

TARTU ÜLIKOOL  
Pärnu kolledž  
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Katrin Grünberg

**TAASTUMINE VAIMSE TERVISE  
VALDKONNAS JA TAASTUMISGRUPIS  
OSALEJATE KOGEMUSED**

Lõputöö

Juhendaja: Dagmar Narusson, MA

Kaasjuhendaja: Külli Mäe, MA

Pärnu 2016

Soovin suunata kaitsmisele .....

(juhendaja allkiri)

.....

(kaasjuhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud „.....“ ..... 2016. a.

TÜ Pärnu kolledži sotsiaaltöö korralduse osakonna juhataja

.....

(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

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

.....

(töö autori allkiri)

# SISUKORD

Sissejuhatus .....	4
1. Taastumine vaimse tervise valdkonnas .....	6
1.1. Vaimne tervis ja suunad teenuste osutamisel .....	6
1.1.1. Vaimse tervise mõjutegurid ja häirete levimus Eestis .....	6
1.1.2. Osalus- ja tegevuspiirangud, keskkonnategurid.....	8
1.1.3. Suunad valdkonnas ja kodanikuõigused .....	11
1.1.4. Vaimse tervise teenused .....	14
1.2. Taastumine ja selle toetamine .....	16
1.2.1. Taastumise aspektid ja paradigma areng .....	16
1.2.2. Taastumise tähendus ja protsess .....	18
1.2.3. Taastumise edendajad .....	22
2.2.4. Toetamine taastumisgrupis .....	26
2. Uuring grupis osalejate kogemustest .....	27
2.1. Taastumisgrupi meetodika ja osalejate eluolukorra kirjeldus.....	27
2.2 Uuringumeetodi ja osalejate kirjeldus.....	30
2.3 Andmete kogumise ja analüüsi protsess .....	33
2.4. Tulemuste esitamine.....	36
2.4.1 Taastumise personaalne tähendus osalejatele .....	36
2.4.2 Sotsiaalne osalus, toetus, heaolu ja autonoomia .....	39
2.4.3 Taastumisgrupis osalemisest kogetud kasu või kahju.....	42
2.4.4 Grupi tegevused ja ettepanekud edaspidiseks .....	45
2.5 Arutelu ja järeldused .....	46
Kokkuvõte .....	52
Viidatud allikad.....	55
Lisa 1. Erinevused meditsiinilise ja personaalse taastumise paradigma vahel .....	60
Lisa 2. Taastumisgruppi puuduva intervjuu küsimustik .....	61
Lisa nr 3. Teemade kaupa ümbergrupeeritud intervjuu küsimused .....	65
Lisa nr 4. Taastumisprotsess .....	73
Summary .....	74

## SISSEJUHATUS

Vaimse tervise valdkonna rahvusvahelistes poliitikadokumentides ja erialakirjanduses rõhutatakse vaimse tervise probleemidest taastumise võimalikkust ning taastumisele orienteeritud teenuste arendamise vajalikkust. Eestis on käimas reformid erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuste ümberkujundamiseks. Aastast 2016 väärtustab kogemusteadmist ka Eesti rehabilitatsioonisüsteem, ning meeskonda on võimalik kaasata kogemusnõustaja. Kogemusnõustamise ja taastumismõtteviisil töötavate gruppide kättesaadavust peetakse märkiväärselt oluliseks taastumist toetavaks faktoriks.

Deinstitutionaliseerimine (DI) on perioodil 2014-2020 üheks Euroopa Komisjoni peamistest prioriteetidest. DI esimene etapp viidi Euroopa Regionaalarengu Fondi (ERF) toetusel Eestis ellu aastatel 2007-2013, mil reorganiseeriti 6 vana mõisaasutust ja ehitati uued majad 11 asukohas. (Atonen..., 2016; Erihoolekande..., 2014) DI teises etapis on jätkuvalt peatähelepanu suunatud taristule ja teenuste korralduslikele küsimustele. Tähtsam kui hooned, on inimestele kohase taastumist toetava abi pakkumine ja ühiskonnas osalemise soodustamine. See eeldab mõtteviisi muutust, eelduste loomist ja taastumisele orienteeritud teenuseid. Taastumine ja selle tähendus vaimse tervise valdkonnas on seoses deinstitutionaliseerimisega aktuaalne teema.

Inimestele, kellel on raske vaimse tervise häire, on taastumisgruppe läbi viinud Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing (EPRÜ). Kuuel erihoolekandetasutuse toetatud elamise teenusel oleval elanikul oli alates kevadest 2014, kuni 2015 aasta lõpuni võimalus osaleda neist ühes. Hooldusasutuses läbiviidavate taastumisgruppide efektiivsus vajab uurimist.

Töö eesmärk on anda lühiülevaade taastumisest vaimse tervise valdkonnas ja tuua välja osalejate taastumiskogemused, taastumisgrupis osalemisest kogetud kasu või kahju, ettepanekud taastumisgruppide läbiviimiseks ja taastumise toetamiseks.

Eesmärgist tulenevalt otsitakse vastust järgmistele uurimisküsimustele:

- Mida tähendab taastumisgrupist osavõtjatele taastumine?
- Kuidas hindavad osalejad taastumisgrupis osalemisest kogetud kasu või kahju?
- Millised on osavõtjate ettepanekud grupis läbiviidavate tegevuste suhtes?

Töö eesmärgi saavutamiseks on uurimisülesanneteks:

- anda lühiülevaade vaimse tervise valdkonnast, inimeste õigustest ja suundumustest teenuste osutamisel;
- tuua välja taastumise põhilised aspektid, protsess, taastumist edendavad eeldused ja toetamine taastumisgrupis;
- viia läbi uuring, esitada tulemused, järeldused ja ettepanekud.

Uurimisülesannete lahendamiseks tutvutakse vaimse tervise valdkonna taastumist kirjeldavate materjalidega ja erialakirjandusega ning püütakse välja selgitada indikaatorid millega oleks võimalik taastumist esile tuua.

Töö koosneb kahest osast. Terooria osa antakse ülevaade vaimse tervise häirete mõjuteguritest, levikust Eestis, häiretega seotud tegevus- ja osaluspiirangutest ja keskkonnateguritest ning suundumustest vaimse tervise teenuste osutamisel. Taastumise peatükis on toodud paradigma areng, taastumise aspektid, taastumise tähendus, protsess ja taastumist edendavad ja toetavad eeldused. Töö uuringuosa keskendub kuue erihoolekandeesutuse toetatud elamise teenusel oleval elaniku isikliku kogemuse esiletoomisele, analüüsile ning ettepanekute tegemisele tugigrupitöö parendamiseks.

Abi eest töö valmimisel tänab autor südamest uuringus osalejaid, psühhiaater Raine Pillit, oma juhendajat Dagmar Narussoni, kaasjuhendajat Külli Mäed, toetavat ja kannatlikku poega ja sõpru, kes minusse ikkagi uskusid.

# **1. TAASTUMINE VAIMSE TERVISE VALDKONNAS**

## **1.1. Vaimne tervis ja suunad teenuste osutamisel**

### **1.1.1. Vaimse tervise mõjutegurid ja häirete levimus Eestis**

Vaimne tervis on heaoluseisund, milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevase elu pingetega, suudab töötada tootlikult ja tulemusrikkalt ning on võimeline andma oma panuse ühiskonna heaks. Tegurid, mis määravad vaimset tervist ja vaimse tervise häireid ei hõlma ainult inimeste isiklike võimeid, nagu oma mõtete ja tunnete, käitumise juhtimist ja läbikäimist teiste inimestega, vaid ka sotsiaalseid, kultuurilisi, majanduslikke, poliitilisi ja keskkonna faktoreid, rahvuslikke poliitikaid, sotsiaalkaitset, elamisstandardit, töötingimusi ja kogukonna toetust. (Mental..., 2013, lk, 7) Töös mõistetakse heaolu kui inimese subjektiivset hinnangut oma elukvaliteedile.

Vaimse tervise häirete all mõistetakse rahvusvahelises haiguste klassifikaatoris RHK-10 psüühika- ja käitumishäireid (F00–F99). Vaimse tervise häirete ehk psüühikahäirete mõiste hõlmab RHK-s nii psüühiliselt haigeid kui vaimse alaarenguga inimesi. (Rahvusvahelise....) Vaimse tervise häired mõjutavad oluliselt inimese töövõimet. Haigekassa andmetel pöördus 2013. aastal ravikindlustuse süsteemi poole 87 288 tööelist inimest (s.o 10,6% samaealisest elanikkonnast), kelle raviarvel oli märge mõne psüühika- ja käitumishäire kohta, neist 51 538 otsisid retsepti alusel välja psüühikahäire raviks näidustatud ravimi. Eestis elas 2014. aasta alguses 32 498 tööelist inimest, kellel töövõimetuse ekspertiisi raames on tuvastatud vaimse tervise häire tõttu töövõimekadu. Neist 24 475 inimesel oli vaimse tervise häire põhidiagnoos, 8023-l oli vaimse tervise häire märgitud kõrvaldiagnoosina. (Veldre, Masso & Osila, 2015)

Inimesed, kellel on vaimse tervise häire, satuvad ühiskonnas tihti sotsiaalsesse isolatsiooni, nende elukvaliteet langeb oluliselt, samuti kaasneb vaimse tervise häiretega suurem suremus (Living..., 2014). Uuringud on näidanud, et esineb pöördvõrdeline seos füüsilise ja vaimse tervise häirete vahel. Kuigi rasked vaimse tervise häired ise võivad olla puude tekkimise aluseks, tekib vaimse tervise häiretega inimestel rohkem füüsilise tervise häireid, mis tihti jäävad tähelepanuta ja ravimata. (Living..., 2014; No health..., 2011, lk 15) Puude mõiste hõlmab pikaajalist füüsilist, vaimset, intellektuaalset või meelelist kahjustust, mis koostoimel erinevate takistustega võib tõkestada inimesel teistega võrdsetel alustel täielikku ja tõhusat osalemist ühiskonnaelus (Puuetega..., 2012). Vaimse tervise häireid võib kujuneda inimestel, kellel on elumuutev õnnetus või diagnoositud pikaajaline haigus, mille tõttu langeb inimeste toimetulekuvõime veelgi. (Comprehensive..., 2013; No health..., 2011, lk, 15) Ka omaste hooldajatel, kelle hoolduskoormus on üle 20 tunni nädalas, on suur oht vaimse tervise häirete tekkimiseks (No health..., 2011, lk, 15). Eestis elab viimase rahvaloenduse andmetel 4,5% oluliste tegevuspiirangutega inimestest asutustes, pereliikme hooldamise on tõttu mitteaktiivseid 15-74 aastaseid inimesi 17 400 (Statistikaamet, 2014, lk, 50).

Vaimse tervise häireid saab tinglikult jagada kahte rühma: tavalised vaimse tervise häired ja rasked vaimse tervise häired. Tavalised vaimse tervise häired hõlmavad endas vaimse tervise probleeme, mille negatiivne mõju inimese heaolule ja funktsioneerimisele on kas tagasihoidlik, mõõdukas või märkimisväärne, ent mille puhul õigeaegse sekkumise korral ja teatud tingimustel ka ilma sekkumiseta, on võimalik täielik ja püsiv tervistumine või osalemine ühiskonnas ja tööelus. Raske vaimse tervise häire korral on häire mõju inimese toimimisele väga oluline, enamasti ei ole professionaalse sekkumiseta, kogu elu kestva ravita või oluliste kohandusteta igapäevakeskkonnas inimese tervistumine ega osalemine ühiskonnaelus teistega võrdselt võimalik. (Veldre *et.al.*, 2015)

Lõputöös uuritakse personaalse taastumise ning taastumisgrupis osalemise kogemuse tähendust inimestele, kellel ei ole vaimupuuet, vaid on raske vaimse tervise häire ja kes on pikka aega viibinud institutsionaalsel hooldusel. Institutsioon on hooldusasutus, kus organisatsiooni vajadused domineerivad elanike isiklike eelistuste ja vajaduste üle, ollakse sunnitud kellegagi koos elama, elanikel on ebapiisav kontroll enda elu ja seda

puudutavate otsuste üle, piiratud osalemisvõimalused ühiskonnaelus ja tööhõives ning madalam elukvaliteet (European..., 2012; Statistikaamet, 2014; Suiman, 2016, lk, 20). Eesti paigutus 2005. aastal institutsioonides elava elanikkonna osakaalu alusel Euroopa Liidus esimesele kohale. Sotsiaalkindlustusameti andmete alusel oli erihoolekandeteenustel 2013. aasta lõpus 5036 inimest. Suurimad põhidiagnoosi grupid erihoolekandes on vaimne alaareng 42% ja skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired 39%, teised diagnoosid olid vähem esindatud. (Erihoolekande..., 2014, lk, 6-7) Institutsionaalselt osutatavate teenuse osakaal Eestis ei ole vähenenud: 2015. aastal pakuti iseseisvat toimetulekut toetavaid teenuseid tunduvalt vähem kui ööpäevaringse asutushoolduse kohti; kõigist ööpäevaringsete erihoolekandeteenuste kasutajatest elas 65% üle 30-kohalistest vanemat tüüpi hoolekandeaasutustes (Riigihanke..., 2016).

Kokkuvõtvalt võib välja tuua, et vaimse tervise häired on levinud ja mõjutavad oluliselt inimeste toimetulekut. Diagnoositud vaimse tervise häirete levik Eestis tööealiste inimeste hulgas on Haigekassa andmetel suur, töövõimekaoga vaimse tervise häirega inimesi oli ligikaudu 32 500. Erihoolekandeteenuseid kasutas neist vaid väike osa.

### **1.1.2. Osalus- ja tegevuspiirangud, keskkonnategurid**

Vaimse tervise häired on seotud hirmu ja tõrjuvate hoiakutega avalikkuse poolt. Raske vaimse tervise häire tähendab automaatset "ettearvamatu hullu, ohtliku ja ebakomponentse" inimese silti, selle poolest erinevad psüühikahäired kõigist teistest haigustest. Negatiivsed hoiakud inimeste suhtes, kellel on vaimse tervise häire, on internaliseeritud juba lapsepõlvest ja haigestumisel võetakse need automaatselt omaks. (Wilken, 2010, lk, 94-95) 2006. aasta Eurobaromeetri küsitluse järgi (TNS Opinion & Social, 2006) on Eestis inimesi, kes arvavad, et psühholoogiliste ja emotsionaalsete terviseprobleemidega inimesed on ettearvamatud 76%, kujutavad ohtu teistele inimestele 60%, nad ei saa kunagi terveks 22%, nad on ise oma terviseprobleemis süüdi 24% (Veldre *et al.*, 2015). Stigmatiseerimine ja diskrimineerimine mõjutab inimeste elu kõiki aspekte: tekitab hirmu ja süütunnet, takistab see abi otsimast ja taastumast, omandamast haridust, arendamast suhteid ja lülitab välja igapäeva tegevustest ja tööelust. (Time..., 2008; Comprehensive..., 2013).



Kuigi vaimse tervise häired on levinud, tuleb haigestumine inimesele ja lähedastele alati ootamatult. Lapsepõlvest internaliseeritud hoiakute teadvustamine ja ühiskonnas nn omade grupist väljaarvamine tekitab šoki. Raskesse vaimse tervise häiresse haigestumine on inimesele trauma, mis lööb segi maailmapildi, haigestumisega kaasneb kriis ja lein. Psühhiaater Kübler-Ross (1926–2004) defineeris aastal 1969 viis leinastaadiumi: šokk, eitlus, viha, kauplemine, masendus ja leppimine (Faull & Woof, 2002). On välja toodud, et kui vaimse tervise häirega sildistamata inimestel on lubatud leinata ja väljendada leina ajal loomulikke tundeid, siis inimestel, kellel on raske vaimse tervise häire, kiputakse kõike seostama haiguse sümptomitega või haigusteadlikkuse puudumisega (Anthony 1993; Mead..., 2014; Wilken & Hollander, 2015). Inimestel on elu jooksul välja kujunenud omad väärtushinnangud, uskumused, eesmärgid ja arusaamine iseendast ehk minapilt. Neid aja jooksul üsna vähe muutuvaid ja olemuselt samaks jäävaid tähendusi nimetab Folkman globaalseteks tähendusteks. Kui juhtub midagi stressitekitavat, n haigestumine elumuutvasse haigusesse, tekib vastuolu globaalsete tähenduste ja muutunud situatsiooni vahel. Stressiga toimetulek eeldab võimet viia globaalsed tähendused vastavusse muutunud olukorraga. (Van Overbruggen, 2011, lk, 66) Stressiks võib nimetada elusündmust, mis ületab inimese käsutuses olevad ressursid hakkama saamiseks.

Raske vaimse tervise häirega kaasneb sageli tavalisest oluliselt suurem tundlikkus sisemistele ja välistele stressiteguritele, mis tekitavad tegevus- ja osalemispiiranguid ühiskonnaelus ja sotsiaalses funktsioneerimises. Tegemist on alati bioloogiliste, psühholoogiliste ja ühiskondlike tegurite vastastikuse mõjuga. (Wilken & Hollander, 2015). Psühhosotsiaalselt haavatavatel inimestel on kõigil omad stressorid. Stressi võivad põhjustada ülestimulatsioon, hallutsinatsioonid, emotsioonid, igapäevased probleemid, liiga keerulised või suurt vastutust nõudvad tegevused, elukeskkond, kus avaldatakse liiga suurt sotsiaalset survet, vaenu, liigse kriitika või ülehoolitsemisega, ootamatud või pöördelised, teiste jaoks ka ebaolulised sündmused, mille üle puudub kontroll. Haavatavuse vastukaaluks on inimeses ja keskkonnas olemasolevad tugevused ja oskus neid kasutada. Toimetulekustrateegiad on stressiga toimetulemise viisid, et suurendada turvatunnet selleks, et stress inimest igapäeva- ja ühiskondlikus elus võimalikult vähe takistaks. Kui inimene ei oska toimetulekustrateegiat õigel ajal rakendada, sellest ei piisa,

või kui keskkonna poolt avaldatakse liiga suurt survet ja ei pakuta piisavalt toetust, võib stress ületada taluvusläve ja inimene võib psühhootiliselt või depressiivselt reageerida. (Wilken & Hollander, 2015)

Taastujad on märkinud, et saades raske vaimse tervise häire diagnoosi, alandati ootusi nende suhtes peaaegu nullini, nähti inimese ja tema käitumise iseärasuste, kaitse-ja toimetulekumehhanismide asemel ainult diagnoosi ja sümptomeid. Kuna ei tundud huvi haigestunute kui inimeste vastu, kadus lootus, elu mõte, motivatsioon, ununesid eelnevad isiksused, väärtushinnangud, purunesid unistused ja tulevikulootused. Haigus sai inimese peamiseks identiteediks. (Deegan, 1996; Living..., 2014)

Inimesed, kellel on raske vaimse tervise häire, on ühiskonnas enim stigmatiseeritud, diskrimineeritud ja marginaliseeritud ühiskonnagrupp (WHO, 2012; Comprehensive..., 2013; Statistikaamet, 2014). Inimestel on tihti marginaliseeritud ühiskonnagrupi liikmetele ja nende võimalikele rollidele, stereotüüpsed ootused ning seega ei saa nad täita ühiskonnas väärtuslikke, endale jõukohaseid, sobivaid rolle (Hunt & Stein, 2012). Stereotüüpia seisneb inimeste klassifitseerimises eelnevalt kehtestatud kriteeriumi kogumisse mõnede pinnapealsete tunnuste alusel, näiteks diagnoosi või puude alusel. Stereotüüpia puhul ei lähtuta sellest, milline inimene tegelikult on, vaid lihtsalt püütakse teda ettekujutusele vastavatesse raamidesse suruda. (Hayes, 2002, lk, 70) Kõik inimesed on erinevate annete, tugevuste ja tõekspidamistega juba enne haigestumist, kuid stereotüübi alusel toimival suhtlemisel, teenuste osutamisel ja ettekujutusel haigestunule sobivatele rollidele, selle asjaoluga ei arvestata. Kui midagi on iseenesest mõistetav, ja seega ei kuulu vaidlustamisele, kohandatakse üldjuhul ette antud rollidele.

Rolle defineeritakse rolliootuste kaudu ja nii võib öelda, et roll on teatud ootus inimese käitumisest sotsiaalses grupis, mida selle grupi liikmed jagavad (Bachman & Maruste, 2003, lk 292). Sotsiaalsed rollid on alati vastastikused ja esinevad paaridena, kuna rolle saab hoida ainult teiste inimestega suhetes (Hayes, 2002, lk 2). Nii on patsiendi või kliendi rolli hoidmiseks vajalik, et keegi täidaks arsti, või näiteks tegevusjuhendaja rolli. Käitumine ja kontekst mitte ainult ei määra rolli, vaid need on ka vastastikusel seoses (Hunt & Stein, 2012). Niipea kui koos on kaks samas rollis, võrdse staatusega olevat isikut, on nende käitumine ja suhtlemine tõenäoliselt individuaalsem ja isiklikum (Hayes,

2002, lk 2). Inimene täidab erinevaid rolle ja käitub neis rollides erinevalt, rollikonfliktide vältimiseks tuleb osata erinevate rollide poolt esitatavaid nõudmisi ühitada (Bachman & Maruste, 2003, lk 292). Goffman väitis (1959), et rollid, mida inimesed igapäevaelus täidavad, lõpuks internaliseeruvad ja saavad ajapikku osaks inimese isiksusest, identiteedist, ja inimesed hakkavad sobiva sotsiaalse konteksti puhul automaatselt oma äraõpitud rolli mängima (Hayes, 2002, lk 2-3). Levinud praktikaks inimestega, kellel on vaimse tervise häire, töötamisel, on neile öelda, mida nad tegema peavad, nende eest otsuste tegemine ja kohtlemine viisil, nagu oleksid nad lapsed (Dignity..., 2015).

Kokkuvõtvalt võib ütelda, et kuigi vaimse tervise häired on levinud on haigestumine inimesele trauma. Inimesed on erinevate väärtushinnangute, tõekspidamiste, annete, nõrkuste ja tugevustega juba enne haigestumist. Suhtlemisel ja toetust planeerides tihtipeale see asjaolu unustatakse ja lähtutakse stereotüüpidest. Kui inimestelt, kellel on raske vaimse tervise häire, oodatakse, et nad oleksid lapseseisuses patsiendid ja kliendid, kellel pole ise õigust otsustada oma ravi, elukoha ega tegevuste üle, siis käitatakse automaatselt vastavalt ära õpitud rollile.

### **1.1.3. Suunad valdkonnas ja kodanikuõigused**

Viimastel aastakümnetel on vaimse tervise häirega inimeste hoolduspõhimõtted põhjalikult muutunud. Pikaajalisele haiglaravile ja institutsionaliseeritud hooldusele eelistatakse kogukonnapõhiseid teenuseid ja vastutus hooldamise eest on nihkunud perekonnale. (Living..., 2014) Kogukonnapõhised teenused osutatakse kogukonnas, koos kogukonnaga, kogukonnas elavate inimeste heaks. Teenused on suunatud kogukonnaliikmete elukvaliteedi tõstmisele, turvalisusele ja heaolule ning toetavad iseseisvat elamist, õppimist, töötamist, vaba aja veetmist ja sotsialiseerimist (Wilken & Hanga, 2015; Suiman, 2016, lk, 22). Termin kogukonnapõhised teenused tähendab ühelt poolt avalike teenuste nagu eluaseme, transpordi, tervishoiu, hariduse, tööteenuste, kultuuri ja vaba aja veetmise võimaluste kättesaadavust kõigile, olenemata vanusest või puudest (European, 2012; Erihoolekande..., 2014). Teisalt tähendab kogukonnapõhine teenus, et abivajadusega inimestele on tagatud kogukonnas pakutavate teenuste toel võimalus kodus toime tulla (European..., 2012). Taastumist toetava hoolekande üks

oluline element on, et igal kliendil on vähemalt üks inimene, kes täidab isikliku juhendaja või toetaja rolli ehk tugisik, kellega inimesel on usaldussuhe (Wilken & Hollander, 2015).

Sotsiaalteenuste kättesaadavus Eestis on erinev, olenedes KOVi suuruselt, asukohast ja haldusvõimekusest. Kõige suurem lõhe teenuse vajaduse ja kättesaadavuse vahel iseloomustab isikliku abistaja teenust, päevakeskuse teenust ja tugiisikuteenust. Osutatavate sotsiaalteenuste lõikes on vähe teenusepakkujaid ja teenuse pakkumisel puudub konkurents. (Saarsen, 2015, lk 44, 48) Psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihooletandeesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel uuringu lõppraportist selgus muuhulgas, et Eesti praegune sotsiaalhoolekandeesüsteem on meditsiinikeskse lähenemisega, kogukondades ei ole toetavad teenused kättesaadavad ja deinstitutionaliseerimisele esineb vastuseis. Vaimse tervise häirega inimeste hoolekannet peetakse perekonna või riigi asjaks. (Bugarski *et al.*, 2015). Töötava ja tasakaalustatud süsteemi jaoks tuleb statsionaarse ravi ja institutsionaalse hoolduse vähendamise arvel kokku hoitud ressursid investeerida kogukonnapõhisesse teenustesse. Kogukonnapõhised teenused ei ole odavam alternatiiv, vaid osa terviksisüsteemist. (Drake & Whitley, 2014; European..., 2012) Erinevused meditsiinilise ja taastumispõhise mõtteviisi ja teenuste osutamise põhimõtete kohta on toodud lisas nr 1.

Taastumisele orienteeritud vaimse tervise teenuste osutamiseks on WHO poolt välja antud esmatasandi tervishoiule juhendmaterjal kus rõhutatakse integreeritud tervishoiu ja sotsiaalteenuste osutamise vajadust (World..., 2008). 27.05.2013 toimunud 66ndal Maailma tervise assambleel on vaimse tervise teenuste korraldamiseks vastu võetud Kõikehõlmava vaimse tervise teenuste tegevusplaan aastateks 2013-2020 (Comprehensive..., 2013). Koostatud on Vaimse tervise tegevuskava, kus rõhk on integreeritud valdkondade ülesel, isikukesksetel, taastumisele orienteeritud, elukaarepõhistel, vajadustele vastavatel ja kättesaadavatel vaimse tervise teenuste osutamisel, mis aitavad saavutada inimesele tähtsaid eesmärke ning võimalikult kõrget elukvaliteeti (Mental..., 2013). Välja antud on ka vaimse tervise teenuste osutamiseks tervishoiu- ja sotsiaalasutustes taastumisele suunatud teenuste kvaliteedi juhend (WHO QualityRights Tool Kit), kus on toodud kaasaegsete vaimse tervise teenuste kriteeriumid.

Töövahend annab võimaluse asutuste tööd kõikehõlmavalt hinnata, et kavandada vahendeid tagamaks teenusekasutajate väärikust, iseseisvust ja enesemääramisõigust toetavaid teenuseid. (WHO 2012) Teenuste kvaliteedi määratlemisel, seirel ja hindamisel tuleb keskenduda sellele, kuidas nad mõjutavad neid kasutavate inimeste õiguseid ja elukvaliteeti (European....2012).

Kogukonnapõhine teenus võib väärtuste ja tööpraktika muutmiseta olla sama institutsionaliseeritud kui psühhiaatria haigla. DI ei ole ainult füüsilist keskkonda puudutav, vaid ka psühholoogiline, käitumise muutmise protsess ning tähendab meditsiinilisest paradigmast loobumist ja taastumispõhise mõtteviisi omaksvõttu. (Wilken & Hanga 2015) Inimeste heaolule ja elukvaliteedile tähelepanu pööramine ning taastumisele suunatud lähenemine on vaimse tervise valdkonnas suhteliselt uudne mõtteviis. Ajalooliselt ei ole inimesed, kellel on vaimse tervise häire, ega nende lähedased saanud ravi või hoolduse osas eriti kaasa rääkida. (Tomberg, 2014, lk 5) Veel vähem on tähelepanu pööratud inimeste, kellel on vaimse tervise häire, inimõiguste või kodanikuõiguste tagamisele.

Inimõiguste tagamiseks teenuste osutamisel ja kvaliteedi seirel on WHO jaganud õigused järgmiselt: õigus õiglasele ja adekvaatsele elustandardile ja sotsiaalkaitsele, õigus nautida võimalikult kõrget saavutatavat vaimse ja füüsilise tervise taset, õigus kasutada kõiki õigustoiminguid, kaitsta isiklike vabadusi ja turvalisust, õigus mitte saada piinava, julma, ebainimliku või alandava kohtlemise osaliseks ning mitte alluda ekspluateerimisele, vägivalle ja väärkohtlemisele, õigus elada iseseisvalt ja olla kaasatud kogukonda (WHO 2012). Tähtsamaks dokumendiks puuetega inimeste õiguste tagamisel on 13.12.2006 vastu võetud ÜRO Puuetega inimeste õiguste konventsioon (PIÕK), Euroopa Liit (EL) ühines konventsiooniga detsembris 2010 (European..., 2012), Eestis on PIÕK ratifitseeritud 21.03.2012. Puuetega inimeste õiguste konventsiooni ratifitseerimisega on võetud kohustus tagada, et kõik õigusaktid, programmid ja rahastamine võtavad vastavalt artiklile 19 arvesse ja edendavad puuetega inimeste õigust omada võrdseid valikuid, õigust elada iseseisvalt ja olla kaasatud ühiskonda. (Puuetega...2012) PIÕK väljendab tänapäevaseid puude käsitlusi, sh tegevus- ja osaluspiiranguid ja keskkonnategureid vastavalt rahvusvahelisele funktsioneerimise

klassifikaatorile (RFK), mida inimesed võivad kogeda. PIÕK on poliitika ja sotsiaalvaldkonna teenuste kujundajaks puuetega inimeste kultuuriliste, majanduslike, poliitiliste, sotsiaalsete ja kodanike õiguste tagamisel. Konventsiooni eesmärk on edendada, kaitsta ja tagada kõigi inimõiguste ja põhivabaduste täielikku ja võrdset teostamist kõigi puuetega inimeste poolt ning edendada austust nende loomupärase väärikuse vastu (art 1). (Statistikaamet, 2014)

Inimeste, kellel on vaimse tervise häire, väärikus tähendab kodanikuks olemist, enda jõu tunnetamist, oma elu kontrollimist, samade õiguste omamist (n õigus otsustada, kus elada, kellega kohtuda, keda armastada, kus töötada) ning ka samasuguse vastutuse võtmist (n seaduste austamine, valimistel osalemine, vabatahtlik töö, maksude maksmine) nagu teevad teisedki kodanikud (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless & Evans 2005). Oma kodanikuõiguste ja -kohustuste realiseerimine aitab inimesel end väärtuslikuna ja lugupeetuna tunda ning ise endast lugu pidada (Dignity...2015, lk 32). Inimesed, kellel on vaimse tervise häire, peavad olema jõustatud ja kaasatud vaimse tervise eneseesindusse, poliitika, planeerimise, seadusandluse, teenuste pakkumisse, kvaliteedi kontrolli, uuringutesse ja arendamisse (Mental... 2013). Siiani puudub vaimse tervise häiretega inimeste esindusorganisatsioon Puuetega Inimeste Kojas. Esinduorganisatsioonide tekkimist takistab osalt vaimse tervise häirete stigmatiseeritus, Eesti on väike ja inimesed ei soovi end oma nimega valdkonnas esindada. Teisalt on tegemist ressursside puudusega: organisatsiooni juhtimiseks, arendamiseks ja tegevusteks on vaja aega, stabiilset tervist, inimesi, raha, oskuseid, vahendeid, ruume jms. Huvikaitse ei saa olla projektipõhine ja ainult vabatahtlik tegevus, tegemist on siiski enim marginaliseeritud ja haavatavate ühiskonnaliikmetega, kelle stressitaluvus pole parim.

#### **1.1.4. Vaimse tervise teenused**

Vaimse tervise teenuseid on väga palju, eneseabivõimalustest ning erinevate elusituatsioonidega seotud tugi- ja nõustamisteenustest kõrgema etapi raviteenusteni. Vastavalt Tervise Arengu Instituudi poolt 2012.a. läbiviidud Vaimse tervise teenuste kaardistamise ja vajaduste analüüsile toimivad vaimse tervise teenused Eestis killustatult. (Bogdanov & Pertel 2012) Killustatust, koordineerimatust, kättesaamatust ja inimeste vajadustele mittevastavust on välja toodud ka teistes uuringu tulemustes. Taastumisele

orienteeritud teenuste puhul peetakse oluliseks isikustatud eelarvete kasutamist, piisavate ressursside ja valikuvõimaluste olemasolu (Bugarski *et al.* 2015; Wilken *et al.* 2014; Wilken & Hanga 2015).

Tõenduspõhisteks meetodideks inimeste ravis, kellel on raske vaimse tervise häire, on peetud ravimeid, psühhoteraapiaid ja psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni. (Chorpita *et al.* 2011). Kaasagne tervisekäsitlus on holistiline ja nüüdseks on WHO poolt taastumiseks soovituslikuks lisatud ka inimese kultuurilisse konteksti sobivad parimad praktikad nagu spirituaalsed tehnikad, loovteraapiad, eneseabi, kogemusnõustamine jms (Mental...2013). Kogemusnõustaja on inimene, kellel on oma taastumise kogemus, läbitud koolitus ja kes nõustab teisi sarnases olukorras olevaid abivajajaid ning nende lähedasi, oma kogemuse põhjal. Ta ei pea olema taastumise valmis näidis. Kogemusnõustajate poolt pakutavaid teenuseid, sh vastastikust abistamist, toimimise õppimist, teavet ja nõuandeid, tuleks vaadelda osana riigi poolt rahastatud kogukondlike teenuste segust (European... 2012).

Et kahandada haiguse mõju funktsioneerimisele, eeldatakse pikaajalisse haigusesse haigestunult käitumise kohendamist ja osalemist tegevustes, mis toetavad tema füüsilist ja psühholoogilist heaolu, regulaarselt suhtlemist raviteenuste osutajatega ning viimaste juhiste ja soovitatud režiimi järgimist ja tervisliku seisundi seiret (Clark, 2003). Pikaajaline haigus ei avalda mõju üksnes kehale, see mõjutab inimsuhteid, identiteeti ja käitumist. Kui inimene, kes taastub ägedast lühiajalisest haigusest, saab naasta oma tavapärasesse ellu, siis pikaajalise haiguse diagnoosimisel peab haigestunu hakkama kohandama oma elukorraldust ja rolle vastavalt haiguse poolt ettekirjutatule. (Larsen, 2009) Vaimse tervise häirega inimesed, nagu teisedki pikaajalise haigusega inimesed, tahavad ennekõike elada toimekat, nii normaalset, rahuldustpakkuvat elu kui võimalik. Vaimse tervise teenused ei peaks keskenduma ainult ravile, haiglapäevade vähendamisele jms. (Chorpita *et al.* 2011) Uus paradigma keskendub tervisehäirega inimeste rehabiliteerimisel õppimisele, töötamisele, iseseisvusele, rahuldust pakkuvatele sotsiaalsetele suhetele ja hea elukvaliteedi tagamisele (Anthony & Farkas 2009; Chorpita *et al.* 2011; Wilken & Hollander 2015).

Üks tähtsamatest vaimse tervise teenustest on psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni lähenemisviis, kus koostatakse endale taastumisplaan (Dignity..., 2015, lk 32; WHO...,

2012). Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon oli 20. sajandil sotsiaalne liikumine, mis andis panuse psühhiaatria inimlikumaks muutmisel (Wilken, 2010, lk 14). Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on üks rehabilitatsiooni liikidest, mille eesmärk on soodustada taastumist, täielikku integreerumist kogukonda ja elukvaliteedi parandamist inimesel, kellel on diagnoositud ükskõik milline vaimse tervise olukord, mis tõsiselt piirab võimet elada tähendusrikast elu (Anthony 1993). Psühhosotsiaalsed rehabilitatsiooni on kirjeldatud ka kui taastumisvalmiduse saavutamist. Valmisoleku all mõeldakse inimese võimet seada oma elu puudutavaid soove ja eesmärke, see ei sisalda võimet ega valmisolekut neid saavutada. Valmisoleku saavutamist edendavad lootus, usk muutuste võimalikkusesse, kogemusnõustamine, tugi, teadmised taastumisest, inimese enda kogemused ja protsessiga seondumine. (Hietala-Paalamäe, Narumo & Yrttiaho 2006) Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon ja kogemusnõustamine on siiani Eestis olnud kättesaadavad vähestele abivajajatele.

## **1.2. Taastumine ja selle toetamine**

### **1.2.1. Taastumise aspektid ja paradigma areng**

Tervis tuleneb kreekakeelsest sõnast *holos*, mis ühtlasi tähendab ka terviklikkust. "Tervist ei võrdsustata õnnetunde, ega ilma valuta eluga, vaid see tähendab füüsilist, vaimset ja sotsiaalset heaolu, mille võib saavutada tegelikult ka haige olles. Haiguse sümptomid ei pruugi küll kadunud olla, kuid inimese heaolutunne on tõusnud" (Van Overbruggen, 2011, lk 33-34). Tervenemine seostub pigem haigusest paranemisega ja haigestumisele eelnevasse olukorda naasmisega, kui see ei ole objektiivseid asjaolusid arvestades võimalik, kasutatakse sama seisundi iseloomustamiseks mõistet taastumine.

Taastumis põhise visiooni tekkimise aluseks vaimse tervise teenuste pakkumisel 1990ndatel, oli 1960ndatel ja 1970ndatel läbi viidud deinstitutionaliseerimine ja kogukonnapõhine rehabilitatsioon 1980ndatel (Anthony 1993). DI sai võimalikuks seoses uute ravimite turule tulekuga 1960ndatel (Drake & Whitley 2014). Mõjukaks sotsiaalseks jõuks sai füüsiliste puuetega inimeste iseseisva elu liikumine, mis oli mõjutatud kodanikuõiguste, tarbijate ja eneseabi liikumisest ja millest arenes iseseisva elu paradigma (DeJong, 1979). Kuigi füüsilise puudega inimeste taastumise idee oli omaks



võetud varem, ei pööratud raske vaimse tervise häire puhul ravi või teenuseid pakkudes sellele tähelepanu- taastumist ei peetud võimalikuks ja seega keskenduti sümptomite kontrollile ja riskide maandamisele (Anthony 1993). USA-s sai alates 1970ndatest populaarseks taastujate liikumine, mis oli mõjutatud kodanikuõiguste ja psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni liikumisest ning soovist vähendada stigmatiseerimist (Wilken, 2010, lk 26). Vaimse tervise valdkonnas on taastumisliikumise eestvedajad ja taastumiskontseptsiooni tutvustajad olnud taastujad ise (Anthony, 1993). Taastujatest mõjukaimad valdkonna arendajad on olnud Ameerikas Patricia Deegan, Austraalias ja Uus-Meremaal Mary O'Hagan, Hollandis Wilma Boevink (Wilken & Hollander, 2015)

Taastumisliikumine tekkis protsestiks pakutavate vaimse tervise teenuste ja meditsiinilise paradigma paternaliseeriva ja haigestunu elu kõiki aspekte kontrolliva hoiaku tõttu (Deagan 1996; Drake & Whitley, 2014). Diagnoosi saanutel tuli asuda patsiendi rolli, kus polnud võimalust midagi ise valida või otsustada, jäi üle ainult stressi vältida, ravimeid võtta ja hooldekodus elada (DeJong 1979; Deagan 1996). Stereotüüpsed eeldused selle kohta, mis on võimalik, on töötanud sajandeid inimväärikuse ja vaimse tervise häiretega inimeste taastumise vastu ja loonud maailma, kus usutakse, ja vaimse tervise häiretega inimestele ka sageli öeldakse, et neil ei ole mõtet paljut oodata ega lootat. (Dignity..., 2015, lk 19) Raske vaimse tervise häire diagnoosi saamine tekitab enamuses inimestest lootusetust (*ibid.*, lk 6). Erinevad arstid võivad ühele ja samale inimesele panna erineva diagnoosi, arstid ise muudavad tihtipeale aja jooksul pandud diagnoosi (Wilken, 2010). Diagnoos oleneb sellest, mida inimene psühhiaatrile räägib. See ei ütle midagi selle kohta, mis inimeses on tervet, elujõulist, osavat, taibukat, loovat ning mis ootab leidmist ja esilepääsu (Koskisuu & Yrttiaho 2009).

Taastumine hõlmab erinevaid aspekte. Taastuda tuleb raskest vaimse tervise häirest, taastada positiivne identiteet, üles ehitada kahjustatud sõprussuhted või arendada uusi positiivsemaid, nõuda oma kodaniku- ja sotsiaalseid õiguseid ning leida oma koht kogukonnas (Ochocka *et al.* 2005 viidatud Wilken, 2010, lk 44 vahendusel). Vaja on taastuda sellest, mis on olnud tähtis minevikus ning mis ikka veel mõjutab, hirmust ja ärevusest, mis on seotud haiguse sümptomitega ja nende võimaliku tagasitulekuga, ravimisega seotud probleemidest (millest osad on ebameeldivad, hirmutavad või isegi

traumatiseerivad), enesehinnangu hävimisest ning koos sellega ka usalduse, lootuse ja tulevikku usu kaotamisest, stigmaga kogetud häbist ja süütundest, diskrimineerimisest ja tõrjumisest ühiskonnas. (Lapsley *et al.* 2002 viidatud Wilken, 2010, lk 45 vahendusel) Kaotustest, millest tuleb taastujate arvates veel taastuda, on usaldusväärse ja ratsionaalsuse kaotus, suutmatus efektiivselt või selgelt ja järjepidevalt suhelda, mainekaotus, sõprade ja pereliikmete kaotus, haridus- ja töövõimalustest ilmajäämine, oma kodu ja vara kaotus, oma arengupotentsiaali või oma pere loomisvõimaluse kaotus. Või füüsilise vormi, hea välimuse kadumine, halvenev tervis, samuti tulevikuväljavaadete ning sageli ka kogukondlike sidemete kadumine. (Living... 2014, lk...) Traumaatilised kogemused mõjutavad oluliselt inimese elukvaliteeti. Peamisteks kogemusteks on abitus ja tõrjumine. Taastumise all mõistetakse seda, et pärast traumaatilisi kogemusi hakatakse taas oma elu elama ja leitakse sellele uuesti mõtte (Wilken & Hollander 2015)

Taastumise sõna on vaimse tervise valdkonnas kasutuses kahe erineva tähendusega: kliiniline taastumine, mis on seotud traditsioonilise meditsiinilise paradigmas ja (personaalne) taastumine, mis on esile kerkinud kogemuspõhisest teadmisesest (Anthony 2004; Slade 2009a). Kriteeriumid kliinilise taastumise uuringutes on n sümptomite puudumine ja funktsioneerimine haigestumisele eelneval tasemel; uuringutest selgub, et rasketest vaimse tervise häiretest on taastunud 11%-33% (Warner 2004, viidatud Drake & Whitley 2014 vahendusel) ja uuema uuringu andmetel on taastunute mediaan 13,5% (Jääskelainen *et al.*, 2013 Drake & Whitley vahendusel). Kriteeriumite muutmisel on saadud tulemusteks 40%-44% (Drake & Whitley). Vaimse tervise häirest taastumine hõlmab palju enam kui haigusest paranemine, sümptomite kontrollimine või riskijuhtimine turvalisuse tagamiseks (Anthony 1993).

Kokkuvõtvalt võib ütelda, et taastumisliikumine tekkis protestiks meditsiinilise paradigma paternaliseeriva kõiki haigestunu elu aspekte kontrolliva hoiaku tõttu. Aspektid millest taastuda võivad erineda, tegu on traumajärgse arenguga.

### **1.2.2. Taastumise tähendus ja protsess**

Taastumisel on mitmeid tähendusi ja definitsioone. See võib tähendada haigusejärgset tervenemisprotsessi, halbadest kogemustest ülesaamist või kõrgema enesehinnangu ja

suurema enesekindluse saavutamist. Ka oma piirangutega toimetulemise õppimine ja mõtestatud, tavapärase elu juurde tagasipöördumine kogukonnas, on osa taastumisest. (Wilken & Hollander, 2015, lk 26; Wilken & Hanga, 2015) Taastumise kõige tuntuim ja laialdaselt kasutatavam definitsioon on esitatud Anthony poolt (1993):

"Taastumine on sügavalt isiklik, ainulaadne protsess, mille käigus inimene muudab oma hoiakuid, väärtusi, tundeid, eesmärke, oskusi või rolle. See on viis elada rahuldustpakkuvalt, lootusrikkalt ja omalt poolt panustades isegi siis, kui haigus seab piiranguid. Taastumine tähendab oma elule uue tähenduse ja eesmärgi andmist, saades üle psüühikahäirete laastavatest tagajärgedest".

Taastumist kirjeldatakse ka kui väikeste sammudega teekonda suuremale iseseisvusele ja kogukonda integreerumisele suunatud astmelist protsessi, ning esitatakse taastumise definitsiooniks: "Taastumine on autonoomia ja enese esindamine, tähendusrikkad tegevused, väärtuslik töökoht, turvaline, viisakas ja kindel eluruum ja jõustavad, inimlikud suhted vaimse tervise teenuste osutajatega". (Drake & Whitley 2014)

Taastumine tähendab ohvri- ja patsiendirollist loobumist, see rõhutab vastutust oma elu ees, aktiivset leppimisprotsessi ja uute võimaluste avastamist (Deegan, 1996). Aastaks 2006 saavutati konsensus, et taastumine vaimse tervise valdkonnas hõlmab kümmet komponenti: enesejuhtimist, individualiseeritust ja isikukesksust, jõustatust, holistilisust, mittelineaarsust, tugevustel põhinevust, kogemusnõustamist, austust, vastutust ja lootust (Drake & Whitley 2014). Lootuse kohta on positives psühholoogias teooriad. Autori arvates on lootus eelkõige usk, et asjad saavad siiski ja vaatamata kõigele, mis on juhtunud või veel juhtub, muutuda paremaks. Teised komponendid või eluvaldkonnad, mis on vaimse tervise taastumise uuringute fookuses, on kogukonda integreeritus, perekonna suhted, elamispinna korraldus, haiguse sümptomid, optimism, turvalisus, sotsiaalsed võrgustikud, toetavad sõprussuhted ja spirituaalsus (Davidson et al., 2001 viidatud Drake & Whitley 2014 vahendusel). Peamised taastumiseks vajalikud komponendid on lootus, võime võtta vastutus oma isikliku taastumise eest ja elu tähendus, identiteet (Slade 2009).

Identiteet on inimese subjektiivne käsitus iseendast konkreetses situatsioonis ja rollis, see on inimese enesekontseptsioon, ja vastab sellele, mil viisil inimene end tajub

(Graafsma 1994; Lorents 2015). Enesehinnang sisaldab inimese poolt internaliseeritud sotsiaalseid hinnanguid ja on identiteedi hinnanguline osa (Hayes, 2002, lk 16). Identiteet kujuneb kultuurilises, sotsiaalses kontekstis kognitiivsete, sotsiaalsete ja afektiivsete interaktsiooni protsesside vastastikusel mõjul. Identiteeti luuakse kuue motiivi abil: enesehinnang- vajadus tõsta ja säilitada enesehinnangut; kuuluvus- vajadus kuuluda ja olla aksepteeritud; eristumine- vajadus luua ja säilitada oma unikaalsus; enesetõhusus- vajadus omada kontrolli elusündmuste üle; jätkuvus- sama inimene enne nüüd ja tulevikus; tähendus- eksistentsi eesmärk. Identiteedi motiive on defineeritud kui põhjuseid ja seoseid, miks inimesed identiteeti loovad. Motiividest ei olda ilmtingimata teadlikud. Need mõjutavad vastastikuse toime kaudu erinevatel viisidel kognitiivseid ja käitumuslikke protsesse. (Vignoles *et al.*, 2006)

Taastumine leiab aset sotsiaalses kontekstis, kus taastuval inimesel on neli ülesannet. Kõigepealt positiivse identiteedi arendamine, mis on eraldiseisev raske vaimse tervise häirega inimesest kui identiteedist. See protsess hõlmab endast sobivate tingimuste loomist, et kogeda elu kui inimene, haiguse asemel. Endale rahuldava raamistiku loomine kogemusele, mida professionaalid mõistavad kui diagnoositud häiret. See hõlmab endast kogemuse lahtimõtestamist, et seda raamida, et see oleks osa inimesest, aga mitte terve inimene. See lahtimõtestatud tähendus võib olla väljendatud diagnoosina, aga see ei pruugi üldse seostuda taastumise kliiniliste mudelitega, näiteks spirituaalne, kultuuriline või eksistentsiaalne kriis. Tähendus pole oluline, juhul kui see annab vajaliku raamistiku kogemusele ja tõuke liikuda kolmanda ülesande poole- võtta üle enesejuhtimine ja isiklik vastutus, st olla vastutav iseene heaolu eest, mis sisaldab ka abi ja toe otsimist teistelt vajaduse tekkimisel. Viimane ülesanne on eelnevate, muudetud või uute sotsiaalsete rollide omandamine, mis ei oma mingit seost raske vaimse tervise häirega. (Slade 2009)

Taastumine tähendab muudatusi mõtlemises, hoiakutes ja tegutsemisviisides (Koskisuu & Yrttiaho 2009) ja leiab aset inimese argipäevas (Drake & Whitley 2014; Hietala-Paalamäe *et al.*, 2006). Taastumine eeldab lootust ja jõustatust, tähendab arusaamist oma võimetest ja piirangutest, aktiivset elu, enesemääramisõigust, sotsiaalset identiteeti, elu tähendust ja eesmärki ning enesega rahuolu. Taastumine ja ravi ei ole sünonüümid. (Jacobson & Greenley 2001 viidatud WHO..., 2012 vahendusel). Taastumine on

üldinimlik, kõigil on tulnud oma elu katastroofidest traumajärgselt taastuda (Anthony, 1993; Hietala-Paalamaa *et al.*, 2006). Taastumine on see, mida inimene ise teeb, vaimse tervise teenused, ravi ja rehabilitatsioon saavad taastumist ainult toetada, taastumine võib aset leida ilma teenuste ja ravitagi (Anthony 1993; Hietala-Paalamaa *et al.*, 2006).

Taastumisprotsessi kuulub traumaatiliste kogemuste, kaotuste läbitöötamine, ahastuse, kurbuse, leina kogemine. (Wilken & Hollander, 2015; Hietala- Paalamaa *et al.*, 2006) See on õppimise, kasvamise, arenemise ja identiteedi taasloomise sügavalt isiklik protsess (Wilken, 2010, lk 27; Wilken & Hollander 2015) Seda võib kirjeldada ka protsessina, kus inimene areneb haavatavuselt tugevuse suunas, mis ei tähenda, et haavatavus kaoks: teatud liiki stressi suhtes säilib tundlikkus või löövad uuesti välja psühhiaatrilise haiguse juurde kuuluvad sümptomid. Oluline on õppida kasutama toimetulekustrateegiaid. (Wilken & Hollander, 2015, lk. 135) Taastumiseks on vaja aega, ruumi ja rahu (Koskisuu & Yrttiaho 2009). See pole lineaarne protsess (Anthony 1993; Drake & Whitley 2014). Areng võib toimuda hüppeliselt või näiliselt seiskuda, esineb tagasilangusi, kuid see ei seiska ega takista taastumist. Moratorium on seisund, kus pikka aega mingit edenemist ega taastumist pole inimese juures märgata. (Wilken 2010) Taastumisel võib eristada etappe. Pärast haigestumisega seotud kriisiperioodi on stabiliseerimisfaas, kus juureldakse juhtunu üle, võideldakse haiguse ja haavatavusega, püütakse saavutada kontroll ja tasakaal. Sellele järgneb ümberorienteerumise ehk kogemuste töötlemise faas, kus tegeletakse läbielatu tagajärgedega, otsitakse elule uut mõtet ja tulevikuväljavaateid. Taasintegreerimisfaasis võetakse endale uusi rolle, saavutatakse soovitud olukord elamise, töötamise, õppimise, puhkamise valdkonnas. (Wilken 2010) Inimene võib erinevates eluvaldkondades olla erinevas taastumisfaasis. Eluvaldkonnad on seotud isiklike valdkondadega: tervis, sotsiaalsed suhted (k a intiimsus), elu mõtestamine (k a spirituaalsus), enesehooldus (k a finantsasjad). Kui keskkond pole arengut toetav võib inimene jääda n stabilisatsioonifaasi. (Wilken & Hollander, 2015, lk 26-36).



**Joonis nr 1.** Taastumisetapid (autori koostatud). Allikas (Wilken & Hollander, lk 26-36, 2015)

Erialakirjanduses on mainekate vaimse tervise valdkonna spetsialistide poolt välja toodud, et sõna taastumine on vaimse tervise valdkonnas väärkasutusel, selle mõtet on väänatud sobivaks meditsiinilise paradigmana ja see on silt, mis maskeerib traditsionaalseid teenuseid (Drake & Whitley 2014; Slade *et al.* 2014). Uuringu tulemusel tuvastati seitse valetõlgendust ja väärkasutust sõnale taastumine. Lisades meeskonda kogemusnõustaja ongi olemas taastumisele orienteeritus (jättes kõrvale väärtused, mis on tegelikult taastumisel põhilised). Taastumine ei sobi minu patsientidele (kuna nad on nii haiged või siis kuna nad ei ole psühhoatilised). Inimesed taastuvad ainult läbi efektiivse ravi ja teenuste tulemusel (aga võivad taastuda ka ilma või vaatamata sellele). Sundravi- ja haiglasse paigutamine teenib taastumise eesmärki. Taastumisele orienteeritus kui õigustus teenuste osutamise lõpetamiseks. Taastumine on inimeste iseseisvaks ja normaalseks muutmine (taastumine ei tähenda, et keegi on terveks saanud või võimeline iseseisvalt elama hakkama). Kogukonda kaasamine toimub alles peale seda, kui isik on taastunud. (Slade *et al.* 2014)

Kokkuvõtvalt võib öelda, et taastumisel on erinevaid tähendusi. See ei tähenda terveks saamist ega eelda tingimata võimet iseseisvalt elama hakata. Taastumine on arenemise ja identiteedi taasloomise protsess, kus tuleb omanda haavatavusega toimetuleku oskused, võtta oma elu ja heaolu eest vastutus ja püüda võimalikult suurt eneseväärikust säilitava autonoomia, eakohaste rollide ja kodanikuõiguste poole.

### **1.2.3. Taastumise edendajad**

Peale isikliku teekonna ja pingutuste on taastumisel tähtis sotsiaalne kontekst ja kasutada olevad ressursid (Drake & Whitley 2014; Tupor *et al.* 2011). Taastumine eeldab väliseid tingimusi, mis edendavad taastumist, sh inimõiguste tagamist, positiivseid kultuuritingimusi ja taastumisele orienteeritud teenuseid (Jacobson & Greenley 2001 viidatud WHO..., 2012 vahendusel). Taastumise eeltingimuseks on baasturvalisus. Mõiste baasturvalisus tähendab üldjuhul kehaliste ja emotsionaalsete ohtude puudumist, kindlustunnet, et toit on laual ja katus pea kohal. Lisaks sellele on baasturvalisusel igäihe jaoks vastavalt olukorrale oma tähendus. Turvatunne on subjektiivne, see, mis teeb olukorra turvaliseks, võib olla erinev. Turvalisus on seotud tundeaga, et saad olukorda

mõjutada, omad teatud kontrolli selle üle. (Wilken & Hollander, 2015, lk 113)  
Baasturvalisus on seotud toimetulekuks piisavate ressursside olemasoluga.

Turvatunde üheks aluseks võib pidada kodu, mis ei ole pelgalt peavari, vaid turvaline, isiklik ruum, mis toob olemuslikku kasu ja edendab taastumist (Drake & Whitley, 2014; Padgett, 2007). Elamispind ja teenused peaksid olema eraldatud. Paljud tegevuspiirangutega täiskasvanud inimesed elavad kodus lapseseisuses, mis näitab, et iseseisvat elamist soodustavad sotsiaalteenused on välja arendamata (Statistikaamet..., 2014, lk 70-71). Materiaalsete ressursside vähesuse tõttu raskendatud inimeste elukohta valik ja iseseisev toimetulek. Inimestel, kellel on raske vaimse tervise häire, puudub valik ja on raskendatud ligipääs elukaarepõhiste ja erinevatele vajadustele vastavatele turvalistele elamispindadele. Sotsiaaleluruumidele on pikad järjekorrad või need pole vaimse tervise häiretega inimestele sobivad. Ei sobi alkohoolikute ja narkomaanide kõrval asuvad ruumid, kus keskkond pole taastumist toetav. Samas on vaimse tervise ja sõltuvushäiretega inimestele teenused välja arendamata. (Wilken *et al.*, 2014, lk 55; Bugarski *et al.*, 2015) Uuringud on näidanud, et taastumise protsess algab tihti eluaseme probleemi lahendamisega (Wilken *et al.*, 2014; Drake & Whitley, 2014 ).

Töötamist, õppimist ja iseseisvat elamist on peetud nii taastumise edendajaks kui väljundiks (Drake & Whitley, 2014). Uuringud on näidanud, et väärtuslike rollide täitmise ja inimese heaolu vahel on seos. Väärtuslikud rollid on ühiskonnas kõrgemalt hinnatud ning nende rollide omamisel on erinevad tagajärjed, seda nii ressurssidele ligipääsemisele kui ka ühiskonnas toimetulekule. (Hunt & Stein, 2012) Eestis töötasid kõigest tuvastatud püsiva töövõimekaoga vaimse tervise häire märkega töövõimetuspensionäridest 2013. aastal kõigest 1/3, neist vähemalt töötasu alammääras sai tasu vaid 15% (Veldre *et al.*, 2015). Osalise ajaga töötas aastal 2012 kogu Eesti tööjõust 8,2% (Statistikaamet, 2014, lk 107). Osaajaga töökohti on vähe aga just nende tekkimist oleks vaja soodustada, et inimesed, kellel on raske vaimse tervise häire, saaksid tööd (Bugarski *et al.*, 2015). Tähtis väärtustatud rollide juures on elukaare ja arenguülesannete silmaspidamise aspekt. (Hunt & Stein, 2012) Raskus hoolduse eest on nihkunud perekonnale. Samas puuduvad pereliikmetel tihti teadmised, oskused ja vajalik tugi. Haigestumise üheks põhjuseks võivad olla traumatiseerivad lapsepõlve kogemused

ja tihtipeale pole suhted perega taastumist edendavad. Alati ei esinda perekond puuetega inimese õiguseid parimal moel. Pole kuigi jõustav elada elu lõpuni vanemate juures lapseseisundis. Ka puuetega inimestel on tähtis elukaare ja arenguülesannete kontekstis sobivate eakohaste rollide täitmine n omandada haridus, elada iseseisvalt, luua suhteid ja perekond, sobiva koormusega töö.

Taastumiseks on oluline võrdsete toe ehk kogemusnõustamise kättesaadavus, inimeste jõustamine, erinevate eneseabivõtete kasutamine, keskkonna toetus ning oma elu üle kontrolli omamine. See hõlmab muuhulgas õigust valida endale sobivaid teenuseid, elukohta, olla kaasatud kogukonda, võtta osa oma ravi-ja rehabilitatsiooniteenuste planeerimisest, arendamisest ja osaleda teenuste, seaduste väljatöötamisel (Mental..., 2013). Pöördepunktiks taastumisel võib olla inimese poolt soovitud elukvaliteeti tagava sobiva raviskeemi leidmine. Ravi on õnnestunud mitte siis, kui sümptomid on kontrolli all, vaid siis, kui inimene suudab samas rahuldavalt funktsioneerida. Inimesed ei peaks olema üle ravitud, see ei edenda taastumist. Nii peaks ravi lubama inimesel töötada soovitud töökohas ja kui ravi seda toetab ja sel on võimalikult vähe kõrvaltoimeid, on see õnnestunud. (Deagan, 2014) Samas ei ole inimesel kohustust ravimeid võtta, kuni ta ei ole ohtlik teistele ega iseendale. Sel juhul rakendatakse tahtevastast ravi.

Kogemusnõustamine on defineeritud Mead, Hilton ja Curtise poolt (2001):

"Kogemusnõustamine on abi osutamise ja vastuvõtmise süsteem, mille põhiprintsiipideks on austus, jagatud vastutus ja ühine kokkulepe sellest, mis on abistav."

Kogemusnõustamine aitab psühhosotsiaalselt haavatavaid inimesi ja nende lähedasi end normaalsete ja mitte maailmas üksi olevatena tajuda. (Tomberg, T. 2014) Samas aitab kogemusnõustajana palgaline töö kaasa enesevääriskuse tõusule ja toetab iseseisvat toimetulekut. Kogemusnõustajate abiga on seostatud inimesi elukvaliteeti tagava raviga ja sobivate teenustega, nad on sillaks spetsialistide ja klientide vahel. Kogemusnõustamist on peetud oluliseks taastumisel eelkõige empaatiale suunatud toimetulekustrateegiatega kasutamisel, lootuse tekitamisel ja rollimudeliks olemisel (Deegan 1998; Faulkner & Kalathil, 2012; Hietala-Paalamäe *et al.*, 2006; Drake & Whitley, 2014; Carpenter-Song, Hipolito & Whitley, 2012; Jones, Corrigan, James, Parker & Larson, 2013; Walker &



Bryant, 2013; Kern et al., 2013; Repper, 2012; Slade *et al.*, 2014). Inimesed õpivad uusi rolle teisi jäljendades. Bandura on (Bandura & Walters, 1973) esile toonud jäljendamise ja modelleerimise tähtsuse sotsiaalse õppimise protsessis: nimelt nii suudavad inimesed üle võtta sotsiaalsete toimingute tervikmustreid ja kohaseid rollikäitumise viise (Hayes, 2002, lk 3). Kogemisenõustamise aluseks on arusaam, et sarnaste läbielamistega inimestel on üksteise suhtes parem mõistmine, nad võimelised pakkuma toimetulekuks paremaid nõuandeid ja empaatiat (Tomberg, 2014).

Taastumise eelduseks on inimlikud ja jõustavad suhted vaimse tervise teenuste osutajatega, inimlikkust peetakse taastujate poolt isegi olulisemaks kui professionaalsust (Drake & Whitley, 2014; Slade, 2009; Wilken et al., 2014). Spetsialistipoolseks taastumise toetamiseks on välja toodud kolm valdkonda, tegevused ja eesmärgid:

- füüsiline ja psühholoogiline- turvalisus, julgustamine ja lootus, tugevuste kasvatamine;
- eksistentsiaalne- väärtustamine ja teadmine, toe pakkumine kaotuste ja kannatamise ajal, identiteedi ja autonoomia toetamine;
- sotsiaalne- tugi, kohalolu ja kättesaadavus, sotsiaalse osaluse suurendamine. (Wilken, 2010, lk, 206)

Inimesed, kes on enim haavatavad vajavad eelkõige lohutust ja usaldusväärset lähedust; vestlusi oma elust, kuna nad tunnevad puudust elu sihist ja mõttest; tunnistajat oma kannatustele, rõõmule, uhkusele; enda aktsepteerimist ja kinnitamist isiksustena ja enda isiklike tugevuste aktsepteerimist ja kinnitamist; enesehinnangu tõstmist; et nendega arvestataks; võimalust ära kuulatud saada, lugusid rääkida, elulugu omada, sest nende identiteet on puudulik või näib olevat kadunud; kedagi, kellel on nende jaoks aeg ja koht, vastukaaluks kogemusele, et nad on saatusel hooleks jäetud; suhet, mis sarnaneb sõprussuhtele, sest need on tihti katkenud. (Wilken & Hollander, 2015 lk 110-111).

Carl Rogers (1902-1987) oli seisukohal, et arenemiseks on vaja keskkonda, mis pakub ehedust, aktsepteerimist ja empaatiat. Seega on inimese arengus kesksel kohal ümbritsevate inimeste suhtumine temasse. (Allik, Realo & Konstabel, 2003) Humanistliku koolkonna rajajana uskus Rogers, et peaaegu kõigi klientide vaimset seisundit saab parandada sobiva psühhoterapeutilise keskkonna loomise kaudu. Sellise

keskkona keskmes on soe ja personaalne suhe kliendi ja terapeudi vahel. (Strickland, 2001) Oma holistliku inimese käsitlusega on humanistlik koolkond andnud panuse tänapäevastele käsitlustele rehabilitatsioonis, psühholoogias, hariduses, teraapiates.

#### **2.2.4. Toetamine taastumisgrupis**

Taastumisgruppi võib pidada psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni õppeprogrammiks mille eesmärk on anda osavõtjatele teadmisi taastumise mõtteviisist, see tähendab, et vaatamata haigustele ja toimetulekupiirajatele on võimalik elada tähendusrikast elu enda valitud keskkonnas. Eesmärgiks on tõsta inimese enda vastutust ja kaasatust sedavõrd, kuidas kasvab tema võimekus kanda vastutust oma elu eest. Tuginedes teorialele peaksid taastumisgrupis läbiviidavad tegevused olema osalejatele turvalised, suurendama lootust, teadmisi taastumisest ja edendama jõustatust ning identiteedi arengut. Identiteedi arengus on oluline enesekohaste uskumuste muutus positiivsemaks, oma tugevuste teadvustamine ning enesehinnangu paranemine. Jõustatuseks on vajalikud teadmised oma õigustest, tugevustest, toimetulekustrateegiatest, usk oma võimesse mingilgi määral kontrollida endaga toimuvat.

Sotsiaalse grupi oluliseks funktsiooniks on üksikisiku vaimse ja isiksusliku arengu suunamine ja kontrollimine. Sotsiaalse võrdluse käigus grupis õpib inimene teatud rolle ja annab enesele hinnangu. Enesehinnangu kujundamisel ning arengu suunamisel on võtmepositsioonil need inimesed, kelle sarnased tahetakse olla, kelle väärtusi jagatakse ja kelle hinnangut respektieritakse. (Bachman & Maruste, 2003, lk 292) TRIO projekti uuringuraportis on välja toodud kolm taastuja tüüpi: lihtsalt osavõtja (erilist kasu endale saamata), omal teel kulgeja (talle ei pruugi tempo ja tegevused sobida) ja kasusaaja (Hietala-Paalamaa *et al.*, 2006). Sisemiselt kogetud muutused, mis toimuvad mõtteviisis, arusaamises, väärtushinnangutes, identiteedis on subjektiivsed. Välised, käitumise tasemel ilmnevad muutused on teorialele ja eelnevatele uuringutele tuginedes, vähem märgatavad või tulevad esile hiljem (Hietala-Paalamaa *et al.*, 2006; Slade 2009; Wilken & Hollander, 2015). Taastumise protsess eeldab rahulikku süüvimist ja surve puudumist. Saavutatut kinnistamine vajab aega. Eesmärgiks rehabilitatsiooniprotsessis võib olla olemasoleva säilitamine (Anthony & Farkas, 2009; Wilken & Hollander, 2015)

## **2. UURING GRUPIS OSALEJATE KOGEMUSTEST**

### **2.1. Taastumisgrupi metoodika ja osalejate eluolukorra kirjeldus**

Kuuel erihoolekandeesutuse toetatud elamise teenusel oleval elanikul oli alates kevadest 2014, kuni 2015 aasta lõpuni võimalus osaleda ühes EPRÜ poolt korraldatud taastumisgrupis, mis kogunes kaks korda kuus. Uurimuse läbiviimise ajaks oli taastumisgrupp käinud koos aasta aega. EPRÜ poolt läbiviidud taastumiskursused põhinevad Soome Vaimse Tervise Keskliidu poolt välja töötatud DUO taastumiskursuste ja tugigruppide läbiviimise metoodikale ning väljaõppele. Gruppi juhendasid tööpaarina ekspertteadmistega sotsiaaltöötaja ja kogemusnõustaja. Taastumisgrupp kogunes kaks korda kuus osalejate elukohaga samas majas asuvas ruumis.

Inimestele, kellel on raske vaimse tervise häire, pakub taastumisgruppides osalemise võimalust Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing (EPRÜ) alates 2009 aastast. Grupitöömetoodika õppemetoodilised materjalid ja juhendajate väljaõppe on Eestisse toonud Soome Vaimse Tervise Keskliit ja EPRÜ koostöös läbi projekti „Psüühilise erivajadusega inimeste ja nende lähedaste sotsiaalse kaasatuse suurendamine tugi- ja eneseabigruppide abil – DUO projekt” (DUO projekt). Projekt viidi läbi 01.01.2009 – 30.06.2011 ja seda rahastas Euroopa Sotsiaalfond. Alates DUO projektist on taastumisgruppe vähesel määral pakutud ka erihoolekande asutuses elavatele klientidele ning taastumisgrupi algne metoodika on tänaseks täiendatud lähtuvalt Wilkeni ja Hollanderi välja töötatud CARE metoodikast.

Taastumiseks valmisoleku tagamiseks kasutatakse taastumisgrupis Soomes välja töötatud DUO ja metoodika edasiarendust TRIO. Trio tähendab kolme võrdväärse partneri, st taastuja, spetsialisti ja kogemusnõustaja suhet ja teadmiste kasutamist taastumisprotsessis

(Hietala-Paalamäe *et al.* 2006). DUO tähendab spetsialisti ja kogemusnõustaja võrdse ja teineteist täiendava tööpaarina grupi juhtimist. DUO taastumisgrupi üldisteks eesmärkideks on edendada taastumisvalmidust ehk toetada taastujaid, et nad leiaksid oma elu muutmist ja taastumist puudutavaid eesmärke ning toetada taastujate usku nende asjatundlikkusse oma elu küsimustes. Peale taastuja enese asjatundlikkuse kasutamise kursustel ära ka teiste taastujate, kogemusnõustaja ja spetsialisti kogemusi ja teadmisi taastumisest. Taastumiskursus paneb rõhku õppimisele ja kogemuslikkusele. Juhendajad tegutsevad teejuhi ja õpetaja rollis. (Koskisu & Yrttiaho 2009)

Töös haavatavate inimestega on baasturvalisus esmatähtis. Turvatunde puudumine kutsub esile toimetulekukäitumist, mille eesmärgiks on turvalisust suurendada. Seda käitumist nimetatakse tihti vastupanuks. Baasturvalisuse loomisele saab kaasa aidata, andes inimesele võimalikult palju kontrolli ja pakkudes kindlustunnet. Kindlustunnet suurendavad n selge ja arusaadav teave, ülevaatliku keskkonna loomine, kindlad reeglid, aeg, inimesed, tegevused ja kokkulepetest kinnipidamine. (Wilken & Hollander, 2015, lk 113) Grupis tuleb üheskoos reeglid kokku leppida. Taastumisgrupi reeglid on toodud ka taastujate töövihikus. (Koskisu & Yrttiaho 2009)

Spetsialistil on kolm peamist ülesannet: arendada ja luua inimesele eeldusi oma elu puudutavate eesmärkide seadmiseks, luua võimalusi ja toetada inimest saavutamaks endale tähendusrikkaid kogemusi ja soodustada protsessi edenemist. Vaja on taastuja vaatenurgast küsida: mis on piisav, et võiks edasi minna? Millised on muutumise vajadused? Millega soovin end siduda ja millise soovi suunas tahan tegutsema hakata? (Peltomaa 2005, viidatud Hietala- Paalamäe *et al.* 2006 vahendusel) Lisas nr 4 toodud joonisel on taastumise toetamise protsess.

Identiteedi arendamisel on oluline jõuda mõtestatud looni, mis seob elu tervikuks. Taastumislood on kõigil erinevad, kuid neil on ühiseid aspekte: elule uue mõtte leidmiseks on inimesel vaja turvalises keskkonnas rääkida ja läbi töötada oma elulugu. See nõuab oma probleemidele ja elusündmustele tähenduse ja isikliku loogika leidmist eluloos, alles seejärel saab haigusest ja kannatustest kaugemale vaadata. (Hietala-Paalamäe *et al.* 2006; Wilken & Hollander, 2015, lk 25). Kogemusnõustamisel keskendutakse iga inimese isiklikule kogemusloole. Iga kogemus on väärtuslik.

(Koskisuu ja Yrttiaho 2009; Mäe 2014) Taastumisgrupis esitab oma kogemusloo kogemusnõustaja, see lugu pole näidis, vaid sunnib osalejaid oma elu teise nurga alt vaatama ja arutlema. Kui kogemusnõustaja on väga erineva tausta, väärtushinnangute ja vanusega ei pruugi osalejate ja kogemusnõustaja vahel sidet tekkida ja ka räägitud lugu võib jääda tähenduseta. (Hietala-Paalasmaa *et al.*,2006; Repper 2013) Taastumise lugu on elav ja muutuv, keskendudes taastumise võimalikkusele ja taastumise protsessile erinevates eluetappides, koos õnnestumiste ja ebaõnnestumistega. Ebaõnnestumisi ei tule vältida ja karta. (Koskisuu & Yrttiaho 2009)

Haavatavusega võimalikult hästi toime tulemiseks on vaja oma piirangute tundma õppimist, aksepteerimist ja toimetulekustrateegiate, isiklike tugevuste ja väliste abivahendite kasutamist. (Wilken & Hollander 2015) Toimetulekustrateegiate õppimisel peetakse oluliseks kogemusnõustajate ja grupis omavahel jagatavaid kogemusi. EPRÜ rehabilitatsioonimeeskond kasutab Hollandis taastumise ja kaasatuse suurendamiseks välja töötatud kõikehõlmava rehabilitatsioonimeetodikat CARE, ning taastumise soodustamiseks kasutati tugigrupis ka CARE meetodika töölehti isiklike tugevuste uurimiseks ja terviseolukorra üle kontrolli saavutamiseks ohumärkide plaani (Wilken & Hollander 2015, lk....) Taastumisgruppi viidi läbi samas majas, kus osalejad elasid.

Kõik osalejad olid uuringu läbiviimise ajal erihoolekande asutuses toetatud elamise teenusel. Selles asutuses olid inimesed elanud kaks aastat, asutusse saabuti DI esimese etapi ajal suletud vanematest suurtest erihoolekande asutustest. Tegemist on väikelinnas, asuva majaga, mis on kohendatud pakkuma kogukonnas elamise teenust (mida pakutakse suurema toetusvajadustega klientidele) ja toetatud elamise teenust. Toetatud elamise teenust pakuti maja ühes tiivas, kus teenuse saajatel oli kasutada kööginurk ja söögituba. Kõigil teenuse saajatel oli oma tuba, mida sai sisustada lähtuvalt oma eelistustest. Uuringus osalejatel tuli tasuda oma eluaseme eest, käia poes, teha süüa, hoida korras oma eluruume, pesta pesu (majas on üldkasutatav pesumasin) ja sisustada oma päev ja vaba aeg üldjuhul iseseisvalt. Kõigile oli tegevusjuhendajate hulgast määratud oma tugiisik. Kuna maja teises tiivas pakutakse kogukonnas elamise teenust, on majas päeval alati keegi tegevusjuhendajatest.

## 2.2 Uuringumeetodi ja osalejate kirjeldus

Lõputöös uuritakse inimeste kogemusi ja subjektiivseid tähendusi, inimeste loomulikus keskkonnas selleks kasutatakse kvalitatiivset uurimismeetodit: sh küsimustikku, osalusvaatlust ja intervjuud.

Uuringu läbiviimise etapid ei kulgenud vastavalt esialgsetele lootustele lineaarselt, vaid meenutades Bergi (2004) spiraalset või pigem Õunapuu väljundikeskset uurimisprotsessi mudelit (Õunapuu, 2014, lk 78-80):

- ettevalmistamine: esialgne teooriaga tutvumine, oluliste aspektide ja võimalike indikaatorite väljaselgitamine personaalsel taastumisel; taastumisgrupi läbiviimise meetodikaga tutvumine; kokkulepete sõlmimine, uurimuse läbiviimiseks loa taotlemine - jaanuar, veebruar, märts 2015.
- Taastumisgrupis osalemist puudutava intervjuu kava koostamine – märts 2015;
- intervjuude läbiviimine ja osalusvaatlusel andmete kogumine- märts ja aprill 2015;
- uurimusandmete esialgne töötlemine- aprill, mai 2015;
- teooria juurde tagasi pöördumine august-detsember 2015;
- andmete töötlemine: teemade, seosemustrite väljaselgitamine ja tõlgendamine – veebruar ja märts 2016;
- kokkuvõtete tegemine, järelduste vormistamine- aprill ja mai 2016.

Läbirääkimisi uuringu läbiviimiseks loa saamiseks alustati lõputöö kaasjuhendaja K.Mäe kaasabiga 2015.a jaanuaris. Esmalt taodeldi luba erihoolekandeesutuselt. Ettevalmise käigus külastas uurimuse läbiviija hoolekandeesutust läbiviidava uurimuse sisu tutvustamiseks erihoolekandeesutuse juhatajale, vanemtegevusjuhendajale ning taastumisgrupis osalejatele 17.02.2015. Kohtumisel osalesid J.P. Wilken, D.Narusson ning K.Mäe. Peale uuringu läbiviija enesetutvustust ning kohtumisel osalejate küsimustele vastamist, jäid kõik taastumisgrupis osalejad nõusse uuringust osavõtmisega. Loa saamine uuringu läbiviimiseks ei kulgenud loodetud tempos. 26.02.2015 saabus teade Andmekaitse Inspeksioonilt, et neile on laekunud taotlus uuringu läbiviimiseks. Täiendavate andmete esitamisel juhendaja D.Narussoni poolt anti Andmekaitse uuringu läbiviimiseks Inspeksiooni poolt luba 21. märtsil 2015.

Uuringu läbiviimiseks koostatud ja kasutatud küsimustikud. Taastumisgrupis osalemist ja taastumise tähendust puudutav küsimustik on toetudes läbitöötatud allikatele autori koostatud, kuna ei leitud ülevõtmiseks otseselt sobivat intervjuu kava. Enamus uuringuid, milles taastumist kajastati, olid pigem kliinilisele taastumisele ja nende väljunditele keskendunud. Taastumisgrupist kogetud mõju hindamise tulemused on kaudselt võrreldavad Soomes aastatel 2001-2005 läbiviidud taastumiskursuste arendusprojekti TRIO tulemustega. TRIO projekti lõpphindamine toimus Soome Vaimse Tervise Keskliidu tellimisel 2006. aastal ning ametlik uuringuraport on avalik (Hietala-Paalamaa *et al.*, 2006). Uuringus osalejate arv ja seega ka andmete hulk ei ole võrreldavad TRIO projekti uuringu raames kogutuga.

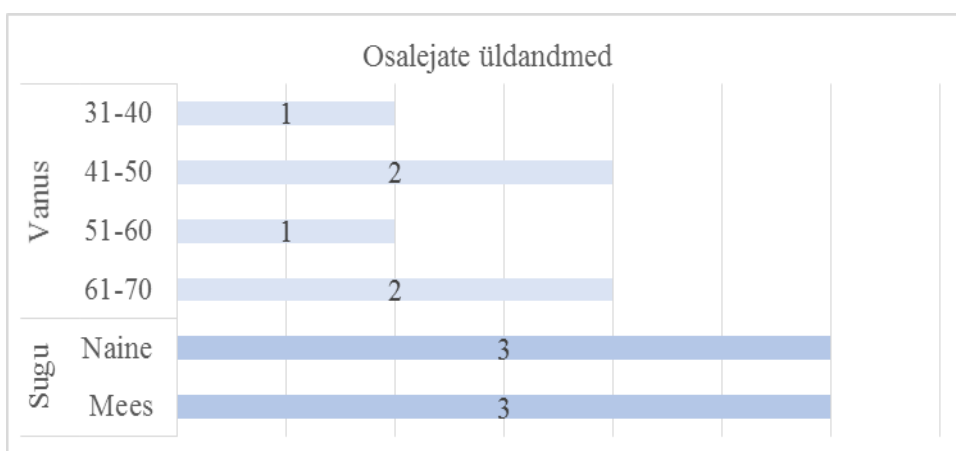
Küsimustik koostati taastumisel olulisi komponente ja indikaatoreid silmas pidades algselt tagaside küsimustiku vormis: kasutades nominaalseid, binaarseid, järjestustunnuseid ning kirjeldavaid tunnuseid. Osalejatelt sooviti ausaid hinnanguid ja, et inimesed ei vastaks uurija oletatavatele ootustele vastavalt, ei ole küsimused järjestatud ning kasutatud oli nn kontrollküsimusi. Küsimustiku vastuste põhjal viidi läbi intervjuu. Esimese intervjuu käigus selgus, et paar küsimust vajavad parema arusaadavuse nimel ümbersõnastamist; hiljem veel see, et kasutatud Likerti viiepalliskaala asemel oleks tagasiside korjamiseks sobiv pigem kolmene skaala. Taastumisgruppi puudutav tagasiside küsimustik on toodud lisas nr 2.

Hinnangute saamiseks oma heaolule, tähendusrikastele tegevustele, sotsiaalsetele osalusele ja autonoomiale kasutati Wilkeni ja Karbounarise poolt 2012 (versioon 2.2) on koostatud *Questinnaire Participation, Autonomy and Support* (PAS) küsimustikku. Tulemusi skooritakse juhendi järgi. Küsimustiku kasutamiseks antud uuringu läbiviimisel küsiti luba J.P. Wilkenilt 17.02.2015 toimunud kohtumisel. PAS küsimustik on toodud ja tulemuste hindamise juhend on lisas 2

**Uuringu valimi ülevaade.** Kvalitatiivsetes uuringutes kasutatakse enamasti mittetöenäosuslikke valimeid (Õunapuu 2012), antud töös on tegemist ettekatsetatud eesmärgipärase valimiga. Kvalitatiivsete uuringute valimite koostamisel lähtutakse järgmistest põhimõtetest (Õunapuu 2012):

- eesmärgipärane nähtuste valimisse eraldamine üldkogumist, kus valim koostatakse kindlal eesmärgil, mingi sisulise kriteeriumi alusel;
- järk-järguline nähtuste valimisse eraldamine (Flick 2011 b: 120 viidatud Õunapuu 2012 kaudu).

Kuna töös on uuritavaks nähtuseks taastumisgrupis osalejate arvamused personaalsest taastumisest ja osalemisest tajutud kasu või võimalik kahju ning uuringust osavõtuks andsid nõusoleku kõik antud taastumisgrupis osalejad, on tegemist kõikse valimiga. Konfidentsiaalsuse ja eetikanõuete täitmiseks selgitati osalejatele, et kogutavad andmed on kasutamiseks ainult uuringu läbiviija poolt, kes ei avalda isikuga kokkuviidavaid andmeid kõrvalistele isikutele. Töös esitatavates andmetes ei ole osalejad kokku viidavad uuringus osalejate isikutega, andmete esitamisel on kasutatud respondentide koode R1-R6. Osalejate mainingud on töös toodud kursiivkirjas, eraldamiseks on kasutatud kaldkriipse. Samas ei saa uuringu läbiviija välistada, et ära tuntav on hoolekandetasutus ja grupis osalejad. Taastumisgrupp oli koostatud diagnoosipõhiselt, osalejate andmed on toodud järgneval joonisel lk .....



**Joonis nr 2** Uurimuses osalejate üldandmed (autori koostatud)

Kõigil uuringus osalejatel oli vaimse tervise teenuste saamise ja erihoolekande asutustes elamise kogemust üle kümne aasta. Sotsiaalteenuste saamise kogemust märgiti vähem, see on seletatav tõlgendamisega: peeti silmas valla- ja linnavalitsuste poolt pakutavaid teenuseid ja toetuseid. Neid oli kasutanud üks osaleja kodus elades küttepuude saamiseks ja üks prillide soetamiseks. Üks osalejatest oli enne erihoolekande asutustesse sattumist elanud sotsiaalelupinnal jagades korterit kahe kaaslasega. Sotsiaalteenustena ei tõlgendanud kõik vastajad erihoolekande teenuseid ega rehabilitatsiooniteenuseid.



Rehabilitatsiooniplaan oli uurimuse läbiviimise ajal aluseks nii rehabilitatsiooniteenuste kui erihoolekandeteenuse saamisel.

### **2.3 Andmete kogumise ja analüüsi protsess**

Uuring viidi läbi ajavahemikul 24.03.2015-07.04.2015. Uuringu läbiviijal oli võimalus osaleda vaatlejana taastumisgrupis kahel korral. Intervjuud osalejatega viidi läbi 24.03.2015, 31.03.2015 ja 07.04.2015. Taastumisgruppi puudutava ja PAS küsimustikke täideti vastavalt osalejate soovile kas üksinda või koos läbiviijaga. Avatud küsimustele soovis neli osalejat anda kõigepealt kirjalikud vastused. Kõikide osavõtjatega viidi läbi intervjuud, kasutades salvestamiseks diktofoni. Mõned küsimused olid väga isiklikud, uuringus osalejate huvidest lähtuvalt ei püütud neile soovimatuse korral vastama ärgitada.

Uuringu läbiviimise ajaks oli osavõtjatele teatavaks saanud asjaolu, et neid ootab seoses AS juhatuse otsusega lõpetada toetatud elamise teenuse pakkumine, ees elukoha muutus. Elukoha vahetus ja määramatus tuleviku suhtes tekitab tugevat stressi kõikidele inimestele. Osalejad rääkisid oma hirmudest, muredest ja soovidest seoses eesoleva elukoha vahetuse ja tulevikuga. Kuna uuringus osalejatele oli elukorralduse muutustega seotud teema väga oluline ja see omab suurt tähendust ka taastumise seisukohalt, ei katkestanud läbiviija teemast kõrvale kaldumist.

I andmete töötlemine- aprill, mai 2015. Salvestatud intervjuud transkribeeriti: kõik vastused ja jutuajamised kirjutati ümber võimalikult täpselt, ka pause ning emotsioone kajastades. Salvestatud materjal säilitati, et vajadusel hiljem uuesti üle kuulata. Osalejate taustaandmed, binaarsed ja järjestustunnusega tulemused sisestati tunnuste kaupa andmetöötlusprogrammi MS Excel andes osalejatele koodid R1, R2, R3, R4, R5 ja R6. PAS küsimustikust saadud uurimuses osalejate hinnangud oma igapäevaelust: heaolust, autonoomiast, töötamisest, õppimisest, vaba aja veetmisest, suhetest ümbruskonnaga ja sotsiaalsetest suhetest sisestati samuti andmetöötlusprogrammi MS Excel. Saadud andmete tulemused skooriti seejärel vastavalt juhendile (vt lisa nr...); tulemusi tõlgendatakse valdkondade kaupa tasemeteks: kõrge, rahuldav, madal.

II etapp andmete töötlemisel- veebruar ja märts 2016. Intervjuudest kogutud andmete tundmaõppimiseks loeti neid korduvalt üle ja kodeeriti. Transkribeeritud andmed said algselt tekstilähedased uurimuse läbiviija poolt antud avatud koodi. Avatud koodid sõnastab kodeerija võimalikult meeldejäädvalt ise (Strauss ja Corbin, 1990, lk 68) ja/või tegevust peegeldavate sõnadena (Charmaz, 2006, lk 48). Sõnastuse poolest peaksid koodid olema võimalikult lihtsad (Charmaz, 2006, lk 50). Kuna uuringus kasutatakse varasemast teooriast tuletatud koode ja ka saadud andmetel põhinevaid uusi koode, on tegemist deduktiivse ja induktiivse lähenemise kombineerimisega. Võrdlemiseks andmed kõrvutati, kasutades osalejate kaupa nii juhtumisisest kui juhtumiülest analüüsi (*cross-case analysis*), et leida läbivaid teemasid, seosemustreid ja vastuste tüüpe, võrdlemaks tulemusi varasemate uuringute tulemustega. (Kalmus, Masso & Linno 2015) Teemailine sisuanalüüs, kus lisaks uurija eelnevalt sõnastatud küsimustele, on andmete töötlemisel oluline pöörata tähelepanu ka sellele, mida osalejad ise on pidanud oluliseks rääkida, on Kalmuse *et al.* (2015) hinnangul sobiv meetod, kui tegemist on sotsiaaltöö kliendigrupi tõlgenduste uurimisega, oluline on osalejate mõistmine ja eelnevalt vähe teadmisi uuritavast valdkonnast.

Taastumisgruppi puudutava intervjuu andmed jagati esialgse analüüsi käigus selgunud seosemustreid järgides teemadeks:

- A. Taastumise personaalne tähendus osalejatele
- B. Taastumisgrupis osalemisest tajutud kasud või kahjud
  - B.1. Turvatunne ja tugi
  - B.2. Identiteedi areng
  - B.3. Teadmised ja jõustatus
    - B.3.1. Spetsialisti teadmine
    - B.3.2. Kogemusnõustamine
- C. Taastumisgrupi tegevused ja osalejate soovitusel

Seejärel kodeeriti tulemuste võrdlemiseks taastumisgruppi puudutavad andmed vastavalt Soome TRIO projekti uuringuraportis toodud metoodikale (Hietala-Paalamäe *et al.* 2006). Taastumisgrupis osalemist ja selle tähendust puudutavad vastused jagati

kõigepealt TRIO projekti uuringuraporti eeskujul ja tulemuste võrdlemiseks vastavalt sellele, milliseid seiku esile toodi. Vastused jagati kahte peakategooriasse:

- osalejate arvamused taastumisest või muud taastumist toetavad, kogetud muutuseid võimaldavad eeldused;
- kogetud kasu või muu tähendusrikas asi.

**Taastumisgrupist saadud enda taastumist toetavad eeldused jagati kolmeks:**

a) taastumisgrupist saadud teadmised:

- spetsialistipoolsed: teadmised taastumisest, haigusest, toimetulekust, muutuste võimalikkusest ja kuidas muutuseid ellu viia;
- kogemusteadmine: kogemusnõustaja lugu, teiste osavõtjate arvamused ja kogemused, sõnatu mõistmine, kogemusnõustaja välja toodud elukogemused.

b) taastumisgrupi pakutud tugi ehk toetus: hea ja avatud keskkond, meekonnavaim, koostöö ja omavaheline toetus, juhendajate tolerantne, julgustav, lugupidav ja väärtustav suhtumine; võimalus kogeda end harjumuspärasest erinevas rollis.

c) taastumisgrupi tegevused: ajakavad, osalemise valikud (selgus/jõustavus), töövahendid, toit/kohvipausid, vaheajad, tegevused, puudused, ettepanekud.

Küsimustikust ja intervjuust koondati spetsialisti teadmise alla kõik vastused, märkused, kirjeldused, kus osavõtja mainis taastumist, taastumise protsessi või teenuseid, taastuja õiguseid, või taastumise toeks saadud spetsialisti oskusi puudutavat teadmisi. Kogemusteadmiseks loeti kõik intervjuu küsimustiku vastused ning kirjeldused, kus räägiti mõtete ja kogemuste vahetamisest, kuuldud lugudest ja haigestumisest ja sellega toimetulemisega seotud mõtetest. Taastumisgrupis pakutud toe alla pandi küsimustikust ja intervjuudest sellised arvamused kus osalejad rääkisid grupijuhtide suhtumisest osavõtjatesse, turvatundega seotud: kui avatud ja mis toonil olid vestlused; lootuse suurenemine. Taastumisgrupi tegevused käsitlevad kõiki tegevuste korraldust, kokkuleppeid, ajakava ja tööritmi, töövahendeid (sh taastumise töövihikut ja kasutatavaid töölehti) ja ka puudusi puudutavaid arvamusi ja väiteid.

Kogetud kasud jagati TRIO projekti uuringu raportis algselt kahte tüüpi, analüüsi käigus lisati kolmandaks muu oluline kasu; kuna antud uuringu läbiviijat huvitasid ka võimalikud kahjud, lisati needki c ossa:

- a) sisemiselt kogetud: oma suhtumises, mõtlemises või tunnetes toimunud osavõtja poolt mõõnatud muutus;
- b) väliselt märgatav: toimimise tasemel ja/või käitumises ilmnenud muutus;
- c) muu oluline sisemiselt ja/või väliselt tajutav, ka negatiivne muutus: muu positiivne ja mujal kodeerimata ja turvatunde häirumine, surve tajumine, ebameeldivustunne haigusest rääkimisel; sümptomite ägenemine vms.

TRIO uuringu ja intervjuu küsimustiku seosed on toodud lisas nr ....

## 2.4. Tulemuste esitamine

### 2.4.1 Taastumise personaalne tähendus osalejatele

Enne taastumisgrupis osalemist oli taastumisest kuulnud üks ja kogemusnõustamisest teadlik lisaks veel üks ehk kokku kaks osalejat. Küsimusele mida tähendab Teie jaoks taastumine anti erinevaid vastuseid, mida kodeeriti vastavalt mainingutele järgmiselt: usk, mis on alati aidanud; haigusega toimetulek; enda tundma õppimine; oskused paremaks toimetulekuks; parem tervis; oma pere ja isilik elu; minevikuga lõpu tegemine; eluga edasiminekuks; oma kodu saamine; kogukonnas omaksvõtmine; täisväärtuslikuks ühiskonna liikmeks olemine. Tähtsaimaks peeti tervist, turvalist keskkonda, autonoomiat, sotsiaalselt väärtustatud rollide, endale tähendusrikaste tegevuste ja oma kodu olemasolu.

*R2/Taastumine on minevikuga lõpu tegemine ja eluga edasi minek/*

Intervjuudes väljendati hirmu tuleviku ees. Mitu osalejat töid esile kahtlusi just tagasi oma kodukohta minemise pärast (juhul kui KOV üldse annab sotsiaaleluruumi): seal ootavad nn vanad sõbrad, kes on taga kiusanud ja kelle pärast korterist ilma jäädud; samuti seda, et vanas kohas tekivad vanad harjumused alkoholi tarvitamisel, sest varem olid sotsiaalpinnal korterikaaslased ja naabrid alkohoolikud. Mõned osalejad soovisid elama jääda pigem praegusesse linna, sest alles on uue kohaga harjutud, olemas on töö ja siis jäävad tuttavad lähedale. Omaette Tallinnas elada, sooviks üks osaleja, sest seal on parem võimalus tööle saada ja saaks alustada nn valgelt lehelt; samas ei ole võimalik saada sinna sotsiaalelupinda, sest ta pole Tallinnasse sinna kirjutatud ja üürikorterit ei saaks raha puuduse tõttu endale kuidagi lubada. Avaldati ka kahtlust, et keegi ei annagi

oma korterit üürile kui selgub, et inimesel on raske vaimse tervise häire; samuti märgiti, et üürikorter pole hea ega turvaline lahendus, sest üürileandja võib tahtmise korral lepingu igal ajal lõpetada.

Mõnel osalejal oli pikka aega erihoolekandes elades ja kogudes veidi raha säästetud. Sellest piisaks odava korteri ostmiseks kuskil maapiirkonnas aga arvati, et seal pole jälle tööd ja võimalik, et ka mitte tugiisikut, keda usaldada. Kardeti, et uues kohas kogukond ei võta omaks ja pole tähendusrikkaid tegevusi ega teistega suhtlemist väljaspool kodu: *R6/Ikka jah, et nad võtaksid mind ikka omaks ja mitte niimoodi, et ma jään kuskile nagu koer kuuti...et seal on ainult peavari ja toit.../.*

Oli nii hirmu muutuste kui nendega toimetuleku ees: *R1 /...muutused, muutused aga jah, see alati ju ainult minust ei sõltu.....aga mina ju kardan neid muutusi ja kõike....ma olen ju raske kohanemisvõimega ja..../.* Korduvalt mainiti stigmatiseerimist ja sellega toime tulemise raskusi: *R2 /lapsed näiteks siin maja juures karjuvad durnoi dom... võtan ikka hinge.../ ja võimalikke toimetulekuviise: R1/...aga oleneb, kes ütleb...kui tuttav või sõber siis võtan naljaga.../.* Mainiti klientide hulgas vahetegemist vaimse tervise teenuste saamisel: *R1/...töötajate poole pealt kindlasti... klientide suhtes... teevad vahet klientidel... arstide poolt pole tajunud aga hooldajad, õed...eks see oleneb haridusest ka.../.* Samuti omavahelist sildistamist ja mitte kõige paremat läbisaamist: *R5/Kliendid ütlevad niimoodi: see loll ja see loll ...ma ei tea mispärast nad siin niimoodi ütlevad ... Sellepärast ma olengi mõelnud, et saaks siit minema... Kõik toetatud elamise omad mõtlevad nii.../.* Arvati, et abiks oleks suhtlemise õpetamine: *R1/...Mina võin ju positiivne olla aga ...võiks ...kõigepealt õpetada klientidele kuulamist.... igaüks hakkab karjuma ja tekivad konfliktid.../.* Toodi välja kartusi liiga üksi jäämise ees, sest kogemuste põhjal üksi olles haigus ägeneb. Märgiti, et haiguse sümptomid on vähem hirmutavad ja häirivad, kui ta saab teiste hulgas olla: *R5/...Tugisiisik soovitab toast välja tulla ja istu meiega koos siin ees ja aja juttu, ära jää üksi... see aitab mõtete vastu ... normaalsemate inimestega.../.*

Kõige raskem on vastanute sõnul olnud taastuda raskest haigusest, minevikus ja eelmisest elust. Pahameelt avaldati üldlevinud hoiakute ja arusaamade suhtes ühiskonnaohtlikkusest: *R6/...ma pole mingisugune vangipätt, eks ole, et ma nüüd..., et*

*minu tervis on olnud mingisugune... ütleme, et ma olen kellegi maha löönud või ... et, sellised terviseprobleemid mul olid... mul ei old ju tervis nihukene.../.*

Ja diskrimineerimise ja ühiskonnas nn omade hulgast väljaarvamise suhtes: *R6/Tagakiusamine... ja me kardame seda endiselt... sellepärast meil ongi küsimärgi all, et kas panna meid edasi toetatud elamise peale...kuskil riigis otsida jälle üks koht või... Meid on tagakiusatud, meid on mõnitatud, meid on leitud, et me ei sobi enam... Ja see rahvas see... Minu meelest on liialdatud neid asju... püüame ikka lahkelt seda elu elada.../.*

Raskusi valmistab osalejatele oma hirmude ja mõtetega toimetulek: *R5/Selle kõigega hakkama saamine.... oma mõtetest ülesaamine/; R1/...kõige raskem on taastuda oma kõhklustest, et mida teha ja mida mitte/.*

Kasuks taastumisel oleks ühe osaleja arvates õige ravi leidmine, kahel korral arvati, et eluga edasi minek. Taastumisgrupi kasulikkust toodi välja viiel korral. Ühe osaleja sõnul on ainus taastumise võti usk. Kaks osalejatest tõid taastumise toetamiseks välja, et eelkõige aitab abistamine oma kodu saamisel. Üks osalejatest leidis, et mingeid takistusi pole.

*R2/Takistusi pole taastumisel/*

*R4/usk, kõik muu on ainult vahend ja siin on oluline vahe/.*

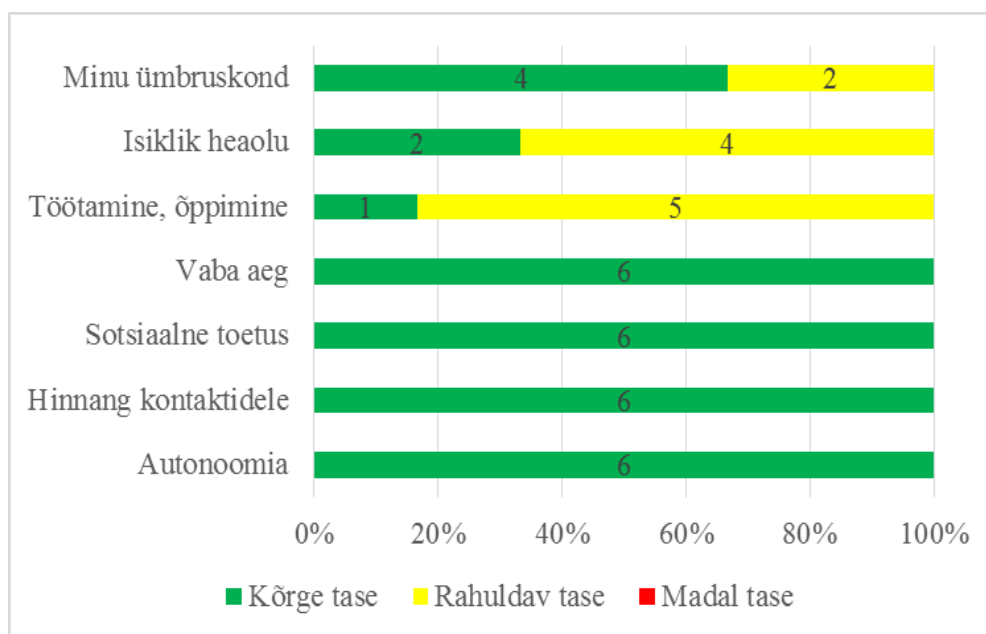
*R6 /Kas meil seda taastumisravi on vaja, või meil on lihtsalt elamispinda vaja, omaette elu, meil on kodu vaja.../*

Taastumist pidas uurimise läbiviimise ajal võimalikuks viis osalejat. Mõnikord uskus taastumise võimalikkusesse üks osalejatest.

*R6: /Jah kui nad mu vanadust arvestavad ja... asjaolusid arvestavad ...siis küll jah..../.*

## 2.4.2 Sotsiaalne osalus, toetus, heaolu ja autonoomia

Selles peatükis antakse ülevaade uurimusest osavõtjate hinnangutest oma igapäevaelule kasutatades PAS poolstruktureeritud intervjuud. Ülevaade PAS intervjuust on koondatud järgnevasse joonisesse osalejate skoori tulemuste alusel. Üksikasjalisemad tulemused on toodud intervjuu teemade kaupa. Lisas nr .... on toodud uurimuses osavõtjate skooritud andmed.



**Joonis nr 3.** Ülevaade kodeerimisest vastavalt PAS juhendile (autori koostatud)

**Töö või õppimine.** Osaaja tööga oli uurimuse läbiviimise ajal hõivatud kuuest osalejast viis. Kojamehena töötasid neist kaks, üks töötas peale lõunat kolm tundi väikeses lihatööstuses, käsitööd tegi SA Hea Hoog vahendusel müügiks üks osaleja, üks osalejatest tegi ehitusfirmale abitöid. Uut töökohta otsis ja samas selle tegevuse mõttekuses sügavalt kahtles (seoses peatse elukoha vahetuse vajadusega), üks osalejatest. Töökohtade leidmisel olid osalejate sõnul olnud abiks tegevusjuhendajad. Kõik hindasid kõrgelt oma töötaja rolli. Märgiti, et see aitab peale väga olulise ja olgugi, et väikese teenistuse, end väärtusliku ja täiskasvanud inimesena tunda: *R6 /...jah ikka, meeldib sellepärast, et tunned end vajalikuna... muidu oled mudilane ju...ma olen ikkagi töövõimeline inimene.../*. Välja toodi ka endisi töökohti, soove ning unistusi uue sobivama töökohta

saamiseks. *R5/Köögis olin eelmine suvel abitööl ja see meeldis väga... sai süüa, näeb teisi inimesi rohkem... muidugi läheksin enne kööki/*. Selgus, et kõik osavõtjad on tegevusjuhendajate eestvedamisel teinud ka vabatahtlikku tööd kogukonnas. Käidud on puhastamas kõnniteid ja teepervi, riisumas, tehtud haljastustöid. Vabatahtlikku tööd väärtustati ja hinnati samuti kõrgelt, seda peeti oluliseks, et saab ise midagi ümbruskonnas ära teha ja kasulik olla. Õppimise osas toodi välja taastumisgrupist osavõtmine kui enesearendamine, mida peeti samuti tähtsaks. Õppimisena nimetati ühe osavõtja poolt aastatel 2010-2012 toimunud ümberõpet Astangu kutse- ja rehabilitatsioonikeskuses. Rohkem midagi õppimisena ei mainitud.

**Vaba aeg.** Vaba aega veedetakse meeleldi nii oma kodus kui väljas tegutsedes, jalutades ja loodust nautides, nii vastasid kõik osalejad. Spordiga tegeleb vabal ajal neli uuringus osalejat. Vastustes toodi välja jalgrattaga sõitmist, kõndimist, ujulas, jõusaalis käimist. Hobidest toodi välja aiandust, millega eelnevas erihoolekandeesutuses elades oli parem võimalus tegeleda. Ühele osalejale meeldis lugeda, ta külastas tegevusjuhendaja soovitusel raamatukogu: *R5/... ja siis ta ütles, et ma käiks lugemas raamatukogus ka, ma ei tulnud selle pealegi.../*. Muusikat kuulas kaks osalejat, arvutist endale meeldivaid asju vaatas üks osaleja. Televiisorit vaadati koos kogukonna teenustel viibivate inimestega. Koos sõbraga või grupi inimestega väljaspool kodu võtavad asju ette kõik vastajad. Vastustes nimetati teatri- ja kontserdikülastusi, osavõtmist ekskursioonidest ning ka lihtsalt linna peal kaltsukates või näiteks juuksuris käimist. Reisida meeldib ühele uurimuses osalejale ning ta kogus järgmiseks reisiks raha. Vabal ajal meeldiks rohkem tegevusi ette võtta neljale osalejale, kahe osaleja arvates on tegevusi piisavalt ja nad ei jõuaks ega sooviks rohkem, ning on rahul praeguse olukorraga. Samuti toodi välja, et vaba aega sisustatakse väljaspool kodu rohkem, kui selleks oleks raha. Osalejad väljendasid rahulolu, et neil on oma tuba, kus võis toimetada ja aega veeta oma äraarvamist mööda. *R1 /...mulle meeldib magada, muusikat meeldib kuulata, radio FM.... siin saab ikka magada, siin ei ole kunagi keelatud... jalutamas käia.../*.

**Sotsiaalne toetuse** osa intervjuu küsimused puudutavad ainult perekonda, sõpru, ümbruskonnas olevaid teisi inimesi ja ei puuduta sotsiaalvaldkonna spetsialistidega, tegevusjuhendajatega või haigekassa poolt osutatavate tervishoiuteenuste spetsialistidega



suhtlemist. Keegi, kellega saab jagada oma isiklikke probleeme, on olemas kõigil uurimuses osalejatel. Samuti tajuti kõigi poolt vajaduse korral ümbritsevate inimeste abistamise tahet selgelt olemasolevana. Suheldakse põhiliselt omavahel ja teiste erihoolekande teenustel, sh kogukonna teenustel osalejatega. Peaaegu üldse pole osalejatel suhtlemist väljaspool erihoolekande- ja tervishoiuasutust. Kirikus käimine ning koguduses suhtlemine on ühele osalejatest väga tähtis, samas selgus, et ta ei tunne, et ta oleks koguduse liikmete poolt omaks võetud.

**Sotsiaalsetele kontaktidele hinnangu andmine.** Perekonnaga suhtlemine on enamasti keeruline, enamusel osalejatest on suhted perekonnaga katkenud või on vähe suhtlemist: *R6/suhe on küll olnud... mina nüüd ei lähe tema juurde ja tema ei tule minu juurde/ Üks osaleja väljendas soovi rohkem oma ema ja õega suhelda: R5/...sõpradest tunnen puudust... õde ja ema on kõige rohkem need, kellest ma kõige rohkem puudust tunnen.../ Samas oli inimesi, kes olid harjunud üksi olema ja ei tunne puudust tõelisest sõbrast R6/... eluaeg olen olnud üksi... ei... mitte üks raas... mul pole olnudki .../ Üks osalejatest mainis, et tema küll külastab väga harva oma tütart aga temal külas tütar ei käi. Vend külastab ühte osalejat. Suhted lastega on kahel osalejal täiesti katkenud. Ise teiste eest hoolitsetakse harvem kui kaaslaste või perekonna abi vastu võetakse. Toodi välja varasemaid naise ja laste eest hoolitsemise kogemusi. Märkiti ära kaaslaste abi kasutamist majas oleva uue pesumasinaga pesu pesemisel. Vastates rõhutati korduvalt ise oma asjadega hakkama saamise soovi: *R1/... ma mõtlen seda, et püüan ise hakkama saada, nahunii tuge varsti ei ole enam, no kuule ...ma olen täiskasvanud inimene... ega ma titt ei ole.../**

**Autonoomia.** Kõik osalejad hindasid oma iseseisvust, oskuseid ja hakkama saamist igapäevaelus kõrgelt. Raskuseid ei valmista kellelegi ühistranspordi kasutamine ega enese eest hoolitsemine. Toiduainete hankimine ja toidu valmistamine on osalejate vastutusel. Oma tugiisikuga saab põhjalikumalt asju arutada ja rääkida vähemalt üks kord nädalas, selleks tuli tugiisik ise maja pealt üles otsida. Intervjuudes toodi välja, et probleemide korral on tugiisikust alati abi: *R1/neli päeva nädalas on tööl tugiisik... kella kuueni, kui on vaja, siis saan ikka rääkida.... /* Toodi välja, et oma lootustest või

unistustest ei ole tahtmist rääkida: *R1 /...ma ei tea jah... aga alati ...noh, mõnikord, võetakse kohe haigusega seoses, et fantaasialend....on ka ütlemissi olnud.../.*

Finantsasjade ajamisel ei olda nii iseseisvad, vastuseks oli, et osatakse küll vähese rahaga toime tulla ja raha kogudagi, aga pangakaart asus nn kontoris: *R6/siin korraldab kontor... enda soovil...kaart on kontoris... mul on lahtine raha ka ja selle vähese rahaga siis toimetan: käin arsti juures ja poes ja kaltsukas/. Märgiti, et aeg-ajalt tekib arusaamatusi endale oluliste asjade, näiteks puuviljade, šampooni või mobiiltelefoni ostu vajalikkuse üle. Tunti, et väljendatakse usaldamatust inimese enda rahaasjade korraldamisega hakkama saamise võimalikkuse suhtes: *R1/...ütleb, mine käi ise poes, aga annab raha täpselt... ma lihtsalt olen õppinud säästlikult elama... /.* Kolm osalejat tähendas, et kui pangakaart on tegevusjuhendajate käes, on kindlam tunne: *R1/...kõigil on pangakaardid kontoris...et, noh, mõnel on oma käes aga mina ei taha.... on kindlam ja turvalisem.../.**

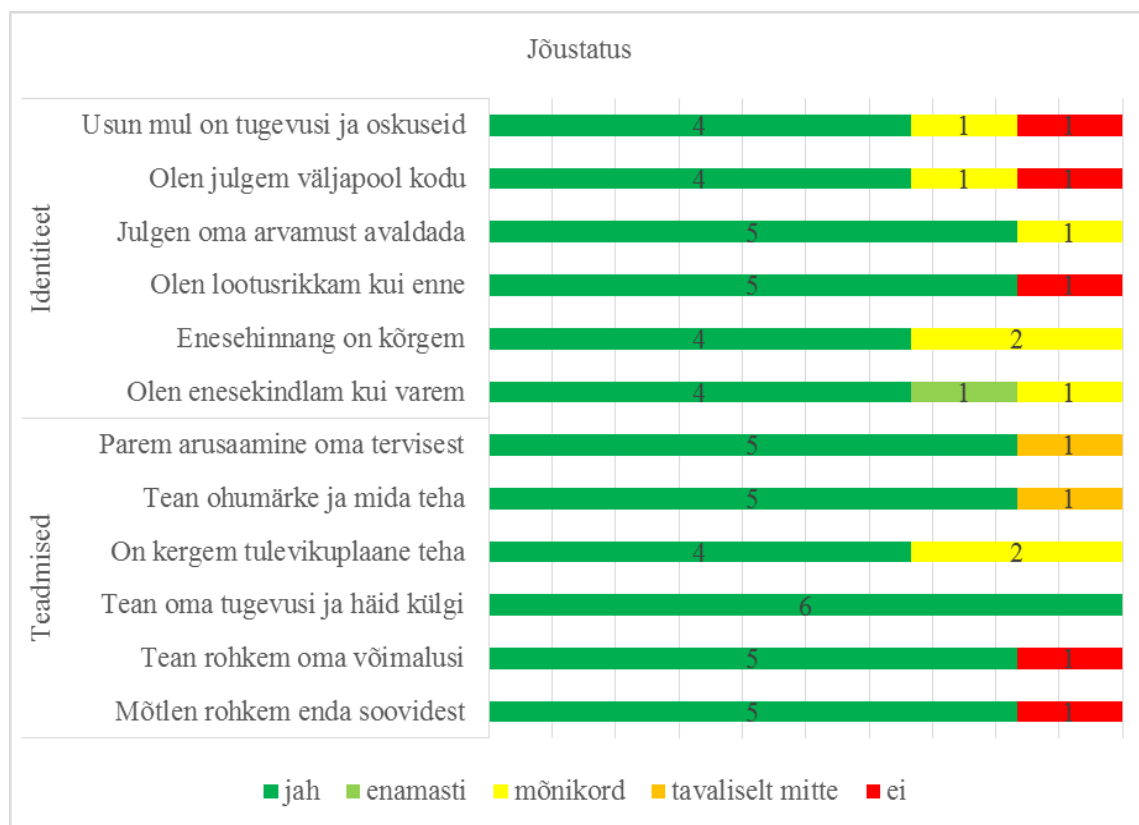
### **2.4.3 Taastumisgrupis osalemisest kogetud kasu või kahju**

Sellesse alapeatükki on teemade kaupa koondatud osalejate hinnangud taastumisgruppi puudutava intervjuu küsimustiku tagasisidest, osalusvaatluse andmetest ning osalejate ettepanekud taastumise paremaks toetamiseks taastumisgruppide läbiviimisel.

Märgatavalt olid osalejate hinnangul taastumisgrupis osalemise ajal paranenud enesekohased uskumused ja enesehinnang, julgus enda soovide ja vajaduste eest seista, suurenenud lootus ning enesekindlus (vt joonist nr 2 lk 43). Terviseolukorrast tulenevate funktsioonihäiretele ja oma puudustele keskendumise asemel teadvustati enam enda terveid, tugevaid, häid külgi ja mõeldi rohkem sellele, mida ja kuidas saab endale tähendusrikaste soovide täitmiseks teha. Esile tuli grupis osalemisest kogetud kasu oma identiteedile: *R3/On tore, et üldse selline taastumiskursus on. On oluline, et oma haigusega saab ka täisväärtuslik inimene olla ühiskonnas./*

Oma terviseseisundi muutuste tähelepanemise ehk ohumärkide osas toodi välja, et kuigi ollakse väga kaua haige olnud, ei ole selle peale, et ise tegelikult saaks midagi erilist ses vallas kontrollida, tuldud. Kontrolli puudumine tekitab abituse ja lootusetuse tunnet. Osalejatest üks ei saanud oma töö pärast taastumisgrupis ohumärkide plaani koostamise

ajal osaleda. Üks osaleja märkis: *R1/Kasu on see, et nüüd saan oma haigusega rohkem toime tulla. Kuigi 20 aastat on sellega seotud olla, aitab eneseanalüüs väga/.*



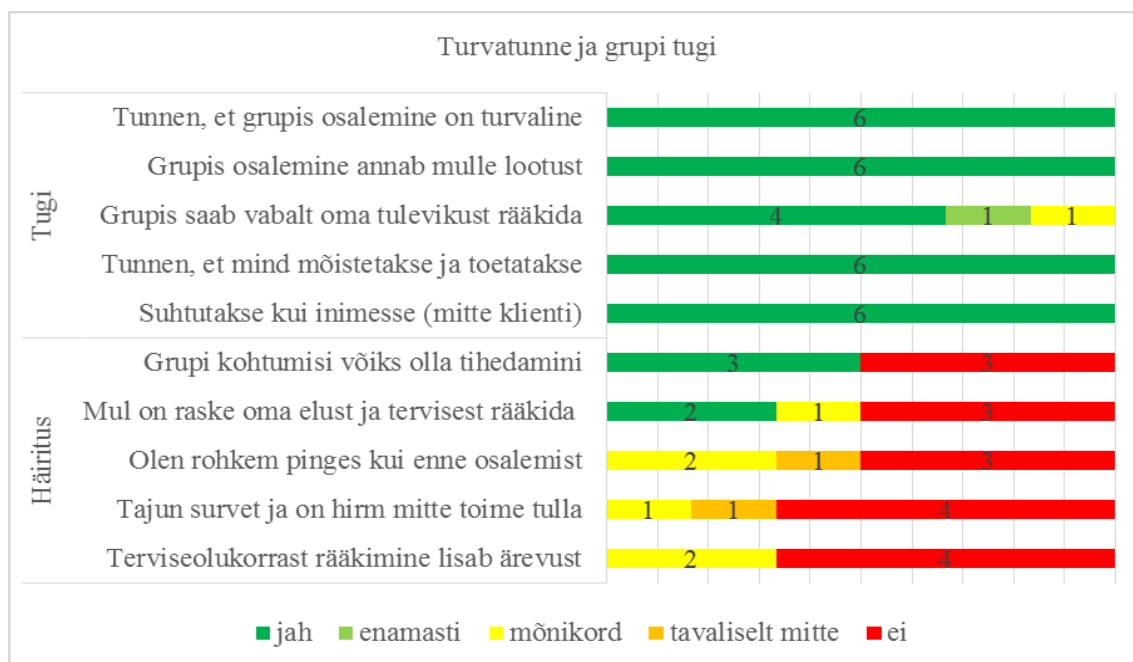
**Joonis nr 4.** Osalejate hinnangud grupist saadud kasule (autori koostatud)

**Kogemusnõustaja kohalolu mõju** suhtes andsid kõik kuus osalejat ainult 100% positiivseid hinnanguid. Kõik osalejad olid saanud kogemusnõustajalt häid mõtteid, kinnitasid kogemusnõustaja head eeskujut ja märkisid, et kogemusnõustaja annab jõudu oma eluga edasi minekuks. Samuti oldi nõus väitega, et kogemusnõustaja saab paremini aru, mida osalejad tunnevad või läbi elavad. Kogemusnõustaja olulisuse kohta taastumisel avaldati erinevaid arvamusi; üks osalejatest mõõnis, et kogemusnõustajad on vajalikud, et taastumisgrupe läbi viia. Veel mainisid osalejad, et kogemusnõustajad on moraalseks toeks, kuulavad ära, annavad nõu ning mõistavad. Toodi välja, et just kogemusnõustajad võiksid õpetada igapäeva elu oskusi: et kuidas ise oma eluga kodus hakkama saada, rahaplaneerimist, tervisliku odava söögi valmistamist. Kogemusnõustaja kohalolu

olulisust taastumisel ilmestab ühe osaleja ütlus: *R6/Kogemusnõustajad, nad on väga olulised! Me saame rääkida oma hinge vabaks.../.*

**Turvalisus ja grupi tugi.** Taastumisgrupis osalejad andsid grupis tajutavale õhkkonnale ja grupi toele positiivseid hinnanguid. Toodi esile, et inimesi aksepteeritakse sellistena nagu nad on, ollakse üksteise vastu sõbralikud, osalejad ei tunne grupis end kliendi ega patsiendi rollis olevana, vaid isiksustena, kellel on oma elukogemus ja väärtushinnangud. Välja toodi grupi kokkuleppeid, reegleid: *R6/...alustasime täiskasvanutena, meil olid tõesed, meie vanus juba näitab, et me oleme sellisesse eakasse ikka jõudnud.....Me ise valisime selle teema, et me suhtume niimoodi, et me oleme nagu üks perekond... ja perekonnas, eks ole, kui mingisugune probleem tekib, kas mehe ja naise või laste vahel, siis me arutame seda....nii nagu arutatakse/.* Mainiti, et grupis saab taastumisest ja oma tulevikust vabalt rääkida. *R5: /Taastumiskursusel saab vabalt kõigest rääkida.../*

Järgmisel joonisel on toodud taastumisgrupis osalemisega seotud kogemused mõjust enda turvatundele seostatult grupi toega.



**Joonis nr 5.** Osalejate hinnagud turvatundele ja grupi toele (autori koostatud)

Tajuti ka survet paremini hakkama saamiseks: *R6/...Mõnikord see tekib tõesti, aga see probleem ei teki ju inimeses endas üks ole, see tekib ühiskonnas ja ühiskonna vaadetes... meie ei saa ju nii, et paneme oma elu paika ja nii ongi. Ei!/.*

Turvatunde häirumist võib põhjustada läbi töötatud või nn äraraamid kogemuste sealt uuesti välja võtmine, või, kui inimene kasutab toimetulekuks vältimisstrateegiat: *R2/Haavade lahtikiskumine... ei taha sellest mõelda ega rääkida/.*

Ärevust võib suurendada ükskõik millisel endale tundlikul teemal, näiteks terviseolukorrast tingitud tegevuspiirangutest rääkimine; siin jagunesid arvamused kaheks. Mõni ei tundnud end häirituna: *R6/mitte üldse ei... mõnus tunne.../*, aga kolm osalejat mainisid, et mõnikord on raske neil teemadel rääkida ja ärevus võib suurened. Osalejate jaoks võib kohtumisi olla liiga vähe ja tuntaks end kindlamini kui grupp saaks kokku sagedamini või kui grupijuhtidega saaks vahepeal individuaalselt suhelda. Vastustes toodi muuhulgas välja: *R1/Muuta võiks seda, et võiks vahetevahel individuaalselt ka vestelda/.*

#### **2.4.4 Grupi tegevused ja ettepanekud edaspidiseks.**

Grupi tegevustes meeldis osaleda neljale osalejale; enamasti meeldis ühele ja mõnikord samuti ühele osalejale. Rohkem toetust vahepealsel ajal soovis kaks osalejat, neli ei pidanud seda vajalikuks. Üks osaleja tegi ettepaneku, et grupp võiks koos käia tihedamini. Veel tehti ettepanekuid, et grupijuhtidega võiks olla võimalik eraviisiliselt oma asju arutada: *R1/Muuta võiks seda, et võiks vahetevahel grupijuhid individuaalselt ka vestelda/.*

Taastumisgrupi tegevustest meeldis osalejatele, et saab õppida, võimelda, lugeda, vabalt rääkida ja kuuleb teisi inimesi, kel on samad probleemid ning ollakse üksteise vastu sõbralikud. Toodi ka välja, et teised kliendid oleksid soovinud grupi tegevustest osa võtta: *R1/...Kadedad on teised, tahtsid ka taastumisgrupist osa võtta...Aga see oli diagnoosipõhine.../.* Väitega, et minu arvates pole osalemisest erilist kasu, nõustus üks osaleja, teised leidsid osalemise endale kasuliku olevat.

*R6 /minu meelest on see täitsa individuaalne asi igale ühele, aga minule ta igatahes meeldib, ja mina leian sellest väga suurt tulu ja kasu/.*

Ettepanekutes toodi korduvalt välja, et keskenduda tuleks rohkem olevikule ja eelkõige tulevikule: *R2 /Võiks rohkem rääkida olevikust ja tulevikust. Sellest, mis on praegu ja sellest, mis toob elu.../.* Sooviti rohkem liikumist, CARE metoodika töölehtede täitmist, mõnikord õue jalutama minekut, joonistamist, loovaid tegevusi. Õpetada võiks praktilisi asju. Ühe osaleja arvates võiksid kogemusnõustajad lisaks õpetada igapäevase elu oskusi: et kuidas ise oma eluga kodus hakkama saada, eelarve koostamist, rahaplaneerimist, tervisliku odava söögi valmistamist. Ka loodeti, et taastumisgrupis osalemisest on enda tulevikule soovitud mõju: *R6/ikka see, et kui me oleme maandunud, siis oleme maandunud ja minna ikka edasi... kõige olulisem on ikka tulevik! Töötame taastumise nimel...ja vaadata, et me saaksime ikka oma elamispinna ja saaksime ikka... et, sellest taastumisest oleks ikka kasu olnud.../.*

Sooviti, et taastumisgrupp ikka edasi toimuks: *R3/Grupis osalemine annab mulle lootust ja tuge ja häid mõtteid. Ei tohiks neid gruppe ära jätta/ ning soovitati hoida ikka sama joont, ükskõik, kes neid gruppe siis läbi viib. Samas tooniti, et oleks hea kui lapsikuid eneseväärikust riivavaid mängukesi, laulukesi oleks vähe, ning ka edaspidi koheldaks osalejaid kui täiskasvanud inimesi: *R6/No ma ei tahaks ka, et me läheksime nüüd viieaastasteks ja hakkaksime seal viieaastaste moodi, eks ole, seda elu ja asju lahendama, eks ole, või mängima seal, eks ole... Minu meelest need ei sobiks... A ja seltskonnamängud mulle sobivad aga, et nagu koolilapsed seda teevad, noh see on natukene.../.**

## **2.5 Arutelu ja järeldused**

Uuringu eesmärk on tuua välja osalejate taastumiskogemused ning taastumisgrupis osalemisest kogetud kasu või kahju ja ettepanekud taastumisgruppide läbiviimise parendamiseks. Lähtuvalt eesmärgist otsiti vastuseid kolmele uurimisküsimusele: mida tähendab osavõtjatele taastumine, kuidas hinnati taastumisgrupis osalemisest kogetud kasu või kahju ja millised on osalejate ettepanekuid taastumise toetamise ja grupis läbiviidavate tegevuste suhtes.

## **Osalejate kogemused taastumisest**

Taastumisel on erinevad tähendused ja seda defineeritakse erinevalt, seda näitasid ka uuringus osalejate vastused. Tähtsaimaks peeti tervist, turvalist keskkonda, autonoomiat, sotsiaalselt väärtustatud rollide, endale tähendusrikaste tegevuste ja oma kodu olemasolu. Mainiti ka isiklikku elu ja suhete olemasolu tähtsust. Ühe osaleja arvates on taastumise ainus võti usk. Spirituaalsus ja usk on taastumisel paljudele taastujatele oluliseks abiks ning nüüdseks ka WHO poolt vaimse tervise häiretest taastumisel soovitatud abinõude nimekirjas. Toodi välja ka sobiva ravi saamist. Soovitud elukvaliteeti tagava inimesele sobiva raviskeemi leidmine on taastumiseks väga tähtis. Oluline on, et ravi annused ei oleks liiga suured ja kõrvaltoimed ei tekitaks rohkem kahju kui häire ise ja raviga on võimalik soovitud tasemel toimida. Haavatavuse ehk haiguse sümptomite ja sterssiteguritega toimetulekuks saab kasutada lisaks toimetulekustrateegiad, eneseabivõtteid.

Nii vaimse tervise häirete ennetamiseks kui taastumise eelduseks on baasturvalisuse olemasolu. Oma kodu ehk siis viisakas, turvaline ja kindel elupaik, on oluline taastumist edendav ja turvatunnet tagav element. Inimestel, kellel on raske vaimse tervise häire, on ressursside puudumise piiratud tõttu võimalused endale sobivat korterit osta või üürida. KOVidel puuduvad ressursid ja vahel ka tahtmine inimestele, kellel on raske vaimse tervise häire, sobivaid sotsiaalelupindu pakkuda. Intervjuus mainiti eelnevat sotsiaalelupinnal elamise kogemust. Raske vaimse tervise häirega ei ole sobiv alkohoolikutega ühes korteris asuv või ka kõrval olev elupind, mis ei edenda kuidagi taastumist.

Intervjuudes väljendati kartust diskrimineerimise, stigmatiseerimise ja tõrjumise ees. Toodi välja eelnevaid tagakiusamise kogemusi, oma kodust, lastest, perest ja tööst ilmajäämist. Kohalike inimeste vastuseis kogukondades põhineb stereotüüpidel, lapsepõlvest internaliseeritud hoiakutel, hirmudel ja teadmatusel. Uuringus välja toodud kartused, et uues kohas puuduvad tähendusrikkad tegevused ja kogukond omaks ei võta, on ilma asjakohase toeta tõenäoliselt õigustatud.

Uuringus osalejatel polnud põhimõtteliselt suhtlemist väljaspool erihoolekandeesutust ja tervishoiuteenuste osutajaid. Haigestumise üheks põhjuseks võivad olla traumatiseerivad kogemused. Mõnikord pole suhted perega ei inimest toetavad ega taastumist edendavad. Alati ei esinda perekond puuetega inimese õiguseid parimal moel. Suhted võivad olla katkenud ka pikaaegse institutsioonis elamise tõttu. Hooldusasutustes ei ole tõenäoliselt peetud suhete hoidmist oluliseks. Ka uuringus osalejatest enamus ei suhtle mingil moel oma pereliikmetega.

Endise kogukonnaga võivad aastaid institutsioonides elavatel inimestel olla igasugused suhted katkenud, või siis on need mälestused ja eelnevad kogemused pigem mitte taastumist toetavad. Toodi välja ka selliseid kogemusi. Inimese endisesse kodu KOVi saatmine võib tähendada seal üksi, ilma loomuliku sotsiaalse toeta jäämist, sest katkevad ka praegused suhted teiste teenustel olijatega. Teisalt toodi välja ka omavahelist sildistamist ja mitte eriti häid suhteid teiste erihoolekandeteenustel viibijatega. Puuetega inimesed ei peaks järgima mingit endale sobimatut elamisviisi, vaid neil peaks olema võimalus vabalt valida oma elukohta ja ka seda, kellega ja kus koos elada tahetakse. Kõik uuringus osalejad ei soovi omaette elada, sest üksi olles kogemuste põhjal haiguse sümptomid ägenevad ja avaldati soovi elada edasi grupikodus toetatud elamise teenusel.

Taastumise seisukohalt on oluline taastumist ja arengut toetava keskkonna olemasolu. Keskkond, kus inimene ei saa rakendada oma oskusi n igapäeva eluga võimalikult hästi toime tulla ja ise oma päevategevusi planeerida või stressiga toimetulekuks vajadusel oma äranägemisel puhata, on arengut pärssiv ja soodustab jäämist stabiliseerimisfaasi ja kliendi, patsiendi rolli kinnistumist. Intervjuudes väljendati rahulolu, et päeva saab ise sisustada ja vajadusel kasvõi magada. Otsus lõpetada toetatud elamise teenuse pakkumine, võib tõenäoliselt olla enneaegne, sest kui sobivat elamispinda ja teenusepakkujat siiski pole, keskkond on vaenulik ja tõrjuv, on surve tõenäoliselt institutsioonist välja liikunud inimese jaoks liiga suur ja võib esineda tagasilangusi.

Autonoomia on üks olulisemaid taastumise komponente. Oma igapäevaelu asjadega ise hakkama saamist hinnati kõigi uuringus osalejate poolt kõrgelt. Intervjuudes toodi korduvalt välja, et tahetakse ise võimalikult hästi hakkama saada. Mitte lapseseisuses olles, ise oma igapäevaeluga hakkama saamine on üks eakohastest rollidest ja



eneseväärikuse alustest. Edukogemused tõstavad enesehinnangut ja annavad jõudu taastumiseks. Enesehooldus hõlmab endas ka finantsasjadega toimetulekut. Poodi minekuks tuli uuringus osalejatel eelnevalt koostada ostetavate kaupade nimekiri ja oma tugiisikule ette näidata. See asjaolu tekitas küsimusi. Uuringu läbiviija kaalus põhjustena näiteks harjumuse jõudu- see on nii, sest nii on alati olnud, hoolekandeametuse töökorraldust- sellepärast, et nii on kergem jälgida ja vastutada, paternalismi- see on nii, sest kiendid ei ole võimelised ise vastutama, turvalisust- see on nii, sest nii on klientidel kindlam. Mõned osalejad mainisid turvatunnet ja kindlamat olekut kui kaart tegevusjuhendajate käes. Intervjuudes toodi välja osalejate ja tegevusjuhendajate erinevaid arusaamu mobiiltelefoni ostu või ka puuviljade ning seebi, šampooni ostu vajalikkuse üle. Samas, kui eeldada, et edaspidi peaksid osalejad iseseisvalt eelarve planeerimise, arvete tasumise ja rahaasjadega hakkama saama, tuleks seda varem õpetada. Ka kogukonnas elades peaks olema võimalik saada oma finantsasjade ajamisel sobivat abi. Intervjuudes mainiti, et iseseisvat elamist ja kodus hakkama saamisel vajalikku võiksid õpetada just kogemusnõustajad. Kogemusnõustajate poolt osutatavad iseseisvat eluva toetavad teenused ongi taastumisele orienteeritud kogukonnapõhiste teenuste oluline osa.

Sotsiaalne osalus ja väärtuslikud eakohased rollid on nii taastumise väljundid kui edendajad. Töö autori hinnangul ei olnud uuringu läbiviimise ajal osalejad kogukonnast eraldatud ja kõigil osalejatel oli endale tähendusrikkaid tegevusi. Tegevusjuhendajate eestvedamisel tehti naabruskonnas vabatahtlikku tööd, mida kõik osalejad kõrgelt hindasid, kui omapoolset panust kogukonna heaks. Uuringus osalejad käisid kogukonnas osajaga tööl, ka vaba aega veedeti avalikke kogukonna teenuseid kasutades. Kuigi vastustest oli ka näha, et ise selle peale, et n raamatukogusse minna ei tuldud. See võib olla seotud nii vana harjumusega veeta oma päevi n spetsiaalses päevakeskuses kui madalast enesehinnangust tingitud kartus. Inimesi tuleb julgustada. Osalejad kasutasid ujulat, jõusaali, käidi jalutamas, jalgrattaga sõitmas ja kohalikel kontserditel, teatrietendustel. Mida rohkem saab tegusteda igapäevastes normaalsetes tegevustes ja rollides nagu raamatukogu külastaja, spordiklubi liige, vabatahtliku töö tegija vms, seda vähem jääb ruumi haiguse komponendile identiteedis ja seda enam inimene taastub. Uuringust selgus, et kõigil oli endale tähendusrikkaid tegevusi, kuigi mõned oleksid

soovinud rohkem kultuuriüritustel käia ja reisida. Baasturvalisus hõlmab ka toimetulekuks piisavaid ressursse. Toodi välja, et vaba aja sisustamiseks ja kultuurisündmuste külastamiseks kogukonnas ei ole piisavalt raha. Töökohad olid uuringus osalejate sõnul olemas tänu tegevusjuhendajate abile. Tundus, et ka paljud vabaaja tegevused on toetatud. Inimese heaolu, elukvaliteedi, väärtustatud rollide ja ühiskonnas toimetuleku vahel on seos. Oma heaolu hindasid uuringus osalejatest neli rahuldavaks ja kaks kõrgeks.

Taastumisgrupis osalemisest kogetud kasud ja kahjud

Taastumisgruppide läbiviimisel on esmatähtis toetava, aksepteeriva turvalise keskkonna loomine, ettevaatlik tuleb olla igasuguse survestamisena tajutava tegevuse suhtes. Grupi toele anti positiivseid hinnanguid. Osalejad väärtustasid enese aksepteerimist ja hindamist isiksustena. Intervjuudes toodi välja, et suhtlemine oli sõbralik, reeglid paigas ja tunti end täiskasvanu rollis olevana. Osalejate hinnangul olid taastumisgrupis osalemise ajal paranenud enesekohased uskumused ja enesehinnang, julgus enda soovide ja vajaduste eest seista, suurenenud lootus ning enesekindlus. Terviseolukorrast tulenevate funktsioonihäiretele ja oma puudustele keskendumise asemel teadvustati enam enda terveid, tugevaid, häid külgi ja mõeldi rohkem sellele, mida ja kuidas saab endale tähendusrikaste soovide täitmiseks teha. Oma terviseseisundi muutuste tähelepanemise ehk ohumärkide osas toodi välja, et kuigi ollakse väga kaua haige olnud, ei ole selle peale, et ise tegelikult saaks midagi erilist ses vallas kontrollida, tulnud. Ohumärkide plaani täitmist ja eneseanalüüsi peeti enda jaoks oluliseks. Toimetulekustrateegiad, mida ohumärkide plaan kajastab, on inimese toimetulekuks ja enesejuhtimiseks olulised abivahendid. Kui inimene ei oska toimetulekustrateegiat õigel ajal rakendada, sellest ei piisa, või kui keskkonna poolt avaldatakse liiga suurt survet ja ei pakuta piisavalt toetust, võib stress ületada taluvusläve. Turvatunde häirumist tekitas "vanade haavade lahtikiskumine", mõnele osalejale oli kohtumiste arv liiga väike ja oleks soovitud individuaalseid vestlusi grupijuhtidega.

Kogemusnõustajaid on peetud taastumisel lootuse tekitamise võtmeisikuteks. Oma kohuloluga on kogemusnõustaja elavaks tõestuseks, et taastumine on võimalik. Olles samas selgelt väärtustatud sotsiaalses rollis grupijuhi ja palgalise töötajana. Osalejad

andsid kogemusnõustajale ja tema rollile grupis ainult positiivseid hinnanguid. Toodi esile, et kogemusnõustaja mõistab ja saab paremini aru (kui spetsialistid), on moraalseks toeks, kuulab ära ja annab nõu. Kogemusnõustaja kohalolu annab võimaluse rääkida teemadel mida muidu ei saaks ja asjade nimetamiseks nende õigete nimedega. Intervjuus toodi välja, et see on vabastav kogemus. Kui kogemusnõustaja on liiga erineva tausta, vanuse ja isikuomadustega, või tema looga ei teki mingeid isiklikke seoseid, siis võib ka kogemusnõustaja räägitud lugu ning kohalolu jääda osalejatele tähenduseta. Samuti on oluline see, milline on grupijuhtide omavaheline suhtlemine, selleks, et kogemusnõustaja kohalolu mõjuks lootust suurendavalt ja positiivselt, on oluline grupijuhtide inimlik, võrdne, teineteist aksepteeriv, teineteise teadmisi täiendav ja austav suhtlemine. Taastumisgrupis oli kogemusnõustajaks väga hea ettevalmistusega ja pika töökogemusega inimene.

Osalejad soovitasid taastumisgrupis edaspidi tegeleda rohkem olevikuga ja eelkõige tulevikuga. Selleks saab kasutada CARE metoodika töölehti, sh isiklikku taastumisplaani. Soovitati hoida sama positiivset õhkkonda ja inimeste täiskasvanud isiksustena kohtlemist ka edaspidi. Sooviti rohkem liikumist, mõnikord õue jalutama minekut, loovaid tegevusi. Õpetada võiks kodus iseseisvat toimetulekut edendavaid praktilisi oskusi. Arvati, et seda võiksid teha kogemusnõustajad. Soovitati ka suhtlemise õpetamist.

Taastumiseks on vaja inimlikke ja jõustavaid vaimse tervise teenuste osutajaid. See eeldab mõtteviisi muutust, inimestega töötavate spetsialistide õppekavade ülevaatamist ja spetsialistide, ametnike ja kogukondade koolitamist. Ilma mõtteviisi muutuseta saavad ka uutest kohtadest pisikesed institutsioonid, kus teenuseosutajate huvid on tähtsaimad ja kus nn rasketele klientidele ei soovi teenuseid keegi osutada. Elamispiind ja teenused ei tohiks olla seotud. Kodutunne on inimese turvatunde aluseks ja sellest ei tohiks teenuste osutaja vm sobimatuse tõttu ilma jääda. Ka väikestes institutsioonides on ikka kõrgemal kohal teenusepakkujate huvid ja karta on, et teenuste osutamise eelduseks seatakse n kuulekus, karsklus, ravimite võtmine jms. See tähendab, et jätkuvalt ei saaks suur osa abivajajaid mingit tuge. See eeldab mõtteviisi muutust, eelduste loomist ja taastumisele orienteeritud teenuseid. Valdakonnas on vajalikud täiendavad uuringud.

## KOKKUVÕTE

Lõputöö on kirjutatud teemal taastumine vaimse tervise valdkonnas ja taastumisgrupis osalejate kogemused. Teema on aktuaalne seoses uute suundumustega vaimse tervise valdkonnas ja Eestis käimasoleva deinstitutionaliseerimisega. Taastumist ja taastumisgrupis osalemist ei ole Eestis põhjalikult uuritud ning vajalik on täiendava teabe olemasolu. Lõputöö eesmärk on anda lühiülevaade taastumisest vaimse tervise valdkonnas ja tuua välja osalejate taastumiskogemused ning taastumisgrupis osalemisest kogetud kasu või kahju ja ettepanekud taastumisgruppide edaspidiseks tegevusteks

Lõputöö koosneb kahest osast. Töö esimeses peatükis esimeses alapunktis anti ülevaade vaimse tervise valdkonnast ja suundumustest. Välja toodi mõjutegurid ja vaimse tervise häirete levik Eesti tööealiste inimeste hulgas. Erihoolekandeteenuseid kasutab ja institutsioonides elab väiksem osa töövõimekaoga inimestest. Teises alapunktis toodi välja taastumise paradigma areng, põhilised aspektid, protsess. Kirjeldati taastumist edendavaid eeldusi ja inimeste toetamist, toodi välja põhilised indikaatorid, millega on võimalik taastumist registreerida ja esile tuua.

Vaimse tervise häireid jagatakse tinglikult kaheks vastavalt sellele, kuidas need mõjutavad funktsioneerimist, igapäevaelu ja ühiskonnas toimetulekut. Inimeste, kellel on raske vaimse tervise häire, võimalikult hea toimetulek sõltub keskkonnast ja osutatavast abist. Hoiakud vaimse tervise häirete ja haigestunute suhtes on negatiivsed ja põhinevad eelarvamustel. Stigmatiseerimine ja diskrimineerimine takistab inimestel kohast abi otsimast, taastumast ja lülitab välja ühiskonna elust. Vaimse tervise häiretega inimesed on tundlikud sisemistele ja välistele stressiteguritele, teenuste planeerimisel ja toetuse pakkumisel tuleb sellega arvestada. Taastumiseks on vaja toetavat keskkonda, baasturvalisust, õiguste tagamist ja inimese vajadusele vastavat toetust.

Lõputöö uuringuosas toodi välja taastumisgrupi kirjeldus, kuue erihoolekandetasutuse toetatud elamise teenusel oleval elaniku isiklikud taastumiskogemused, taastumisgrupis

osalemisest kogetud kasu või võimalik kahju ja tehti ettepanekud taastumise toetamiseks taastumisgruppide läbiviimisel.

Taastumisgrupi eesmärk on anda osavõtjatele teadmisi taastumise mõtteviisist, see tähendab et vaatamata haigustele ja toimetulekupiirajatele on võimalik elada tähendusrikast elu enda valitud keskkonnas. Taastumist edendav töö on suunatud inimese jõustamisele, tähtis on tähelepanu pöörata inimeste soovidele ja unistustele ning abistada inimesel saada kontroll oma elu ja terviseolukorra üle. Ohumärgid, mis näitavad inimese tervises seisundi muutumist võivad olla erinevad, samuti on erinevad nendega hakkama saamise viisid ja toimetulekustrateegiad mida inimesed igapäevaselt kasutavad. Tähtis on mõistmine, et osaleja ise saab midagi oma tervise võimalikult stabiilsena hoidmiseks ära teha ja enda eest vastutuse võtmist, muuhulgas ka oskust vajadusel abi küsida ja vastu võtta. Eesmärgiks on tõsta inimese enda vastutust ja kaasatust sedavõrd, kuidas kasvab tema võimekus kanda vastutust oma elu eest.

Taastumise tähendus on inimestele erinev. Tähtsaimaks peeti tervist, turvalist keskkonda, autonoomiat, sotsiaalselt väärtustatud rollide, endale tähendusrikaste tegevuste ja oma kodu olemasolu. Mainiti ka isiklikku elu ja suhete olemasolu tähtsust ja toodi välja sobiva raviskeemi leidmise vajadust. Ühe osaleja arvates on taastumise ainus võti usk. Kõik osalejad olid taastumise võimalikkuse suhtes positiivsed. Toodi välja taastumise kogemusi ja oma kartusi tuleviku suhtes. Osalejatele oli väga oluline võimalikult hästi ise toime tulla ja omada töökohta, et mitte olla lapse rollis.

Osalejate hinnangul olid taastumisgrupis osalemise ajal paranenud enesekohased uskumused ja enesehinnang, julgus enda soovide ja vajaduste eest seista, suurenenud lootus ning enesekindlus. Terviseolukorrast tulenevate funktsioonihäiretele ja oma puudustele keskendumise asemel teadvustati enam enda terveid, tugevaid, häid külgi ja mõeldi rohkem sellele, mida ja kuidas saab endale tähendusrikaste soovide täitmiseks teha. Oma tervises seisundi muutuste tähelepanemise ehk ohumärkide osas toodi välja, et kuigi ollakse väga kaua haige olnud, ei ole selle peale, et ise tegelikult saaks midagi erilist ses vallas kontrollida, tulnud. Ohumärkide plaani täitmist ja eneseanalüüsi peeti enda jaoks oluliseks abiks. Kogemusnõustaja kohalolu oli osalejatele jõustav. Viie osaleja hinnangul oli taastumisgrupis osalemisest kasu. Loodeti, et sellest on abi oma tulevikule

ja iseseisvaks eluks kogukonnas. Turvatunde häirumist tekitas "vanade haavade lahtikiskumine", mõnele osalejale oli kohtumiste arv liiga väike ja oleks soovitud individuaalseid vestlusi grupijuhtidega. Osalejad soovitasid taastumisgrupis edaspidi tegeleda rohkem olevikuga ja eelkõige tulevikuga. Selleks saab kasutada CARE metoodika töölehti, sh isiklikku taastumisplaani. Soovitati hoida sama positiivset õhkkonda ja inimeste täiskasvanud isiksustena kohtlemist ka edaspidi. Sooviti rohkem liikumist, mõnikord õue jalutama minekut, loovaid tegevusi. Õpetada võiks kodus iseseisvat toimetulekut edendavaid praktilisi oskusi. Arvati, et seda võiksid teha kogemusnõustajad. Soovitati ka suhtlemise õpetamist.

Inimesed on erinevate väärtushinnangute, tõekspidamiste, annete, nõrkuste ja tugevustega juba enne haigestumist. Vaja oleks erinevaid inimeste individuaalsetele vajadustele vastavaid, taastumisetappe arvestavaid, toetavaid ja kogukonnas kättesaadavaid teenuseid. On oluline, et inimesel on realselt võimalik valida erinevate toetusvõimaluste ja teenusepakujate vahel. Taastumisele orienteeritud teenused põhinevad usaldusel, isiklikul suhtel, võrdsusel, vastatikusel austusel. Kõik inimesed ei sobi omavahel. Osutatav abi peaks põhinema ühisel arusaamal, sellest mis on abistav ja tagama abikasutaja väärkuse. Eelkõige on taastumisele orienteerid teenuste hulgas kogukonnas vaja kättesaadavaks teha tugiisiku ja kogemusnõustaja teenus. Kriisis inimene ja paljud abivajajad ei ole alati võimelised ise leidma killustatud vaimse tervise teenuste hulgast vajalikku ja seega oleks abi teenuste koordineerimisest kaasates ennekõike avalikke teenuseid ja kogukonnas peituvaid ressursse. Igal inimesel on õigus ise oma elu elada, vigu teha ja nendest õppida. Kõike mida inimesed teevad ei saa ega pole vaja seostada diagnoosiga.

Õigustega kaasnevad ka kohustused ja vastutus, oma õiguseid ei saa rakendada teiste inimeste turvalisuse arvelt. Turvaline ja toetav keskkond on oluline nii kogukonna tervise kujunemisel, vaimse tervise häirete ennetamisel kui taastumisel. Kogukonnapõhised teenused peavad edendama kõikide kogukonnas elavate inimeste heaolu ja turvalisust. Taastumise soodustamiseks tuleb arendada taastumisele orienteeritud teenuseid ja muuta elamispinnad kättesaadavamaks. Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon, taastumisgrupid ja kogemusnõustamine peavad abivajajatele kättesaadavamaks saama.

## VIIDATUD ALLIKAD

- Allik, J., Realo, A. & Konstabel, K. (2003). *Isiksusepsühholoogia*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Anthony, W. A. & Farkas, M.D. (2009). *A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process*. Boston: University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Atonen, M. (2016). Erihoolekande taristu arendamine. *Sotsiaaltöö* 1, 2016.
- Bachmann, T. & Maruste, R. (2003). *Psühholoogia alused*. Tallinn: Kirjastus Ilo.
- Bogdanov, H. & Pertel, T. (2012). Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tervise Arengu Instituut
- Boniwell, I. (2014). *Positiivne psühholoogia. Tõhusa toimimise põhitõed*. Tallinn: Kirjastus Äripäev.
- Bugarski, Z., Medar, M., Wilken, J.P., Ewijk, J.P., Saia, K., Narusson, D., Kriisk, K., Susi, M., Kiis, A., Rahu, A. & Sooniste, I. (2015). Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel. Uuringu lõppraport: Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste instituut.
- Carpenter-Song, E., Hipolito, M. M.S. & Whitley, R. (2012). Right Here Is an Oasis: How Recovery Communities Contribute to Recovery for People With Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 6, 435-440. doi:10.1037/h0094576
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Bloomberg, J. H., Nakamura, B. J., Phillips, L., Ward, A., Lynch, R., Trent, L., Smith, R. L., Okamura, K. & Starace, N. (2011). *Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents: An Updated Review of Indicators of Efficacy and Effectiveness*. *Clinical Psychology Science and Practice*. American Psychological Association. Published by Wiley Periodicals, Inc. Loetud aadressil: [http://www.childfirst.ucla.edu/Chorpita%20et%20al%20\(2011\)-Evidence-Based%20Treatment%20for%20Children.pdf](http://www.childfirst.ucla.edu/Chorpita%20et%20al%20(2011)-Evidence-Based%20Treatment%20for%20Children.pdf)

- Clark, N.M. (2003) Management of chronic disease by patients. *Annual Review of Public Health*, 24, 289–313.
- Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Sixty-sixth World Health Assembly Agenda item 13.3 WHA66.8 (2013).
- Loetud aadressil: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1)
- Davidson, L., O’Connell, M.J., Tondora, J., Lawless, M. & Evans, A. C. (2005) Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 480–487.
- Deegan, P.E.(1998). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosotsial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19
- Dejong, D. (1979). Independent Living: From Social Movement to Analytic Paradigm. *Arch Phys Med Rehabil*, 60, 435-446.
- Dignity in Mental Health*. (2015) World mental health day 2015 final report. WHO, Switzerland. Loetud aadressil [http://wfmh.com/wp-content/uploads/2015/09/WMHD\\_report\\_2015\\_FINAL.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2015/09/WMHD_report_2015_FINAL.pdf)
- Drake, R. & Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 236-242.
- Erihoolekande arengukava 2014 – 2020. Kinnitatud sotsiaalkaitseministri 16.detsembri 2014. a käskkirjaga nr 233. Loetud aadressil [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega\\_inimetele/erihoolokande\\_arengukava\\_2014-2020.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolokande_arengukava_2014-2020.pdf)
- European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Loetud aadressil <http://deinstitutionalisationguide.eu/>
- Faulkner, A. & Kalathil, J. (2012). The freedom to be, the Chance to Dream: Preserving User-led Peer Support in Mental Health. Report Commisisioned Together.
- Faull, C. & Woof, R. (2002) *Palliative care: an Oxford core text*. New York: Oxford University Press.
- Hayes, N. (2002). *Sotsiaalpsühholoogia alused*. Tallinn: Külim.



- Hietala-Paalamäe, O., Narumo, R. & Yrttiaho, K. (toim). (2006). Kuntoutuja, ammattilainen, vertainen. Mielenterveyskuntoutuksen kolme asiantuntijaa TRIO-projektin arviointi- ja loppuraportti. Mielenterveyden keskusliitto ry. Loetud aadressil [http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Trio\\_raportti2007.pdf](http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Trio_raportti2007.pdf)
- Hunt, M.G. & Stein, C.H. (2012). Valued Social Roles and Measuring Mental Health Recovery: Examining the Structure of the Tapestry. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2012 Vol. 35, No. 6, 441–446. doi: 10.1037/h0094577
- Jacobson N. & Greenley D. (2001). What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services* 52, 482–485.
- Jones, N., Corrigan, P.W., James, D., Parker, J. & Larson, N. (2013) Peer-Support, Self-Determination, and Treatment Engagement: A Qualitative Investigation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 36, 3, 209-2014. doi: 10.1037/prj0000008.
- Kalmus, V., Masso A. & Linno M. (2015). Kvalitatiivne sisuanalüüs. K. Rootalu, T. Vihalemm (toim). *Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas*. Loetud aadressil <http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Becker, D. R., Drake, R., Tovey, W., Zarate R., Turner, L.R., Smith, K.M., Mitchell, S. S., Liberman, R. P. (2013). A Demonstration Project Involving Peers as Providers of Evidence-Based, Supported Employment Services. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 36, 2, 99-107. doi: 10.1037/h0094987.
- Koskisuu, J. & Yrttiaho, K. (2009). Taastumisvõtteid. Juhendaja käsiraamat. Mielenterveyden keskusliitto. Kehitys Oy: Pori.
- Mead, Hilton & Curtis. 2001. *Peer Support: A Theoretical Approach*, (2001:6) Statistikaamet. Medar, M., Narusson, D., Sakkeus, L., Leinbock, R., Abuladze, L., Leppik, M., Tambaum, T., Laes, T-L., Karelson, K. (2014) Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine. Social integration of disabled persons. Tallinn
- Mental Health Action Plan 2013-2020. (2013). WHO. Loetud aadressil: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)
- No health without mental health. A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. Analysis of the Impact on Equality (AIE). Annex B - Evidence Base. Loetud aadressil: [/www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213764/dh\\_124514.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213764/dh_124514.pdf)

- Õunapuu, L. (2012). Valimid kvantitatiivsetes ja kvalitatiivsetes uurimustes. Mittetõenäosuslike valimite koostamise põhimõtted. Tartu Ülikool. Loetud aadressil <http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/27764/index.html>
- Õunapuu, L. (2014). Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaaltöös. Tartu Ülikool. Loetud aadressil: [http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu\\_kvalitatiivne.pdf?sequence=1](http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf?sequence=1)
- Puuetega inimeste õiguste konventsiooni ratifitseerimise seadus. RT II, 04.04.2012, 5
- Rahvusvaheline haiguste klassifikaator. RHK-10 Psüühika- ja käitumishäired. Loetud aadressil <http://www.kliinikum.ee/psyhhiaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>
- Repper, J., Aldridge B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins & R., Rennison, J. (2013). *Peer support workers: theory and practice*. raport vabalt kasutamiseks avaldatud juuni 2013 Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation [www.imroc.org](http://www.imroc.org)
- RFK. (2004). Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon. Loetud aadressil: [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/E-tervis\\_ja\\_etervisetoad/funktsioonid.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/E-tervis_ja_etervisetoad/funktsioonid.pdf)
- Riigihanke "Teenuse disain erihoolekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks" (2016) Sotsiaalministeeriumi andmebaas
- Singer, G. (2011). Coping With Managing My Life as a Peer Support Worker. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2, 149-150. doi: <http://dx.doi.org/10.2975/35.3.2011.149.150>
- Slade, M. b (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health*, 18(5), 367–371. doi: 10.3109/09638230903191256
- Slade, M., Amering M., Farkas, M., Hamilton B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Sheperd, G., Tse, S. & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. [Special article] *World Psychiatry*, 13, 12-20.
- Slade, M.**2009. a 100 ways to support recovery. Report. Rethink. Free download from [www.rethink.org/100ways](http://www.rethink.org/100ways)
- Strickland, B.** 2001 The Gale Encyclopedia of Psychology. 2nd Edition. New York: Gale Group

- Suiman, K. (2016). Deinstitutionaliseerimine kui kogukonnapõhine teenuste osutamine abivajadustega inimestele. *Sotsiaaltöö* 1, lk 2016.
- Time to Change 2008. Stigma Shout. Service user and carer experiences of stigma and discrimination. Loetud aadressil: <http://www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/Stigma%20Shout.pdf>
- Tomberg, T. (2014). *Kogemusnõustamine töös psüühiliste erivajadustega klientidega. Ülevaateuring erialase kirjanduse põhjal*. (Bakalaurusetöö).
- Van Overbruggen, R. (2006). *Psüühika tervendav jõud*. Tallinn: Menu Kirjastus.
- Veldre, V., Masso, M. & Osila, L. (2015). Vaimse tervise häirega inimesed tööturul. Praxis. Loetud aadressil [http://www.praxis.ee/tood/vaimne\\_tervis\\_ja\\_tooturg/](http://www.praxis.ee/tood/vaimne_tervis_ja_tooturg/)
- Vignoles, V. L., Gollidge, J., Scabini, E., Mancini, C. & Regalia, C. (2006). Beyond self-esteem: Influence of multiple motives on identity construction. *Journal of personality and social psychology*, 90, 308–333. doi: 10.1037/0022-3514.90.2.308
- Vihalemm, T. (2014) Vaatlus. K. Rootalu. *Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas*. Loetud aadressil <https://sisu.ut.ee/samm/vaatlus>
- WHO QualityRights Tool Kit. Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. (2012). World Health Organization. Geneva. Loetud aadressil: [www.who.int](http://www.who.int)
- Wilken, J. P. & Hollander, D. (2015). *Kuidas klientidest saavad kodanikud? Taastumise ja kaasatuse suurendamine CARE metoodika abil*. Tallinn: DUO Kirjastus.
- Wilken, J. P. (2010). *Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP Publishers.
- Wilken, J., Medar, M., Narusson, D., Hanga, K., Saia, K., Bugarszki, Z. & Leenders, F. (2014). *Improving Community Support and Participation of Persons with Disabilities. A study in three European countries*. (RAAK International 2011-3-05int. Märts 2014).
- World Health Organization mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. (2008). Loetud aadressil: [http://www.paho.org/mhgap/en/general\\_principal.html](http://www.paho.org/mhgap/en/general_principal.html)

**Lisa 1.** Erinevused meditsiinilise ja personaalse taastumise paradigma vahel

Erinevad on väärtused, mõisted ja tegutsemispraktid

<b>Traditsiooniline lähenemine</b>	<b>Taastumisel põhinev lähenemine</b>
Väärtused ja võimusuhted	
(Näiliselt) väärtustevaba	Väärtustel põhinev
Spetsialistipoolne vastustus	Isiklik vastutus
Suunatud kontrollile	Suunatud valikule
Võim inimeste üle	Aktiviseerib isiku enda jõuvarud
Põhimõisted	
Teaduslik	Humanistlik
Patograafia	Biograafia ehk elulugu
Psühhopatoloogia	Häiriv kogemus
Diagnoos	Isiklik tähendus
Ravi	Areng ja avastamine
Personal ja patsiendid	Ekspertid läbi koolituse ja ekspertid läbi kogemuse
Teadmiste baas	
Juhuvalimil põhinevad kontrollitud katsed	Suunavad narratiivid ehk lood
Süsteematilised ülevaated	Rollimudelite kasutamine
Väljaspool konteksti	Sotsiaalses kontekstis
Tegutsemispraktikad	
Kirjeldamine	Mõistmine
Keskmes on häire	Keskmes on inimene
Haigusel põhinev	Tugevustel põhinev
Suunatud negatiivsete vahejuhtumite vähendamisele	Suunatud lootustele ja unistustele
Indiviid kohandub programmiga	Teenusepakkuja kohandub indiviidiga
Tasustab passiivsust ja allumist	Edendab jõustamist
Ekspertidist hoolekande koordinaatorid	Enesejuhtimine
Teenuste eesmärgid	
Haiguse vastu	Tervise poolt
Kontrolli alla saamine	Enesekontroll
Allumine	Valik
Tagasitulek normaalsusse	Muutumine

**Tabel nr 1.** Erinevused meditsiinilise ja personaalse taastumise paradigma vahel. Allikas: Mike Slade (2009). *100 ways to support recovery*. London: Institute of Psychiatry, lk. 6.

## Lisa 2. Taastumisgruppi puuduva intervjuu küsimustik

Lugupeetud vastaja

Olen Tartu Ülikooli Pärnu kolledži avatud ülikooli sotsiaaltöö ja rehabilitatsiooni korralduse eriala üliõpilane Katrin Grünberg ja viin läbi uurimustööd, et selgitada taastumisgrupis osalemise mõju (kasu, kahju) ning taastumist mõjutavaid asjaolusid.

Uuringu eesmärgiks on hinnata taastumisgrupis osalemise tähendust Teile ja välja selgitada mis on Teie arvates taastumisel oluline ning vajalik, et paremini taastumist toetada. Teie osalemine uuringus on oluline, sest see aitab taastumiseks vajalikku ja olulist paremini mõista ning seega korraldada võimalikult sobivaimaid kursuseid ning pakkuda sobivat toetust ka edaspidi.

Küsimustik on anonüümne ning vastajate isikuandmeid ei avalikustata. Osad küsimused on valikvastustega. Palun lugege hoolega küsimusi ja valige vastuste hulgast üks kõige sobivam vastusevariant. Küsimustiku täitmisel on soovi korral abiks intervjueriija.

Täna Teid uurimuses osalemise eest!

**Intervjuerimise kuupäev:** ..... 2015

**Intervjueritava kood:** .....

**Sugu:** M N

**Vanus:**

0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	80+

**Vaimse tervise teenuste saamise kogemus aastates:**

Ei ole	0-1 aastat	1-2 aastat	2-5 aastat	5-10 aastat	Üle 10 aasta

**Sotsiaalteenuste saamise kogemus aastates:**

Ei ole	0-1 aastat	1-2 aastat	2-5 aastat	5-10 aastat	Üle 10 aasta

**Erihoolekandeteenuste saamise kogemus aastates:**

Ei ole	0-1 aastat	1-2 aastat	2-5 aastat	5-10 aastat	Üle 10 aasta

## I Taastumisgrupis osalemine.

Kõik küsimused puudutavad ainult taastumisgrupis osalemist. Palun lugege iga väidet tähelepanelikult ja avaldage oma arvamust, kas olete nõus: „jah“, või „ei“

Jk nr	Osalemine taastumisgrupis	Jah	Ei
1	Ma olin kuulnud taastumisest ka varem		
2	Ma teadsin kogemusnõustamisest juba enne		
3	Grupis osalemine annab mulle lootust		
4	Ma tunnen, et grupis osalemine on turvaline		
5	Olen nüüd palju rohkem mõelnud sellele, mida mina ise soovin ja kuidas seda võiks saavutada		
6	Ma olen kogemusnõustajatelt saanud häid mõtteid		
7	Kogemusnõustajad on mulle heaks eeskujuks		
8	Ma tean paremini oma tugevusi, häid külgi		
9	Kogemusnõustajad annavad mulle lootust ja jõudu oma eluga edasi minemiseks ja hakkama saamiseks		
10	Tean nüüd rohkem oma võimalustest toime tulla		
11	Ma tunneksin end kindlamalt kui kohtumised toimuksid tihedamini		
12	Mul on raske oma elust ja terviseolukorrast mõelda		

### Küsimused tagasisideks:

1. Palun kirjutage siia mis Teile taastumigrupis eriti meeldib? Mida ei tohiks muuta?

2. Palun kirjutage siia mida võiks Teile arvates muuta ja teisiti teha?

## II Taastumisgrupis osalemise tähendus

Kõik küsimused puudutavad ainult taastumisgruppi ja grupis osalemist.

Järgmised väited on Teie taastumisgrupis omandatud uute teadmiste ja tajutud kasu, kahju kohta. Palun märkige, mida Te arvate nende väidete kohta.

Jk nr	Osalemine taastumisgrupis	Jah	Enamasti	Mõnikord	Tavaliselt mitte	Ei
1	Ma tunnen, et grupis suhtutakse minusse kui inimesesse (mitte kui klienti või patsienti)					
2	Taastumisgrupp on koht, kus saan vabalt enda elust ja tulevikust rääkida					
3	Ma tunnen end rohkem pinges olevana kui enne grupis osalemist					
4	Mulle meeldib grupi tegevustes osaleda					
5	Ma tunnen, et mind mõistetakse ja toetatakse sellisena nagu ma olen					
6	Mul on kergem oma elu peale mõelda ja tulevikuplaane teha					
7	Tunnen survet, et peaksin paremini hakkama saama ja kardan, et ei tule sellega toime					
8	Mulle tundub, et kogemusnõustajad saavad paremini aru, mida ma tunnen ja läbi elan					
9	Ma tunnen end lootusrikkamalt kui enne					
10	Usun, et mul on tugevusi ja oskusi mida saan toimetulekuks kasutada					
11	Ma tunnen end oma terviseolukorrast rääkides ärevamalt kui muidu					
12	Ma olen enesekindlam kui varem					
13	Ma sooviksin rohkem toetust vahepealsel ajal					
14	Ma olen nüüd julgemini osa võtnud tegevustest väljaspool kodu					
15	Mu enesehinnang on kõrgem kui varem					
16	Ma arvan, et kogemusnõustajad annavad mulle jõudu oma eluga edasi minekuks					
17	Ma usun, et taastumine on võimalik					
18	Ma julgen rohkem oma arvamust avaldada					
19	Ma mõistan nüüd paremini ohumärke ning tean mida ise saan ära teha					
20	Ma arvan, et osalemisest pole erilist kasu					

3. Palun kirjutage siia, mis taastumisgrupis osalemise kasulikkuse, kahjulikkuse ning omandatud teadmiste, oskuste kohta Teile veel tähtis, oluline tundub:

### **III Taastumise tähendus.**

**Järgnevate küsimuste vastused salvestatakse. Peale uuringu läbiviija ei kuule Teie poolt antavaid vastuseid keegi, töös esitatavates andmetes ei ole Teie isik ja vastused kokku viidavad.**

1. Mida Teie jaoks tähendab sõna taastumine?
2. Millest on olnud kõige raskem taastuda? Miks?
3. Millest on/oleks olnud Teie arvates kasu? Mis aitab?
4. Mis pole taastumisel abiks? Mis takistab Teie arvates taastumist?
5. Kas ja kuidas on kogemusnõustajad Teie arvates taastumisel olulised?

**Tänan Teid!**  
- Küsimustiku lõpp-



### **Lisa nr 3. Teemade kaupa ümbergrupeeritud intervjuu küsimused**

#### **A. TAASTUMISE PERSONAALNE TÄHENDUS OSALEJATELE**

##### **A.1. TEADMISED ENNE TAASTUMISGRUPIS OSALEMIST**

A.1.1. Ma oli kuulnud taastumisest ka varem.

A.1.2. Ma teadsin kogemusnõustamisest juba enne.

##### **A.2. TAASTUMISE PERSONAALNE TÄHENDUS UURIMUSE LÄBIVIIMISEL**

A.2.1 Mida Teie jaoks tähendab sõna taastumine?

A.2.2. Millest on olnud kõige raskem taastuda? Miks?

A.2.3. Millest on/oleks olnud Teie arvates kasu? Mis aitab?

A.2.4. Mis pole taastumisel abiks? Mis takistab Teie arvates taastumist?

A.2.5. Ma usun, et taastumine on võimalik.

#### **B. TAASTUMISGRUPIS OSALEMISEST TAJUTUD KASU VÕI KAHJU**

##### **B.1. TURVATUNNE JA TUGI**

B.1.1 Ma tunnen, et grupis osalemine on turvaline.

B.1.2 Ma tunneksin end kindlamalt kui kohtumised toimuksid tihedamini.

B.1.3 Mul on raske oma elust ja terviseolukorrast mõelda.

B.1.4. Taastumisgrupp on koht, kus saan vabalt enda elust ja tulevikust rääkida.

B.1.5. Ma tunnen end rohkem pinges olevana, kui enne grupis osalemist.

B.1.6. Tunnen survet, et peaksin paremini hakkama saama ja kardan, et ei tule sellega toime.

B.1.7. Ma tunnen end oma terviseolukorrast rääkides ärevamalt kui muidu.

B.1.8. Ma tunnen, et mind mõistetakse ja toetatakse sellisena nagu ma olen.

B.1.9. Ma tunnen, et grupis suhtutakse minusse kui inimesesse (mitte kui klienti või patsienti).

##### **B.2. IDENTITEET JA JÕUSTATUS**

B.2.1. Grupis osalemine annab mulle lootust.

B.2.2. Ma olen enesekindlam kui varem.

B.2.3. Mu enesehinnang on kõrgem kui varem.

B.2.4. Ma tunnen end lootusrikkamalt kui enne.

B.2.5. Ma julgen rohkem kui enne oma arvamust avaldada.

B.2.6. Ma olen nüüd julgemini osa võtnud tegevustest väljaspool kodu.

### **B.3. TEADMISED JA JÕUSTATUS**

#### **B.3.1 SPETSIALISTI TEADMINE**

B.3.1.1 Olen nüüd palju rohkem mõtelnud sellele, mida mina ise soovin ja kuidas seda võiks saavutada.

B.3.1.2. Tean nüüd rohkem oma võimalustest toime tulla.

B.3.1.3 Ma tean paremini oma tugevusi, häid külgi.

B.3.1.4 Mul on kergem oma elu peale mõtelda ja tulevikuplaane teha.

B.3.1.5 Ma mõistan paremini ohumärke ning tean, mida ise saan ära teha.

B.3.1.6. Usun, et mul on tugevusi ja oskusi mida saan toimetulekuks kasutada.

#### **B.3.2. KOGEMUSNÕUSTAMINE**

B.3.2.1. Ma olen kogemusnõustajatelt saanud häid mõtteid.

B.3.2.2. Kogemusnõustajad on mulle heaks eeskujuks.

B.3.2.3 Ma arvan, et kogemusnõustajad annavad mulle jõudu oma eluga edasi minekuks

B.3.2.4. Mulle tundub, et kogemusnõustajad saavad paremini aru, mida ma tunnen ja läbi elan.

B.3.2.5. Kas ja kuidas on kogemusnõustajad Teie arvates taastumisel olulised?

B.3.2.6. Mida võiksid kogemusnõustajad Teie arvates veel teha?

### **C TAASTUMISGRUPI TEGEVUSED JA OSALEJATE SOOVITUSED**

C.1. Mulle meeldib grupi tegevustes osaleda.

C.2. Ma sooviksin rohkem toetust vahepealsel ajal.

C.3. Ma arvan, et osalemisest pole erilist kasu.

C.4. Mis Teile taastumigrupis eriti meeldib? Mida ei tohiks muuta?

C.5. Mida võiks Teie arvates muuta ja teisiti teha?

C.6. Palun öelge, mis taastusgrupis osalemise kasulikkuse, kahjulikkuse ning omandatud teadmiste, oskuste kohta Teile veel tähtis või oluline tundub?



Põhikategooria	Alamkategooria	Koodid	Teemad	Küsimustiku küsimused
Osalejate arvamused taastumisest  või muud taastumist toetavad kogetud muutuseid võimaldavad eeldused.	a) Taastumisgrupist saadud teadmised: 1) spetsialistipoolsed, 2) kogemusteadmine.	1) Teadmised taastumisest, haigusest, toimetulekust, muutuste võimalikkusest, kuidas muutuseid ellu viia.	A TAASTUMISE PERSONAALNE TÄHENDUS OSALEJATELE B TAASTUMISGRUPIS OSALEMISEST TAJUTUD KASUD/KAHJUD B.2. IDENTITEET, JÕUSTATUS B.3. TEADMISED JA JÕUSTATUS B.3.1. SPETSIALISTI TEADMISED	I Osalemine taastumisgrupis: 1, 3, 5, 8, 10.  II Taastumisgrupi tähendus: 6, 9, 10, 12, 15, 14, 18, 19.  III küsimused: 1, 2, 3, 4.
	a) Taastumisgrupist saadud teadmised: 1) spetsialistipoolsed, 2) kogemusteadmine.	2) Kogemusnõustaja lugu, teiste osalejate arvamused ja kogemused, sõnatu mõistmine, kogemusnõustaja väljatoodud elukogemused.	B.3. TEADMISED JA JÕUSTATUS B.3.2. KOGEMUSNÕUSTAMINE	I Osalemine taastumisgrupis: 2, 6, 7.  II Taastumisgrupi tähendus: 8, 16.  III küsimus: 5.
	b) Taastumisgrupi poolt pakutud tugi ehk toetus.	Hea ja avatud õhkkond, meeskonnatöö, omavaheline toetus, juhendate salliv, aksepteeriv, julgustav, lugupidav ja väärtustav suhtumine.	B TAASTUMISGRUPIS OSALEMISEST TAJUTUD KASUD/KAHJUD B.1. TURVATUNNE JA TUGI B.2. IDENTITEET JA JÕUSTATUS B.3. TEADMISED JA JÕUSTATUS B.3.2. KOGEMUSNÕUSTAMINE	I Osalemine taastumisgrupis: 3, 4, 6, 7, 11, 12.  II Taastumisgrupi tähendus: 1, 2, 3, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18.  III küsimused: 2, 3, 4, 5.
	c) Taastumisgrupi tegevused.	ajakavad, reeglid, osalemise valikud (selgus/jõustavus), töövahendid, vaheajad, kohvipausid, tegevused, puudused ja ettepanekud.	C TAASTUMISGRUPI TEGEVUSED JA OSALEJATE SOOVITUSED	II Taastumisgrupi tähendus: 4, 3, 20.  I osa küsimused: 1, 2 ja II osa: 3.
Põhikategooria	Alamkategooria	Koodid	Teemad	Küsimustiku küsimused

Kogetud kasu või muu tähendusrikas asi.	a) Sisemiselt kogetud.	Oma suhtumises, mõtlemises või tunnetes toimunud osavõtja poolt mõõnatud muutus.	B TAASTUMISGRUPIS OSALEMISEST TAJUTUD KASUD/KAHJUD B.1. TURVATUNNE JA TUGI B.2. IDENTITEET JA JÕUSTATUS B.3. TEADMISED JA JÕUSTATUS	I Osalemine taastusgrupis: 5, 6, 7, 8, 10.  II Taastumisgrupi tähendus: 1, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19.
	b) Väliselt märgatav.	Toimimise tasemel ja/või käitumises ilmnenu osavõtja poolt mõõnatud muutus.	B.2. IDENTITEET JA JÕUSTATUS B.3. TEADMISED JA JÕUSTATUS	II Taastumisgrupi tähendus: 14, 18, 19.
	c) Muu oluline tajutav muutus.	Muu oluline sisemiselt või väliselt tajutav muutus: turvatunde häirimine, surve tajumine, ebameeldivustunne haigusest rääkimisel vms	B.1. TURVATUNNE JA TUGI C TAASTUMISGRUPI TEGEVUSED JA OSALEJATE SOOVITUSED	I Osalemine taastumisgrupis: 11,12.  II Taastumisgrupi tähendus:3, 7, 11 ja küsimus 3.

## **GUIDELINE**

### **Questionnaire Participation, Autonomy and Support**

(Wilken J.P. & Karbouniaris, S. Version 2.2 2012)

#### **Introduction**

The Questionnaire Participation, Autonomy and Support (PAS) has been developed in the Netherlands for research and assessment purposes (Wilken & Karbouniaris, 2008).

It is composed of (items of) several other instruments, like the Autonomy Scale (Bekker & Van Assen, 2006), and the Social Support Questionnaire (Sarason et al., 1983), supplemented by new items.

The instrument has been used and validated during the period 2008-2012 in a Dutch study focusing on improving social participation of people with psychiatric disabilities in the community (Karbouniaris & Wilken, 2012). On the basis of this study, some items have been removed, or were slightly changed.

#### **Objective**

The objective is to obtain a picture of:

- A. The nature of social participation
  - in the living environment
  - with regard to leisure and recreation
  - with regard to work and study
- B. The nature of social resources
- C. The appreciation of social contacts
- D. Personal well-being / Quality of Life
- E. Autonomy

On the basis of these data, the relation between different dimensions can be studied. Social participation in different life domains will be influenced by the availability and quality of social resources, but also by the way a person uses these resources. The latter has a relationship with the competences of the person to act independently.

#### **Use**

The instrument can be used for research purposes but also for practice purposes. Professionals can use the questionnaire for getting a good picture of the situation. Filling in the questionnaire can help a client to get an overview of strengths and weaknesses. It can help both to assess needs and formulate wishes in one or more of the 5 domains listed in the instrument. Those wishes can be the starting point for further assessment and planning actions to work towards desired goals.

For further assessment it is recommended to use the tool of the Personal Profile (Den Hollander & Wilken, 2011) or the Strengths Assessment (Rapp & Gosha, 2011). These instruments help to articulate wishes in different life domains and to connect these to past and current experiences.

The questionnaire should be carefully introduced. The purpose should be explained.

In case the questionnaire is used for research the respondent must be assured that results are used in an anonymous way (in this case, the name of the respondent should not be put on the first page). If the respondent wants, you can leave a copy.

Ideally, the questionnaire is filled in by the respondent himself, at a time and place desired by himself. If the respondent wants, you can assist him, for example by reading the statements (and

explaining statements which are not well understood by the respondent). However, never suggest any answers! Assistance can of course also be provided by a family member or peer. In case the respondent does not know to choose from the options, he/she can leave it open. Some parts contain additional (open) questions. It is up to you, or depending on the objectives of the research, whether you use these questions.

### **Scores**

#### **A. Social participation**

##### *A.1 My neighbourhood*

yes = 3 points; more or less = 2 points; no = 1 point

Only score items: 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Don't score items 1, 4, 5, 6, 13

Scores range between 24 (maximum) and 8 (minimum)

Interpretation:

15-24: high level of social participation in the neighbourhood

11-14: reasonable level of social participation in the neighbourhood

8-10: low level of social participation in the neighbourhood

##### *A.2 Leisure*

yes = 3 points; no = 1 point

Only score items: 1, 2, 4

Don't score items 3 and 5

Scores range between 9 (maximum) and 3 (minimum)

Interpretation:

6-9: high level of social participation with regard to leisure activities

4-5: reasonable level of social participation with regard to leisure activities

3: low level of social participation with regard to leisure activities

##### *A.3 Work or study*

yes = 5 points; no = 1 point

Only score items: 1, 2, 3

Don't score item 4 and 5

Scores range between 15 (maximum) and 3 (minimum)

Interpretation:

8-15: high level of social participation with regard to work or study

5-7: good level of social participation with regard to work or study

3: low level of social participation with regard to work or study

#### **B. Social support**

##### *B.1 Informal contacts + B.2 Caring*

yes = 3 points; more or less = 2 points; no = 1 point

Scores range between 15 (maximum) and 5 (minimum)

Interpretation:

11-15: high level of social support

8-10: reasonable level of social support

5-7: low level of social support

C. Appreciation of social contacts

yes = 5 points; usually = 4 points; sometimes = 3 points; usually not = 2 points; no = 1 point

Scores range between 60 (maximum) and 12 (minimum)

Reversed scores for items: 2, 3, 5, 6, 9, 10

yes = 1 point; usually = 2 points; sometimes = 3 points; usually not = 4 points; no = 5 points

Interpretation:

32-60: high level of meaningful social contacts

24-31: reasonable level of meaningful social contacts

12-23: low level of meaningful social contacts

D. Personal well-being

yes = 3 points; more or less = 2 points; no = 1 point

Scores range between 12 (maximum) and 4 (minimum)

Interpretation:

9-12: high level of personal well-being / quality of life

6-8: reasonable level of personal well-being / quality of life

4-5: low level of personal well-being / quality of life

E. Autonomy

yes = 3 points; more or less = 2 points; no = 1 point

Scores range between 39 (maximum) and 13 (minimum)

Interpretation:

27-39: high level of autonomy

21-26: reasonable level of autonomy

13-20: low level of autonomy

Overview

Put the scores in the next table, and mark the corresponding level by X.	<b>score</b>	<b>high level</b>	<b>reasonable level</b>	<b>low level</b>
---	--------------	-------------------	-----------------------------	------------------

**Overview**

A. Social participation

- neighbourhood

- leisure/recreation

- work/study

B. Social support

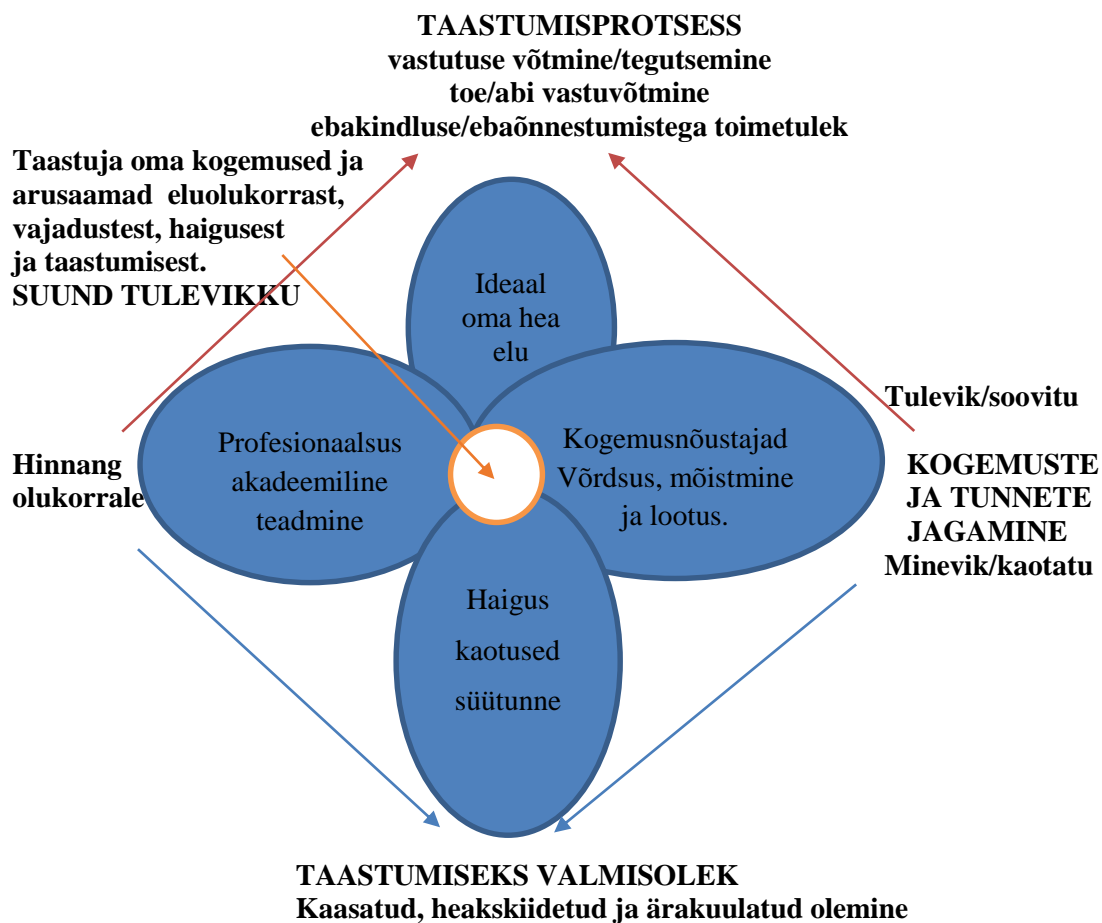
C. Appreciation of social contacts

D. Personal well-being

E. Autonomy



**Lisa nr 4.** Taastumisprotsess



**Joonis nr. 1.** Taastumise protsess (autori koostatud) Allikas: (Hietala-Paalamäe et al. 2006)

## **SUMMARY**

### RECOVERY IN MENTAL HEALTH AND PARTICIPATORY EXPERIENCES IN A RECOVERY GROUP

Katrin Grünberg

Modern day international mental health policy documentation and specialized literature emphasizes the possibility of recovery from mental health problems, the importance of developing recovery oriented services, the availability of peer support and of recovery oriented group services. The existence of stereotypes, stigmatisation and social barriers for people with mental illnesses, together with ongoing reforms in Estonia aimed at re-organizing welfare and rehabilitation services including the growing importance of recovery and peer knowledge has led to a need to study the effectiveness of recovery groups in social welfare institutions.

The purpose of this thesis is to investigate how people with mental health problems perceive and give meaning to their recovery, to highlight the recovery experiences and perceived positive or negative effects of the participants in recovery groups (hereafter "participants ") and to derive suggestions from participants to better understand recovery and thus offer improved services. This study seeks to answer three questions: what is the essence of recovery for participants, how do participants perceive the positive or negative effects gained from taking part in a recovery group, what are participant suggestions for improving recovery group activities.

Recovery is defined broadly due to its personal nature. It can refer to the healing process following an illness, getting over negative experiences such as trauma, gaining a higher level of self-confidence, learning to deal with day to day limitations stemming from your illness, gradual return to everyday community life, a personal journey, reshaping of beliefs, attitudes, beliefs and goals, etc. Recovery has also been described as a step by step journey towards greater independence, self-determination and higher involvement in normative activities such as employment, education and community life.

Obstacles to community participation and personal function experienced by those in recovery are biological, psychological and societal – this includes physical environments: living arrangements, social stigmas and stereotypes, discrimination, internalized stereotypes, societal roles and expectations, higher sensitivity to physical stimuli, low self-esteem, anxiety etc.

A qualitative method consisting of questionnaires, observation and unstructured interviews was used to examine the participants' personal experiences and subjective meanings. Two questionnaires were used. One, a mixed questionnaire, examining the participatory experience and meaning of recovery, was drawn up by the author based on the literature (or on desk research), due to no applicable format being found. For gathering evaluations of personal welfare, meaningful activities, social participation and autonomy the PAS (participation, autonomy and support)(source) questionnaire was used. Purposive sampling was used - data was gathered from a recovery group consisting of 6 individuals, three male and three female, aged 31 to 70, with severe mental disorders who had been long term (10+ years) residents of social welfare institutions.

The study was conducted over a 2 week period (24.03.2015-07.04.2015). The author observed the activities of the recovery group on two occasions. Interviews were conducted on three occasions. Questionnaires could be filled out alone by the participants or with the author. The author conducted interviews with all participants which were recorded and later transcribed in detail. Data was analysed in two stages – firstly the interviews were transcribed in their entirety, responses were coded, and PAS questionnaire responses were scored based on their guidelines. Secondly the interviews were re-examined and answers coded according to subject matter.

Participants views on the essence of recovery varied: faith, managing the illness, better understanding of oneself, improved skills for functioning, better health, personal family and life, coming to terms with the past, moving forward with life, acquiring your own home, being accepted in a community, being a fully worthy member of society.

The perceived effects of participation in the recovery group were mixed but overall positive. All 6 participants reported that they felt the presence of the peer supporter was

positive, that being in the group was safe, that they were understood and supported, that they were treated not just as clients but as people and that participation imparted hope. Views were more mixed on questions dealing with pressure, anxiety and stress: 3/6 felt that group meetings should be more frequent while the other 3/6 felt the opposite, 3/6 had no problems talking about their lives and health issues while 1/6 felt that it was sometimes hard and 2/6 that it was always hard, 3/6 felt no extra stress from participation while 1/6 answered not usually and 2/6 sometimes, 4/6 felt no extra pressure or fear of not functioning while 1/6 answered not usually and 1/6 sometimes, 4/6 felt no extra anxiety from talking about their health problems while 2/6 answered sometimes.

Participants suggestions for better group activities included: a higher focus on the present and specially the future, more frequent use of the CARE methodology, more physical activity, creative activities such as drawing or walking, teaching of practical skills including daily life skills such as cooking healthy food, planning finances or creating a household budget.

Overall participants placed the highest emphasis on health, a safe environment, personal autonomy, socially acknowledged roles, meaningful activities, existence of a home and personal life and relationships. Participation in the recovery group was seen as a positive experience overall, with some concerns expressed about the possible stresses and pressures related to participation.

This study is limited by its small sample size. Self-reporting and evaluation calls for a larger sample size before long term comprehensive strategies can be formed, there is, therefore, a definite need for further studies in this field.

Continued efforts are needed to make recovery successful and recovery oriented services readily available. Successful recovery requires an individualised approach provided by understanding and empowering service providers. Without a shift in paradigms new well intended ideas will take the form of old habits and not tackle the issues of mental health and institutionalisation at their roots.

Litsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Katrin Grünberg,

annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

Taastumine vaimse tervise valdkonnas ja taastumisgrupis osalejate kogemused,

mille juhendaja on Dagmar Narusson, MA

ja kaasjuhendaja on Külli Mäe, MA

- 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise ees-märgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi Dspace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse täht-aja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus, 18.05.2016