist lähtuvalt ja töid peamiselt välja kodu ohutumaks muutmise tegevusi (lahtised vaibad ära, hoia käsipuust, toetumise vajalikkus jms). Mehed aga kasutasid sagedamini analüütilist lähenemist ja keskendusid ohutusabinõudele väljaspool kodu (nt ohutu redeli kasutamine), demonstreerides julgust võtta riske ja oma suutlikkust ohtlike olukordade ennetamisel. Oma kukkumiskogemusi kirjeldades töid mehed sagedamini välja väliskeskkonna mõjureid (libedus, jalanõud, käsipuud, jms). Tervisega seonduvaid riske (nagu näiteks pearinglust) nii sageli ei väljendatud ja kui väljendati, siis tunnetati nende riskide vähendamise osas suuremat vastutust tervishoiu töötajal olevat. Töö autorid soovivad saadud tulemustele toetudes tervishoiu- või sotsiaaltöötajal igale vanemaealisele personaalselt läheneda ning kukkumisriski välja selgitamiseks motiveeriva intervjuerimise meetodeid kasutada.

Carolyn Wong ja D B. Hogan soovitasid samuti standardsetele kukkumisriskide hindamise vahendisse lisada küsimused levinumate kukkumisega seonduvate arusaamade kohta. See aitaks paremini mõista **kukkumise emotsionaalset mõju** ja vastavalt sellele valida ning välja pakkuda inimese jaoks sobilikke lähenemisviise järgnevate kukkumiste ära hoidmiseks (Wong & Hogan, 2013). Selle lähenemise kasutamise suurimaks väljakutseks peab uurimisrühm tervise valdkonna spetsialistide vastuvõttudeks määratud aja suhtelist piiratust.

Ka Kanadas, Calgarys kukkumise ennetamise kliinikus kukkumisriskide hindamise käigus kogutud vanemate patsientide lugusid analüüsides leiti, et nõustamisele tulnute ja tervishoiu töötajate

arusaamad kukkumise põhjustest erinesid omavahel suuresti. Uurijad leidsid, et just seetõttu ei pruukinud nõustajate poolt antud soovitusel alati „õigel moel“ kohale jõuda (Pereles, Jackson, Rosenal, & Nixon, 2017). Personaalsete lugude analüüse vanemaealisele hiljem tagasi peegeldades mõjus see lootuse kaotanud või kukkumise ärahoidmise vaates passiivse hoiakuga vanemaealistele toetavalt. Selles kogemuslugusid analüüsinud uurimisgrupis osalesid ka psühhoterapeudid, kes viitasid mitmetele juttudest puudu olnud komponentidele. Need „augud“ olid seotud kliinilise haiguslooga (hiljutine läbikoetud südamerabandus, haiglaravi vms), alkoholi liigtarvitamise või patsiendi emotsionaalse seisundiga (Pereles, Jackson, Rosenal, & Nixon, 2017). Kaootiliselt või ka väga puiselt jutustatud lood viitasid uuringu meeskonna hinnangul laiemalt inimese emotsionaalsele ja/või sotsiaalsele seisundile. Kukkumise **mõju laiem mõistmine** aitab kaasa kukkumiskrisse vähendavate juhistega järgi tegutsemisele (Gibson, Greene, Sample, & Cabrera, 2010).

Ja kuigi paljud strateegiad kukkumisohtu vähendamiseks on seotud **koduse keskkonna kohaldamisega**, põrkuvad abivajajad ka siin mitmete takistuste otsa (Wiseman, et al., 2021). Hinnapakkumised varieeruvad suuresti ka ühe organisatsiooni sees sõltuvalt küsijast, lisaks võib keeruliseks osutuda sobiva pakkuja leidmine, pikk ooteaeg ja hinnapakkumiste üldine suur hinnaerinevus, leidsid Wiseman, et al. Koduse keskkonna kukkumiskindlamaks muutmise toetamiseks on loodud ka äpp'e. Ühte neist, FallCheck'i, testisid 27 meditsiinitöötajat ja hindasid selle potentsiaali kõrgeks – leiti, et see võib olla tõhus abivahend nii koduste riskide kui riskikäitumise vähendamiseks (Ward, Walker-Clarke, & Holliday, 2017).

Kukkumised on seotud ka vanemas eas **väheneva kohanemisvõimega** (Shaw, Connelly, & McWilliam, 2014). Selles empiirilises uurimuses väljendasid vanemaealised soovi jätkata enda jaoks oluliste tegevuste tegemist, toodi välja kohanemiskursi ealiste iseärasuste ja minapildi muutumisega ning pidevat pingutamist tervise ja iseseisva toimetuleku võime säilitamiseks. **Vajadust säilitada autonoomsus** näitas ka Pereles et al uurimisgrupp (2017) ning on kirjeldanud Gardner et al (2017) tööde tulemustes. Märgati, et vastavalt saadud kogemustele muudeti oma edasist käitumist viisil, mis aitas autonoomsust säilitada – kukkumissituatsioonid said uue tähenduse ja see innustas kukkumisest hoiduma.

Paljude vanemaealiste jaoks tähendab kukkumise riskirühma kuulumine lisaks autonoomsuse vähenemise ohule ka **ebapädevaks pidamist** (Gardiner, et al., 2017). Iseseisvuse ja toimetuleku säilitamine on eakale väga tugev motivaator oma käitumise muutmisel. Võibolla osalt ka seetõttu ei

soovi kukkumise teemal igäüks ka pikemalt arutleda (Clancy, Balteskard, Perander, & Mahler, 2015). Iseseisvuse säilitamine ja **maine vähenemise** kui oluliste argumentide juurde jõuab ka Kanada uurimisrühm, uurides kukkumise korral abi küsimise, mitte küsimise ja abi vastu võtmise tagamaid (Miller, Sinding, Griffith, Shannon, & Raina, 2016). Maine vähenemise juures väljendati, et ei soovita kellelegi „teenet võlgu“ jääda, tunda end vähem väärtuslikuna ega teistele koormaks muutuda. See kõik aga võib parajal määral ka stressi või hirme tekitada.

Igapäevase **kukkumishirmuga toimetulekut** uuriti 80+ vanuses ja üksi eakatele mõeldud kortermajas elavatelt naistelt. Nende jutust joonistus välja neli teemavaldkonda, millega neil tuli igapäevaselt kukkumishirmuga tegelemisel toime tulla: varasemast fikseeritum päevategevuste korraldus; pidevas kohanemises olemine keha hapruse ja iseseisva elu korraldamise juures; väliskeskkonnas varitsevad ohud („*the outside jungle*“) ning tahtejõu ja ego tugevus (Mahler & Sarvimäki, 2011). Samuti väljendasid kukkumishirmu kogenud vanemad naised soovi, et lisaks välistele ja füüsilistele tervisemuredele arvestatakse nende puhul soovitude andmisel ka kukkumishirmuga ja pöörataks tähelepanu sellele, mida nende jaoks kukkumishirmuga elamine tähendab.

Viimati viidatud autorid Marianne Mahler ja Anneli Sarvimäki avaldasid aasta hiljem empiirilise uurimuse, mis keskendus vanemaealiste kukkumise ja **isu kaotamise** vahelisele seosele. Autorid leidsid, et kuigi vitamiinide ja toitainete vähesus kehas on teada olevalt kukkumisriske tõstev, ei ole sellele väga sageli tähelepanu pööratud (Mahler & Sarvimäki, 2012). Söömine ei olnud eakate jaoks triviaalne tegevus, vaid nõudis enesedistsipliini ja rutiini loomist. Isu söögi järele oli vähene, seda võeti kui kohustust, mida lihtsalt pidi tegema, et ellu jääda. Motiveeriv oli kui toidust räägiti kui ravimist, mis tugevdab organismi. Kukkumisi tõlgendati uurimisgrupis osalenute poolt kui **traumaatilisi, samas ka triviaalsed sündmusi**, mis võivad elu kulgu ning sotsiaalseid suhteid kiiresti ja olulises mahu muuta (Mahler & Sarvimäki, 2012). Kukkumisohtudest hoidumise ja igapäevaeluga toimetuleku nõustamine seab ka **hoolduspersonalile kõrgemad ootused** (Mahler, Svensson, & Sarvimäki, 2011).

Ameerika Ühendriikide teadlased koostöös sealse haiguste ennetamise ja kontrolli keskusega (CDC ehk *Centers for Disease Control and Prevention's Center for Global Health*) disainisid **narratiivseid ja mitte-narratiivseid sõnumeid** ja hindasid nende mõju sõnumi vastuvõtja valmisolekule sõnumit enda poolt edasi levitada ja infot jagada (Barbour, Doshi, & Hernández, 2016). Näidati narratiivsete

sõnumite otsest mõju vastuvõtjate valmidusele sõnumi sisu vastu võtta. Küll aga hoiatati, et lugude jutustamisel võib olla ka soovimatuid, sh negatiivseid mõjusid (liigne lihtsustamine, fookus probleemil, mitte lahendusel, ühe juhtumi alusel üldistuste tegemine jms).

Rootsi Karolinska Instituudis uuriti aga arusaamade ja igapäeva elu narratiivide muutumist enne ja pärast kukkumise vähendamise ja aktiivse elu pikendamisele suunatud sekkumises osalemist. ”*Active lifestyle all your life*” programmi läbinute suhtumine, käitumine ja olukordadele lähenemine muutusid: kukkumisohtude vältimist nähti sagedamini kui võimalust püsida kauem hea tervise juures; aktsepteeriti kergemalt eaga kaasnevaid piiranguid kui loomulikku osa elust ning oldi leidnud uusi viise omaale raskeks muutunud tegevuste (nt akende pesu või ülevalt riiulitest asjade kätte ulatamine) lahendamiseks (Johansson & Jonsson, 2013).

Hursting ja Comello tõid oma uurimuses kokku terviseala kommunikatsiooni, meelelahutuslike komponentidega õppimise (*Entertainment-Education*) ja narratiivse veenmise (*Narrative Persuasion*). Kogenud tervisega seonduvate sžžeede loojad meelelahutuse ja rahvatervise valdkondadest toovad välja kolm gruppi edutegureid, mis on haarava ja mõjusa kampaania alus kui soovitakse auditooriumit parema tervise suunas nügida: teineteist täiendavate pädevustega meeskond (koostöö ja usaldus on võtmetähtsusega!), sihtgrupi tundmine ja rahvatervise sisu autentne sõnumisse sidumine (Hursting & Comello, 2021).

Kukkumise ennetamisel tõhusaks osutunud teadustööde süsteemsed ülevaated aitavad koondada tehtut ja anda üldisem ning tasakaalustatud pilt leitud. Nii võib *The Cochrane Collaboration* aastal 2012 avaldatud ja aastal 2020 muutmata põhijäreldustega uuendatud kukkumise ja kukkumisriskide vähendamise sekkumiste süstemaatiline ülevaade alusel öelda, et: grupi ka kodukeskkonda suunatud füüsilist tervist parandavad sekkumised vähendavad kukkumisi ja kukkumisriske; mitmekomponendilised hindamised ja ennetusprogrammid vähendavad kukkumise sagedust, kuid mitte kukkumise riske; Tai Chi vähendab kukkumise riske; D-vitamiini manustamine ei paista mõjutavat kukkumiste arvu, kuid võib olla tõhus neile, kel on enne ravi alustamist D-vitamiini puudus (Gillespie, et al., 2012). Ka de Labra *et al* meeskonna poolt kokku pandud süstemaatiline ülevaade kinnitab, et füüsilised treeningud on hapruse vähendamisel efektiivsed (de Labra, Guimaraes-Pinheiro, Maseda, Lorenzo, & Millán-Calenti, 2015), nentides siiski, et optimaalsemat neist sekkumistest on raske välja tuua.

Nagu eelnevates peatükkides ka viidatud, on igal lähenemisel omad võimalused ja omad puudused, nii ka narratiivsel lähenemisel kukkumise ennetamisele. Järgnevas peatükis vaatlen üldisemalt, mida narratiivne lähenemine ennetusele annab.

1.7. Narratiivid vanemaealiste kukkumise ennetuses

Mitmesuguste haiguste uurimiseks on läbi aegade kasutatud patsiendi jutustusi. Haiguse narratiivist eraldiseisva žanri tekkimist seostatakse HI-viiruse levikuga sagenenud kogemuslugude kirja panemisega (Jurecic, 2012, lk 1-2). Jurecic sõnul õppis meditsiin sel perioodil kogemuslugudest olulisel määral ning peagi hakati haiguse narratiive tõlgendama osana arstiteadusest. Nagu Stella Bolaki oma raamatus selgitab, oli käes aeg narratiivide kritiseerimine lõpetada ja päriselt selle lähenemise tugevusi ja mitmekesisust ära kasutada (2016, lk 3).

Isikliku kogemuse narratiiv, keeleteadlase William Labovi (1997) definitsiooni järgi, ei ole pelgalt lühiülevaade toimunud sündmuste ajalisest järjestusest, vaid on emotsionaalselt ja sotsiaalselt läbimõtestatud eluloo osa. Narratiivi esitades on jutustaja haarata kuulajat kaasa ja juhtida ta tähelepanu sinna, kuhu tähenduse huvides on vajalik (Annus, 2002, lk 167). Vahetu ligipääs kogemusele on vaid inimesel endal, teistele jääb vaid kaudne ja kolmanda inimese perspektiivist kogetu (Tulving, 2007). Jutustused ja kogemused muutuvad ajas ja sõltuvad sellest, kellele või mis asjaoludel neist jutustatakse. On leitud, et mida kaugemate mälestustega on tegu, seda narratiivsemalt need on esitatud (Berntsen & Jacobsen, 2008). Tähenduse loomise aspekti peetakse aga narratiivi puhul kõige olulisemaks (Annus, 2002, lk 267) ja see on ka kukkumise uurimise vaatenurgast minu töös oluline.

Kukkumise ennetamist ja kukkumiskriskide vähendamiseks seonduvaid arusaamu on narratiivide alusel analüüsinud teiste hulgas Patton, Vincenzo ja Lefler (2021), kes soovitasid tervishoiutöötajail kasutada kukkumise vähendamiseks motiveeriva intervjuueerimise tehnikaid. Sel moel on võimalik avastada olulisi vastuvõtule tulnud inimeste mõttemustreid ja käitumismalle. Patsiendi kogemuse parem mõistmine aitab nõustajail oma teenuseid vanemaealistele sobivamateks kohandada ja toetavad nutikate lahenduste leidmist kukkumiste vähendamisel (Patton, Vincenzo, & Lefler, 2021) (Wong & Hogan, 2013) (Pereles, Jackson, Rosenal, & Nixon, 2017). Kogemuste analüüs on kukkumise vähendamise oluline sisend (Shaw, Connelly, & McWilliam, 2014) (Miller, Sinding, Griffith, Shannon, & Raina, 2016), (Clancy, Balteskard, Perander, & Mahler, 2015).

Tervisealases kommunikatsioonis kasutatakse narratiivsete lugude jutustamist kui vahendit sihtgrupi mõjutamiseks. Narratiivseid sõnumeid on teatud olukordades lihtsam vastu võtta ja teadmisi edasi jagada (Hursting & Comello, 2021), (Barbour, Doshi, & Hernández, 2016). Narratiivsete sõnumite kasutamise efektiivsust on välja toodud ka näiteks ka ülekaalulisuse põhjuste kompleksuse edasi andmisel (Niederdeppe, Shapiro, & Kim, 2014) ja suitsetamisest loobuma suunamisel (Kim, Bigman, Leader, Lerman, & Cappella, 2012).

Olulisel kohal vanemaealiste kukkumise vähendamise juures on kukkumiskogemuse mõistmine, kukkumisega seonduvatel arusaamadel ja täisealisel elanikkonnal laiemalt – perekonnal, lähedastel, kogukonnal (Carlucci, et al., 2018), hooldus- ja meditsiinitöötajatel (Mahler & Sarvimäki, 2011) (Clancy, Balteskard, Perander, & Mahler, 2015), kommunikatsiooni ja meedia eest vastutajatel (Barbour, Doshi, & Hernández, 2016), aktiivse liikumise, tasakaalustatud toitumise ja vaimse tervise eest kõnelejal.

Nii nagu ennetusteadus on multidistsiplinaarne ja tugineb suuresti teistes valdkondades arendatud teooriatele, nii võib öelda ka narratiivsete lähenemiste kohta kogemuste edasiandmisel ja tegudele innustamisel – kujundlike ja kogemuslike sõnumite edasi andmine ning vastu võtmine on elusloodusega kaasas käinud aegade algusest peale.

1.8. Vahekokkuvõte

Kukkumised ja nende tagajärgedega tegelemine on probleemiks terves maailmas, seal hulgas Eestis. Eestis ravitakse igal aastal ca 77 tuhat kukkumisjuhtu, kukkumise tagajärjel sureb üle 100 inimese. Ligi pooled registreeritud kukkumisjuhtudest leiavad aset koduses keskkonnas. Surmaga lõppevate koduste kukkumiste peamine riskirühm Eestis on 80+ aasta vanune naine ja 50+ aasta vanune mees. Kukkumissurmade 25%-line vähenemine on Rahvastiku Tervise Arengukava üks alaeesmärkidest, vigastuste valdkonna tegevuste koordineerimise ja koondpildi jälgimise peamine vastutus asub Sotsiaalministeeriumis.

Kukkumine ja selle vältimine ei ole teemavaldkonnana inimkonnale uus. Läbi aegade on valdkonnaga tegeletud ja teadmisi täiendatud: kaardistatud ja jälgitud kukkumise levimust, peamisi riskitegureid; testitud uusi lähenemisi kukkumise ennetamisel; seatud eesmärged ja mõõdetud tehtu tulemuslikkust; kirjutatud artikleid, analüüse ja juhiseid.

Teaduskirjanduse, tervise eestkõnelejate, rahvusvaheliste organisatsioonide ja kukkumise vähendamisele keskendunud uurimisrühmade teadmiste alusel jagatakse peamised kukkumise riskitegurid sisemisteks, see tähendab inimese enda tervisest ja käitumisest tulenevateks, ja välimisteks, ehk ümbritsevast väliskeskkonnast tulenevaiks. Tihti räägitakse ka mõjutatavatest ja mittemõjutatavatest riskiteguritest, sõltuvalt sellest, kas mõni väline või sisemine riskitegur on muudetav või mitte.

Peamisteks kukkumise riske tõstvateks asjaoludeks on isiku vanus, varasem kukkumise ajalugu (kukkumise korduvus), füüsiline ja kognitiivne võimekus, üldine tervises seisund (sh kroonilised haigused, üle- või alakaal), ravimite tarvitamine (sh kindlad ravimid, ravimite kogused, suurem hulk erinevaid ravimeid), sotsiaalne- ja majanduslik olukord, harjumused ja riskikäitumine, kukkumishirm, otsesed väliskeskkonna tegurid (sh libedus, käsipuude puudumine, lahtised esemed põrandal) ja ka ohutusalsed reeglid, nõuded, kokkulepped, seadused, järelevalve.

Riski- ja kaitsetegurite alusel tegutsemine on viimase kahe aastakümne jooksul olnud ennetuse alus, keskseks ennetamise kontseptsiooniks indiviidi, organisatsiooni ja kogukonna võimestumine. WHO soovitab ennetustegevusi planeerides keskenduda haridusele, turvalise elukeskkonna loomisele, (teadus)uuringute läbiviimise tähtsustamisele ja kukkumisriske vähendavate reeglite kehtestamisele.

Kukkumiste ja kukkumissurmade vähendamiseks on vaja teada, mis ennetuses toimib ja mis ei toimi ja ka seda, mis laadi lähenemisi on kõrgemas riskis olev isik või tema lähedased valmis vastu võtma. Isiklike, haigustega seonduvate narratiivide analüüsid on aidanud raviskeeme ja ennetustegevusi sihtrühmadele sobilikemaks kohandada, patsiendikesksus ja sihtrühma „hääle kuulamine“ uute teadmiste ja praktikateni jõuda. Kukkumise ennetamisega seonduvalt on välja toodud muu hulgas narratiiv „Me teame seda kõike“, viidates, et vastuvõtlikkus ennetavatele sõnumitele ja sekkumistele ei ole alati väga kõrge.

Teadustöodes tuuakse ära lai variatiivsus mõjuteguritest, mida kukkumise ennetamisel ja muutuste saavutamisel arvestada. Nähakse ka vajadust muuta sekkumised sihtrühma kaasavamaks, innustavamaks, emotsionaalset mõju arvestavamaks. Leitud on, et sekkujate (tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate, nõustajate, pereliikmete, meedia jt) ja sekkumise saajate (patsiendi, kõrgemas kukkumisriskis oleva isiku, pereliikmete jt) arusaamised nii kukkumise põhjustest kui nende vältimise võimalustest võivad olla väga erinevad. Vanemaealiste hulgas läbiviidud empiirilised uuringud näitavad, et kukkumise riskirühma kuulumine, igapäevatoimetustel abi palumine ja ealiste muutustega

toimetulemise raskuse tunnistamine on seotud mitmete hirmude ja eelarvamustega. Peamiselt nähakse ohtu autonoomsuse vähenemisele ja peljatakse ebapädevaks tunnistamist. Kukkumisi nähakse triviaalsete sündmustena, mis võib elu kulgu kiiresti ja oluliselt muuta.

Kukkumise ja kukkumisriskide vähendamise süstemaatiliste ülevaadete alusel vähendavad erinevad füüsilist tervist parandavad sekkumised nii kukkumisriske kui kukkumisi endid, kuid neist parimat võimalikku on raske välja pakkuda. Mitme-komponendilised kukkumisriskide hindamised ja ennetusprogrammid aga vähendavad kukkumise sagedust, kuid mitte kukkumise riske. Tai Chi praktiseerimine vähendab kukkumise riske.

Kukkumise ennetamise, teadlikkuse tõstmise, andmete kättesaadavuse ja tegevuste elluviimise osas on veel palju uurida, ette võtta, õppida ja edasi arendada.

2. MAGISTRITÖÖ EESMÄRK JA UURIMISKÜSIMUSED

Magistritöö eesmärk on leida täiendavaid ennetamise viise vanemaealiste kodus kukkumise vähendamiseks Eestis. Eesmärgini jõudmiseks analüüsin vanemaealiste kogemuslugusid järgmiste püstitatud uurimisküsimuste alusel:

1. Kuidas mõistetakse ja põhjendatakse kogemuslugudes juba toimunud koduseid kukkumisi?
 - 1.1. Milliseid kukkumise riskitegureid välja tuuakse?
 - 1.2. Milliste teiste olukordade ja tegevustega kodus kukkumisi seostatakse?
2. Mida on eakad ise oma kogemuslugudest õppinud? Milliseks on kujunenud uuritavate „tagantjärele tarkus“?
 - 2.1. Milliseid teadmisi on peetud kasulikuks kukkumise vältimiseks?
 - 2.2. Milliseid oskusi on peetud kasulikuks kukkumise vältimiseks?
 - 2.3. Milliseid soovitusi antakse koduste kukkumiste vähendamiseks?
3. Kuidas saab nendest kogemuslugudest tulenevat teadmust kukkumiste ennetamisel ära kasutada?

3. UURIMISMEETOD

Uurimisküsimusele vastuse leidmiseks kasutasin kvalitatiivset meetodit ja silmast-silma intervjuude läbi viimist. Vastajate leidmine oli taotluslikult heterogeene ja võrgustikulisel värbamisel põhinev. Võrgustikulise värbamise kasuks otsustasin, kuna kukkumise kogemused on sageli väga isiklikud ja neist ollakse valmis rääkima peale tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate vaid oma lähikondsetele või lähikondsete lähikondsetele. Siht oli, lähtudes varasemast koduste kukkumise levimuse analüüsist, leida kaheksa kodus kukkunud vähemalt 65-aastast eesti keelt kõnelevat inimest, kes oleks valmis oma kogemusest uurimistöö jaoks rääkima. Vastajate mitmekesisuse tagamiseks seadsin eesmärgiks intervjuuerida 5-6 naisterahvast ja 2-3 meesterahvast, kellest 4-5 oleksid vanuses 65-74 aastat ja 3-4 vanuses 75 või enam, pooled elaksid linnalises asulas ja pooled maapiirkonnas.

Uuringu raames läbi viidud intervjuude tegelik jaotus on toodud Tabelis 3. Noorim vastaja oli 63-aastane mees ja vanimad mees ning naine mõlemad 83-aastased.

Tabel 4. Vastajad soo, vanuserühm, peamise elukohatüübi ja üksi/koos teistega elamise lõikes

jrk nr	sugu	vanuserühm	peamine elukoht	Elab
1	M	alla 74	linn	üks, lapsed lähedal
2	M	alla 74	maa	koos teis(t)ega
3	M	75+	linn	koos teis(t)ega
4	N	alla 74	maa	koos teis(t)ega
5	N	alla 74	linn	koos teis(t)ega
6	N	75+	linn	üks, lapsed lähedal
7	N	75+	linn	koos teis(t)ega
8	N	75+	maa	koos teis(t)ega

Läbiviidavate intervjuude arvu mõjutas ühelt poolt magistritöö skoop ja võimekus kogutavat materjali etteantud ajaks läbi töötada. Kaheksa intervjuud on selline kogus intervjuusid, mis võimaldab mitmekesise pildi tekkimist ja peamiste kukkumisega seonduvate narratiivide ilmnemist, kuid suure tõenäosusega ei teki nende jooksul suures mahus küllastumispunkte ega materjali kordumist. Samuti saab 8 intervjuu analüüsi tulemuste alusel hinnata, kas sedalaadi kvalitatiivne lähenemine ka praeguses Eestis ennetustegevustele vajalikku sisendit annab, kas see on sihipäraselt kasutatav ja millist tüüpi teadmisi on veel juurde vaja koguda.

Kõik intervjuud olid eestikeelsed ja telefoni teel eelnevalt kokku lepitud. Kaheksast intervjuust kuus leidsid aset vastaja kodus, kahe vastajaga kohtusin kohvikus. Intervjuud salvestasin diktofoniga peale vastajapoolse lindistamise ja jutustuse teadustööks kasutamise nõusoleku saamist. Nii vestluste pikkus kui lindistatud materjali maht on sõltuvalt vastajast erineva pikkusega - lindistused kestsid 28 kuni 69 minutit kuni teema vastaja jaoks end ammendas. Silmast-silma kohtumised, so intervjuule eelnenud ning järgnenud vestlused koos põhiintervjuuga kestsid kokku 40-st minutist kuni 2,5 tunnini.

Intervjuude vestluskava (Lisa 1) koostamisel ja intervjuude läbi viimisel narratiiv- ja temaatilise analüüsi puhul soovitatud tehnikatest (Bamberg, 2012) (Riessman, 2008) (Kalmus, Masso, & Linno, 2015). Tulemuste tõlgendamisel peab arvestama minu kui intervjuueeri mõju saadud tulemustele.

Intervjuu käigus palusin kukkumiskogemusega vastajal esmalt jutustada oma viimane või tõsisem kodukeskkonnas toimunud kukkumise lugu, seejärel meenutada ja rääkida veel sarnaseid lugusid. Alles seejärel esitasin lugude kohta täpsustavaid küsimusi, püüdes avada sündmuse laiemat konteksti ja mõista vastaja arusaamu ja käitumist seoses toimunuga. Kui lood olid räägitud ja täpsustatud, palusin vastajalt soovitusi ning ettepanekuid, kuidas koduseid kukkumisi Eestis ennetada.

Enne diktofoni käima panemist rääkisin üle, kes ma olen, mida ja miks neilt ootan, selgitasin salvestamist, materjali kasutamist ja jälgisin, et kõik sellega seonduvad küsimused saaksid vastused. Ka lindistuse lõppedes jäi osalejale võimalus küsida juurde ja peegeldada oma intervjuu andmise kogemust, lisada detaile ja saada lisainfot. Väga sageli osalejad seda võimalust ka kasutasid.

Intervjuud transkribeerisin. Märkamised ja kategooriad on induktiivsed, mis võimaldasid väiksematel märksõnadel luua süsteemi ning säilitada vastaja isikupära. Lindistused ja isikut tuvastavat võimaldavad faktid transkriptsioonidest kustutan hiljemalt kaks kuud peale magistritöö kaitsmist. Lindistusi ega nende transkriptsioone kolmandate osapooltega ei jaga.

Vastajate kirjeldamisel kasutasin varjunimesid; kolmandatele isikutele või konkreetsetele asukohtadele viitamised transkriptsioonis asendasin X-tähtedega. Vastajate tsitaadid eraldas muust tekstist kaldkirja ja jutumärkidega (näiteks „*ma muidugi mõtlesin selle peale*“). Iga vastaja jutustust analüüsin esmalt eraldiseisvana, tuues töösse muutmata kujul koduste kukkumiste lood. Väiksemad verbaalsed vahemärkused, mida intervjuu käigus tegin, märkisin transkriptsioonides „-“-märgiga, pikemad vahetekstid, küsimused või kommentaarid aga kantsulgudes vastava märkega („[*mina:*] *kas tõesti?*“). Kohti stenogrammides, kus lugu on minu poolt lühendatud, märgistasin kantsulgudes oleva kolmepunktilise reaga ([...]). Vastaja poolt rõhutatud teksti kirjutasin suurte tähtedega („*uksest SISSE minema*“) ja jutustusse tehtud pausid kolme punktiga sõnade vahel („*Aga... a järsku ma*“). Kui intervjuude analüüsis soovisin ise mõnda vastaja sõna rõhutada, siis kasutasin teksti alla joonimist (näiteks „*ma muidugi mõtlesin selle peale*“).

Kogutud kvalitatiivse materjali kasutamisel tuleb lugejal silmas pidada ka minu kui intervjuueerija mõju jutustatud lugudele (Bamberg, 2012). Kukkumiskogemused „pakendati“ lähtuvalt iga osaleja arusaamale, mida ja mis detailsusastmega infot neilt intervjuu käigus ootan.

Magistritöös keskendun vaid kodukeskkonnas toimunud kukkumiste lugudele, teistlaadi intervjuu käigus välja toodud elusündmusi käsitlen laiemat konteksti loovatena. Terviklikud kogemuslugude transkriptsioonid ja põhjalik kogemuse analüüs on töösse lahti kirjutatud vaid esimeste analüüsitavate kogemuste kohta.

4. VANEMAEALISTE KODUS KUKKUMISE LOOD JA NENDE ANALÜÜS

Vanemaealiste kodus kukkumise lood aitavad aimu saada sellest, mil moel inimesed enda kukkumist mõistavad, milliseid aspekte nad lugudes peavad oluliseks välja tuua ja milliseid järeldusi teevad.

Kaheksa vastaja kogemuslood on jagatud eraldi alapeatükkidesse. Iga alapeatükk algab loo peategelase tutvustamisega, sellele järgneb terve või osaline vastajat või tema kogemust iseloomustav lõik ja seejärel detailne analüüs. Isiklike kukkumislugude alapeatükkidele järgneb analüüsi koondav vahekokkuvõte ja vastused püstitatud uurimisküsimustele.

Intervjueeritavad on analüüsis esitatud vanuse järjekorras, varem sündinud eespool. Kõikide vastajate nimed on muudetud.

Iga lugu ja kogemust eraldiseisvana analüüsides toon välja ka igaühe jaoks kasulikuks kujunenud teadmised, oskused ja nende soovitusel koduste kukkumiste vähendamiseks.

4.1. Kogemuslugu nr 1. Anne

Anne on 83-aastane ja elab koos oma nooremate sugulastega Tallinna vahetus läheduses. Ta on oma liikumises ja suhtlemisel aktiivne ning avatud olemisega. Esimene tema poolt kirjeldatud kukkumine toimus umbes pool aastat tagasi pere maamajas, ligi 1,5-tunnise autosõidu kaugusel. Järgmised Anne poolt jutustatud lood (lood nr 2, 3 ja 4) on lühemad ja omavahel tugevalt põimunud, jutustatud ühe narratiivse kogumina. Lugudes 2-4 kirjeldatud sündmused toimusid kaugemas minevikus ja nendes saadud vigastuste raviks Anne arstide poole ei pöördunud.

ANNE LUGU NR 1 KUNI KUKKUMISE HETKENI JA VEIDI PEALE:

*„See juhtus niimoodi, et ...
see oli üks hommik...ja ma parajasti pesin purke ja mul oli üks suur purk
ja ma mõtlesin, et ma viin selle purgi keldrisse, et ta jääb mulle ette.
Ja ma olin täiesti üksinda. Majas. EI...
e... lapselaps X oli ka kodus, aga tema oli üleval
aga ma hakkasin... läksin algul
läksin oli nagu tuttav tee, ...
aga siis ma pidin keldri uksest SISSE minema,*

aga ma ei teadnud, kus kohal on LÜLITI.

Nii et ühes käes oli mul see suur purk ja teisega ma kobasin mööda seina, et leida lüliti.

Aga... a järsku ma kukkusin.

-

Ja kukkusin... noh kohe HIRMSA MATSUGA. Rindkere peale

ja siis peaga... kuidagi vastu.. ukse külge, see oli mingi metall.

Ja vat on siin on praegugi veel arm näha ka“

[...]

Anne jutustuses kõlab tema elutahe, iseteadlikkus ning usk, et teda on mingis mõttes hoitud – kas on siis see tema raudne rindkere või esiisade veri või kaitseinglid. Kukkumislugudest jääb kõlama tavapäraste tegevuste tegemine, mis siiski toimusid tavapärasest veidi erinevas keskkonnas või kohtades, kus ta väga sageli ei olnud käinud. Anne võtab vastutuse oma käitumise ja juhtumiste üle, väljendab nii ise hakkama saamist kui seda, et olulised otsused ja tegevused räägib ta lähedastega läbi – nemad on Anne toimetamistega kursis ja vajadusel abiks. Anne mõistab, et parem on mingid asjad jätta välja ütlemata, sest see võib talle uusi piiranguid kaasa tuua. Ega ta oma juhtumistest niiväga ei räägi ja kui räägib, siis seda, mida tema hinnangul vaja rääkida. Inimeste tunnetus tundub tal hea olevat.

4.1.1. Tuttav, kuid veidike võõras keskkond ja harjumuspärane tegevus

Oma esimeses loos mainib Anne, et purke jalust ära viies „oli nagu tuttav tee,...“, kuid ta „ei teadnud, kus kohal on lüliti“ ja „ümberringi oli pime“. Hilisema vestluse käigus selgus, et Anne ise oli majaaluses keldris käinud „vist üks kord ja ma ei olnud siis ka üksinda“. Ta teadis „umbes“, et kuskil seal üleval ääre peal see lüliti oli, kuid tähelepanuta oli talle jäänud „üks nii kõrge trepiaste“, mis siis koos eelnevalt mainitud asjaoludega kukkumisel määravaks sai.

Oma teises loos kombineerib ta „äsja abiellunud“ seisundi ja „sai me ühe korteri“, viidates uuele kodukeskkonnale ning kirjeldab sinna juurde ohtlikku kombinatsiooni, mis selles korteris oli „sahvri ukse all oli keldri luuk“. Sahver ja ka kolmanda loo „supipott ka käes“ viitavad söögitegemisele ja toiduasjade sahvrissi viimisele, mis aga ca 40 aastat tagasi äsja pere loonud naisterahvale eeldatavasti igapäevane tegevus oli.

Ka neljanda loo laeluugi avamist ei pea jutustaja endale võõraks toiminguks, kindlas kõneviisis viitab ta, et „seda peab kuidagi togima“ ning et „see käib väga raskelt“. Samas lauses kasutatud sõna „kuidagi“ viitab aga teatava ebamäärasusele selles tegevuses ja seda kinnitab ka otsus hakata „seda nügima“.

4.1.2. Lihtsalt veidi tuulepäine

Kui jutustuste füüsilise keskkonna ja tegevuste kogumitest edasi astuda, siis mitmel korral vestluse käigus, tõi Anne välja, et suurt rolli võis mängida tema „hirmus tormakas“ või „natukene... ettevaatamatu“ olemine, mis kokku võiks paista „lihtsalt nagu tuulepäisus“. Seda seisundit kirjeldab ta kui mõtetega mujal olemist („no ma tean, et seal on see keldriluuk, aga ma vahin kuskile riiuli peale“) ja enese teadlikku käitumist („ega ma praegu mõnikord ei vaata, muudkui torman..“), mitte aga päriselt hooletu või ettevaatamatu olemisega. Enesele „ettevaatamatu“ olemise sildi külge riputamisel ta kindlat kõneviisi ei kasuta, see eest umbmääraseid sõnu („vist“, „niuke“, „võibolla“), vastandamist („üldse“, „terve eluaeg“, „natukene“) ja lause keskel muigamispausi võtmist: „Ja ma üldse olnud vist terve eluaeg niuke natukene... [muigab]... ettevaatamatu võibolla“

Sellisest lausekonstruktsioonist võib aimata, et Anne meelest peavad teised teda ettevaatamatuks, mitte tema ise. Samuti jääb mulje, et Anne ei soovi kukkumislugude seostamist oma võimalike terviseseisunditega, eelistades pigem olla tuulepäine („See ei olegi nagu mingi nõrkus või niisugune, see on niisugune... noh, ütleme lihtsalt nagu tuulepäisus“), võttes selgesõnaliselt vastutuse oma käitumise ja selle tagajärgede eest enda peale:

„Noh, nii palju, kui ma enda suhtes oskan öelda, on see tõesti ainult minust kinni olnud...“ ja „Vaevalt. Ise mul jääb ikka ju samaks.“ muheleb ta kui uurin, kas ta järgmine kord hakkaks kiiremini kisama kui sarnane juhtum juhtuks.

4.1.3. Kas on vaja abi kutsuda?

Anne jutustustest võib välja lugeda vahetult sündmuse toimumise järgselt tema peas olevat dilemmat – kas on vaja pöörduda arstide poole või mitte? Kui keldritrepil kukkumise järgselt arutas ta abi kutsumist oma lapselapsega („mis sa arvad, kas ma võin selle nii jätta või kutsun ma kiirabi?“), olles enne peegli ees endamisi aru pidanud („et peame nüüd sellepärast arsti juurde minema?“), siis loo nr 5 juures olid kiirabi kutsujaks naabrid. „Mul on niisugune rumal komme, et ma ei hakka kunagi karjuma kui mul midagi juhtub“, nendib ta nagu ei mõistaks, miks naabrid tol korral kiirabi kutsusid, kuigi peale esikus peeglis vaatamist tunnistab, et „see oli küll kole pilt“ ja „mul niisugune tunne, et need muhud kohe tulid niimoodi ettepoole“.

Lugudes 2, 3 ja 4 toimunud sündmuste järgselt ta meditsiinitöötajateni ei jõudnudki - „ei, seekord ka ei läind, ma sain ju palju hullema müksu.“, viidates korraga nii ajalises mõttes varem toimunud loole nr 5, kui ka mittepöördumise korduvusele. Võrreldes loos nr 5 kirjeldatud sündmustega ei tundunud klaveri otsa kukkumise tagajärjed nii tõsised olevat, kuigi „valu oli tükk aega ja mitu päeva ütleme, et mitte mitu päev, vaid juba päris paar nädalat“ ja põrandaluugist keldrisse kukkudes „põrutab ju hirmasti“ ning „hing oli kuskil siin“.

Esimene reaktsioon peale kukkumist on Annel ise toime tulla („ja siis ma kuidagimoodi uperdasin püsti“, „tulin tuppa ja ma tegin näo nagu puhtaks“), pidades häirivaks olukorda, mil see kohe hästi ei õnnestu („mind häiris hirmsasti siis see, et see.. Veri jooksis nii kõvasti, sest ma kohe ei saanud sealt ju korralikult püsti.“). Neist juhtumitest, kus viga saamised tõsisemad, ta päris täpselt ei mäleta rääkides ta kõrvalvaataja suu läbi „siis ma vist hakkasin väga heleda häälega kiljuma“ ja „tavaliselt teised on mind ära koristand sealt trepi pealt..“.

Siinkohal tasub ka ära märkida, et üldjuhul sündmuste toimumisele vahetult eelnenud ja vahetult järgnenud tegevusi kirjeldades seab Anne end sõnakasutuses aktiivsesse rolli („Ja siis nii kui ma astusin, nii ma kukkusin..“, „ronisin kirstu peale ja hakkasin seda nügima“), siis sündmuse järeltegevustes näeb ta teistel aktiivse rolli olevat („tema helistas siis“, „siis oli naabrid, kutsusid“), kuid näha on sarnast mustrit – kukkumine toimub koduste toimetamiste käigus ja esimene valik Annel on saadud traumadega ise toime tulla.

4.1.4. Ehmatuse oli suur, kuid ma kohanen

Kui Anne tagantjärele olukorra tõsidusele tagasi mõtles ja hindas, et „see auk oli ikkagi päris sügav“ või olukord oli „tegelikult kole“ ja „ehmatuse oli päris suur“ ning paranemine tihti nädalaid võttis, nimetab ta juhtumisi siiski õnnelikeks õnnetusteks - „a üldiselt läks veel hästi“, „omast kohast õnnelik õnnetus“.

Mõistmine, et „oleks võin'd palju hullemini minna“, andis ühelt poolt julgust sama moodi edasi toimetada („kuna ma seal [...] pääsesin kergelt, eks ma's nüüd pääsesin ka.“) ja loota oma tugevatele kehaosadele („mul see ülemine ots on nagu kivist“, „mul on küllaltki tugevad käed“). Ka oma kaitseingleid tänab Anne selles, et tal on siiani õnnelikud õnnetused olnud: „Mõnikord ma olen vaadanud peeglist, et kui palju seal nii oimukohast puudu oli või mõnest väga ohtlikust kohast, et siis siis on mõelnud, et et... mul ikka üks kaitseingel on kuskil.“.

Kuigi Annel on „vist seda... vanade meremeeste kangust sees nii palju.“, ei ole juhtumised ei ole tema igapäevast hakkamasaamist „mitte midagi“ mõjutanud, on ta omad järeldused siiski teinud ja ütleb: „Ainuke asi, et maal ma nüüd hea meelega pööningule ei lähe“. Ka keldrisse ei ole Anne oma sõnade kohaselt enam läinud, see on „nii kategooriliselt ära keelatud“ ja polegi põhjust, sest sealt „tuuakse kõik asjad ära, mis vaja“.

„Oi, ei niist' asjad meelest ei lähe“ ütleb ta rohkem enda kohta, kuid tundub, et ka lähedastel ei lähe need juhtumised meelest ja hoiavad Annel silma peal. Ütlused nagu „*kuule inimene, vaata passi. Mis sa ronid nii palju.*“ ajavad teda rohkem naerma kui teisiti käituma ja mulle tunnistab ta, et küllap julgeks ta sinna keldrisse ka edaspidi minna „*ainult, et ennem ma vaataks, kus kohal need lülitid kõik on.*“.

4.1.5. Enda juhtumistest ma väga paljudele ei räägi

Kordagi oma jutustuste käigus ei väljenda proua Anne ei kurbust ega kahetsust ega ühtki etteheidet toimunu suhtes, suutes igast kogemusest hõlpsasti edasijutustatava loo vormida ja seda tagantjärele läbi huumori kuulajale esitada. Üldine jutustuse foon on optimistlik, mitte ülemäära detailidesse laskuv ja rõõmsatujuline: „*Ja üldiselt... ma suudan väga palju asju, lihtsalt hiljem nagu naljana võtta. No muidu kui seda kukkumist nagu nii väga naljakaks pidada ei saa.*“ naerab ta.

Ja nii see tõepoolest on - suuremaid ja väiksemaid vigasaamisi on Anne lugudes mitmeid „*neid on reas tulnud.*“ ja ühtki ei saa oma tõsiduselt naljakaks pidada. Naerdes tunnistab ta, et „*sellepärast nad vahel ütlevad, et ma olen kohe kunst-kukkuja*“ pidades eeldatavasti silmas oma lähedasi.

Kuigi varasematest kukkumistest Anne detailiderohkelt ei räägi, viitab ta muu jutu käigus, et üldiselt ta väga võõraste inimestega ei suhtle. Küll aga saan aru, et nii lähedased pereliikmed kui perearst on tervist puudutava sündmustega kursis ja Anne omakorda peab nende arvamust oluliseks: „*Aga see ei, ma ei ole eriti maininud... arst oli muidugi väga ehmunud*“.

Kui küsin Anne käest, kui nüüd keegi, mõni ministeerium või amet või keegi tahaks tegeleda selliste õnnetuste ära hoidmisega, vastab ta humoorikalt:

„*Noh, nii palju, kui ma enda suhtes oskan öelda, on see tõesti ainult minust kinni olnud... [muigab] Vaevalt oleks keegi mul nüüd seal keldri ukse peal ees olnud, kuhu sa lähed. Võib-olla oleks öelnud, kuule inimene, vaata passi. Mis sa ronid nii palju.*“

Sellest ütlemisest ja nii ka kogu vestlusest ei jäänud mulle kordagi kõrvu, et keegi teine peale tema või tema lähikondsete võiks või saaks tema kukkumisi mõjutada.

4.2. Kogemuslugu nr 2. Oskar

Oskar on 83-aastane meesterahvas talvise elukohaga Tallinnas, varakevadest hilissügiseni mööduvad ta päevad enamasti suvilas, kus ka siinkohal ära toodud jutustus aset leiab. Oskar kasutab suvila ja linnakorteri vahel liikumiseks isiklikku sõiduautot, suuremad poeskäigud tehakse samuti autoga. Oskaril tuleb oma kukkumise lugu meelde siis kui jälgib abikaasaga läbiviidud intervjuud.

OSKARI LUGU NR 1 KUNI KUKKUMISE HETKENI JA VEIDI PEALE:

*„Vot oli mul niuke juhus,
ma eriti eriti noh palju kukkund ei ole oma elus,
aga ühe korra oli küll tõsine kukkumine...
vaata, ma ei... oska siinamaani teada, millest see võis JUHTUDA.
Asi oli selles, et ma läksin õunapuuoksi lõikama,
panin, panin redeli.. panin redeli siis õunapuu najale....ja, ja
hakkasin minema ja, ja ,.....
ja, ja siis mul olid niuksed käärid,
väikseid oksa lõikasin ära ja ühe käega hoidsin siis õunapuust kinni ...
lasin [???] asja, aga järsku....
avastasin ennast, olen pikali MAAS.
Ja ja selili...
täis sirguses olin pikali maas
jaja, ja siinamaani ma ei tea, millest see võis toimuda,
kas oli siis murd.., lõi selle pildi eest ära või
või oli see LIBE... see redelipulk
või midagi nihukest, aga niuke asi oli ja..ja...
mul oli õnnelik kukkumine ka sest...
kõrval kõrval oli siis kahe kivi vahele kukkusin, et need teravad kivinukad olid, et
täpselt kahe kivi vahele kukkusin“*

Oskari jaoks on kukkumine pigem harv juhus, ta on läbi elu olnud pigem ette vaatav ja kaalutlev. Seda võib välja lugeda tema korduvast küll sündmuse ainukordsuse rõhutamisest. Oma jutustuses annab ta märku, et oskab ohte märgata, teadlikult riske hinnata ja vastavalt käituda. Reageerimine ja tasakaal on tal oma sõnul head ning üldjuhul on ta saanud õnnetusi vältida. Jääb mulje, et Oskar ei soovi juhtunut siduda oma tervise, varasemate elusündmuste ega lapsepõlvkogemustega. Mis põhjustas tema redelilt alla kukkumise, on siiani talle teadmata.

4.2.1. Üldiselt minuga ei juhtu, oskan ohte märgata ja käitun teadlikult

Kohe juttu alustades rõhutab Oskar, et ta „*palju kukkund ei ole oma elus*“ ning üldiselt temaga ka õnnetusi ei juhtu. Selle sündmuse harukordsust või siirast teadmatust kinnitab ta mitmeid kordi, rõhutades juhtumi ainukordsust „*aga ühe korra oli küll*“ või „*enne seda pole midagi niukest olnd ja peale seda nüüd ka ei ole midagi olnd*“.

Mis põhjusel aga ta redelilt alla kukkus, on talle siiani teadmata „*vaata, ma ei... oska siia maani teada, millest see võis JUHTUDA.*“, mainib ta juba enne sündmuste kirjeldamise juurde jõudmist ja kordab üle kohe ka peale loo põhisündmuse ära toomist. Sellele, et Oskar ettenägelikkust ja ohutusreeglitest kinnipidamist tõsiselt võtab ja oma tegemisi läbi mõtleb, võib välja lugeda ka sellest, et tema lugu iseloomustavad loetelud: a) loetelu, mis ta õigesti tegi: pani redeli „*õunapuu najale*“, „*hoidsin siis õunapuust kinni*“ ning et aste, millel ta seisis „*ei olnud kõrgelt eriti*“ ning ka põhjustest, mis võis kukkumise põhjustada: „*kas oli siis murd... lõi selle pildi eest ära või, või oli see LIBE...*“.

Seda, et ta tavaliselt ohtusid märkab kinnitab ta mulle ka hiljem ja ka siis kui satub ohtlikku olukorda, hindab ta, et tal on „*kudagi...reageerimine on kiire*“ ja „*ma olen alati ...saand päästa seda kukkumist*“, mis on teda siiani rängematest tagajärjest säästnud:

„*võib-olla ma... ikkagi... JÄLGIN neid asju ka, tead.... et kuidas, midagi hakkas tegema... eks ma siis...siis... kujutan ette, aga mismoodi seda teha ja ja kuidas ja ...ja mis võib juhtuda, kui seda teen janoh, ja siis ma ikka ikka jälgin ka seda asja.Siis tuleb õnnetusi ka vähem.*“

Kogenud töömehena võtab ta ohutustehnika reeglitest kinni pidamist väga tõsiselt „*NIUKEST asja ei saa olla, et noh, et, et ei juhtu....[..] võib juhtuda küll.*“ Sama suhtumine kannab teda ka igapäevaelus, et parem ikka hoida kui hiljem kahetseda.

4.2.2. Kukkumist pole vaja seostada ei tervisehädade ega varasemate sündmustega

Oma jutustuses tunnistab Oskar küll, et redelilt kukkumine oli väga napp ja oleks võinud lõppeda väga traagiliselt, kuid hirmu tagajärgede eest tajus tugevamalt tema abikaasa. Oskar ise kirjeldab toimunut väga rahulikult, väljendades toimuva paratamatust ning seda, et kui ta oleks saanud midagi teha, oleks ta seda teinud: „*kui ei oleks pilti ...eest ära löönud, eks ole..*“ ja seal polegi midagi rohkemat rääkida või arvata. Kui ma hiljem küsisin pearingluse või õigemini „pildi eest ära löömise“ kohta, vastab ta üsna napisõnaliselt, andes märku, et ei soovi sinna suunas vestlust juhtida. Hiljem, üldisemalt rääkides, miks inimesed üldse kukuvad, peab Oskar ettevaatlikkust tähtsaks, kuid mainib ära ka tervise

aspekti „*tunned, et pea uimane, siis ära istu autorooli ja.... autorooli istu siis, kui sul on kõik selge, tervis korras ja siis istu julgelt*“, millest võib välja lugeda, et pea uimasus ja tervisehädad ei ole talle võõrad. Niisama kiiresti tuleb eitav vastus ka minu küsimusele, kas tal nooremas eas kukkumisi ette tulnud pole: „*no nagu ei tea, et oleks niukseid asju olnud, ei ole*“.

4.2.3. Üldse ei saa aru, miks nii juhtus

Oskari sõnul on tal üldiselt olukordade üle kontroll olemas. Kontrolli või reageerimise puudumine on talle harjumatu olukord „*mõtsin, et mis jama see siis nüüd oli*“ ja ta jääb jutustuses selle juurde, et kui ta oleks aru saanud, et hakkab kukkuma, oleks ta vastavalt ka reageerinud „*oleks ma võib-olla aru saanud, et... või midagi hoidnud või teistmoodi...käitund*“. Nii ei oska Oskar lõpuni juhtunut selgitada, kuigi sündmusest möödas ligi viis aastat – „*see moment jäi mul kadunuks*“.

Oskari arvates kukutakse vahest hoolimatuse, mitte tähele panemise tõttu või kui mõtted mujale lähevad. „*Mõtted peab alati peast välja viskama, kui sa kuskil oled või teed, siis ikka jälgima, et sul midagi ei juhtuks*“, annab ta omast kogemusest soovitus.

4.3. Kogemuslugu nr 3. Ellen

Ka Ellenil on vanust 83, viimastel aastakümnetel on teda kimbutanud mitmed kroonilised haigused ja tema ravimikarbis leidub seitset-kaheksat erineva toimeaine ja näidustusega ravimit. Üks Elleni kukkumisjuhtum, millest ta intervjuu käigus räägib, leidis aset Tallinnas kortermaja trepil, teine libedal linnatänaval (siin töös seda ei analüüsi), kolmas elutoas, mil ratastega diivanilaud toetamiseks hea valik ei olnud. Igapäevaselt Ellen enam üksinda väljas ei käi.

ELLENI LÜHENDATUD LUGU NR 1 KUNI KUKKUMISE HETKENI:

„*Juhtus see asi niiviisi, et minul on süda rütmist väljas.
Ja ma kutsusin kiirabi, sellel ajal veel sai minu südant rütmi panna,
praegu ei saa enam, nüüd ma elangi niiviisti.
Sest on kolm aastat umbes tagasi.
Ja kiirabi tuli muidugi ja kõik olid mehed. Arst oli mees ja abilised olid mehed
ja käisid siin toas, öeldi niiviisti, et tuleb minna emosse.
[...]
hakkasin siis trepist alla minema
ja see väike tuli.. ükskord kustus ära, mis näitab trepile valgust.
Ja, ja ühe trepi osa ma sain ilusti alla minna, teise sain poole peale,
läksin ikka alla alla käsipuust hoidsin kinni.
Ükskord mõtlesin, et noh, et, et nüüd aitab, noh nagu tundsin,*

*et lasin lahti sest käsipuu otsast.
A seal oli see väike trepp veel all. Ja sellest ma astusin käed lahti alla.
Ja ma sealt kukkusin vastu tsementpõrandat. Küljega.“
[...]*

Elleni kukkumislugudest kostab välja tema sage arstide juures käimine, mitmed kroonilised haigused ja erinevate ravimite igapäevane tarvitamine. Terviseeteema ja tervisega seotud läbielamised on tema jaoks emotsionaalsed, kohati dramaatilised ning ta on oma kirjeldustes üsna detailne ja põhjalik. Kukkumisjuhtumeid kirjeldab ta kui sündmusi, mis on kellegi või millegi tõttu temale juhtunud. Enese suutlikkust olukordi vältida või neid kontrollida kõlab tema jutust pigem harva. Ellen nagu määratleks end läbi haiguste ja traumaatiliste kogemuste, millest läbi tema pika elu, on mingis mõttes saanud igapäevane ja valdav jututeema.

4.3.1. Kroonilised haigused mõjutavad ja määravad tegevusi

Kohe esimeses lauses toob Ellen välja, et temal on „*süda rütmist väljas*“ ning enam ei saa seda ka rütmi panna. Süda tal võbeleb „*mul on see kodade virvendus*“ ja tal südant toetab „*aparaat ka*“, mis hoiab pulssi väga madalale langemast. Vahetatud põlveliigesed toob ta samuti kukkumise kontekstis välja mitte niivõrd kukkumise põhjustajana, vaid kui võimaliku viga saaja „*õnneks need kumbki viga ei saanud*“. Ellen ei taha enam operatsioonile minna, sest neid on tal olnud mitmeid „*Mind on opereeritud 12 korda! Narkoosi all.*“. Enamuse operatsioonidest ta mulle ka ära nimetab, päris kõik ei tule meelde ka. Nimetatud lõikused on seni olnud plaanilised või tervise üldseisundist tingitud, õnnetusjuhtumite tagajärgedel operatsioone ta ei nimeta. Ka on Ellenil ette näidata laual olev kott ravimitega, mida ta igapäevaselt tarvitab „*a rohtusid on muidugi palju, mida ma söön [...] valuvaigistit ja südamerohu ja..*“. Ellen tunnistab, et vahest „*nagu veri jääb pidama*“ ja ta vajab kõndides pausi, selleks et end koguda ja edasi minna.

Viis, millise tooniga Ellen kiirabist ja EMOst räägib, viitab sellele, et ka sealsed paigad on talle tuttavad („*no nagu ikka*“). Neist rääkides väljendab ta ootust, et seal tehtaks palju analüüse ja kõneleb väikese pettumusega hääles „*nad ei teinud mul kiirabis pilti, nad ei teinud mitte midagi*“. Kõrged ootused on tal ka arstidele, kiirabitöötajatele ja tema kui abivajaja märkamisele.

4.3.2. Ellen kui olukorra ohver

Vigastused, millest Ellen mulle jutustas, tundusid olevat toimunud välise keskkonna tõttu. Mitmeid kordi väljendab Ellen ootusi kellegi suunas: mehed peavad aitama („*abikaasa aitas mantli selga kõik ilusti*“, „*milleks nad [mehed] siis kaasas on kui nad ei abista?*“), kiirabi peab aitama („*neil on ju kohustus*“), arstid ja haiglatöötajad peavad aitama („*muidugi teenindus oli ilusti [haiglas]*“, „*nad ei teinud mitte midagi*“).

Kiirabitöötajad ei oodanud Ellenit, mistõttu pidi ta üksi treppidel olema ja kukkus. Tuli kustus koridoris ära, seetõttu polnud trepil valgust. Trepikäsipuu sai liiga vara otsa. Pea käis kukkudes vastu seina, „*see koridor on ju väike*“. Arstid haiglas ei andnud valuvaigistit, seega ei saanud ta öösel magada ja nii edasi.

Ka häid asju on Ellenil juhtunud kellegi või millegi tõttu: abikaasa aitas mantli selga, talvemantel ja talvemüts aitasid kukkumise lööki pehmemdada. Noor arst/resident, kes aitas leida valuvaigistit ja libedal tänaval kukkudes teda aidanud võõras noormehe kohta ütleb ta, et „*minul veabki niivisti*“.

Elleni jutustamise stiil on dramaatiliselt laadi ja ta seab ennast ohvri rolli („*keegi ei tulnud vaatama, kus see vanainimene jäi...*“, „*olin seal laua peal hirmsates valudes*“), rääkides endast ka kolmandas isikus. Juba lapsepõlves olevat ta sageli haiget saanud, kuigi neist jutustab ta rõõmsameelse tooniga ja need sündmused, mida ta kirjeldab, ei ole niivõrd keskendunud viga saamistele, vaid aktiivsele õega koos tegutsemisele. Kukkumiste ja tervisega seonduvad lood täiskasvanueast on detailiderohked, kuigi võisid juhtunud olla mitmeid aastaid tagasi. Neis rõhutab ta sündmuse või olukorra traagikat („puus sai „*tohutu löögi*“). Üht rohkem kui 30 aastat tagasi toimunud sündmust jutustab ta kui eilset (Ma ütsin: „*Lõpetage, palun ära.*“)

Traumaatilisust ja varasemaid tervisehädasid toob Ellen sisse sagedaselt ja kogemuslugude kirjeldused on pikad, tundub, et läbi dramaatiliste lugude jutustamise saab ta endale seda tähelepanu, mida ta vajab.

4.3.3. Kogemused teevad ettevaatlikuks

„*Aga nüüd ma, nüüd ma olen ettevaatlik, ühe hoobi kätte saad, siis tead.*“ ja „*ega ma üksi suurt ei käi ka. Kui lähme, lähme koos*“ annavad aimu, et Elleni jaoks muutub väliskeskkonna kuvand järjest ohtlikumaks ja ta hea meelega toetub kellelegi – oma abikaasale, lastele, meditsiinitöötajatele. Otsest kartust tema jutust välja ei paista, pigem leiab sealt väliskeskkonna kui järjest „ohtlikuma paiga“

kuvandi, mis end ikka ja jälle meelde tuleb („ja ikka vahest ütlen X-le, et näed, siit ma alla lendasin...“).

Küsimusele, **kuidas kukumisi vähendada** ja kes Eestis sellega peaks tegelema, toob ta esimese murekohana välja kohe tänavate libeduse: „Niisukesed kohad, kui sa tuled, eksju, triibu pealt astud sinna, tahad kõnniteele minna ja sul on liuväli ees. Ja mitte tilkagi pole liiva peal ja ühti.. vot niisugused kohad“. Samuti inimeste enda tänaval liiklemiskultuuri, eriti just tänavate ületamist ilma foorita ülekäiguradade juures „kuhu sa kipud siis.. on see elu sul nii odav siis?“. Oma koridori trepil kukumise süüdlaseks ta sõnades peab ikkagi „100 protsenti“ iseennast ja toob välja, et õnneks on trepid nüüd ka spetsiaalse libedusekaitsega üle tehtud. Peale seda trepil kukumist on Ellen väga palju ettevaatlikumaks muutunud, kuigi on „juba tükk maad jälle vanemaks saanud, aga no nüüd ma hoian kinni ja.. noh, käed on mul veel tugevad“).

4.4. Kogemuslugu nr 4. Teele

Teele elab väikeses linnas oma korteris üksi ja ta on 76-aastane. Tänaval liikumiseks kasutab Teele peamiselt jalgratast või ühistransporti. Ta käib regulaarsetel lihastreeningutel, et valmistuda liigesevahetuse operatsiooniks. Liikumist, nii rattasõitu, ujumist, suusatamist, matkamist ja viimastel aastatel ka taliujumist, on ta kogu aeg armastanud. Teelel on ette näidata pikk nimekiri õnnetusjuhtumistest, operatsioonidest, muud laadi juhtumistest. Need on ta intervjuu tarbeks aastaarvude ning vigastuste lühikirjeldusega paberile kirja pannud. Neid A5 formaadis lehti sai kokku neli või viis.

TEELE TEISENA JUTUSTATUD LUGU:

„Üksjagu oli jälle niiviisi vaja kiiresti midagi teha
ja siis käputasid ja
siis sai haiglasse mindud ja haiglas siis pilt
ja oligi randmeluumurd sünnipäevaks kingituseks“

Kodukeskkonnas toimuv ei ole Teele jaoks väga eriline – kui juhtub, siis juhtub igal pool – kas rattal, rolleril, metsarajal, tänaval, treppidel või mujal. Teele tunnistab, et ta ei olnud varem oma traumadele niiviisi tagasi mõelnud ega kirja pannud. Tema jutustusstiil oli sageli hüplik, muude elusündmuste ja mõtetega läbi põimunud, meenutav ja kohati ka ta enda jaoks avastuslik. Paljud traumad taandusid

tema lugudes varases lapsepõlves saadud põlvevigastusele ja kirjeldavad temale iseloomuliku aktiivset eluviisi. Peegeldamine, et neid viga saamisi on tal läbi elu ikkagi päris palju olnud, isegi riivab teda veidi – ta on keskendunud muudele eluaspektidele, füüsilistele traumadele ta ülemäära tähelepanu ei pööra. Sagedasti lähedaste poolt öeldud „*ole ettevaatlik!*“ ajab ta muiates ütleva „*noh, seda, seda, mul ei ole*“. Oma jutustuses on ta tegevuste, mitte asjaolude ja objektide keskne.

4.4.1. Kodune kukkumine on tavalise (elu)tegevuse tagajärg

Teelele ei meeldi end läbi viga saamiste defineerida – temale on tähtis elu ja see, et ta keha võimaldaks teha asju, mis talle rõõmu teevad. Kukkumiseni viinud situatsioone kirjeldab ta tavapäraste, korduvate ja üldsõnalisena („*oli mul ütleme TOIMETAMINE ikkagi*“, „*tulin kuskilt köögist*“, „*oli jälle niiviisi vaja kiiresti midagi*“), ilma, et täpset tegevust välja toob. Ta ei mäletagi, mida parasjagu tegi: „*Vaata, tahad või ei taha, ma nüüd NII täpselt ka nüüd ei mäleta*“. Tema peas, eriti just lindistuse alguses, käis pidev kaalutlemine, kas üks või teine meenunud lugu oli seotud korraga kodu ja kukkumisega. Tundus nagu ta teeks mälus päringuid vastavalt neile märksõnadele. Sellest andis märku nii tema paberile tehtud märkmete sage üle vaatamine, lugude sissejuhatamisel mainimine („*Noh, eks need kukkumised on..*“, „*siin kodus oli mul...*“) kui ka vahekokkuvõtetesse erisuse toomine (*vot need on need niiviisi, et mis on kodused*“).

Lood ja erinevad juhtumised meenuvad talle eelmisi jutustades ja „*loomulikult on mul neid koperdamisi nii nii kodus...[...] ja tänava peal*“.

Tema elus on tal olnud traumaatilisi kogemusi „*hullupööra rohkem*“ kui tema sõbrannadel ja tuttavatel, võibolla mitte niipalju tavahaigusi, kuid just „*siukseid ..traumaatilisi siukseid SUURI asju*“ on küll rohkem olnud. Kukkumised on vaid üks osa neist traumadest. Luude murdmises ei ole tema jaoks midagi keerulist „*pole muud, kui paned käed ja ongi kõik*“ ning „*kui pahas asendis kukud, siis ta lihtsalt LÄHEB puruks*“.

Teele ei pööra neile kukkumistele nii palju tagantjärele tähelepanu („*no nii palju ma ei olegi jutustand kui täna so'ga siin jutustan*“), ega jää nende peale pikalt mõtlema, vaid vaatab edasi, kuidas ikka jälle liikuma ja tegutsema saada.

4.4.2. Paljud kukkumised taanduvad lapsepõlves saadud traumale

Teele leiab, et suures osas võisid tema kukkumised ja koperdamised olla seotud varase lapsepõlve traumaga „*ma olen väga varasest lapsepõlvest näiteks ühest jalast olnud....ee.. VIGASTATUD*“. Jalg, mis „*ei tööta*“ niiviisi kui teine, on tema puhul nagu puue, kuigi see „*niiviisi puudeks ei kvalifitseeru*“. Põlve puudulikkus on tema jaks nagu takistus, mille tõttu ta „*ei suutnud ma nii hästi seda ratast hoida*“ või miks ta „*põrandavaipasid ja niukseid asju ei seedi*“ ja „*tulin kuskilt köögist ja, ja komistasin*“.

Oma kukkumislugusid jutustab ta tegevuste võtmes, jättes tihti ka sündmuse enda mainimata – nii liigub lugu sündmuse eelselt tegevuselt kohe järgnevale, ilma vahepeatust tegemata (vt Teele teisena jutustatud lugu peatükk 4.4 alguses). Nii keskendubki Teele pigem olevikule ja tulevikule ja leiab, et „*niisuguseid vanu inimesi on küll ja küll, kellel on mingisugune trauma olnud*“ ja leiab, et eks „*see natukene pidurdab neid asju...*“.

4.4.3. Kui väga kardaks, siis ju ei teeks

Kui kukkumisi seostab Teele suuresti varasema lapsepõlvetraumaga, siis elus „*hullupööra rohkem*“ ette tulnud traumaatilisi sündmusi näib ajendavat pigem elujanu ja aktiivne eluviis („*eks ma ilmselt ikka kiirustan*“, „*aga ilmselt ma olen natukene ... HULLJulge*“). Ta on kukkunud lasteaiatrepil, sattunud rolleriga liiklusõnnetusse, langenud tänaval rünnaku ohvriks, murdnud kordi nii rang- kui käeluid, kirvega pöidla peaaegu küljest lõõnud, üle mere suusatades peaaegu külmunud ja vedelikupuudusesse jäänud jne. Sellegipoolest Teele enda sõnul hirmutunnet väga sageli ei koge:

„*aga ega ma ei ütle, et ma ÜLDSE ei karda, aga.. aga.. otsekohe jah.... kui ma nüüd VÄGA kardaks, ma'i läheks ratta peale... sest kui sa näed, kui ma selle ratta peale minema hakkas, siis sa .. saad aru küll, et see pole päris normaalne ... [muigab]*“

ning tunnistab muiates, et ka varasema õlavarreluu murru korral käis ta ühe käega suusatamas.

Teelele on „*VÄGA meeldinud*“ ujumine, suusatamine ja jalgrattasõit. Suusatamas enam ei ole käinud, kuid „*praegu käin ravikehakultuuris käin võimlemas*“ ning paar kolm korda nädalas meres ujumas, ka rattaga sõidab tänaval ja püüab leida omaale ratast, kuhu peale minek ei oleks nii riskantne. Ka rolleriõnnetuse kohta mainib ta, et lihtsalt „*REAKTSIOON oli vale*“.

Kuigi talle sageli öeldakse, et ta peaks olema ettevaatlik ja „*seda lauset... nad ütlevad mulle[...]* kogu aeg“, pidades silmas lapsi ja ka lapselapsi, tunnistab ta, et no eks „*nad on natuke harjunud sellega*“

temaga ikka aeg-ajalt asju juhtub. Pereliikmetest rääkides ei jää mulle muljet, et Teele neist ülemäära sõltuv oleks, küll aga väljendab ta, et nad sageli kohtuvad ja ühendust peavad. Sõbrad on küll head, aga „*ega nad nüüd iga kord ka ei oska sind tagasi tõmmata...*“ tõmbab ta oma iseteadliku loomuse kokku.

4.4.4. Kukkumise vastu aitab liikumine, treeningud ja sobilikud abivahendid

Teele arvates ei ole koduste kukkumiste ära hoidmiseks suurt midagi ära teha „*kukkumise vastu otse ju ei saa*“, kuid mida saaks teha, oleks varustada neid, kes juba kukkunud või kelle tervis on viletsam, abivahenditega („*neid abivahendeid [...] kasutada nendele anda*“). Just nimelt, neid abivahendeid tuleks kasutada „*anda*“, sest ega see „*pension siis nüüd nii väga suur ka pole*“ ja abivahendite laenutamine/ostmine on „*küllaltki kallid või neid pole saada: „vat SEE LÕIK võiks olla selles süsteemis paremini nagu ..noh, paika pandud*“.

„*Mis see ennetamine on? Seesamane asi ka [...], et saaksid käia basseinis võimlemas, saaksid saalivõimlemist teha, ja noh, ega ma palju muud ei mõtlegi [...] aga need oleksid niuksed asjad, mis oleksid võimalikud*“.

Üht väga head varasemat võimalust spa ruumides basseinis võimlemist teha Teele ka meenutab: „*me küll ostsime ise piletid omale, aga aga seal oli väga hea treener ja aga seal .. pandi lõpuks kinni..*“ ja seda Teele sõnul koroona, personalipuuduse („*see üks tüdruk, kes tegi seda, ta väsis ka ära*“), treeningute üldise tasuvuse („*seal'i käi noori ka*“) ja treeningute maksumuse tõttu („*käib teatud inimestel rahakoti peale.. nad ei suuda*“).

Teele leiab, et järjest rohkem on neid, kes vanemast peast suudavad tervisemuredele vastu seista ja liikuda, kuid sellegi poolest „*perearstid võiksid ka natukene suunata neid ...neid vanu'kesi.. e... liikuma ja toimetama*“, sest „*selleks vanuseks on kõigil[...] ikkagi suurem jagu liigeseid[...]* moondunud juba“.

4.5. Kogemuslugu nr 5. Ulvi

Ulvi elab koos abikaasaga samuti Tallinnas, kortermajas. Temal vanust mõned aastad üle 70. Peale pensionile jäämist on Ulvi endale eesmärgiks võtnud iga päev vähemalt tund aega õues jalutada - ka kohvikusse, kus me kohtume, tuli ta ligi jala.

Kukkumistesse ja kukkumise vältimisse suhtub Ulvi äärmise tõsiduse ja ettevaatlikkusega, ta pelgab kukkuda:

ULVI LUGU NR 1 VEIDI PEALE KUKKUMISE HETKE:

*„aga õpetuseks mulle endale muidugi, mis mul kogu aeg meeles on
ja mis mul oli ka SIIS meeles,
aga mis mul ilmselt mõtetes oli kuskil mujal, on see,
et ma PEAN jala ette vaatama
ja ma EI TOHI astuda päkasirutusega,
ma pean astuma niimoodi täistallaga ja ma tean seda küll kogu aeg,
aga ma ei tea, MIKS see mul sel hetkel meelest oli läinud.
ja ka nüüd ma kogu aeg ikkagi pean valima, mis ma endale jalga panen,
sest ...hirm on.. hirm on suurem [naeratab]...”*

Üldiselt on Ulvi läbi elu vähe kukkunud, ta on kukkumise ohuteguritest ja õigest käitumisest väga teadlik, jagab ka mulle nii enda kui tema lähedaste poolt kaasa antud õpetussõnu. Oma viimatisest kukkumisest rääkides leiab ta väga palju paralleele oma eelmise, ligi viieteist aasta taguse kukkumisega. Ka siis, sarnaselt sellele kukkumisele, murdis ta samuti libastudes randmeluu.

4.5.1. Ma tean, et ma pean (kuid mu mõtted olid mujal)

Nii nagu Ulvi kogemusloo lõigu järgi mõista võib, on tal väga palju neid asjaolusid, mida ta peab meeles pidama või ei tohi teha. Tema jutustusest kõlab hirm kukkumise eest ja see innustab tal ka ettevaatlik olema. Küll aga tuleb ette olukordi, mil ka temal juhtub. Nendel puhkudel „*mõtted olid ei tea kus ja absoluutselt ei pannudki tähele*“. Kuigi ta ohtlikke olukordi võrdlemisi sageli seostab tänaval liiklemise, aknast välja vaatamise, maapinna konarluste ja ringi käimistega, leiab ta et ka kodus peab kogu aeg selle peale mõtlema, et „*ei libise kuskil niimoodi, et hooletult astudes või või kuskilt hooga minnes*“ ning et põrandapinda neil ikka jätkub ja libedust ka. Alati ei õnnestu tal ka üle kanna või täistallaga astuda, sel puhul on ta abikaasa seda väga varmas märkama ja meelde tuletama. Enda kukkumisi ja viga saamisi ta küll peab üldjuhul õnnelike tagajärgedega, kuid siiski kõlavad need tema jaoks justkui läbikukkumised – püüdis küll, teadis küll, oli ettevaatlik küll - kuid ikka juhtus.

4.5.2. Hirm kukkumise ees

Ulvi väljendab hirmu kukkumise ees nii otsesõnu („*sest... hirm on... hirm on suurem*“), kui ka kordab kukkumise vältimise strateegiaid („*ma PEAN jala ette vaatama*“, „*astuma niimoodi täistallaga*“, „*pean valima, mis ma endale jalga panen*“).

Kuigi ta varasem suhteliselt sarnastel asjaoludel toimunud kukkumine on tal ka selle loo jutustades kogu aeg meeles, leiab ta et sel korral läks tal paremini. Käsi kasvas hästi kokku ja seda ei olnud varasema korraga sarnaselt vaja lahti murda. Seda pelgas Ulvi samuti. Oma eelmisest kogemusest sai ta ka õppida „*et ma mõtlesin siis kõik täpselt selle kõik samamoodi läbi, kuidas ma... mis mu'ga siis tehti ja kus ma siis käisin ja mis mulle siis õpetati ja mis ma peaksin tegema ja kuidas olla ja...*“.

Nii nagu Ulvi kukkumisse äärmise tõsidusega suhtub, jälgib ta ka oma tervist, külastades regulaarselt perearsti, kuulates ja järgides tema soovitusi ning kontrollides oma tervist terviseauditis.

Ulvi on hea tervisega ja selle üle rõõmus, omaga juhtunust rääkis ta kõigile hoiatuseks – „*ma arvan, et osatakse järeldusi teha*“. Koduste kukkumiste vähendamiseks soovitab ta eakatele teha loengute laadseid vestlusringe (et ei oleks liiga tõsine), kuhu võiks siis rääkima minna inimene, kes on ise ka õnnetuse läbi põdenud. See, leiab ta, paneks inimesed rohkem ise ka mõtlema. Tänavate libeduse ja konarluste kohta tal väga palju häid sõnu ei ole. Majaomanikelt tuleks kohe nõuda maja ümbruste koristamist ja pidevat hooldust, et talvel õues käijatel oleks turvalisem kõndida („*Majaesistel kõnniteedel on kõndimine talvisel ajal on ikka päris hull*“).

4.6. Kogemuslugu nr 6. Eevi

71-aastane Eevi elab ühes Eesti väikses alevikus, sadade kilomeetrite kaugusel pealinnast. Nende pere eramut ümbritseb talveunest ärkav ja hoolitsetud aed lillepeenarde, õunapuude ja marjapõõsastega. Toas akendel kasvavad väikestesse pottidesse külvatud taimed, mis on mõeldud õue ja kasvuhuonesse istutamiseks. Kukkumine, millest Eevi nõustus mulle rääkima, on üsna hiljutine, nõudis erakorralist meditsiinilist sekkumist ning mille traumaatilisusest ta veel üle saanud ei ole.

EEVI LUGU NR 1 KUNI KUKKUMISE HETKENI:

„*Ma läksin ommiku pool seitse
hakkasin nagu iga ommikul X minemise ringi ära*“

*ja hakkasin siit otse läbi minema, kus saab silla pealt läbi noh.. jõe pealt
ja see oli täiesti klaas jää.
Ma läksin küll niiviisi, et mul olid saapad, sellised saapad, mis ei olnud nii libed'
ja, tõstsin jalgu... pole jalgu tõstn'd, vaid lohistasin järgi
ja mõtlesin, noh, et ega siis ei ole,
ja sain üle silla ja natuke maad oli ja
ma olin selja peal nagu kirjamark,
käed-jalad laiali selle jää peal, selline laksakas käis“*

Eevi, esmalt küll kaalutlev ja mind umbusklikult jälgiv, on ta siiski jutustades siiras ja avameelne. Tema jaoks on juhtunu siiani väga traagiline, mille taolist ta varem läbi elanud ei ole. Eevi lähikondsed ja sotsiaalne võrgustik on aidanud tal nii füüsiliselt kui emotsionaalselt selle kogemusega toime tulla. Üksi jäädes tunneb ta siiani ärevust ja teeb kõik, mis aitaks tal tavapärase elu juurde tagasi pöörduda. Eevi väljendusviis on sümboliterohke, emotsionaalne ja kaasahaarav.

4.6.1. Ootamatu ja traagiline kogemus

Eevi kirjeldab seda kukkumise hommikut kui täiesti tavalist, mil ta „*nagu iga hommikul*“ oma „*minemise ringil*“ kukkus. Tol korral oli tema „*siit otse läbi*“ tee „*täiesti klaas jää*“. Ta küll kirjeldab, kuidas ta ettevaatlikult liikus („*pole jalgu tõstnud, vaid lohistasin järgi*“) ja kandis saapaid, „*mis ei olnud nii libedad*“, kuid siiski ta kukkus „*käed-jalad laiali*“ jää peale. „*See käis nii momentselt*“. Kohe alguses ei saanud ta ka aru, et nii tugevalt pea ära lõi - ta läks tööle ja koju jõudes pani haigele pealaele külma peale. Sellest, et asi on tõsine, sai õhtul aimu tema tütar, kes kiirabi kutsus. Eevi ei teadnud sellest enam oma sõnul midagi: „*ÕHTUKS ma olin ära närtsind, siis oksendasin*“. Kukkumine oli nii tõsine, et kohalik kiirabi saatis Eevi helikopteriga otse „*Tallinnasse operatsioonilaua peale*“ ja hilisem taastusravis õppis ta taas käsi ja jalgu liigutama.

Eevi ütleb, et on küll varasemalt „*jalgrattaga kukkunud*“ ja ka libedaga „*niiviisi kukkund*“, kuid mitte selja peale, vaid ikka „*põlvili maha või nõndamoodi*“. Sellist kukkumist, et „*oleks tarvis arstiabi olnud*“ ei ole tal varem olnud: „*jah, nii jõhkrat pole mul ennemalt olnud, kui nüüd seekord*“. Kuu aega „*enne seda*“ aitas Eevi oma naabrinaist, kes „*oli poe taga pikali maas*“ oskamata aimata, et varsti ka tal endal kiirabi kutsumiseks ja taastumiseks abi vaja on.

4.6.2. Tahan endist elu tagasi

Eevi jaoks on arsti nõuanded olulised – kogemus on uus ja ta teeb kõik selleks, et võimalikult kiiresti oma tavapärase elu juurde tagasi pöörduda. Ta suudab vaatamata olukorrale siiski rõõmsaks jääda ja nalja visata:

„ega siis - KERGE mul sellega pole, sest ma ma olen söukse kiire pööru ja sellise sedamoodi inimene, kes tahaks palju kiiresti teha, kõik asjad peab kiiresti rass-rass valmis olema“.

Kohe intervjuu alguses näitab Eevi enda valmisolekut teha seda, mida vaja teha on, küsides minult *„Ma räägin nii palju, kui ma oskan, jah. Mis ma räägin siis?“* ning intervjuu ajal täpsustab, et ega ma juhtumisi tervise valdkonnas ei tööta, ta oleks tahtnud midagi küsida. Ka arstide ja taastusravi arstide nõuandeid võtab ta tõsiselt ja käitub nende järgi, masseerib, teeb soojasid veevanne, puhkab ja lisab, et ka ise end teadlikult tagasi hoiab: *„võib ju natuke aega tagasi ka tõmmata.. peab see siis neid kõik asju kõik korraga tegema..“.*

Ka sellist tervet ja praktilist lähenemist probleemidele on tema selgitustes tihti kuulda (*„tõi külmkapist juurikate kottisid“*, *„aint vaatan lehe läbi ja rohkem ma eiigi vaata ka“*, *„kikerdasin ennast sealt..“*).

Eevi võtab oma praegust taastumist kui ajutist olukorda, oma paranemise ja igapäevaste edusammude alusel on tal põhjust arvata, et ta keha funktsionaalsus taastub. See on tema peamine mure ja motivaator teha harjutusi, püsida paigal, olla ettevaatlik ja kõndides seina vastu või rulaatorile toetuda. Ka oma magamise aseme tõi Eevi maja esimesele korrusele.

4.6.3. Ärevushoog tuleb peale

See, et kukkumine ja selle tagajärjed Eevile tõsise jälje jättis, avaldub intervjuu lõpu poole, mil ta tunnistab, et ta veel ei ole selle olukorraga ära harjunud *„nüüd on sihuke PSÜÜHIKA, kord on... tuleb siuke nagu ärevushoog tuleb peale“* ja *„...ajasin ennast nii närvi juba sealt ära tulemisega“*. Eevil on hea meel, et tema praegune elu on tema eest korraldatud – lapsed on kogu aeg kodus või viivad ta päevaseks ajaks kellegi juurde:

„Noh, kui ma pean nüüd kaksteist tundi täitsa üksi olema, siis tulevad igasugused imelikud mõtted ka pähe ja siis on igav ka, sellepärast mul ongi parem, kui ma kusagil mujal saan nõndamoodi olla, et nagu on, ajab mõtted teiseks..“

Imetlen tema rõõmsameelsust, tema edusamme taastumisel ja praktilist optimismi: *„Noh. LIIGUN hästi palju ikka jah. Ja katsun optimist rohkem olla“*. Hea on, kui saab tegutseda ja *„natuke teiste*

inimese seas ka olla“. Tunne, et ta ikka veel vajalik on, annab talle energiat juurde nii nagu ka lähedaste tugi.

Küsimusele, **kes või mida peaks tegema**, et koduseid õnnetusi vähem oleks ei oska Eevi kohe vastata, küll aga leiab ta kiiresti, enda kukkumise lugu mõttes, et „*inimene peab ise olema [...] ja vaatama rohkem*“ ning libedaga peaks „*seda tõrjet ikka rohkem ikka tehtama*“. Kokkuvõttes leiab Eevi, et „*ei ole keegi kindlustatud sellest*“, kas temaga õnnetus juhtub või ei juhtu. Kuid lähedased toeks, siis inimene ise ka rõõmsam, võibolla ka ettevaatlikum – ka „*pea laiali otsas*“ ning „*oma mõtetes*“ ringi käimine võib ka kergemalt kukkumiseni viia.

4.7. Kogemuslugu nr 7. Valdek

Valdek on 71-aastane pealinlane ja ta elab ilma liftita kortermaja viiendal korrusel. Korterist välja saab ta pigem harva – kolm aastat tagasi amputeeritud jalg võimaldab tal liikuda peamiselt ratastooli või jalaproteesiga.

4.7.1. Nagu vang oma koduseinte vahel

Valdeku hiljutine ratastooli jäämine on ta elu väga palju muutnud. Lühikese aja jooksul toimunud suured muutused on mõjutanud ta toimetulekut, elutunnetust ja arusaamu. Kohati tunneb ta ennast kui vang oma koduseinte vahel, kontaktid välismaailmaga on piiratud.

Kodused ja ka varasemad töö juures toimunud kukkumised, millest ta mulle räägib, on seotud segaste asjaoludega. Ka liikumisabivahendite kasutama õppimine ja olukorraga harjumine ei ole olnud lihtne. Neist on ta ise ja ka lähedased õppinud. Valdekul on käe ümber käiv hädaabi kutsuv nupp, kuigi ta tunnistab, et alati see siiski tal käe peal ei ole. Valdeku olukord ei tekita temas häid tundeid.

4.7.2. Olukorra on tekitanud teiste oskamatus

Nii mitmeski loos räägib Valdek inimesest, peamiselt mingi ameti esindajatest, kes mingil põhjusel või midagi on märkamata või valesti teinud/soovitanud. See, et ta esmalt oma varvastest, seejärel poolest jalast ilma jäi, peab ta oskamatu ravi või ebapädevate soovitude tagajärjeks. Valdekule sobib kui ta saab ise otsustada enda elu üle ja sellised soovitused, mis sisaldavad valikuid, sobivad talle rohkem kui käsud ja keelud.

Lugusid jutustades tuli ette, kus ma justkui pidin ise arvama, mis mõnda olukorda võis tekitada („*no vaata ise*“). Kuigi tundes end oma olukorra ohvrina, väljendab Valdek end teinekord üsna teravalt, andes märku kibestumusest. Selle suunab ta välise ja/või sisemise maailma peale.

4.8. Kogemuslugu nr 8. Martin

63-aastane Martin elab oma perega umbes 10-minutilise autosõidu kaugusel Tallinnast. Tema viimane kukkumine toimus seitse päeva enne intervjuud. Saame temaga kokku kohvikus päevasel ajal.

Martini viis kukkumist kirjeldada on tasakaalukas: ta on teinud omale juhtunust juba järeltused, need on läbimõeldud, lähedaste, sõprade ja perearstiga läbi peegeldatud. Ta täpselt ei mäleta ega mõista, kuidas ta võis nii tuttavas kohas trepilt kukkuda. Välise keskkonna ohutuna hoidmist võtab Martin suuresti kui enda vastutusel olevat – ta räägib, mida ta on juba kodu ohutumaks muutmisel erinevatel ajaetappidel teinud, milliseid võiksid ja peaksid olema ehitusalased nõuded ja soovitused. Sarnase kaalutleva empaatiaga läheneb ta ka oma sisemaailmale ja sotsiaalsele võrgustikule.

Oma kukkumist kirjeldab ta kui väikeste pisiasjade kokkulangemist ning kui veidi rumalat olukorda, mis oleks võinud väga halvasti lõppeda.

4.8.1. Kukkumine kui hetkelise hooletuse tagajärg

Üksikud väikesed sündmused (öine valgustus oli väljas, ei märganud tagasi panna). Unise ja veidi vindise peaga, astus trepist mööda, kukkus 6-7 astet alla. Üks unustas ühe, teine ei märganud teist, ja nii õnnetus tuligi.

Ka Martinil, nii nagu Ulvilgi tuleb meelde varasem sarnane kogemus just saadud vigastuste tõttu – hing jäi kinni, ribid murdusid – just nii nagu aastaid tagasi toimunud juhtumil. Seda, kas arsti juurde pöörduda või mitte, otsustas ta järgmisel päeval, hinnates oma olukorda ja võrreldes enesetunnet varasema kogemuse ja varasemate teadmistega sarnaste vigastuste ravi kohta. Pereliige kukkumist ei kuulnud, magas sügavalt, teist pereliiget ei olnud kodus – kui ta oleks kaela murdnud või hing olekski kinni jäänud, mis siis oleks saanud?

4.8.2. Välise keskkonna ohutuse tagamine ja mõttemaailma korras hoidmine on olulised

Kui jõuame nende põhjusteni, mida Martin arvab, et kukkumisi põhjustavad, kostub mitmeid ehituslike ja elukeskkonda turvalisemaks muutvaid näiteid. Ta on ka ise oma kodus trepile lisanud

käsi puu, vastutanud varasemalt halduse eest. Uutele majadele tuleks kindlasti ehituslikke kohustavaid lisanõudeid panna, mis kodude turvalisust aitaksid tagada. Samuti saab väga lihtsate vahenditega lisada tubadesse või koridoridesse öiseid valgusteid.

Olulisena jäi Martini jutust kõlama ka sõprade ja usalduslike sotsiaalsete suhete tähtsus. Oma vaimset tervist, emotsioone ja ka riskantseid käitumisviise peab sõber ikka sõbrale ausalt tagasisidestama ning vahest ka ütlema, et „*Kuule, nüüd läksid sa küll üle piiri*“. Martinil endal, nii nagu mulle kõlama jäi, on selliseid isikuid mitu, keda ehk tema antud soovitusel ja kogemused on edasi aidanud.

4.9. Kogemuslugude koondtulemused

Kõik kogemuslood olid erilised ja oma jutustajate „nägu“. Erinevad olid nii kukkumise kohad, nendeni viinud olukorrad, inimesed ise: nende iseloom, tervislik seisund, maailma mõistmine ja jutustamise stiil. Teatavaid sarnasusi lugudes küll ilmnes, kuid materjal oli väga külluslikuks ning rikkaks analüüsi allikaks. Nii kujunesid üsna erinevaks ka minu poolt kogemuslugude alusel loodud versioonid kukkumiste mõistmisest.

4.9.1. Kuidas koduseid kukkumisi mõisteti?

Anne kogemuslugudest joonistus välja tuttav vs veidi võõras väliskeskkond kui mõjutaja, tema enda veidi tormakas loomus ning sündmuse toimumise järgne kaalutlemine, kas on arstiabi vaja või mitte. Tema jutustatud lugude hulgas oli nii selliseid, mille tõttu ta ravi vajas ja sai, kuid ka neid, mille korral ta arstide poole ei pöördunud. Abi kutsujaks oli alati keegi teine, enda õnnetustest ta väga ei räägi ja püüab ise kohaneda ja olukorraga hakkama saada. **Kukkumine on midagi, mis eluga kaasas käib, kuid millest tuleb üle olla. Kukkumine võib muutuda ohuks autonoomsusele.**

Oskari jutustust iseloomustas tema oskus ohte ette näha, olukorda hinnata ja selle pealt otsustada. Kukkumisi ei ole tal sageli olnud ning ta käsitles seda ühekordse juhusena, millele ei peaks ülemäära tähelepanu pöörama ega sellest lähtuvalt tema kohta järeldusi tegema. Nii ei soovinud ta ka loo sidumist oma tervise, lapsepõlve ega tavapärase käitumisega. **Kukkumine on üksikjuhtum, mida ei tasu suureks puhuda. Kukkumisi ikka juhtub.**

Ellenit vaevavad tervisehädad (mitmed kroonilised haigused, nii erakorralised kui plaanilised arstide poole pöördumised) ning nendest rääkimine on muutunud talle harjumuseks. Elleni kukkumised on

peamiselt toimunud krooniliste tervisehädade tõttu. Ta tunneb end sageli ohvrirollis olevat, saadud kogemused on teinud ta ettevaatlikuks ning ta väldib üksi väljas liikumist. **Kukkumine on halva tervise tagajärg. Kukkumine on võimalus tähelepanu saada.**

Teele on oma elus palju kukkunud, nii toas, trepikojas, tänaval, lasteaias, rattaga kui mujal, neist on saanud üks osa tema elust. Peamisteks kukkumiste põhjustajaks pidas ta lapsepõlves saadud põlvetraumat ning oma hulljulgust. Teele tahe tegutseda ja julgus riske võtta innustab teda aktiivselt liikuma, treeningutel osalema ja endale sobilikke abivahendeid soetama. **Kukkumine käib aktiivse eluviisiga kaasas. Kukkumine on füüsilise puude tagajärg.**

Ulvi kaks kukkumise lugu on teineteisega väga sarnased. Need on jutustustes omavahel väga tihedalt seotud. Ulvile on ettevaatlikkus väga omane ja õpetussõnad, kuidas olla, mida teha ja mida tähele panna saadavad teda igal pool. Kohati heitis Ulvi omale kukkumisi ette ja tema lugudest jäi kõlama alateadlik hirm kukkumise ees. **Kukkumine kui läbikukkumine. Kukkumine kui hetkelise hooletuse tagajärg (millel võivad olla rängad tagajärjed).**

Eevi kukkus alles hiljuti ja nii tõsiselt, et vajab operatsiooni, see on siiani tema jaoks ootamatu ja traagiline. Varasemaid ränkasi kukkumisi tal ei ole olnud ning kogu tema tähelepanu on suunatud oma endise elu juurde tagasi pöördumisele. Üksi jäädes tunneb ta siiani ärevust ja vajab lähedaste tuge, et toimunuga hakkama saada. **Kukkumine on ootamatu ja võib hetkega kogu elu muuta.**

Valdeku kolme aasta tagune ratastooli jäämine on ta elu palju muutnud. Tema kukkumised on olnud tingitud abivahendite harjumatust käsitlemisest või asjaoludel, mis jäid mulle segaseks. Kohati tunneb Valdek end kui vang omaenda kodus ja peab olukorra eest vastutavaks teisi. **Kukkumine kui oludega kohanemise tagajärg. Kukkumine kui ebasoodsate tingimuste kokku langemine.**

Martin hindab oma viimast kukkumist rumalaks vahejuhtumiks. Ta analüütiline ja arutlev meel jõudis sündmuse vaatamata selle värskusele juba enese jaoks läbi mõtestada. Välise keskkonna ohutuna ja mõttemaailma korras hoidmise eest vastutuse võtmine kõlas ta jutustuse alatoonidest läbi. **Kukkumine kui hetkelise hooletuse tagajärg (millel võivad olla rängad tagajärjed).**

Kukkumisi tõlgendati nii dramaatilise ja elumuutva kogemusena, tavalise üksikjuhtumina, paratamatu olukorra või tavapärase elu juurde käiva sündmusena. Sõltuvalt vastajast oli ka koduse kukkumise fookus ja asjaolude rõhuasetus erinev. Vahest oli vastaja „põhimure“ mõni varasem vigastus,

krooniline haigus, tormakam iseloom, uimane või mõtetes olemine, vahest tõdeti lihtsalt, et ikka juhtub.

Nende lühikeste hetkedeni võisid viia väga erinevate riskitegurite koos, järjest või ootamatu esinemine, kuid tagajärgede traagilisus ei pruukinud sellega väga selges seoses olla. Näiteks võis libedal jääl kukkudes lüüa ära pea ja leida end 24h pärast operatsioonilaua ja järgmisel paaril kuul õppida taas käima, jalgu ja käsi liigutama või kukkuda supipott või unise peaga terve korruse võrra alla ning saada vigastusi, mis vajavad küll järelevalvet, kuid mitte meditsiinilist sekkumist ega hilisemaid pikemaajalisi tagajärgi.

Intervjuu jaoks „ette valmistatud“ lood jutustati üldjuhul detailsemalt: kirjeldati ja avati põhjalikumalt kukkumiseni viinud situatsioone (tervise seisundit, tegevust, füüsilisi esemeid), kukkumissituatsiooni ennast (saadud vigastusi, esimesi mõtteid, emotsioone, vahetult järgnenud tegevusi) ning ka kukkumisele järgnenut (mis edasi sai, mida tehti, kuidas kujunes) koos tehtud järelduste ja/või tehtud ümberkorraldustega. Kukkumisi, mida intervjuu käigus veel meenutada või lisaks jutustada, niisuuere detailsusastmega ei jutustatud - need seostati varem räägituga või anti edasi märksõnaliste vihjete kaudu.

Vastavalt toimunu tagajärgedele ja sellele ajahetkele, millises sündmuse „läbitöötamise“ faasis vastaja parasjagu oli, sõltus ka see, millisele osale jutustuse suurem tähelepanu läks. Üldjuhul oli see seotud vastaja „põhimure“ või „põhiteemaga“ ning kalduvusega olla **tulevikule, olevikule või minevikule orienteeritud**. Tulevikule orienteeritud vastajad väljendasid sagedamini, et kukkumine ja selle tagajärg on neile mingit tüüpi takistuseks edasi liikumisel. Minevikule keskendunud vanemaealised selgitasid, põhjendasid ja arutlesid pikemalt teemal, mis-miks-kuidas oli, mis-kes-kus oleks pidanud olema ja kaldusid sagedamini tänasele olukorrale süüdlast otsima. Olevikus elavad inimesed tegelesid sagedamini oma emotsioonide, olukorra hindamisega ja analüüsisid nii olnut, praegust kui võimalikku tulevast olukorda. Olid märkavamad nii oma tervise seisundi, keha toimimise kui käitumise suhtes.

4.9.2. Milliseid kukkumise riskitegureid välja toodi?

Kukkumise kogemuslugudes toodi otsesõnu või vihjates välja palju ja erinevaid riskitegureid:

- asjaolu, et **kedagi polnud** sel hetkel läheduses või tehti tegevust, mida tavaliselt **koos või teiste poolt** tehti;

- mainiti väga **tavalisi, igapäevaseid toiminguid** nagu trepist alla, kööki, vetsu, pesema, prügi välja viima **minemist**, mingi tegevuse jaoks esemele **ronimist**, toimingute **tegemist**, esemetele **toetumist** või neist **kinni hoidmist/lahti laskmist**;
- nimetati **treppide, käsipuude, lülitite, liikumise abivahendite** olemasolu, nende asukoha teadmist, nendeni ulatumist või nende kasutamisoskust või kuivõrd nende sihipärane kasutamine sel hetkel õnnestus;
- tihti toodi välja kõvasid **esemeid, mille vastu** end kukkudes ära löödi (sein, põrand, kapinurk, klaver, küttekolde, maapind), vahest eraldi rõhutades, millisest **materjalist** see oli (tsemendist põrand, metallist uksepiit, klaasjäät maapind, pesuga kaetud põrand) või millises **olekus** ta sel hetkel oli (kuum, jääne, konarlik, libe, liikuv);
- väga sageli nimetati ära ka **ruumid või alad, kus** kukkumine aset leidis **või kuhu** plaaniti minna (trepikoda, kelder, sahv, köök, WC, vannituba, saun), kuid mitte alati nii konkreetset, vaid üldistatult (oldi siin, toas, õues, kodus, tütre juures või mindi sinna, tuppa, õue, kiirabisse, poodi, töökohta, kuskile);
- mõnede kukkumiste kohta öeldi lihtsalt, päris täpselt **ei mäleta** või **ei teagi**, miks just seal oldi või mida tehti;
- vahest mainiti, et oli midagi olulist **jäänud märkamata või tähelepanuta** (esimene või viimane trepiaste, lahtine luuk, külmunud veeloik, lüliti asukoht, lahtine vaibaserv, maapinna konarus, pesurest) või **kiirustati, oldi enda mõtetes**;
- ümberringi võis **olla pime** või **miski takistas vaadet**: tuli oli kustunud või ei põlenud, oli õine aeg, asjad olid käes, oldi unine või uimane ja nägemine hägustunud, vaadati mujale või ei vaadatud üldse;
- mingid asjad, olukorrad või tegurid **takistasid liikumist** (vaibad, konarused, libedus, aste), **reageerimist** (asjad käes, ei jõudnud haarata, pea oli uimane, kukuti reageerimise mõttes vales asendis, pimeduses ei näinud) või **tasakaalu hoidmist** (laud läks käe alt ära, oli libe, tasapind muutus, panin käed ette, võtsin käed ära, ei hoidnud kinni)
- vahest **kadus tasakaal** ära kadus ning **ei saanudki aru**, miks kukkumine aset leidis;
- **kukkumise toimumise hetkelisust** ja seda, et ei jõutud reageerida, ei reageeritud adekvaatselt, ei osatud olukorda hinnata või olusid arvestada: kukuti kuidagi vales asendis, selg ees, pea ees, jalad ees, koos ratastooli, ratta või käimisabivahendiga;

- välja toodi ka **endale iseloomulikke isikuomadusi** nagu tormakust, hulljulgust, mõtete või tähelepanuga mujal olemist, ettevaatlik olemist;
- kukkumine võis toimuda **libedusest**: jää ja lume tõttu; **valede jalanõude** või **valesti kõndimise** tõttu;
- **tervisehädasid, hetkeseisundit** või **vanust**: süda rütmist väljas, varasemat vigastust, alkoholi tarvitamist, pea uimasust, pildi ära kadumist, vanuse tõusuga kaasnevat;
- mainiti, et **raske oli püsti saada** (ei ulatunud abinupuni, veri voolas, jõud kadus ära, ehmatus oli suur) ja muret, kuidas üldse püsti saada või saadud vigastusega toime tulla);

Kukkumise sündmust alati ka ise ei mainitud: oldi kuskil ja tehti midagi ... ja siis avastati end pikali või teisel tasapinnal. Põhjuseid ja seonduvad asjaolud tuli siis ise juurde mõelda või aimata.

Positiivse poole pealt toodi välja, et oli hea, et peapööritust ei olnud, keegi pereliikmetest või võõrastest lähedal oli ja aitas, ikka lõpuks ise püsti, kinni haarata, või sündmuskohalt ära minna suudeti. Head meelt tunti ka lõpuks arsti juurde ja ravile jõudmise üle ning kiideti arste hoolivuse, tõhusa ravi või kiire reageerimise eest. Rõõmu tunti, et muud kehaosad (põlved, nägu, pea vms) viga ei saanud, klaasikildude, kivide või muude kukkumiskohale lähedal olnud esemetele ei kukutud.

Üldine **rõõm oli, et niigi hästi läks** - et vigastused nii suured ei olnud – ning tõdeti, et oleks võinud palju hullemini minna. Kasuks tuli, et paks müts kukkumise ajal peas oli või paks mantel seljas, vannitoa põrandal käterätikud maas ja pesurest oli, aste või kukkumine nii kõrge ei olnud.

Tänati õnne, kaitseingleid, tugevat keha, esiisade verd, visadust ja enese hakkama saamist, kiiret abi saabumist või abivajaduse märkamist. Hea oli, et oli keegi, kes helistas kiirabisse, andis rohtu, pani jääd peale või tuli appi.

4.9.3. Milliseid tegevusi ja olukordasid kukkumisega seostati?

Koduseid kukkumisi seostati tavaliste **igapäevaste** tegevustega (või jalgratta keldrisse viimisega, sahvrisse millegi viimise või sealt toomisega, jalgrattale otsa minemise või sealt maha tulemisega, prügi välja viimisega, tööle minemisega), kuid ka **veidi harvemini tehtavate** või **uute** tegevustega (õunapuu okste lõikamise, kiirabiautosse minemise, uues kodus ringi liikumise, purkide keldrisse viimise, saunas käimise, kogemata toetamise või uue abivahendi kasutamisega).

Kuigi intervjuu põhiteema oli kodus kukkumine, siis meenutati ja seostati seda peaaegu alati mõne sarnase, kuid veidi teistlaadi kogemusega. Seoseid loodi lisaks varasematele kodustele kukkumistele, ka **teistel põhjustel saadud vigastuste** (rünne, liiklusavarii, luude lahti murdmine, operatsioon), **teistes asukohtades** (tänaval, kaubanduskeskuses, töö juures, lasteaias) toimunud kukkumistega. Sündmusi seostati ka läbi teiste sarnaste vigastuse asjaoludega: **sama kehaosa** (rindkere, pea, jala, käe, randme puusa, põlve, jala, ribi), **sarnase vigastusega** (luumurd, muljumine, lahtine haav), **sarnase takistuse või tegevusega** (komistasin, astusin mööda/alla, ratta peale/maha, samast luugist/trepist/) või vahest ka **teiste isikutega** (naabrinaisega, lapsega, vanaemaga) toimunud kukkumistega.

Ja ega väga täpselt ju vastaja sisse ka ei näe, milliseid seoseid tegelikult koduseid kukkumisi meenutades tekkis, siin töös saan rääkida vaid neist, milliseid valiti mulle intervjuu toimumise ajal rääkida.

5. JÄRELDUSED, DISKUSSIOON JA SOOVITUSED

Kui ma intervjuusid planeerides arvasin, et olulisemad tegureid, mis jutustusi mõjutama hakkavad, on viimase kukkumise toimumise aeg ja kukkumise füüsilised tagajärjed, siis peale intervjuude läbi viimist ja kogemuslugude analüüsimist ma enam nii ei arva. Lugudest ja nende edasi andmise viisist on palju õppida ja olen neist mitmeid järeldusi teinud. Kogesin, et mida narratiivsemalt esitatud lood, seda suurema võimaluse need annavad lugusid „valesti“ tõlgendada. Iga sõna on nagu märk ja vihje, mida lugeja enda seisukohast tõlgendab ja see ei pruugi kogemuse „omaniku“ tõlgendusega sugugi kokku minna.

Tuginedes eelnevatele magistritöö osadele, diskuteerin siin peamiste kogemuslugudest saadud tulemuste üle, teen järeldusi ja pakun välja soovitusi edasisteks tegevusteks. Peatüki lõpetab valitud meetodi kriitika.

5.1. Diskussioon ja järeldused

Uurisin peatükis 4 kaheksat erinevat intervjuueeritud inimest nende esitatud kogemusloo alusel ja tõin peatükis 4.9 välja koondvaate ja enda interpretatsiooni sellest, kuidas nad oma kukkumisi mõistsid, riskitegureid välja tõid ja milliseid olukordi kukkumistega sidusid. Siin peatükis diskuteerin ja toon välja enda poolt tehtud järeldused.

Sain teada, et oma kogemuslugusid mõistetakse väga erinevalt, mida kinnitab ka teooria (Patton, Vincenzo, & Lefler, 2021) ja need iseloomustavad patsiendi kogemust. Kogemuste analüüs on kukkumiste vähendamise oluline sisend (Shaw, Connelly, & McWilliam, 2014) (Miller, Sinding, Griffith, Shannon, & Raina, 2016), (Clancy, Balteskard, Perander, & Mahler, 2015) ja kui vaadata minu analüüsis leitud erinevaid tähendusi kukkumistele, siis mõistame, et tõesti on vaja neile erinevalt läheneda.

Kukkumistele leitud tähendused olid järgmised:

1. Kukkumine on midagi, mis eluga kaasas käib, kuid millest tuleb üle olla.
2. Kukkumine käib aktiivse eluviisiga kaasas.
3. Kukkumine on halva tervise tagajärg.

4. Kukkumine on füüsilise puude tagajärg.
5. Kukkumine kui oludega kohanemise tagajärg.
6. Kukkumine kui ebasoodsate tingimuste kokku langemine.
7. Kukkumine kui läbikukkumine.
8. Kukkumine on võimalus tähelepanu saada.
9. Kukkumine võib muutuda ohuks autonoomsusele.
10. Kukkumisi ikka juhtub.
11. Kukkumine on üksikjuhtum, mida ei tasu suureks puhuda.
12. Kukkumine on ootamatu ja võib hetkega kogu elu muuta.
13. Kukkumine kui hetkelise hooletuse tagajärg (millel võivad olla rängad tagajärjed).

Nagu näha seostuvad tähendused sarnaselt WHO, CDC ja teiste kukkumise ennetamisega tegelevate organisatsioonide juhismaterjalides riski- ja kaitsetegurite liigitusega. Kukkumistele omistatud tähendused on seotud ootamatute olude kokkulangemise ja dünaamilisusega (Klenk, et al., 2017) (Kerse, et al., 2008), on seotud hirmuga tagajärgede (Halvarsson, et al., 2011).

Kui (Mahler & Sarvimäki, 2011) leidsid, et kukkumishirmust aitas üle saada rutiin ja korduvad teadlikud tegevused, siis sarnast toimetulekumustrit märkasin ka Ulvi juures. Tema kukkumishirm oli muutunud mingis mõttes rutiinseks ettevaatlikuseks, ja kukkumine tähendas mingis mõttes läbikukkumist (narratiiv nr 7), siis Eevi kukkumine oli väga hiljutine ja hirm äsja tekkinud, välja kujunemata (loodud narratiiv nr 12), siis võib tõesti mõista mida metanalüüs (Schoene, et al., 2019) mõtleavad kui ütlevad, et kukkumishirm ei pruugi olla niivõrd seotud sündmuse enda esinemisega kui võrd elukvaliteediga.

Kukkumisi enamiku teoorias toodud riskiteguritega, nii krooniliste tervises seisundite, korduvate varasemate kukkumiste, vanuse ja vanusest sõltuvate kognitiivsete võimetega. Ravimite mõju, haigusseisundeid ja mitme erineva ravimi koos tarvitamist ei toodud aga nii sageli jutustustes välja kui teaduskirjanduse (Muir, Gopaul, & Montero Odasso, 2012) (Bergen, Stevens, Kakara, & Burns, 2021) alusel arvata võib.

1.

Nii nagu punktis 4.9.3 kirjeldan, tuuakse kukkumisega seonduvalt välja mitmeid väga tavapäraseid tegevusi ning seostatakse läbi sündmusi läbi mitme võimaliku vaatenurga. Sama kinnitavad 13

teeneteisest mõneti erinevat loodud narratiivi. Nii nagu näiteks ka (Wong & Hogan, 2013) oma tulemustes leiavad, ei ole tähtis niivõrd asukoht või vigastus, kuivõrd see, mis inimesi innustab riske vähendama ja aktiivselt elama. Tähenduse loomine alusel toimub narratiivi loomine (Annus, 2002) ja mälus seoseid nii läbi tähenduste kui teiste dimensioonide.

Kui võrrelda vanemaealiste kukkumise narratiive uurinud teadlaste grupi tulemusi minu töös leituga, siis tunnen ma intervjueeritavad nende kolme narratiivi „Naised on hoolitsejad“, „Mehed analüüsivad riske ja muudavad oma käitumist“ ja „Me teame seda kõike“ (Patton, Vincenzo, & Lefler, 2021) alt ära küll. Kuigi ma ei saa öelda, et oleksin ise midagi sarnast oma tulemustes saanud – minu eesmärk ei olnud testida sekkumiste ja soovitude vastuvõtlikkust vaid kirjeldada eksisteerivaid mõistmisi, et nende alusel anda soovitusi ennetustegevusteks. Kuid jah, ka mina saan täna öelda, et nii Oskar, Martin kui Valdek väljendasid analüütilist lähenemist ja tõid esile neid asju, mida nad olid saanud kogemuste alusel muutnud. Ma ei saa öelda, et naiste hulgas seda analüütilisust ja käitumise muutmist ei olnud, oli küll. Naised väljendasid ka minu uurimuses hoolitsemise soovi ja harjumust läbi oma poolt väljendatud käitumiste, tegevuste ja väärtuste. Kuid seda tegid ka mulle vastanud mehed. „Me teame seda kõike“ – kindlasti oluline sekkumiste läbi viimise kampaanial arvestada. See saab ka Eestis parajaks väljakutseks, sellest arusaamast jagu saamine.

Toetudes eelnevale analüüsile ja saadud tulemustele, julgen teha koduste kukkumiste asjaoludest ja kogemustest alltoodud järeldused.

1. Teadlikkus kukkumise riskitegurite kohta on vanemas eas inimestel kõrge, neid toodi jutustustes väga erineval moel välja. Küll aga väljendati füüsilise maailma objektide või riskikäitumisega seonduvat sagedamini kui tervises seisundiga seonduvaid asjaolusid. Neid tuleb kuulajal ise osata märgata, ära tunda või üle küsida. Teadlikkus ravimite mõjust või koosmõjust enesetundele võib inimesele teada olla, kuid ta ei väljenda seda sageli kukkumiskriisina. Psühholoogia tundmine, empaatia ja oskuslikult esitatud küsimused saavad neid riske paremini teadvustada või ennetajale, kes ei ole inimese haiguslooga kursis, välja tuua. Selle info teadmine on ennetussoovituste pakkumiseks ülioluline.
2. Inimeste jaoks ei ole niivõrd suur vahe, kus kukkumine toimub kas kodus või mujal – tema kogemus salvestub episoodilisse mälu sarnaselt ja seostub nii sündmuste eelloo kui tagajärgede raskusastme või neist üle saamise mehhanismidega.

3. Sageli seostub kukkumine ka teist laadi viga saamisega ja traumaatiliste kogemustega, milles on inimese jaoks sarnaseid põhjus-tagajärg seoseid, tegevusi, füüsilisi asukohti, kehaosi, juures viibinud või mitte viibinud isikuid. Kodus kukkumisi seostati enamasti väga tavaliste ja igapäevaste tegevustega. Tegevuste harukordsus ilmes pigem väikestes nüanssides ja olukorra uudsuses.
4. Ravi ja taastumise mõttes on küll oluline kukkumise aeg ja tagajärjed, kuid sellest olulisem määraja on, kuidas inimesed selle kogemusega emotsionaalselt toime tulevad ja milliseid järeldusi nad enda jaoks teevad.
5. Inimeste võimekus füüsilistest vigastustest paraneda on väga erinev. Füüsilise tervise mure võib olla nii väljakutse leida uusi ja nutikaid lahendusi tegemaks seda, mida hing ihkab/ vaja teha on, kuid see võib olla ka takistus, mille tõttu asjad tegemata/elu elamata jääb.
6. Inimesed on sotsiaalsed olendid, kuigi nende vajadus tihedate sotsiaalsete suhete järgi ei pruugi olla suur, aitab usalduslik või teineteist aktsepteeriv võrgustik elumuredega ja ootamatute olukordadega toime tulla. Isolatsiooni jäetus, sõltumata selle põhjustest, pärsib tervenemist ja igapäevaeluga toimetulekut, mõjutab abi saamist ning abi kutsumist.
7. Kukumised ja teised traumaatilised kogemused võivad olla inimesele ka kui võimalus saada tähelepanu, sh kaastunde või ühenduses olemise tunde kaudu.
8. Kui inimene arvab, et ta peab oma eluga ise hakkama saama, siis kipub ta abi otsimist/kutsumist vältima või edasi lükkama ja mõned kukumised võivad jääda „koju liiga kauaks“.
9. Koduste kukkumiste vähendamiseks annab soovitusi igaüks sellest lähtuvalt, mida ta ise vajab või teiste suurimate eksimustena näeb.
10. Lihtne on soovitada, palju on keerulisem on nende järgi talitada. Isegi kui tead ja hoiad meeles, ikka võib õnnetus juhtuda.
11. Kui ennetus räägib riski- ja kaitseteguritest, siis inimene ise räägib sellest, mis talle tähtis on. Kui tahetakse, et ennetus oleks tõhus, tuleb need omavahel kokku viia. Kukumised ei ole niivõrd riskitegurite koosilmnemine kuivõrd see, kuidas me midagi teeme või mil moel neisse suhtume.
12. „Ole ettevaatlik!“, „Ära torma!“ ja muu selline ei toimi. Käsud-keelud-reeglid küll mõjutavad käitumist, kuid neile tähenduse andmine mõjutab sellesse suhtumist ja käitumist.
13. Kaaslaste, lähedaste tugi aitab hoida vaimset tervist ja ootamatute olukordadega toime tulla. Samuti aitavad usalduslikud suhted probleeme varem märgata ja neile reageerida.

14. Õppimist, eriti teiste kogemusest õppimist pärssivad arusaamad on vanemas eas juba väga juurdunud - nende mõjutamine teadlikkuse tõstmise ja pelgalt info jagamisega on väga keeruline. See võib, kuid ei pruugi, muutuda alles peale ränka isiklikku kogemust.

Puudulikud teadmised kukkumise kontekstist või inimese taustast või selle ekslik tõlgendamine võib viia ekslike järelduste tegemiseni ja mittesobilike soovitude andmiseni kukkumiste vähendamisel. Jutustustes ei ole alati aru saada, mis või miks juhtus, sest osasid tegureid ei soovita, ei peeta oluliseks või ei taibata olulistena juurde lisada. Ei ole olemas konkreetset „paketti“ kohustuslikest kukkumisele viinud teguritest, need kombineeritakse vastavalt oma paremale äranägemisele.

Lähtuvalt uurimistöö raames saadud tulemustest, järeldustest ja diskussioonist pakun välja valiku võimalikke tegevusi, mida kukkumiste vähendamiseks ette võtta.

5.2. Soovitused

Selleks, et kodus kukkumisi Eestis vähendada, soovitan:

1. julgustan vanemaealistega tegelevaid spetsialiste sagedamini kasutama avatud vestluse ja/või motiveeriva intervjuu tehnikaid;
2. koostada juhendmaterjal sobilike näidisküsimustega motiveeriva intervjuu läbi viimiseks;
3. vaadata üle kasutusel olevad kukkumiseriskide hindamise töövahendid ning võimalusel lisada neile avatud vestluse ja/või motiveeriva intervjuu tehnikal põhinevaid osi;
4. pakkuda inimesele füüsilise trauma (nt kukkumise) järgi psühholoogilist tuge ja eneseabi nõustamist;
5. kukkumise ennetamine võiks olla ka üks osa psühholoogilise nõustamise juures;
6. keskenduda kukkumise ennetamisel valikulisele ennetustasandile ja
 - 6.1. defineerida vastavalt riski- ja kaitseteguritele väliselt heterogeensed ja seesmiselt homogeensed kodus kukkumise riskirühmad;
 - 6.2. kirjeldada igale loodud rühmale oma „esindusisik“ ehk persoona (selleks saab kasutada magistritöö raames juba kogutud kukkumise lugusid, narratiive või teha lisaintervjuusid);
 - 6.3. igale loodud personale kavandada ja kirjeldada valik sobilikke ennetustegevusi ja soovitusel lähedastele;

7. kukkumise vähendamise sõnumite loomisel ja juhistes rõhutada kukkumise kaitsetegureid (teadlikkus välistest riskiteguritest on juba kõrge) ja võimalusi kaitsetegureid tugevdada;
8. jätkata kukkumise kogemuse uurimist, kasutada kogemuslugude ja narratiivanalüüsi meetodeid;
9. teha kättesaadavaks info ja teadmised kõrgemas kukkumisriskis olevate inimgruppide kohta koos soovitustega, kuidas kukkumistest innustaval moel hoiduda;
10. uurida edasi/põhjalikumalt teiste riikide praktikaid tõhusatest kukkumise ennetamise viisidest;
11. teha kättesaadavaks kohaliku omavalitsuse tasandi koduste kukkumise levimuse andmed:
 - 11.1. eristada kukkumised surma põhjustena ka registri andmetabelites SD15, SD501 ja SD61;
 - 11.2. lisada vigastushaigestumuse raviandmete ülevaadetesse avalikult kättesaadavatesse andmetabelitesse koduste kukkumisjuhtude jaotus vanuserühmade (minimaalselt 0-6, 7-19, 20-49, 50-74 ja 75+), soo ja kohaliku omavalitsuse lõikes;
12. ennetustegevuste tulemuslikkuse hindamisel kasutada numbriliste näitajate kõrval ka kvalitatiivseid, sõnalistel hinnangutel ja tagasisidel põhinevaid mõõdikuid;
13. kasutada koosloomelisi meetodeid ja uurimistöös saadud tulemusi selleks, et disainida kõrgemas kukkumisriskis olevatele rühmadele sobilikke kukkumisi ja kukkumisiriske vähendavaid teenuseid;
14. magistritöö raames kogutud materjale, sh kogemuslugusid ja nende järeldusi laiemas (uurimis)grupis läbi arutada, ühiste järelduste ning edasiste tegevuste osas otsuseid teha.

Antud soovitused kukkumiste vähendamiseks Eestis võivad osutada ebatõhusaks, ebavajalikuks või keeruliseks teostada. Uurimistööl on mitmeid piiranguid ja valitud meetodil arvestatavaid puudusi.

5.3. Meetodi kriitika

Analüüsis esitatud narratiivid ei esindada ega iseloomusta kõiki vanemaealisi kukkunud isikuid. Kuigi püüdsin värbamisel jälgida, et vastama satuksid võimalikult erinevad inimesed, on see siiski vaid väike osa kogu sihtrühmast. Näitena jäid välja väga nõrkade sotsiaalsete suhetega inimesed, elu hammasrataste vahele jäänud, alkoholi- või mõne muu sõltuvuse käes kannatavad ja ka väga nõrga tervisega inimesed. Andmekogumise eesmärk ei olnud anda küllastunud ülevaade esinevatest narratiividest, vaid markeerida ja esile tuua arvestatav kogus nende hulgast. Kukkumiskogemused „pakendati“ vastaja poolt lähtuvalt sellest, mida inimesed heaks arvasid minuga jagada. Kui küsijaks oleks olnud näiteks meditsiinitöötaja või lähedane perekonnaliige, oleks olnud lood teistsugused.

Siinkohal tuleb ka arvestada, et valdav enamus intervjuudest värvati läbi mitme inimese ja seeläbi jõudis igale osalejale uuringus osalemise palve veidike erineval moel ja võis ootuste kujunemisel rolli mängida. Vestluse kulgemisele mängis kaasa ka meid ümbritsenud keskkond ning kuivõrd mul õnnestus vastajaga usalduslik kontakt luua. Intervjuude materjali läbi töötades ilmnes lisaks minu kui küsija mõjule ka otsese värbaja ning värbama-vastaja omavahelise seose mõju. Kogutud materjal on väga mahukas ja mitmeid tõlgendamisviise võimaldav, siin töös on minu isiklik nägemus jutustustest välja joonistunud narratiividest, käitumuslikest mustritest, olulistest varem tehtud teadustöödest ja probleemsete olukordadega toimetuleku viisidest.

KOKKUVÕTE

Kukkumine ja selle füüsilised ja psühholoogilised tagajärjed mõjutavad suurt osa Eesti elanikkonda ja mitmeid otseselt tervisega seotud valdkondi. Kukkumissurmade arv ei ole viimase kahekümne aasta vältel olulisel määral vähenenud ja kukkumiste tõttu vajab ravi igal aastal üle 77 tuhande inimese.

Kõikide erinevate vigastuste hulgast on just kukkumisega seonduvad vigastused jäänud riiklikult vähese tähelepanuga ja tõhusa ennetustegevusega katmata. Suur osa ravile jõudnud ja/või surmaga lõppenud kukkumisi leiab aset kodus ja see teeb ennetuse mitmeski mõttes keeruliseks.

Oma töö empiirilises ja teoreetilises osas kirjeldasin kukkumise riskitegureid ja ennetuse lähtealuseid, uurisin olukorda Eestis nii kukkumise levimuse statistika, arengukavades sisalduva kui analüütiliste ülevaadetes kirjapandu alusel. Otsisin näiteid ja häid praktikaid vanemaealiste kukkumise ja kukkumiskeskuste vähendamiseks tehtud uurimistöödest ning selgitasin, mida narratiivne uurisviis kukkumise ennetamisele võib juurde anda.

Magistritöö eesmärk oli leida täiendavaid ennetamise viise vanemaealiste kodus kukkumise vähendamiseks Eestis. Selle eesmärgi saavutamiseks püstitasin sihiks leida vastused küsimustele: kuidas mõistetakse ja põhjendatakse juba toimunud koduseid kukkumisi, mida on eakad ise oma kogemustest on õppinud ja kuidas saab saadud teadmused kukkumise ennetamisel ära kasutada.

Uurimisküsimustele vastamiseks valisin kvalitatiivse uurimisviisi ja kogusin kukkumise kogemuslugusid. Intervjueerisin kaheksat 63-83-aastast Eestis elavat, koduse kukkumise kogemusega inimest, kellest kolm olid mehed, viis naised, umbes pooled elasid linnas ja pooled maal. Vastajate leidmine oli taotluslikult heterogeene ja võrgustikulisel värbamisel põhinev.

Intervjueerisin vaid kukkumise läbi teinud isikut ennast, mitte tema lähikondseid isikuid või meditsiinitöötajaid, ja palusin tema enda peegeldusi toimunu kohta. Narratiivsete komponentide kasutamisest tulenevalt toimus lugude jutustamine interaktsioonis minu, st uurijaga ja analüüsitulemusi esitlen oma tõlgenduste kaudu. Uurimuse keskmes oli inimene kui kukkumiskogemuse „omanik“ ja tema käsitus oma elukvaliteedist seoses kukkumisega.

Magistritöös jõudsin järeldusele, et kogemuslugude analüüs annab rikkaliku ja mitmekülgse sisendi kukkumiste uurimiseks ja ennetuseks vajalike järelduste tegemiseks. Kogemuslugusid analüüsides jõudsin kolmeteistkümne kukkumise tõlgenduseneni:

1. Kukkumine on midagi, mis eluga kaasas käib, kuid millest tuleb üle olla.
2. Kukkumine käib aktiivse eluviisiga kaasas.
3. Kukkumine on halva tervise tagajärg.
4. Kukkumine on füüsilise puude tagajärg.
5. Kukkumine kui oludega kohanemise tagajärg.
6. Kukkumine kui ebasoodsate tingimuste kokku langemine.
7. Kukkumine kui läbikukkumine.
8. Kukkumine on võimalus tähelepanu saada.
9. Kukkumine võib muutuda ohuks autonoomsusele.
10. Kukkumisi ikka juhtub.
11. Kukkumine on üksikjuhtum, mida ei tasu suureks puhuda.
12. Kukkumine on ootamatu ja võib hetkega kogu elu muuta.
13. Kukkumine kui hetkelise hooletuse tagajärg (millel võivad olla rängad tagajärjed).

Leidsin, et kukkumisriske üldjuhul teatakse, kuid tervisega seonduvaid riske väljendatakse harvem. Isiklike kogemusi ja kukkumisele omistatud tähendusi silmas pidades tuleks valida ka sobilikke ennetusviise. Üheks heaks näiteks, kuidas kukkumise tähendusi välja selgitada, on motiveeriv intervjuerimine. Uurimistöö leiud läksid kokku varasemate uuringute ja analüüsi leidudega.

Tulenevalt kvalitatiivse uurimisviisi eripärast ja tehtud intervjuude arvust ei saa magistritöös toodud kukkumise tõlgendusi ja kogemuslugudest välja toodud tähendusi käsitleda kui kõikset. Uuringul oli selgelt kitsendusi, kuid sellegi poolest saavad töö raames antud soovitusel olla täienduseks kodusesse keskkonda suunatud ennetustegevuste planeerimisele ja ellu viimisele.

Märksõnad: kodus kukkumine, ennetus, vanemaealised, kogemuslood

SUMMARY

The fall and its physical and psychological consequences affect a large part of the Estonian population and many health-related fields. The number of deaths from falls has not decreased significantly over the last twenty years, and more than 77,000 people need treatment each year due to falls. Dealing with the consequences of accidental falls affects a vastly large part of Estonian families and the health care system.

Out of all types of injuries, the cases specifically related to falling have been left with little attention and lack effective prevention activities provided by the state. In addition, a large proportion of falling cases that have either reached treatment and/or have ended fatally occur at home, which makes prevention difficult in many ways.

In the empirical and theoretical part of my work, I described the risk factors of falls and the bases of prevention. I studied the situation in Estonia on the basis of: statistics on the prevalence of falls, what is included in development plans, and what is written in analytical reviews. I worked through completed research to find examples and good practices to reduce the risk of falls and falls of the elderly, and explained what a narrative approach to fall prevention can add.

The aim of the master's thesis was to find additional prevention methods to reduce the number of elderly people falling at home in Estonia. To achieve this goal, I aimed to find answers to the following questions: how to understand and justify the falls that have already taken place at home, what have the elderly learned from their own experiences, and how the knowledge gained can be used to prevent future falls.

To answer the research questions, I chose a qualitative research method in which I collected experience stories of falls. I interviewed eight people aged 63-83 living in Estonia who had experienced a fall at home, three of whom were men, five women, about half lived in the city and half in the countryside. Finding respondents was intentionally heterogeneous and based on network recruitment. I interviewed only people who had experienced a fall at home and asked them for their personal reflections on what had happened. Due to the use of narrative components, the storytelling took place through an interaction with me, i.e. the researcher, and the results of the analysis are presented through my own interpretations. The focus of the study was on the person as the “owner” of the falling experience and their view of their quality of life in relation to falling.

In master's thesis, I came to the conclusion that the analysis of empirical stories provides a rich and varied input for the study and prevention of falls. Analyzing the experience stories, I came to the interpretation of thirteen falls:

1. Falling is something that comes with life, but it has to be overcome.
2. Falling is accompanied by an active lifestyle.
3. Falling is the result of bad health.
4. Falling is the result of a physical disability.
5. Falling as a result of adaptation to a certain lifestyle.
6. Falling as a coincidence of unfavorable conditions.
7. Falling as a failure.
8. Falling is an opportunity to get attention.
9. Falling can become a threat to autonomy.
10. Some falls just happen.
11. A fall is an isolated case that is not worth blowing up.
12. Falling is unexpected and can change your whole life in an instant.
13. Falling as a result of momentary negligence (which can have serious consequences).

I have found that the risks of falls are generally known, but the health risks are less frequently expressed. Appropriate prevention measures should also be chosen in the light of personal experience and the meanings attributed to falls. One good example of how to find out the meaning of falling is a motivational interview. The findings of the research coincided with the findings of previous research and analysis.

Due to the specifics of the qualitative research method and the number of interviews conducted in this master's thesis, the interpretations of the fall accidents and the meanings presented in the experience stories cannot be considered as universal. The study clearly had limitations, however the recommendations given in the framework of the thesis can be a supplement to the planning and implementation of prevention activities aimed at the home environment.

Keywords: falling at home, prevention, elderly, experience stories

KASUTATUD KIRJANDUS

- Allas, A. (2019). *Eesti haiglate sisehaiguste osakondades töötavate õdede kogemused patsientide kukkumistega*. Magistritöö, Tartu Ülikool, Õendusteaduse õppetool, Tartu.
- Annus, E. (2002). *Kuidas kirjutada aega*. Tallinn: Underi ja Tuglase Kirjanduskeskus.
- Bamberg, M. (2012). Narrative Analysis. rmt: H. Cooper (Toim.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology: Vol. 2. Quantitative, Qualitative, Neuropsychological, and Biological*. American Psychological Association (uncorrected proofs). doi:10.1037/XXXXX.XXX
- Barbour, J., Doshi, M., & Hernández, L. (2016). Telling Global Public Health Stories: Narrative Message Design for Issues Management. *Communication Research*, 810-843. doi:10.1177/0093650215579224
- Bergen, G., Stevens, M., Kakara, R., & Burns, E. (2021). Understanding Modifiable and Unmodifiable Older Adult Fall Risk Factors to Create Effective Prevention Strategies. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(6), 580-9. doi:10.1177/1559827619880529
- Bergland, A. (2012). Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk Epidemiologi*, 22(2). doi:https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1561
- Berntsen, D., & Jacobsen, A. (2008). Involuntary (spontaneous) mental time travel into the past and future. *Consciousness and Cognition*, 17(4), 1093-1104. doi:doi:10.1016/j.concog.2008.03.001
- Bolaki, S. (2016). *Illness as Many Narratives*. *Arts, Medicine and Culture*. Edinburgh University Press.
- Campbell, A., Robertson, M., Grow, S., Kerse, N., Sanderson, G., Jacobs, R., . . . Hale, L. (2005). Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged >75 with severe visual impairment: the VIP trial. *British Medical Journal*, 331, 817-825. doi:10.1136/bmj.38601.447731.55
- Carlucci, C., Kardachi, J., Bradley, S., Prager, J., Wyka, K., & Jayasinghe, N. (2018). Evaluation of a Community-Based Program That Integrates Joyful Movement Into Fall Prevention for Older Adults. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 4. doi:10.1177/2333721418776789
- CDC. (2017). *Risk Factors for Falls: fact sheet*. Centers for Disease Control and Prevention. Allikas: <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-FactSheet-RiskFactors-508.pdf>
- Clancy, A., Balteskard, B., Perander, B., & Mahler, M. (2015). Older persons' narrations on falls and falling—Stories of courage and endurance. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. doi:10.3402/qhw.v10.26123

- de Labra, C., Guimaraes-Pinheiro, C., Maseda, A., Lorenzo, T., & Millán-Calenti, J. (2015). Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatrics*, 15:154. doi:10.1186/s12877-015-0155-4
- de Vries, M., Seppala, L., Daams, J., van de Glind, E., Masud, T., & van der Velde, N. (2018). Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: I. Cardiovascular Drugs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(4), 371.e1-371.e9. doi:10.1016/j.jamda.2017.12.013
- European Society for Prevention Research. (i.a). *Prevention Science*. Kasutamise kuupäev: 16. 5 2022. a., allikas <https://euspr.org/prevention-science/>
- Gardiner, S., Glogowska, M., Stoddart, C., Pendlebury, S., Lasserson, D., & Jackson, D. (2017). Older people's experiences of falling and perceived risk of falls in the community: A narrative synthesis of qualitative research. *International Journal of Older People Nursing*. doi:10.1111/opn.12151
- Gibson, K., Greene, D., Sample, P., & Cabrera, C. (2010). Fall Prevention: Relatedness of Adherence to Recommendations and Self-Rated Knowledge. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. doi: 10.3109/02703181.2010.509541
- Gillespie, L., Robertson, M., Gillespie, W., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L., & Lamb, S. (2012). *Interventions for preventing falls in older people living in the community*. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3
- Gross, C. (2014). *Kodusel hapnikravil olevate eakate patsientide lähedaste narratiivid elukvaliteedist, õendusabist ning abi- ja tugiteenuste vajadusest*. Tartu Ülikool, Õendusteaduse osakond, Tartu.
- Halvarsson, A., Oddsson, L., Olsson, E., Farén, E., Pettersson, A., & Ståhle, A. (2011). Effects of new, individually adjusted, progressive balance group training for elderly people with fear of falling and tend to fall; a randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(11), 1021-1031. doi:10.1177/0269215511411937
- Hektonen, L., Aas, E., & Luras, H. (2009). Cost-effectiveness in fall prevention for older women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 584–589. doi:10.1177/1403494809341093
- Hu, Y., Leinonen, T., & van Hedel, K. (29. 07 2019. a.). The relationship between living arrangements and higher use of hospital care at middle and older ages: to what extent do observed and unobserved individual characteristics explain this association? *BMC Public Health*, 19(1), 1011. doi: doi: 10.1186/s12889-019-7296-x
- Hursting, L., & Comello, M. (2021). Creating Narrative Entertainment for Health Communication: Perspectives from Practice. *Journal of Creative Communications*, 16(3), 249-265. doi:10.1177/0973258621992847

- Johansson, E., & Jonsson, H. (2013). Thinking and Acting in a New Way: Influences of a Falls-Prevention Program on Participants' Everyday Life. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 31 (4), 281–296. doi: 10.3109/02703181.2013.854858
- Jurecic, A. (2012). *Illness as Narrative*. University of Pittsburgh Press. Allikas: <https://upittpress.org/books/9780822961901/>
- Kalda, R., Kiisk, E., Põld, M., Kolk, H., Keis, A., & Pärna, K. (avaldamisel 2022). *Teiste riikide praktikate kaardistus ja analüüs kodukeskkonnas toimuvate vigastuste ennetamiseks Eestis. Lõpparuanne*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Kalmus, V., Masso, A., & Linno, M. (2015). *Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas*. Kasutamise kuupäev: 24. 4 2021. a., allikas Kvalitatiivne sisuanalüüs: <https://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>
- Kasmel, A., & Lipand, A. (2007). *Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse*. Tallinn: Eesti Tervisedenduse Ühing.
- Kerse, N., Flicker, L., Pfaff, J., Draper, B., Lautenschlager, N., Sim, M., . . . Almeida, O. (2008). Falls, depression and antidepressants in later life: a large primary care appraisal. *PloS One*, e2423-e2423. doi:10.1371/journal.pone.0002423
- Kim, H., Bigman, C., Leader, A., Lerman, C., & Cappella, J. (2012). Narrative health communication and behavior change: The influence of exemplars in the news on intention to quit smoking. *Journal of Communication*, 62, 473-492. doi:10.1111/j.1460-2466.2012.01644.x
- Klaos, M. (2007). *Õnnetusjuhtumid ja turvalisus*. Tartu: Päästeamet.
- Klenk, J., Becker, C., Palumbo, P., Schwickert, L., Rapp, K., Helbostad, J., . . . Kerse, N. (2017). Conceptualizing a dynamic fall risk model including intrinsic risks and exposures. *Journal of the American Medical Directors Association*, 921-7. doi:10.1016/j.jamda.2017.08.001
- Kuuse, K., & Sirel, R. (2021). *Narratiivi loome oskused Alzheimeri tõvest tingitud dementsusega patsientidel*. Magistritöö, Tartu Ülikool, Eripedagoogika ja logopeedia õppekava, Tartu.
- Labov, W. (1997). Some Further Steps in Narrative Analysis. *The Journal of Narrative and Life History*, 395-415. doi:<https://doi.org/10.1075/jnlh.7.49som>
- Loorberg, J., & Uuetoa, M. (2021). *Kodunõustamiste ning kukkumise ja vingugaasi sündmuste kokkuvõte 2020*. Päästeamet. Kasutamise kuupäev: 29. 04 2022. a., allikas https://www.rescue.ee/files/2022-01/1641558413_kodunoustamiste-ning-kukkumise-ja-vingugaasi-suendmuste-kokkuvote-2020vaelisveebiversioon07.01.pdf
- Lord, S., Sherrington, C., & Naganathan, V. (2021). *Falls in Older People: Risk Factors, Strategies for Pre-vention and Implications for Practice*. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press. Allikas: https://assets.cambridge.org/97811087/06087/excerpt/9781108706087_excerpt.pdf

- Lüter, J. (2018). *16-nädalase rehabilitatsiooniprogrammi "Kukkumisriski vähendamine eakatel" mõju eakate tasakaalu näitajatele*. Tartu: Tartu Ülikool.
- Mahler, M., & Sarvimäki, A. (2011). Fear of falling from a daily life perspective; narratives from later life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38-44. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00901.x
- Mahler, M., & Sarvimäki, A. (2012). Appetite and falls: Old age and lived experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7:1. doi:10.3402/qhw.v7i0.11540
- Mahler, M., Svensson, T., & Sarvimäki, A. (2011). The balance of life: Two case studies on falls and fall-prevention in older persons. *VÅRD I NORDEN*, 31, 22-26.
- Miller, P., Sinding, C., Griffith, L., Shannon, H., & Raina, P. (2016). Seniors' narratives of asking (and not asking) for help after a fall: implications for identity. *Ageing & Society*, 240-258. doi:10.1017/S0144686X14001123
- Muir, S., Gopaul, K., & Montero Odasso, M. (2012). The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 41(3), 299-308. doi:10.1093/ageing/afs012
- Niederdeppe, J., Shapiro, M. A., & Kim, H. K. (2014). *Health Communication*, 29, 431-444. doi:10.1080/10410236.2012.761805
- Nilson, F., Lundgren, L., & Bonander, C. (17. 6 2020. a.). Living arrangements and fire-related mortality amongst older people in Europe. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*(27), 378-84. doi:10.1080/17457300.2020.1780454
- Panov, L. (2022). *Vanemaealiste vigastused 2016-2020*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. Allikas: <https://www.tai.ee/sites/default/files/2022-01/Vanemaealiste%20vigastused%202016-2020.pdf>
- Patton, S., Vincenzo, J., & Lefler, L. (2021). Gender Differences in Older Adults' Perceptions of Falls and Fall Prevention. *Health Promotion Practice*. doi:10.1177/15248399211009783
- Pereles, L., Jackson, R., Rosenal, T., & Nixon, L. (2017). Listening with a narrative ear. Insights from a study of fall stories in older adults. *Canadian Family Physician*, 63.
- Päästeamet. (2021). *Kodukeskkonna vigastusriskide projekt*. Kasutamise kuupäev: 29. 4 2022. a., allikas <https://www.rescue.ee/et/kodukeskkonna-vigastusriskide-projekt>
- Päästeamet. (2021). *Päästevõrgustiku strateegia aastani 2025*. Allikas: <https://www.rescue.ee/files/2021-06/paaestevorgustiku-strateegia-aastani-2025.pdf?30980deeb2>
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore: Sage Publication.

- Riigikantselei. (2014). *Vigastuste ja vigastussurmade ennetamise poliitika koordineerimise rakkerühm. Aruanne*. Tallinn: Riigikantselei. Kasutamise kuupäev: 28. 9 2021. a., allikas https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervislik_eluviis/vigastuste_ennetamise_rakkeruhma_aruanne.pdf
- Riigikontroll. (2021). *Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes: kuidas on ennetustöö eakate probleemide märkamiseks KOVides korraldatud ja mis on sellega seotud peamised takistused?* Tallinn. Allikas: <https://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2536/language/et-EE/Default.aspx>
- Saks, K., Tiit, E.-M., & Käärrik, E. (2000). *Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000*. Tartu: Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Avatud Eesti Fond, TÜ Matemaatilise statistika instituut. Allikas: http://www.egga.ee/toimetuleku_ja_terviseuuring_2000.pdf
- Schoene, D., Heller, C., Aung, Y., Sieber, C., Kemmler, W., & Freiburger, E. (24. Apr 2019. a.). A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls? *Clinical interventionions in aging*, 701-719. doi:10.2147/CIA.S197857
- Shaw, J., Connelly, D., & McWilliam, C. (2014). The Meaning of the Experience of Anticipating Falling. *Ageing and Society*, 35(9), 1-25. doi:10.1017/S0144686X14000798
- Siseministeerium. (2020). *Eesti valdkondadeülese ennetuse kontseptsioon*. Tallinn: Siseministeerium. Allikas: <https://www.siseministeerium.ee/ennetus-peab-olema-valdkondade-ulene>
- Siseministeerium. (2022a). *Ennetus peab olema valdkondade ülene*. Kasutamise kuupäev: 5. 4 2022. a., allikas <https://www.siseministeerium.ee/ennetus-peab-olema-valdkondade-ulene>
- Siseministeerium. (2022b). *Siseturvalisuse arengukava*. Tallinn: Siseministeerium. Kasutamise kuupäev: 05. 05 2022. a., allikas <https://www.siseministeerium.ee/stak2030>
- Sotsiaalministeerium. (2022). *Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030*. arengukava, Sotsiaalministeerium, Tallinn. Kasutamise kuupäev: 12. 4 2022. a., allikas https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf
- Statistikaamet. (vaadatud 13.03.22). *15 rahvastiku trendi Euroopas kuhu paigutub Eesti*. Allikas: <https://www.stat.ee/et/uudised/15-rahvastiku-trendi-euroopas-kuhu-paigutub-eesti>
- Streimann, K., Pertel, T., Vilms, T., & Abel-Ollo, K. (2020). *Ennetuse käsiraamat: sõltuvusainete tarvitamise ennetuse teaduslik käsitus otsustajatele, arvamuslimdritele ja poliitikakujundajatele*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Tervise Arengu Instituut. (2020). *Eetiline ennetusöö tugineb teadusele ja väldib kahju tekitamist*. Kasutamise kuupäev: 29. 4 2022. a., allikas <https://www.tai.ee/et/uudised/eetiline-ennetustoo-tugineb-teadusele-ja-valdib-kahju-tekitamist>

- Tervise Arengu Instituut. (2021). *Tervisestatistika andmebaas*. Kasutamise kuupäev: 22. 4 2022. a., allikas Tervisestatistika andmebaas:
https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__01Rahvastik__04Surmad/SD21.px/table/tableViewLayout2/
- Tervise Arengu Instituut. (2022a). *Terviseinfo*. Kasutamise kuupäev: 29. 4 2022. a., allikas
<https://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamine/tervise-edendamine-paikkonnas/kov-rahvatervise-voimestamine>
- Tervise Arengu Instituut. (2022b). *Tervisestatistika andmebaas: Haigestumus: Vigastused*. Kasutamise kuupäev: 29. 4 2022. a., allikas https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_02Haigestumus
- Tervise Arengu Instituut. (2022c). *Surma põhjuste register*. Kasutamise kuupäev: 29. 4 2022. a., allikas <https://www.tai.ee/et/statistika-ja-registrid/surma-pohjuste-register>
- Tulving, E. (2007). Coding and representation: Searching for a home in the brain. *Science of Memory Concepts*, 65-68.
- Tõevälja, E., & Veske, I. (2013). *Kukkumiste enamlevinud riskitegurid eakatel ja nende ennetamise meetodid*. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.
- Valo, S. (2010). *Kukkumised kui vanemaealiste terviseprobleemide allikas: levimus, riskitegurid, tagajärjed ja ennetamise võimalused Eestis*. magistritöö, Tartu Ülikool, füsioteraapia eriala (tervisedendus), Tartu.
- Ward, G., Walker-Clarke, A., & Holliday, N. (2017). Evaluation of a web-based app to assist home-hazard modification in falls prevention. *British Journal of Occupational Therapy*, 735–744. doi:10.1177/0308022617726243
- WHO. (2021a). *WHO: fact-sheets: fall*. Kasutamise kuupäev: 26. 04 2022. a., allikas <https://www.who.int/>: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- WHO. (2021b). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*. Geneva: World Health Organization. Kasutamise kuupäev: 30. 04 2022. a., allikas <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340962/9789240021914-eng.pdf>
- Wiseman, J., Stamper, D., Sheridan, E., Caterino, J., Quatman-Yates, C., & Quatman, C. (2021). Barriers to the Initiation of Home Modifications for Older Adults for Fall Prevention. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 1-5. doi:10.1177/21514593211002161
- Wong, C., & Hogan, D. (June 2013. a.). The Value of Patient Narratives in the Assessment of Older Patients Presenting with Falls. *Canadian Geriatrics Journal*, 16(2). doi:10.5770/cgj.16.55
- Xu, T., Clemson, L., O'Loughlin, K., Lannin, N., Dean, C., & Koh, G. (3 2018. a.). Risk Factors for Falls in Community Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*(99), 563-573.e5. doi:10.1016/j.apmr.2017.06.032

LISA 1. Intervjuu vestluskava

Värbamise eeltingimus: kodu keskkonnas, tahtmatu kukkumine, vigastus vajab ravi, vanus 63+

Intervjuu ülesehitus

1. Sissejuhatus, intervjuu raami tutvustus ja omavahelised kokkulepped
 - a. Kes ma olen, miks ma intervjuud teen
 - b. Mis on vestluse fookus ja mida vastajalt ootan
 - c. Anonüümsus, vestluse lindistamine ja tulemuste kasutamise viis
 - d. Inimese nõusolek, temapoolsed palved või vajadused
 - e. Valmis alustama – tema “jah” vastus intervjuu andmise ja lindistamise kohta
2. Esimene lugu - suurem kukkumine, mille olemasolu kohta mul on taustainfo olemas.
3. Teine ja kolmas lugu kui on.
4. Täpsustavad küsimused jutustatud loole/lugudele
5. Harjumused, mõjud ja tajutud kontroll õnnetusjuhtumiste üle.
6. Sotsiaalne aspekt - mida teised sellest arvasid/ütlesid? Mida sarnaste sündmuste ennetamiseks saaks teha, millele tuleks tähelepanu pöörata?
7. Intervjuu otsad kokku ja aitäh.

Intervjuu raamistik ja jutupunktid

1. SISSEJUHATUS

2. ESIMENE, TEINE JA KOLMAS LUGU

Palun rääkige mulle oma sellest **kodusest kukumisest**, mil te selle raviks **arstiabi** vajasite. Mis täpsemalt juhtus, millal see toimus, mida te tol ajahetkel tegite? Täiesti vabas vormis ja nii põhjalikult kui teile meenub. Võtke selleks nii palju aega kui vaja - mulle pakub huvi kõik, mis on teile selle sündmusega seoses meenub.

Peale loo lõppu: Kas teiega on **midagi sarnast** varem või hiljem veel juhtunud? Pean silmas just kodus või kodu ümbruses kukkumisi.

Veel mõni sarnane lugu?

3. LOO/LUGUDE TÄIENDAMINE

Täpsustan jutustatud lugusid: *vigastuse liiki, keskkonda, tervises seisundit õnnetuse eel ja järel, sh enesetunnet, väsimusastet, kokkupuudet tervishoiutöötajaga jms vastavalt sellele, milliseid aspekte inimene ise varasemas jutustuses välja tõi.*

Rääkisite enne, mis juhtus kui kukkusite ja / et elasite tol ajal ja seal... kas räägiksite sellest loo osast veidi lähemalt? Mis kohad teie kehal viga said? Kui vana te tol ajal olite?

Mis juhtus enne (või pärast) seda..? Millised olid eelnevad/järgnevad sündmused, seotud isikud, seotud tegevused,...? Kui see kõik oli juhtunud, mis siis toimuma hakkas? Kuidas te arstideni jõudsite? Kuidas te sellest olukorrast välja tulite?

Mainisite, et tol päeval oli.... palun kirjeldage, mis oli sel päeval eriline? (Kas see päev oli millegi poolest eriline? Tundsite end hästi, meeleolu oli hea, tervis korras, ..?)

4. HARJUMUSED JA MÕJU, TAJUTUD KONTROLL

Palun kirjeldage....

...kuidas te tavaliselt / milline on teie rutiin XX tegemisel? (vastavalt situatsioonile, kus vigastus saadi... teete süüa/kütate maja/... millised on teie hommikud? Öhtud? Külas käimised?)

..mil moel see sündmus/vigastus, mida te kirjeldasite, teie edasist elu mõjutanud on? Kuivõrd toimite nüüd sarnaseid asju tehes teisiti?

Kuidas teie tervis täna on? Kuidas te toime tulete?

Millised on teie “trikid” / elutarkused, et toime tulla? Mis aitab/aitas teil raskest olukorrast üle saada?

5. SOTSIAALNE ASPEKT

Kas see kukkumise ja viga saamise lugu on tulnud **ka teistega jutuks**? Mida teised/lähedased arvasid sellest? Mida nad ütlesid?

Kuidas teile tundub, kas teiega on läbi elu juhtunud rohkem õnnetusi kui teistel teie eakaaslastel? Miks te nii arvate?

Statistika järgi saab igal aastal Eestis kukkumiste tõttu viga üle 70 tuhande inimese ja väga suur osa neist toimub koduseinte vahel või koduseid toimetusi tehes. Kuidas teile tundub, mida siin Eestis **saaks teha või kes peaks tegema**, et selliseid kukkumisi oleks vähem?

6. LÕPETUS

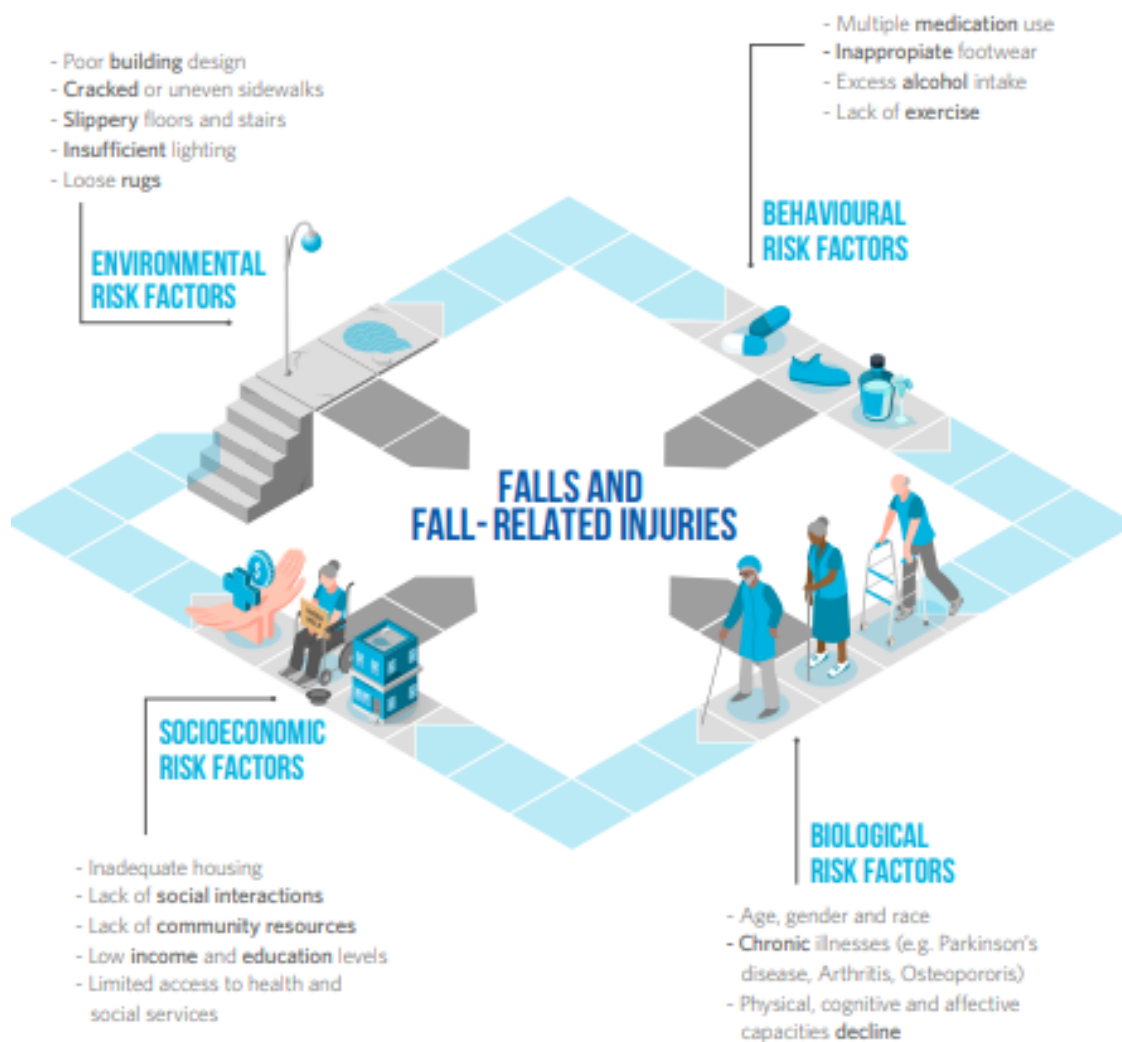
Kas tahaksite mulle veel midagi rääkida seoses kukkumistega? Seoses nende lugudega, mis Te mulle rääkisite? Midagi kokkuvõtteks?

Aitäh Teile teie aja ja oma loo jutustamise eest!

LISA 2. Kukkumise riskitegurid

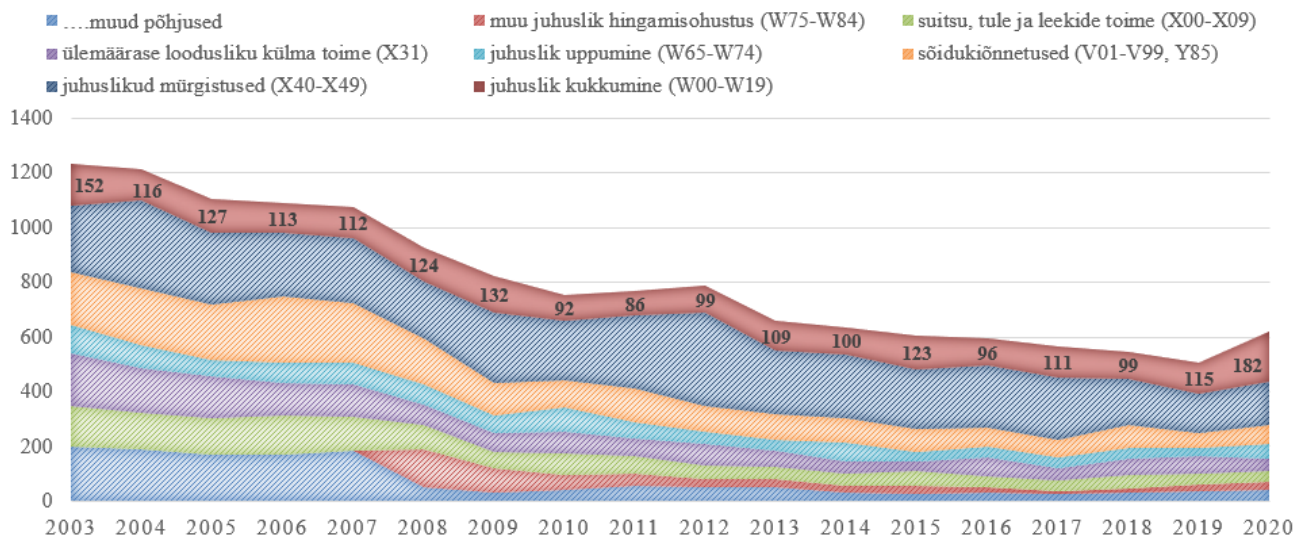
Skeem 1. Vanemaealiste kukkumise riskitegurid

RISK FACTOR MODEL FOR FALLS IN OLDER AGE



Source: (WHO 2007b. Age-friendly environments in Europe, A handbook of domains for policy action.)

LISA 3. Joonised ja andmetabelid



Joonis 1. Vigastussurmade arv on vähenenud, kuid kukumissurmade üldarvud on jäänud samasse suurusjärku (2003-2020.aastad, allikas: surma põhjuste register)

Tabel 1. Pooled letaalistest kukkumistest toimusid kodukeskkonnas (2009-2019.a, surma põhjuste register)

	0-9a	10-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80-89a	90+a	Kokku	
Mees	6	10	41	68	93	161	171	120	105	22	797	69%
Kodu	2		6	19	35	84	101	70	71	15	403	35%
Tänav ja maantee	4	8	21	33	45	49	45	30	16	2	253	22%
Kool või muu ühisk. kasutuse hoone/ala		1	1	3	2	4	10	8	12	2	43	4%
Tööstus- ja ehituspiirkond			4	5	3	5	3	2			22	2%
Kaubandus- ja teenindusala, elamisasutus			3	3	4	5	4	2			21	2%
Veekogu ja loodus, talumajapidamine		1	6	1	2	2	3	1			16	1%
Täpsustamata asukohad, muud kohad				4	2	12	5	7	6	3	39	3%
Naine	2	3	9	9	16	21	35	59	152	59	365	31%
Kodu		1	2	4	8	11	23	35	107	43	234	20%
Tänav ja maantee	2	1	7	4	7	7	8	13	19	5	73	6%
Kool või muu ühisk. kasutuse hoone/ala						1		5	11	3	20	2%
Kaubandus- ja teenindusala, elamisasutus							2	3	6	1	12	1%
Veekogu ja loodus, talumajapidamine		1				1		1			3	0%
Täpsustamata asukohad, muud kohad				1	1	1	2	2	9	7	23	2%
Mehed, naised ja asukohad kokku	8	13	50	77	109	182	206	179	257	81	1162	100%

Tabel 2. Peamised kukkumissurmade asjaolud aastatel 2009-2019 (allikas surma põhjuse register)

Osakaal	Mehed 2009-2019	Osakaal	Naised 2009-2019
36%	Täpsustamata kukkumine	31%	Libisemise ja komistamisega seotud kukkumine samal tasapinnal
23%	Trepil(t) või astmetel(t) kukkumine	24%	Täpsustamata kukkumine
13%	Libisemise ja komistamisega seotud kukkumine samal tasapinnal	18%	Muu kukkumine samal tasapinnal
13%	Muu kukkumine samal tasapinnal	10%	Trepil(t) või astmetel(t) kukkumine
8%	Hoonelt(-st), läbi hoone või ehitise kukkumine	9%	Hoonelt(-st), läbi hoone või ehitise kukkumine
6%	Voodi, tooli, redeli või muu mööbliga seotud kukkumine ühelt tasapinnalt teisele	8%	Voodi, tooli, redeli või muu mööbliga seotud kukkumine ühelt tasapinnalt teisele

Tabel 3. 37% 2016-2020 ravitud kukkumistest olid kodused kukkumised (allikas Tervisestatistika andmebaas)

Kukkumiste ravijuhud:	0	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	Kokku	
Kodus kukkumine: 2016-2020	1%	3%	6%	3%	3%	3%	4%	4%	4%	4%	3%	140806	37%
2016	672	2660	4392	2065	2517	2434	2844	3360	2763	2956	1791	28454	8%
2017	677	2706	4399	2002	2423	2480	2773	3491	2928	3063	2035	28977	8%
2018	588	2541	4481	1996	2420	2440	2750	3326	2951	3114	2222	28829	8%
2019	563	2581	4133	1817	2215	2425	2786	3404	3026	3092	2074	28116	7%
2020	539	2582	3799	1693	2115	2362	2586	3280	2734	2682	2058	26430	7%
Muus ja täpsus.-ta kohas: 2016-2020	0%	2%	13%	9%	8%	7%	6%	7%	5%	4%	2%	235387	63%
2016	77	1390	9631	7138	6510	5363	5135	5826	3775	3191	1277	49313	13%
2017	68	1437	10020	6849	6123	5114	5026	5874	3970	3207	1323	49011	13%
2018	66	1219	9362	6961	6001	4996	4946	5592	4056	3078	1475	47752	13%
2019	55	1572	10375	6725	5903	5276	5112	6047	4401	3241	1441	50148	13%
2020	61	1308	7818	5384	4655	4290	4097	4512	3374	2334	1330	39163	10%
Kukkumisi 2016-2020 kokku	3366	19996	68410	42630	40882	37180	38055	44712	33978	29958	17026	376193	100%

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Katre Seema,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose Kuidas vähendada kukkumisi kodus? Vanemaealiste jutustuste analüüs ja sellest lähtuvad soovitusel, mille juhenda on Triin Vihalemm reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Katre Seema

23.05.2022