

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaalteaduste valdkond
Ühiskonnateaduste instituut
Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika magistriõppekava

Annika Koppel

**VAIMSE TERVISE RASKUSTEGA INIMESTE KOHANEMINE KOGUKONNAS
PEALE ELUKOHA MUUTUST: NENDE EDNI JA PERELIHKMETE VAADE**

Magistritöö

Juhendaja:
Dagmar Narusson, PhD

Tartu 2023

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

Annika Koppel

21.08.2023

ABSTRACT

Adjustment of people with mental health difficulties in the community after changing place of residence: from their own and their family point of view

The aim of the master`s thesis to highlight the community adjustment of people with mental health problems who are changing their place of residence as part of special care reform, from the perspective of themselves and their family members. Current topic is very important as the transition from an institutional model of care to community-based care brings up major changes in the lives of people with mental health problems and their family members. The settlement of people with mental health difficulties in the community still creates negative attitudes in the community, which is a major obstacle to adaptation. The qualitative approach used in the research and for analysis I used thematic analysis.

The main research questions were as follows:

- What contacts and experiences do people with mental health difficulties have with members of communities living in geographic communities?
- How can family members/relatives of people with mental health problems support adaptation in the community?
- How to develop mutually understanding and caring relationships in geographic communities so that people with mental health problems could integrate better into the community?

The research evidence were as follows:

- Family members need to be supported and trained to support the community adjustment of people with mental health difficulties;
- It is very important to find out the knowledge and attitudes of the members of the geographic community towards people with mental health difficulties.
- Research proposal: To explore the views of members of a geographic community on how they can support the community adjustment of people with mental health difficulties?

- As the interviews of people with mental health problems and their family members revealed that discrimination and exclusion are experienced in medical institutions quite often, I believe that it is necessary to delve more into it and study this topic deeper.

Keywords: mental health, personal recovery, community, family, community-based services, mental health difficulties

Sisukord

ABSTRACT	3
SISSEJUHATUS	7
MÕISTETE LOETELU	10
1. VAIMNE TERVIS JA TAASTUMINE	11
1.1. Vaimse tervise definitsioonid	11
1.2. Personaalse taastumise olemus	13
1.2.1. Taastumise mõiste	13
1.2.2. Personaalse taastumise protsessid	15
1.3. Isikukeskne, õigustel põhinev ja taastumisele orienteeritud lähenemisviis.....	18
1.4. Kogukond ja selle arendus	20
1.4.1. Kogukonnaarendus	23
1.4.2. Kogukonna arendaja vs tegevusjuhendaja.....	25
1.5. Kogukonnas kohanemine: vaimse tervise raskustega inimeste taastumise kogukonnapõhiste teenuste vaatest.....	28
1.6. Kogukonnas kohanemine: vaimse tervise raskustega inimeste pereliikmete vaatest	30
1.7. Erihoolekandeteenused Eestis.....	34
PROBLEEMIPÜSTITUS	36
2. METODOLOOGILINE LÄHTEKOHT	37
2.1. Uurimismeetodi valik ja põhjendus	37
2.2. Andmekogumismeetod	38
2.3. Uurimuses osalejad	39
2.4. Uurimuse käik.....	40
2.5. Uurimuse eetiline aspekt.....	42
2.6. Andmeanalüüsimeetod.....	42
2.6.1. Teemaatiline analüüs	42
2.6.2. Andmete analüüsi protsess	43
2.7. Eneserefleksioon.....	44
3. TULEMUSED.....	46

3.1. Vaimse tervise raskustega inimeste lood	46
3.2. Vaimse tervise raskustega inimeste vaated kogukonnas kohanemisel	47
3.2.1. Vaimse tervise raskustega inimeste ootused tegevusjuhendajatele kui kogukonnas kohanemise toetajate suhtes	49
3.2.2. Vaimse tervise raskustega inimeste vaated ja hoiakud kogukonna ja seal elavate liikmete kohta.....	50
3.3. Pereliikmete vaated ja hoiakud vaimse tervise raskustega inimeste toetamisel kogukonnas.....	52
4. ARUTELU	58
KOKKUVÕTE	62
KASUTATUD KIRJANDUS	64
Lisa 1.	74
Lisa 2.	75
Lisa 3.	76

SISSEJUHATUS

Üle maailma on viimastel aastakümnetel toimunud suured muudatused vaimse tervise valdkonnas. Üks olulisemaid on olnud üleminek institutsionaalsete teenuste mudelilt kogukonnapõhisele toele ja teenuste pakkumisele. Deinstitutionaliseerimise protsess on nii Euroopa Komisjoni kui Eesti sotsiaalhoolekande valdkonna peamiseks prioriteediks, et muuta vaimse tervise teenused kättesaadavamaks, inimesekesksemaks, inimõiguspõhiseks ning taastuspõhiseks.

Vaimse tervise valdkonna tegevuse suunaks on osutada teenuseid ja abi, mis on kvaliteetne, võimaldab inimestel olla ühiskonda ja kogukondadesse kaasatud, toetab kliinilist, funktsionaalset ja personaalset taastumist ning on inimõigusi järgiv (WHO, 2022). Ühiskonnas on kasvanud teadlikkus, et vaimse tervise teenuseid on vaja parandada, kuid kogukonnas kohanemise ja kogukonnas taastumise toetamise tegevusi ning teenuseid pole piisavalt. Kogukondade tasandil muutuste saavutamist takistavad inimeste üldised hoiakud. Veel on vähe ühiskonnas ja kogukondades teadlikkust, et vaimse tervise teemadega tegelemine on iga ühiskonnaliikme vastutus. Arengut on piiranud õiguslikud ja poliitilised raamistikud, mis põhjustavad kogukonna tasandil vaimse tervise teenuste ja abi vähese kättesaadavuse (WHO, 2021).

Vaimse tervise teenuste reformi (WHO tegevuskava 2020-2030) eesmärk on muuta kogukonnapõhised teenused igas geograafilises paikkonnas selle paiga inimestele sobivaks, arvestades nende elukorraldust ja kohalikke tavasid. Antud reform hõlmab riike üle Euroopa, k.a. Eestit (Vaimse tervise tegevuskava 2023-2030). Eesti rahvastiku tervise arengukavas aastani 2030 on seatud üheks eesmärgiks vaimse tervise edendamine läbi ennetuse ja kogukonnatoe pakkumise ning vaimse tervise abi kättesaadavuse laiendamise ja kvaliteedi parandamise (Vaimse tervise...2023-2030).

Kogukonnapõhised teenused vaimse tervise edendamisel ja probleemide ennetamisel on üha olulisemad. Kogukondadel on laias valikus ressursse, mida saab kasutada vaimse tervise edendamiseks ja toetamiseks ning probleemide ennetamiseks ja elukeskkonna arendamiseks (Roheline raamat, 2020). Seega kogukonna roll on oluline vaimse tervise edendamisel ja sellest lähtuvalt on vajalik arendada kogukondade võimekust, teadmisi ja oskuseid, et kogukonnad tunnustaksid vaimse tervise raskustega inimesi ja toetaksid neid inimõiguste realiseerimisel ja ühiskonnaelus osalemisel (Tsuiman, 2016).

Maailma Terviseorganisatsioon (2021) rõhutab, et kvaliteetsed vaimse tervise teenused peavad olema personaalse taastumise toetamisele orienteeritud ja järgima kõikides aspektides inimõiguseid. Asjakohaste teenuste arendamine, üleminek kogukondlikule lähenemisele on vajalik, et tagada vaimse tervise raskustega inimestele täisväärtuslik ja tähendusrikas elu.

2017. aastal oli Eesti üks vähestest riikidest, millel ei olnud riiklikku vaimse tervise poliitika raamdokumenti ja selle puudumine oli taksituseks valdkonnaülese ja laiapõhilise arengule. 2022. aastal koostati Vaimse tervise arengukava aastateks 2023-2026, kuid kogukonna ja kohaliku omavalitsuse tasandil tegutsevate osapoolte rollid ei ole vaimset tervist toetava elukeskkonna loomisel ning vaimse tervise toe ja teenuste pakkumisel jätkuvalt piisavalt selged. Killustunud teenused ja probleemid tervikliku informatsiooni kättesaamisega on tekitanud olukorra, kus vaimse tervise raskustega inimesed ei saa õigeaegselt abi ning nende pereliikmed piisavalt toetust (Sotsiaalministeerium, 2017).

Käesolev uurimus on aktuaalne, sest institutsionaalselt hooldusmudelilt üleminek kogukonnapõhisele hooldusele toob endaga kaasa suuri muudatusi vaimse tervise raskustega inimeste ja nende pereliikmete elus. Vaimse tervise raskustega inimeste asumine kogukonda tekitab kogukonnas siiani negatiivseid hoiakuid, mis on suureks takistuseks kohanemisele. Eesti avalikkuse reaktsiooni illustreerivad ilmekalt ajakirjanduses välja toodud seisukohad, nt kogukonnaliikmed ei taha vaimse tervise raskustega inimesi enda kõrvale, kuna see muudab piirkonna ebaturvaliseks (Riivas, 2020). Samuti Narusson ja Vörk (2023) toovad uuringus välja, et Eesti ühiksond ei ole veel valmis vaimse tervise raskustega inimesi piisavalt aktsepteerima.

On uuritud kogukonnas elamise teenusel olevate vaimse tervise raskustega inimeste argipäevas toimuvat, kuid pole uuritud ega välja toodud vaimse tervise raskustega inimeste enda ja nende pereliikmete vaateid kogukonnas kohanemisel.

Eelnevalt lähtudes minu uurimuse eesmärk on tuua välja erihoolekande reformi raames elukohta muutvate vaimse tervise raskustega inimeste kohanemine kogukondades nende enda ja pereliikmete vaatest.

Käesolev magistritöö koosneb kolmest osast. Esimeses osas annan kirjanduse ülevaate vaimse tervise definitsioonist, personaalsest taastumisest ja selle protsessidest, uutest suundadest vaimse tervise valdkonnas, kogukonnas kohanemisest ja kogukonnaliikmetega suhtlemisest ning

perekonnaliikmete vaadetest kogukonnas kohanemise kohta. Metodoloogia peatükis kirjeldan käesoleva uurimuse andmekogumis- ja analüüsimeetodit ning uurimuse planeerimise ja läbiviimise aspekte. Kolmandas peatükis on esitatud uurimuse tulemused. Neljandas peatükis arutlen peamiste uurimustulemuste üle sidudes neid kirjanduses väljatoodud seiskohtadega.

Tahan tänada kõiki uurimuses osalenud vaimse tervise raskustega inimesi ja nende pereliikmeid, kes olid nõus oma kogemuslugusid jagama. Tänan ka AS Hoolekandeteenuseid, kellela poleks seda uurimust saanud korraldada. Kõige enam ma tänan aga magistr töö juhendajat, Dagmar Narussoni, kes kannatlikult ja oskuslikult toetas magistr töö valmimist ning oli pühendanud kogu uurimuse protseduuri ajal. Lisaks võlgnen tänu ka oma perele, nende kannatlikkuse ja toetuse eest.

Ma Tänan Teid!

MÕISTETE LOETELU

Magistritöö paremaks mõistmiseks on oluline defineerida töös kasutatavad kesksed terminid. Välja toodud mõisted on kasutatavad vaid käesoleva uurimuse kontekstis ning ei defineeri selle täielikku olemust.

Vaimse tervise raskused –inimese poolt tunnetatud vaimsed takistused, mis piiravad tema tegutsemis- või tahtvõimet, motivatsiooni ja osalust. Sealhulgas käesoleva magistritöö raames mõiste hõlmab ka psüühikahäireid ja intellektipuuat.

Vaimne tervis - heaoluseisund, milles inimene, toetudes omaenda võimetele, suudab toime tulla normaalse elustressiga, on võimeline töötama ja panustama kogukonda.

Personaalne taastumine – sügavalt isiklik ja unikaalne protsess, mille käigus muutuvad inimese hoiakud, väärtused, tundmused ja rollid. Personaalse taastumise mõte on elada rahuldavat ja lootusrikast elu koos haigustest põhjustatud piirangutega. Personaalse taastumise teekond aktsepteerib inimene endaga toimunut ja õpib elama koos raskustega, millega ta tuleb elus toime tulla. (Anthony, 1993)

Perekond - hõlmab kõiki inimesi, kes pakuvad olulist ja tasustamata toetust vaimse tervise raskustega inimesele, sealhulgas sõbrad ja teised olulised inimesed (Hestmark jt, 2020).

Kogukonnapõhised teenused - teenuste kogum, mis võimaldab inimesel elada kogukonnas ja on kättesaadav kõigile vaatamata nende puude olemusele või abivajadusele. Siia kuuluvad üldsusele mõeldud avalikud teenused nagu majutus, tervishoid, haridus, tööhõive, kultuur ning meelelahutus, ja eriteenused nagu näiteks isiklik abistaja vaimse tervise raskustega inimesele, ajutine hooldusteenus jms.

1. VAIMNE TERVIS JA TAASTUMINE

1.1. Vaimse tervise definitsioonid

Vaimset tervist on määratletud erinevalt, esimene teada olev defineering pärineb 19 sajandilt William Sweetser'i poolt, mil ta kasutas sõnapaari „Mental hygiene“ ehk vaimne hügieen viidates igapäevastele tegevustele, mis toetavad ja säilitavad vaimset tervist (1843). Kanada Rahvastikutervise Esindusorganisatsiooni kohaselt on vaimne tervis positiivne emotsionaalne ja vaimne heaolu, milles tähtsustatakse võrdsust, sotsiaalset õiglust, sidusust ja inimväärikust. (Public Health Agency of Canada, 2006). Keyes (2006, 7) kirjutab, et vaimne tervis ei ole ainult haiguse puudumine vaid on inimese subjektiivne heaolu seisund, olles selgelt väärtuslik vara nii üksikisikule kui ka ühiskonnale. Magistritöös lähtun vaimse tervise mõistest, mis on rahvusvaheliselt tunnustatud ja pärineb Maailma Terviseorganisatsioonilt (WHO, 2022), mille kohaselt on vaimne tervis heaolu seisund, milles inimene, toetudes omaenda võimetele, suudab toime tulla normaalse elustressiga, on võimeline töötama ja panustama kogukonda.

Vaimne tervis on midagi enamat, kui psüühikahäire või psüühilise puude puudumine – see on inimese tervise oluline ja lahutamatu osa ning aluseks nii tema enda kui ka kogukonna heaoluks ja tõhusaks toimimiseks (Sotsiaalministeerium, 2020). Hea vaimset tervist vaadatakse kui üksikisiku, perekondade ja kogukondade ressursi, mis vajavad püsivat tähelepanu ja hoidmist. Hea vaimse tervise saavutamiseks on oluline vaimne heaolu ehk positiivne vaimne tervis, mis võimaldab kogeda elu tähenduslikuna, olla loominguline ja aktiivne ühiskonnaliige (Sotsiaalministeerium, 2022).

Hea vaimne tervis võimaldab realiseerida oma võimeid, õppida, hästi töötada ja aktiivselt osaleda sotsiaalses elus (WHO, 2022). Fusar-Poli jt (2020) kirjutavad samuti, et positiivne vaimne tervis aitab paremini kohaneda ja omandada akadeemilisi oskusi ning saavutada positiivseid õpitulemusi. Fusar-Poli jt (2020) lisavad, et hea vaimne tervis hõlmab positiivseid hoiakuid nagu mõistmine, kaastunne ja empaatia ning tegevusi, mis vähendavad diskrimineerimist ja sotsiaalset distantssi vaimse tervise raskustega inimeste suhtes. WHO (2022) täpsustab, et vaimne tervis on sisemine ja instrumentaalne väärtus, mis aitab luua suhteid, olla toimevõimekas, tegutseda ja arened. Ühiskonnas olevad negatiivsed hoiakud (sh varjatud) on pinnas negatiivsete mõjudega tegevustele (mittekaasamine jms) ja ka diskrimineerimisele (Fusar-Poli jt, 2020).

Vaimne tervis mõjutab nii inimese mõtlemist, suhtlemisoskust, õppimist, emotsionaalset kasvu, vastupidavust, enesehinnangut kui ka kohanemist muutustega. Need aga on isikliku heaolu, pere- ja inimeste vaheliste suhete ning ühiskonda panustamise jaoks hädavajalikud (Surgeon General 1999, 89). Hea vaimne tervis annab inimestele võimekuse ja vastupidavuse ebanormaalsete ning potentsiaalselt hävitavate stressiteguritega toimetulemiseks ka kõige raskemates tingimustes (Fusar-Poli jt, 2020).

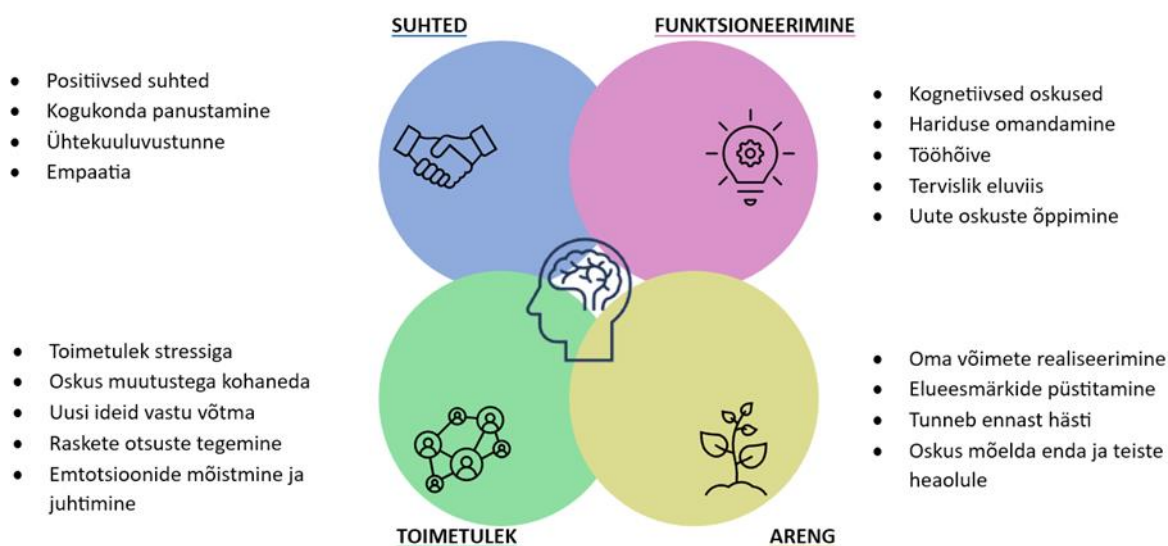
Galderisi jt (2015) kirjutavad, et vaimne tervis on dünaamiline sisemise tasakaalu seisund, mis võimaldab inimestel kasutada oma kognitiivseid ja sotsiaalseid oskusi kooskõlas ühiskonnas olevate väärtustega. Seega peale sotsiaalsete, psühholoogiliste, bioloogiliste tegurite mõjutavad vaimset tervist ka keskkondlikud tegurid. Sotsiaalne keskkond mõjutab inimesi märkimisväärselt ja on oluline, et ühiskonnas tagatakse inimõigused, ollakse tähelepanelik tõrjutuse ilmingute sealhulgas inimõiguste rikkumiste, diskrimineerimise, ebaõigluse, häbimärgistamise jmt suhtes (WHO, 2022).

WHO (Vaimse tervise strateegia 2013–2029) täiendab veel, et tervist mõjutavad negatiivselt ka vaesus, töötus, kehvad töötingimused, puudulik eluase ja madal haridustase, mis omakorda suurendavad vaimse tervise raskuste esinemise tõenäosust. Seega negatiivne vaimne tervis mõjutab inimese toimimist kõigis eluvaldkondades, võimendades ebavõrdsust ning diskrimineerimist ühiskonnas. Negatiivne vaimne tervis on nii ebavõrdsuse tagajärg kui ka põhjus.

ÜRO poolt 2006. aastal vastuvõetud ja 2012. aastal Eestis ratifitseeritud „Puuetega inimeste õiguste konventsioon“ sätestab, et igasugune diskrimineerimine, häbimärgistamine, sotsiaalne tõrjutus on keelatud, kuid 2022. aasta uuringust selgus, et 52 % vaimse tervise raskustega inimestest on tundnud ennast diskrimineerituna (Puuetega inimeste õiguste..., 2021–2030).

Diskrimineerimine on üldlevinud ja mõjutab paljusid aspekte inimeste ja nende lähedast elus. Pieters jt (2017) toovad välja, et diskrimineerimine põhjustab vaimse tervise raskustega inimestele madalat enesehinnangut, puuduliku enesehügieeni ja suuremat sotsiaalset tagasitõmbumist ning pereliikmetele süü-, häbitunnet ja meeleheidet. Lang (2009) toob välja, et Puuetega inimeste õiguste konventsioon, mis on vajalik, kuid mitte piisav vahend, mis lõpetaks vaimse tervise raskustega inimeste diskrimineerimise ühiskonnas. Konventsioon on aluseks sotsiaalse kaasamise edendamisele ühiskonnas, sh kõigis eluvaldkondades.

Kirjeldamiseks vaimset tervist, on WHO välja pakkunud skeemi, mis aitab kujundada selgemat arusaama millised neli elementi inimese vaimset tervist mõjutavad.



Joonis 1. Vaimset tervist mõjutavad elemendid (WHO, 2022)

Hea vaimne tervis on oluline, et inimene suudaks funktsioneerida ühiskonnas ja kogukonnas võimalikult iseseisvalt ning selle saavutamine on võimalik, kui vaimse tervise süsteemid ja teenuste osutamine on vastavuses rahvusvaheliselt tunnustatud inimõiguste põhimõtetega, sh puuetega inimeste õiguste konventsiooniga (lisa siia viide konventsiooni kohta) ja WHO poolt vastu võetud isikukesksete ja õiguspõhiste lähenemisviisidega kogukonna vaimse tervise valdkonnas (WHO, 2021).

1.2. Personaalse taastumise olemus

Vaimse tervise valdkonnas kasutatakse personaalse taastumise mõistet ja lähenemist. Järgmisena kirjeldan, mis on personaalne taastumine ja millised on selle alaprotsessid ning tunnused. Peatüki eesmärk on selgitada, kuidas on personaalse taastumise teekond seotud suhete loomisega ja ühiskonnas (sh kogukonnas) oma koha leidmisega.

1.2.1. Taastumise mõiste

Taastumise mõistet on laialdaselt kasutatud rahvusvaheliselt vaimse tervise süsteemides (Slade, Wallace, 2017) ja see tähendab isiksusena taastumist ehk „unikaalse identiteediga inimolendi ning

kõik sinna juurde kuuluva uuesti avastamisega pärast keerulist terviseiga seotud olukorda“ (Narusson, 2021). Narusson (2021) toob välja, et personaalset taastumist saab käsitleda nii vaimse tervise raskuste kui ka pikaajaliste somaatiliste haiguste kontekstis. Antud magistritöö raames kirjeldan personaalset taastumist ja selle protsesse pidades silmas vaimse tervise raskustega inimesi.

Taastumise mõiste ise on katustermin ja sisaldab (vähemalt) kolme erinevat taastumise liiki (Pieters jt, 2017). Funktsionaalse taastumise eesmärk on arendada tähendusrikast osalemist ühiskonnas, tööelus ja hariduses (hõlmab tegevusvõime ehk funktsionaalsete võimete arendamist). Kliiniline taastumine keskendub psühhiaatrilistest sümptomitest paranemisele. Personaalse taastumise hõlmab endas (vähemalt) viit alaprotsessi ja selle alla peetakse silmas isiksuse ja ühiskonnaliikmena taastumist, nii et inimene saavutab elamisväärse elukorralduse vaatamata tervisest tulevatele piirangutele ning oluline on märkida, et vaimse tervise süsteemide kvaliteeti hinnatakse just selle alusel, kuidas nad soosivad ja toetavad personaalse taastumise protsesse (Pieters jt, 2017, Jagfeld jt, 2021).

Palju keskendutakse küll personaalse taastumise alaprotsessidele, kuid Roman (2018) toob olulise aspektina välja sotsiaalse taastumise ja suhete taastumise seosed (Price-Robertson, Obradovic & Morgan, 2016). Sotsiaalne taastumine hõlmab sotsiaalses elus aktiivse osaluse saavutamist, kodanikuaktiivsuse kasvu ja osalemist otsuste tegemise protsessides. Suhete struktuurides taastumine keskendub inimeste vaheliste suhete kujunemise ja hoidmise protsessidel personaalse taastumise alaprotsesside kontekstis.

Kliinilise ja personaalse taastumise erinevusi on välja toonud Slade ja Wallece (2017), kelle järgi tuleks kliinilist ja personaalset taastumist võrrelda järgnevate tegurite alusel:

- Taastumine kui protsess vs taastumine kui tulemus: kliinilises käsitluses peetakse taastumist soovitavaks tulemuseks ja kindlaks seisundiks (taastunud või ei ole taastunud), personaalse taastumise käsitluses on oluline protsess ise.
- Subjektiivne vs objektiivne taastumine: kliinilises käsitluses taastumist hindab selgelt ja ühtselt spetsialist, personaalse taastumise määratleb ja mõtestab isik ise, kes seda kogeb.
- Taastumise tunnetus: kliinilise taastumise puhul hinnang ravi mõjule, personaalse taastumise puhul aga sügav isiklik protsess ehk isiksuslik areng.

Slade (2017) täpsustab, et kliiniline taastumine on mõõdetav, hindamist viivad läbi selleks õigust omavad kliinilised spetsialistid ning eesmärk on vabaneda sümptomitest ja taastada sotsiaalne toimimine (Slade, 2009). Personaalne taastumine on aga unikaalne, isiklik, elukestev protsess, millele inimene ise annab subjektiivse tähenduse ja hinnangu ning mille eesmärk on parima järjepideva toimetuleku saavutamine kõikides eluvaldkondades (Slade, 2017; Narusson, 2021).

Rahvusvaheliselt on enam viidatud ja taastumise käsituste aluseks olevate poliitikate kujundamisel tuginetud Anthony 1993. aastal avaldatud artiklile, kus ta esmakordselt meditsiiniajakirjas defineeris personaalset taastumist (Slade ja Wallace, 2017). Selle kohaselt personaalne taastumine on sügavalt isiklik ja ainulaadne protsess, mille käigus muutuvad inimese hoiakud, väärtused, tunded, eesmärgid, oskused ja/rollid; taastumine ei ole ainult haigusest paranemine, vaid ka taastumine diskrimineerimisest, häbimärgistamisest, tõrjutusest; personaalse taastumise mõte on elada rahuldust pakkuvat ja lootusrikkast elu koos haigustest põhjustatud piirangutega (Anthony, 1993). Taastumisel on olulised inimeste kogemused, töö kogemustega ja oma identiteedi rekonstrueerimine, haiguse ja piirangutega leppimine ning nendega ümberkäima õppimine (Wilken ja Hollander, 2017). Goscha (2020) täiendab, et inimesed, kes on taastunud või on taastumise teekonnal omavad teadmisi taastumisprotsessidest. Personaalse taastumise protsesside üheks osaks võib olla abisaajast abiandjaks kujunemine ehk kaaslaste / sarnases olukorras olevate inimeste toetaja rolli võtmine. Oma kogemuslooga töötamise protsessis on võimalik kogemusega tööd teha nii, et kogemusest saab teadmine (kogemuspõhine teadmine) ja inimesest kogemusekspert (Narusson, 2021).

1.2.2. Personaalse taastumise protsessid

Anthony (1993) kirjutab, et taastumine on keeruline ja aeganõudev protsess. Personaalse taastumise protsesse uurides jõudsid Mary Leamy koos meeskonnaga (2011) tulemusteni, kus ta sõnastas viis personaalse taastumise alaprotsessi ja võttis kasutusele akronüümi CHIME. Lühend CHIME tuleneb personaalse taastumise alaprotsesside inglise keelsete nimetuste esitähtedest: connectedness (seotus), hope and optimism about the future (lootus ja optimism), identity (positiivne identiteet), meaning and purpose (elu tähendus ja eesmärk), empowerment (kontrolli saavutamine) (Leamy jt, 2011). CHIMEst on kujunenud personaalse taastumise alaprotsesside kontseptsioon, millele tuginetakse tänasel päeval nii poliitikadokumentides, personaalse taastumise toetamise töös kui teadusuuringutes (WHO, 2021).

Seotus (ingl Connectedness) – Seotuse kujundamine teiste inimestega on personaalse taastumise teekonnal esimene oluline protsess. Taastumise protsessis tuleb inimesel uuesti üles ehitada suhted peres, sõpradega, kaaslastega, töökaaslastega, naabruskonna- ja kogukonnaliikmetega ning muudes kohtades, kuhu tema tegevus ulatub (Narusson, 2019). See on pikk ja vaevarikas teekond, sest suhted kujunevad usalduse kiirusel (Russell, 2022). Kuid tegelik taastumine toimub alati suhete struktuurides. Seotus on oluline terve elukaare jooksul. Inimesele on vajalikud kvaliteetsed sotsiaalsed suhted, mis toetavad, ning on seotud kogukonna, ühiskonna ja igapäevategevustega (Slade, 2013, 2017).

Lootus ja optimism (ingl Hope and optimism about the future) – Kriisis ja raskustes kaob optimism, et elamisväärne elu on üldse võimalik ja ei ole lootuse tunnet, et asjad saavad paremaks minna. Töö lootusega on pikaajaline (Snyder, 2002), kuid on hädavalik taastumise alaprotsess, sest võimaldab inimesel leida üles eneses vajaliku energia, et hakata oma eluolukorra parandamise nimel tööle ja saavutada oma eesmärgid. Lootusrikkuse arendamine on personaalse taastumise protsessi üks alaprotsess ja see võib olla küll aeganõudev töö enesega, kuid taastumise seisukohalt oluline. Igapäevatoimingutes on oluline usk, motivatsiooni säilitamine, optimism, positiivne mõtlemine ning unistuste ja soovide omamine (Leamy jt, 2011).

Identiteet (ingl Identity). Personaalse taastumise protsessis hakkab inimene tööle selle nimel, et kujundada enese ja teiste silmis endale uus ning positiivne mina-pilt. Kui alguses (kriisist väljudes) nähakse end patsiendina, haigena, abivajajana, siis personaalse taastumise protsessis teeb inimene selle nimel tööd, et leida endale uued rollid (kogemusnõustaja) ja eesmärgid (Slade, 2013). Identiteedi loomisel peab inimene kõigepealt arusaama enda eesmärkidest, võimetest, tugevustest ja unistustest ning need mõtestama (Slade, 2017).

Tähendus ja elu mõte (ingl Meaning and Purpose). Elu mõtestamine ja tähenduse leidmine on personaalse taastumise alaprotsess, mille käigus inimene mõtestab oma haiguskogemust, tema jaoks elus olulisi väärtuseid, töötab enda jaoks läbi elumõtte küsimuse ning saab aru, mis on tema jaoks elus tegelikult tähenduslik. Täheanded, millega tegeletakse hõlmavad ka selliseid tegevusi nagu väärtustatud sotsiaalsete rollide ja eesmärkide leidmine, isiklikult väärtustatud eesmärkide leidmine, nende nimel töötamine ja enda tugevuste võimendamine ja ka omaenda väärtuste teadvustamine (Slade jt, 2017). Oma kogemuse sõnastamine loob olukorra, kus kogemusest kujuneb väärtuslik elu osa ja taoline mõtestamine võimaldab arendada võimet ise hakkama saada ning suurendada isiklikku vastutust (Slade, 2013).

Elujõu taastumine või selle leidmine (ingl Empowerment) – eesmärk on saavutada kontroll oma elukorralduse ja tegevuste üle ning võtta isiklik vastutus oma valikute, otsuste eest. (Chamberlin, 1997). Kontrolli saavutamise ja võimustamise juures on oluline rõhku pöörata inimeste tugevustele, tahtejõule, enesekindlusele ja otsustusvõime arendamisele (Slade jt, 2017). Inimeses kasvab motivatsioon võtta oma elu korraldamises vastutus ja hakata vastutama oma elu otsuste üle siis, kui sotsiaalne keskkond ning kogukonnaliikmed on ka võimustava suhtumise ja lähenemisviisiga (Slade jt, 2017).

Leamy jt (2011) on toonud välja personaalse taastumise alaprotsessid ja nad ütlevad, et inimesel on võimalik taastumisteenusele asuda, kuid selleks on vaja eeltingimusi: inimene mõistab ja aktsepteerib seda, mis temaga juhtunud on, seejärel inimene teeb plaane selleks, et toimiks muutus ning läbi nende tegevuste toetab oma vaimset tervist, seeläbi toimub muutus paremuse poole ning inimesel on suurem kontroll oma tervise üle. Taastumise toetamiseks on välja töötatud mitmeid tõenduspõhiseid lähenemisi nagu näiteks REFOCUS, mis põhineb meeskonna väärtuste (töötajad ja vaimse tervise raskustega inimesed) kujundamisel (Bird jt, 2014) või CHIME raamistikul põhinev lähenemine INSPIRE (Boutiller jt, 2015). Maailma Terviseorganisatsioon on teinud ettepaneku, et kõik vaimse tervise teenusepakkujad peaksid kasutama taastumispõhiseid lähenemisviise, kuna see aitab teadaolevalt kõige efektiivsemalt toetada üksikisiku püüdluseid oma isiklike eesmärkide saavutamisel (Drake ja Whitley, 2014). Keet jt (2019) toovad oma uuringus välja, et taastumise kontseptsooni aina rohkem rakendatakse aga praktikas on see raskesti tõendatav. Taastumisele orienteeritud teenus ei tähenda aga tingimata taastumisele orienteeritud hooldust (Keet jt, 2019).

Personaalse taastumise põhimõtteid järgivad Eestis näiteks Heaolu ja Taastumise Kool, Eesti Psühhosotsiaalsete Rehabilitatsiooni Ühing, AS Hoolekandeteenused, Eesti Töötukassa ja Vaimse Tervise Keskus. Personaalset taastumist toetatakse nendes asutustes läbi kõikehõlmava rehabilitatsioonikäsitluse ehk CARE meetodika, taastumiskursuste, rehabilitatsiooniplaanide koostamise ja erihoolekandeteenuste pakkumise kaudu (Hanga, 2019; Roosipuu, 2019; Heaolu ja Taastumise Kooli koduleht, i.a; Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing koduleht, i.a; Tallinna Vaimse Tervise Keskus koduleht, i.a, AS Hoolekandeteenuste koduleht).

1.3. Isikukeskne, õigustel põhinev ja taastumisele orienteeritud lähenemisviis

Personaalse taastumise põhimõtete järgimise juures on oluline, et vaimse tervise teenused ja kogu vaimse tervise valdkonna töö on inimõigustel põhinev ja inimest ennast keskmis hoidev. Oluline on silmas pidada, et tegelik personaalne taastumine toimub kogukonnas (Narusson jt, 2018). Eelnevas peatükis kirjutasin, mis on personaalne taastumine ja taastumise põhimõtted, siis antud alapeatüki eesmärk on selgitada, et sõltumata inimese vaimsest tervise olukorrast on ta ühiskonna liige, kellel on õigus tegutseda, elada inimväärselt elu ning ühiskond peab selleks tagama vajalikud tingimused.

Inimõigused on iga inimese sünnipäraseks õigused, mis ei sõltu tema rassist, soost ega usutunnistusest. Need on universaalsed ja võõrandamatud, jagamatud ja üksteisest sõltuvad, võrdsed ja mittediskrimineerivad. Inimõigused kaitsevad tegevuste eest, mis riivavad põhivabadusi ja inimväärikust, ning toetavad üksikisikute ja elanikkonna tegutsemisvõimet (Gruskin, jt, 2010).

Inimõiguspõhise lähenemise juures on kõige olulisem õigusvõime austamine, mitte-sunniviisiline tegevus, osalemine, iseseisvalt elamise võimaldamine ja kogukonda kaasamine (WHO, 2021). Loewen ja Pollard (2010) rõhutavad, igaühel peab olema võimalus osaleda ühiskonnaelus maksimaalselt iseseisvalt. Lewisa jt (2020) selgitavad, et iseseisvus tähendab seda, et vaimse tervise raskustega inimestel on sama vabadus, valikuvõimalus, väärikus ja kontroll nagu igal teisel kodanikul kodus, tööl ja kogukonnas. Iseseisvalt elamine ei tähenda üksi elamist ega täiesti üksi enda eest hoolitsemist, vaid õigust praktilisele abile ja toetusele ühiskonnaelus osalemiseks ja elamiseks (vastavalt vajadusele). Iseseisev elamine hõlmab tuge ja ressursse ühiskonnalt, et teha õigeid valikuid ja elada elamisväärselt elu. Lewisa jt (2020) täpsustavad, et ühiskonnad peavad tunnustama ja aktsepteerima vaimse tervise raskustega inimeste kui võrdsete kodanike väärtust ning kohanema, et hõlbustada nende võrdset sotsiaalset, kodaniku- ja majanduslikku osalust. Puuetega inimeste konventsioon (2012) samuti rõhutab, et ühiskonnad peavad aktiivselt edendama keskkonda, kus vaimse tervise raskustega inimesed saavad tõhusalt ja täielikult osaleda ilma diskrimineerimiseta ja teistega võrdsetel alustel.

Ühiskonda kaasatus on sama oluline inimõigus, kui iseseisev elu ja võrdne tunnustamine seaduse ees (Lewisa jt, 2020). Sotsiaalne kaasatus on oluline komponent inimese heaolu ning mõtestatud elu saavutamisel (Hall jt, 2021. lk. 180). Šiška jt. (2018) kirjeldavad kaasatust kui aktiivset

kohalolekut kogukonnas, kogukonda panustamist ja oma elus osalemist. Simplifican jt (2015) esitlevad sotsiaalset kaasatust kui aja jooksul toimuvat protsessi, milles vaimse tervise raskustega inimesed üha enam arendavad ja kasutavad oma õigust luua ja hoida vastastikuseid suhteid ning õigust saada osa ühiskonnas pakutavatest hüvedest. Läbi sotsiaalse kaasatuse on võimalik tõsta vaimse tervise raskustega inimeste enesehinnangut, otsustusvõimet ja õnnetunnet ning sellest tulenevat vaimse tervise raskustega inimeste elukvaliteeti terviklikult (Simplifican jt, 2015). Läbi sotsiaalse kaasatuse toetamise, mis hõlmab kaasamist kõikidesse ühiskondlikesse protsessidesse ja tegevustesse, nagu näiteks poliitika kujundamine, sotsiaalteenuste arendamine, vaba aja sisustamine, tööhõive ja õppimisprotsessides osalemise - on võimalik tagada vaimse tervise raskustega inimestele üks olulisemaid õigusi, milleks on osalemine ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel (Convention on ..., 2006; Killaspy jt, 2011).

Õigus kõrgeimale võimalikule füüsilisele ja vaimsele tervisele on vältimatu põhiõigus teiste inimõiguste teostamiseks. Õigus tervisele on kõikehõlmav õigus, mis sisaldab õigeaegset ja asjakohast tervisehoiuteenust, mida riigid peavad tagama (Guidance..., 2021). Koschorke jt (2021) toovad välja, et tervisehoiuteenused on valmis pakkuma vaimse tervise raskustega inimestele arstiabi, kuid neil puudub vaimse tervise teenuste osutamiseks vajalik koolitus ja järelevalve. Kvaliteetse arstiabi osutamist takistavad tervisehoiuteenuste osutajate negatiivsed hoiakud vaimse tervise raskustega inimeste suhtes (Koschorke jt, 2021).

Puuetega inimeste õiguste edendamise raamistiku tagavad rahvusvahelised inimõiguste dokumendid, millest peamised on 1966. aastal ÜRO poolt vastuvõetud Inimõiguste Ülddeklaratsioon (WHO, 2021), Euroopa Liidu Põhiõiguste Harta (Inimõiguste Instituut, 2023) ja 2006. aastal ÜRO poolt vastu võetud Puuetega inimeste õiguste konventsioon, mis 2012. aastal Eestis ratifitseeriti. Konventsioon määratleb vaimse tervise raskustega inimeste õigused ning kirjeldab valdkonniti teemasid, millega riik peaks süsteemselt tegelema, et tagada vaimse tervise raskustega inimestele võrdsed õigused ühiskonnas (Puuetega inimeste õiguste..., 2006).

Konventsiooni eesmärk on tagada, et vaimse tervise raskustega inimesed saaksid täielikult teostada kõiki inimõigusi ja põhivabadusi. Peamised inimõigused ja põhivabaduste põhimõtted on austus inimeste loomupärase väärikuse, autonoomia ja iseseisvuse suhtes, mittediskrimineerimine, kaasatus ühiskonnaellu ja selles osalemine, austus erinevuste suhtes ja inimeste tunnustamine ning võrdsed võimalused (Puuetega inimeste..., 2012). Vaimse tervise raskustega inimeste õiguste kaitse põhifookus on võrdsuse taotlemine ja see, et igal ühel oleks võimalus osaleda ühiskonnaelus

maksimaalselt iseseisvalt (Loewen ja Pollard, 2010). Keet jt (2017) täiendavad, et inimõiguste kaitse on ajalooliselt ka üks deinstitutionaliseerimise ajendeid.

Konventsioon rõhutab õigust teovõimele, õigust elada iseseisvalt ja olla kaasatud kogukonda ning õigust võrdsusele, mittediskrimineerimisele ja osalemisele. Paraku Eestis on endiselt tohutu lõhe konventsiooni ideaalide ja tegelikkuse vahel. Vaimse tervise raskustega inimesed on kogukonna elust isoleeritud, puudub kontroll oma igapäevaelu üle (Komisjoni teatis..., 2021). Samuti kogevad vaimse tervise raskustega inimesed stigmatiseerimist (Wilken jt 2014). Marginaliseerimine hoiab vaimse tervise raskustega inimesi ebavõrdses olukorras ning neil on raskem oma toimetulekut taastada ja ühiskonnas osaleda (Wilken, 2016).

WHO (2022) rõhutab, et kõik kogukonnas ja hooldussüsteemis peavad toetama vaimse tervise raskustega inimeste sotsiaalset kaasatust ning edendama õiguspõhist, isikukeskset, taastumisele suunatud hooldust ja tuge. Selleks, et vaimse tervise raskustega inimestel oleksid tagatud inimõigused ja nad saaksid elada inimväärset elu ei piisa üksnes sellest, et inimõigused on eraldi konventsioonides ja riiklikes regulatsioonides sätestatud, vaid on vaja kogukonna kui ka ühiskonna tasandil muutust.

1.4. Kogukond ja selle arendus

Antud alapeatükis keskendun kogukondadele ehk sotsiaalsele keskkonnale, kuhu vaimse tervise raskustega inimesed elama asuvad. Kogukond on, kui loomulik koht elamiseks, osalemiseks, kaasatuseks, vastastikute suhete loomiseks ja kujundamiseks, võrdsuse edendamiseks ning kontrolli suurendamiseks oma tervise ja elu üle (Wilken jt, 2015, Narusson, 2019). Alapeatükis teen kõigepealt ülevaade, kuidas kogukonda võib mõista ning seejärel, millega vaimse tervise raskustega inimesed peavad arvestama kogukonnas kohanemisel.

Need nähtused, mida me määratleme mõiste alla kogukond, on aegade jooksul osaliselt muutunud. Mõiste on „rikastunud“ ühiskonna mitmekesisustumise ja arenemise tõttu. Kogukonda kasutatakse mõistena „suhete, sidemete, identiteetide ja huvide jaoks, mis inimesi ühendavad või annavad neile jagatud osaluse kohas, tegevuses või kultuuris“ (A guide to community-centered..., 2015). Wilken jt (2015) toovad välja, et kogukonna all mõeldakse inimeste gruppi, kes tunnevad üksteist, jagavad ühiseid väärtusi ja huvisid ning tegutsevad koos kindlas geograafilises kohas või keskkonnas, näiteks külas, naabruskonna keskuses või mujal. Nende kogukondade väärtusteks on kaasatus,

hoolivus ja ennustatavas, nende liikmete vahel on tugevad sidemed. Narusson (2019) täiendab, et tolerantsus, vastastikusus ja usaldus on kogukonna kokkukuuluvuse tunde aluseks.

Green ja Haines (2016) soovivad eristada kogukonda ja naabruskonda. Kogukond sõltub sotsiaalsest suhtlemisest. Lihtsalt ühes kohas elamine ei loo tingimata kogukonnatunnet (Green, Haines, 2016). Naabruskond põhineb kindlal geograafilises asukohal. Kogukonnas viitavad suhtlemisele (sotsiaalsele suhtlusele) kokkupuuted ühiste huvide asjus ja need võivad, kuid ei pruugi olla asukohapõhised (Green, Haines, 2016).

MacQueen jt (2001) on oma uuringus välja toonud viis kogukonna põhielementi:

- Koha tunne (ing locus) – oluline on asukoha tunne. Inimene võib olla füüsiliselt naabruskonnas olenemata sellest, kas ta on kogukonna liige või mitte.
- Jagamine (ing sharing) – ühiste vaatenurkade ja ühiste huvide olemasolu.
- Ühistegevus (ing joint action) – on kogukonna ühtekuuluvuse ja identiteedi allikas, mis viib loomulikult viisil kogukonna loomiseni (nt. raamatukogus vabatahtlikuna töötamine, projektide kallal töötamine, inimeste informeerimine ressursside, teenuste ja toimumuga).
- Sotsiaalsed sidemed (ing socialties) – Sotsiaalsed sidemed ja suhted nagu perekond, vanemad, õed-vennad, nõod; toakaaslased, leibkond; armastajad, partnerid; sõbrad, naabrid, kaastöötajad, töökaaslased, tuttavad; eeskujud, tugirühmad, on kogukonna aluseks. Oluline on pidev suhete tunnustamine.
- Mitmekesisus (ing diversity) – on kogukondade sotsiaalne keerukus (nt. kogukondade kogukonnad, kihistumine, põimunud rühmad, varjatud kogukonnad või eritasanditel kogukonnad).

MacQueen jt (2001) lisavad veel, et erineva taustaga inimesed määratlevad kogukonda ühtselt, kuid kogevad kogukonda erinevalt.

Green ja Heines (2016, lk 2–3) kasutavad käsitust, mille järgi koosneb kogukond kolmest komponendist: (1) territooriumist või kohast, (2) sotsiaalsetest organisatsioonidest või institutsioonidest, mis pakuvad inimestele regulaarseid võimalusi omavahel kokku saada nagu näiteks koolid, raamatukogud, restoranid jne ning (3) sotsiaalsetest interaktsioonidest ühiste huvide teemal.

Lisaks võivad kogukonnad olla ka sellised, kus inimeste vahelised suhted ja sidemed on ajutised, tavaliselt on need seotud teatud ülesannete ja tegevustega, näiteks töö, hariduse ja vaba aja valdkonnas (Wilken jt, 2015, lk 8–9). Inimesed kuuluvad korraka mitmetesse erinevatesse kogukondadesse ning side nende kogukondadega võib aja jooksul nii nõrgeneda kui tugevneda (Sen, 2006, lk 160). Alates interneti võidukäigust ei ole kogukonna kontseptsioonil enam territoriaalseid piiranguid, kuna inimesed võivad nüüd koguneda online-kogukondadesse ja jagada ühiseid huvisid sõltumata füüsilisest asukohast (Siseministeerium, 2022). Kogukonnamõiste laia ulatust ning erinevat tõlgendamist väljendab ameerika sotsioloogi Georg Jr. Hillery (1955) poolt läbi viidud uurimistö, mille tulemusel loetles ta pea seitsekümmend aastat tagasi kokku 94 erinevat kogukonna definitsiooni.

Kuid oluline on, et inimesed kuuluvad kogukonda ja kogukond on koht, kus inimesed realiseerivad oma potentsiaali, tulevad toime igapäevaeluga, töötavad ja panustavas suhtesse kogukonnas (WHO, 2014). Kogukonnas kohanemine ja selle liikmetega vastastikuste suhete loomine ning kujundamine on vaimse tervise raskustega inimestele väga oluline tema taastumisprotsessides. Goscha (2020) täiendab veel, et kogukond on peamine taastumisressurss. Inimene ei taastu institutsioonides füüsiliste ruumide seinte vahel ja seepärast on oluline tagada igale inimesele tema vajadustest lähtuv toetus kogukonnas, et ära hoida transinstitutsionaliseerimist ehk vaimse tervise probleemidega inimeste sattumist ühest institutsioonist teise, kogukonnas elavate inimeste sattumist pikaajalisele haiglaravile või vanglasse (Goscha, 2020, Primeau jt, 2013; Salisbury jt, 2017). Kogukond annab sotsiaalse konteksti, mis mõjutab inimeste personaalset taastumist ja kus leitakse võimalusi oma eesmärgid saavutada (Narusson ja Wilken, 2018; Goscha, 2020).

Vaatama kogukonna rolli tähtsusele toob Gilchrist (2019) välja, et vaimse tervise raskustega inimesed seisavad jätkuvalt silmitsi väljakutsetega, mis on seotud nende aktsepteerimisega ja juurdepääsetavate viiside leidmisega kogukonna tegevustes ja võrgustikes osalemiseks. Green ja Heines (2016) täpsustavad, et suure rahvastikutihedusega piirkondades puudub kogukonnatunne ja on keeruline luua püsivaid sotsiaalseid sidemeid. Sotsiaalsed sidemed on midagi enam, kui lihtsalt kontaktid. Neil on emotsionaalne sisu, mis toetab ja võimaldab teostada igapäevaelu toiminguid ning tagab juurdepääsu elutähtsatele ressursidele, teadmistele ja mõjuvõimule (Gilchrist, 2019). Kogukonnatunne tähendab ühtekuuluvustunnet ja üksteisele vajalik olemist ning usku, et liikmete vajadustega arvestatakse ning eesmärk on olla koos (Narusson, 2022).

Väikese rahvastikutihedusega piirkondades on aga vaimse tervise raskustega inimesed isoleeritud, neil on vähesed võimalused sotsiaalseks suhtluseks ja kogukonna ressursidest osasaamiseks (Green ja Haines, 2016). Kogukonnatunde säilimine ja ressursside kaasamine sõltuvad mitteametlikest võrgustikest, mis paraku ei võimalda vaimse tervise raskustega inimestel integreeruda viisil, et nad saaks realiseerida oma inimõigusi (Bigby, 2008 läbi Gilchrist, 2019).

Narusson (2019) toob välja, et on tekkinud vajadus muuta kogukonna arusaamist vaimse tervise valdkonnast (psüühikahäiretest), st vaimne tervis on kõigi kogukonnaliimete heaolu alus, see on kõigi mure ja tuleb mõista, et iga inimene saab panustada, et vaimse tervise raskustega inimestel oleks võimalik oma personaalse taastumisega tegeleda (kellel on soov tulla toime oma vaimse tervise raskusega kogukondades, kus nad elavad). Kogukonda kuuluvuse tunne aitab kaasa ka vaimse tervise raskustega isiku personaalsele taastumisele. Personaalne taastumine on viis, kuidas elada rahuldust pakkuvat ja lootust andvat elu, koos haiguse põhjustatud piirangutega, ning mille läbi muutuvad inimese hoiakud, väärtused, tunded, eesmärgid, oskused ja rollid (Anthony, 1993: 527; Slade jt, 2017).

Kogukond on üks keerukamaid sotsiaalseid keskkondi, mis on pidevas muutumises. Vaimse tervise raskustega inimeste saabumine kogukonda muudab kogu kogukonna elukeskkonda ja sotsiaalset suhtlust (Gilchrist, 2019). Kogukondadele, kellel on keeruline muutustega harjuda või uueneda ning kus esinevad diskrimineerimine, tõrjutus või polariseeritus, on oluline kogukonnapõhistel organisatsioonidel tähelepanu pöörata ja tegeleda kogukondade arendusega.

1.4.1. Kogukonnaarendus

Rahvusvaheline Kogukonna Arenduse Assotsiatsioon (The International Association for Community Development, 2020) defineerib kogukonna arendust, kui praktilisel põhinevat ametit/elukutset või akadeemilist distsipliini, mis edendab osalusdemokraatiat, jätkusuutlikku arengut, õigusi, majanduslikke võimalusi ning võrdõiguslikkust, selleks korraldades, harides ja panustades ühise identiteedi või huvide kujunemisse nii maa- kui linnakeskkondades.

Kogukondade arendust võib mõista kui protsessi, mis tekib inimsuhetest, ühtse, kogukonna liikmeid toetava vundamendi ehitamisest, sihtide seadmisest ja tegutsemisest (Kass ja Paas, 2021). Kogukonna arendamise keerukus on seotud erinevate kogukonnaliikidega, kohtade erinevusega suuruse ja tiheduse osas ning sallivusega erisuste suhtes (Kass ja Paas, 2021).

Kogukonna arendamise eesmärk on aidata kogukonnaliikmetel saada objektide asemel subjektideks, kes reageerimise asemel ise tegutsevad (Christenson, 2019). Russelli ja McKnight (2018) toovad oma artiklis välja, et arenduse eesmärk on suurendada kogukonnaliikmete enda initsiatiivi ja inimeste tegutsemist nende sisemistest soovidest ja vajadustest lähtuvalt. Kogukonna arendamisel keskendutakse kohalikele ressurssidele ehk kogukonnas olemasolevatele tugevustele ja kogukonnaliikmete kaasamisele vastavalt nende oskustele ja võimetele (Russelli ja McKnight, 2018). Russelli ja McKnight (2018) täpsustavad, et kohalikeks ressurssideks on inimesed ise oma teadmistega ja kogemustega, samuti kohalikud mitteametlikud võrgustikud, institutsioonid, füüsiline ja sotsiaalne keskkond, kohalik majandus ja kogukonna lood.

Russel ja McKnight (2018) on toonud välja kogukonna arendamise neli perspektiivi:

- Väljast tehakse otsuseid kogukonnale (TO) – kogukonna jaoks tehakse otsuseid ja tegevusi ilma kogukonnaliikmeteta.
- Väljast minnakse kogukonnale appi (FOR) – kogukond on fookuses, kuid abistamine toimub endiselt ilma kogukonna liikmeteta.
- Tegutsemine kogukonnaga koos (WITH) – osaleb kogukond koos oma liikmetega. Koosloome ja kogukonnas sisalduvate võimete kasutamine.
- Kogukond ise teeb (BY) – kogukonna liikmed ise tegutsevad ja arendaja on nende käsutuses. Tegemist on klassikalise tegevuspõhise kogukonna arendamise mudeliga.

Gilchrist (2019) rõhutab kogukonna arenduse puhul võrgustike olulisust. Kui varasemalt eeldati kogukonna arendajatelt, et nad oleksid teadlikud kogukonna erinevatest võrgustikest, siis hiljem kasvas välja teadmine, et kogukonna arenduse puhul on oluline erinevate ühiskonnagruppide vahel ise võrgustikke kujundada ning neid tugevdada (Gilchrist, 2019). Üheks põhiliseks kogukonna arenduse funktsiooniks on aidata kaasa selliste sidemete loomisele, mille kujunemine ja säilitamine ilma abita oleks keeruline (Gilchrist, 2019).

Kogukonna arendus ei toimu iseenesest. Kogukonnad vajavad toimimiseks kogukonnaliikmete endi tahet ja soovi ning teiselt poolt kogukondade eesvedajad, kelle ülesandeks on teadlikkuse tõstmine ja toetamine (Kass ja Paas, 2021). Seega selleks, et vaimse tervise raskustega inimesed, aga ka kõik teised, keda võib olla kogukonnaliikmetel raske aktsepteerida nende teistsuguse pärast, saaksid kogukondade samaväärseteks liikmeteks ja kujuneksid välja ühistegevused, on oluline kogukonnaarendajate panus. See peaks toimuma samaaegselt vaimse tervise valdkonna arenguga.

1.4.2. Kogukonna arendaja vs tegevusjuhendaja

Eelnevas peatükis „Kogukonnas kohanemine ja kogukonnaliikmetega suhtlemine“ selgitasin kogukonna olemust ja selles kohanemise keerukust. Sellest tulenevalt on näha, et oma inimõiguste realiseerimiseks vajavad vaimse tervise raskustega isikud abi, mida pakuvad nii kogukonna arendajad kui ka tegevusjuhendajad. Antud alapeatükis toon välja kogukonna arendaja ja tegevusjuhendaja rolli erinevused vaimse tervise raskustega inimeste toetamisel kogukonnas hakkama saamisel.

Ühiskonna mitmekesisitumise ja pideva muutumise tulemusel on kogukond muutunud keeruliseks sotsiaalseks süsteemiks, kus kogukonna arendaja roll on mõjutada kogukondade arengut, luues ja säilitades inimeste vahelisi suhteid kogukonna sees kui ka organisatsioonide vahel (Gilchrist, 2019). Kogukondade arendajad on kogukonna arengu vahendiks, kuid see ei tähenda, et nende inimeste näol oleks tegu kogukonna eestvedajate või aktivistidega. Tegemist võib olla nii öelda „nähtamatute“ inimestega, kelle töö tagajärjel ühendatakse omavahel erinevaid ühiskonnagruppe. Seetõttu võivad kogukonnatöoga tegeleda inimesed hoopis teiste ametinimetustega, ise endale teadvustamata, et olemuslikult tegutsevad nad kogukondiarendajatena (Gilchrist, 2019, p. 73).

Gilchrist (2019) toob välja olulised aspektid, millest kogukonna arendaja lähtub oma tegevustes kogukonnas. Kogukonna arendaja tegeleb praktiliste ja poliitiliste barjääride eemaldamisega (enabling), sealhulgas ruumi loomisega, mis annab inimestele võimaluse omavahel kokku saada, üksteist tundma õppida ning annab võimaluse kogukondlike algatuste tekkeks (Gilchrist, 2019, p. 204). Kogukonna arendaja tegeleb julgustamise (encouraging) ning võimestamisega (empowering), et inimesed oleksid enesekindlamad ning julgeksid osa võtta erinevatest tegevustest ega annaks raskematel hetkedel alla (Gilchrist, 2019, p. 42). Samuti suhtleb kogukonna arendaja erinevate gruppide ning organisatsioonidega (engaging), tegeleb harimisega (education) – inimeste kogemuste jagamisega ning seisab selle eest, et kõikidel inimestel oleks kogukonnas ligipääs samadele ressurssidele (equalising) (Gilchrist, 2019, lk 49–50).

Kogukonna arendaja oluline roll seisneb ka selles, et vähem häälekamate inimeste arvamus saaks kuuldavaks. Kogukonnarenduse puhul võib probleemkohaks kujuneda olukord, kui kogukonda puudutavatel teemadel hakkavad kõnelema vaid häälekamad ning enesekindlamad inimesed, mille tõttu võivad teiste arvamusel jääda tahaplaanile (Gilchrist, 2019).

Kass ja Paas (2021) täiendavad, et kogukonna arendaja on kogukonna liikmete märkaja, kuulaja, julgustaja ja võimaluste avaja. Linno (2023) rõhutab, et kogukonna arendaja töö on suunatud tööle kogukondades ja kogukondadega, mis võimaldab avastada inimestes peituvaid eeldusi ja igaüht võimendada. Kuna kogukonna arendaja oma töös ei keskendu üksikindiviidi probleemide lahendamisele, on (erihoolkande töös) suur roll tegevusjuhendajatel, kes oma teadmisetega ja kogemustega aitavad vaimse tervise raskustega inimestel teostada oma inimõigusi. Wilken (2016) kirjutab samuti, et tegevusjuhendaja ülesanne on vaimse tervise raskustega inimesi toetada ja olla nende inimeste ning ka nende inimõiguste ja sotsiaalsete õiguste eestkõnelejaks. Antud töö raames käsitlen tegevusjuhendajat kui vaimse tervise valdkonna spetsialisti, kes igapäevaselt erihoolkandes toetab, suunab, juhendab ja edendab vaimse tervise raskustega inimese kohanemist ja personaalset taastumist.

Kogukonnas kohanemine ja selle liikmete vastastikuste suhete loomine ning kujundamine on erihoolkandeteenuseid kasutavale vaimse tervise raskustega inimesele väga oluline (Narusson ja Vörk, 2023). Tegevusjuhendajate peamine roll on toetada vaimse tervise raskustega inimese personaalset taastumist, pidades silmas kõiki personaalse taastumise alaprotsesse (Narusson, 2019).

Pieters jt (2017) toovad välja, et tegevusjuhendajatel on keskne osa kogukonnaga seotuse loomise toetamisel. Tegevusjuhendajaid nähakse, kui silda nii kogukonna ametlikes kui ka mitteametlikes võrgustikes (Pieters jt, 2017). Narusson ja Vörk (2023) täiendavad, et tegevusjuhendajad ühendavad vaimse tervise raskustega inimesi kogukondliku tegevusega, annavad praktilist abi ja nõu kogukonda sulandumisel, sotsiaalse tegevuse ning vaba aja veetmise võimaluste kohta.

Vaimse tervise raskustega inimeste kogukonda kaasamine nõuab kohalike algatuste ja mitteametlike võrgustikega koostöö arendamise võimet ning oskust jagada oma kogukonnasidemeid kolleegidega, et laiendada kogukonnaga lõimumise võimalusi veelgi (Webber ja Fendt-Newlin 2017). Narusson ja Vörk (2023) toovad välja, et vaimse tervise raskustega inimeste edukaks lõimumiseks kogukonda peavad organisatsioonid leidma sobivate omadustega ja väärtustega tegevusjuhendajad ning neid koolitama. Wilkman jt (2015) toovad välja, et hea tegevusjuhendaja on toetav, avatud suhtumisega ja hea kuulaja, kes püüab leida lahendusi ja austab vaimse tervise raskustega inimese valikuid. Keelekasutus on austav, hinnangute vaba, selge ja arusaadav ning peab kandma endas pühendumust, lootust ja rõhutama võimaluste olemasolu (Wilken jt 2015). Goscha (2020) täiendab, et tegevusjuhendajatel, kellel on asjakohased

teadmiseks ja kogemused erinevate lähenemisviiside (isikukeskne, õiguspõhine ja taastumisele orienteeritud), kogukonnas olevate ressursside, võimaluste ja tegevuste kohta, saavad tõhusamalt aidata vaimse tervise raskustega inimesel oma eesmärged kogukonnas saavutada.

Wilken jt (2015) toovad oma uuringus välja, et enamuse sotsiaalvaldkonna spetsialistide sh tegevusjuhendajad on kinni traditsioonilises kohustustes ehk nad omavad jätkuvalt kliinilist vaadet ja neil puuduvad kogukonnatöö oskused. Tegevusjuhendajad, kellel puuduvad oskused vaimse tervise raskustega inimestega suhtlemiseks võivad põhjustada keskendumist meditsiinilistele aspektidele ja pöördumist institutsionaalse hooldussüsteemi poole. Tegevusjuhendajate oskamatus tõttu jäävad vaimse tervise raskustega inimeste pereliikmed abita ja toeta (Euroopa ühtsed juhised..., 2012). Seega on oluline, et tegevusjuhendajate koolitamine taastumisprotsessidest ja inimõigustest, mille kaudu on võimalik vähendada inimõiguste rikkumisi (Keet jt 2019). Narusson ja Vörk (2023) rõhutavad, et tegevusjuhendajate väljaõpe ja täiendkoolitused peavad põhinema Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO 2021) suunistele, mis lähtuma taastumise filosoofiast, inimõigustest ja kogukonna arendamise teadmistest.

Eestis tegevusjuhendaja haridusnõuded on sätestatud Sotsiaalhoolekande seaduse (2022) paragrahvis 86. Selle järgi võivad tegevusjuhendajana töötada erinevate sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna kuuluvate kõrg- ja kutsehariduse eriala inimesed. Minimaalseks haridusnõudeks on keskharidus ja läbitud peab olema 40 – tunnine sissejuhatav koolitus ning kahe aasta jooksul peab olema läbitud 260-tunnine koolitus. Haridus- ja koolitusnõuetele vastates on võimalik läbi Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsiooni taotleda tegevusjuhendaja kutset. Tegevusjuhendajana erihoolekandeteenuses ei saa enam töötada inimesed, kellel on põhiharidus või kes pole läbinud tegevusjuhendaja koolitust (Sotsiaalkindlustusamet, 2023).

Tegevusjuhendajate tööülesannete kirjeldustes erihoolekandes on kesksel kohal positiivse ja toetava õhkkonna loomine, et aidata vaimse tervise raskustega inimesel igapäevaelu toimetustega võimalikult iseseisvalt toime tulla; lisaks on julgustamine ja talle võimaluste loomine tegusamaks eluks – õppima asumiseks, väikese koormusega töötamiseks või kogukonnas mõne huviringiga liitumiseks (AS Hoolekandeteenused, 2023).

Siinkohal on võimalik välja tuua, et kui kogukondade arendajad toetavad (toetaksid) piisavalt kogukondi, kogukonnaliikmeid, et suhted, tegevused ja võimalused areneksid ning kõik inimesed jõuaksid kogukondades äratundmiseni, et mil viisil nemad saavad panustada, ning kui teistelt poolt

tegevusjuhendajad toetaksid vaimse tervise raskustega inimesi kogukondadesse võimalikult loomulikul viisil lõimumisel (ja tegevusjuhendajad võtaksid ka ise osa kogukondlikest tegevustest ega jääks üksnes kõrvalseisjateks, kes toetavad), siis suhete struktuurid kogukondades muutuksid ja väga palju igapäevaelulist tegevust saaks toetatud loomuliku suhtluse ja tegevuse kaudu (vaimse tervise raskustega inimeste jaoks, aga kõrvalefektina ka teiste kogukonnaliikmete jaoks).

1.5. Kogukonnas kohanemine: vaimse tervise raskustega inimeste taastumise kogukonnapõhiste teenuste vaatest

Aastakümneid on pakutud vaimse tervise raskustega inimestele erihoolekandeteenuseid suurtes, rahvarohketes ja ühiskonnast eraldatud hooldekodudes, mida nimetatakse institutsioonideks (Bullock ja Mahon, 2017). Scott (2013) kirjeldab institutsiooni kui kunstlikult tekitatud keskkonda, mille ühiskond on loonud vaimse tervise raskustega inimeste jaoks eesmärgil nende eest hoolt kanda. Jones ja Flowes (2004) toovad välja, et institutsiooni iseloomustab kindlate reeglite järgimine ning karistamine rikkumise korral, sarnaste omadustega inimeste gruppide moodustamine, privaatsuse puudumine, kõikide inimeste ühesugune kohtlemine, autonoomia ja vabaduse puudumine, samade tegevuste läbiviimine kõigile sama ajal. Lisaks on leitud, et institutsioonides elades kaotab inimene oma elu eesmärgid, usalduse ja kontakti inimestega väljaspool institutsiooni. Seega saab haigusest identiteet ja inimene leiab, et temast ei sõltu midagi (Jones ja Flowes, 2004). Maailma Terviseorganisatsioon ütleb, et institutsioonides teenuse pakkumine on kulukas, ebaefektiivne ning ebainimlik (WHO, 2009).

Tulenevalt eeltoodud negatiivsetes omadustest on Euroopa hoolekandesüsteemi keskmes viimastel aastakümnetel olnud üleminek institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhisele. Perioodil 2014-2020 sai deinstitutionaliseerimine üheks Euroopa Komisjoni prioriteediks, et edendada reforme vaimse tervise raskustega inimeste hoolekandes ka Euroopa Liidu ühtlustuspiirkondades (Bugarszki jt, 2016).

Deinstitutionaliseerimisena käsitletakse igasuguse abivajadusega inimestele kogukonnapõhiste teenuste sihikindlat arendamist, mille hulka kuuluvad ka ennetavad teenused, mis hoiavad ära vajaduse institutsionaalse hoolduse järele (Euroopa ekspertrühm..., 2012). Deinstitutionaliseerimise käigus liigutakse hoolekande osutamise institutsionaalselt mudelilt kogukonnapõhisele mudelile, mis tähendab, et inimesele vajalikku tuge ja abi osutatakse kogukonna keskel, säilitades talle võimalus olla kaasatud ja langetada iseseisvalt otsuseid

kogukonna poolt pakutavate teenuste kasutamisel (Tsuiman, 2016). Institutsionaalselt hoolduselt üleminek kogukonnapõhisele teenusele ei puuduta ainult füüsilise keskkonna muutust (loobumine vanadest väärtustest, töömeetoditest ja praktikast), vaid olulised on muutused käitumises ja mõttemaailmas (Wilkman jt , 2015).

Goscha (2020) toob välja, et inimesed ei taastu organisatsioonides füüsiliste ruumide seinte vahel, vaid kogukonnas (nagu ka juba eelpool sai rõhutatud). Kogukonnapõhine lähenemine aitab kaasa vaimse tervise raskustega inimeste taastumise protsessidele ja parandab nende elukvaliteeti (Pieters jt 2017).

Kim jt (2017) toovad välja, et inimeste kogukonna- ja ühiskonnaelusse kaasamise edukaks toimimiseks on vaja inimeste toetamiseks kogukondades luua spetsiaalseid teenuseid ja võimalusi (mis ei kvalifitseeru teenuste alla). Sellest tulenevalt peab iseseisva elamise, õppimise, töötamise ja vaba aja veetmise võimalused leidma kogukonna ressursidest, et vaimse tervise raskustega inimesed saaksid paremini kohaneda ning neil oleks võimalused enda oskuste realiseerimiseks ja teiste inimestega suhtlemiseks. Sotsiaalministeeriumi heaolu arengukava (2023) kuulub kogukondlike teenuste alla ka pikaajalise hoolduse pakkumine kogukonnas. Hollander ja Wilken (2015) leiavad, et nimetatud teenuste pakkumise toe tulemusena peaksid vaimse tervise raskustega inimesed uuesti võimalikult võimetekohast ühiskondlikku rolli kandma.

Wilken jt (2015) toovada välja, et kogukonnateenused on teenused, mida osutatakse kogukonnas, koos kogukonnaga ja kogukonnas elavate inimeste jaoks. Pakutavad teenused võivad toetada iseseisvat elamist, töötamist, hariduse omandamist, sportimist, vaba aja veetmist või kultuuri tarbimist. Vaimse tervise raskuste korral toetavad taastumist kõige tõhusamalt just sellised teenused, mis on ümbritseva kogukonnaga tihedalt seotud (Wilken jt 2015). Vaimse tervise raskuste korral toetavad taastumist kõige tõhusamalt just need teenused, mis on ümbritseva kogukonnaga tihedalt seotud (Wilken jt 2015). WHO täiendab, et kogukonnateenused vähendavad vaimse tervise raskustega inimeste häbimärgistamist, ebavõrdset kohtlemist ja sotsiaalset tõrjumist (2022).

Bergmark jt (2017) sõnul vaimse tervise raskustega inimeste heaolu edendamiseks peab kasutama kõiki võimalusi, mis inimest mitmekülgsest toetavad, ning arvestama peab inimese arvamust selle kohta, mida ta vajab ja tahab, et oma eluga iseseisvalt hakkama saada. Lisaks peab hindama, kas

vaimse tervise raskustega inimesed on rahul sellega, kuidas nende heaolu edendamise tegeletakse.

Tsuiman (2016) rõhutab, et kogukonnateenuste arendamisel on kõige tähtsam kogukondade valmisolek tunnustada vaimse tervise raskustega inimesi oma kogukonna võrdväärsete liikmetena ja partneritena, keda toetatakse kogukonnas nende õiguste realiseerimisel ja ühiskonnaelus osalemisel.

1.6. Kogukonnas kohanemine: vaimse tervise raskustega inimeste pereliikmete vaatest

Alles hiljuti elasid vaimse tervise raskustega inimesed suurtes institutsioonides, kus neil oli kontakt suure osas ainult institutsioonides töötavate töötajatega. Üleminek kogukonnapõhisele hooldusele annab nüüd pereliikmetele suurema võimaluse panustada vaimse tervise raskusega inimeste igapäevaelu toimingutesse ja ka toetada taastumise protsesse. Magistritöös keskendun personaalsele taastumisele, mille eesmärk on identiteedi areng ja isiksuse taastumine toetudes viiele alaprotsessile nagu seotus, lootus tuleviku suhtes, positiivse identiteedi edendamine, elu mõtestatus ning mõjuvõimu suurendamine – nimetatakse CHIME raamistikuks (Connectedness, Hope, Identity, Meaning in life, Empowerment) (Slade, 2017).

Vaimse tervise raskustega inimese pereliikmetega suhteid tuleb vaadata kui omaette süsteemi. Selle suhete süsteemi osaks on korrapärane suhtlus, tugev emotsionaalne side ja üksteisest sõltuvuses olemine. Peresisene ühendus pakub potentsiaalselt igale liikmele üksteise heakskiitu, tuge ja tähelepanu. Pereliikmed, kes suudavad üksteist toetada ja võimaldavad üksteisel oma individuaalsust väljendada, suudavad paremini kohaneda muutustega (Schilder, 2023). Hestmark jt (2020) täpsustab, et perekond hõlmab kõiki inimesi, kes pakuvad olulist ja tasustamata toetust vaimse tervise raskustega inimesele, sealhulgas sõbrad ja teised olulised inimesed. Hodge (2023) lisab, et vaimse tervise raskustega inimeste (kogukonnas) kohanemist toetavad perekonnaliikmete hoolivus, mõistmine ja neile kindlustunde andmine.

Schilder (2023) toob oma uuringus välja, et perekond on vaimse tervise raskustega inimeste peamine toetaja kodus. Pereliikmed toetavad vaimse tervise raskustega lähedasi hügieenitoimingutes, riietumisel, toiduvalmistamisel ja söömisel, majapidamistöodel, rahatoimingute teostamisel ning ravimite andmisel (Schilder, 2023). Perekond keskendub vaimse

tervise raskustega pereliikme vajadustele ja sellega kogevad nad sageli nii füüsilisi, psühholoogilisi, sotsiaalseid, vaimseid kui ka majanduslike väljakutseid. Pereliikmed peavad igapäevaselt tegelema raskesti mõistetava käitumisega, tõrjutusega, diskrimineerimisega ning toetuse puudumisega (Ludlow jt, 2012). Vaimse tervise raskustega inimese ennasthävitav ja antisotsiaalne käitumine ning hügieeni-ja välimusprobleemid on pereliiketele koormav (Lockwood jt, 1992). Pereliikme tunnevad, et nad on sotsiaalselt isoleeritud, neil on puudulikud teadmised vaimse tervise valdkonnast ning nad ei saa piisvalt toetust (Ludlow jt, 2012). WHO (2022) täiendab, et pereliikmed seisavad silmitsi kõrgete kuludega, piiratud teadmistega vaimsest tervisest, kehvade varasemate kogemustega, usaldamatusega tervisehoiutöötajate ja ravi vastu ning häbimärgistamisega.

Vaimse tervise raskustega inimesed, kes on institutsioonis (kohtumääruspõhine teenus), tulevad sinna tavaliselt oma vanemate kodust. Peamine põhjus, miks nad satuvad institutsiooni, on nende hooldusvajaduse suurenemine, mis on ületanud nende pere suutlikkuse (Saloviita 1990, lk 142). Anderson jt (2004) toovad välja, et vaimse tervise raskustega inimese institutsioonis olemine seab perekonna uude olukorda ja see olukord võib kaasa tuua nii negatiivsed kui ka positiivsed tagajärgi. Negatiivne suhe institutsioonis töötajate vahel ja halvad ettekujutused hooldusest tekitavad pereliikmele stressi. Lockwood, Spaniol ja Zippel (1992) toovad uuringus välja, et töötajate arusaam, mida pered vajavad ja perede enda arusaam oma vajadustest on erinev ja see takistab pereliikmeid uue rolliga kohanemisel. Pereliikmed tunnevad uues rollis süüd, viha, ärevust ja depressiooni (Anderson jt, 2004). Samas aga toodi välja, et spetsialistid võivad pereliikmeid aidata uute rollidega kohanemisel, tõstes nende teadlikkust vaimse tervise valdkonnast, rõhudes perekonna tugevustele, kaasates neid planeerimisse, inimõiguste küsimustesse, järelevalvesse ja olles neile lihtsalt olemas (Lockwood jt, 1992).

Wilkman jt (2015) toovad välja, et tihti vajavad vaimse tervise raskustega inimesed kogukonnas elamiseks teatud tüüpi toetust, mida nimetatakse isiklikuks toetussüsteemiks. Toetus hõlmab toetavaid isiklike suhteid, tööalaseid ja vabatahtlikkusel põhinevaid suhteid ning materiaalseid ressursse (Wilkman jt, 2015). Kogukonnas kättesaadavaid toetavaid ressursse nimetatakse kogukondlikuks toetussüsteemiks, mis hõlmab ka toetatud elamise teenust (Wilken jt 2015). Piat ja Seida (2018) toovad oma uuringus välja, et eluasemel (majutusel) on oluline roll vaimse tervise raskustega inimese ja tema perekonna vaheliste suhete loomisel ja tugevdamisel.

Bresnahan (2003) toob välja, et perekond on taastumisel kaitsefaktor. Perekonna kaasamine vähendab vaimse tervise raskustega inimestel kohanemisega kaasnevat stressi ja suurendab vastupidavust (Bresnahan, 2003). Aldersey ja Whitley (2015) täiendavad, et perekond pakub kogukonnas kohanemisel tugevat moraalset ja praktilist tuge ning on taastumist motiveeriv jõud. Samuti parandab pereliikmete kaasamine vaimse tervise raskustega inimestel toimetulekut igapäevaelus (Shajani ja Snell, 2019). Perekonnaliikmete kaasamine vaimse tervise raskustega inimeste kohanemise protsessi suurendab autonoomiat ja positiivseid suhteid teiste kogukonnaliikmetega. Perekonnaliikmete hoolivus tõstab vaimse tervise raskustega inimeste enesehinnangut, tagab parema psühholoogilise kohanemise ning suurema sotsiaalse pädevuse (Schilger, 2023).

Kogukonnas aset leidvad suhted pereliikmete, naabrite ja tuttavate vahel pakuvad inimestele emotsionaalset ning praktilist tuge ning omavad positiivseid mõjusid inimese tervisele ning heaolule (Araten-Bergman & Bigby, 2021, p. 1). Seega on inimeste vahelised suhted oluline tegur, mis võib aidata leevendada ning ennetada vaimse tervise raskusi (Gilchrist, 2019, p. 21).

Schafer (2021) toob oma uuringus välja, et pereliikmete panustamine võib toimuda mitmel suunal, sh näiteks juurdepääsu tagamine kvaliteetsemale teenusele või programmidele. Lisaks juhivad pereliikmed tähelepanu lähedase vaimse tervisega seotud vajadustele ning oskavad näha tema ainulaadseid individuaalseid omadusi. Aldersey ja Whitley (2015) toovad oma uuringus välja, et pereliikmed julgustavad ravi jätkamist, programmides ja teenustel osalemist ning julgustavad hoiduma alkoholist, narkootikumitest ja muudest ebatervislikest suhetest. Pereliikmete kohalolek füüsiliselt või mõnel muul viisil (küllastamine, telefonivestlus, videokõne) pakuvad stabiilsust ja aitavad kesta usalduslikul suhtel (Aldersey ja Whitley 2015). Pereliikmed aitavad kaasa häbimärgistamise ja diskrimineerimise vähendamisele ja on sisemiseks motivaatoriks kohanemisel ja kogu taastumisprotsessis (Schafer 2021, Aldersey ja Whitley 2015).

Aldersey ja Whitley (2015) toovad oma uuringus välja, et pereliikmed võivad olla nii kohanemise kui ka kogu taastumisprotsessi takistavad faktorid. Perekonnaliikmete mittetoetavat käitumist nähakse kui stressi allikat juhtudel kui lähedastel puudub mõistmine, ning pooldatakse sunniviisilist haiglaravi. Tunin ja Uziely (2020) täiendavad, et takistavaks faktoriks on ka pereliikmete toetuse puudumine, mis on tingitud vaimse tervise alaste teadmiste puudumisest. Samuti vale teabe saamine vaimse tervise kohta takistab pereliikmel olla toetaja funktsioonis (Aldersey ja Whitley, 2015). Bevan ja Pecchioni (2008) toovad samuti oma uuringus välja, et

pereliikmed ei ole võimelised piisavalt toetust pakkuma, kuna neil puuduvad vaimse tervise alased teadmised. Lambert jt (2015) toob välja, et vaimse tervise raskustega pereliikme toetamine on emotsionaalselt keeruline. Seepärast on oluline pereliikmeid koolitada ja pakkuda siis neile emotsionaalset toetust (Giveni jt 2001). Susanti jt (2017) toovad oma uuringus välja, et pereliikmed vajavad infot, et olla teadlikumad ja osavamad vaimse tervise raskustega inimese toetamisel. Lisaks pereliikmed, kes pakuvad emotsionaalset tuge, soovivad olla kaasatud toetuskogukonda (Susanti jt 2017).

Teadmised vaimse tervise raskustest vähendavad pereliikmete enda ärevust ja parandavad pereprobleemide lahendamise oskust ning arendavad toimetulekut positiivses suunas (Aldersey ja Whitley, 2015). Hodge (2023) täiendab, et vaimse tervise alane harimine, müütide ja väärarusaamade ümberlükkamine ning peresisene enesehoolduse edendamine on suureks abiks kohanemisel.

Worrell jt (2018) toovad oma uurimuses välja, et pereliikmetele on suureks abiks ka tugirühmad. Tugirühma all mõeldakse samasuguste kogemustega inimeste kohtumisi ja koos tegutsemist, mille eesmärk on pakkuda üksteisele tuge ja seltskonda (Worrell jt, 2018). Tugigruppe on erinevaid ja nad erinevad ka kokkusaamiste sisu poolest (Worrell jt, 2018). Tugigruppe, mis pakuvad vastastikust abi ja tuge, korraldavad ning juhivad pereliikmed ise ning nende tegevus põhineb vabatahtlikkusel (Worrell jt, 2018). Pereliikmetele mõeldud tugirühmad parandavad perekonna toimimist ning aitavad omandada teadmisi ja saavutada suuremat mõistmist (grupis ja kogukonnas), soodustavad vastastikust usalduslikku õhkkonda ning avatud ja ausa tunnete jagamise kaudu emotsionaalse toe saamist (Worell jt, 2018). Tugirühma kaasatus võib parandada sotsiaalse häbimärgistamisega toimetulekut, toetab paremat suhtlust nii vaimse tervise raskusega inimese kui ka teiste liikmetega (samas perekonnas) ning aitab vähem olla vihane vaimse tervise raskusega pereliikme peale (Worrell jt, 2018).

Pereliikmetel on oluline roll vaimse tervise raskustega inimeste toetamisel, et nad saaksid kogukonnas elades hästi hakkama ja suudaksid luua suhteid. Nagu eelpool väljatoodud, siis pereliikmete asjakohase toe saavutamiseks vajavad nad teadmisi, emotsionaalset tuge, kaaslaste tuge toetusgruppides. Kuid pereliikmete toetamine on väärtuslik, sest sel juhul nende endi olukord paraneb ja nad tegutsevad samas suunas kui tegevusjuhendajad ning teised vaimse tervise spetsialistid, kes panustavad inimeste personaalse taastumise toetamisse.

1.7. Erihoolekandeteenused Eestis

Sotsiaalhoolekande seaduse kohaselt on erihoolekandeteenused Eestis suunatud inimestele, kes vajavad oma vaimse tervise tõttu igapäevaelus tegevusjuhendaja juhendamist, nõustamist ja kõrvalabi ja järelevalvet, ning kellele hoolekande teiste abimeetmetega ei ole võimalik vajalikku abi osutada (Sotsiaalkindlustusamet, 2023).

Erihoolekandeteenuse eesmärk on tagada inimese parim võimalikult iseseisev toimetulek ja areng ning toetada tema ühiskonnaelus osalemist (Sotsiaalkindlustusamet, 2023). Teenuse osutamise põhimõtted on isikukesksus, vajaduspõhisus, õiguspõhisus, kaasatus, tugevustele suunatus, terviklikkus, töötajate pädevus ja eetika ning organisatsiooni hea töökorraldus ja kvaliteetne juhtimine (Kalberg, 2022).

Erihoolekandeteenused on sätestatud Sotsiaalhoolekandeseadusega (SHS), milles kirjeldatakse 11 erihoolekandeteenust, sh igapäevaelu toetamise teenus (IET), IET päeva- ja nädalahoiuteenusena, töötamise toetamise teenus, toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus, ööpäevaringne erihooldusteenus (ÖE), ÖE sügava liitpuudega isikule, ÖE kohtumääruse alusel, ÖE ebastabiilse remissiooniga isikule, IET autismispektriga raske ja sügava puudega täisealisele, ÖE autismispektrihäirega inimesele (Sotsiaalkindlustusamet, 2023).

13. aprill 2022 jõustus sotsiaalhoolekande seaduse muudatus, mis annab õiguse kohalikul omavalitusel (KOV) omal algatusel välja selgitada inimese võimalik abivajadus vaimse tervise valdkonnas. Muudatuse eesmärk on suurendada vaimse tervise raskutega inimeste abi saamise võimalusi ning parandada nende toimetulekut, pakkudes neile ennetavalt nõustamist ja tuge (Mets, 2022). Lisaks saab vaimse tervise raskusega inimene või tema esindaja ise pöörduda Sotsiaalkindlustusameti poole (Kalberg, 2022).

Erihoolekandeteenuste rahastamine on aastast aastasse suurenenud, kuid vaatamata sellele on järjekord endiselt 2392 teenuskohale (Sotsiaalkindlustusamet, 2023). Teenuskohtade pikkade järjekordade põhjuseks peetakse jäika rahastussüsteemi, mis ei arvesta piisavalt teenust vajavate inimeste erinevate vajadustega ning, mis pole vastavuses teenuseosutajate tegelike kuludega (Sotsiaalministeerium, 2018).

2023. aasta juulis lõppes 16. aastat kestnud erihoolekande reorganiseerimine, Euroopa Regionaalfondi toel suleti alates 2010. aastast 17 suurt hoolekandetasutust ning uue kodu kogukonnas sai üle 1500 vaimse tervise raskustega inimese (AS Hoolekandeteenused, 2023). Reorganiseerimise eesmärk oli erihoolekandeteenuste arendamine ja institutsioonides elavate vaimse tervise raskustega inimeste elutingimuste parandamine lähtudes ÜRO puuetega inimeste konventsioonist (Sotsiaalministeerium, 2014). Vaatamata sellele, et erihoolekande reorganiseerimine Eestis on lõppenud, tuleb endiselt suurt tähelepanu pöörata kogukogukonna arendamisele, et vaimse tervise raskustega inimesi kogukonnas aktsepteeritakse ja, et oleks tagatud nende inimõigused.

PROBLEEMIPÜSTITUS

Aastakümneid on vaimse tervise raskustega inimesed viibinud suurtes, rahvarohketes ja ühiskonnast eraldatud institutsioonides (Bullock ja Mahon, 2017). Institutsionaalselt hooldusmudelilt ülemineku kogukonnapõhisele oli ja on aeganõudev ning keeruline protsess. Deinstitutionaliseerimise tulemusel on üle mindud kogukonna teenusele, kuid kogukonnad ei ole valmis tervise raskustega inimesi aktsepteerima (Narusson ja Vörk, 2023). Samuti pereliikmed on uues rollis, kui nad peavad toetama vaimse tervise raskustega pereliikme elama asumist kogukonda. Seepärast on oluline uurida vaimse tervise raskustega inimestelt ja nende pereliikmetelt, mis on raske ja millega on keeruline hakkama saada.

Eesmärk ja uurimisküsimused

Käesoleva uurimuse eesmärk on tuua välja erihoolekande reformi raames elukohta muutvate vaimse tervise raskustega inimeste kohanemine kogukondades nende endi ja pereliikmete vaatest.

Eesmärgist tulenevalt olen tõstatanud järgnevad uurimusküsimused:

- Millised kokkupuuted ja kogemused on vaimse tervise raskustega inimestel geograafilistes kogukondades elavate kogukondade liikmetega?
- Kuidas vaimse tervise raskustega inimeste perekonnaliikmed saavad toetada kogukonnas kohanemist?
- Kuidas kujundada geograafilistes kogukondades vastastikku mõistvaid ja hoolivaid suhteid nii, et vaimse tervise raskustega inimestel oleks võimalik lõimuda kogukonda?

2. METODOLOOGILINE LÄHTEKOHT

Antud peatükkis kirjeldan uurimus- ja andme kogumismeetodit, uurimuses osalejaid, analüüsimeetodit, uurimuse eetilist aspekti ning eneserefleksiooni.

2.1. Uurimismeetodi valik ja põhjendus

Magistritöö metodoloogiliseks lähtekohaks valisin kvalitatiivse lähenemise. Kvalitatiivne uurimus annab võimaluse mõista, kuidas uurimuses osalejad mõistavad, kogevad ja tõlgendavad sotsiaalset maailma (Sandelowski, 2004). Kvalitatiivne uurimus võimaldab uurida süvitsi, missugused on keerukused ja raskused vaimse tervise probleemidega inimestel kogukonda lõimumisel.

Kvalitatiivsele uurimusele on omane lähenemine, mille alusel on võimalik uurimuses osalejaid uurida nende loomulikus kontekstis ja ka seda konteksti arvestada (Hammersley, 2013). Kvalitatiivse uurimuse tulemused aitavad uurimuses osalejate kogemuste tundma õppimise kaudu saada põhjalikumaid ja sügavamaid teadmisi uuritava nähtuse kohta (Spenser jt, 2014). Samas kvalitatiivse uurimuse puhul tuleb arvesse võtta, et saadud tulemused ja nende põhjal tehtud järeldused ei laiene kogu valdkonnale, st praeguses uurimuses kogu vaimse tervise probleemidega (k.a. psüühikahäiretega) inimestele ja nende perekonnaliikmetele/lähedastel, sest need siin kirjeldavad vaid teatud hulga uurimuses osalenud isikute kogemusi ja vaatenurki.

Kvalitatiivne lähenemisviis sobib minu magistritöö eesmärgi saavutamiseks kõige paremini, sest see võimaldab välja tuua uurimuses osalejate kogemused, arusaamad, eesmärgid ja mõtted eluprotsessidest (nende igapäeva elust). Klenke (2016) toob välja, et kvalitatiivne lähenemisviis aitab kõige paremini mõista, kuidas inimesed oma elu sündmusi tajuvad, kogevad ja mõtestavad.

Käesoleva uurimuse eesmärk on tuua välja erihoolekande reformi raames elukohta muutvate vaimse tervise raskustega inimeste kohanemine kogukondades nende endi ja pereliikmete vaatest.

Eesmärgist tulenevalt olen tõstatanud järgnevad uurimusküsimused:

- Millised kokkupuuted ja kogemused on vaimse tervise raskustega inimestel geograafilistes kogukondades elavate kogukondade liikmetega?
- Kuidas vaimse tervise raskustega inimeste perekonnaliikmed/lähedased saavad toetada kogukonnas kohanemist?

- Kuidas kujundada geograafilistes kogukondades vastastikku mõistvaid ja hoolivaid suhteid nii, et vaimse tervise raskustega inimestel oleks võimalik lõimuda kogukonda

2.2. Andmekogumismeetod

Andmete kogumiseks kasutasin poolstruktureeritud intervjuud (vt intervjuukava lisa 1 ja 2). Poolstruktureeritud intervjuus kasutatakse eelnevalt koostatud intervjuukava, kuid küsimusi ei pea esitama kindlas järjekorras, vaid küsimused esitatakse vastavalt vestluse arengule (Harvey, 2012, lk 20).

Poolstruktureeritud intervjuu valisin, kuna see andis võimaluse esitada küsimusi vastavalt vestluse kulgemisele. Intervjuu võimaldab uurijal märgata intervjuueeritava kehakeelt ja intonatsiooni, mis võib intervjuueeritava verbaalsele vastusele lisainformatsiooni anda (Opdenakker, 2006). Intervjuu küsimused annavad intervjuueeritavale võimaluse avatult rääkida talle rasketest ja olulistest temadest pingevabalt ja talle sobivas keskkonnas.

Intervjuu vaimse tervise raskustega inimeste kava teemad jaotasin kolme teemaplokki, mille eesmärgiks on teada saada, millised võimalused on vaimse tervise probleemidega inimestel suhtlemisel ja lõimumisel kogukonda ning kuidas neid parendada (vt intervjuukava lisa 1).

Esimene teemablokk kannab pealkirja `Sissejuhatus` ja koosneb avatud küsimusest. Esimese teemaploki küsimustele vastates oli inimestel, eriti lähedastel, võimalik jutustada neile sobival viisil ja oma sõnadega tausta lugu, mida võib nimetada ka narratiiviks.

Teine teemablokk hõlmab küsimusi vaimse tervise probleemidega inimeste kohanemisest erinevates hoolekandeasutustes, nende kogemustest ja tunnetest uues keskkonnas, kes ja kuidas kohanemisel toetasid.

Kolmas teemablokk käsitleb vaimse tervise probleemidega inimeste suhteid nende igapäevaelus - lähedastega, töötajatega ja kogukonna liikmetega.

Intervjuud viisin läbi ajavahemikus september 2020 kuni detsember 2020. aasta. Kõiki osalejaid intervjueerisin eraldi nende poolt valitud keskkonnas. Läbiviidud intervjuude kestuseks oli 32 minutit kuni 65 minutit.

2.3. Uurimuses osalejad

Uurimuse raames viisin läbi kaheksa intervjuud, kus osalesid 4 vaimse tervise raskutega inimest (grupp 1) ning neli vaimse tervise raskutega inimeste pereliikmed (grupp 2). Intervjueeritavateks pereliikmeteks olid ema, tädi ja õed.

Uurimuses osalenud vaimse tervise raskustega inimeste taustad on erinevad. Üks intervjueeritav on üles kasvanud suures kinnises institutsioonis ja deinstitutionaliseerimise käigus suunatud elama kogukonnateenusele. Kaks intervjueeritavat on kasvanud üles kodus pereliikmete keskel, kuid vaimse tervise halvenemise tõttu suunatud ööpäevaringsele erihooldusteenusele kohtumääruse alusel asutusse, mis käesolevaks hetkeks on reorganiseerimise tulemusel suletud. Neljas intervjueeritav on sündinud ja üles kasvanud samuti pere keskel, kuid tema sattus erihoolekandeteenusele vanemate kaotuse pärast.

Uurimuses osalenud vaimse tervise raskutega inimeste valimisel võtsin aluseks kolm kriteeriumit:

- Osalejad on erinevate maakondade väiksematest kogukondadest.
- Osalejad on elanud antud kogukonnas vähemalt üks aasta.
- Osalejad suutelised küsimustest aru saama ja nõus oma mõtteid ning kogemusi jagama.

Minu uurimuses osalesid vaimse tervise raskustega inimesed, kes elasid kahe maakonna kolmes erinevas kogukonnas. Maakonna all mõeldakse Eesti 1. järgu haldusüksusi, mida on 1960 aasta reformiga 15 (Kont ja Kukk, 2013). Kogukonna all mõeldakse inimeste kooslust, mis väärtustavad sotsiaalset, kultuurilist, ökoloogilist ja majanduslikku jätkusuutlikust (Narusson, 2017).

Pöördusin AS Hoolekandeteenuste avalike suhete juhataja poole, kes andis mulle asutuse viie erineva allüksuse kontakti. Kriteeriumitele vastasid kolm allüksust, kellega ka võtsin ühendust E-maili teel. Antud allüksused asuvad erinevates Eesti maakondades. Seejärel tutvustasin AS Hoolekandeteenuste allüksuste klienditöö juhtidele uurimuse eesmärki ja palusin teha koostööd, et leida asutuse klientide seast intervjueeritavad ja nende pereliikmed või lähedased, kes oleks nõus osalema minu uurimustöös. Kaks allüksust olid nõus uurimuses osalema ja üks allüksus ei olnud

nõus. Keeldunud allüksuse klienditöö juhtaja sõnade järgi antud üksuse tegevjuhendajad ei soovinud uurimuses osaleda ja ilma tegevjuhendajate abita pole võimalik intervjuerimisi läbi viia. Nõustunud allüksuste klienditöö juhatajatele saatsin ka täpsustava pöördumisteatise (LISA 1).

Esimese grupi intervjueritavatega sain ühendust läbi kliendi- ja tiimitööjuhtide, kellega leppisime kokku intervjuu ajad. Kliendi- ja tiimitööjuhid andsid informatsiooni edasi allüksuste graafiku järgsete tegevjuhendajatele. Üks vaimse tervise raskustega inimene keeldus kohtumisest ja intervjuust. Teise grupi intervjueritavatega suhtlesin, kas telefoni või e-maili teel. Ühe vaimse tervise probleemidega inimese lähedasega kontakti ei saanud.

Uurimuses osalenud vaimse tervise raskustega inimese (grupp 1) vanus jäi vahemikku 35-65 aastat. Vaimse tervise raskustega inimese elukohaks olid linnas 3-toaline korter 5-korruselises majas (3 elanikku, igal ühel oma tuba), eramaja (10 elanikku ja igal ühel oma tuba) või kahekorruseline majajüksus (4 korterit, igas korteris 6 elanikku, igal ühel oma tuba) kogukonnas. Nende lähedased või pereliikmed ei ela samas maakonnas.

Intervjueritavate anonüümsuse tagamiseks kasutan vaimse tervise raskustega inimeste (grupp 1) nimede asemel lühendeid K1 – 35. aastane naine, K2 – 64. aastane mees, K3 – 43. aastane mees ja K4 – 41. aastane mees. Vaimse tervise raskustega inimeste lähedaste/pereliikmete (grupp 2) nimede asemel kasutan L1, L2, L3 ja L4.

2.4. Uurimuse käik

Magistritöö teemaga alustasin 2019. aasta sügisel. Oma igapäevase politseitöö ülesannete täitmisel toimusid kohtumised ka sotsiaalvaldkonna spetsialistidega. Kuna samal ajal õppisin magistriõppes, siis nende kohtumiste raames leidsin endale südamelähedase teema, millest kirjutada. Soovisin, et minu uurimustööl oleks ka praktiline väärtus, mida saaks kasutada vaimse tervise probleemidega inimeste lõimumisel kogukonda. Võtsin ühendust AS Hoolekandeteenuste kommunikatsioonijuhiga, kellega arutasime läbi planeeritava uuringu. Samuti leidsin endale juhendaja.

2020. aasta septembrikuus hakkasin konkreetsemalt uurimustööga tegelema. Esmalt koostas intervjuu kava, millele ma toetusin, kui intervjuerisin osalejaid. Intervjuu kava, mis valmis

oktoobrikuus oli jaotatud kolme blokki: sissejuhatus (tutvumine, kontakti saavutamine), suhted ja kogukond. Tegemist oli poolstruktureeritud intervjuuga ja vajadusel esitasin täpsustavaid või teemat laiendavaid küsimusi vastavalt teema arengule.

Enne intervjuerimist võtsin osalejatega (grupp 2) ühendust telefoni teel, kus tutvustasin ennast ja oma uurimuse eesmärki. Seejärel leppisime kokku kindlad kuupäevad ja kellajad intervjuude läbiviimiseks. Üks intervjuu toimus Skype videokõne teel. Kahel korral ei saanud mina oma paarikuuse lapse kõrvalt kokkulepitud kohta sõita. Kuna ka intervjueritav oli tööga hõivatud, siis otsustasime intervjuu läbi viia Skype teel. Nii intervjuerides oli otsene kontakt ja silmside olemas, mis andis intervjuule lisaväärtuse, võimaluse näha intervjueritava näoilmet ning emotsionaalseid reaktsioone. Kahel korral intervjuerisin osalejaid nende endi kodus, kus neil oli mugavam rääkida rasketel teemadel. Ühel korral pidin küsimused esitama E-maili teel, kus samuti tutvustasin ennast ja oma uurimustöö eesmärki ning seejärel palusin vastavalt tema soovile küsimustele kirjalikult vastata.

Intervjuerimise alguses küsisin intervjueritavatelt luba salvestamiseks ja andmete anonüümseks kasutamiseks uurimustöö eesmärkidest lähtuvalt. Selgitasin, et kasutan tulemuste esitamisel nende mõtteid sõna-sõnalt ja intervjuu katkeid esitan ilma isikuandmeid avaldamata. Intervjueritavad andsid nõusoleku nii salvestamiseks kui ka audiosalvestamiseks. Intervjueritavate nõusolekud on kuuldavad-nähtav ka antud salvestustes. Intervjueritavad olid avatud ja emotsionaalsed. Intervjuerides kuulasin, proovisin mitte suunata, vajadusel täpsustasin või esitasin küsimusi vastavalt teema arengule.

Intervjuud klientidega (grupp 1) toimusid samal perioodil, kui nende lähedastega. Enne intervjuerimisi võtsin ühendust tegevusjuhendajatega, kellega leppisime kokku intervjuerimise ajad. Esimene intervjuu toimus kliendi elukohas ehk kahekorruselises majaüksuses. Enne seda antud klienti ei informeeritud kuna tervisliku seisundi tõttu muutub ta liigselt ärevaks ja tekkivad erinevad hirmud. Kokkusaamisel tutvustasin ennast ja oma uurimustöö eesmärki ning küsisin nõusolekut intervjuu andmiseks ja salvestamiseks. Intervjueritav nõustus ja seejärel sain talle turvalises keskkonnas ehk tema toas selle läbi viia. Teise intervjueritavaga kohtumine toimus samal päeval mõned tunnid hiljem tema kodus, mis kuulub AS Hoolekandeteenustele. Oma toas vestles ta avatult ja tundis end turvaliselt. COVID 19 olukorra tõttu olid ühiskonnas kehtestatud külastuskeelud ja kohtumised siis toimusid kaks intervjuud Skype teel.

Enne intervjuerimist küsisin luba salvestamiseks ja andmete transkribeerimiseks. Samuti selgitasin, et neil on õigus iga hetk soovi korral intervjuu katkestada. Vestluse käigus arvestasin vaimse tervise raskusega inimese vajadustega, tema rääkimise tempoga ja mõttepausidega. Vajadusel suunasin nende mõtted uurimusteema juurde tagasi.

2.5. Uurimuse eetiline aspekt

Enne intervjuude läbiviimist selgitasin uurimuse osalejatele, milline on minu uurimuse eesmärk ja kuidas ma nende vastuseid uurimuses kasutan. Ühtlasi küsisin intervjueritavateelt luba intervjuu salvestamiseks ja selgitasin intervjueritavatele, et antud uurimus on anonüümne, kus ei avalikustata isikuandmeid, helisalvestusi, täismahus transkriptsioone ega hästi ära tuntavaid ja spetsiifilisi kohti nende intervjuudes. Samuti selgitasin kõiki küsimustes kasutatud termineid, et nii mina uurijana kui ka intervjuus osaleja mõistaks räägitut ühtemoodi. Selgitasin, et mõistan teema emotsionaalsust ja seda, et kui intervjueritav keeldub küsimusele vastata.

Intervjueritavatele lubasin soovi korral magistritöö valmis kujul tutvumiseks saata.

2.6. Andmeanalüüsimeetod

2.6.1. Teemaatiline analüüs

Kvalitatiivsete materjalide analüüsimiseks on erinevaid meetodeid nagu sisuanalüüs, teemaatiline analüüs, tõlgendav põhianalüüs, diskursuse analüüs ja induktiivne analüüs. Oma uurimuse raames kogutud andmete analüüsimiseks kasutasin teemaatilist analüüsi. Teemaatilise analüüsi läbiviimise käigus on võimalik intervjuudest üles leida ja identifitseerida peituvaid tähendusi, arusaamu ja intervjueritavate endi tõlgendusi (Ezzy 2002 viidatud Kalmus, Linno ja Masso, 2015 kaudu). Teemaatilise analüüsi protsessis struktureeritakse materjal etapiviisiliselt ja need hõlmavad andmete ettevalmistamist ja korrastamist, andmete transkribeerimist, andmetega tutvumist, andmekogumise käigus koostatud memode läbitöötamist, andmete kodeerimist ja teemade loomist, mille aluseks on kodeeritud tekstiühikud; etapid võimaldavad analüüsiprotsessi läbipaistvaks muuta (Lester jt., 2020).

2.6.2. Andmete analüüsi protsess

Intervjuud viisin läbi kolmel viisil. Neli intervjuud olid silmast-silma intervjuud osalejate praeguses elukohas, kolm viisin läbi Skype ja ühe E-maili teel. Seitse intervjuud salvestasin telefoni voice recorder rakendusega. Audiosalvestatud intervjuude transkribeerimiseks kasutasin veebipõhist programmi. Viie intervjuu transkribeerimisel kasutasin TTÜ Küberneetika Instituudi Foneetika- ja kõnetehnoloogia laboris väljatöötatud tehnoloogiat ja mudeli veebipõhist programmi (Alumäe, Tilk, Asudullahh, 2018). Antud programm võimaldas helifaili veebi teel üles laadida ja hiljem saadeti transkribeeritud tulemus E-mailile. Saadud transkribeeritud failid kontrollisin sõna sõnalt üle ja vajadusel parandasin helisalvestuse järgi. Ülejäänud intervjuud transkribeerisin ise, mis oli koos teiste transkribeeritud failide kontrollimisega ajamahukas töö.

Transkriptsioonide analüüsimiseks kasutasin temaatilist analüüsi. Temaatiline analüüs seotud analüütiliste tavadega, mis on võrdsed teiste kvalitatiivse analüüsi lähenemisviisidega ning seda saab kasutada nii üksikute andmete kui ka mitmesuguste andmekogumite analüüsimisel (Lester jt., 2020).

Andmete analüüsimisel lähtusin kuuest etapist, mida Braun ja Clarke (2006) toovad välja:

- Transkriptsioonide koondamine
- Andmete avatud kodeerimine
- Teemade otsimine
- Teemade ülevaatamine
- Teemade lõplik nimetamine
- Temaatilise analüüsi tulemuste kirjutamine

Analüüsimisprotsessi alustasin transkriptsioonide läbi lugemisega, et saada tervikliku ülevaadet. Seejärel alustasin tekstide kodeerimise protsessiga. Kodeerimist viisin läbi Maxqda Analytics Pro 2020 (prooviversiooni) programmi abil. Antud programmi koondasid olemasolevad transkriptsioonid. Analüüsimise käigus segmenteerisin lauseid, määrasin olulistele andmete osadele koodid. Avatud kodeerimisest kujunesid välja teemad ning sarnastest teemadest moodustasin kategooriad. Lisaks Maxqda Analytics Pro 2020 programm võimaldas lisada memosid ehk märkmeid ja kirjeid ning enda poolseid kommentaare tööle.

2.7. Eneserefleksioon

Magistritöö andmete kogumiseks valisin poolstruktureeritud intervjuu, kuna antud meetod on kõige sobilikum minu valitud teemale ja lisaks, selle kaudu on võimalik saada kõige väärtuslikumat informatsiooni. Ma omasin eelnevat kogemust intervjuu kava koostamisest ja läbiviimisest tänu endise Tallinna Pedagoogilises Seminaris koostatud lõputööle, aga sellest on palju aastaid möödas. Seega kogu tegevuste läbiviimine oli mulle uudne ja pingutust nõudev. Kõige rohkem ma kartsin, et intervjuueeritav ei ole nõus ise või ei luba oma perekonnaliikmel/lähedasel uurimuses osaleda. Saades intervjuueeritavate kontaktid tekkis sisemine rahu, et minu valitud teema on oluline ja vajab rohkem uurimist ning avalikustamist.

Kui andmete kogumise meetodit oli mul kerge valida, siis andmete analüüsimiseks sobiva meetodi leidmine oli kõige keerulisem. Kuna materjali on tohutult palju, siis selle õige leidmine ja teksti sobitamine oli minule suur väljakutse. Tutvunud ja analüüsinud erinevaid magistritöid, lugenud antud teemalisi raamatuid ja artikleid, leidsin enda jaoks sobiva meetodi.

Uurimuses osalejate valimi leidmise ja nõusoleku saamise periood oli minu jaoks väga pingeline. Sellest sõltus, kas saan oma valitud teemast kirjutada või pean uue teema leidma. Kolmest kaks allüksust nõustusid uuringus osalema ja see tekitas minus lootust andva tunde. Ühe allüksuse keeldumine tegevusjuhendajate soovil oli minu jaoks arusaamatu ja see tekitas vastusolulisi tundeid. Raske oli mõista, miks ei soovita teha koostööd eesmärgil leida võimalusi vastastike suhete parandamiseks ja vaimse tervise raskustega (k.a. psüühilised) inimeste lõimumiseks kogukonda. Samuti on ju teada, et inimeste omavahelised suhted aitavad kaasa personaalsele taastumisele.

Esimesed kaks intervjuud olid minu jaoks kõige stressi rohkemad. Intervjuud toimusid külmal talvisel perioodil võõras linnas. Raske oli keskenduda intervjuude läbiviimisele, kuna mõtted olid pidevalt minu paarikuuse lapse juures, kelle olin sunnitud selleks ajaks lapsehoidjaga õue jätma. Samuti olin teadmatutes, kas esimene intervjuueeritav nõustub üldsegi minuga kohtuma. Rahunesin veidi maha, kui intervjuueeritav kutsus mind enda tuppa ja andis nõusoleku uurimuses osalemiseks ning intervjuu salvestamiseks. Vaatamata sellele, et olen politseitöö käigus aastaid inimesi küsitlenud ja üle kuulanud, oli antud intervjuu läbiviimine minu jaoks konarlik. Alguses läksid sõnad sassi ja ka küsimuste esitamine ei läinud nii ladusalt kui lootsin. Hiljem kuulasin ja

analüüsisin salvestust. Järgmiste intervjuude läbiviimisel olin rahulikum, mõtlesin paremini läbi oma küsimused ja kontrollisin enda sõnalist väljendust.

Samal päeval toimus ka teine intervjuu, kuhu läksin juba palju enesekindlamalt. Paraku see hea tunne kadus kohe, kui koputasin intervjuueeritava uksele ja mulle teatati, et teda pole kodus. Olin sõnatu. Kogusin end, muutsin oma plaane ja tulin nelja tunni pärast tagasi. Siis õnnestus kokku saada ka intervjuueeritavaga, kes meelsasti oli nõus minuga oma toas vestlema. Vestlus möödus avatud ja usalduslikus õhkkonnas.

Järgmised kolm intervjuud toimud Skype teel. SKYPE esimeseks valmistusin kõige rohkem ette. Laadisin alla programmi ja katsetasin oma tuttava peal, kas sülearvuti kaamera ning mikrofoni töötavad korralikult. Kuna arvuti ei ole kõige uuem, siis muretsesin, kas kõik toimib tõrgeteta. Õnneks ei vedanud arvuti kordagi alt ja kõik planeeritud intervjuud sai läbi viidud.

Kui nüüd mõelda, milline intervjuu läbiviimise vorm meeldis mulle rohkem, siis pean tõdema, et mõlemad. Vaimse tervise raskustega isikutega oli intervjuud läbi Skype parem läbi viia, kuna siis nad suunasid oma tähelepanu arvutikuvarile ja olid rohkem keskendunud vestlusele. Kui aga intervjuueerisin omas kodus siis oldi rohkem hajevil, tahtsid väga palju oma igapäeva elust rääkida, eriti oma tegevustest. Korduvalt pidin neid intervjuu juurde tagasi tooma. Vastupidi oli aga intervjuud perekonnaliikmetega/lähedastega. Mulle oli meeldiv olla nendega samas ruumis kuna läbi arvuti ei saa kogeda nii detailselt intervjuueeritava kehakeelt ja emotsionaalseid reageeringuid.

Samuti pean mainima, et intervjuus perekonnaliikmetega/lähedastega jälgisin, et minu reageeringud ei oleks liiga emotsionaalsed ja toetavad. Sealjuures proovisin vahele mitte segada ja oma arvamust avaldada. Hiljem analüüsis tuli välja, et intervjuude vältel toetasin korduvalt sõnadega intervjuueeritavat ja jagasin oma kogemusi. Selline kahepoolne vestlus andis intervjuule sügavuse muutes osalejad avatumaks ja usalduslikumaks.

Kokkuvõttes võin öelda, et intervjuud läksid hästi ja ilma probleemideta. Mul oli hea meel kogeda, et on olemas inimesi, kes hoolivad oma perekonnaliikmete/lähedaste käekäigust toetades neid igal võimalusel. Samuti tahan ma siiralt tänada kõiki uurimuses osalejaid, kes olid nõus jagama oma emotsioone ja kogemusi. Intervjuueeritavate avatus, lahkus, sõbralikkus, südamlikkus ja usalduslikkus rikastasid ka mind emotsionaalselt.

3. TULEMUSED

Tulemuste peatükis toon välja analüüsi teostamisel saadud tulemused, mida ilmestavad vaimse tervise raskustega inimeste ja nende pereliikmete tsitaadid. Tsitaadi osad, mis on välja jäetud, on märgistatud kahe kaldkriipsu vahel asuva kolme punktiga (/.../). Intervjuus osalenud intervjuueeritavate tsitaadid on eristatud semikooloniga ja Italic-kirjastiilis. Minu, kui autori kokkuvõtvad laused ja mõtted on esitatud tavalises New Time Roman, pt 12 kirjastiilis. Tulemustes on väljatoodud, kas tegemist on intervjuus osalenud vaimse tervise raskustega inimeste või nende pereliikmete tsitaatidega, kuid tsitaadid on esitatud vastavalt teemale. Vaimse tervise raskustega intervjuueeritavad on märgitud vastavalt järgmiselt: K1 – 35. aastane naine, K2 – 64. aastane mees, K3 – 43. aastane mees ja K4 -41. aastane mees. Vaimse tervise raskustega inimeste pereliikmete nimede asemel kasutan L1, L2, L3 ja L 4.

3.1. Vaimse tervise raskustega inimeste lood

Vaimse tervise raskustega inimeste vaadete ja kogukonnapõhise lähenemisviisi kontekstis on oluline teada ja mõista, millised on need vaated (kogemused), mida vaimse tervise raskustega inimesed jagavad ja, kuidas nad nendest enda kogukonna kohanemise kontekstis räägivad.

Uurimust organiseerides ei olnud planeeritud süvitsi uurida vaimse tervise raskustega inimeste varasemaid kogemusi seoses elukohavahetusega, kuid intervjuude käigus jagasid intervjuueeritavad ise oma unikaalset lugu ehk aspekte oma elukäigus, mis on jätnud sügava jälje ja, mida nad kannavad endaga kaasas.

Uurimuses tõid kaks intervjuueeritavat välja oma kodust asutuse hooldusele ehk teenusele liikumise emotsionaalse keerukuse. Mõlemad kirjeldasid turvalise lapseõlve juurde kuulunud suhteid perekonnas ning pereliikmetega. Üks intervjuueeritav oli vanemate surma tõttu sunnitud kodust lahkuma, kuna ei suutnud iseseisvalt enda eest hoolitseda.

„/.../ ema suri ära/.../ õde aitas ja toetas /.../ tegelikult ma ei tahtnud üldsegi kodust ära minna /.../ esialgu läksin õe juurde Soome, kuid ei osanud soome keelt /.../ õde rääkis minu eest /.../ pakuti kogukonnateenusele minna /.../.“ K1

Teisel intervjuueeritaval tekkisid vaimse tervise raskused täisealisena, mis oli suureks takistuseks õigeaegse arstiabi saamisele. Oma vaimse tervise raskuste omaksvõtmise ja sellega elama õppimise perioodi kuulusid nii politsei, kiirabi, haigla kui ka kohtumaja.

„Elasin emaga /.../ väga tihti viidi haiglasse /.../ igapäevaseid tegevusi tehes tekib mul selline ületamatu tõrge /.../ isegi duši all käimine on raske /.../ mul oli meeletu halb olla /.../olin nagu afekti-seisundis /.../ ema ühel hetkel lihtsalt murdus, ta ei suutnud enam näha, kuidas mind vägisi ära viiakse ja siis panigi mind hooldekodusse.“ K4

Kolmandana intervjuueeritava lugu peegeldab inimese võimekust iseendaga hakkama saada ja õppida iseseisvalt elama peale 44. aastat elamist kinnises hoolekandeesutuses.

„/.../1972. aastal sattusin hooldekodusse elama /.../ elasin terve elu /.../.“ K3

Neljanda intervjuueeritava puhul on tegemist mehega, kes oli sunnitud ruumi puuduse pärast liikuma ühest hoolekandeesutusest liikuma teise. Intervjuueeritaval jäid maha sõbrad, kellest tänaseni puudust tunneb. Uurimuses osalenud vaimse tervise raskustega inimesed tunnistavad, et nende minevikud mõjutavad suurel määral nende praegust mõttemaailma ja igapäevast elu.

3.2. Vaimse tervise raskustega inimeste vaated kogukonnas kohanemisel

Intervjuudes selgus, et nii kolimise protsessi kui ka uue elukohaga kohanemise juures on pereliikmete toetus väga oluline. Esiteks toodi välja, et pereliikme toetus algab hetkest, kui elukoha vahetust hakatakse üldse planeerima. Enamus vaimse tervise raskustega intervjuueeritavad leiavad, et oluline on, et nende arvamusi võetakse kuulda ja aktsepteeritakse. Üks intervjuueeritav rääkis, et peale 44. aastat hooldusasutuses elamist taheti teda suunata elama ühte hoolekandeesutusse, kuid otsust muudeti arvestades tema soove. Samas üks intervjuueeritav lisas, kes kohtumääruse alusel oli otse kodust suunatud hooldekandeesutusse, et soovidega alati ei arvestata ja siis on tuleb lihtsalt kohaneda olukorraga.

„/.../ olin natukene nagu küll nõrдинud, tegelikult üldse ei tahtnud hooldekodus elada, aga ema ei saanud enam minuga hakkama /.../.“ K1

Teiseks, intervjuueeritavatele on väga oluline pereliikme selgitustöö. Enamus osalejatest soovivad, et neile selgitatakse elukoha vahetuse põhjusi. Soovivad, et neil on olemas eelnevalt teadmised

uuest elukohast ja sealsetest elamistingimustest, vaba aja veetmise ning tööl käimise võimalustest. Seega vaimse tervise raskustega inimesed soovivad eelnevalt teada saada, millisesse kogukonda elama asutakse.

„/.../ õde aitab mul siia saada, ütles, et mul on võimalus kogukonnateenusele saada /.../ õde rääkis minu eest /.../ mul tuleb oma tuba /.../ töökoht leitakse /.../.“ K3

„/.../ kõige rohkem meeldib see, et noortekeskus on /.../ raamatukogu on /.../ kõik meeldib siin ja olen rahul, et siia kolisin /.../.“ K2

Kolmandaks on oluline pereliikme osalemine kolimisprotsessis. Vaimse tervise raskustega intervjuueeritavad tõid välja, et kolimispäeval on oluline, et pereliige on kõrval, aitab tuba sisustada, aitab tutvuda uue elukohaga ja kogukonnaga.

„/.../õde aitab mul siia saada /.../ uuris, kas ma olen rahul sellega /.../.“ K3

Üks intervjuueeritav oskas välja tuua, et kõikides hoolekandeesutustes pereliige ei saa alati olla kõrval kahjuks.

„/.../ keegi ei aidanud kohaneda /.../ lähedased no, mis nad saavad aidata mind seal kohaneda /.../ töötajad ka ei toetanud /.../.“ K1

Oluliseks toetavaks tegevuseks intervjuueeritavate jaoks on ka igapäevane suhtlemine, kas telefoni teel või siis näost näkku. Enamus intervjuueeritavatest tõdesid, et kiire elu tempo juures ei ole alati võimalik kohtuda pereliikmega, kuid telefoni teel suhtlemiseks leitakse ikka aega. Suhtlemine aitab vaimse tervise raskustega intervjuueeritavatel uues elukohas maandada ärevust, annab teadmise, et nad ei ole üksi ja neist hoolitakse. Lisaks üks intervjuueeritav tõi välja, et igapäevane suhtlemine aitab kursis olla ühiskonnas olevate aktuaalsete temadega.

„/.../ õde helistab mulle, suhtleme telefoni teel temaga /.../ uurin, kuidas Soomes läheb /.../ vanatädi helistab, räägime karoona viirusest, ilmast /.../.“ K3

„/.../ rohkem suhtlen emaga, temaga oleme kõige lähedasemad, peaaegu iga päev helistame, vahel räägime isegi mitu tundi /.../.“ K1

Intervjueeritavate jaoks on väga oluline pereliikmete igakülgne toetus igal eluetapil, eriti uues elukohas ja kogukonnas kohanemisel. Pereliikme olemasolu, temaga suhtlemine, kohtumine on ülioluline vaimse tervise raskustega inimeste jaoks. Ilma pereliikmeta tunnevad vaimse tervise raskustega inimesed ennast üksildasena.

3.2.1. Vaimse tervise raskustega inimeste ootused tegevusjuhendajatele kui kogukonnas kohanemise toetajate suhtes

Vaimse tervise raskustega inimeste uue elukohaga kohanemisel aitavad pereliikmete kõrval kaasa ka tegevusjuhendajad, kes töötavad asutuses ning korraldavad kogukonnas elamise teenust. Enamik intervjueeritavatest leiavad, et toetava isiku (tegevusjuhendaja) roll elukorralduse muutumisel on väga oluline. Toodi välja, et tegevusjuhendaja füüsiline kohal olemine esimestel päevadel maandab pinget ja ärevust. Lisaks tuntakse tuttava tegevusjuhendaja kõrval ennast turvaliselt.

Üks intervjueeritav kirjeldas, kuidas uude kohta kolimisel oli ühel isikul kaasas eelmisest asutusest (elukohast) tegevusjuhendaja, kes aitas tal uue olukorraga turvaliselt kohaneda. Sarnase toetaja puudumine tekitas intervjueeritavas ebavõrdsuse tunde. Ta leidis, et selline töökorralduse, kus vaimse tervise raskustega isiku eelmine tegevusjuhendaja on uues kohas esimestel päevadel tema kõrval, aitab paremini keskkonda sisse elada.

„/.../ üks poiss tuli /.../ tal tuli üks inimene kaasa siia selleks, et too saaks kohaneda /.../ oli siin temaga kaks päeva vist /.../ minuga seda ei tehtud /.../ ma täitsa imestasin, et niimoodi tehti, üldse oli hästi ilus, et saaks kohaneda.“ K1

Intervjueeritavad tõid välja, et kohanemisel on väga oluline töötajate poolne initsiatiiv. Töötajad kaasavad elanikke igapäevastesse tegevustesse. Koos käiakse sisseoste tegemas, valmistatakse süüa ja koristatakse. Ühised tegevused aitavad luua suhteid teiste elanikega ja tutvuda ümbritseva kogukonnaga. Lisaks tõid mõned intervjueeritavaid välja, et kohanemisele aitavad kaasa ka kultuuriürituste ja asutuste külastused.

„K koos toitude teenindajaga näiteks tegime süüa /.../ koos koristamine /.../ kõik tegevused, mida saab koos teha.“ K1

„/.../ oleme käinud kontserditel ja kinodes /.../ ja bussiekskursioonil /.../“ K2

„/.../ raamatukogukäigud /.../“ K4

Kolmandaks oluliseks teguriks kohanemisel on intervjueeritavate arvates asutuse ja personali hoiakud, suhtumine ning suhtlemisoskused. Rõõmus meeleolu, lahkus, abivalmidus, hoolivus ning positiivsus mõjuvad motiveerivalt ja tekitavad rahuloleva tunde.

„/.../ keskkond on päris kena /.../ ilus tuba, kena aed /.../ mulle väga meeldib.“ K1

„/.../ töötajad on toredad /.../ma olen täitsa oma eluga täitsa rahul /.../.“ K3

Vaimse tervise raskustega inimestele on nii kohanemise kui ka igapäeva toimetuste juures väga oluline hoolekandeesutuse personali positiivne suhtumine, nende poole initsiatiiv koos tegutsemiseks ning võrdne kohtlemine.

3.2.2. Vaimse tervise raskustega inimeste vaated ja hoiakud kogukonna ja seal elavate liikmete kohta

Elukoha vahetuse järel on vaimse tervise raskustega intervjueeritavatele oluline ümbruskonnaga ehk kogukonnaga tutvumine ja sellega kohanemine. Intervjuudes selgus, et vaimse tervise raskustega intervjueeritavad mõistavad kogukonna all naabruskonda, mille moodustavad inimesed, kes elavad nende kõrval ja lähimas piirkonnas.

„/.../inimesed, kes mu ümber nagu elavad igapäevaselt /.../.“K1

„/.../no kuidas seda nüüd selle kohta öelda (mõtte paus) naabrid /.../.“K4

„/.../ kuidas ma ütlen, meeldivad inimesed ümber /.../.“ K3

Vaimse tervise raskustega intervjueeritavate arvates on kogukonnaga kohanemine individuaalne ja see sõltub paljudest teguritest. Esiteks, see sõltub kohanejast endast, st peab olema tahtmine tutvuda uue ümbruskonnaga ja seal elavate inimestega. Intervjueeritavad leiavad, et aktiivsed suhtlejad, kes ei pelga võõraid, kohanevad paremini nii kogukonnaga kui ka kogukonnas elavate inimestega. Passiivsed ja need, kes tervislikust seisundist lähtuvalt hoiduvad kontaktist võõraste inimestega, siis nende suhtlemine piirdub ainult asutuse töötajatega, olemasolevate pereliikmetega ja nendega (klientidega), kellega koos elatakse.

„/.../ absoluutselt mitte ei suhtle naabritega. Ei ole võimalust tekkinud ega taha kah /.../ meid ei ühenda mitte miski ja lihtsalt ma pole piisavalt hea suhtleja.“ K1

„/.../ naabrimeest näen, kuid nendega isiklikult ma ei suhtle üldse /.../ ega ma neid naabreid ei tunne /.../ minu jaoks on nad võõrad inimesed /.../ ma ei ole selline inimene, kes läheb võõra inimese käest küsima, kuule, mis teed/.../ ma olen tagasihoidlik, ei käi võõraste juures.“ K3

Teiseks, kogukonnas elavate inimeste enda valmidus suhtlemaks vaimse tervise raskustega inimestega. Vaimse tervise raskustega intervjueeritavad leiavad, et väga palju sõltub sellest, kas soovitakse suhelda nendega või ei. Samas tõdevad, et usalduslikke suhteid ei teki, kuna suhtlemine piirdub ainult teretamisega või hüvasti jätmisega.

„/.../hoiavad eemale, nad ei tunne mind /.../.“K3

„/.../vahest teretan neid ja nemad ütlevad tere vastu /.../.“K4

Kolmandaks, vaimse tervise raskustega intervjueeritavad leiavad, et suhtlemist kogukonnaga mõjutavad nii enda kui ka kogukonnaliikmete elustiil ning käitumine. Elustiili all mõeldakse alkoholi liigtarvitamist ja sellega kaasnevat normidele mitte vastavat käitumist nagu tüli norimine, karjumine ja teiste inimeste tülitamine. Lisaks toodi välja veel öörahurikkumised ja vägivald.

„/.../ seal olid viinaninad, noh üldse ei saanud läbi seal, õhtuti käisid väljas, siis käisid ukse taga /.../.“ K3

„/.../ kaine, siis oli normaalne, aga armastas ennast pidevalt täis juua, siis noris ka tüli /.../.“ K2

„/.../ liiga lärmakas muusika ja kõva telekas.“K4

Neljandaks, vaimse tervise raskustega intervjueeritavad leiavad, et kohanemiseks on oluline kogukond ise ja seal olevad võimalused. Vaimse tervise raskustega intervjueeritavad tõid välja, et neile on oluline selline ümbruskond, kus on võimalused ja ligipääs tegevustele ja teenustele, millest on huvitatud. Vaba aja veetmise kõrval toodi välja ka töökoha olemasolu vajalikkus.

„/.../mulle meeldib liikuda, bussiga niisama sõita /.../ raamatukogus käia /.../.“K4

„/.../ meeldib noortekeskuses koroonat mängimas käia /.../ raamatukogus raamatuid lugeda.“K2

„/.../ esmaspäeval /.../ võtan koti kaasa ja sõidan bussiga kooli /.../ õpin kokandust/.../ töötan ka puumaterjalidega, teen kaste.“K3

Vaatamata mitmesugustele erinevatele takistustele on vaimse tervise raskustega intervjueeritavate jaoks väga oluline läbisaamine ja suhtlemine kogukonnas elavate inimestega. Vaimse tervise raskustega intervjueeritavad toovad välja, et ühised tegevused aitaksid paremini leida omavahel kontakti ja toetada neid taastumise ning kohanemise protsessis.

„/.../ no minu jaoks on naabrid on väga olulise. Ma tahaks otseses mõttes nendega rääkida /.../ värvida midagi koos /.../.“K3

„Väga oluline on suhtlemine naabritega /.../ ma väga tahaks suhelda /.../ mingit aiatööd teha koos, aidata teisi inimesi /.../ vaarikaid korjamas käia /.../ kui lähemalt tuttavaks saada siis koos süüa teha.“ K1

Intervjuudes selgus lisaks, et vaimse tervise raskustega intervjueeritavad näevad asutuse töötajaid ehk tegevusjuhendajaid kontaktisikuna nende ja kogukonna ning seal elavate inimeste vahel. Tegevusjuhendajate poolt oodatakse initsiatiivi jätkusuhete algatamisel kogukonnaga, k.a. suhtlemist takistavate tegurite minimaliseerimist.

„Ma arvan /.../ kindlasti personal/.../absoluutselt saaksid aidata/.../.“K1

„Loomulikult tegevusjuhendaja/.../.“K3

„/.../töötajad ikka/.../.“K4

Vaimse tervise raskustega inimeste intervjuudes selgus, et kohanemisel kogukonnas on oluline nii pereliikmete kui ka tegevusjuhendajate toetus. Pereliikmetelt oodatakse rohkem emotsionaalset (suhtlemine, kokku saamised) ja tegevusjuhendajatelt initsiatiivi kogukonnas elavate inimestega suhtlemiseks. Lisaks on oluline ka kogukonnas olevad võimalused töötamiseks ja vaba aja veetmiseks .

3.3. Pereliikmete vaated ja hoiakud vaimse tervise raskustega inimeste toetamisel kogukonnas

Pereliikmed kirjeldasid kolmest erinevast vaatenurgast, kuidas vaimse tervise raskustega inimestel elukoha vahetusprotsess ja kohanemine uue keskkonnaga vähem traumeerivamaks kujuneks. Samuti toodi välja erinevaid takistusi suhtlemisel ja lõimumisel kogukonda ning seejärel pakkusid välja tegevusi, läbi mille vaimse tervise raskustega inimesed paremini kohaneksid kogukonnaga ja kogukonnaliikmetega.

Vaimse tervise raskustega inimeste kohanemine kogukonnas on pereliikmete arvates keeruline. Intervjuudest selgus, et pereliikmete jaoks on kõige esmane tegevus kogukonna ja kogukonnaliikmete teavitamine, mille eesmärk on kogukonda ja nende liikmeid ette valmistada vaimse tervise raskustega inimese saabumist kogukonda. Teavitus peab pereliikmete arvates olema põhjalik.

„Kaoks ära arvamus, et see puudega inimene polegi nagu inimene, et tal pole nagu tundeid ja mõtteid, ongi ainult see puudega inimene ja kõik.“ L3

Üks pereliige lisas, et selgitustööd tuleb teha tervele ühiskonnale, et muutuks inimeste hoiak ja suhtumine vaimse tervise raskustega inimestesse.

„Selgitustöö peab algama igaihe oma kodus juba väikestele lastele /.../ kool või juba siis, kui laps kaela kannab /.../ pigem varem selgitada kui jääda hiljaks.“ L1

Pereliikmete arvates on selgitustöö eesmärk ühiskonnas hoiakute ja hirmude vähendamine. Pereliikmed tõid välja, et ühiskond eeldab, et kõik vaimse tervise raskustega inimesed on ohtlikud, vägivaldsed ja ettearvamatud oma käitumises.

„/.../ nad lärmavad, võivad põlema midagi panna, äkki nad on vägivaldsed /.../“L3

„/.../ kardetakse jah, see on hirm, et järsku tuleb minu aeda või privaatruumi või on vägivaldne /.../kogukonna teadmine või arvamus, et nad on agressiivsed /.../ nad on aia taga, järelikult peab neid valvama /.../ niimoodi läinud edasi põlvkonniti, see lihtsalt kartus.“L1

Üks perekonnaliige tõi oma intervjuus välja, et levinud on ka arvamus, et vaimse tervise raskustega inimeste elama asumine kogukonda takistab kogukonnas olevate kinnistute müümist.

„ei saa müüa kinnisvara, kui selline asutus on kõrval kuna see tekitab inimestes hirmu.“ L1

Perekonnaliikmed tõid välja, e selgitustöö eesmärk on ühiskonnaliikmete teadlikkuse tõstmine vaimse tervise teemadest. Oluliseks peetakse vaimse tervise raskustega inimeste lõimumist ja suhtlemist, mis sõltub nii üksikisiku kui ka kogu ühiskonnaliikmete haritusest, mida saab tõsta selgitustööga.

„/.../ sõltub selle kogukonna ja inimeste üldisest harituses ja intelligentsist /.../ oleme harjunud tõrjuma tegelikult kõike, mis võõras meile /.../ laiema silmaringiga inimese suudavad kiiremini endale mõistetavamaks teha.“ L2

„/.../kogukond peaks ikkagi olema noh nii tark või ühesõnaga vaatama, kuidas selle inimesega kõige parem oleks.“L1

Teavitustööna toodi välja infopäevade korraldamine kogukonnas ja läbi selle tutvustada vaimse tervise raskustega inimeste huvitegevusi (käsitöö, origami, maalikunst jm.). Pereliikmed rõhutasid, et selgitustöö peab olema järjepidev, et ühiskond aktsepteeriks vaimse tervise raskustega inimesi kui võrdseid kodanikke. Lisaks toodi välja ka meedia kaasamine.

„/.../ piisavalt selgitustööd teha, et noh nagu selle siis omaks võetakse, sellega lepitaks /.../ enam rahva hulka tuua /.../.“ L2

„/.../ meedias siiski rohkem rääkida nendest /.../.“ L2

„See on järjepidev ja raske töö /.../ kindlasti on üks suur sõna AEG /.../.” L4

Lisaks teavitamise töid pereliikmed intervjuudes välja geograafilise asukoha tähtsuse, kuhu vaimse tervise raskustega inimesed elama asuvad. Pereliikmed toovad välja, et elukohad peavad olema eemal (pea)linna südamest, lõbustusasutustest nagu kasiino, baarid, lokaalid jt. Sobivate kohtadena nimetati väiksemaid linnasid, alevikke, linnaäärseid looduskauneid kohti, kus on olemas ligipääs tervisekompleksidele, kultuuriasutustele ning kauplustele. Loodus ja rahulikum keskkond on intervjuueeritavate arvates sobilikumad vaimse tervise raskustega inimestele.

„/.../et ma ikkagi seda päris keset linna ei teeks/.../looduskeskkond mõjub noh, ütleme psüühikahäirega inimesele hästi /.../ loodus või mingisugune järv võibolla aitavad kaasa natuke tasakaalule või vähemalt leevendab /.../.”L3

Intervjuueeritavad pereliikmed märkisid veel, et vaimse tervise raskustega inimesed kohanevad paremini, kui neil on teiste kogukonnaliikmetega sarnane eluase ja elamistingimused. Toodi välja, et oma toa olemasolu on oluline. Palju annab juurde kui on olemas aed, kus saab vabal ajal olla ja kus saab erinevaid tegevusi teha. Hea kui õue piirded on madalad. Võrdsed tingimused aitavad tõsta vaimse tervise probleemidega inimeste eneseväärikust ja julgustavad neid teiste kogukonna liikmetega suhtlema.

„/.../ nemad väikestes majakestes, nendel on mingisugune territoorium seal /.../ väljas saavad olla ja, kui ümberingi on teistel ka omas aiad /.../sest nad näevad, et meil on, neil on ka, nad tahavad ka võrdsust.”L1

Pereliikmete arvates on oluline, et vaimse tervise raskustega inimeste elama asumine kogukonda oleks hajutatud, sest nii toimuks kohanemine paremini. Liiga palju vaimse tervise raskustega inimesi ühes kogukonnas võib tekitada vastuseisu teiste kogukonnaliikemate poolt ja see takistab vaimse tervise raskustega inimestel kohaneda.

„/.../ei peaks neid olema ühes majas nii palju /.../ võibolla võtaks inimesed lihtsamalt vastu /.../.”L3

„Kõigil peaks olema ruumi hingata.”L4

„/.../pigem hajusalt paigutada, sest nii toimub sulandumine paremini, inimesed harjuvad kiiremini nende ütleme veidrustega.”L4

Pereliikmed tõid veel välja, et vaimse tervise raskustega inimestele aitavad kogukonnas kohaneda ühistegevused, huvipõhised tegevused ja kogukonnaliikmete abistamine.

„/.../ ühine lõkkeplats /.../.”L1

„/.../ kogukonna kõikide kogukonna tegevustesse kaasamisega /.../.” L2

„/.../meeldib väga tantsida, et siis nagu näiteks töötaja aitaks organiseerida /.../.” L3

Kogukonnaliikme abistamise juures intervjueeritav täpsustas, et see võib olla kogukonnas elavate vanemate inimeste abistamine lihtsamates tegevustes nagu puude tassimine, lume rokimine marjade korjamine või peenarde rohimine.

„/.../ nemad tahavad ka ju aidata /.../ lükkavad lume ära /.../ neis on säilinud empaatiat ja nad on õnnelikud, kui saavad kedagi aidata.”L1

Teisena tõid pereliikmed välja tegevusjuhendajate tähtsuse vaimse tervise raskustega inimeste kohanemisel uues elukohas ja kogukonnas. Tegevusjuhendajaid nähakse võtmeisikutena vaimse tervise raskustega inimeste kohanemisel kogukonnas. Olulisena toodi välja tegevusjuhendajate poolset initsiatiivi ja algatusvõimet suhete loomisel kogukonna liikmetega.

„/.../ suhtlemine on esimene asi ikkagi /.../ positiivne suhtumine /.../.”L1

„/.../ töötajate initsiatiiv /.../.”L3

„/.../ just need tegevusjuhid minu meelest, nemad peaksid neid nagu rohkem aitama kontakteeruda omavahel.”L2

Intervjueeritavad tõid välja ka tegevusjuhendajate isikuomadused, mis toetavad kohanemist: lahkus, aktsepteerimine, viisakus, abivalmidus, inimlikkus ja sõbralikkus.

/.../ suhtumine inimlik /.../ mõistev /.../.” L3

Intervjuudest selgus, et oluline on töötajate individuaalne lähenemine iga vaimse tervise raskustega inimeste puhul. Üks intervjueeritav lisas, et on olukordi, kus vaimse tervise raskustega inimesed satuvad haiglatesse ja seal ootavad nad ka meditsiinitöötajate k.a. arstide poolt inimlikkust, mõistmist ja personaalset lähenemist, mida kahjuks alati ei saa. Üks intervjueeritav rõhutas, et arstiteaduskonna õppekavasse peab olema suhtlemisoskuse kursus, kuna oskused on olulised töös nii vaimse tervise probleemidega kui ka kõikide teiste abi vajavate isikutega.

„/.../ arstid ei tohi inimlikkust kaotada /.../ülikoolis õppekavasse arstidele lisada kindlasti rohkem suhtlemisoskust, palju rohkem inimestega arvestamist, selliseid oskusi rohkem õpetaks.” L3

Kolmandana tõid pereliikmed välja enda rolli vaimse tervise raskustega inimeste kohanemisel kogukonnas. Pereliikmete arvates on just neil kõige olulisem osa, kuna nemad on teadlikumad vaimse tervise raskustega inimeste eluolust ja oskavad vastavalt esilekerkivatele probleemidele lahendusi pakkuda. Intervjueeritavad leiavad, et nende tegevused nagu selgitustöö, kolimisprotsessis osalemine, regulaarne vestlemine ning kontakti hoidmine tegevusjuhendajaga, aitavad vaimse tervise raskustega inimestel uue elukorraldusega kohaneda.

Pereliikmete arvates nende osalemine kolimisprotsessis rahustab ja julgustab ning aitab vaimse tervise raskustega inimestel kohaneda uues elukohas. Oluline on koos tegutsemine.

„/.../ käisime enne korterit vaatamas /.../ käisime ise kolimas /.../kõik see sisseseadmine ja sättimine /.../ paraku kõigil ei ole seda toetust.” L1

„/.../aitasin tal seal tuba sisustada, viisin talle sinna vaipu ja lilli. Rääkisime, mida ta sinna tupp tahab /.../.”L3

Pereliikmed lisavad veel, et regulaarne suhtlemine annab vaimse tervise raskustega inimestele teadmise, et neil on keegi olemas ja nad ei ole üksi ning see hõlbustab kohanemist kogukonnas.

Samuti kontakti hoidmine tegevusjuhendajatega hoiab pereliikmeid kursis vaimse tervise raskustega inimeste tervise -ja igapäevaste tegevustega.

„Rääkisime igapäev telefoniga /.../ igapäevased telefonikõned aitasid meid enne ja siis peale kolimist /.../.” L4

„/.../minu numbrid, koordinaadid on seal kõik olemas /.../ side nende tegevusjuhendajatega, need noored toredad inimesed, kes nendega tegelevad, nendega side koguaeg.” L4

Üks perekonnaliige tõi välja, et koos tegutsemised vaimse tervise raskustega inimestega on olulised aga need ei loo suhteid kogukonnaliikmetega.

„Koos laulda, tantsida, piknikul käija on tore /.../ aga kontakti kogukonnaliikmetega ei loo /.../.” L4

Pereliikmed saavad toetada vaimse tervise raskustega inimesi kogukonnas kohanemisel enda olemasoluga, aktiivse suhtlemisega, kontakti hoidmisega tegevusjuhendajatega ja regulaarsete kohtumistega, kuid pereliikmed ei näe enda rolli vaimse tervise raskustega ja kogukonnas elavate inimestega vastastike suhete arendamisel. Pereliikmed leiavad, et tegevusjuhendajad enda algatusel loovad kogukonnas elavate inimestega kontakti ja kaasavad vaimse tervise raskustega inimesed ühistegevustes.

4. ARUTELU

Arutelu osas toon välja olulisemad uurimistulemused ning kõrvutan saadus tulemusi kirjanduses olevate seisukohtadega. Uurimuse tulemused näitasid uurimuses osalenud vaimse tervise raskustega inimestes ja nende pereliikmete kogemusi ja vaateid, kuid neid ei saa üldistada kõikidele vaimse tervise raskustega inimestele ja nende pereliikmetele.

Vaimse tervise raskustega inimeste vaated kogukonnas kohanemisel

Vaimse tervise raskustega intervjueeritavate lood on erinevad, kuid kõikidel on ühine soov elada kogukonnas ja olla aktsepteeritud kogukonna liikmete poolt. Uurimuses tuli välja, et vaimse tervise raskustega intervjueeritavatele aitavad kogukonnas paremini kohaneda pereliikmed, töötajad ehk tegevusjuhendajad ja teised vaimse tervise raskustega inimesed. Vaimse tervise raskustega intervjueeritavad tõid välja, et oluline on pereliikme poolne selgitustöö, osalemine kolimisprotsessis ja igakülgne tugi kohanemisel uues kogukonnas. Vaimse tervise raskustega intervjueeritavatele oli oluline teada, millised võimalused on uues kogukonnas tööl käija, õppida ja vaba aega sisustada. Wilken jt (2015) kirjutavad, et vaimse tervise raskuste korral toetavad taastumist kõige tõhusamalt teenused nagu töötamine, vaba aja veetmine, hariduse omandamine, mis on ümbritseva kogukonnaga tihedalt seotud. Vaimse tervise raskusega intervjueeritavate arvates on pereliikmed need, kes neile kogukonnas olevaid võimalusi tutvustavad. Lisaks ootavad nad veel pereliikmetelt igapäevast suhtlemist, regulaarseid kokkusaamisi, et paremini uues elukohas ja ka kogukonnas kohaneda. Aldersey ja Whitley (2015) toovad välja, et perekond pakub kogukonnas kohanemisel tugevat moraalset ja praktilist tuge ning on taastumist motiveeriv jõud. Seega on oluline, et pereliikmed igakülgset toetavad vaimse tervise raskustega inimesi kohanemisel uues elukohas ja kogukonnas.

Uurimuses ilmnes, et vaimse tervise raskustega intervjueeritavate jaoks on kogukonnaga vastastikused suhted olulised. Vaimse tervise raskustega intervjueeritavad tahavad suhelda kogukonnas elavate inimestega, kuid takistuseks on inimeste negatiivsed hoiakud. Kogukonnaliikmed hoiavad intervjueeritavatega distantsi, mis tekitab vaimse tervise raskustega intervjueeritavatele tunde, et nad on võõrad. Gilchrist jt (2019) kirjutavad, et vaimse tervise raskustega inimesed seisavad jätkuvalt silmitsi väljakutsetega, mis on seotud nende aktsepteerimisega. Vaimse tervise raskustega intervjueeritavad leiavad, et läbi töötaja ehk tegevusjuhendaja on võimalik kogukonnaliikmetega suhteid arendada läbi ühistegevuste.

Ühistegevuste all toodi välja üksteise abistamine ja erinevad aiatööd. Vaimse tervise raskustega inimestele on oluline suhtlemine kogukonnaliikmetega ja selle realiseerimiseks vajavad nad nii tegevusjuhendajate kui ka pereliikmete toetust.

Pereliikmete vaated vaimse tervise raskustega inimeste kohanemise kohta

Minu uurimuses ilmnis, et pereliikmetel on ühised vaated ja hoiakud vaimse tervise raskustega inimeste kohanemisel kogukonnas. Pereliikmed rääkisid, et vaimse tervise raskustega inimesi aitab kogukonnas kohaneda pereliikme olemas olemine, regulaarne suhtlemine ja kohtumine. Pereliikmete ja vaimse tervise raskustega inimeste omavahelised suhted toetavad vaimse tervise raskustega inimesi kohanema erinevates asutustes ja kogukondades. Hodge (2023) kirjutab, et vaimse tervise raskustega inimeste kohanemist toetavad perekonnaliikmete hoolivus, mõistmine ja kindlustunde andmine.

Üleminek kogukonnapõhisele hooldusele annab nüüd pereliikmetele suurema võimaluse panustada vaimse tervise raskustega inimeste igapäevaelu toimingutesse. Schilder (2023) kirjutab, et pereliikmed, kes on uues rollis ja suudavad üksteist toetada ja võimaldavad üksteisel oma individuaalsust väljendada, suudavad paremini kohaneda muutustega (Schilder, 2023). Schafer (2021) toob välja, et pereliikmete panustamine võib toimuda mitmel suunal, sh näiteks juurdepääsu tagamine kvaliteetsemale teenusele või programmidele, juhivad tähelepanu lähedase vaimse tervise seotud vajadustele ning oskavad näha tema ainulaadseid individuaalseid omadusi.

Pereliikmed rääkisid, et nende roll on kogukonnas kohanemise hõlbustamine. Pereliikmed on vaimse tervise raskustega inimestele olemas, toimub regulaarne suhtlemine, kokkusaamine nii tegevusjuhendajatega kui ka vaimse tervise raskustega inimestega, koos külastatakse kultuuriasutusi ja kohvikuid. Pereliikmed on arvamusel, et vaimse tervise raskustega inimeste ja kogukonnaliikmete vahel vastastike suhete loomine on tegevusjuhendajate enda algatused. Tegevusjuhendaja enda initsiatiivist kaasab vaimse tervise raskustega inimesi kogukonnas toimuvatesse ühistegevustes ja seeläbi arenevad vaimse tervise raskustega inimestel suhted kogukonnas elavate inimestega. Seega on oluline vaimse tervise raskustega inimeste pereliikmeid toetada ja harida, kuidas pereliikmed saaksid rohkem toetada vaimse tervise raskustega inimesi kohanemisel kogukonnas. Susanti jt (2017) kirjutavad, et pereliikmed vajavad teadmisi, et olla teadlikumad ja osavamad vaimse tervise raskustega inimeste toetamisel.

Pereliikmed tõid intervjuudes välja, et üheks olulisemaks vaimse tervise raskustega inimeste kogukonnas kohanemise punktiks on kogukonna kui ka ühiskonna järjepidev harimine vaimse tervise teemal, et vähendada kogukonnas ja ühiskonnas vaimse tervise raskustega inimeste diskrimineerimist, tõrjutust ja vägivalda. WHO (2022) toob välja, et pereliikmed seisavad silmitsi kehvade varasemate kogemustega, usaldamatusega tervisehoiutöötajate ja ravi vastu ning häbimärgistamisega. Pereliikmed rääkisid, et ühiskonnas on arusaam, et vaimse tervise raskustega inimesed on vägivaldsed, ettearvamatu käitumisega ning neile ei ole tagatud inimõigused. Pereliikmed täpsustasid, et arvatakse, kui inimene on kinnise aia taga, pideva järelevalve all siis on ta ühiskonnale ohtlik. Vaimse tervise raskustega inimesi ei soovita kogukonnas aktsepteerida ja nendega kõrvuti elada. Pereliikmete seisukohta illustreerivad ilmekalt ajakirjanduses välja toodud seisukohad, nt kogukonnaliikmed ei taha vaimse tervise raskustega inimesi enda kõrvale, kuna see muudab piirkonna ebatavaliseks (Riivas, 2020).

Uurimises ilmnes veel, et meditsiiniuasutuses kogevad vaimse tervise raskustega inimesed pidevalt diskrimineerimist, negatiivseid hoiakuid ja tõrjutust. Pereliikmed tõid välja, et meditsiinitöötajatel puudub oskus või teadmised, kuidas vaimse tervise raskustega inimestega suhelda. Pereliikmed leiavad, et meditsiinitöötajaid kui ka tervet ühiksond on vaja harida vaimse tervise raskuste teemal, et muutuksid hoiakud vaimse tervise raskustega inimeste suhtes. Narusson (2019) toob välja, et on tekkinud vajadus muuta kogukonna arusaamist vaimse tervise valdkonnast (psüühikahäiretest), käsitledes seda heaolu komponendina ja mõista, et see on vaimse tervise raskustega inimeste soov tulla toime oma vaimse tervise raskustega tavakogukondades.

Ootused tegevusjuhendajatele kui kogukonnas kohanemise toetajate suhtes

Vaimse tervise raskustega inimeste ja nende pereliikmetega tehtud intervjuude analüüsi tulemustest selgus, et tegevusjuhendajaid nähakse võtmerollis vaimse tervise raskustega inimeste kohanemisel kogukonnas. Vaimse tervise raskustega inimesed rääkisid intervjuudes, et tegevusjuhendajad on need, kes peavad algatama suhteid kogukonnaliikmetega kuna kogukonna elanikud hoiavad neist eemale ega loo kontakti. Pereliikmed tõid samuti intervjuudes välja, et tegevusjuhendajad on need inimesed, kelle initsiatiivist ja tahtest sõltuvad vaimse tervise raskustega inimeste kohanemine kogukonnas ja vastastike suhete loomine kogukonnaliikmetega. Pieters jt (2017) ütlevad, et tegevusjuhendajatel on keskne osa kogukonnaga seotuse toetamisel ja neid nähakse, kui silda kogukonna ametlikes kui ka mitteametlikes võrgustikes. Pereliikmed rõhutasid, et tegevusjuhendajad saavad oma algatusel aidata vaimse tervise raskustega inimestele

olla toeks, et luua kontakte kogukonnaliikmetega. Pereliikmed pakkusid välja, et tugevusjuhendaja algatusel saaksid vaimse tervise raskustega inimesed kogukonnas vanemaid inimesi abistada aiatöödega (puude ladumine, lume rookimine, marja korjamine või rohimine) ja seeläbi võivad areneda positiivsed suhted. Narusson ja Vörk (2023) kirjutavad, et tegevusjuhendajad ühendavad vaimse tervise raskustega inimesi kogukondliku tegevusega, annavad praktilist abi ja nõu kogukonda sulandumisel, sotsiaalse tegevuse ning vaba aja veetmiste võimaluste kohta. Pereliikmete arvates tegevusjuhendajad peavad vaimse tervise raskustega inimestele tagama võimalused, et nad saaksid ennast teostada kogukonnas koos teiste kogukonnaliikmetega. Pereliikmed leiavad, et vaimse tervise raskustega inimeste kaasamine igapäevaselt kogukonnas toimuvatesse tegevustesse on vastastike suhete loomise aluseks.

Intervjuude käigus selgus, et nii nagu tegevusjuhendajal on võtmeroll vaimse tervise raskustega inimeste kohanemisel kogukonnas ja vastastikke suhete loomisel, siis teiselt poolt võivad kohanemise ja vastastike suhete loomise takistuseks, täpsemalt oma oskamatus või oma hoiaku pärast. Wilken jt (2015) kirjutavad, et tegevusjuhendajad on kinni traditsioonilistes kohustuses ehk nad omavad ikka jätkuvalt kliinilist vaadet, neil puudub kogukonnatöö ja vaimse tervise raskustega inimestega suhtlemise oskus ja see võib tuua kaasa tagasipöördumist institutsionaalse (reinstantsionaliseerumist) hooldussüsteemi poole. Pereliikmed tõid välja, et tegevusjuhendajad ei lähene alati igale vaimse tervise raskustega inimesele personaalselt, on negatiivse hoiakuga ja näevad inimest kui „haigust“, mitte isiksust ning vaimse tervise raskustega intervjuueeritavad tõid välja ebavõrdse kohtlemise ja negatiivse suhtumise. Seepärast on väga oluline, et valdkonnas töötaksid tegevusjuhendajad, kes oleksid toetavad, positiivse ja avatud suhtlemisega ning austavad vaimse tervise raskustega inimesi. Narusson ja Vörk (2023) toovad välja, et vaimse tervise raskustega inimeste edukaks lõimumiseks kogukonda peavad organisatsioonid leidma sobivate omadustega ja väärtustega tegevusjuhendajad ja neid koolitama.

Intervjuudest selgus, et tegevusjuhendajate roll on oluline vaimse tervise raskustega inimeste kohanemisel ja vastastike suhete loomisel kogukonnas. Tegevusjuhendajatelt oodatakse lähenemist, mis on isikukeskne, õiguspõhine ja taastumisele orienteeritud. Gosha (2020) kirjutab, et tegevusjuhendajatel, kellel on asjakohased teadmised ja kogemused erinevate lähenemisviiside (isikukeskne, õiguspõhine ja taastumisele orienteeritud), kogukonnas olevate ressursside, võimaluste ja tegevuste kohta saavad tõhusamalt aidata vaimse tervise raskustega inimestel oma eesmärged kogukonnas saavutada.

KOKKUVÕTE

Minu uurimuse eesmärk on tuua välja erihoolekande reformi raames elukohta muutvate vaimse tervise raskustega inimeste kohanemine kogukondades nende endi ja pereliikmete vaatest.

Kasutasin teema uurimisel kvalitatiivset lähenemist. Viisin läbi poolstruktureeritud intervjuud nelja inimesega, kellel on vaimse tervise raskused ja kellest üks elas terve oma elu suures rahvarohkes institutsioonis ning nüüd kogukonnateenusel. Kaks vaimse tervise raskustega osalejat kasvasid üles perekonna keskel, kuid vaimse tervise halvenemisega olid suunatud kohtumäärusega institutsiooni, mis tänaseks on suletud. Hetkel antud isikud elavad kogukonnateenusel. Neljas intervjuueeritav elab kogukonnateenusel, kuhu oli suunatud peale oma vanemate surma. Intervjuud on läbi viidud ajavahemikus september 2020 kuni detsember 2020. aasta. Analüüsiprotsessis kasutasin temaatilist analüüsi. Töö eesmärgi saavutamiseks püstitasin kolm küsimust, millele kokkuvõttes vastused annan.

Minu uurimuse esimeseks küsimuseks oli Millised kokkupuuted ja kogemused on vaimse tervise raskustega inimestel geograafilistes kogukondades elavate kogukondade liikmetega?“ Uurimuses selgus, et positiivseid vastastikuseid suhteid kogukonnaliikmetega kogukonnas ei ole. Kogukonnas elavad inimesed hoiavad vaimse tervise raskustega inimestest eemale ja suhteid ei algata. Vaimse tervise raskustega inimeste suhtlemine piirduv ainult pereliikmetega, tegevusjuhendajatega ja teiste vaimse tervise raskustega inimestega, kellega koos elatakse. Vaimse tervise raskustega inimesed soovivad suhteid luua kogukonnaliikmetega, kuid takistuseks on kogukonnaliikmete hoiak.

Teiseks uurimusküsimuseks oli **“Kuidas vaimse tervise raskustega inimeste perekonnaliikmed saavad toetada kogukonnas kohanemist?** “ Uuringus tuli välja, et pereliikmed saavad oma olemas oluga toetada vaimse tervise raskustega inimesi kogukonnas kohanemisel. Pereliikmete regulaarne suhtlemine, kokku saamine, kogukonnaga tutvumine ja kontakti hoidmine tegevusjuhendajatega hõlbustab uues kogukonnas vaimse tervise raskustega inimestel kohaneda. Samuti selgus, et kogukonnaga tutvumine ei hõlma vaimse tervise raskustega inimestel vastastike suhete loomist kogukonnas elavate inimestega. Pereliikmed pakuvad emotsionaalselt ja praktilist tuge füüsilise keskkonnaga kohanemisel, kuid kogukonnaliikmete ja vaimse tervise raskustega inimeste vastastike suhete loomise protsessi pereliikmed ei osale. Perekonnaliikmed ei näe, et

nende roll on kaasa aidata vaimse tervise raskustega pereliikmel luua suhteid teiste kogukonnaliikmetega. Pereliikmete jaoks on tegevusjuhendajad need, kes peavad omal initsiatiivil ja algatusel toetama vaimse tervise raskustega inimestel looma suhteid kogukonnaliikmetega.

Kolmanda uurimisküsimuse vastuseks soovisin teada „**Kuidas kujundada geograafilistes kogukondades vastastikku mõistvaid ja hoolivaid suhteid nii, et vaimse tervise raskustega inimestel oleks võimalik lõimuda kogukonda?**“. Uurimuses tuli välja, et tegevusjuhendajaid nähakse võtmeisikuna vaimse tervise raskustega inimeste kohanemisel kogukonnas. Nii vaimse tervise raskustega inimesed kui ka nende pereliikmed leiavad, et tegevusjuhendajad omal initsiatiivil loovad kontakte kogukonnaga ja kaasavad vaimse tervise raskustega inimesi ühistegevustesse. Töötavad tegevusjuhendajatel peavad olema piisavad teadmised inimõigustest, isikukesksest ja taastumisele suunatud lähenemisviisidest, et tagada vaimse tervise raskustega inimeste õigused kogukonnas. Lisaks toodi välja, et oluline on kogukonna ja seal elavate inimeste harimine vaimse tervise raskuste teemal, et seeläbi muuta kogukonnas hoiakuid vaimse tervise raskustega inimeste suhtes.

Tuginedes magistritöö tulemustele teen järgmised ettepanekud:

- Vaimse tervise raskustega inimeste kogukonnas kohanemise toetamiseks tuleb pereliikmeid toetada ja koolitada;
- Oluline on välja selgitada geograafilise kogukonna liikmete teadmised ja hoiakud vaimse tervise raskustega inimeste suhtes;
- Uurimistöö ettepanek: uurida geograafilise kogukonna liikmete vaateid, kuidas nemad saavad toetada vaimse tervise raskustega inimeste kohanemist kogukonnas?
- Kuna vaimse tervise raskustega inimeste ja nende pereliikmete intervjuudest selgus, et meditsiinasutustes kogetakse diskrimineerimist ja tõrjutust, siis leian, et sellesse oleks vaja rohkem süveneda ja seda teemat süviti uurima.

Kogutud andmed näitasi, et uurimusele püstitatud küsimused said vastused ning uurimustulemused annavad aluse antud teema edasiseks uurimiseks.

KASUTATUD KIRJANDUS

AS Hoolekandeteenused. (2023). *Autistide maja lõpetas erihoolekande reorganiseerimise*. Kasutamise kuupäev 12.08.2023. <https://www.hoolekandeteenused.ee/fotod-autistide-maja-lopetab-erihoolekande-reorganiseerimise/>

AS Hoolekandeteenuste koduleht. (2023), Kasutatud 24.07.2023, <https://www.hoolekandeteenused.ee/>

Aldersey, H. M., Whitley, R. (2015). Family Influence in Recovery from Severe Mental Illness. *Community Ment Health Journal*, 51(10), 467-476. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9783-y>

Anderson, K.A., Gaugler, J.E., Zarit, S.H., Pearlin, L.I. (2004). Family involvement in nursing homes: effects on stress and well-being. *Aging & Mental Health*, 8(1), 65–75.

Anthony, W.A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11–23.

Araten-Bergman, T. & Bigby, C., (2021). Forming and Supporting Circles of Support for People with Intellectual Disabilities – a Comparative Case Analysis. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 1(1), 1–13.

Bevan, J.L., & Pecchioni, L.L. (2008) Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 356-364. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.02.022>

Bigby, C.H. (2008). Known Well by No-one: Trends in the Informal Social Networks of Middle-aged and Older People with Intellectual Disability Five Year After Moving to the Community. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33(2), 148–157.

Bird, B., Leamy, M., Boutillier, C.L., Williams, J., Slade, M. (2014). REFOCUS Manual 2nd edition. *Institute of Psychiatry at the Maudsely*. Kasutatud 06.08.2023. <https://www.researchintorecovery.com/files/REFOCUS%20Manual%202nd%20edition.pdf>

Braun, V. ja Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.

Bresnahan, M. (2003). Geographical variation in incidence, course, and outcome of schizophrenia: A comparison of developing and developed countries. Teoses: R. Murray, P. Jones, E. Susser, J. Os, M. Cannon (toim.) *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.

Boutillier, C., L., Bird, V., Pesola, F., Leamy, M., Norton, S., Slade, M. & Williams, J. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50, 777–786. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0>

Bugarszki, Z., Medar, M., van Ewijk, J. P, Wilken, J.P, Narusson, D., Saia, K., Kriisk, K., Kiis, A., Susi, M., Sooniste, I., Rahu, A. (2015). *Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel*. Lõppraport: Tallinn, Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste instituut. Kasutatud 12.07.2023. https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/Uudised_pressiinfo/di_uuringu_loppraport_08.02.2016.pdf

Bullock, C.C. ja Mahon, M.J. (2017). Introduction to Recreation Services for People with Disabilities (4th). *Sagamore Publishing*.

Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 43–46.

Christenson, J.A. (2019). Community development. Rural Society In The U.S. Issues for the 1980s

Drake, R.E. ja Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236–242. Kasutatud 06.08.2023 <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>

Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni ühing koduleht. (2023). Kasutatud 11.07.2023, <http://epry.ee/>

Euroopa Liidu koduleht. (2023). Puuetega inimeste õiguste strateegia aastateks 2021–2030, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1484&langId=et>

Flowers, A. J. ja Jones, K. (1984). Understanding Health and Social Care. An Introductory Reader, published by Sage in association with The Open University and forms part of The Open University course, 103–106. Kasutatud 15.06.2023.

https://www.open.edu/openlearn/ocw/pluginfile.php/638332/mod_resource/content/1/chapter13.pdf

Fusar-Poli, P., Salazar de Pavlo, G., Micheli, A.D., jt. (2020). What is good mental health? *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46. Kasutatud 14.03.2023.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X19318693>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. ja Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233.

Gilchrist, A. (2019). *The well-connected community*. A networking approach to community development. Policy Press, University of Bristol.

Gischa, R.J. (2020). Strengths Model Case Management: Moving Strengths from Concept to Action. *University of Kansas Libraries*. <http://hdl.handle.net/1808/30023>

Green, G.P. ja Haines, A. (2016). *Asset Building Community Development*, 4th ED. Sage Publications, Los Angeles.

Gruskin, S., Bogecho, D., Fergusson, L. (2010). Rights-based approaches' to health policies and programs: Articulations, ambiguities, and assessment, *Journal of Public Health Policy*, 31, 129–145. <https://link.springer.com/article/10.1057/jphp.2010.7>

Hall, C., Raitakari, S. ja Juhila, K. (2021). Deinstitutionalisation and 'Home Turn' Policies: Promoting or Hampering Social Inclusion? *Social Inclusion*, 9(3), 179–189.

Hammersley, M. (2013). *What is Qualitative Research?* Research Methods Series. London, Bloomsbury Academic.

Hanga, K. (2020). CARE metoodika kui kõikehõlmav rehabilitatsioonikäsitlus. *Sotsiaaltöö*, 1, 17–22.

Heaolu ja Taastumise Kooli koduleht. (2023). Kasutatud 13.07.2023, <http://heakool.ee/>

Hillery, G. A., Jr. (1955). Definitions of Community: Areas of Agreement. *Rural Sociology*, 20(2), 111–123.

Hodge, K. (2023). Family support in mental health treatment: Understanding mental health and the importance of family support. *Mental Health Center*. Kasutatud 15.07.2023, <https://www.mentalhealthcenter.org/family-support-in-mental-health-treatment/>

Hollander, D., ja Wilken, J.P. (2015). *Kuidas klientidest saavad kodanikud*, (lk 7-33, 93-96). Tallinn: DUO kirjastus.

Inimõiguste Institutsiooni koduleht. (2023). Kasutatud 24.07.2023. <https://www.humanrightsestonia.ee>

Jagfeld, G., Lobban, F., Marshall, P., Jones, S.H. (2021). Personal recovery in bipolar disorder: Systematic review and "best fit" framework synthesis of qualitative evidence - a POETIC adaptation of CHIME. *Journal of Affective Disorders*, 292, 375-385. doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.051

Kalberg, L. (2022). Erihoolekanne ja sotsiaalne rehabilitatsioon. *Sotsiaaltöö*, 1, 32-38.

Kalmus, V., Masso, A., Linno, M. (2015). „Kvalitatiivne sisuanalüüs“. Kasutatud 14.12.2020, Tartu Ülikool. <http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>

Kass, K. ja Paas, E. (2022). Kogukondade arendamine. Ingmar Kurg, Avo Üprus (Toim.). *Kirik keset küla*. Koguduse ja kogukonna koostöö. (49-58). Eesti Diakoonia,

Keet, R., De Vetten-Mc Mahon, M., Shields-Zeeman, L., Ruud, T., Weeghel, J., Bahler, M., Mulder, N., Van Zelst, C., Murphy, B., Westen, K., Nas, C., Petrea, I., & Pieters, G. (2019). Recovery for All in the Community: Position Paper on Principles and Key Elements of Community-Based Mental Health Care. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–11.

Keyes, C.L.M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An Introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>

Kim, B., Park, S., Bishop-Saucier, J., Amorim, C. (2017). Community-Based Services and Depression from Person-Environment Fit Perspective: Focusing on Functional Impairments and Living Alone. *Journal of Gerontological Social Work*, 60 (4), 270-285.

Klenke, K. (2016). "Qualitative Interviewing in Leadership Research", *Qualitative Research in the Study of Leadership*, Emerald Group Publishing Limited, Bingley, UK. 123-150. <https://doi.org/10.1108/978-1-78560-651-920152007>

Kont, A., Kukk, K. (2013). Geograafia õpik 9. klassile. Euroopa loodus- ja Ühiskonnageograafia. Avita.

Koschorke, M, Oexle, N., Ouali, U., Cherian, A.V., Deepika, V., Mendon, G.B., et al. (2021). Perspectives of healthcare providers, service users, and family members about mental illness stigma in primary care settings: A multi-site qualitative study of seven countries in Africa, Asia, and Europe. *PLOS ONE*, 16(10): <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258729>

Lambert, S. D., Girgis, A., McElduff, P., Turner, J., Levesque, J. V., Kayser, K., & Barker, D. (2013). A parallel-group, randomized controlled trial of a multimedia, self-directed, coping skills training intervention for patients with cancer and their partners: design and rationale. *British Medical Journal*, 3(7), <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003337>

Lang, R. (2009). The United Nations Convention on the right and dignities for persons with disability: A panacea for ending disability discrimination? *ALTER, European Journal of Disability Research*, 3, 266 – 285.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199(6):445- 452. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733

Linno, M. (2023). Kogukondade arendamise ja sotsiaalse heaolu õppekava Taru Ülikoolis. Mida, miks ka kellele õpetatakse. *Sotsiaaltöö*, 2, 65-70.

Lockwood, D., Zipple, A.M., Spaniol, L. (1992) The Role on the family in Psychiatric Rehabilitation. *Research Publications and Operations*, 18, 3.

Loewen, G., Pollard, W. (2010). The Social Justice Perspective. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 23(1), 5-18. Kasutatud 04.06.2023, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ888640.pdf>

MacQueen, M.K., McLellan, E., Metzger, D.S., Kegeles, S., Strauss, R.P., Scotti, R., Blanchard, L., Trotter, R.T. (2001). What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health. *American Journal of Public Health*, 91(12), 1917-2040. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.12.1929>

Narusson, D. (2019). *Lootuse hoidjale*. Tartu Ülikooli kirjastus.

Narusson, D.(2019).*Personal-recovery and agency-enhancing client work in the field of mental health and social rehabilitation: Perspectives of persons with lived experience and specialist*. Doktoritöö. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Narusson, D., Wilken, J.P.(2018). Recovery in the Community:Relational and Cultural Sensitivity. *Journal of Recovery in Mental Health*, 2 (1), 68-81.

Narusson, D., Vörk, M. (2023). Tegevusjuhendjad kui kogukonnas taastumise toetajad. *Sotsiaaltöö*, 2, 57-64.

Narusson, D. (2022). Kogukonna tähendused. Ingmar Kurg, Avo Üprus (Toim.). *Kirik keset küla*. Koguduse ja kogukonna koostöö. (13–18). Eesti Diakoonia, 2022.

Piat, M., Seida, K. (2018). Supported housing for persons with serious mental illness and personal recovery: What do families think? *International Journal of Social Psychiatry*, 64, 8, 707-714. <https://doi.org/10.1177/0020764018806928>

Pieters, G., Ruud, T., Van Weeghel, J., Bähler, M., Murphy, B., Shields-Zeeman, L., Keet, R. (2017). *Recovery for all in the community*. Learning from each other. Consensus Paper on Fundamental Principles and Key Elements of Community Based Mental Health Care. <https://eucoms.net/wp-content/uploads/2020/05/EUCOMS-Consensus-Paper.pdf>

Price-Robertson, R., Obradovic, A., ja Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120, DOI: 10.1080/18387357.2016.1243014

Primeau, A., Bowers, T.G., Harrison, M.A. & XuXu. (2013). Deinstitutionalization of the Mentally Ill: Evidence for Transinstitutionalization from Psychiatric Hospitals to Penal Institutions. *Comprehensive Psychology*, 2(2), 1-10. Kasutatud 09.07.2023 <https://doi.org/10.2466/16.02.13.CP.2.2>

Public Health Agency of Canada (2006). The human face of mental health and mental illness in Canada. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services.

Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll (2006). Riigi teataja II. Kasutatud 04.04.2012. <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006>

Euroopa komisjoni kodulehekülj. (2023). Puuetega inimeste õiguste strateegia aastateks 2021–2030. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1484&langId=et>

Ramon, S.(2018). The Place of Social Recovery in Mental Health and Related Service. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,15(6), 2-6.

Riives, A. (2020). Linn plaanib erivajadusega inimestele kodu, naabrid pole päri. *Tartu Postimees*. Kasutatud 11.08.2023, <https://tartu.postimees.ee/7099630/linn-plaanib-erivajadusega-inimestele-kodu-naabrid-pole-pari>

Roosipuu, K. (2019). CARE metoodika rakendamine Eesti Töötukassas. *Sotsiaaltöö*, 1, 23-24.

Russell, C., Mcknight, J.L. (2018). The Four Essential Elements of an Asset-Based Community Development Process. What Is Distinctive about an Asset-Based Community Development Process? *Asset-Based Community Development Institute*. Kasutatud 15.07.2023.

https://www.nurtureddevelopment.org/wp-content/uploads/2018/09/4_Essential_Elements_of_ABCD_Process.pdf

Salisbury, T., Killaspy, H. & King, M. (2017). The relationship between deinstitutionalization and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: A cross sectional study. *European Psychiatry*, 42, 95–102. Kasutatud 09.07.2023
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.11.011>

Saloviita, T. (1990). Adaptive behaviour of institutionalized mentally retarded persons. Jyväskylä: Univeristy of Jyväskylä.

Sandelowski, M. (2004). Using Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1366-1386. <https://doi.org/10.1177/1049732304269672>

Sen, A. (2006). Identity and Violence: *The Illusion of Destiny*. London: Allen Lane.

Sandelowski, M. (2004). Using Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1366-1386. <https://doi.org/10.1177/1049732304269672>

Schilder, W. (2023). The Netherlands-Based Study on the Link between Supportive Interventions and Caregivers of Cancer Patients' Psychological Well-Being. *International Journal of Psychology*, 8 (1),5, 41-51.

Scott, W.R. (2013). Institutions and Organizations: Idea, Interests, and Identities. *Sage Publications*, 1-15.

Simplican, S., C., Leader, G., John Kosciulek, J. ja Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 18–29.

Slade, M. (2013). 100 ways to support recovery (2nd edition). A guide for mental health professionals by Mikse Slade. Kasutatud 13.04.2023.
https://www.rethink.org/media/704895/100_ways_to_support_recovery_2nd_edition.pdf.

Slade, M., Oades, L. G., Jarden, A. (2017). Wellbeing, Recovery and Mental Health. *Cambridge University Press*, lk1-35.

Slade, M., ja Wallace, G. (2017). Recovery and Mental Health. Cambridge: *Cambridge University Press*, lk 24-34.

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275.

Sotsiaalministeerium (2022). Vaimse tervise arengukava 2020-2030. Kasutatud 13.08.2023.

Sotsiaalkindlustusamet (2017). Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli kasutajakogemuse mõjuanalüüs. Projekti lõpparuanne. *Trinidad Wiseman*.

Susanti, H., Lovell, K., ja Mairs, H. (2017). What does the literature suggest about what carers need from mental health services for their own wellbeing? A Systematic Review. *Enfermería Clínica*, 28, 102-111. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30047-0](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30047-0)

Sweetser, W. (1843). *Mental Hygiene: or an Examination of the Intellect and Passzons*. Kasutatud 01.11.2022. <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-66620710R-bk>

Šiška, J., Beadle-Brown, J., Káňová, S., ja Šumníková, P. (2018). Social inclusion through community living: Current situation, advances and gaps in policy, practice and research. *Social Inclusion*, 6(1), 94–109.

Tallinna Vaimse Tervise Keskus kodulehekülg (2023). Kasutatud 11.07.2023. <http://www.vaimnetervis.ee/teenused/>

Tsuiman, K. (2016). Deinstitutionaliseerimine kui kogukonnapõhine teenuste osutamine abivajadusega inimestele. *Sotsiaaltöö*, 2, 20-22.

Webber, M., Fendt-Newlin, M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 369–380. doi:10.1007/s00127-017-1372-2

Wilken, J., P., Bugarszki, Z., Saia, K., Hanga, K., Narusson, D., Meder, M. (2015). Kogukonnaga seotud mõisted ja kogukonnas osalemist toetavad teenused Eestis. *Sotsiaaltöö*, 2, 7-12.

Wilken, J.-P., Medar, M., Bugarszki, Z. ja Leenders, F. (2014). Community support and participation among persons with disabilities. A study in three European countries. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 23(3). Kasutatud 14.06.2023 <https://doi.org/10.18352/jsi.410>

World Health Organization (2021). Guidance on community mental health services: promoting person-centered and rights-based approaches. WHO, Geneva.

World Health Organization (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO, Geneva.

World Health Organization (2023). World mental health report. Transforming mental health for all. WHO, Geneva.

Worrall, H., Schweizer, R., Marks, E., Yuan, L., Lloyd, C. (2018). The effectiveness of support groups: a literature review. *Mental Health and Social Inclusion*, 22(2), 85-93. https://ro.uow.edu.au/smhpapers/5441?utm_source=ro.uow.edu.au%2Fsmhpapers%2F5441&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages

Välisministeeriumi kodulehekülg. (2023). Kasutatud 22.06.2023. <https://www.vm.ee/rahvusvaheline-oigus-ja-kuberdiplomaatia/inimoigused/uro-inimoiguste-noukogu>

LISA 1.

PÖÖRDUMISTEATIS

Lugupeetud AS Hoolekandeteenuste allüksuse klienditöö juhataja

Kirjutan Teile Tartu Ülikooli sotsiaaltöö-ja sotsiaalpoliitika magistriõppe teise aasta tudengina. Plaanin läbi viia uurimuse ja koostada magistritöö teemal:

„Vaimsete terviste raskustega inimeste kohanemine kogukonnas peale elukohta muutust: nende endi ja pereliikmete vaade“

Minu uurimuse eesmärk on tuua välja erihoolekande reformi raames elukohta muutvate vaimse tervise raskustega inimeste kohanemine kogukondades nende endi ja pereliikmete vaatest. Vastastike suhete arendamine loob eeldused, et vaimse tervise raskustega inimesed kohaneksid kogukonnas ja, et naabruses elavate inimeste kogukond tuleks paremini toime kompleksusega, mis kaasnevad piirkonda uute elanike saabumisega.

Uurimuse läbiviimiseks soovin uurimusse kaasata kokku 4 inimest kahest erinevast allüksusest (kummastki üksusest kaks teenust saavat inimest) ja nende lähedased. Planeeritav andmete kogumise aeg on oktoober kuni detsember käesolev aasta. Soovime teha koostööd Teiega ja kaasata Teie üksusest olevaid elanikke ja nende lähedasi oma uurimusse. Intervjuudes osalejatega sõlmime kokkulepped konfidentsiaalsuse ja teiste aspektide osas. Uurimuses ei kasutata osalejate tervisealaseid andmeid ega avaldata kogukonna nime ega asukohta.

Andmekogumis meetodiks on intervjuu. Intervjuu põhiteemadeks on vaimse tervise raskustega inimeste kokkupuuted kogukonnaliikmetega ning geograafilise piirkonna kogukonna hoiakud, suhted, sidusus ja komplekssus. Intervjuud audio salvestatakse.

Pöördun Teie poole sooviga saada Teilt nõusolek uurimuse läbiviimiseks ja leida Teie üksusest 2 elanikku ja nende lähedast, kes oleksid valmis selles uurimuses vabatahtlikult osalema.

Lugupidamisega

Annika Koppel

Tartu Ülikooli sotsiaaltöö-ja sotsiaalpoliitika MA tudeng

LISA 2.

Intervjuukava vaimse tervise raskustega inimestega

Poolstruktureeritud intervjuukava vaimse tervise raskustega inimestele

KÜSIMUSED:

1. Sissejuhatus

- Enda tutvustamine, uurimuse vajalikkus jm
- Kliendi profiil-sugu, vanus, sünnikoht, elukoht, töökoht jms

2. Kogukonnas elamine

- Kus sa elad? Kellega sa koos elad?
- Kus sa elasid enne, kui siia hooldekodusse tulid?
- Kirjeldage paari sõnaga oma eelmist elukohta?
- Kirjeldage oma praegust elukohta?
- Kuidas oled sa uue elukohaga kohanenud?
- Mis sulle kõige rohkem siin meeldib?
- Mis sind häirib kõige rohkem?
- Mida mõiste kogukond Teile tähendab?
- Nimeta isikuid, kes sind toetasid kohanemisel?
- Nimeta tegevused, kuidas sind toetati kohanemisel?

3. Suhted/kontaktid/kogukonnaga seotus

- Kuidas on suhted kogukonna liikmetega(naabritega)?
- On sul tekkinud usalduslikke suhteid?
- Kui oluline on suhted kogukonna liikmetega(naabritega) ? Põhjenda
- Nimetage tegevusi, mis aitaksid luua suhteid kogukonna liikmetega(naabritega)?
- Nimetage põhjuseid, mis takistavad positiivsete suhete loomist kogukonna liikmetega?
- Nimetage viise/tegevusi, kuidas ületada neid takistusi?
- Nimetage tegevusi, mida sooviksite teha koos kogukonna liikmetega?
- Nimeta põhjuseid, mis takistavad neid tegevusi teha?
- Kes on Teie arvates see isik/isikuid, kes peavad aitama uuel elanikul hooldekodus, kogukonnas kohaneda ja looma positiivseid suhteid kogukonna liikmetega?

LISA 3.

Intervjuukava pereliikmetega

Poolstruktureeritud intervjuukava vaimse tervise raskustega inimeste pereliikmetele

- Rääkige oma lähedaste lugu?
- Mida mõiste kogukond teile tähendab?
- Millal Teie lähedane praegusesse hooldekodusse elama suunati?
- Kirjeldage ümberkolimise protsessi?
- Kuidas Teie lähedasele protsess mõjus?
- Nimetage tegevused, kuidas Teie toetasite oma lähedast kohanemisel?
- Nimetage tegevused, kuidas töötajad toetasid kohanemisel?
- Kuidas Teie arvates lähedane kohanes uues elukohas?
- Nimetage tegevused, kuidas aidata vaimse tervise raskustega inimestel luua suhteid kogukonna inimeste ja huvipõhiste kogukondade inimestega?
- Nimetage põhjused, mis takistavad vaimse tervise raskustega inimestel luua suhteid kogukonna inimest?
- Nimetage viise/tegevusi, kuidas ületada neid takistusi?
- Millest sõltub vaimse tervise raskustega inimeste lõimumine kogukonda?
- Milliste aspektidega on vaja kogukonna arendajal (vallaametnikul) tegeleda, et kujundada võimalused vastastikuseks kohanemiseks?
- Kuidas muuta kogukondi vastuvõtlikumaks koostöö suhtes vaimse tervise raskustega inimestega?
- Nimetage tegevused, kuidas lähedane saab aidata vaimse tervise raskustega inimestel kohaneda uues elukohas, kogukonnas?
- Nimetage põhjused, mis takistavad lähedast toetama vaimse tervise raskustega inimestel kohaneda kogukonnas?
- Nimetage viise/tegevusi, kuidas ületada neid takistusi?
- Millist toetust vajab vaimse tervise raskustega inimeste pereliige vaimse tervise raskustega inimeste toetamisel?

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Annika Koppel,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Vaimse tervise raskustega inimeste kohanemine kogukonnas peale elukoha muutust: nende endi ja pereliikmete vaade“, mille juhendajad on Dagmar Narusson (PhD), reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Annika Koppel

21.08.2023