

Tegevusjuhendaja käsiraamat



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

TEGEVUSJUHENDAJA KÄSIRAAMAT

Koostajad:

Ain Klaassen
Anne Tiko
Küllli Mäe
Maarja Kraiss
Monika Salumaa
Piret Kokk
Sirje Agan
Tiina Arandi
Urve Tõnisson
Ülar Uusküla

Toimetajad:

Anu Rahu
Merike Otepalu

Trükis on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel 2010. a.

Materjali mis tahes viisil reprodutseerimine ja levitamine on keelatud ilma Tervise Arengu Instituudi nõusolekuta.

Käsiraamatu väljaandmist toetas Euroopa Sotsiaalfondi poolt rahastatav programm
„Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2013“
Nr. 1.3.0320.10-0075

Trükkinud: Tallinna Raamatutrükikoja OÜ

ISBN 978-9949-461-07-3

Tasuta jagamiseks

SAATEKS

Teie käes on „Tegevusjuhendaja käsiraamat“, mis on valminud tegevusjuhendajate 260tunnise koolituse õppematerjalina. Tegevusjuhendajate koolitust on Eestis korraldatud alates 2001. aastast, kui toonases Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses hakati esimest korda selle ametinimetusega spetsialiste õpetama. Käsiraamat on koostatud õppekava järgi, mis on kinnitatud sotsiaalministri 25. märtsi 2009. a määrusega nr 24 „Tegevusjuhendajate koolituse ja täienduskoolituste kavade kehtestamine“.

Tegevusjuhendaja on spetsialist, kes juhendab psüühilise erivajadusega inimesi eesmärgiga parandada nende sotsiaalseid oskusi ja toimetulekuvõimet ning tagada neile vajalik kõrvalabi. Koolitus loob tingimused tegevusjuhendaja tööks vajalike teadmiste omandamiseks ning käsiraamat toetab koolitust. „Tegevusjuhendaja käsiraamatus“ on koolituse õppekavas sisalduv temaatika, nagu valdkonda reguleeriv seadusandlus, eetika hoolekandes, meeskonnatöö ja arengupsühholoogia, käsitletud on erihoolekandeteenuseid tarbivad sihtrühmad – psüühikahäire ja vaimu- või liitpuudega inimesed ning klienditöö aluseks olevad oskused nagu suhtlemine, tegevuse analüüs, tegevusvõime hindamine, klienditöö meetodid, hooldustöövõtted, tegevusplaani koostamine, tervises seisundi jälgimine ja veel mitmed tööks vajalikud põhi- või spetsiifilisi oskusi kajastavad teemad. Käsiraamatut saab kasutada õppevahendina, kui koolitaja annab kursusel osalejatele lugemist. Samuti on tegevusjuhendajal võimalik siit pärast koolituse lõpetamist õpitut meelde tuletada. Loodame, et „Tegevusjuhendaja käsiraamat“ aitab kursuse lõpetajal ka hiljem end oma töös kindlamalt tunda.

Käsiraamatu koostajad on tegevusjuhendajate koolitust pikka aega läbi viinud Monika Salumaa, Ain Klaassen, Urve Tõnisson, Ülar Uusküla, Sirje Agan, Tiina Arandi ja Külli Mäe ning koolitajate meeskonnaga uue õppekava ajal liitunud Maarja Krais, Piret Kokk ja Anne Tiko. Käsiraamatu peatükke koostas iga koolitaja oma parima tunnetuse järgi viisil, mis aitaks õppijal peatükis sisalduvast ainekergemini aru saada. Peatükkides on kasutatud ainesisesest loogikast lähtuvat ülesehitust. Mõnel pool on jooniseid ja tähtsamate mõtete raamimist, teisel küsimusi lugejale ja praktilisi harjutusi. Joonised on suuremas osas pärit Monika Salumaa ja Ain Klaasseni erakogudest ning internetist. Peatükis „Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne“ on kasutatud jooniseid käsiraamatust „Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis“ (2000/2001) ja tabelit sotsiaalministeeriumi aastaraamatust „Tervis, töö- ja sotsiaalelu 2000-2008“ (2009). Veel on peatükis „Klienditöö meetodid“ jooniseid AS Hoolekandeteenuste Karula Kodu juhataja Mai Tuuksami ja MTÜ Lõuna-Eesti Erihooldusteenuste Keskuse juhataja Aire Klauseni erakogudest, peatükis „Teraapilised ja arendavad tegevused tegevusjuhendaja töös“ koolitaja Urve Tõnissoni erakogust.

Suur tänu kõigile koostajatele, toimetajatele ja erihoolekande valdkonna inimestele, kes on aidanud illustreerivate materjalide või ekspertnõuga teksti koostamisel!

Head lugemist soovides,

Tervise Arengu Instituut

Sisukord

SAATEKS	3
1. PSÜÜHILISE ERIVAJADUSEGA INIMESTE HOOLEKANNE	7
1.1. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande teoreetilised lähtealused	7
1.2. Sotsiaalse kaitse alused	12
1.3. Erihoolekande põhialused Eestis	14
1.4. Koduses keskkonnas elamist toetavad erihoolekandeteenused	16
1.5. Hoolekandetasutuses osutatavate erihoolekandeteenuste põhiolemus	17
1.6. Erihoolekandeteenust kasutava inimese õigused ja nende piiramine	18
2. EETIKA HOOLEKANDES	21
2.1. Inimõigused hoolekandes	21
2.2. Eetilise praktika printsiibid	25
2.3. Inimeste vajadused kui hoolekandetöö lähtekoht	26
3. INIMESE ARENG ELUKAAREL	29
3.1. Elukaar	30
3.2. Arenguga kaasnevad kriisid	34
3.3. Arenguvaldkonnad	36
3.4. Normaalse arengu häirumine	40
3.5. Norm ja kõrvalekalle	41
4. PSÜÜHIKAHÄIRED	43
4.1. Psühhopatoloogia	43
4.2. Psüühikahäired	46
5. VAIMUPUUE	56
5.1. Vaimupuude määratlused	56
5.2. Vaimupuude põhjused	59
5.3. Vaimupuude tasemed	60
5.4. Mõningad sündroomid, millega kaasneb vaimupuue	64
5.5. Autism	66
6. LIITPUUE	70
6.1. Epilepsia	70
6.2. Tserebraalparalüüs	71
6.3. Meelepuuded	73
6.4. Traumajärgne ajukahjustus	75
7. MEESKONNATÖÖ ERIHOOLEKANDES	77
7.1. Väljakutsed meeskonnatöös	78
7.2. Eduka meeskonna tunnused	79
8. SUHTLEMINE JA KOMMUNIKATSIOON	83
8.1. Suhtlemise alused	83
8.2. Vaimupuudega inimesed ja suhtlemine	87
9. TEGEVUSVÕIME	90
9.1. Tegevusvõime mõjutegurid: tegevustervikud	90
9.2. Tegevusvõime mõjutegurid: tegevuseeldused	92
9.3. Tegevusvõime mõjutegurid: keskkond	94
10. EESMÄRGISTATUD TEGEVUS	96
11. TEGEVUSJUHENDAJA TÖÖVALDKOND JA ROLLID	99
11.1. Inimesekeskne professionaalne abistamine	99
11.2. Tööstress ja läbipõlemine	101

12. TEGEVUSE TUNDMAÕPPIMINE JA KOHANDAMINE	104
12.1. Tegevuse tundmaõppimise protsess	104
12.2. Tegevuse kohandamine	108
13. TEGEVUSVÕIME HINDAMINE	109
13.1. Hindamise eesmärgid	109
13.2. Hindamise protsess	110
13.3. Hindamismeetodid	112
13.4. Hindamistulemuste dokumenteerimine	115
14. KLIENDITÖÖ MEETODID	116
14.1. Validatsioon	116
14.2. Reaalsusele orienteeritud tehnikad (R.O.T.)	119
14.3. TEACCH programm	124
14.4. Sensoorne integratsioon	126
15. PEAMISED TÖÖVÕTTED IGAPÄEVASES HOOLDUSES	131
15.1. Abivahendite kasutamine	132
15.2. Manuaalne juhendamine	139
15.3. Sügava liitpuudega kliendi juhendamine	141
16. TEGEVUSPLAANI KOOSTAMINE	144
16.1. Tegevusplaani koostamine	145
17. TERVISESEISUNDI JÄLGIMINE	151
17.1. Tervise seisundi jälgimine	151
17.2. Ravimiõpetus	157
17.3. Psühhiaatrias tarvitavad ravimid	158
18. GRUPITÖÖ KLIENDITÖÖS	162
18.1. Grupitöö	162
18.2. Grupidünaamika	163
18.3. Grupitööks vajalikud tingimused	165
18.4. Grupi juhtimine ja raskustega toimetulek	166
19. PROBLEEMSE KÄITUMISE JUHTIMINE	171
19.1. Probleemse käitumise olemus	171
19.2. Probleemse käitumise põhjused	171
19.3. Emotsionaalne areng ja selle mõju käitumisele	173
19.4. Probleemse käitumise eesmärgid	175
19.5. Probleemse käitumise analüüs eesmärgi väljaselgitamiseks	176
19.6. Sekkumised ja juhtimisvõtted probleemse käitumise vähendamiseks	177
20. VAIMUPUUE JA SEKSUAALSUS	182
20.1. Seksuaalareng	182
20.2. Vaimupuudega inimeste seksuaalsuse juhendamine	184
20.3. Vaimupuudega inimeste seksuaalsuse spetsiifilised aspektid	186
21. TERAAPILISED TEGEVUSED TEGEVUSJUHENDAJA TÖÖS	194
21.1. Muusikateraapia ja selle elemendid teraapilistes tegevustes	195
21.2. Kunstiteraapia ja selle elemendid teraapilistes tegevustes	197
21.3. Kirjanduse elemendid teraapilistes tegevustes	198
21.4. Vaba aja tegevused kui teraapilised tegevused	199
KASUTATUD KIRJANDUS	201

1. PSÜÜHILISE ERIVAJADUSEGA INIMESTE HOOLEKANNE

1.1. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande teoreetilised lähtealused

Ajalooline taust

Psüühilise erivajadusega inimeste teenuste süsteemi on eelkõige mõjutanud **kõigi kodanike võrdväärsuse ja võrdõiguslikkuse printsiip**. Selle järjepidev väärtustamine ja rakendamine on viimastel aastakümnetel olnud mitmete psüühilise erivajadusega inimeste teenuste süsteemi põhjanevate muutuste initsiaatoriks. Tinglikult võib maailmas eristada järgnevaid süsteemi arenguastmeid:

- ravimine haiglas ja hooldamine suletud asutuses
- normaliseerimisidee esilekerkimine
- deinstitutionaliseerimine

Veel 1960. aastatel olid lääneriikides psüühilise erivajadusega inimeste peamisteks teenusteks ravimine haiglas ja hooldamine vähem või rohkem suletud asutuses (institutionis). Samal ajal hakkas üha enam levima normaliseerimisidee, mille alusel iga inimene peab saama nii kaua kui vähegi võimalik elada maksimaalselt normaalses (tavapärastes) tingimustes. Normaliseerimisidee leviku loogilise jätkuna algas deinstitutionaliseerimine, mis tähendas teenuste järk-järgulist väljatoomist suurtest suletud režiimiga hooldusasutustest ja lõpuks nende sulgemist. Suurte pikaaravahaiglate ja hooldekodude ümberkorralduste tempo on olnud riigi üldistest sotsiaalpoliitilistest otsustest lähtuvalt riigiti väga erinev.

Peamiste muutustena psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande reorganiseerimisel võib välja tuua:

- **Vastutuse jaotamine** (osalemise tähenduses) seisneb ennekõike ravi- ja hooldusasutustele pandud vastutuse vähendamises ning selle delegeerimises inimesele enesele ja tema lähikondsetele (kaasamine), samuti teenuse osutamist korraldavate institutionide vastutuse selgemas eristamises.
- **Ravi ja rehabilitatsiooni kiire areng** toimub uute ja efektiivsete ravimite, raviskeemide ja -meetodite kasutuselevõtmise ning rehabilitatsiooni ideoloogia ja -tehnoloogia väljatöötamise ning uute rehabilitatsioonimudelite rakendamise baasil.
- **Teenuste kohandamine** inimeste vajadustele suurte, mahukate ja kulukate teenuste väiksemateks üksikosadeks lahutamise ja nendest inimese vajadustele vastava tervikliku teenuste paketi koostamise kaudu.
- **Dubleerimise vähendamine** spetsiifilisi teenuseid osutavate asutuste ja institutionide funktsioonide täpsustamise ning psüühiliste erivajadustega inimeste maksimaalse seostamise kaudu üldiste avalike teenustega.

Eestis alustati psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande teenustepõhise süsteemi ülesehitamist 1998. aastal. Kuni selle ajani rahastati kõnealuses sektoris riigieelarvest ainult hooldekodus (institutionis) hooldamise teenust. 1999. aastal täiendati teenuste loendit päevakeskuse teenusega ja 2000. aastal rehabilitatsiooniteenusega. Sellest ajast on toimunud süsteemi kiire täiustamine ning praeguseks on nõuded erihoolekandeteenustele sätestatud EV Sotsiaalhoolekandeseaduses. Riiklike hooldekodude reform on toimunud 2006. aastal koostatud Riiklike erihoolekandetasutuste ja -teenuste reorganiseerimise kavale toetudes. Kava kohaselt on muudatused plaanis ellu viia 2021. aastaks, mil kõik ööpäevast hooldusteenust vajavad kliendid peaksid saama teenust väiksemates peretüüpi majutusüksustes.

Erinevad teadmised ja lähenemised psüühilise erivajadusega inimestest

Meie ümber toimuvat võib vaadata ja näha ning sellest aru saada mitmel erineval moel. Erinevalt mõistetakse ja tõlgendatakse ka tavapärastest teistsuguse käitumise ja/või psüühikaga inimesi, nende probleeme ja probleemide võimalikke lahendeid.

Need eritüübilised ja -sisulised teadmised võib jagada nelja gruppi:

- meditsiinilis-kliinilised
- sotsiaalteaduslikud
- kogemuslikud
- tavateadvuslikud

Meditsiinilis-kliinilist teadmist on kõige enam arendanud psühhiaatrid ja kliinilised psühholoogid. Mõlemad erialad kasutavad valdavalt loodusteaduslikke uurimismeetodeid ning nende teadmisi kasutavad ka teised erialad, näiteks sotsiaaltöötajad ja õed. Oluline osa meditsiinilis-kliinilistest teadmistest on pärit ka üldmeditsiinist ja mõnest meditsiini eriharust.

Sotsiaalteadusliku teadmise arendamisse on oma panuse andnud sotsioloogia, sotsiaalpsühholoogia, antropoloogia ja mitmed teised sotsiaalteadused. Erinevalt meditsiinilis-kliinilisest lähenemisest keskendutakse selle lähenemise puhul sotsiaalsele kontekstile ja sotsiaalsetele faktoritele nagu näiteks sotsiaalsed grupid, klassid, tööpuudus, kodutus, vaesus jms. Seepärast võib sotsiaalteaduslik arusaam olla oluliselt erinev kliinilis-meditsiinilisest.

Kogemuslikku teadmist omavad ja kannavad ennekõike tavapärasest erineva psüühikaga inimesed ise. Erinevalt professionaalidest tunnevad nad oma psüühikat ja selle iseärasusi seestpoolt. Nende inimeste teadmises on sümptomite vahetu reaalsus viidud seosesse nende mõjuga elule kogukonnas. Spetsiifilisi kogemuslikke teadmisi omavad ka tavapärasest erineva psüühikaga inimeste perekonnad ja sõbrad.

Tavateadvuslikud teadmised tähendavad mitmesuguseid, ennekõike n-ö mitteametlikke kanaleid (pere, sõbrad, ajakirjandus jms) pidi ühiskonnas levivaid arusaamu tavapärasest erineva psüühikaga inimestest ja nende käitumisest. Tavateadvuslikud teadmised mõjutavad vähemal või rohkemal määral kõiki inimesi mis tahes ühiskonnas. Samal ajal on oluline rõhutada, et maailmas pole olemas ühetaolisi tavateadvuslikke teadmisi – erinevates kultuurides on tavapärasest erineva psüühikaga inimestest erinevad arusaamad.

Tasakaalustatud ja adekvaatne arusaam tavapärasest erineva psüühikaga inimestest kujuneb kõigi eelnimetatud erinevate teadmiste liitumisel (vt joonis 1).

TASAKAALUSTATUD ARUSAAMINE

meditsiinilis-kliiniline	sotsiaal-teaduslik	kogemuslik	tavateadvuslik
--------------------------	--------------------	------------	----------------

TEADMISTE TÜÜBID

Joonis 1. Tasakaalustatud arusaamine

Bio-psühho-sotsiaalne mudel

Eesti erihoolekandeteenuste süsteem toetub bio-psühho-sotsiaalse inimese mudelile. Selle järgi on iga konkreetne inimene tervik, millel võib eristada kolme omavahel seotud süsteemi ja/või tasandit.

- **somaatiline**, füüsilis-keemilis-bioloogilise kehaga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning ennekõike keha kaudu mõjutatav
- **psüühiline**, psüühika ja närvisüsteemiga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning ennekõike psüühika kaudu mõjutatav
- **sotsiaalne**, sotsiaalse keskkonnaga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning ühiskonna kaudu mõjutatav

Nende süsteemide vahel esinevad erinevad seosed, näiteks:

Somaatilis-sotsiaalsed seosed – vaesusest tingitud alatoitumus ja sellest tulenevad tervise- või kasvuhäired. Sarnase iseloomuga seoseid väljendab aga näiteks ka see, kui alkoholi joores või narkouimas inimene tekitab teistele kehalisi vigastusi. Somaatilis-sotsiaalsed seosed ilmnevad eriti juhul, kui vigastuste tekitajad on ka pikka aega töötud. Sisuliselt on ka tuberkuloos sotsiaalne haigus, mille levikut pole ilma sotsiaalsete abinõude rakendamiseta võimalik märkimisväärselt piirata.

Psühho-somaatilised seosed – mitmesugused haigused, näiteks südame isheemiatõbi, Alzheimeri tõbi, dementsus jms. Analoogselt asetavad orgaanilised aju- või närvisüsteemi kahjustused piiranguid psüühikale, sh vaimsele arengule. Psühho-somaatilisel foonil on käsitletavad ka näiteks väsimusest tingitud liiklusõnnetused ja muud traumad.

Psühho-sotsiaalsed seosed – ilmekaks väljenduseks on mitmesugused muutused inimeste käitumises suuremate sotsiaalsete muutuste perioodil, näiteks kuritegevuse kasv, prostitutsiooni ja alkoholismi levik ning enesetappude arvu suurenemine. Psühhosotsiaalse päritolu ja iseloomuga on ka muutused, mis toimuvad pikaajaliselt töötu inimese psüühikas.

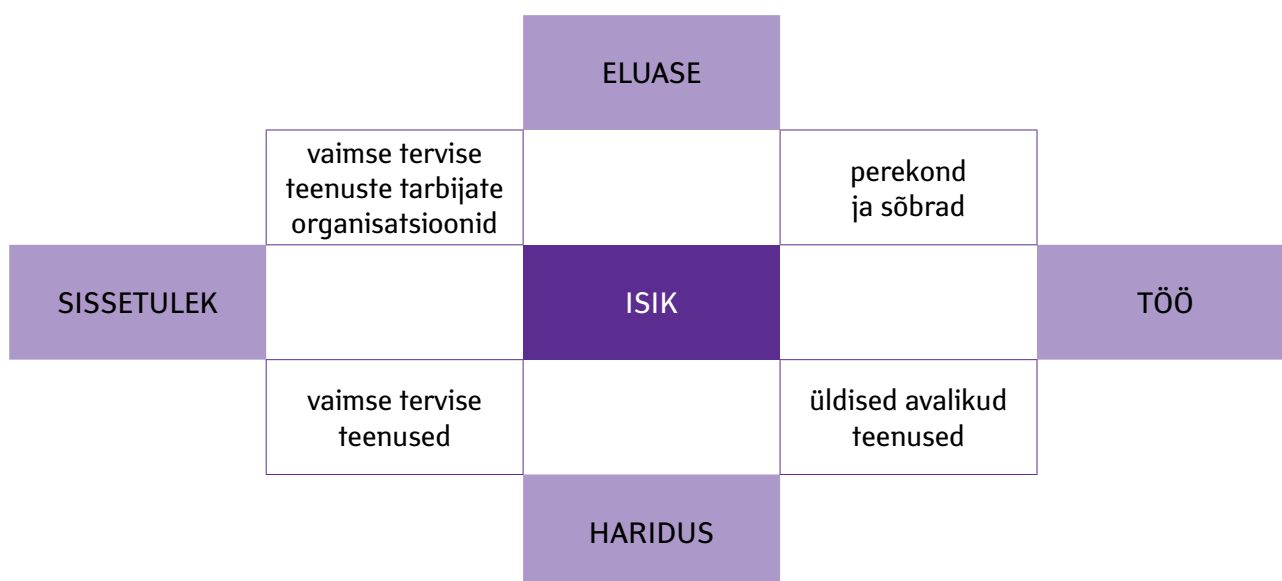
Bio-psühho-sotsiaalsete seoste märkamine ja arvestamine on oluline, sest see võimaldab adekvaatsemalt aru saada, mis toimub inimeste ja ühiskonnaga. Ühtlasi annab see oskuse valida toimuvate protsesside mõjutamiseks ja/või probleemide lahendamiseks võimalikult asjakohased vahendid.

Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandesüsteemi alusmudel

Ühte maailma tunnustatumat psüühiliste erivajadustega inimestele suunatud hoolekandesüsteemi mudelit võib selgitada alljärgneva joonise abil (vt joonis 2). Peamine printsiip, mida toodud mudeli rakendamisel järgitakse on, et igal inimesel on õigus eluasemele, sisetulekule, tööle ja õppimisvõimalustele tavaühiskonnas. Juhul kui inimesel ilmnevad psüühikast tulenevad erivajadused, siis proovitakse need rahuldada esmajärjekorras pere, kogemustoe (vaimse tervise teenuste tarbijate organisatsioonid) ning esmatasandi teenustega, milleks on üldised kõigile kättesaadavad avalikud teenused (nt ühistransport, meditsiiniline esmaabi, politsei, tuletõrje jms). Alles tõsisema erivajaduse ilmnedes kasutatakse erihoolekandeteenuseid nagu toetatud elamine või töötamise toetamine. Sisuliselt tähendab see, et kui psüühilise erivajadusega inimesel ei ole näiteks tööd, on töö otsimise ja inimese abistamise esmaseks kohaks Töötukassa. Kui inimene ei saa sealsete teenuste kasutamisega mingil põhjusel hakkama, siis osutatakse talle abi selle sama esmatasandi teenuse kasutamiseks. Kui ka sellest ei piisa, on vajalik teatud spetsiifilise abi osutamine, mille eesmärgiks on inimese maksimaalne toetamine ja/või ettevalmistamine selleks, et ta suudaks üldiseid tööturuteenuseid kasutada. Alles siis, kui ka see ei osutu võimalikuks, on põhjust inimene erihoolekandeteenustele suunata.

Sarnaselt – kui inimesel on probleeme eluaseme või hariduse saamisega, on ka nende probleemide esimeseks ja peamiseks lahendajaks ennekõike esmatasandi teenuste osutajad.

Erivajaduste hindamist teevad spetsialiseerunud rehabilitatsioonimeeskonnad Sotsiaalkindlustusameti suunamisel. Keerulisemate ja mitme vajadusega juhtumite puhul tuleks isikule tagada juhtumikorralduse teenus ehk abi mitmete teenuste koordineerimisel ja tarbimisel.



Joonis 2. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandesüsteemi alusmudel.

Erialased sekkumised

Erialast tegevust psüühikahäire ja/või psüühilise erivajadusega inimeste abistamisel ning nende probleemide lahendamisel liigendatakse mitmel erineval moel. Eelistatuimaks võiks siiski pidada tulemuskeskset lähenemist tegevustele ja/või funktsioonidele. Ennekõike tähendab see, et mis tahes erialase tegevuse puhul peab olema võimalik määratleda vastava tegevuse oodatav ja/või tegelik lõpptulemus, kusjuures see tulemus peab olema formaliseeritav.

Erinevatest erialastest tegevustest psüühikahäirega inimeste abistamisel tõusevad kandvamate ja/või kaalukamatena esile kolm:

- **ravimine**, mille tulemusena inimene terveneb kas täielikult või osaliselt
- **rehabiliteerimine**, mille tulemusena arendatakse välja inimese jääkvõimed ning kujundatakse vajalikud toetussüsteemid
- **toetamine**, mille tulemusena inimese seisund ja/või toimetulek püsib põhijoontes stabiilsena

Ravimine

Tervis on inimese parim füüsiline, psüühiline ja sotsiaalne talitus ning heaolu. Ravimine on arstlik tegevus haige inimese tervise taastamiseks ja/või vaevuste vähendamiseks.

Tunnustatud seisukohtade järgi saab arstiabi ja ravimise osatähtsus inimese tervise tagamisel olla 15–20%, mitte rohkem. Ülejäänud, st olulisemad tegurid tervise tagamisel on näiteks inimese elulaad, käitumisharjumused, majanduslik olukord, sotsiaalne- ja füüsilis-keemilis-bioloogiline keskkond jms.

Raviprotsessi iseloomustavad järgmised faasid: raviprobleemi teadvustamine; diagnoosimine, raviplaani koostamine, raviplaani täideviimine ja hindamine.

Ravimise võimalik tulemus sõltub väga paljudest teguritest, sh konkreetse inimese üldisest psühhosomaatilis-emotsionaalsest seisundist ja tema tervisehäire iseloomust. Seepärast võib ka näiteks sisuliselt ühesugune arstlik tegevus erinevate inimeste ravimisel anda üsna erinevaid tulemusi ja sama tulemuseni jõudmine võib nõuda erineval määral aega.

Õpetamine

Õpetamist ja/või selle elemente kasutatakse n-ö osa- või toetava tegevusena väga sageli ka ravimise, rehabiliteerimise ja toetamise puhul. Näiteks võib olla vaja õpetada inimest elama n-ö kroonilise haigusega, jälgima ja hindama oma seisundi muutumist, kasutama tehnilisi abivahendeid jms.

Õpetamine ja õppimine on omavahel dünaamiliselt seotud. Tulemuskeskselt lähenedes on õpetamise eesmärgiks kas uute oskuste kujunemine või olemasolevate oskuste ümberkujundamine. Öeldakse ka, et õpetamine on sihipärane tegevus ennekõike selles tähenduses, et see, kes õpetab, teab, et ta seda teeb. Samal ajal võib juhtuda ka nii, et uusi oskusi ei kujune, vaatamata sellele, et õpetatakse. Võib juhtuda, et inimene õpib ka ilma õpetamata, st ümbritsevast keskkonnast, meediast, isiklikest kogemustest jms.

Oskused, mida õpetatakse, põhinevad omakorda teadmistel, kujutlustel, hoiakutel ja emotsioonidel. Ka neid saab õpetada, samas on mõnda neist raske ümber kujundada. Õpetamine eeldab huvi omandada uusi oskusi. Vastava huvi puudumisel tuleb see tekitada, mistõttu uute oskuste omandamise huvi tekitamine on käsitletav osana õpetamisest.

Vaimupuudega inimesele tuleb õpetada palju sedagi, mida puudeta inimesed on omandanud iseseisvalt, ilma igasuguse õpetamiseta, näiteks lihtsa vaatluse, katse ja eksituse või eeskuju jälgimise (ja matkimise) teel. Sünnipärase *puude* korral tähendab see, et õpetada on vaja praktiliselt kõike „alates algusest“ Elu jooksul tekkinud puude korral tuleb tegeleda peamiselt nende funktsioonidega, mis on saanud kannatada, taandarenevad vms.

Vaimupuue võib muuhulgas tähendada vähenenud uudishimu ehk nappi loomulikku õpimotivatsiooni. Seetõttu tuleb vaimupuudega inimesi uute oskuste õpetamisel puudeta inimestest oluliselt rohkem motiveerida, näiteks lõbustamise ja eriviisilise tunnustamise abil.

Rehabiliteerimine

Ingliskeelsele mõistele *rehabilitation* vastab kaks eesti terminit – rehabiliteerimine ja rehabilitatsioon – mis erinevad oma sisult ja tähenduselt.

- Rehabiliteerimine tähistab (tähendab) tegevust või protsessi.
- Rehabilitatsioon selle tulemust, soovitud (kokkulepitud) eesmärgi saavutamist.

Sarnaselt rehabiliteerimisega on näiteks ravimise tulemuseks tervenemine, sümptomite vähenemine või kadumine ja õppimise tulemuseks teadmised, oskused, haritus. Rehabiliteerimist kui konkreetset tulemuskeskset tegevust kaldutakse mõnikord samastama n-ö rehabilitatsioonile orienteeritud hoiakuga (lähenedemisega) erialases tegevuses ja/või ei eristata konkreetse teenuse või programmi osutamise tasandit eesmärgilisest.

Rehabilitatsioonile orienteeritud hoiak tähendab ennekõike seda, et nii ravi kui ka toetavate teenuste plaanimisel ja osutamisel on pidevalt sihiks inimese võimalikult iseseisev ja võimalikult vähese kõrvalabiiga toimetulek tavakeskkondades.

Mõisted meditsiiniline rehabilitatsioon, kutsealane rehabilitatsioon, hariduslik rehabilitatsioon jne tähendavad ennekõike seda, et rehabiliteerimise peamiste (sotsiaalsete) eesmärkide saavutamiseks kasutatakse meditsiinilisi ja/või hariduslikke vahendeid, meetodeid, tehnoloogiaid jms.

Konkreetsemalt on rehabiliteerimise protsessi peaeesmärk (tulemus) enamasti sõnastatud ühel järgneval viisil:

- inimese maksimaalse iseseisvuse ja sõltumatuse saavutamine
- sotsiaalselt väärtustatud rollide saavutamine
- inimese funktsioneerimise parandamine ja rahulolu teatud keskkonnas
- rahaliste kulutuste perspektiivne vähendamine

Kolm esimest eesmärki (tulemust) on oma olemuselt põhijoontes samad ja käsitlevad ennekõike inimresursi arendamisega kaasnevat sotsiaalset efekti. Ühe või teise sõnastusvariandi eelistamine sõltub ennekõike üldisest teoreetilisest raamistikust, milles kõnealust teemat käsitletakse. Neljas eesmärk käsitleb majanduslikku efekti ja ka see võib olla formuleeritud erineval moel.

Rehabiliteerimise alla kaldutakse sageli paigutama teiste sektorite, peamiselt tervishoiu ja hariduse tegematajätmissi. Seepärast on rehabiliteerimist otstarbekas defineerida võimalikult rangelt ja sotsiaalselt mõõdetava (hinnatava) tulemuse kaudu.

Rehabiliteerimisele iseloomulikud tunnused:

- Sotsiaalne ja majanduslik eesmärgipärasus (tulemuslikkus).
Nende mõlema esindatuseta pole konkreetse inimese rehabiliteerimise protsessi alustamine põhjendatud.
- Ajaline määratletus (rehabiliteerimine on ajaliselt piiritletud tegevus).
Lihtsustatult võib öelda, et põhimõtteliselt on inimest võimalik rehabiliteerida sõltumata tema vanusest, st kogu elu jooksul, aga rehabiliteerimisprotsess ise ei saa kesta kogu eluaja. Üldiselt levinud arusaama järgi kestab raske psüühikahäirega inimese sotsiaalne rehabiliteerimine sõltuvalt isikust, häirest ja keskkonnast 6–24 kuud.
- Inimese enese osalus (kohustus).
Rehabiliteerimisel ei saa keegi teine inimese eest midagi ära teha. Kogu protsessil on mõtet ja see saab olla tulemuslik ainult siis, kui inimene võtab enesele ise vastavasisulise eesmärgi (kohustuse). Seetõttu on protsessi alustamise eeltingimuseks vajalik inimese enese või tema seadusliku esindaja allkirjastatud rehabilitatsiooniplaan.
- Kvalifitseeritud kaadri olemasolu ja rakendamine.
Rehabiliteerimine koosneb kahest erinevast, kuid sisuliselt võrdväärsest aspektist: inimese jääkvõimete (tugevuste) väljaarendamine ja iseseisvat toimetulekut tagava (toetava) tugisüsteemi kujundamine (abivahendid, täiendavad vajalikud teenused). See eeldab mõlemat kompetentsi kandvate spetsialistide kaasamist.

- Koostöösuhted keskkonnaga, millesse inimene (elama, tööle, õppima) asub. Rehabiliteerida ei saa mingisse üldisesse abstraktsesse keskkonda, vaid konkreetse, kuhu inimene (elama, tööle, õppima) asub.
- Koostöösuhted inimese ravi eest vastutava institutsiooniga. Rehabiliteerimist käsitletakse teoreetiliselt küll omaette distsipliinina, aga siiski mitte ravist sõltumatult. Seepärast on rehabiliteerimise üheks tunnuseks ka vastastikku aktsepteerivate koostöösuhete olemasolu ravi- ja rehabilitatsiooniasutuse ja/või nende eest vastutavate institutsioonide vahel.

Vastavalt kehtivale Sotsiaalhoolekande seadusele on rehabilitatsiooniteenus isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus, mille raames:

- koostatakse isikule nõuetele vastav isiklik rehabilitatsiooniplaan
- osutatakse Vabariigi Valitsuse kehtestatud loetelus nimetatud ning rehabilitatsiooniplaanis märgitud teenuseid
- juhendatakse isikut, kuidas rehabilitatsiooniplaanis kirjeldatud tegevusi ellu viia (juhtumikorraldus)

Toetamine

Toetamine on rehabiliteerimise protsessis viimane erialase sekkumise lüli. Samas pole kõigil eelnevatel erialastel sekkumisel suurt tähendust, otstarvet ega tegelikult ka mõtet, kui neile ei järgne inimese vajadustele adekvaatsete toetuste või toetussüsteemide kujundamist ja rakendamist. Protsessis viimane olemine tähendab ennekõike seda, et toetamine on vajalik ja seda kasutatakse reeglina ainult juhul, kui varasemad tegevused pole olnud piisavalt tulemuslikud. See on ka üks põhjusi, miks öeldakse, et ravimise ja rehabiliteerimise (ning õpetamise) üks peaeesmärk on toetuse vajaduse vähendamine. Lõplikult pole toetuse vajaduse vähendamine kõigi inimeste puhul siiski võimalik. Küll aga peaks kvaliteetselt teostatud ravimine ja rehabiliteerimine (ning õpetamine) vähendama:

- toetamist vajavate inimeste arvu
- konkreetsele inimesele vajaliku toetuse mahtu (määra)

Üldiste teoreetilis-praktiliste mudelite tasandil on psüühilise erivajadusega inimeste toetamine põhijoonetel ühetaoline ega sõltu psüühikahäire spetsiifikast. Vahtul rakendamisel on erinevat tüüpi psüühikahäiretega inimeste toetamisel siiski märkimisväärsed erisusi, mistõttu erinevatele gruppidele arendatakse välja erinevad konkreetsete teenused ja vastavalt sellele koolitatakse erinevalt ka erinevate gruppidega töötajaid.

1.2. Sotsiaalse kaitse alused

Sotsiaalse kaitse printsiip on tänapäeva ühiskonnas tunnustatud põhimõte, et riik tagab oma kodanikele sotsiaalse kaitse. See annab kindlustunde tuleviku suhtes ning võimaluse elada inimväärselt kogu elu. Sotsiaalset kaitset teostatakse hoolekande ja sotsiaalkindlustuste meetmetega.

Sotsiaalkindlustus on riigi antav garantii, millega teatud sotsiaalsete riskide (nt surm, vanadus) realiseerumise korral tagatakse täiendav sissetulek või sissetulekute jätkumine vähemalt tasemel, mis võimaldab inimväärselt ära elamist. Sotsiaalkindlustus väljendub kindlustushüvitistes (nt töötuskindlustus, pensionikindlustus) ja toetustes (nt töötutoetus, puuetega inimeste sotsiaaltoetus). Sotsiaalkindlustust rahastatakse nii kohustuslikest maksudest kui ka vabatahtlikest maksetest. Riiklikku sotsiaalkindlustussüsteemi koordineerib Sotsiaalkindlustusamet (edaspidi ka SKA), mille tegevuse eesmärgiks on kindlustada inimesed seaduses ettenähtud pensionide, toetuste ja hüvitistega.

Hoolekanne on toimingute süsteem, mille eesmärgiks on inimese toimetuleku soodustamine. Hoolekandelisteks toiminguteks võivad olla nii sotsiaaltoetused (nt toimetulekutoetus), sotsiaalteenused (nt koduteenus, tugiisiku teenus) kui ka vältimatu sotsiaalaabi (nt riided, toit). Sotsiaalsesse raskustesse sattunud inimese olukorra parandamisel on oluline kõikide osapoolte, sh inimese enda, perekonna, ülejäänud ühiskonnaliikmete, riigi ja kohaliku omavalitsuse aga ka tööandjate panus.

Hoolekandelise abi tagamise põhimõteteks on:

- abi osutamisel lähtutakse inimese vajadustest ja seisundist
- tehakse inimesega koostööd, arvestatakse tema soovidega ja kaasatakse inimene temaelu puudutavate otsuste tegemisse
- kohandatakse teenused konkreetse inimese vajadustega
- eelistatakse abi andmise meetmeid, mis toetavad inimese iseseisvat toimetulekut, töötamist ja õppimist ning vähendavad abivajadust pikemas perspektiivis
- hoolekandetasutusse paigutamisele eelistatakse kodus elamise toetamist
- luuakse kodusarnaseid hoolekandetasutusi
- pakutakse hoolekandelist abi võimalikult inimese kodu lähedal niivõrd kui see on võimalik

Eesti Vabariigi põhiseaduse § 28 alusel on puuetega inimesed riigi ja kohaliku omavalitsuse erilise hoole all. Eesti kodanikul on õigus riigi abile vanaduse, töövõimetuse, toitjakaotuse ja puuduse korral.

Puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koostoimes erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel.

Puuetega inimeste arv on Eestis aasta-aastalt kasvanud. 2009. aasta alguse seisuga oli neid 118 000 (8,8% rahvastikust), neist 95% on täiskasvanud. Valdavalt on tegemist eakate inimestega – ca 60% kõigist puudega inimestest on 63aastased ja vanemad. Puudega inimeste osakaalu suurenemine on mõneti tingitud üldisest rahva vananemisest. Enamasti on puudega inimestele määratud puue täiskasvanueas (keskmine vanus esmakordsel puude määramisel 54 eluaastat). Ligi viiendikul on puue pärilik või kaasasündinud, 18% on puue tekkinud õnnetuse tagajärjel. Eakamate puudega inimeste hulgas on naisi rohkem kui mehi. Vaimupuude ja psüühikahäirega inimesed on valdavalt nooremad.

Töövõimetuspension on asendussissetulek ja kompenseerib inimese osalist või täielikku võimetust töötada. 2009. a puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuringust selgus, et töövõimekadu esineb 97% tööealistest puudega inimestest. Enam kui pooltel on töövõimekadu 70–90%, 22% on täielikult töövõimetud.

Töövõimetuspensioni makstakse inimesele 40–100%-lise püsiva töövõime kaotuse korral. Alla 100%-lise töövõime kaotuse korral eeldatakse, et inimene peaks allesjäänud töövõime osas osaaajaga töötama, kuid ei ole keelatud töötada ka 100%-lise töövõime kaotuse korral.

Puude raskusastme, püsiva töövõimetuse ja puudest tulenevad lisakulud tuvastab SKA koostöös ekspertarstidega.

Puude raskusastme tuvastamisel võetakse arvesse inimese tervises seisund; tegevusvõime; kõrvalabi-, juhendamise- ja järelevalve vajadus, mis on suurem inimese eakohasest abivajadusest; kõrvalabi ja juhendamise vajadus, mis esineb inimesel tehniliste abivahendite kasutamisele vaatamata; elukeskkond; puudest tingitud lisakulud ja rehabilitatsiooniplaani olemasolu korral selles ettenähtud tegevused.

Puude raskusaste võib rehabiliteerimise, abivahendite kasutamise, elukeskkonna kohandamise või muude asjaolude mõjul muutuda.

Puuetega inimeste sotsiaaltoetusi makstakse puudest tingitud lisakulude osaliseks hüvitamiseks inimestele, kellel on tuvastatud keskmine, raske või sügav puue.

Psüühilise erivajaduse all mõistetakse psüühikahäireid, mis on rahvusvahelises haiguste klassifikaatoris (RHK-10) toodud klassifikatsiooni alusel psüühika- ja käitumishäired F00–F99. Psüühikahäirete mõiste hõlmab nii psüühiliselt haigeid kui ka vaimse alaarenguga isikuid.

1.3. Erihoolekande põhialused Eestis

Psüühikahäirega inimeste hoolekandeteenuste loendi koostamisel on oluline arvestada, et need teenused ei ole omaette nähtused, vaid moodustavad ühe osa avalikest teenustest. Erivajadustega inimeste hoolekandeteenused on eriti tihedalt seotud neile lähedaste avalike teenuste (ennekõike tervishoiu-, tööturu- ja haridusteenuse) ning nende arengutega. Erivajadustega inimeste hoolekandeteenused on väga tihedalt seotud inimese seisundi ja sellest tingitud vajadustega.

Erihoolekandeteenusteks nimetatakse Eestis psüühilise erivajadusega inimestele mõeldud teenuseid. Erihoolekandeteenuste eesmärk on inimese iseseisva toimetuleku arendamine ja tegevuste juhendamine. Inimene peaks ise maksimaalselt oma igapäevaelu tegevustesse panustama ning teda juhendatakse ja aidatakse tema vajaduste järgi.

Erihoolekandeteenuste sisu on inimeste toetamine või hooldamine, mis moodustab peamise osa erihoolekande kliendi vajadustest. Kui aga psüühilise erivajadusega inimesel on muu abivajadus, siis osutatavad vastavad organid talle abi vastavalt tavapärasele korrale. Näiteks kui erihoolekande klient ei suuda ise oma tegevusi juhtida ja vajab eestkostet, siis eestkostet korraldab kohalik omavalitsus. Kui erihoolekandeteenuseid kasutav inimene vajab teenuseid või toetusi lisaks riiklikule teenusele, siis korraldab valla- või linnavalitsus abi vajava puudega isiku toimetuleku sotsiaalteenuste osutamise, sotsiaaltoetuste maksmise, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi osutamise teel. Näiteks võib toetatud elamise teenusel viibiv inimene vajada toimetulekutoetust või sotsiaalnõustamise teenust.

Erihoolekandeteenuseid rahastatakse riigieelarvest – Sotsiaalkindlustusamet tasub arvete alusel teenuseosutajatele osutatud teenuste eest (maksimaalse riigipoolse osaluse kehtestab Vabariigi Valitsus määrusega). Kogukonnas elamise teenuse ja ööpäevaringse erihooldusteenuse puhul peab inimene ise toidu ja majutuse eest maksma. Kui inimesel pole piisavalt vahendeid omaosaluse eest tasumiseks, saab ta taotleda puudujääva osa hüvitamist SKAst.

Erihoolekandeteenuste ja psüühilise erivajadusega inimeste teemaga kokku puutudes on oluline teada vähemalt järgmisi õigusakte:

- sotsiaalhoolekande seadus (hoolekande põhimõtted, erihoolekandeteenused)
- puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus (puude mõiste, puuetega inimeste sotsiaaltoetused)
- psühhiaatrilise abi seadus (tahtest olenematu ravi)
- perekonnaseadus (eestkoste)
- tsiviilkohtumenetluse seadustik (inimese kinnisesse asutusse paigutamine)

Riiklike erihoolekandeteenuste areng Eestis

Erihoolekandeteenuste arendamine algas 1990. aastate lõpus, mil riigieelarvest rahastati ainult üht psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandeteenust – ööpäevaringset hooldamist hooldekodus. 1998. aastal korraldati uuring, mille käigus hinnati kõiki erihooldekodus teenusel viibivaid inimesi. Hindamistulemused kinnitasid hüpoteesi, et kõik hooldekodus olevad inimesed ei vaja ööpäevaringset hooldust. Osa neist vajasis oluliselt intensiivsemat hooldust ja teised abi ainult mõnel päeval nädalas igapäevaelu toimingutes. 2000. aastal tehtud erihoolekande erialase juhtimisauditi tulemusel töötati välja üheksa-teenuseline süsteem, mille eesmärgiks oli inimeste vajadustele vastava abi andmine – igaüht toetatakse neis funktsioonides ja valdkondades, milles inimene toetust vajab ja just nii palju, kui inimene vajab, mitte rohkem ega vähem. Samuti oli eesmärk ennetada inimeste sattumist ööpäevaringsele hooldusele ning toetada nende koduses keskkonnas toimetulekut nii kaua kui võimalik.

Alates 2009. aastast on sotsiaalhoolekande seaduses kirjeldatud viit erihoolekandeteenust: igapäevaelu toetamise teenus, töötamise toetamise teenus, toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus ja ööpäevaringne erihooldusteenus. Erihoolekandeteenuste osutamisel tuleb arvestada, et inimesel peab olema õigus valida nii teenuste kui ka erinevate tegevuste vahel. Osutatav teenus kohandatakse inimese soovide ja vajadustega, mitte ei sobitata inimest teenuse raamidesse.

2000. aastal tehtud erihoolekande auditi hinnangul on Eestis ligikaudu 7000 raske või püsiva psüühikahäirega inimest, kes vajaksid erihoolekandeteenuseid. Sotsiaalministeeriumi 2003.– 2006. aasta andmetel on psüühiliste erivajadustega täiskasvanud inimeste hoolekandeteenuste kasutajate arv suurenenud.

Tabel 1. Psüühiliste erivajadustega täiskasvanud inimeste hoolekandeteenuste kasutajad teenuste liikide järgi aasta jooksul

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Teenuste kasutajate arv kokku	4491	4693	4901	4955	5047	5201
Igapäevaelu toetamine	1525	1668	1688	2015	2048	2071
Toetatud elamine	565	562	618	678	686	707
Elamine kogukonnas	28	32	39	43	45	49
Töötamise toetamine	516	548	533	548	510	511
Ööpäevaringne hooldamine	2130	2074	1997	1968	1981	
Ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine	94	171	219	243	251	2583
Ööpäevaringne tugevdatud järelevalvega hooldamine	189	198	203	203	196	

Üldnõuded erihoolekandeteenustele

Sotsiaalhoolekande seaduses kehtestatud üldnõuetele (vt allpool) peavad vastama kõik erihoolekandeteenused.

- Teenuseosutaja peab teenuse osutamise vältel inimesega aktiivselt tegelema, kaasates teda vastavalt inimese võimetele ja vajadustele tegevustesse.
- Igale inimesele tuleb koostada tegevusplaan.
- Teenuseosutaja peab tagama teenuse vastavuse tervisekaitsenõuetele. Tervisekaitsenõuetele vastavus on oluline, et tagada teenusel viibivatele isikutele teenuste osutamine ruumides, kus on piisavalt valgust, ruumi ja õhku.
- Teenuseosutaja peab inimest teavitama kodukorrast, isiku õigustest ja piirangutest teenusel viibimisel ning tutvustama ruume.
- Teenuseosutaja peab korraldama teenuse osutamisega seotud teabe ja dokumentide kogumise ja säilitamise.
- Teenuseosutaja peab tagama, et tema juures tegevusjuhendajatena töötavad inimesed vastaksid riiklikult kehtestatud nõuetele.
- Teenuseosutaja peab teavitama inimest või tema eestkostjat ja SKAd kahtlusest, kui inimesele osutatav teenus ei vasta tema vajadustele.

Erihoolekandeteenuse osutajal peab olema iga teenuse osutamiseks tegevusluba, mille väljastab Sotsiaalkindlustusamet. Tegevusloa omamisega tõestab teenuseosutaja, et ta vastab nii tervisekaitse kui ka tuleohutusunõuetele, et tal on piisav arv vastava väljaõppega töötajaid jne.

Teenuste suunamise kord

Üldjuhul peab isikul, kes soovib erihoolekandeteenusele suunamist, olema koostatud rehabilitatsiooniplaan, mille tegevuskavasse on märgitud isiku toimetuleku parandamiseks vajalikud teenused ja tegevused. Rehabilitatsiooniteenusel hinnatakse inimese tugevusi ja vajadusi ning tehakse soovitus edasiseks teenuste osutamiseks. Sellest eeldusest tulenevalt peavad kõik erihoolekandeteenuseid taotlevad inimesed (välja arvatud suunamisel igapäevaelu toetamise teenusele ja ööpäevaringsele erihooldusteenu- sele kohtumäärusega isikutele) olema eelnevalt läbinud rehabilitatsiooniteenuse. Igapäevaelu toetamise teenusele suunamiseks piisab eriarsti saatekirjast, kohtumääruse alusel ööpäevaringsele erihooldusteenu- sele asumiseks teeb kohus vastavasisulise otsuse ning rehabilitatsiooniplaani koostamine ei ole inimese jaoks kohustuslik.

Teenustele suunamist korraldab SKA.

- Kui inimene soovib taotleda mõnda erihoolekandeteenust, peab ta esitama SKAle taotluse koos vajalike dokumentidega konkreetse teenuse saamiseks. Inimene võib taotlusesse märkida asutuse, kuhu ta teenusele soovib minna.
- Taotlust menetledes otsustab SKA erihoolekandeteenuse osutamise või sellest keeldumise (välja arvatud kohtumäärusega hoolekandetasutusse paigutatu puhul, kuna sel juhul on osutamise üle otsustanud kohus). Lisaks kinnitab SKA teenuse osutamise eesmärgi, selle elluviimiseks vajalikud soovituslikud tegevused, soovituslike tegevuste läbiviimise sageduse ja teenuse osutamise maksimaalse tähtaja.
- Inimesele sobiva erihoolekandeteenuse osutaja ja teenuse osutamise alguskuupäeva, valivad välja ja lepivad kokku SKA, teenust saama õigustatud inimene ja erihoolekandeteenuse osutaja. See ei kehti kohtumäärusega hoolekandetasutusse paigutatu puhul.
- SKA väljastab inimesele suunamisotsuse kui riigieelarves on olemas raha teenuse osutamiseks ning asutuses, kuhu inimene soovib teenusele minna, on olemas vaba koht.

1.4. Koduses keskkonnas elamist toetavad erihoolekandeteenused

Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande arendamises tuleb väärtustada sotsiaalset integratsiooni. Sotsiaalse integratsiooni tagamise põhisuundumuseks on toetavate teenuste eelisarendamine, et inimene saaks elada tavapärasel elukeskkonnas võimalikult pikalt. Samuti on oluline teenusel viibivatele inimestele kodusarnaste elutingimuste loomine.

Tavaühiskonnas koduses keskkonnas toimetulekut toetavateks teenusteks loetakse igapäevaelu toetamise teenust, toetatud elamise teenust ja töötamise toetamise teenust.

Igapäevaelu toetamise teenus

Igapäevaelu toetamise teenuse eesmärk on inimese parim võimalik iseseisev toimetulek ja areng läbi psühhosotsiaalse toimetuleku toetamise, igapäevaelu toimetulekuoskuste ja tööoskuste kujundamise ning isikuga koos elavate inimeste nõustamise. Igapäevaelu toetamise teenus on oma olemasolult kõige kiiremini ja kergemini ligipääsetav teenus inimese haigestumisel.

Igapäevaelu toetamise teenus on mõeldud suhteliselt hästi toimetuleva inimese tavakeskkonnas toetamiseks, tema tegevusvõime säilitamiseks ja arendamiseks. Teenusega püütakse ära hoida inimese toimetuleku taandumist ja erihooldekodusse sattumist. Inimene, kellele teenust osutatakse, võib elada nii koos oma perega kui ka omaette või koos toetatud elamise teenusel viibivate inimestega.

Igapäevaelu toetamise teenuse raames pakutakse inimesele tuge elus hakkama saamiseks ja igapäevatoimingute tegemiseks. Toe olemasolul suudavad raske, sügava või pikaajalise psüühikahäirega isikud tulla toime oma elukorraldusega ning sulanduda ühiskonda. Teisalt pakub igapäevaelu toetamise teenus võimalust olla aktiivne ja tegutseda neil inimestel, kes ei tule toime töötamisega ei töötamise toetamise teenuste ega tavatöö tingimustes. Aktiivne olemine toetab ka nende tervislikku seisundit ning vähendab haiglasviibimise juhtude arvu.

Teenuseosutaja peab inimese kaasama isiklike ja igapäevaelu oskuste kujundamisse (enese eest hoolitsemise oskuste õpetamine, riiete valimine ja riietumine, eelarve plaanimine, toidu valmistamine jne), selgitama välja inimese sotsiaalsete suhete loomise ja hoidmise oskused ning juhendama nende arendamist (suhete hoidmine ja säilitamine inimese perekonnaliikmete ja teiste lähedastega), õpetama inimest oma aega plaanida jne.

Töötamise toetamise teenus

Töötamise toetamise teenuse eesmärk on juhendada ja nõustada inimest ja selle kaudu toetada tema iseseisvat toimetulekut ja parandada elukvaliteeti. Nõustaja ülesanne on aidata isikul otsida võimetele vastav töökoht.

Vajadus teenuse järele tekib juhul, kui inimesele ei piisa ainult tööturuteenustest või nende kohandamine antud isikule on keeruline. Teenusel toetatakse inimest oluliselt rohkem kui tööturuteenustel, kogu tööle saamise protsess läbitakse inimesega koos. Eesmärgiks on töölesaamise ja töötamisega tagada inimese aktiivsus, iseseisvus, enesekindlus oma elu korraldamise ja juhtimise küsimustes. Teenuse osutaja selgitab välja inimese huvid ja ka suutlikkuse võimetele sobiva töö tegemiseks.

Toetatud elamise teenus

Toetatud elamise teenuse eesmärk on inimese sotsiaalse toimetuleku ja integratsiooni toetamine. Isiku kasutusse antakse eluruum ja luuakse võimalus koos juhendamise ja majapidamist ja igapäevast elu korraldada, eesmärgiga tagada isiku võimalikult iseseisev toimetulek iseseisval elamisel.

Toetatud elamise teenusel pakutakse inimesele nii koduses keskkonnas toimetulekuõpet kui ka majandamisega seotud oskuseid ning lisaks sellele elamispinda. Inimene korraldab oma igapäevaelu ise, sh otsustab ise oma päevakava, toiduvalmistamise, pesupesemise, ruumide koristamise, korraldab ise üüri maksimise jms küsimused. Toetatud elamise teenus valmistab inimest ette iseseisvaks eluks. Toetatud elamise teenuse eesmärgiks ei ole inimese elamispinna puudumise probleemi lahendamine, vaid koos elamispinna pakkumisega õpetada inimene iseseisvalt toime tulema.

Toetatud elamise teenust võib pakkuda erinevates vormides: grupikodu, individuaalne elamine, toetatud elamine suurema toega (hooldekodust iseseisvasse ellu elama asumisel) või suurema individuaalsusastmega (elamine tavaelukeskkonnas).

1.5. Hoolekandetasutuses osutatavate erihooldekandeteenuste põhiolemus

Hoolekandetasutuses osutatakse kogukonnas elamise teenust ja ööpäevaringset erihooldekandeteenust. Oluline on, et teenuste osutamise kohad sarnaneksid koduga. Hooldekodudele on omane olukord, kus teenusel viibiva inimese elu kontrollib personal ning inimese enda vastutus ja otsustusõigus oma igapäevaelu toimingutes on minimaalne. Hoolekandetasutuses teenuste osutamisel tuleb arvestada, et inimene peab teenusel olles saama kontrollida oma olukorda ja elukorraldust. Selle põhimõtte rakendamine eeldab eelkõige suhtumise muutmist psüühilise erivajadusega inimesesse.

Nii kogukonnas elamise teenuse kui ka ööpäevaringse erihooldekandeteenuse raames tuleb isikutega teha sarnaseid tegevusi, mida igapäevaelu toetamise puhul, st oluline on toimetuleku oskuste arendamine, säilitamine ning inimese kaasamine erinevatesse tegevustesse vastavalt tema võimetele.

Erihoolekandetasutuses osutatakse kogukonnas elamise teenust ja ööpäevaringset erihooldekandeteenust (viimase puhul eristatakse sihtgrupina muuhulgas sügava liitpuudega inimesi, ebastabiilse remissiooniga inimesi ja kohtumääruse alusel ööpäevaringsele erihooldekandeteenusele suunatud inimesi).

Kogukonnas elamise teenus

Kogukonnas elamise teenusega luuakse inimese põhivajaduste rahuldamiseks ja arenguks soodne peresarnane elukorraldus koos majutuse ja toitlustamisega, eesmärgiga suurendada isiku iseseisvat toimetulekuvõimet ja arendada oskusi igapäevase elu tegevuste korraldamises. See saavutatakse ühistes tegevustes osalemisega.

Kogukonnas elamise teenuse ideoloogia on peremudeli järgi elamine ning töötamine ühises majapidamises. Peresarnane elukorraldus sisaldab üksteisega rohkem arvestamist, ühist majapidamist, eelarve plaanmist ning koos igapäevaelu toimingute tegemist.

Kogukonnas elamise teenusele iseäralikuks kriteeriumiks on isiku suutlikkus tulla toime enese eest hoolitsemise toimingutega ning oluline on suutlikkus töötada vähemalt majapidamistöodes. Kuna teenusele on omane peresarnase elukorralduse vorm, siis on rehabilitatsiooniteenuse raames oluline hinnata isiku sobivust teistega koos elama ja majandama.

Ööpäevaringne erihooldusteenus

Ööpäevaringne erihooldusteenus on inimese ööpäevaringne hooldamine ja arendamine koos majutus- ja toitlustusteenuse osutamisega, eesmärgiga säilitada ja suurendada teenusel viibiva inimese iseseisvat toimetulekuvõimet. Isikut arendatakse turvalises elukeskkonnas teenuse osutaja territooriumil.

Ööpäevaringset erihooldusteenust kasutav inimene vajab olulisel määral kõrvalabi ja juhendamist, seega ei tohiks ööpäevaringsele erihooldusteenusele suunata inimesi, keda on võimalik toetada muude tavaelus toimetulekut soodustavate erihoolekandeteenustega.

Ööpäevaringsel erihooldusteenusel osutatakse teenust erinevate hooldusvajadustega inimestele. Eraldi osutatakse teenust ebastabiilse remissiooniga raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega isikutele, sügava liitpuudega isikutele ja kohtumääruse alusel teenusele paigutatud isikutele.

- Ebastabiilse remissiooni korral vahelduvad paranemise ja haiguse ägenemise hood pidevalt ja seisund on sageli muutuv.
- Sügavaks liitpuudeks ööpäevaringse erihooldusteenuse tähenduses on raske või sügav vaimne alaareng ja muu puude olemasolu puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse alusel.
- Kohtumääruse alusel paigutatakse ööpäevaringsele erihooldusteenusele inimesed, kes on iseendale või teistele ohtlikud ning kelle puhul muud hoolekandemeetmed ei ole osutunud piisavateks.

1.6. Erihoolekandeteenust kasutava inimese õigused ja nende piiramine

Teadev nõusolek. Teenuse või abi osutamiseks peab olema inimese nõusolek. Inimese kehalisse puutumatusse ei tohi sekkuda ilma tema teadva nõusolekuta. Teadvaks loetakse nõusolekut juhul, kui inimest on piisavalt informeeritud ning ta on mõistnud nõusoleku andmise sisu ja tagajärgi.

Tahtevastane ravi ja hooldus. Tahtevastast ravi ja hooldust osutatakse kinnistes asutustes, kus on loodud selleks spetsiaalsed osakonnad:

- psühhiaatriaigla
- nakkushaigla
- erihoolekandetasutus, kus osutatakse ööpäevaringset erihooldusteenust kohtumääruse alusel suunatud isikutele

Tahtest olenematut vältimatut psühhiaatrilist abi kohaldatakse juhul, kui üheaegselt esinevad kõik järgnevad tegurid:

- isikul on raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida
- haiglaravita jätmisel ohustab isik psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut
- muu psühhiaatriline abi ei ole küllaldane

Tahtest olenematu ravi puhul kohaldatakse vähim piiravaid meetodeid, mis tagavad ravile toodud isiku ja teiste isikute turvalisuse. Meditsiiniline personal austab patsiendi õigusi ja seaduslikke huve.

Ka hooldekodus viibiv inimene võib seisundi halvenedes vajada psühhiaatrilist ravi. Juhul kui inimene selle olulisust ise ei mõista ning keeldub, kohaldatakse ka tema puhul tahtevastast ravi ning paigutatakse ta haiglasse.

Hoolekandeteenuste puhul saab kohtumääruse alusel inimesi suunata ainult tugevdatud järelvalvega ööpäevaringsele erihoolekandeteenusele. Inimest võib tema nõusolekuta hoolekandetasutusse hooldusele paigutada, kui üheaegselt esinevad kõik järgnevad tegurid:

- inimesel on raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida
- inimene on ohtlik endale või teistele, kui ta jäetakse hoolekandetasutusse ööpäevaringsele erihooldusteenusele paigutamata
- varasemate abinõude rakendamine ei ole osutunud küllaldaseks või muude abinõude kasutamine ei ole võimalik

Kui inimene ei suuda oma tahet avaldada, siis loetakse, et ta ei ole oma nõusolekut teenusel viibimiseks avaldanud. Seadusliku esindaja (eestkostja) nõusolek ei asenda inimese enda nõusolekut. Kohus võib inimese vastu tema tahtmist hoolekandetasutusse paigutada kuni üheks aastaks.

Eestkoste ja hooldamine. Eestkoste mõte ja eesmärk on kaitsta alaealiste ning piiratud teovõimega täisealiste isikute isiklikke ja varalisi õigusi ning huve. See tähendab, et eestkostjaks olev inimene peab seisma hea eestkostetava nende õiguste ja tegevuste eest, mis mõjutavad eestkostetava igapäevaelu ja toimetulekut, nt korraldama rahaasju, arvete tasumist, taotlema vajadusel hoolekandelist abi.

Piiratud teovõime määratakse isikule, kes vaimuhaiguse, nõrgamõistuslikkuse või muu psüühikahäire tõttu ei suuda kehtvalt oma tegudest aru saada või neid juhtida.

Eestkostja on eestkostetava seaduslik esindaja, kelle tegevusest sõltub sageli eestkostetava olukord, kuna oma piiratud teovõime tõttu ei ole eestkostetaval reeglina võimalik ise enda huvide eest välja astuda. Isiku saab eestkostjaks määrata ainult tema nõusolekul. Eestkoste seadmise vajaduse otsustab kohus.

Hoolduse seab eestkostetasutus täisealisele teovõimelisele inimesele, kes vaimsete või kehaliste puuete tõttu vajab abi oma õiguste teostamisel ja kohustuste täitmisel. Hooldaja ei ole hooldatava seaduslik esindaja. Hooldaja kohustusteks on inimese hooldamine, kohalik omavalitsus võib selle eest toetust maksta.

Erihoolekandeteenust kasutava inimese õigused

Erihoolekandeteenust kasutava inimese õiguste all mõeldakse nii üldisi inimõigusi kui ka spetsiifilisemaid erihoolekandeteenuse tarbimisega seotud õigusi.

Inimõigused on iga inimese moraalsed sünnipärased õigused, mis on üldised ja kehtivad kõigi kohta. Põhilised inimõigused on õigus elule, õigus inimlikule kohtlemisele ja õigus vabadusele. Inimõiguste hulka kuuluvad ka südametunnistuse-, usu- ja mõttevabadus, sõnavabadus, ühinemisvabadus, liikumisvabadus, õigus seaduse võrdsele kaitsele, õigus avalikule ja erapooletule kohtumõistmisele, õigus eraelu ja kodu puutumatusele jpt.

Sageli tuleb ette olukordi, kus erihoolekandeteenust kasutava inimese õigused ja/või eelistused võivad sattuda konflikti teiste inimeste õiguste ja/või eelistustega. Vajadusel kliendi õiguste eest seismine on tegevusjuhendaja üks tööülesannetest.

Õiguste kaitsmise planeerimisel tuleks läbida järgnevad etapid:

1. Hinnata faktidele tuginedes olukorda ja sõnastada kliendi õigustest lähtuv probleem.
2. Määrata kindlaks eesmärgid ehk kirjeldada võimalikult täpselt ja mõõdetavalt soovitud lõpptulemust või olukorda.
3. Hinnata oma meeskonna ja võrgustiku ressursse olukorraga toimetulekuks (pädevus, aeg, seadusandlik taust, koostöövõimalused sõltumatu esindusorganisatsiooniga jms).
4. Hinnata kliendi koostöövalmiduse taset olukorra lahendamisel, sh varasemaid kogemusi oma õiguste eest seismisel.
5. Hinnata, mis tasandil peaksid õiguste kaitsmise tegevused toimuma.
6. Töötada välja sekkumisstrateegia.

Lähtuvalt olukorrast valitakse sekkumise intensiivsus ja meetodid

Madala intensiivsusega konfliktolukorda peaks püüdma lahendada eelkõige vestlemise ja veenmisega. Siia tasandile kuuluvad eelkõige konfliktid, mis on esile kerkinud ühe või teise osapoolte vähesel informeerituse tõttu. Samuti isiksustevahelised huvi või hoiakutega seotud konfliktid näiteks pere või teenuse osutamise tasandil. Nende olemasolu tunnistamine ja lahendamine parandaks tunduvalt kliendi elukvaliteeti ja seega ei tohiks nende lahendamisse kergekäeliselt suhtuda. Samuti võib õigeaegne sekkumine ära hoida vajaduse kasutada kaht järgnevat tasandit.

Mõõduka intensiivsusega konfliktolukorraga on tegemist, kui lahendust ei leita ja strateegiana on vajalik kasutada katsetamist. Näiteks kui klient, tema pere ja rehabilitatsioonispetsialist on eri arvamusel, millise mahuga peaks olema toetatud elamise teenus. Spetsialist, kes seisab kliendi õiguste eest, peaks püüdma saavutada võimaluse, et klient saaks näiteks proovida ja tõestada soovitud iseseisvuse taset. Mõõduka intensiivsusega konfliktolukorra tasandil võib juba kaaluda ka selgesõnalist viitamist seadustele, õigust esitada vaie jms.

Sundabinõud. Kui lahendust ei leita kahel eelneval tasandil, jääb üle kaaluda sundabinõude rakendamist, et kaitsta klientide õigusi. Näiteks võib aidata kliendil pöörduda sõltumatu esindusorganisatsiooni juristi nõustamisele, esitada vaie Sotsiaalkindlustusametile või pöörduda kohtusse. Sellel tasandil soovita me teha koostööd näiteks Eesti Patsientide Esindusühingu nõustajatega.

Sallivuse suurendamiseks ühiskonnas ja konfliktide ennetamiseks ja/ või lahendamiseks võib kaaluda erinevaid kogukonnanõupidamisi, kampaaniaid, poliitikute teavitamist jms. Selliste sekkumiste kaalumise nõuab head olukorra mõistmist ja planeerimistööd.

2. EETIKA HOOLEKANDES

Kui küsida endalt, milline on hea ühiskond, siis jõuame ilmselt tõdemuseni, et see on ühiskond, milles kõigi elanikkonna gruppide vajadused on arvesse võetud ja kus kõik inimesed on ebainimliku kohtlemise eest kaitstud. On erinevaid põhjusi, miks kõik inimesed oma eluga iseseisvalt toime ei tule ja seetõttu ühiskonnas tähelepanu ja tuge vajavad. Selle toe peab tagama hoolekandesüsteem oma teenustega. Siinjuures on äärmiselt oluline töötaja õige eetiline positsioon hoolekande klientide suhtes.

Eetikat tuleks vaadelda kui käitumisstandardite ja kohustuste kogumit nii isiklikul kui ka professionaalsel tasandil. Eksisteerivad üldised moraalinormid, mis peegeldavad väärtusi ja ühiskonna arusaamu nii õigest ja väärist käitumisest kui ka kindlate rühmade kohtlemisest.

Hoolekande-eetika käsitleb abisaaja ja personali õigusi ja kohustusi. Psüühilise erivajadusega inimeste abistamisel on eetika tähtsam kui mõnel muul alal, sest neil inimestel on vähe võimalusi end kaitsta – nad on paljuski teiste meelevallas. Hoolekanne lähtub humanistlikust vaatest inimesele, mille kohaselt on igal inimesel õigus inimväärsel elule ja kohtlemisele, olenemata sellest, kas ta on võimeline toimima ühiskonnas kasulikul viisil. Inimeseks olemine iseenesest on väärtus, mis eeldab igaühe eripära ja inimväärikuse austamist. Väljakutseks kogu ühiskonnale, eriti aga hoolekandes töötavatele inimestele, on väärtustada inimesi sellistena, nagu nad on. Väärtus pole seotud sellega, mida inimene omab või teeb. Kõigil inimestel on võrdne väärtus.

Kõigi inimeste võrdne väärtus tähendab, et kõigil on ühesugused inimõigused ning ühesugune kindlus, et neid õigusi austatakse. Isikud, kellel on diagnoositud psüühikahäire või määratletud vaimupuue, ei kaota seeläbi oma inimõigusi. Ka neil peab olema voli ohututele, esteetilistele ja inimlikele elamistingimustele, eraelule, isiklikule vabadusele jne.

2.1. Inimõigused hoolekandes

Hoolekande lähtekohaks on olulised inimõiguste alased dokumendid.

- ÜRO Inimõiguste Ülddeklaratsioon
- ÜRO lapse õiguste konventsioon
- parandatud ja täiendatud Euroopa Sotsiaalharta
- ÜRO puuetega inimeste konventsioon
- vaimupuudega Inimeste Õiguste Deklaratsioon

Neis dokumentides on väärtustatud:

Elu – kõige elava väärtus on kõigi muude väärtuste allikas. Igal inimesel on õigus elule – olgu puue või erivajadus kui tahes sügav.

Vabadus – igal inimesel peab olema õigus vabaduseks kuni nende vabaduse teostamine ei ohusta neid endid või teisi inimesi. Töös puuetega inimestega on oluline inimese õigus ise otsustada. Iseotsustamine on hoolekande-eetika üks keskseid mõisteid.

Võrdsus ja mittediskrimineerimine kui õigluse nurgakivi. Mittediskrimineerimine põhineb võrdsuse ja väärikuse seotusel.

Õigus – kõik inimesed väärivad õiglast kohtlemist, seda nii õiguslikus, sotsiaalses, majanduslikus kui ka teistes aspektides. Puuetega inimestel on samasugused õigused kui teistel.

Solidaarsus – see eeldab nii empaatiat kannatuste suhtes kui ka abivajajate kannatuste põhjuste väljaselgitamist ja nende suhtes seisukoha võtmist.

Sotsiaalne vastutus – nõrgemas positsioonis olevate inimeste huvide eest seismine ja abistamine

Nende väärtuste ellurakendamine on kogu hoolekandesüsteemi oluline eesmärk. Soome etik Martti Lindqvist on öelnud: „eriliselt hell on eetiline küsimuse asetus juhtudel, kui tehakse otsustusi, mis puudutavad välist abi vajavate inimeste isiksust ja elu. Põhjus on lihtne: nõrgad vajavad eriti palju head ja neile on väga kerge halba teha.“ (Lindqvist 1989, 41)

Üheks selliseks kergesti kahjustatavaks ja erilist tähelepanu väärivaks kliendirühmaks on puuetega inimesed. Esmalt tunnistati haavatavust vaimupuudega inimeste puhul. Et nende huvisid paremini kaitsta, on nende inimeste õigustele erilist tähelepanu pööratud ning 1968. aastal kirjutas ja 1971. aastal kinnitas ÜRO Peaassamblee **Vaimupuudega Inimeste Õiguste Deklaratsiooni**.

Selles deklaratsioonis on kirjas palju olulisi õigusi.

- õigus heale meditsiinilisele abile
- õigus haridusele ja koolitusele
- õigus rehabilitatsioonile ja juhendamisele
- õigus majanduslikule turvalisusele ja korralikule elule
- õigus elada koos oma perega
- õigus võtta osa kodukoha elust
- õigus sobivale hooldajale
- õigus olla kaitstud rõhumise, ärakasutamise ja alandava kohtlemise eest

Kuna meie valitsus on selle dokumendiga nõustunud, on meil kohustus oma töös neist printsiipidest lähtuda ja järelikut peaks valitsus selleks ka võimalused looma. Oma ametitöös juhindub iga hoolekandetöötaja neist printsiipidest parimal võimalikul moel.

Sageli on töötaja väga keerulises ja konfliktises olukorras, kuna tal on vaja teha valik erinevate väärtuste ja nende alusel tehtavate otsuste vahel. Töötaja võib küll mõista ja toetada klienti, kuid samas peab ta arvestama ka kliendi pere vajadustega või institutsiooni või kogukonna nõuetega, seega peab töötaja ühelt poolt arvestama kliendi vajadustega, teisalt aga ühiskonna püüdlustega kehtestada sotsiaalne kontroll oma liikmete käitumise üle. Sellises väärtuskonflikti olukorras eeldatakse professionaalilt võimet leida tasakaal nende erinevate võimaluste vahel ja võtta vastu kaalutletud otsus.

Erinevate erivajadustega inimestega töötades võime me kogeda ka seda, et nende inimeste õigused ei ole realiseeritud või et nende vajadusi ei aktsepteerita. See võib töötajas tekitada väärtuskonflikti oma arusaamade vahel inimväärikast elust ja kohtlemisest ning institutsiooni tegelike toimimis-printsiipide või võimaluste vahel. Siin on iga hoolekandetöötaja missiooniks seista oma klientide õiguste eest, teavitada üldsust rikkumistest ning taotleda poliitikuilt vastavate otsuste tegemist ja ressursside tagamist – siin saab toetuda rahvusvahelistele dokumentidele.

Euroopa sotsiaalharta artikkel 13 kirjutab õigusest saada sotsiaal- ja meditsiiniabi. Artikkel väidab: selleks, et rakendada tulemuslikult õigust saada sotsiaal- ja meditsiiniabi, kohustuvad lepingupooled tagama, et iga piisavate elatusvahenditeta isik, kes pole suuteline oma tööga või muude allikate, eelkõige sotsiaalkindlustussüsteemi hüvitiste kaudu selliseid vahendeid hankima, saab küllaldast abi ning haigestumise korral oma seisundile vastavat hooldust.

ÜRO puuetega inimeste konventsioon võeti vastu peaassambleel 13. detsembril 2006. aastal. Konventsioon ja selle juurde kuuluv täiendav protokoll annavad kaasaegse mõistmise puuetega inimeste õigustest ja nende kaitsest. Eesti nimel allkirjastas konventsiooni president Toomas Hendrik Ilves 25. septembril 2007.

Konventsiooni põhimõtted on järgmised:

- austus inimese loomupärase väärikuse, individuaalse autonoomia, kaasa arvatud vabadus ise oma valikuid langetada, ja iseseisvuse suhtes
- mittediskrimineerimine
- täielik ja tõhus osalemine ja kaasatus ühiskonnaelus
- austus erinevuste suhtes ning puuetega inimeste tunnustamine inimeste mitmekesisuse ja inimkonna osana
- võrdsed võimalused
- juurdepääsetavus
- meeste ja naiste võrdsus
- austus puuetega laste arenevate võimete suhtes ning austus puuetega laste õiguste suhtes säilitada oma identiteeti

Kõik osalisriigid, kes on nimetatud konventsiooniga ühinenud, (seega ka Eesti) kohustuvad tagama kõigi puuetega inimeste kõigi inimõiguste ja põhivabaduste täielikku teostumist ilma mis tahes diskrimineerimiseta puude alusel.

Muuhulgas kohustuvad osalisriigid ka rakendama tõhusaid abinõusid, et suurendada kogu ühiskonnas teadlikkust puuetega inimeste küsimustest ning soodustada austust puuetega inimeste õiguste ja väärikuse suhtes. Osalisriigid peavad võitlema puuetega inimeste kohta käivate, sealhulgas sool ja vanusel põhinevate stereotüüpide, eelarvamuste ja kahjulike praktikate vastu. Siinjuures võeti kohustus mõjutada puuetega inimeste meediakajastusi positiivsel viisil.

Miks sellised artiklid konventsioonis on meile olulised?

Ühiskonnas on aegade jooksul eksisteerinud palju eelarvamusi puuetega inimeste suhtes ja laiemalt öeldes kõigi suhtes, kes erinevad sellest, mida meie peame normiks. Nii võib esile tuua viis erinevat suhtumist vaimupuudega inimesesse:

1. **Subhumaanne olend.** See on vanim suhtumisviis. Selle vaate kohaselt on vaimupuudega inimene midagi mitte päris inimlikku, midagi inimese ja looma vahepealset. On arvatud, et vaimupuudega inimene talub kuuma ja külma paremini kui normaalne inimene – seetõttu ei peetud vajalikuks talvel hoolekandetasutusi kütta. Samuti arvati, et nad ei tunne valu samamoodi kui teised inimesed. Eeldati, et nad reageerivad primitiivselt, kontrollimatult ja agressiivselt. Seepärast ehitati hoolekandetasutused tugevast materjalist, varustati trellide ja raske mööbliga. Personali ülesanne oli valvata, koristada ja süüa anda. Ei eeldatud vajadust esteetilise keskkonna järele. Halvim oli see, et need inimesed hakkasidki käituma nii, nagu neilt oodati.
2. **Psüühilise haigusega inimene.** Minevikus väga tavaline suhtumine. Ei tehtud vahet haiguse ja puude vahel. Seetõttu olid hoolekandetasutused sageli kujundatud psühhiaatriaigla eeskujul. Juhtkonnas olid arstid, personal sageli põetajakoolitusega. Hoolekandetasutused ehitati kui haiglad, elanikke nimetati patsientideks ja nende kohta täideti haiguslugusid. Personali suhtumist iseloomustas: „meie, kes me oleme terved.“ ja „teie, kes te olete haiged“. Iseenesest mõistetavalt ei olnud patsientidel mingit sõnaõigust. Protesti käsitleti haigushoona.
3. **Inimene, kellele peab kaasa tundma.** See on olnud ja on üsna tavaline suhtumine. Kaastundest on algatatud paljude hoolekandetasutuste loomine. Selle suhtumise järgi usutakse, et vaimupuudega inimene kannatab oma olukorra tõttu. Ta ei saa aru, et on teistsugune, mistõttu ei vastuta oma tegude eest. Ta on laps, kes ei saa kunagi täiskasvanuks. Sellisel juhul võib hoolekandetasutuses olla tegu ülepingutatud hoolitsusega ja nõudmiste puudumisega vaimupuudega inimeste suhtes. Soovitakse teha ta võimalikult õnnelikuks
4. **Inimene, kes on võimeline arenema** Puuet kompenseeritakse võimalikult suures ulatuses nii õpetuse kui ka tehniliste abivahenditega ning keskkonda kohaldatakse nii, et talitlushäire muutuks minimaalseks. Vaimupuudega inimene suudab palju rohkem kui varem arvati, kui ta vaid saab avatud ühiskonnas õiget ja piisavat õpetust ning sotsiaalset julgustust.

5. Inimene, kellel on õigus olla see, kes ta on. Viimasel ajal on hakatud õpetusõhinas kahtlema. Vaimupuudega inimene ei vaja üksnes julgustust ja õpetust, vaid ka õigust lõdvestuda ja tunnet, et ta kõlbab sellisena, nagu ta on. Tahetakse näha tervikut ja püütakse arvesse võtta isiksuse kõiki külgi, mitte ainult neid oskusi, mida tal ei ole.

Uurides suhtumist puuetega inimestesse eri maades, võib eristada nelja faasi:

- 1. Eraldamisfaas.** Puuetega inimestest hoitakse eemale, neid tõugatakse kõrvale või kasutatakse ära.
- 2. Hooldusfaas.** Puuetega inimeste eest hoolitsetakse, neid kaitstakse, paigutatakse hooldusasutustesse, haletsetakse.
- 3. Taastusfaas.** Puuetega inimeste eest hoolitsetakse ja lisaks neid ka treenitakse ning antakse eriõpetust, et nad suudaksid töötada või vähemalt iseendaga toime tulla.
- 4. Integratsioonifaas.** Ühiskond kohandatakse üha enam puuetega inimeste vajaduste järgi. Kehtib põhimõte „Ühiskond kõigi jaoks“, kus kõik võtavad elust osa ja suhtlevad. Kogu teenindus, treenimine ja õpetamine toimub avatud ühiskonnas.

Sarnast suhtumise muutumist on võimalik jälgida ka psüühikahäirega inimeste puhul.

Me tuleme ühiskonnast, kus psüühilise erivajadusega inimesed olid peidetud institutsioonide seinte vahele ja inimesed polnud harjunud kohtuma nendega, kes erinesid üldaktsepteeritud normist. Ka praegusel ajal tunnevad paljud end puudega inimesega kokku puutudes ebamugavalt. On ka neid, kelle suhtumine on lausa vaenulik. Aegade jooksul on psüühilise erivajadusega inimeses nähtud ohtlikku, ettearvamatu, ühiskonda kahjustavat ja ohustavat isikut. Siin on tegu sildistamisega.

Sildistamisteooria kohaselt kutsub rolliootustele mittevastav käitumine ühiskonnas esile sildistamise, mis mõjutab oluliselt inimese arusaama iseendast. Sildistatus on inimeste piiratud negatiivsete tõekspidamiste hulk, mis kahjustab suurt ja mitmekesist inimeste rühma. See väljendub arvamustes, et isik või isikute rühm on vähem väärt või erinev.

Sildistamise tagajärjeks on **stigma**, ehk moraalse halvustamise märk. Sildistamine ei ole alati seotud normist hõlbiva käitumisega vaid võib osaks saada psüühilise erivajadusega inimestele ka sel juhul kui nende käitumine vastab ühiskonnas aktsepteeritud normidele. Eeldades negatiivset suhtumist, püüab selline isik ennetada tõrjumist. Selleks ta kas varjab oma erivajadust või tõmbub üldse sotsiaalsetest suhetest kõrvale. See omakorda toob kaasa negatiivseid tagajärgi nagu madal enesehinnang ja madal heaolutunne, aga ka vajalikust toest või ravist ilma jäämine.

Stigmatiseeriv suhtumine psüühilise erivajadusega inimestesse (aga ka mõne haigusega inimesesse) on põhjendatav stereotüüpse mõtlemise ning infopuudusega.

Selline suhtumine erivajadustega inimestesse ei sobi tänasesse päeva ja humanistlikku inimkäsitlust. Seetõttu on oluline muuta kogu ühiskonna suhtumist ja seda saab teha adekvaatse informatsiooni kaudu ning psüühiliste erivajadustega inimeste võimalikult ulatusliku integratsiooni kaudu tavaühiskonda. On tähtis kasvatada kõigi ühiskonna liikmete sallivust.

Probleemiks hoolekandes on, et meie erihoolekandetasutustes elavad koos nii vaimupuudega kui ka psüühilise haigusega inimesed, kes oma erivajaduse iseloomu tõttu vajaksid erinevat teenust.

2.2. Eetilise praktika printsiibid

Igas tegevusvaldkonnas, mis tegeleb inimese aitamise ja toetamisega, on omad eetilise praktika printsiibid, mis moodustavad erialaeetika ja mis on koondatud eriala eetikakoodeksitesse. Need on väärtushinnangud selle kohta, mida me õigeks peame. Nende printsiipide lähtekohaks on kliendi vajadused nagu ellujäämine, tunnustus, turvalisus, identsus, kuuluvus, enesest lugupidamine, privaatsus, saavutus, eneseteostus.

Need eetilised printsiibid on loodud praktika jaoks, et suunata ja piiritleda abistamistegevust. Need printsiibid annavad töötajale selgust keerulistes abistamisolukordades ja oma professionaalse kasvu mõjutamisel.

Sotsiaalala töötajate jaoks on nende isiksus töövahendiks. Eriala eetikaprintsiipide järgimine aitab end läbipõlemise eest kaitsta ja võtta vastu otsuseid, mis toetavad kliendi heaolu.

Aktsepteerides eriala eetikakoodeksit sõlmib töötaja otsekui lepingu enesega, mille järgi ta allub neile kohustustele ja standarditele ning vastutab nende järgimise eest.

Peamised eetilised printsiibid hoolekandetöös:

1. Pidada lugu ja toetada kliendi osalust.
Me näeme kliendis oma elu asjatundjat ja kaasame ta teda puudutavate otsuste tegemisse niivõrd kui see on võimalik
2. Respekterida kliendi autonoomiat.
Asjaolusid, mis hoolekandenasutuses inimese õigust enesemääramisele kitsendavad, nimetatakse dehumaniseerivateks. Näiteks kui inimest sunnitakse elama grupis koos kellegagi, keda ta ei ole ise valinud või kui inimest sunnitakse suhtlema, kuigi ta oleks meeleldi üksi, ta ei tohi pidada lemmiklooma, tal ei ole oma tuba, ta peab pidevalt manitsusi kuulama, kuigi on täiskasvanud inimene jne, on tegemist dehumaniseerivate asjaoludega. Iga inimene peaks saama võimalikult kaua ise enda eest otsustada, eeldusel, et see ei kahjusta ennast ega teisi.
3. Respekterida indiviidi seesmist väärtust ja väärikust.
Inimväärikus tähendab muuhulgas ka seda, et inimest koheldakse usalduse ja soojusega, ta saab ise endale riideid valida, saab süüa ja juua, ilma et peaks selleks luba küsima, saab oma isiklikke asju luku taga hoida, saab oma probleeme koos usaldusväärse inimesega arutada.
4. Aktsepteerimine ehk heakskiit.
Töötaja aktsepteerib klienti kui inimest ka juhul, kui ta ei aktsepteeri mõnda tema tegu.
5. Kliendi kui individuaalse isiksuse individuaalse eripära tunnustamine.
Inimene peab tundma, et ta kõlbab sellisena, nagu ta on.
6. Mittehukkamõistev hoiak kliendi käitumise või pahe suhtes.
See ei tähenda siiski, et töötaja ei tohi oma kriitilist arvamust avaldada, kuid kriitika ei tohi muutuda süüdistuseks. Töötaja peab seisma väärtuste ja põhimõtete eest, mis väljendavad headust ja õiglust, ning motiveerima selles suunas ka klienti.
7. Ratsionaalsus.
Faktilise materjali vaagimisel, järelduste ja otsuste tegemisel ning nende otsuste alusel tegutsemisel.
8. Empaatia.
Töötaja peab suutma näha asju oma kliendi vaatekohast, soodustama seda, mis teeb elamise kergemaks ja võitlema selle vastu, mis tekitab muret ja kannatust.
9. Ehedus.
Töötaja väljendab oma arusaamu ja tundeid ning avab end asjakohaselt, st on aus ja otsekohene.
10. Erapooletus.
Töötaja ei eelista ühtki grupi liiget, vaid kohtleb kõiki võrdselt.
11. Kliendi probleemide konfidentsiaalsuse ja kliendi privaatsuse respekterimine, kuid seejuures õiguslike piirangute arvestamine. Saladuse pidamine teiste inimeste isikut puudutavas on loomulik, kuid on juhtumeid, mille puhul sotsiaaltöötaja kohuseks on konfidentsiaalsust rikkuda – seda juhtudel, kui

informatsiooni salajas hoidmine on ohtlik kliendile või kellelegi teisele (suitsidaalsus, kuritegelik kavatsus). Kõige sagedamini rikuvad sotsiaalala töötajad konfidentsiaalsust sellega, et jutustavad kolleegidega oma kliente puudutavatest asjaoludest liiga vabalt.

12. Eneseteadlikkus.

Töötaja peab andma enesele aru oma tegude või tegemata jätmiste tagajärgedest, peab suutma oma kutsealast tegevust kriitiliselt analüüsida.

Ühiskonna tasandil on tähtis:

- kõigile potentsiaalsetele abivajajatele on kindlustatud teenuste/abi õiglane ja võrdne kättesaadavus
- töötaja annab endale aru, kui tähtis on keskkonna terviklikkus ja tähenduslikkus kliendi identisusele
- töötaja respektierib kolleege kui isiksusi ja teeb nendega koostööd
- töötaja tunnistab oma kompetentsuse piire ja otsib vajadusel abi teistelt spetsialistidelt
- riiklikes hädaolukordades on iga hoolekandetöötaja valmis osutama vajalikke teenuseid
- iga hoolekandetöötaja teadvustab pideva arengu ja õppimise olulisust oma tegevusvaldkonnas

Professionaali üheks esimeseks tunnuseks on see, et ta käitub kutse-eetika kohaselt

Eesti sotsiaalala töötajate eetikakoodeks võeti vastu Eesti sotsiaaltöö III kongressil 30. novembril 2005. See lähtub kõigist eelpool kirjeldatud printsiipidest ja on kooskõlas rahvusvahelise arusaamaga sotsiaalalal töötaja ametieetikast.

2.3. Inimeste vajadused kui hoolekandetöö lähtekoht

Inimeste vajadusi võib jagada rühmadeks ja paigutada **vajaduste püramiidi**.

1. Madalaimad, nn **ellujäämisvajadused ehk füsioloogilised vajadused** toidu, joogi, une järele, seksuaalsed vajadused, vajadus kaitsta end külma, sooja, valu jm ebameeldivuste eest. Alles siis kui need vajadused on rahuldatud, tulevad ilmsiks järgmise tasandi vajadused. Probleemne käitumine võib esineda kui reaktsioon põhivajaduste rahuldamatusetele.
2. **Turvalisuse ja kindlustunde vajadus.** Inimestel on vajadus tunda kaitset, kindlustunnet, stabiilsust, struktuuri, reeglipärasust, rütmi, äratundmist ja etteaimatavust igapäevases elus.
3. **Kiindumuse ja armastuse vajadus.** Inimestel on vajadus tunda armastust, sõprust ja kuuluvust ühte või mitmesse rühma
4. **Hindamise-tunnustamise vajadus.** Inimestel on vajadus tunda end hinnatuna, saada tähelepanu, tunnustust, lugupidamist jms osaliseks. Üks selle vajaduse rahuldamise viis on millegi saavutamine/erinevate ülesannete täitmine erinevates olukordades ja selle eest **tunnustamine**.
5. **Eneseaktualiseerimise või eneserealiseerimise vajadus.** Inimestel on vajadus ellu viia või realiseerida oma isiklike potentsiaale (võimeid ja isiksuse eripära) olenemata sellest, kas need on kaasa sündinud või elu jooksul omandatud. Need vajadused on üksikindiviidi kasvu ja isiksuse arengu käimäluks.

Nagu iga inimene, on ka puudega inimene isiksus oma tavaliste inimlike vajadustega ja alles seejärel puudega inimene, kellel on erivajadused. Nende erivajaduste tõttu vajab puudega inimene oma elu elamiseks enam toetust kui enamik inimesi. Seetõttu tuleb neile anda vajalikku tuge, kuid seejuures tuleb lähtuda nende inimeste individuaalsetest vajadustest.

Kogu puudega inimesele antav abi peab olema individuaalse iseloomuga, seda ka hooldusasutuses. Seda peab regulaarselt kontrollima ning inimese füüsilist ja psüühilist küpsust jälgima.

Psüühilise erivajadusega inimestele osutatav toetus ja abi peab olema suunatud püüdele ümbritseva maailma neile arusaadavaks teha. Kui ümbritsev maailm on arusaamatu, ei ole võimalik end turvaliselt tunda. Turvalisusvajadus on väga oluline inimlik vajadus.

Puuetega inimesed peavad saama kogeda, et neil on oma tahe, võimalus seda väljendada ning tajuda, et ümbruskond respektierib neid.

Hoolekande korraldamisel lähtutakse peale indiviidi põhivajaduste veel eeldusest, et kõik inimesed, sealhulgas ka puudega inimesed, on võimelised arenema, kui selleks luuakse vajalikud tingimused ja lähtutakse konkreetse inimese arengutasemest.

Lähtekohaks on see, mida inimene suudab, mitte see, milleks ta võimeline pole.

Puudega lastele ja noortele peab pakkuma selliseid kasvutingimusi, mida peetakse soodsaks kõikidele lastele ja noortele. Täiskasvanule pakutavad võimalused peavad põhinema vajadustel, mida inimene peab oluliseks rahuldada, et elada võimalikult iseseisvat elu.

Puudega inimeste hoolekandes valitseb kaks üldist suunda, mille suhtes ollakse üksmeelel.

- Hoolekanne peab olema suunatud isiku enda võimete arendamisele, et ta saaks elada võimalikult iseseisvat elu.
- Puudega inimene peab saama elada võimalikult normaalset elu, st elada ja suhelda teiste inimestega.

Viimane saavutatakse **normaliseerimispõhimõtte** rakendamise kaudu.

Normaliseerimispõhimõtte tähendab, et vaimupuudega ja teistele erivajadustega inimestele pakutakse selliseid argielu mudeleid ja elutingimusi, mis on võimalikult sarnased ühiskonnas käibivatele või ongi täpselt samasugused. Selle põhimõtte alla käivad normaalse elumudeli koostisosad, mida puuetega inimestel on samasugune õigus kogeda kui teistel.

1. Normaalne päevarütm.
Tuleb luua tingimused võimalikult normaalseks päevarütmiks, puudega inimene peab voodist tõusma ja riietuma ka siis, kui on tegu raske vaimu- või liikumispuudega, ta ei pea minema varem voodisse kui eakaaslased või nooremad õed-vennad. Iga inimene peab saama elada keskkonnas, kus on võimalik tekkida päevarütmil.
2. Normaalne nädalarütm.
Seda on hoolekandeesutuses suhteliselt raske korraldada, kuid nädalarütmile peab püüdma tekitada, et inimene saaks vabal ajal puhata või tegeleda meelepärase tegevusega.
3. Normaalne aastarütm.
See sisaldab nii aastaegade vaheldumist, isiklikke kui ka riiklikke tähtpäevi ja nendega seotud tavasid ja kombeid.
4. Normaalsed arengufaasid.
See tähendab võimalust kogeda erinevaid elukaare etappe – olla väikelaps, koolilaps, noor, täiskasvanu, vana. Seejuures on oluline kogeda ealistest vajadustest tulenevat suhtumist ja keskkonda. Lapsed peaksid saama elada ja üles kasvada kodus. Noored peaksid saama olla koos omavanustega. Täiskasvanuid tuleb kohelda kui täiskasvanuid.
5. Nõuete respektamine ja iseotsustamisõigus.
Puutumatust ja väarikust saab väljendada iseotsustamisega. Kui inimene ei suuda iseotsustamise õigust kasutada ning seega oma puutumatust kaitsta, peab seda kaitsma seaduslikult volitatud esindaja. Respektiiv suhtumine oma klienti eeldab, et töötaja ei räägi oma kliendist kõrvaliste isikute juuresolekul, ei vahenda kliendisse puutuvat konfidentsiaalset informatsiooni, pöördub tema poole otse ja selgelt, kasutades kliendi nime, ning vastavalt tema eale. Puuetega inimese valikuid ja soove peab respektima ja võimalikult palju arvestama. Puuetega inimeste jaoks on oluline osaleda neid puudutavate otsuste arutamisel erinevatel tasanditel.
6. Võimalus kohtuda nii meeste kui ka naistega.
Normaliseerimine tähendab ka elu kahesoolises maailmas.
7. Normaalne majanduslik standard.
Ka puudega inimene vajab majanduslikku ja sotsiaalset baasturvalisust. Elades hooldeasutuses vajab inimene ikkagi taskuraha isiklikuks otstarbeks, et vabalt valida ja suurendada kompetentsitunnet.
8. Normaalne elukohastandard.
Puudega inimeste elukoht ei tohi olla mõeldud suuremale inimeste arvule kui ühiskonnas kombeks või nad ise nõus on.
9. Normaliseerimispõhimõtte tähendab seda, et iga valiku puhul tuleb puuetega inimeste jaoks leida võimalikult normaalne alternatiiv vastukaaluks erilisele ja ebatavalisele.

Normaliseerimis põhimõtte kehtib kõigi puuetega inimeste, isegi väga raskete liitpuuetega inimeste kohta. Kindlasti on neil praktiliselt võimatu saavutada kõike seda, mida teised peavad normaalseks, aga see ei oma tähtsust. Küsimus on võimalikult normaalses elus.

Normaliseerimine tähendab ka, et hoolekande vormid, mida erivajadustega inimestele osutatakse, moodustavad võimalikult suure osa ühiskonna üldisest teenuste süsteemist.

Normaliseerimis põhimõtete rakendamine võimaldab psüühilise erivajadusega inimesel tunda end aktiivseks ja kogeda oma võimeid positiivselt. See omakorda soodustab enesetaju arengut.

Normaliseerimisprintsiibi kohaldamine mõjutab lisaks puuetega inimestele positiivselt ka nende hooldajaid ja vanemaid.

See, et kõik ühiskonna liikmed elaksid elu, mida nad ise inimväärseks tunnetavad, peaks olema ühiskonna eesmärk. Heaks eluks vajalike komponentide seas on rõõmu ja õnne tundmine erilisel kohal, kuna ta on indikaatoriks selle kohta, kuidas elu kogetakse. Siin pole puudega ja puudeta inimeste vahel olulisi erinevusi – kõik võivad rõõmu ja õnne tunda. Selles mõttes võib puudega inimene elada samaväärset elu kui puudeta inimene.

Kui ühiskond leiab selleks vajalikud vahendid, võivad erivajadusega inimesed elada head elu, õnnelikuks saada, oma andeid ja võimeid rakendada – seda omaenese, mitte just tingimata meie eeldustel.

3. INIMESE ARENG ELUKAAREL

Inimese areng elukaarel saab alguse seemne- ja munaraku ühinemisest. Mehe ja naise armastuse viljana eostumise hetkest kasvama ja arenema hakkava uue ilmakodaniku geneetilise soo määrab ära isa, sest pooled seemnerakud kannavad mehelikkuse alget (Y kromosoomi) ja pooled naiselikkuse alget (X kromosoomi). Samas on kõik viljastatud looted esialgu naissoost. Poisslaps kujuneb raseduse esimesel trimestril ema munasarjades tekkivate testosterooni voogude toimetel.

Soost olenemata saab arenguga seotud küsimustele vastata ontogeneesi printsiibist lähtuvalt: iga indiviid kordab oma isiklikus arengus neid arengu astmeid, mida kogu oma pikaajalise arengu jooksul on läbinud tema liik. Kogu areng on lapsesse sisse programmeeritud ja vanemate mureks jääb vaid soodsate kasvu- ning arengutingimuste loomine.

Korrapärased muutused, mida kirjeldatakse kasvamise, arengu ja küpsemise termineis, kulgevad lapse- ja noorukieas palju kiiremini kui muutused küpses täiseas. Mõned muutused, nagu kasvu suurenemine ja sootunnuste ilmnemine, on vahetult nähtavad, teised muutused, nagu näiteks mõtlemisvõime areng, on jälgitavad vaid kaudselt.

Kasvamine, areng ja küpsemine on mõneti kattuvad mõisted. Kuna muutustega kehamõõtmetes kaasnevad muutused ka organismi omadustes, funktsioonides või käitumises, kasutatakse mõisteid *kasvamine* ja *areng* sageli sünonüümidenä. Mis neid eristab ja kuidas neil vahet teha?

Kasvamine on aluseks igasugusele arengule.

Kasvamine on:

- füüsiliste mõõtmete suurenemine (keha ja elundid)
- protsess, mis kestab eostumisest täiskasvanuks saamiseni
- silmaga nähtav ja jälgitav (pikkus, kaal jne)

Areng osutab muutustele inimorganismi või selle osade omadustes, funktsioonides või käitumises.

Areng omakorda on:

- kulgemine küpsuse saavutamise suunas
- kestab eostumisest kuni surmani
- kiirem lapse ja noorukieas
- pole silmaga nähtav (muutused mõtlemises, tahtes, hoiakutes jne)

Arengut nimetatakse evolutsiooniks, taandarengut involutsiooniks.

Küpsemine osutab muutustele, mis leiavad indiviidis aset viljastumise ja täiskasvanuks saamise vahelisel perioodil.

Küpsemine bioloogilises tähenduses:

- puudutab eelkõige neid muutusi, mis ilmnevad spontaanselt, ilma treeningu või välise sekkumiseta
- osutab muutustele, mis on iga isiku jaoks eostumisest alates füsioloogiliselt ette programmeeritud

Küpsemine sotsiaalses tähenduses on:

- laste närvisüsteemi teatud arengutaseme saavutamine, et olla valmis teistega arvestavaks ja koostöövõimeliseks suhtlemiseks
- protsess, mille vahendusel omandatakse käitumismallid, mis võimaldavad hakata toimima sarnaselt täiskasvanutega
- mõju mõtlemis- ja arutlusvõime arengule

Küpsus on olulisem mõiste kui vanus. Mõistena on küpsusel laiem tähendus kui küpsemisel.

Küpsus:

- osutab küpsemise tulemusel saavutatud seisundile
- laste puhul viitab konkreetse lapse käitumisele võrreldes teiste samaealiste lastega (nt lugemis- oskus)

Mõistet *küpsus* võib kasutada ka seoses füsioloogilise arenguga. Kui 12aastasel Mardil hakkavad ilmema sekundaarsed sootunnused (habeme- ja kehakarvade kasv, hääle muutus) peetakse teda **aktseleerandiks** (vara küpsevaks), sest üldjuhul algavad sellised muutused 14. eluaastal. Ka Peetril hakkavad ilmema samad tunnused, kuid alles 16aastaselt ning seetõttu peetakse teda **retardandiks** (hilja küpsevaks).

Küpsest ja ebaküpsest käitumisest rääkides peetakse silmas käitumise vastavust lapse eale. Näiteks kolmeaastase puhul on jonnihooegade esinemine normaalne nähtus, millest laps üldjuhul peagi välja kasvab. Kui jonnib üheksa-aastane, peaks muretsemiseks rohkem põhjust olema, sest selles eas lapsed üldjuhul ei jonni. Niisiis pole jonnimine vaadeldav ebaküpsuse ilminguna kolmeaastase lapse puhul, küll aga viitab see ebaküpsusele üheksa-aastase lapse puhul.

3.1. Elukaar

Elukaar on inimese terve elukäik ehk elutee sünnist (eostumisest) surmani. Kaareks nimetatakse seda seetõttu, et elu algperioodil on inimese areng kiire, täiskasvanueas see aeglustub ja saavutab stabiilsuse, vananedes aga toimub kiire taandareng.

Areng elukaarel kestab kogu eluaja. Ka täisea ja küpsuse/vanaduse elujärgkudes tekib inimest uuendavaid võimeid ja jõude. Elukaare uurijad on jõudnud järeldusele, et:

- iga inimese elu on kordumatu ja moodustab ainulaadse individuaalse terviku
- suurtest individuaalsetest erinevustest hoolimata võib inimese elukaarelt leida arengu üldisi seaduspärasusi
- indiviidi arengusündmuse võib paremini mõista, kui vaadelda neid arengu üldiste seaduspärasuste taustal

Neid seisukohti nimetatakse ka elukaare lähteideedeks.

Indiviid ja individuaalsus. Iga inimene on ainulaadne, seda nii oma välimuse kui ka siseelu poolest. *Indiviidiks* nimetatakse isiklikku eripära ehk isikupära ehk individuaalsusega isiksust. *Individuaalsus ehk isikupära* kujuneb välja vanusega ja oleneb sellest, millised on olnud inimese eelnevad arenguperioodid.

Erinevad elukaareuurijad periodiseerivad inimese arengut erinevalt. Psühholoogilise elukaareuurimise rajajaks on Charlotte Bühler. Bühleri arvates on inimene oma olemuselt tegutsev, eesmärkidele ja eneseteadvusele püüdlev. Inimene võib olla tema ise ainult muutudes või olles valmis muutusteks, kui sisemised ja välised ülesanded seda nõuavad.

Psühhoanalüütilise elukaareuurimuse kuulsaim autor on Erik H. Erikson (1902–1994). Eriksoni järgi toimub inimese areng kolme komponendi koosmõjul: nn bioloogiline algmaterjal (pärilikkus), keskkond (õpetamine) ning inimese individuaalsus (mina).

Sigmund Freud tõi psühholoogiasse sellised tuntud ideed nagu alateadvuse mõju tegutsemisele, lapsepõlve tähtsus ja tähenduslikkus indiviidi arengus, psüühika dünaamiline ja vastastikuse mõjutuse suhetel põhinev areng, selle kindlate arenguetappidega (e arengulooline) struktuur.

Lawrence Kohlberg on tuntud oma kõlbelse arengu etappide kaudu. Ta eristab prekonventsionaalset (e eeltinglikku), konventsionaalset (e traditsioonilist) ja postkonventsionaalset etappi (inimesed rajavad kõlbelised otsused printsiipidele, mille nad ise vastu võtavad).

Kuigi eri uurijate käsitlused inimese arengust on erinevad, ollakse ühisel seisukohal selles, et:

- elukaare etapid on kõigil inimestel ühesugused
- igal etapil on oma eripära ja põhiprobleemid
- igal etapil on oma arenguülesanded, mis tuleb täita, et jõuda edukalt järgmisesse etappi
- iga inimene läbib arenguülesanded just temale omasel individuaalsel viisil
- elukaare etappide vanusepiirid võivad indiviiditi olla väga erinevad

Elukaare etapid

Inimese elukaare võib jaotada üheteistkümneks etapiks ehk perioodiks. Inimese arengu seisukohalt on väga olulised just üleminekud ühest elukaare etapist teise.

Looteiga ja sünd

Elukaare esimene etapp. Looteiga kestab üheksa kuud ja lõpeb sünniga. Pikk ja vaevaline teekond läbi sünnituskanali, väliskeskkonna temperatuur, valgus, helid – see kõik võib olla traumeeriv. Keskkond, kuhu laps satub, erineb oluliselt sünnieelsest arengukeskkonnast ema üsas. On seisukohti, mille järgi on sünd inimese elu kõige ohtlikum ja otsustavam hetk. Sünni ja järgmise etappi ülemineku vahele jääb periood, mille märksõnadeks on maailma avanemine, välise keskkonna ja oma keha tajumine. Kuigi vastsündinul lapsel on olemas kõik eluks vajalikud elundid, on need nii vähe arenenud, et ta on abitud kui paljude loomade järglased.

Imikuiga: sünd–1. eluaasta

Imikuiga kestab sünnist kuni aastaseks saamiseni. Nii füüsiline, vaimne kui ka emotsionaalne areng on selles eas väga kiire. Terve laps võtab kaalus juurde keskmiselt 400 grammi ja kasvab 1,5 cm kuus. Esimese eluaastaga harjub imik välismaailmaga ja saab selles oma esimese kogemuse. Oma elu oluliste inimestega – ema, isa, õdede-vendadega suheldes õpib laps inimekõnet tundma ja rääkima. Ta õpib ka usaldama või umbusaldama. Usalduse tekkimist soodustab last ümbritsev sõbralik ja abivalmis keskkond. Kuna imik on väga innukas õppiija, on oluline, et teda ümbritsev keskkond oleks stimuleeriv ja samas ka turvaline. Kui ümbritsevad inimesed suudavad lapsele sellise keskkonna luua, saab esimese eluaasta lõpuks imikust iseseisvalt kõndiv, kindla tähendusega sõnu ütlev, nututa oma soove väljendav ning ümbritsevaid inimesi usaldav väikelaps. Sel juhul saavad imikuea arenguülesanded täidetud ning laps läheb üle teisele teadvuse ja sotsiaalsete suhete tasandile.

Maimikuiga: 1.–3. eluaasta

Maimikuiga kestab esimesest kuni kolmanda eluaastani. See on kiire kehalise ja vaimse arengu periood. Sellel perioodil õpib laps rääkima, iseseisvalt ja vabalt liikuma (käima, jooksmas, ronima). Peale selle õpib ta iseseisvalt sööma ja kohaneb esimeste ühiskondlike hoiakute ja normidega, mis mõjutavad tema edaspidist elu. Meeleelundid saavutavad suhtelise küpsuse ja võimaldavad ümbritsevat maailma täpsemalt ja reaalsemalt peegeldada. Areneb enesekontroll ja kujuneb välja oma tahe. Maimik tahab ise end riidesse panna, ise otsustada, tahab olla sõltumatu. See kõik toimub tegelikkusega kokkupõrgete, raskuste ja pettumuste kaudu. Oma positsiooni kindlustamisega võivad kaasneda ka ettearvamatud käitumine (jonn, viha, kavalus, solvumine). Olulisteks arengut toetavateks teguriteks maimikueas on armastus, rääkimine, mängimine ja olemine koos lapsega, tasakaalu leidmine lubatu ja keelatu vahel. Kõige lubamine ja kõige keelamine on võrdsest halvast – kõike saanud lapsest võib kasvada tujukas ja rahulolematu inimene ja lapsest, kelle soove kunagi ei täideta, inimene, kes ei pruugi suuta elus saavutada seda, mida tahab. Olulisteks inimesteks maimikule on jätkuvalt ema ja isa, õed-vennad, vanavanemad. Kujuneb välja kiindumusühendus ühe või mitme lähedase inimese vastu. Uute oluliste inimestena lisanduvad mängukaaslased. Isiksuse arengus peetakse kolme esimest eluaastat otsustava tähtsusega perioodiks. Ka J. W. Goethe on öelnud, et on oma elus kõige rohkem õppinud esimese kolme eluaasta jooksul.

Koolieelikuiga: 3.–6./7. eluaasta

Perioodi kolmandast seitsmenda eluaastani nimetatakse koolieelikueaks. Koolieelikueas on lapse põhitegevuseks mäng eakaaslastega. Selle kaudu tutvub ta ümbritseva maailma ja inimestevaheliste suhetega. Lapse suhtlusring laieneb ja muutub ka suhtlemise laad. Laps hakkab tegutsema koos täiskasvanutega ja neid abistama. Arenevad fantaasia, tahe ja iseloom. Laps saab sellel perioodil selgeks hea ja halva, lubatu ja keelatu, õige ja väär, mees- ja naissoo mõisted. Paljud õpivad juba selles eas lugema, kirjutama ja arvutama. Kõige selle tõttu omandab laps kooliküpsuse. Kui koolieelikuiga pakub võimaluse ise tegutseda, proovida ja initsiatiivi ilmutada, siis ootab laps põnevusega kooli ning on õpihimuline. Hästi arenenud laps tunneb kooliteed alustades, et maailm on elamiseks ja uurimiseks üks tore paik.

Olulised inimesed lapsele on perekonnaliikmed, kuid üha rohkem inimesi ka väljaspool pereringi.

Kainikuiga: 6./7.–11./12. eluaasta

Perioodi vanuses 6.–12. eluaastani nimetatakse kainikueaks ehk nooremaks koolieaks. Kainik on füüsiliselt küps kestvamaks tõsiseks tegevuseks ja võimeline sooritama ülesandeid, mis nõuavad reeglitele allumist ja oma soovide pidurdamist. Lapsel on juba küllalt avar kujutlusvõime ning tema keel on sedavõrd arenenud, et võimaldab teistega vabalt suhelda ja oma mõtteid väljendada. Selles eas alustab laps kooliteed. Kooliga kaasnevad kohustused, samuti edu ja ebaedu kogemused õppimises. Laps õpib lugema, kirjutama ja arvutama, arendab uusi oskusi kunsti, muusika ja muudes valdkondades, suhtleb ja tegutseb kambas. Tema eneseteadvus kasvab. Kool ja huviringid tingivad ka grupi liikmeks olemiseks hädavajalike koostööoskuste väljaarenemise, kohusetundlikkuse ja töökuse, aktiivsuse ning asjalikkuse arendamise vajaduse.

Kohustuste täitmisel kodus ja koolis on väga oluline edu – töörõõmu ja rahulolu kogemine, sest iga edu toodab uut edu ja ebaõnnestumine uut ebaõnnestumist. Eriline tähtsus on töökuse arendamisel, sest hiliematel eluperioodidel on see palju raskem.

Olulisteks inimesteks lapsele sel perioodil on sõbrad ja tuttavad. Iga aastaga muutuvad nad tema elus üha tähtsamaks. Tähtsad on ka õpetaja autoriteet ja eeskuju.

Mürsikuiga: 11./12.–15./16. eluaasta

Perioodi vanuses 11.–16. eluaastani nimetatakse mürsiku- ehk murdeeaks. Mürsikuiga on ärev ja konfliktiderohke arengujärk. Sel perioodil toimub suguline küpsemine, mis muudab mürsiku rahutuks, tasakaalutuks ja põhjustab huvi tekkimise vastassugupoole vastu. Laps on muutumas täiskasvanuks. Suurenenud emotsionaalsuse tõttu on ta ärrituv ja tundlik. Areneb eneseteadvus, millest saab alguse tung iseseisvusele ja enese maksmapanekule. Areneb abstraktne mõtlemine, mille tõttu suudab mürsik lahendada küllaltki keerukaid probleeme. Bioloogilised muutused toovad kaasa väsimuse ja tühimuse, samas ka enneolematu jõu- ja energiatunde. Isikliku elu probleemid tunduvad sageli ületamatud.

Sel perioodil märkab laps, et vanemad polegi täiuslikud, maailm on täis probleeme ning tulevik ebakindel. Muutuvad suhted täiskasvanutega. Vanemate autoriteet pannakse proovile – nende ja õpetajate positsioon oleneb sellest, kas nad saavad hakkama väljakutsete ja testidega, mida mürsik neile korraldab. Piirangud ja kohustused tekitavad mürsikus viha ja tunnet, et teda ei võeta tõsiselt ning koheldakse nagu last. Hinnates oma võimeid üle, satub mürsik täiskasvanutega kergesti konflikti, mistõttu eelistab viibida omavanuste hulgas, alludes kergesti grupi mõjule. Tekivad uute väärtustega sõbrad (mitte alati positiivsed eeskujud). Sõpradest saavad kõige olulisemad inimesed.

Kuna mürsik ei ole enam laps ega veel ka täiskasvanu, on see periood üheks segadust tekitavamaks ajaks elukaarel.

Noorukiiga: 15./16.–20./22. eluaasta

Murde- ja noorukiea piir ei ole üheselt selge. Tihti nähaksegi neid ühe suure tervikuna, mida nimetatakse teismeeaks. Noorukiiga on sillaks lapsepõlvest täiskasvanute maailma. Selles vanuses minnakse vastu täisküpsusele, mis tähendab nii bioloogilist kui ka vaimset ja sotsiaalset küpsust.

Noorukiiga on tasakaalustumise ja rahunemise, täiskasvanuks saamise ja eneseleidmise, tööeluga alustamise ning iseseisvalt eluga hakkama saamise aeg. Mõtlemine muutub noorukieas süstemaatiliseks ja teoreetiliseks, tundmused sügavamaks ja püsivamaks. Nooruk kogeb armastust ja intiimsuhet armastatuga.

Areneb eneseteadvus, tekib huvi maailmavaatelistele probleemide vastu ja kiindumus ideaalidesse. Nooruk õpib käituma nagu mees või naine ning kehtestab oma isiklikud käitumisnormid. Tal tuleb vastu võtta tulevikku puudutavaid otsuseid (näiteks elukutse valik), hinnata, võtta omaks ja/või samastuda erinevate rahvuste ja sotsiaalsete rühmade normide ning väärtustega (seksuaalne orientatsioon, usk jms). Kuna nooruk on vastuvõtlik ja mõjutatav, on oht sattuda ka negatiivsete mõjude alla.

Olulised inimesed nooruki jaoks on pereliikmed, õpingu- ja/või töökaaslased. Sageli nooruk samastab end oma ema või isaga, olles samas nende suhtes väga kriitiline.

Varane küpsus ehk täiskasvanuiga: 20./22. –35. eluaasta

Perioodi vanuses 20.–35. eluaastani nimetatakse varaseks küpsuseks. Varane küpsusiga on aeg, mil panakse paika oma elu sisu, karjäär, elustiil, lahutakse vanematekodust ja alustatakse iseseisvat elu. See on ka lähisuhete loomise ja säilitamise, intiimsuse väljendamise, lojaalsuse ja truuduse, perekonna loomist puudutavate otsuste vastuvõtmise ning lapsevanema rolli astumise aeg. Jätkub teadmiste omandamine, kuid nüüd sageli juba täiendusõppena. Suurendatakse kontakte maailmaga, arendatakse oma võimeid. Hea ja halva ning lubatu ja keelatu mõiste, kohusetundlikkuse ja töökuse arenemine – need arusaamad kujundavad ja juhivad edasise elu valikuid.

Kui mõne eelnimetatud ülesande täitmine ei õnnestu, hakkab inimene otsima vigu ja süüdlasi. Võib tekkida üksildustunne, rahulolematuse oma elu sisu, elustiili ja/või karjääriga.

Olulisteks inimesteks on oma pereliikmed, töökaaslased ja vanemad.

Hiline küpsus ehk täiskasvanuiga: 35.–55./60. eluaasta

Perioodi vanuses 35.–55./60. eluaastani nimetatakse hiliseks küpsuseks ehk täiskasvanueaks. Küps täiskasvanu on võimeline produktiivseks ja loominguks tegevuseks. Inimesele muutub tähtsamaks töö, sest lapsed kasvavad, muutuvad iseseisvaks ja lahkuvad kodust. Kui töö pakub rahuldust ja vastab huvidele, siis jõutakse just selles perioodis tipptulemusteni.

Keskeas hakkavad kehalised ning vaimsed võimed üha vähenema ja tervis halvenema. See võib kaasa tuua keskeakriisi. Keskeakriis on tõusu katkemise, oma võimaluste piiratusest teadlikuks saamise kriis. Enam ei suudeta seda, mida varem suudeti. Võimaluste ja võimete tipp on käes ja kõik saavutatud ei pruugi rahuldust pakkuda. Saavutamata jäänud eesmärgid teevad haiget. Võivad tekkida ka raskused lähisuhetes ja nende ebaõnnestumine. Laste valikud ei pruugi alati meeldida, kuid nende otsused ja valikud mõjutavad ka vanemate elu. Leppida tuleb ka oma vanemate vananemise, haiguste ja isegi surmaga. Läbi tuleb elada kaotusi. Ebaõnnestumised võivad viia endassetõmbumiseni.

Olulised inimesed keskeas on töökaaslased ja perekonnaliikmed.

Elatanuga: 55./60.–70. eluaasta

Perioodi vanuses 55.–70. eluaastani nimetatakse elatanueaks. Vananemine toob endaga kaasa mitmeid muutusi – jõud kahaneb, mälu nõrgeneb, meeled nürinevad ja liigutuste paindlikkus kaob. Õppimisvõime väheneb, taandareng süveneb, terviseprobleemid suurenevad. Väheneb kõrgete toonide kuulmine ja lähinägemine – lugemisel hakatakse kasutama prille. Kahaneb seksuaalne aktiivsus. Sellel perioodil tuleb loobuda tööst ja harjumuspärasest elukorraldusest. Sissejuurdunud elukorraldusest loobumine võib olla raske. Eakaaslaste hulk väheneb, lapsed elavad oma elu, tekib üksindus.

Tänapäeval kasutatakse aga ka mõistet kolmas vanus (ingl k *third age*) – selle all mõeldakse keskeale järgnevat perioodi. Nüüd on jälle võimalus elu nautida: olla rahul saavutatuga, puhata, pühenduda hobidele, võimalusel reisida, heita rahulik tagasivaatepilk olnud elule. Olulised inimesed selles eas on pereliikmed, lapsed ja lapselapsed.

Vanuriiga: 70.–90. eluaasta ja pikaeealisus: üle 90. eluaasta

Viimast ehk kümnendat perioodi 70.–90. Eluaastani nimetatakse vanurieaks. Eluaastaid üle üheksakümne nimetatakse pikaeealisuseks. Mõni inimene naudib sellel perioodil elu, teised aga tunnevad kibestumust. Perioodile on iseloomulik sama kiire taandareng kui areng imikueas. Kogu elu ise endaga toime tulnud inimesel on raske jääda kellegi abist sõltuvaks. Suhtlusring on väikeseks jäänud, üksindus suureneb ning võib muutuda talumatuks. Tervis halveneb, taandarengust tulenevad probleemid teevad raskeks ka ümbritsevate elu. Nüüd tuleb õppida teistest sõltuma, toime tulema oma taandarengu ja üksindusega.

Olulised inimesed vanurile on lapsed, lapselapsed ning abistajad.

3.2. Arenguga kaasnevad kriisid

Kriisid on lahutamatu osa inimelust. Kogu elu võib vaadata psüühiliste kriiside jadana. Kriisid toovad endaga kaasa muret ja kannatusi ning võivad mõnikord olla nii rasked, et inimene haigestub või sooritab suitsiidi. Seega peetakse kriisidega seoses silmas alati ka subjektiivset külge, inimese isiklikke valulisi ja vastuolulisi tundeid. Teisest küljest võivad kriisid olla abiks elu mõtte otsinguil.

Sõna *kriis* tuleb kreeka keelest, kus *krisis* tähendab lahutamist, eristamist, otsustamist, aga ka murdepunkti, algusest eemaldumist.

Liikumine uue suunas eeldab vanast eemaldumist, see aga tekitab hirmu ja ebakindlust. Mõnikord võib teadmatus uue ees olla nii hirmutav, et nii mõnigi põgeneb, kuigi vana võib olla kannatuste allikas. Vanast kinnihoidmine ja toe otsimine ei lase märgata ümbruses peituvaid võimalusi. Ometi sunnivad kriisid (kui vanad toimetulekuviisid on muutunud võimatuks või liialt vaevalisteks), inimest uuele vastu minema.

Psüühiline kriis. Rootsi psühhiaater Johan Cullberg on psüühilist kriisi määratlenud kui olukorda (või elujärku), kus varasemad kogemused, toimetulekuviisid ja õpitud reaktsioonid ei aita mõista praegust elusituatsiooni ja seda psüühiliselt valitseda.

Kriis on muutumist nõudev ja seetõttu ka liikuma panev jõud. Kriiside kaudu on võimalik küpseda ja areneda. Muutused võivad olla nii välised (praktilised, käitumuslikud) kui ka sisemised (väärtushinnangud, uskumused, tõekspidamised). Inimene võib kriisi tulemusel jõuda täiesti uuele arengutasemele.

Kriisid jagunevad **arenguloolisteks ja situatiivseteks kriisideks**. Arenguloolised kriisid käivad kaasas inimese normaalse arenguga, kujunevad aeglaselt ja neid võib võtta kui loomulikku nähtust elus. Situatiivsed kriisid kujutavad endast ootamatuid muutusi, n-ö sissetungijaid ja segipaiskajaid, mis võivad inimest tabada igas vanuses. Kuigi ka situatiivsed kriisid võivad inimeses esile kutsuda suure muutuse ja põhjustada tema uude etappi liikumise, on edaspidi keskendutud just arenguloolistele kriisidele.

Arenguloolised kriisid kaasnevad sageli üleminekuga ühest elukaare etapist teise. Mõnel inimesel võib uude etappi üleminek vallandada tugeva kriisi, mõned seevastu läbivad neid üleminekuid märkamatuult. Arenguloolised kriisid on elus paratamatult esinevad kriitilised perioodid, mil tuleb omandada uusi oskusi, et järgneval eluetapil toime tulla. Juba keskajal arvati, et iga seitsme aasta järel saabub oluliste muutuste aeg, kus kõrged pinged on lausa paratamatud. Toimetulek elus võib olla suures osas mõjutatud sellest, kuidas varasemad kriisid on möödunud.

Eriksoni arenguliste kriiside mudel

Ühe tuntuma ja parema mudeli elukaarekriisidest ja üleminekuetappidest on loonud Erik Erikson (1971). Erikson kirjeldab igale arengufaasile omaseid erilisi kriisisituatsioone. Ta rõhutab, et igas taolises kriisis peab negatiivse ja positiivse vahel toimuv võitlus lõppema edukalt, et liikuda edasi järgmisse etappi. Samas – ükski n-ö võit ei pruugi olla lõplik.

Eriksoni järgi on kriis eelkõige muutus, pöördepunkt. Arenev isiksus on ühel hetkel ootamatult valmis täiesti uuelaadseks kohtumiseks ümbritseva ja ka iseendaga. Tekkinud on uus kvaliteet nii füüsilises kui ka psüühilises arengus, mis ühelt poolt annab uued ja seni tundmatud võimalused, kuid teiselt poolt lisab ka uued vajadused ja uutmoodi haavatavuse. Enne, kui inimene saab oma arengus liikuda järgmisele küpsustasandile, peab ta lahendama järgmised psühhosotsiaalsed olukorrad:

1. Usaldus ja usaldamatus.

Usaldus ja usaldamatus on esimese etapi kaks vastandlikku elementi. Imikueas (kuni esimese eluaasta lõpuni) põhineb lapse suhe emaga jäägitul usaldusel, sest tegemist on abitu ja iseseisvaks eluks võimetu olendiga. Siit saab alguse teiste ja enda usaldamine ning usk oma vajaduste ja soovide täitumisse. Kui lapse põhivajadusi ei rahuldata ja tema eest ei hoolitseta, siis võib sellest alguse saada ebakindlus ja usaldamatus teiste suhtes.

2. Autonoomia või häbi/kahtlemine.

Autonoomia või häbi/kahtlemine on väikelapseea konfliktid. Varases lapsepõlves (esimesest kolmanda eluaastani) kujuneb tahe. Oskus ennast kontrollida arendab iseseisvustunnet. Kuid omaalgatuse ja isetegemisega võivad kaasneda ka kahtlused ja häbi oma oskamatuses pärast.

3. Initsiatiiv või süü.

Initsiatiiv või süü iseloomustavad koolieelset perioodi. Mängueas (kolmandast kuuenda eluaastani) on valdavaks liikumine ja uudishimu. Proovile pannakse nii lapse iseseisvuspüüdlused kui ka ümbrusega toimetulek. Võimalus püstitada oma eesmärgid ning neid karistust kartmata ellu viia arendab sihikindlust. Ülemäära keelavate ja karistavate vanemate vastu tähtsustab aga agressiivsus. Sellega kaasneb häbi oma tunnete pärast ja trots.

4. Edukus või alaväärsus.

Edukus või alaväärsus on kooliaastatel lapsepõlve keskne konflikt. Noorem kooliiga (kuuendast kahesteistkümnenda eluaastani) on aeg, kus õpitakse kontrollima oma kujutlusi ja harjutakse koolieluga. Ülesannete täitmiseks on vaja ühendada teadmised ja keha osavus. Õnnestumised annavad märku võimekusest ja oskustest ning arendavad töökust. Samas toob koolimine kaasa suuri muutusi – tekivad uued kaaslaste, uue elukorralduse, uued nõudmised ka kodus. Seega tekib palju võimalusi alaväärsustunde kujunemiseks. Konflikti põhjustajateks on ühelt poolt rahulolutunne, teisalt alaväärsustunne, mis tuleneb ebasoodsast võrdlusest teistega.

5. Identiteet või rollihülgasus.

Noorukiiga iseloomustab püüd leida identiteeti või tulla toime rollihülgasusega. Noorukiea (kaheteistkümnendast kahekümnenda eluaastani) kriisi võib nimetada identiteedikriisiks. See on aeg, mil esitatakse endale küsimusi: kes ma olen, mida tahan elus saavutada, mida minult oodatakse? Avastatakse oma uniikaalsus ning tekib soov millegi erakordsega silma paista. Puberteet, kiire füüsiline areng, lapsepõlvest väljumine ning väärtuste ebakindlus muudavad selle raskeks ja keeruliseks. Muutused endas ja tuleviku ebamäärasus võivad tekitada sisemise segaduse ning võimetuse end ja oma rolli määratleda ning oma tulevikku kavandada. Ent just otsingute ning eneseavastamise vaevade ja rõõmude kaudu kujunebki identiteeditunne. Võime olla ustav oma ideaalidele ja teistele inimestele saab oma jõu identiteeditundest ning samas ka tugevdab seda.

6. Intiimsus või isolatsioon.

Varajase täiskasvanuea võitlused käivad Eriksoni järgi selle ümber, kas saavutada intiimsus või jääda isolatsiooni. Otsitakse romantilisi suhteid ja vajatakse seotust teistega. Avastatakse eneses armastus – sügav ja kõikehaarav kiindumustunne – ning võime vastastikuseks pühendumiseks. Kõikuv identiteet võib siin aga saada takistuseks. Enesekindluse puudumine kahandab julgust kiinduda ning võib viia lähisuhte vältimise ja teistest eraldumiseni.

7. Endassesulgumine või stagnatsioon.

Täiskasvanuea keskmine periood (kolmekümnendast kuuekümnenda eluaastani) on seotud *loomisega*, mille puudumine põhjustab endassesulgumist või stagnatsiooni. See on kriis, mille tulemuseks on uue loomine või hoopis seiskumine. Isiksuse arengut toetab vajadus luua, sünnitada midagi, mis püsiks endast kauem – lapsi, ideid, asju. Kui see vajadus ei leia väljundit ning taandub, siis tekib isiksusliku arengu seiskumise ja vaimse vaesumise oht. Sellel eluetapil tõuseb esile vajadus kellegi või millegi eest hoolitseda. Kõik see, mis loodud – näiteks lapsed, teadmised, kunst või varandus – vajab hoidmist ja hoolt.

Kõik on korras, kui eesmärgid saavutatakse ja see pakub rahuldust. Kriis vallandub siis, kui saavutatu ei paku rahuldust. Näiteks kui 25 aastat pühendunult ühel töökohal töötanud inimene jääb ootamatult töötuks, võib see küsimärgi alla seada kogu seni saavutatu. Samamoodi juhtub, kui keskealine abielupaar

võõrandub oma lastest – jällegi võib tekkida läbikukkumise tunne. Generatiivsuse kriisi lahendamise oluline moodus on mõista oma isiklikke piiranguid.

8. Terviklikkus ja lootusetus.

Kriis, millega puutuvad kokku kõik eakad, on terviklikkuse otsimine. Küpsusiga algab umbes kuuekümnepäevasele ning vastandab terviklikkuse ja lootusetuse. Kumb peale jääb, sõltub sellest, milline on tagasivaade möödunud aastatele. Need, kes leiavad, et elu jooksul tehtu on vajalik ja osa suuremast süsteemist, tunnevad terviklikkust. Sellest kujunebki elutarkus, mis säilitab ja kannab edasi aastatega kogutud teadmisi ja kogemusi. Kahtlused tehtu osas ja tegemata jäänud võivad aga viia lootusetuse ja kibestumiseni, isegi niivõrd, et kogu elatud elu tundub mõttetu.

Vanaduses suureneb minevikukujutluste osakaal ning sagenevad mõtted surmast. Surm on see osa tulevikust, mis on samal ajal nii kindel kui ka tundmatu. Elurõõmu aitab säilitada ümberlülitumine oma isikult elule üldse kõigis selle avaldustes. Vanemat inimest hoiavad elu keskel ärgas huvi noorema põlvkonna ettevõtmiste vastu ja nende probleemidega kursis olemine, aga ka omaealistega suhtlemine ning üksteise toetamine. Kõik põlvkonnad on vastastikku seotud – ühe puudumine tekitab kahju teise arengule. Vanema ja noorema teineteisemõistmine eeldab avatust ja huvi. Eakal on rikkalik mälestuste varasalg, noorel jõud, entusiasm, energia.

Eriksoni psühhosotsiaalsed kriisid osutavad selgelt inimese arengule kogu elukaare kestel. Tema kriiside käsitus on samas aga ka üldistus ning seetõttu ei pruugi kõik inimesed oma elu jooksul kõiki nimetatud kriise kogeda.

3.3. Arenguvaldkonnad

Inimese üldine areng hõlmab erinevaid arenguaspekte: kognitiivset, sotsiaalset, kõlblist ehk moraalset, emotsionaalset ja füüsilist. Kõik arenguaspektid on omavahel seotud, seega sõltub areng mingis konkreetses aspektis arengust teistes aspektides. Tähelepanu on vaja pöörata neile kõigile.

Kognitiivne areng

Kognitiivne areng seostub selliste toimingutega nagu mõtlemine, tajumine ja probleemide lahendamine – ehk toimingutega, mida käsitletakse intellektuaalsetena.

Üheks juhtivaks õpetlaseks, kes oluliselt on mõjutanud arusaama lastest ja nende arengust, on Prantsuse-Šveitsi psühholoog Jean Piaget (1896–1980). Oma peamistes uurimistöodes keskendus ta laste mõtlemisvõime arengu uurimisele. Piaget kirjeldas imiku- ja täiskasvanuea vahel nelja kognitiivse arengu staadiumit, mis põhinevad üksteisest kvalitatiivselt erinevatel mõtlemisviisidel. Liikumine ühest staadiumist teise toimub assimilatsiooni ja akommodatsiooni kaudu. Need on kognitiivse arengu baasprotsessid. Assimilatsioon tähendab uue info ühendamist sellega, mis on juba olemas. Näiteks kui kõnelema õppiv laps on saanud selgeks sõna „kass“ tähenduse ning osutab tänaval koerale, öeldes „kass“, siis on toimunud assimilatsioon. Laps nägi sarnasusi pere lemmiku ja tänaval kõndiva koera vahel ja kasutas talle tuntud sõna.

Akommodatsioon tähendab olemasoleva mõtteviisi muutmist või ümberkujundamist, võttes juba arvesse uut infot. Kassi ja koera näite puhul kohandab laps peagi oma teadmisi (eeldusel, et talle selgitatakse, et koer on siiski koer, mitte kass), ta hakkab mõistma mitte ainult erinevust kassi ja koera vahel, vaid ka erinevust kassipoja ja kassi, kodukassi ja metsiku kassi vahel jne. Uude etappi jõudmisel keeratakse pea peale kogu seni mõtlemises arenenud tasakaal, kaasa arvatud assimilatsiooni ja akommodatsiooni protsessid.

Jean Piaget' kognitiivse arengu astmed (1970)

1. Sensomotoorne periood (0-2 eluaastat). Selles arengufaasis loob laps endale isikliku maailma, mis taandub tema füüsilise rahulolu hetkesoovidele. 4–12 kuu vanuses hakkab laps pöörama enam tähelepanu oma füüsilisele keskkonnale. Üks kõige olulisem arenguilming sellel astmel on **intentsionaalsuse** tekkimine – kalduvus muuta huvitavad sündmused püsivateks ja korduvateks. Selles faasis kujuneb lapsel ka arusaam **objektide permanentsusest** – teadlikkus sellest, et objektid eksisteerivad sõltumata lapse enda toimingutest ja tajumisest. Objektide olemasolu tajumine on baasiks algse ruumimõiste kujunemisele.

Lastel on loomulik kalduvus huvitada uudsetest objektidest ja sündmustest. Uudishimu ei põhine mitte objektide füüsilistel karakteristikutel, vaid ka seostel, mida laps tajub uute objektide ja varasema kogemuse vahel. Teise eluaasta alguses suunab uudishimu neid eksperimenteerima, et välja selgitada, mis suhtes on objekt või sündmus uus (Piaget 1952).

2. Operatsioonide-eelne periood (2-7 eluaastat). Periood algab siis, kui laps hakkab kasutama (Piaget' järgi struktureerima) sümboliseid objektide või sündmuste tähistamiseks ja kirjeldamiseks. Lapse oskus mõelda sellest, mis jääb väljapoole tema vahetut keskkonda, annab talle võimaluse oma kogemuste ja ideede jagamiseks teistega. Siiski on lapse vaated ja arutlused suunatud eelkõige talle endale. Selle astme algusaastatel ei suuda ta kohanduda teiste vaadetega ja tõenäoliselt ei suuda isegi ette kujutada, et teistel võiksid olla mõtted, mis erinevad tema enda omadest. Lapsel, kes on oma arengus jõudnud selle astme lõppfaasi, hakkab kujunema mõningane arusaam, et inimestel võivad ühe ja sama objekti või sündmuse kohta olla erinevad mõtted. Lapse mõtlemist sel perioodil iseloomustab **mittereverssiivsus**, st ta ei suuda liikuda mõttes tagasi ega arutleda uuesti mõne protsessi või mõiste üle. Seda näitlikustab kõige paremini jäävuse idee, mis seda tüüpi mõtlemises puudub. Kui võtta tükk savi ja veeretada see palliks, seejärel mudida vorstikujuliseks, siis operatsioonieelses mõtlemisstaadiumis laps ei saa aru, et savi kogus ei ole muutunud – ta võib arvata, et kui see on pikemalt rullitud, siis on seda rohkem. Samamoodi on siis, kui valada vesi madalast laiaist klaasist kõrgesse kitsasse klaasi – operatsioonieelses staadiumis laps ei saa aru, et vee kogus jäi samaks. Sellist koguse säilitamise tajumise ebaõnnestumist, nagu nimetas seda Piaget, põhjustab lapse suutmatust mõelda n-ö tagasi, tema oskamatus ette kujutada, kuidas vedelik nägi välja enne ümbervalamist ja mõista, et midagi pole juhtunud, mis võiks muuta vedeliku kogust.

3. Konkreetsete operatsioonide periood (6-12 eluaastat) Mõtlemise algusest konkreetsete operatsioonide tasemel annab märku reverssiivsuse (võime liikuda mõttes tagasi ja arutleda uuesti mõne protsessi või mõtte üle) ilmumine. Sellel etapil on laps võimeline õppima liitmise, lahutamise, korrutamise ja jagamise operatsioone. Kõik need operatsioonid eeldavad loogilist mõtlemist, mis on aluseks objektide ja sündmuste klassifitseerimisele (nt õunad ja apelsinid on puuviljad) ja nendevaheliste seoste mõistmisele. Sellel perioodil, mis üldjoontes vastab algkooliaastatele, muutub laps palju sotsiaalsemaks. Tema enesekeskus väheneb järk-järgult ning ta hakkab üha enam tajuma ja mõistma teiste vaateid ja arvamusi. Ta on võimeline ette kujutama ruumala, hulga ja teiste füüsilist maailma iseloomustavate mõõtude identsust (eeltoodud näide savist ja veest).

Kuid lapsel on sellel etapil ikka veel raskusi abstraktse mõtlemise ja probleemide lahendamisega hüpoteeside ehk põhjendatud oletuste püstitamise ja kontrollimise teel. Ta võib öelda, milline kolmest objektist on suurim, kuid puutudes kokku ülesandega, kus tuleb otsustada, kes lastest on vanim, kui Mart on vanem Marist ja Mari on vanem Jürist, satub ta raskustesse.

4. Formaalsete operatsioonide periood (11-16 eluaastat). See periood ei arene enne keskkooli nooremastet ja sellele perioodile omane mõtlemine ei pruugi igaühel üldse välja areneda. Nooruk, kes on sellel tasemel, on võimeline loogiliselt mõtlema mitte ainult oma vahetu keskkonna objektide ja sündmuste piires, vaid ka abstraktsetes kategooriates. Vastavalt Goodile, Mellonile ja Kromhoutile (1978) iseloomustab formaalseid operatsioone suundumus käsitleda asju ja nähtusi eelkõige hüpoteetilise võimalikkuse mõistetes; rakendatakse kõiki potentsiaalselt võimalikke kombinatsioone, millele järgneb erinevate võimaluste testimine. Sellele arengutasemele jõudnud noorukid on võimelised mõtlema nagu teadlased. Ülesannete lahendamist sellise abstraktsioonitasemega läheb vaja tehnoloogiaga seotud erialadel, teaduslikus uurimistöös ja organisatsioonide töö korraldamisel ning juhtimisel. Igapäevaelus tuleb seda üsna harva ette. Seetõttu pole üllatav, kui andmed näitavad, et vaid veerand alaealistest ja üks kolmandik täiskasvanuist saavutab formaalsete operatsioonide taseme.

Sotsiaalne areng

Sotsiaalne areng ilmneb igasuguses käitumisaktis, mis puudutab suhteid teistega. Sotsiaalne areng on sageli kognitiivsest arengust raskesti eristatav.

Põhiolemuselt tähendab sõna *areng* avarustumist, laienemist või suurenemist, kus kogu protsess oma üldises väljapoole liikumises järgib neid tendentse. Käed ja jalad kasvavad embrüonaalse arengu perioodil keha keskosast väljapoole ning suu võib sooritada keerulisi toitumis- ja kõnelemisliigutusi tükk aega enne seda, kui sõrmed saavutavad samalaadse liigutusosavuse. Algul on laps täiesti enesekeskne, kuid järgnevatel arenguastmetel saavad tema tähelepanu objektiks ema, isa ning seejärel teised perekonnaliikmed.

Eelkooliaastatel on lapse huvi mängukaaslaste vastu, kes ei ole oma pere liikmed, üsna tagasihoidlik ning ilmne huvitatus koduvälisteks kontaktideks tekib üldjuhul alles algklassides. Laps võtab oma käitumismudelid esmalt vanematelt, kuid kooliaastad annavad talle uusi mudeleid. Õpetajad ja klassikaaslased võivad mõnikord osutada sama oluliseks või isegi olulisemaks kui vanemad. Noorukieas on tavaline, et mõõtu võetakse pigem kaaslastelt kui oma perekonnaliikmetelt. Nooruk lülitub mitmesse elusfääri väljaspool kodu ja kooli: töö-, mitteformaalsete rühmade ja organiseeritud vaba aja veetmise maailma. Mõnel juhul võib eakaaslaste grupp koosneda klikkidest või isegi kampadest. Tüüpiliselt muutub nooruk sotsiaalselt eakaaslaste muutumise järjestuses: samasooliste grupid, heteroseksuaalsed grupid ning lõpuks paarid. Sel eluperioodil puudutab osa sotsiaalsest arengust soolist identiteeti ehk seda, mil määral inimene peab end meheks või naiseks.

Sotsiaalne areng on seotud **sotsialiseerumisega** ehk protsessiga, milles omandatakse ühiskonna täieõiguslikule liikmele omased hoiakud, normid, motiivid, käitumismudelid. See, mida õpime sotsialiseerumise käigus, põimub meie personaalsesse identiteeti ehk minasse sellisel määral, et sellest võib rääkida kui meie endi osast. Sotsialiseerumise käigus omandatud oskuste kogumit nimetatakse **sotsiaalseks kompetentsuseks**. Sotsiaalse kompetentsuse peamisteks andjateks on kool ja lapse kooliväline arengukeskkond.

Kuigi peaaegu kõik arenguaspektid jätkuvad terve elu ja isegi kui arengutempo võib eri etappidel erineda, jõuavad paljud võimed tippu noorukiea lõpuks. Üks väga oluline erand on sotsiaalne areng, mis muutub terve elu jooksul üldjuhul paremuse suunas, isegi kui selle tempo aeg-ajalt aeglustub.

Kõlbeline areng

Kõlbeline areng tähendab moraalseid kaalutlusi ja otsustusi, mis mõjutavad meie käitumist (milline käitumine on õige, hea, sobiv, korrektne) ja milline on väär (halb, sobimatu, ebakorrektne). Piaget (1948) osutas, et väikestel lastel on kõlbeliste otsuste langetamine piiratud nende loogika egotsentrilisuse ehk enesekeskuse tõttu, sest nad usuvad, et kõigil on nendega sarnane arusaam õigest ja väärast. Ebaküpsusest tingitult on neil ettekujutus, et käitumist suunavad reeglid on niisama ranged ja muutumatud nagu füüsikaliste nähtuste vahelised põhjustagajärg seosed (nt: kuum ahi põletab näppu, muljumisvigastused on tingitud kukkumisest jne). Väike laps ei mõista, et reeglid on teinud inimesed ise selleks, et reguleerida käitumist, ning seetõttu erinevad need reeglid füüsikaseadustest. Seetõttu ei suuda laps võtta arvesse inimeste kavatsusi ja juhindub **sunnimoraalist**, kus ta langetab otsuseid tehtud teo kohta selle tagajärgede tõsiduse, kehtestatud reeglitele vastavuse ja järgneva karistuse tõenäosuse põhjal.

Umbes seitsmendaks eluaastaks jõuavad lapsed Piaget' järgi kooperatiivse ehk vastastikuse moraali tasemele ja hakkavad aru saama, et käitumisreeglid on paika pandud sotsiaalsete kompromisside ja kokkulepetega ning seetõttu ei ole need vääramatud ega muutumatud. Nende mõtlemine muutub selleks ajaks vähem enesekeskselt ning nad hakkavad nägema väärkäitumist laiemas kontekstis, arvestades teiste tundeid, hoiakuid ja vajadusi. Teisisõnu – nende arusaamad moraalist liiguvad neist väljapoole, teiste inimeste suunas.

Piaget' teooriat lapse kõlbelise mõtlemise astmetest arendas edasi Lawrence Kohlberg. Nagu Piaget'gi, näeb Kohlberg lapse moraalselt arengut liikumisena konkreetset üldisele, enesekeskselt ja endale suunatud hoolitsuselt hoolitsusele teiste eest. Laste ja noorukite küsitlemine viis Kohlbergi järeldusele, et kogu moraalne areng toimub astmete kaupa.

Prekonventsionaalsed astmed

1. Karistuse ja allumise orientatsioon.

Sellel astmel püüab laps peamiselt hoiduda ebameeldivustest ja vältida karistust, vabaduse piiramist ja ärevust tekitavaid situatsioone. Aste vastab Piaget' sunnimoraalile.

2. Instrumentaal-relativistlik orientatsioon.

Ka siin on laps põhiliselt mures oma vajaduste rahuldamise pärast, kuid ta saab aru, et ka teistel on teatud õigused. Seetõttu ilmutab ta mõnikord soovi jõuda kokkuleppele, mis võimaldaks võrdsel alusel rahuldada kõikide poolte vajadusi.

Konventsionaalsed astmed**3. Armsa tüdruku/hea poisi orientatsioon.**

Sellel astmel on laps õppinud tundma rõõmu teiste heatahtlikkusest ning püüab nüüd teistele meeldida ja teiste heakskiitu osaliseks saada. Tekib konformistlik käitumine, hakkab kujunema arusaam põhimõttest „ära tee teisele seda, mida sa ei taha, et sulle tehtaks“ ja laps suudab otsuste langetamisel arvesse võtta nii enda kui ka teiste soove ja eesmäärke.

4. Seaduse ja korra orientatsioon.

Laps saab aru, et sotsiaalne kord sõltub inimeste tahtest täita oma kohust ning nende austusest seaduslike võimuorganite vastu.

Postkonventsionaalsed astmed**5. Sotsiaalse kokkuleppe orientatsioon.**

Õigeid toiminguid iseloomustab nende vastavus standardsetele nõuetele ning õigustele, milles ühiskond on kokku leppinud. Reegleid võib muuta, kasutades seaduslikke protseduure. Võrreldes eelmisega on sellel astmel tehtud otsused palju paindlikumad. Enamik emotsionaalselt küpsetest täiskasvanutest on võimalised sellel tasemel arutlema.

6. Universaalsete eetiliste printsiipide orientatsioon.

Tehes otsustusi sellel tasandil, ei järgi inimene mitte ainult ühiskonna fikseeritud reegleid, vaid pöörab tähelepanu ka sellele, kuivõrd respektieritakse universaalseid eetilisi printsiipe. Äärmuslikel juhtudel võib inimene oma põhimõtete kaitsmise nimel leppida avaliku alandusega või minna isegi märtrisurma. Selle arengutaseme saavutavad vähesed.

Kohlbergi erinevates kultuurides tehtud uurimused veensid teda, et inimeste areng toimub alati vastavalt nendele astmetele. Nii näiteks ei saa lapse areng alata kohe teisest astmest. Lisaks leidis ta, et nii lapsed kui ka täiskasvanud võivad sõltumata oma küpsuse astmest ja sõltuvalt olukorrast langetada otsuseid kõigi võimalike orientatsioonide tasandil. Nii näiteks langetab kaheksa-aastane tüdruk valdava osa oma kõlbelistest otsustest nn armsa tüdruku astmel, kuid stressiolukorras võib tagasi langeda teisele või isegi esimesele astmele.

Emotsionaalne areng

Emotsionaalne areng puudutab tundeid ja hoiakuid ning käitumisvaldkonda, mida psühholoogid nimetavad afektiivseks. Emotsionaalse käitumise areng on suuresti sõltuv füüsilise küpsemise tempost. Arvatavasti on emotsionaalne areng baasiks lapse arenguvõimele nii kognitiivses kui ka sotsiaalses plaanis. Mõtlemine ei saa tekkida enne, kui laps on omandanud võime kontrollida oma impulsse ning õppinud edasi lükkama tasustamist – teisisõnu on õppinud ootama ning aktsepteerima seda, et tema soovide ja plaanide momentaanne täitumine ei ole tavaliselt võimalik. Võrreldes reflektiivsemate lastega käituvad impulsiivsemad lapsed sageli ebaküpselt ning see takistab nende kognitiivset arengut. Kuigi enamiku laste jaoks on liigne impulsiivsus ajutine nähtus, millest kasvatakse välja, ei ole see siiski nii kõikide puhul. On hulk inimesi, kellele liigne impulsiivsus tekitab palju raskusi nii noorukieas kui ka hilisemas elus.

Inimese emotsionaalset arengut kajastab Erik Eriksoni arenguliste kriiside üleminekumudel, mis saavutas tunnustuse pedagoogide ja psühholoogide seas oma emotsionaalse, isiksusliku ja sotsiaalse arengu astmetega ning kus iga arenguaste on määratletud sellele iseloomuliku psühhosotsiaalse kriisi terminites (vt eelpool arengukriiside all). Erikson väitis, et igaüks, kes õpib toime tulema kriisiga konkreetsel astmel, omandab koos sellega ka emotsionaalse jõu ja oskused, mis on vajalikud tulemaks toime järgmistel astmetel.

Füüsiline areng

Viies arengutüüp – füüsiline areng – on ilmselt kõige olulisem. See arenguaspekt on kõikidele märgatav, sest muutused füüsilises seisundis on otseselt vaadeldavad ning mõõdetavad. Füüsilise küpsemise tõenduseks on kasvu ja kaalu suurenemine, muutused kehaehituses, sekundaarsete sootunnuste ilmnemine ning kõhrede luustumine pikkade luude otstes, eriti jäsemetes. Füüsilist arengut peetakse kõige olulisemaks sellepärast, et see on baasiks igasugusele muule arengule. Võime küpseks käitumiseks intellektuaalses,

sotsiaalses ja emotsionaalses plaanis sõltub vähemasti osaliselt kindlate neuroloogiliste, sisenõristus-näärmete ning skeletistruktuuride ja funktsioonide arengust. Mõned noorukid saavutavad küpsuse varem, mõned hiljem (vara- ja hilisküpsed noorukid). Erinevused füüsilises küpsuses seostuvad ja kaasnevad erinevustega sotsiaalses, emotsionaalses ja kognitiivses küpsuses.

3.4. Normaalse arengu häirumine

Normaalse arengu häirumist võivad põhjustada vanematelt saadud geneetiline informatsioon, sünnieelse keskkonna mõjud, sünnikomplikatsioonid ja keskkonna mõjud pärast sündi.

Areng toimub keskkonna ja geneetiliste tegurite vastastikusel mõjul. 95–98 % rasedustest kulgeb normaalselt, 2–5% lastest sünnib sünnikahjustus(t)ega.

Teatud omaduse või haiguse ilmnemise eelduseks on peale genotüübi ka muud struktuurilised ja keskkonnast tingitud mõjutavad, säilitavad, modifitseerivad ja kaitsvad või vallandavad bioloogilised, psühholoogilised või sotsiaalsed tegurid. Umbes pooled nendest variatsioonidest, mida täheldatakse laste ja noorte isiksusejoontes, on geneetilise taustaga. Teise poole aluseks võib pidada lapse füüsilise tervise ja keskkonnast tulenevate tegurite mõju.

Üks kahjustuste esmaseid põhjusi on geneetiline – probleeme põhjustab ühe või mõlema vanema kromosoomides peituv informatsioon.

Geneetilised häired

1. Fenüülketonuuria. Lapse organism ei suuda toota ensüümi, mis on vajalik normaalseks arenguks. Tulemuseks on mürkide kuhjumine organismi, mis põhjustab sügava vaimse alaarengu.

2. Sirprakuline aneemia. Haigus, mis on nime saanud punaste vererakkude ebanormaalse kuju järgi. Selle haigusega lastel võib olla kehv isu, paistetunud kõht, kollakad silmad ning nad elavad harva lapseeas kauem.

3. Tay-Sachi tõbi. Kõige sagedamini sünnib selle tõvega lapsi Ida-Euroopa juutidel. Laps sureb 3–4 aastasel, kuna tema organism pole suuteline lõhustama rasvu. Kui mõlemal vanemal on geneetiline defekt, on lapse tõenäosus sündida selle haigusega üks neljale.

4. Downi sündroom. Geneetiline häire, millega kaasneb vaimse arengu peetus. Viljastumise hetkel saab loode ühe üleliigse kromosoomi, mis põhjustab hilisema vaimse alaarengu ja ebahariliku füüsilise väljanägemise. Suurem risk selle häirega last sünnitada on üle 35aastastel emadel.

Sünnieelsed keskkonnamõjud

Esimesed üheksa elukuud kasvab ja areneb loode emaihus. Kõik, mis sellel perioodil emaga toimub, mõjutab ka arenevat loodet. Olulisteks emast tulenevateks loote arengut mõjutavateks teguriteks on:

1. Ema toitumine. Alatoitlusega emad ei suuda tagada lapsele vajalikke toitaineid ja suure tõenäosusega sünnitavad nad alakaalulisi või haigustele vastuvõtlikke lapsi. Ema alatoitumus võib põhjustada loote aju kasvu pidurdumist, keskmisest väiksemat sünnikaalu ja –pikkust.

2. Ärevus ja pinges. Kui ema on raseduse lõpul ärev ja pinges, on suurem tõenäosus, et laps on ärritunud, sööb ja magab halvasti. Loote vegetatiivne närvisüsteem on eriti tundlik keemiliste muutuste suhtes, mida ema emotsionaalne seisund põhjustab.

3. Haigused. Osal ema haigustel võib olla püsiv mõju lootele – nt punetised, süüfilis, diabeet ja kõrge vererõhk.

Punetised võivad põhjustada pimedust, kurtust, südame arenguhäireid, surnultsündi.

Süüfilis võib põhjustada vaimset alaarengut, füüsilisi deformatsioone, emal iseeneselikku aborti.

4. Ravimite tarvitamine. Kui ema tarvitab raseduse ajal sõltuvust tekitavaid ravimeid, võivad need põhjustada lapse madalat sünnikaalu, sõltuvust ravimist, ka vastsündinu surma võõrutusnähtude tõttu.

5. Alkohol ja nikotiin. Alkohol võib põhjustada lapse vaimset alaarengut, keskmisest väiksemat sünnikaalu, jäsemete deformatsioone.

Suitsetamine võib põhjustada enneaegset sünnitust, väikest sünnikaalu ja –pikkust.

6. Narkootikumid. Lapsel võib tekkida samuti sõltuvus, sellisel juhul kannatab vastsündinu pärast sündi valulikke võõrutusnähte.

7. Röntgenkiirgus. Võib lootel põhjustada füüsilisi deformatsioone, vaimset alaarengut.

8. Ema vanus. Kui ema vanus on sünnitusel:

- alla 18 aasta, siis võib esineda sagedamini enneaegset sünnitust või Downi sündroomi.
- üle 35 aasta, siis võib esineda sagedamini Downi sündroomi.

Komplikatsioonid sünnitusel

Mõnikord esineb sünnitusel ettearvamatuid takistusi, mis võivad lõppeda vastsündinu kahjustumisega. Näiteks võib nabanöör olla kokku surutud ja takistada hapniku jõudmist lapseni. Selle tagajärjel võib laps saada püsiva ajukahjustuse.

Keskkonna mõjud

Lapse psüühilise arengu ja tervise seisukohalt on tähtsaim lähedaste inimeste loodud turvaline ja hoolitsust pakkuv keskkond. Terve psüühilise arengu põhieelduseks on lapse sünnipärane kalduvus kiinduda emasse või lähedasse hoidjasse ja viimase kiindumus lapsesse. Lapse vajadusi mõistes ja neid rahuldades aitab vanem lapsel õppida tundma iseennast ja oma vajadusi. Psüühiline areng sõltub kehalisest arengust ja sotsiaalsetest tingimustest kogu lapsepõlve vältel.

Psüühilise arengu häirimise keskkonnast tulenevateks teguriteks võivad olla perekonna sotsiaalmajanduslik olukord, lapse hooletusse jätmine, lapse vastu suunatud vaimne ja füüsiline vägivald, väärkohtlemine, seksuaalne kuritarvitamine, vanema haigus, krooniline stress.

Haigestumine või arengu häirimine nii psüühilises kui ka füüsilises mõttes võib toimuda igas eas. Mõnikord võivad seda põhjustada pikaajalised ebasobivad keskkonnatingimused, õnnetused, füüsiline ja vaimne vägivald jms.

3.5. Norm ja kõrvalekalle

Maailmas pole olemas kaht täiesti ühesugust inimest. Inimesed erinevad üksteisest oma iseloomujoonte, isiksuseomaduste, tausta, vaimsete ja psühhomotoorsete võimete jms poolest. Võrreldes mis tahes normide või teiste inimestega on igal inimesel vähemal või suuremal määral iseärasusi, erinevusi ja kõrvalekaldeid. Õeldakse, et absoluutselt tervet, normaalset, keskmist, ideaalset ja/või ühegi kõrvalekaldeva inimest ei ole olemas.

Enamasti on erinevused ja kõrvalekalded inimeste vahel nii väikesed, et neid kas ei märgata või siis ei häiri need ei inimest ennast ega teisi. Normid küll on, aga reeglina tõlgendatakse neid teatud tolerantsiga, st normi sisse arvestatakse teatud piires ka sellest kõrvalekalded. Missugune on norm igal konkreetsel juhul, sõltub mõõdetava suuruse iseloomust (sh selle mõõdetavusest), valdkonnast ja keskkonnast.

Norm ei ole midagi absoluutset, ka normi sees on lubatud teatud piirideni (normil on n-ö alumine ja ülemine piir) kõrvalekalded. Neid piire ületades võib kõrvalekalle muutuda juba raskesti talutavaks või ka ohtlikuks nii inimesele endale kui ka teistele.

Sotsiaalse puude tekkemehhanism

Maailma Tervishoiuorganisatsioon on soovitanud kasutada füüsilisest ja/või psüühilisest kahjustusest või häirest tingitud sotsiaalse puude tekkemehhanismi selgitamiseks järgmist skeemi:

kõrvalekalle	kahjustus	talitluslik	võimetus
häire	kaotus	piirang	puue

Sellel skeemil on välja toodud neli erinevat seisundit, millest igal on kindlad tunnused. Sõltuvalt häire (kõrvalekalde) valdkonnast ja iseloomust võib inimese seisund vastata ühele või teisele staadiumile või asuda erinevate staadiumite piirimail. Samuti võib liikumine ühest staadiumist teise toimuda nii mõne sekundiga (nt liiklusõnnetuse puhul) kui ka aastate jooksul (nt reumatoidartriidi puhul).

Normist kõrvalekallete esinemissagedus

Üldreegel on, et mida suurem kõrvalekalle, seda harvemini seda esineb.

- Kergemaid kõne- ja käitumishälbeid ja õpiraskusi esineb 10–35%-l lastest.
- Andekaiks peetakse 3–5% õpilastest.
- Raskeid meele-, vaimu- ja kehapuudeid ning käitumishälbeid tuleb ette mõnel mitme tuhande inimese kohta.
- Mõni puue või haigus esineb vaid ühel inimesel mitmesaja tuhandest, mõni teine jällegi ühel mõnekümnest.

4. PSÜÜHIKAHÄIRED

4.1. Psühhopatoloogia

Psühhopatoloogia on õpetus psüühikahäirete avaldumistasemetest.

Avaldumistasemed on:

- sümptom – haigustunnus
- sündroom – mitme haigustunnuse tüüpiline koosinemine, mis paljudel haigustel on ainult neile omane
- häire – kliiniliselt äratuntav sümptomite kogum või käitumine, millega enamasti kaasneb **distress** ja mis **häirivad isiku funktsioone**

Psüühikahäire on erineva raskuse ja eripäraga hälveaju psüühilistes funktsioonides, mis põhjustavad erinevaid psüühilisi vaevusi ja halvendavad kohanemist.

Ajutegevuse kahjustuse tagajärjel võib inimese psüühilistes protsessides avalduda mitmesuguse ulatuse ja intensiivsusega kõrvalekaldeid. Hälbeid võib esineda kas mõnes üksikus psüühilises funktsioonis või mitmes inimese psüühilises funktsioonis.

Psüühikahäirete tundmaõppimisel on oluline teada psühhopatoloogilisi sümptomeid.

Psühhiaatrias käsitletakse sümptomeid vastavaltaju psüühilistele funktsioonidele, mis käsitlevad/hõlmavad tajumise-, mõtlemise-, mälu-, intellekti-, tundeelu-, tahteelu-, instinkti-, ja teadvusseisundi häireid.

Tajumishäired. Tajumine koosneb paljudest üksikaistingutest, millega liituvad varasemast kogemusest pärinevad kujutlused, mis võimaldavad varasemat ära tunda. Tajumishäired ilmnevad aistingute ja tajude intensiivsuse muutusena (nt ülikuulmine, ülinägemine või valutundlikkuse vähenemine) või tajutava sisu moonduksena (meelepetted, illusioonid, hallutsinatsioonid).

- *Illusioon* ehk eksitaju on tegeliku objekti moonutatud tajumine ehk meelepete, eksitaju, nt laes rippuva armatuuri asemel nähakse looma.
- *Hallutsinatsioon* on tajuelamus ilma reaalse objektita, võib näha esemeid ja olendeid, mida tegelikult pole, võib kuulda muusikat, kõnelust, lõhnasid, mida tegelikkuses ei esine. Hallutsinatsioonide tajuv inimene suhtub aga neisse kui tegelikkuses esinevatesse ning peab neid tõelisteks. Hallutsinatsioonide jaotatakse nägemise-, kuulmise-, haistmise-, maitsemise-, puute-, temperatuuri-, ja kehatundehallutsinatsioonideks.

Mõtlemishäired. Mõtlemises peegelduvad nähtuste ja objektide sisemine olemus ja seosed. Mõtlemine on sisuliselt häiritud, kui ta ei peegelda tegelikkust õigesti.

- *Sundmõtted* on vastu tahtmist korduvad mitteadekvaatsed mõtted, mille ekslikkusest inimene ise aru saab ning suhtub sellesse kriitiliselt, ta saab aru, et mõte on väär, alusetu, tarbetu. Ta püüab selle mõtte vastu võidelda. Inimese jaoks on see koormav ja häiriv. Mõned sundmõtted toovad endaga kaasa ka sundte, nt liikuda tänaval nii, et inimesed mööduvad vasakult küljelt.
- *Ülekaalukad mõtted* tõrjuvad mõtlemises tegeliku elu tagaplaanile ning inimene tegeleb oma idee või leiutisega valdavalt kogu aja ning ei saa aru oma idee ebaadekvaatsusest.
- *Luulumõte* on haiguslik ekslik veendumus, mis ei allu mõistuslikule korrektoorsele. Inimesel puudub luulumõtte ekslikkuse suhtes igasugune kriitika. Aruteludega pole võimalik luulumõtet kummutada. Erinevad luulumõtte tüübid: depressiivne luul, suurusluul, paranoiline luul. Paranoilisel luulul on palju avaldumisvorme, nt tagakiusamisluulu puhul ollakse veendunud, et teised inimesed püüavad kahjustada, ärritada, elu häirida, varalist või vaimset kahju teha. Mürkitusluuluga klient on veendunud, et vaenlased panevad toidu või joogi sisse mürkaineid, lasevad tuppa mürkgaase. Telepaatiliste mõjutuste luulu korral saab klient mõjutusi kosmosest või teistelt inimestelt. Ollakse veendunud, et mõjutused tulevad elektrikiirte, laserikiirte, röntgenikiirguse, biovoolude, gravitatsioonivälja abil. Paranoilise luulu puhul tajutakse ümbruse vaenulikkust, pahatahtlikkust, sihilikkust ohtu iseendasse.

Mäluhäired. Mälu on võime omandada, säilitada ja reprodutseerida kogemusi. Mälu osaleb igas psüühilises protsessis, ilma mäleta ei oleks võimalik inimese vaimne elu, kohanemine keskkonnaga ega psüühika areng. Mälu omaduste ja võime poolest erinevad inimesed suuresti.

- *Liigmälu* korral tuleb inimese mällu hulgaliselt ning kiiresti vaheldudes mälestuspilte varem kogetud sündmustest, situatsioonidest, paikadest jne. Subjektiivselt tajutakse seda koormava ja häirivana. Lakkamatu vool ei allu inimese tahtele.
- *Vaegmälu* korral esineb mälu funktsioonide üldine nõrgenemine, kus uue materjali salvestamise võime on halvenenud ning varem omandatud materjali taasesitamise käepärasus on vähenenud
- *Mälulünk ehk amneesia* on ajaliselt piiratud lünk mälestuste jadas.

Mäluhäired põhjustavad **osalise või täieliku** võime kasutada eelnevaid kogemusi. Mälulünki (**amneesiaid**) on mitut liiki: **anterograadne** ehk võimetusetaseme vähenemine äsja vastuvõetud informatsiooni töödelda. Selle korral mäletab inimene hästi vanu asju (sünniaeg, kool jne) kuid ei suuda hetkeolukorrast midagi meelde jätta ja varasemate teadmistega siduda. **Retrograadne** amneesia ehk mälukaotus on olukord, mille korral ei mäletata juhtunut (aju trauma, ajurabandus). **Hüsteeriline** amneesia on väga harva tekkiv situatsioon, kus inimene ei mäleta oma elust mitte midagi (nime, aadressi jne). Sel juhul on alati tegemist psüühika häirega.

Intellekti häired. Intellekti iseloomustavad arusaamisvõime, taiplikkus, asjaoludega arvestamise võime, õppimisvõime, sõnavara ja otsustusvõime. Intellekt avaldub peamiselt mõtlemisprotsessis, kuid on tihedalt seotud ka teiste psüühiliste protsessidega. Intellekti alanemine on kõrvalekalle normaalseks peetavast tasemest. Intellekti arengu mahajäämus võib ilmneda juba varasest lapsest alates ning seda jaotatakse kergeks, mõõdukaks, raskeks ja sügavaks vaimseks alaarenguks ehk nõrgamõistuslikkuseks. Intellekti tagasilangus e dementsus on tagasilangus intellekti normaalselt arengutasemelt. Võib tekkida elu jooksul erinevate haiguste ja peaaugustuste tagajärjel.

Tundeeluhäired. Tundmused on inimese antud subjektiivne hinnang objektiivsete nähtuste kohta. Hinnang oleneb tunnetatud nähtuse väärtusest inimese vajaduste rahuldamisel. Tundeelu vaadeldakse kolmel tasemel:

- meeleolu (pikemat aega püsiv tundmuste tase)
- emotsionaalne reaktiivsus (kui kergesti inimesel tunded vallanduvad)
- tundeelu (nivoo, millel inimese põhilised emotsioonid kulgevad, tihedalt seotud ka inimese käitumise eetiliste normidega).

Tundeelu kõrvalekalded on psüühikahäirete korral sagedased. Tundeelu on inimese psüühilistest funktsioonidest kõige elavama reaktsiooniga nii välimistele kui ka sisemistele teguritele. *Meeleluhäired* on inimese tundetaseme märgatav muutus pikema aja vältel. Haiguslikuks peetakse isikule omases meeleolus sellist märgatavat muutust, mis ei ole reaalse olukorraga kooskõlas. Alanenud meeleolu korral esineb kurbus, mure ja nukrameelsus.

Kui meeleolu on haiglaslikult kõrgeenenud, siis seda nimetatakse *hüpomaniakaalseks meeleoluks* ning sealt edasi veel positiivsemas suunas muutust – *eufooriaks*. Inimene võib muutuda sündmuste ja olukordade suhtes väga tundlikuks – emotsionaalne labiilsus on tundeelu ülitundlikkus. Vastupidine seisund on tundeelu tuimenemine, kus sündmused ja asjaolud ei too endaga kaasa tavapärasest emotsionaalset reaktsiooni. Vahel toob see endaga kaasa raskema variandi – *apaatia* ehk emotsionaalsete reaktsioonide puudumise.

Tahteelu häired. Tahe on psüühiline aktiivsus, mis avaldub inimese sihipärasel eesmärgistatud tegevuses. Igal tegevusel on oma ajend ja siht. *Tahteaktiivsus* väljendub inimese ettevõtlikkuses, energias, initsiatiivis ja tegevuse aktiivsuses ja liigutuste elavuses. *Tahte sihipärasus* avaldub inimese tegevuse sihipärasuses ja eesmärgile pürgivuses. Aktiivsuse ja sihipärasuse ebaproportsionaalsus ilmneb tahteelu haiguslike avalduskujude puhul. Tihti on inimese käitumise ja tegevuse häired algava psüühikahaiguse esimesed tunnused. Tahteaktiivsuse taseme muutused võivad esineda:

- Tahteaktiivsuse tõusuna (käitumises märgata ettevõtlikkust ja liigutuste elavnemist). Märgataval tasemel muutus on teistele inimestele häiriv, esineb rahutus e agitatsioon, kus inimese tegevus on sihipärasu, seotud väliste objektidega, esemete ja inimestega, hüpleb ühelt tegevuselt teisele ühtki tegevust

lõpule viimata. Võib esineda ka pidev liikumine sisemise ajendi sunnil, kus liigutused on sageli koor-dineerimata ja kindla eesmärgita – jalgade trampimine, käte plaksutamine, käte-jalgade väristamine, oma keha või pea peksmine, rõivaste lõhki rebimine, ruumis esemete liigutamine, ruumis sihitult siia-sinna liikumine jne. Aktiivsuse haiguslik tõus võib esineda mootorika elavnemisega, nt *treemori* ehk värisemise kujul, liigutuste kiirenemisena, näolihaste aktiivsuse tõusuna.

- Tahteaktiivsuse langus e *abuulia* võib esineda täieliku initsiatiivtuse ja huvipuudusena igasuguse tegevuse vastu. Võib aga esineda vaegliikumine, kus on pidurdatud elementaarsed liigutused, nt käe-ulatamine, lusika tõstmine jne. Täielik liikumatus on *stuupor*. *Katalepsia* korral võib inimese kehale anda ükskõik millise asendi ja see jääb püsima mitmeks minutiks, enne kui keha vajub tagasi lähte-asendisse.

Instinktihäired. Instinktidel on tähtis osa inimese käitumise motiveerimisel. Need on seotud väga intensiivsete tundmustega: kihu rahuldamatusega kaasnev intensiivne negatiivne tunne (nälj, janu, valu jne) ajendab tegutsema vajaduste rahuldamiseks. Vajaduse rahuldamine loob intensiivse heaolutunde. Sotsiaalse evolutsiooni käigus on välja arenenud reeglid ja normid inimese kihude rahuldamise ja viiside suhtes. Kasvatuse ja treeningu tulemusena on inimene tavaliselt võimeline valima oma kihude rahuldamiseks aega, teid ja vahendeid. Mida vähem on inimesel arenenud mõistuslikud võimed ning mida puudulikum on enesepiiramisvõime, seda ulatuslikum on kihude mõju tema käitumisele.

- *Orienteerumisinstinkti* normaalse funktsioneerimise korral kutsus keskkonna muutus esile tähelepanu konkreetsele objektile, nt vaikuses tõmbab pisemgi heli endale tähelepanu.
- *Toitumisinstinkt* funktsioneerib sünnist surmani lakkamatult, sundides inimest nälga ja janu tundes varustama oma keha elutegevuseks vajaliku toidu ja vedelikuga.
- *Enesekaitseinstinkt* on sünnist surmani funktsioneeriv instinkt. Lapsel on see seotud valu tekitavate füüsiliste faktorite eemaldamisega, küpsedes aga kerkivad esile psüühilise enesekaitse tegurid.
- *Suguinstinkt* funktsioneerib ainult teatud eluperioodi vältel, selle bioloogiliseks olemuseks on liigi taastootmine ja säilimine tagades järglaste üleskasvatamise.

Osa inimestest, kelle instinktid on väga intensiivsed, tugeva emotsionaalse tooniga, on alid meelelistele naudingutele ning otsivad neid. Teised seevastu on nõrgemalt arenenud kihudega, ning nad ei kannata nende rahuldamatuse pärast kuigi intensiivselt.

- Orienteerumisinstinktihäired võivad ilmned kas tähelepanu või huvide tasemel. Tähelepanu aktiivsus võib olla passiivne või aktiivne. Aktiivsuse puhul on inimene ergas, kõik tõmbab tema tähelepanu ning ta suunab huvi, mõtted, kujutlused objektile. Passiivsuse korral ei kutsu ümbruskonnas toimuvad muutused inimese tähelepanu esile. Toitumisinstinkt võib olla elavnenud, sel juhul saadab inimest pidev näljatunne e buliimia, inimene ei pruugi söömisel kogeda küllastustunnet.
- Toitumisinstinkti nõrgenemine ilmneb isu ja näljatunde alanemisena – anoreksiana. Mõne psüühilise haiguse korral võib esineda ka instinkti väärastus, kus isu võib olla toiduks kõlbmatute ainete järele – liim, krohv, klaas, väljaheited jne. Enesekaitseinstinkti elavnemine võib esineda koos paranoiliste mõtetega, kus inimene tunneb hirmu, umbusklikkust, ärevust ning kahtlustab, et teised soovivad talle halba ning püüab end ohu eest kaitsta barrikaadide ehitamisega, uste lukustamisega jne. Samuti võib ilmned koos foobiaga, kus teatud objekt või situatsioon tekitab hirmu.
- Enesekaitseinstinkt võib nõrgeneda ja väljenduda valutunde vähenemisena, sotsiaalsel tasemel hoolimatusena, ükskõiksusena situatsiooni ja kaaslaste suhtumise suhtes. Enesekaitseinstinkti väärastumisel asendub enda säilitamise ja kahjustamise eest hoidmise instinkt tungiga endale vigastusi tekitada. Depressiivsed või segadusseisundis olevad inimesed võivad endale nõelu naha alla torgata ja oma käsi lõikuda. Selle kõige raskem vorm on aga suitsiid.
- Suguinstinkti intensiivistumine on hüperseksuaalsus. Osa inimesi suudab oma sugukihku kontrollida ka kõrgenenud libiido korral, kuid osa ei suuda (madala intellektiga inimesed). Sugukihu alanemine on vastupidine seisund, esineb ka libiido täielikku puudumist.

Vastuolu libiido ja seksuaalkäitumise vahel võib olla aluseks seksuaalväärastustele. Normaalse seksuaalse käitumise korral on seksuaalse käitumise sihiks vastassoost isik. Kui sättumus on suunatud samast soost isikule, siis on see homoseksualism, sättumus võib olla ka suunatud iseendale, objektile, loomadele.

Teadvusehäired. Teadvuse normaalne seisund on virguseseisund, mil inimene võtab vastu ärritusi nii ümbrusest kui ka enese sisemusest. Virguseseisundis on inimene täielikult orienteeritud enese isikus, ruumis, ajas, kohas ning kõik psüühilised protsessid toimuvad normaalse aktiivsusega.

- Teadvuse seisundi kergeima häire (obnubilatsioon) korral vaheldub teadvus lainetavalt kerge hägususe ja unisusega.
- Haigusliku unisuse (somnolentsus) korral võtab inimene vastu välisärritusi ja reageerib nendele, selles seisundis inimene on loid, passiivne, omaettejätuna on pooluneseisundis. Lihtsamaid korraldusi, küsimusi ja esemeid tajub, keerukamate küsimuse sisule ei ole inimene võimeline vastama. Kõne on väealine ja pingutatud, rääkimine väsitab.
- Teadvuse sügavama häire (soopor) korral ei ole inimene suuteline tajuma sõnalisi ärritusi ega ka neile adekvaatselt reageerima. Võib aeg-ajalt mõne sõna või fraasi öelda. Reageerib tugevale valgusele ja helile vähkremise, valugrimassi, ebamääraste häälsustega.
- Raskeim teadvusehäire on kooma, kus inimene ei ole suuteline vastu võtma mingeid ärritusi välismiljööst ega enese sisemusest. Lisaks ei aisti ega taju inimene mingeid objekte, teda ei ole võimalik üles äratada ei raputamise, hüüdmise ega muude intensiivsete ärritajatega.

4.2. Psüühikahäired

Psüühikahäirete korral ilmnevad eelpool toodud psühhopatoloogilised sümptomid erinevate komplekside ehk sündroomide kujul. Tavaliselt esineb korraga mitmeid erinevaid sümptomeid eelpoolpool kirjeldatud patoloogiast.

Psüühikahäired võivad alata erineva tempoga. Mõnel juhul kulub selleks aastaid, teinekord aga minuteid. Haiguse algust iseloomustab see, et inimese psüühilises tegevuses ja käitumises ilmnevad mingid muutused võrreldes isikule varem omase käitumislaidiga. Psüühikahäirete kulg võib olla mitmesugune. Isegi üks ja sama haigus võib erinevatel inimestel olla erineva kuluga. Mitmed psüühikahäired korduvad inimese elu vältel mitmel korral, esinedes haigushoogudena. Mõnel juhul võib häire kesta aastaid, ilma et haigustunnuste taandumist esineks, st et haigus omandab kroonilise kulu. On haigusi, mis annavad vahetevahel ajutisi paranemisi või ka täielikku paranemist, nt skisofreenia. Peaaegu traumaatilise kahjustuse korral aga näiteks on psüühikahäirete kulg erinev. Haiguse algus võib olla äge, seejärel võib aset leida tunduv seisundi paranemine, mis aga ei vii inimese varasema psüühilise seisundi täielikule ennistamiseni. Sageli on psüühikahäirete ravimisel tunduv paranemine ehk remissioon, mis ei sisalda sümptomite täielikku kadumist (nt skisofreenia). Psüühikahäirete kulg sõltub alati paljude faktorite koostööst. Psüühikahäirega inimene on stressi ja psühhotraumade suhtes eriti tundlik. Tihti võivad tühised ebameeldivused esile kutsuda tervise halvenemise.

Psüühikahäirete klassifikatsioon

Psühhiaatria arenemise käigus on tehtud mitmesuguseid psüühiliste haiguste klassifitseerimise katseid. Eri diagnoosid on pärit eri ajajärkudest ja peegeldavad erinevaid arusaamu. Haiguskäsitlused on kohandavad ja alati suhtelised. Sageli nimetatakse mingit seisundit haiguseks alles selles staadiumis, kus tekivad subjektiivsed vaevused, individuaalne tähendus ja sotsiaalsed tagajärjed. Psühhiaatrias räägiti varem vaimuhaigustest, nüüd kasutatakse mõistena psüühikahäiret, millest vaimuhaigused ehk psühhootid moodustavad ainult väikese osa. Psühhiaatrilised diagnoosid kuuluvad Maailma Tervishoiuorganisatsiooni ICD klassifikatsiooni (International Classification of Diseases), millest viis peatükki on kodeeritud F-ga. On olemas kaks peamiselt kasutatavat süsteemi: ICD-10 (1992. a) ja DSM-IV (1994. a). Käesolevalt on kasutusel Eestis RHK-10 (Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon). See on kokkuleppeline süsteem, mille põhiline ülesanne on rahvusvaheliselt ühtlustada rahvatervise ja tervishoiuasutuste tegevuse statistilisi andmeid ja nende töötlemist.

F00-F09 Orgaanilised psüühikahäired

F10-F19 Psühhootiliste ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

F20-F29 Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired

F30-F39 Meeleoluhäired

F40-F49 Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired

F50-F59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid

F60-F69 Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired

F70-F79 Vaimne alaareng

F80-F89 Psühholoogilise arengu häired e psüühilise arengu spetsiifilised häired

F90-F98 Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired

Skisofreenia ja psühhootilised häired

Skisofreenia on sageli esinev haigus esinemissagedusega umbes 1% elanikkonnast. Haiguse algus on enamasti noores täiskasvanueas. Üldiselt haigestuvad mehed veidi varem kui naised. Haiguse algus võib olla kas järsk või järkjärguline. Skisofreenia sümptomid mõjutavad kognitiivseid ja emotsionaalseid funktsioone ja käitumist.

Esinemissageduse ja kroonilise haiguskulu tõttu on skisofreenia üks olulisemaid probleeme psühhiaatrias.

Skisofreeniale on iseloomulik psüühiliste funktsioonide häirumine ja tegelikkuse häiritud tunnetamine koos ühe või mitme järgneva sümptomiga: hallutsinatsioonid, eksiveendumused ehk luulumõtted, afektiivsed muutused, mõtlemis- ja psühhomotoorika ning tahteelu häired.

Peamised sümptomid

Psühhootilised sümptomid.

- **Hallutsinatsioonid:** kuulmishallutsinatsioonid on kõige tavalisemad, kuid võib esineda ka haistmis-, puute-, ja nägemismeelepetteid. Inimene võib kuulda enda häält, vaadata end kui kedagi teist, võõrast, vaielda iseendaga kui kellegi kolmandaga. Ta võib kuulda kommenteerivaid hääli või enda mõtete kaja.
- **Luulumõtted** on eksiveendumused, mida pole võimalik korrigeerida vaatamata vastuolule tegelikkusega ja mis ei tuletu teistest samal ajal esinevatest sümptomitest.

Luulumõtteid on kahesuguseid: 1) luulud, mis on ühenduses tajumisega, nt veendumus, et see, mida inimese loeb lehest või kuuleb raadiost, käib tema kohta; 2) luulud, millel pole seost tajumisega. Näiteks kui inimesel on veendumuslik arvamus, et ta on mõni ajaloolise tähtsusega isik.

Luulumõtted võivad olla süüdistavad, veendumuslikud, mõjustustest kontrollitud, grandioossed. Neile on omane mõtete kajamine, levimine, sisendamine, äravõtmine. Esinevad mõtted kontrollist, mõjutustest, hõivatusest. Luulumõtted võivad põhjustada passiivsust või üliaktiivsust tegudes, elamustes, tundmustes.

Kognitiivsed e mõtlemise häired.

Puudulik side mõtete vahel, uudissõnad (neologismid), tuntud sõnade väärtarvitamine, mõttetühjus, mõttekäigu tõkestused või seosetus.

Hebefreensed sümptomid.

Kõne seosetus, maneerlikkus, stereotüüpsed liigutused, veidrused, katatoonsed sümptomid.

Negatiivsed sümptomid.

- **Tundeelu häired** – tundeelu ei vasta mõtete sisule või tundeelu nüristumine, lamnemine, afektide kustumine ning negatiivsed sümptomid tundeelus.
- **Tahteelu häired** – apaatia, sotsiaalsete kontaktide alanemine, sotsiaalne isolatsioon.

Teine võimalus sümptomeid liigitada on positiivsed sümptomid ja negatiivsed sümptomid. Traditsiooniliselt on skisofreenia sümptomid jaotatud **positiivseteks**, „produktiivseteks“ sümptomiteks, mille all mõistetakse normaalsete psüühiliste funktsioonide häirumist, ja **negatiivseteks**, mis tähendavad normaalsete psüühiliste funktsioonide nõrgenemist või puudumist. Positiivsed sümptomid on hallutsinatsioonid, luulumõtted, laialivalguv kõne ja sihitu käitumine. Negatiivsete sümptomite hulka kuuluvad kõnevaegus,

apaatia, anhedoonia (st võimetus tunda naudingut/rahulolu normaalsetest igapäevastest tegevustest nagu söömine, liikumine, sotsiaalne suhtlemine, seksuaalsus) ja emotsionaalsete reaktsioonide tuimenemine.

Skisofreenia põhjused

Skisofreenia põhjuseid on otsitud vähemalt sada aastat. Sellest hoolimata on see endiselt üheselt lahendamata küsimus.

- Pärilikud tegurid: Normaalne skisofreeniasse haigestumise risk populatsioonis on 0,8–1,0%, õdedel-vendadel 9%, lastel 13%, kaugematel sugulastel 2–3%, kui mõlemad vanemad põevad skisofreeniat, siis haigestumiskordus on 35–46%.
- Rasedus-ja sünnitustüsistused. Emaga seotud tegurid: soovimatu rasedus, rasedusaegne depressioon, viirushaigus – eriti teisel raseduse kolmandikul), rasedustoksikoos, toidupuudus.
- Lootega seotud tegurid: alakaalulisus, enneaegsus, hapnikupuudus, ajukahjustus, arvatavasti on poisslapsed tüsistuste suhtes tundlikumad.
- Aju anatoomilised muutused: suurel osal haigestunudest esineb aju anatoomilisi ja funktsionaalseid muutusi: ajuvatsakeste süsteemi ja vagude laienemine, aju väiksed mõõtmehäired, hallaine hulga vähenemine oimusalajurajas, otsmikusalajura funktsioonihäired, dopamiinihüpotees – intensiivistunud aju dopamiinergiline talitus.
- Psühhosotsiaalsed tegurid: nende tegurite osa on vaieldav ja ebaselge. Peresisene mõju, kus haiguse kordumiseks kaasneb sageli peres valitsev pinge ning kriitiline ja vaenulik emotsionaalne kliima.

Skisofreenia vormid

- **Paranoidne skisofreenia:** iseloomulik on mõtete keskendumine ühele või mitmele luulule või kuulmis- ja nägemishallutsinatsioonid. Enamasti esinevad jälitus- ja tagakiusamislul. Sellesse vormi haigestutakse alles täiskasvanuna ja inimese töövõime võib säilida paremini kui teiste vormide korral.
- **Hebefreenne skisofreenia:** esiplaanil on seotetu kõne ja käitumine ning emotsionaalsete reaktsioonide tuimenemine või ebaadekvaatsus. Haigestutakse tavaliselt nooremas eas. Võib esineda lapselikult läbimõtlema käitumine ning oma üliaktiivsuse ja pidurdamatusega jäetakse tugevasti häirunud mulje.
- **Katatoonne skisofreenia:** iseloomulikud on psühhomotoorsed häired nagu motoorne rahutus, jäikus, veidrad näoilmed ja kehaasendid, stuupor ja katalepsia.
- **Diferentseerumata skisofreenia:** skisofreenia sümptomid ei klassifitseeru ühegi vormi alla, kuid tüüpnahtud on olemas.
- **Residuaalne skisofreenia:** seda vormi diagnoositakse hilises staadiumis. Esiplaanil on skisofreenia negatiivsed sümptomid (ükskõiksus, passiivsus, emotsionaalne tuimenemine).

Ravi

Skisofreenia ravi on pikaajaline, esmase psühhooi puhul 2–5 aastat, korduvate episoodide puhul sageli eluaegne. Ravi kestab remissiooniperioodidest (haigusnähtude ajutine taandumine) hoolimata tavaliselt kaua. Ravimise protsessis on oluline bioloogiliste (ravimine ravimitega), psühhoterapeutiliste (kognitiivkäitumuslik teraapia jt teraapiad) ja psühhosotsiaalsete meetodite (psühhosotsiaalne rehabilitatsioon) ühendamine.

Eristatakse ägedat faasi, stabiliseerimise faasi ja stabiilset faasi. Ägeda staadiumi ravi peaeesmärk on psühhootiliste sümptomite ja nendega kaasneva häiriva käitumise võimalikult kiire kõrvaldamine. Sel perioodil võib oluliseks osutada haiglaravi. Pärast ägedat staadiumit tuleb stabiilne periood, kus eesmärgiks on ravimite ja psühhoterapeutiliste meetodite abil vältida sümptomite kordumist ja parandada rehabilitatsiooni abil isiku töövõimet ja elukvaliteeti. Sel perioodil saab inimene toetusravi.

Skisofreeniaga kaasneb sageli märgatav toimetulekuvõime langus, mis väljendub raskustena sotsiaalsetes suhetes, töö, õpingutes ja igapäevatoimetustes. Toimetulekuvõime langus kestab sageli kaua ja võib tunduvat mõjutada hakkamasaamist väljaspool haiglat. Olulised sekkumised antipsühhootiliste ravimite kõrval on individuaalne teraapia, pereteraapia, pere psühhohariduslik koolitus, psühhosotsiaalne rehabilitatsioon,

sümptomite kontrollimine. Kui inimese toimetulekuvõime on langenud niivõrd, et kodus hakkama saada pole enam võimalik, siis rakenduvad psühhosotsiaalsed toetavad teenused, mis pakuvad nii elupaika, töötamise võimalust kui ka igapäevaelus osalemise võimalust. Veel suurema toimetulekuvõime languse korral on inimesel võimalus oma elukvaliteeti säilitada erihoolekandenasutuses, kus toetatakse igapäevaelu tegevustes, rakendatakse antipsühhootikumidega ravi ning motiveeritakse aktiveerivate tegevustega.

Haigusest taastumine

Raskete psüühiliste haigustega inimesed läbivad põhimõtteliselt sama taastumisprotsessi, nagu teiste raskete haigustega inimesed. Selle protsessi võib jagada kolmeks faasiks: stabiliseerumine, ümberorienteerumine ja taasintegreerumine.

Stabiliseerumine. Raske psüühilise haigusega kaasneb kontrolli kaotamine ja eemale tõmbumine. Inimese elu laguneb laiali. Kõik sotsiaalsed rollid pidurduvad, alles jääb vaid patsiendi roll. Kogu tähelepanu on keskendunud haigusega võitlemisele ja inimene hakkab suuresti sõltuma meedikute arvamusest. Ravi jätkudes tema seisund stabiliseerub.

Ümberorienteerumine. Tegelikud ja võimalikud haiguse tagajärjed hakkavad järk-järgult esile kerkima ja käivitub ümberorienteerumine. Sellest hetkest algab leinaprotsess, mis võib hõlmata eitamis-, meeleheite-, viha- ja leinaperioode. Inimesel võivad segamini minna erinevad rollid ning tal võib olla kohanemisega probleeme. Antud faasi teine tähtis osa on inimese sisemine võitlus leidmaks elu mõtet: mis eesmärk, mis tähendus on haigusel minu elus? Protsessi edenedes hakkavad meelerahu ja kontroll aeglaselt tagasi tulema. Teatud momendil liigub tähelepanu asjadelt, mida ei suudeta (veel) teha, asjadele, mida suudetakse. Tekib küsimus, kuidas saada kõige paremini toime tulla oma haigusega, oma piirangutega, oma puudega?

Taasintegreerumine. Kolmandas faasis hakkab inimene järk-järgult oma eluga hakkama saama. Taasintegreerumine avaldub kõigil kolmel tasandil: isiklikul, isikutevahelisel ja ühiskonna tasandil. Suhtlemine välisilmaga on taastatud. Ollakse iseenese taastumisprotsessi keskmes, kuid abi väljastpoolt on endiselt olulise tähtsusega. Inimese eneseväärikus kasvab, rakendatakse ja parandatakse toimetulekuoskusi. Seatakse sisse sotsiaalsed suhted ja välja hakkab kujunema igapäevane rutiin. Kõik see viib suurenenud iseisvuse ja kompetentsuseni.

Meeleoluhäired

Meeleoluhäirete puhul on põhiliseks meeleolu või afekti muutus, tavaliselt depressiooni või meeleolu tõusu suunas. Meeleolumuutusega kaasneb tavaliselt ka aktiivsuse muutus.

Depressioon

Ajutine kurvameelsus on inimese elu vältimatu osa. See on normaalne reaktsioon eluraskustele, eriti lähedaste inimeste kaotusele või teistele olulistele kaotustele. Mõningatel juhtudel on kurbus sügavam ja kestmam ja vahel tekib see ilma välise põhjusega. Niisugustel juhtudel on tegemist depressiooniga. Tänapäeval on depressioon üks sagedasemaid tervisehäirete põhjuseid. Depressiooni all mõeldakse pikaajalist, rohkem kui kaks nädalat kestvut põhimeeleolu langust.

Keskmine vanus haigestumisel on kahekümnendate eluaastate lõpp, kuid depressioon võib alata ka suvalises eas. Tüüpiliselt depressiooni sümptomid arenevad päevade või nädalate vältel. Tavaliselt esinevad eelsümptomid nagu üldistunud ärevus, paanikahood, foobiad, meeleolu alanemine mitme kuu vältel. Harvem on järsk haiguse algus ja sellisel korral on tavaliselt tegemist raske psühhosotsiaalse stressoriga. Depressiooni episoodid tekivad tavaliselt seoses psühhosotsiaalse stressoriga (sagedamini lähedase surm, abielulahutus, olulise suhte lõppemine; harvemini lapsesünd).

Sümptomaatika:

- **Meeleolu alanemine** on subjektiivne elamus, mis väljendab negatiivsete emotsioonide/tunnete domineerimist pikema aja vältel.
- **Huvide ja elurõõmu** kadumine väljendab vähenenud või kadunud võimet positiivseteks emotsioonideks. Kerge ja sageli ka mõõduka depressiooni korral tajub patsient seda subjektiivsemalt kui meeleolu alanemist.

- **Energia vähenemine** väljendub kiirenenud väsitavusena või püsiva väsimustundena ja kurnatuse-na. Iga tegevus nõuab tavalisest suuremat pingutamist, eriti tegevuse alustamine.

Lisaks võib esineda **tähelepanu ja kontsentratsioonivõime alanemist, enesehinnangu ja enes-eusalduse alanemist, süü- ja väärtusetustunnet, trööstitut ja pessimistlikku suhtumist tulevik-ku, enesekahjustuse või suitsiidimõtteid või -tegusid, häiritud und, isu alanemist.**

Depressiooni esinemine koos teiste psüühikahäiretega. Depressioonile võib kaasneda mitmesu-guseid ärevus-, somatoformsete ja/või muudele häirete iseloomulike sümptomeid. Tüüpilised näited on depressiooni lisandumine sotsiaalfoobiale või posttraumaatilisele stressihäirele. Risk haigestuda depres-siooni on enamasti kõrgem ka märkimisväärsel isiksushäiret omavatel isikutel.

Ravi:

- psühhofarmakoteraapia (antidepressandid, antipsühhootikumid ja muud psühhofarmakonid)
- psühhoteraapia
- muud ravimeetodid (valgusravi)

Depressiooni tüsistused on suitsiid ja ka muu vägivaldne käitumine ning perekonna-, sotsiaalsed ja tööga seotud raskused (sh töötus, tulemuslikkuse alanemine). Ka depressiooni muutumine korduvaks või püsivaks (krooniline), mis omakorda võib põhjustada distressi lähedastel inimestel (lapsed, abikaasa, ja muud olulised isikud).

Depressioon on üks olulisi tegureid, mis mõjutab ebasoodsalt paljude kehaliste haiguste kulgu, näiteks depressioon infarktjärgsel perioodil.

Bipolaarne meeleoluhäire

Bipolaarset meeleoluhäiret iseloomustab maniakaalsete ja depressiivsete episoodide vaheldumine. Epi-soodide vahel on inimene tavaliselt sümptomitevaba. Soodumus haigestuda seostub tugevasti pärilike teguritega.

Mania sümptomaatika. Meeleoluhäire mania puhul esineb meeleolu tõus. Inimene võib olla kõrgendatud meeleolus, hüperaktiivne ja tegutsemishimuline, leides, et kõik on põnev. Käitumine võib olla erinev tava-käitumisest. Tähelepanu on hajevil, inimene räägib kiiresti, tema sündsustunne ja arukus võivad osutuda puudulikuks. Inimese käitumises võivad avalduda erinevad veidrused, näiteks läbimõtlematute rahaliste tehingute tegemisel, impulsiivse tegutsemisena seksuaalvaldkonnas jne. Mõningatel juhtudel võib esine-da võimekus- ja suurusluul, mõnikord ka sellega seotud kuulmishallutsinatsioonid. Luulud ja hallutsinat-sioonid on mania puhul tavaliselt enam loogiliselt seostatavad kui skisofreeniahaigetel, kuna nende allikas on meeleolu tõus.

Haiguse kulgu on individuaalne. Kui haigusepisood ei ole inimesel esimene, siis on tõenäoline, et häire kordub, kui ei saa ennetavat ravi.

Ravi. Bipolaarne meeleoluhäire tähendab inimese jaoks eluaegset soodumust korduvatele meeleoluhäire-te episoodidele, mistõttu ravi eesmärk on nende kordumise vältimine. Seetõttu on meeleolu tasakaalus-tava ravimi pidev tarvitamine kasutusel kui ennetav ravi. Ravimisel kombineeritakse medikamentidega ravi ning psühhoteraapiat (nt kognitiiv-käitumuslik teraapia) ning lisaks pere või paariteraapiat. Ravi on enamasti tulemuslik, kui seda korralikult teostatakse. Et inimene oleks teadlik ja kohaneks oma seisundi-ga, peaks ta saama piisavalt asjatundlikku informatsiooni.

Ärevushäired

Rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis (RHK-10) eristatakse kahte ärevushäirete rühma: foobsed ärevushäired ja muud ärevushäired.

- Foobsed ärevushäired on agorafobia, sotsiaalfoobia, lihtfoobia.
- Muud ärevushäired on paanikahäire, generaliseerunud ärevushäire, ärevushäire depressiooni sümpto-mitega.
- Obsessiiv-kompulsiivne häire
- Ägedad stressreaktsioonid ja kohanemishäired

Veerand kõigist inimestest võib elu jooksul kannatada mõne ärevushäire all. Kuigi ärevus on oma olemuselt normaalne kogemus, põhjustavad ärevuse haiguslikud ilmingud palju kannatusi ning häirivad suuresti töövõimet ja igapäevast elu. Ärevushäired algavad tavaliselt nooruki- või nooremas täiskasvanueas ja on tihti korduva või kroonilise kuluga, kusjuures naised haigestuvad meestest 2–3 korda sagedamini. Ärevushäirete tekkes omavad tähtsust nii pärilikkus kui ka väliskeskkonna tegurid ning nende vastastikune mõju.

Ärevuse all mõistetakse sisemist pinget, rahutust, hirmu või paanikat. Ärevus ja hirm on üsna sarnased tundeseisundid. Nende erinevus seisneb selles, et hirmu kognitiivseks sisuks on reaalne väline oht, ärevuse korral seda aga pole.

Hädaohu korral on hirm ja ärevus loomulikud reaktsioonid, nende bioloogiline ülesanne on organismi füsioloogiline ja psühholoogiline ettevalmistamine põgenemiseks või võitluseks.

Normaalne hirm on proportsionaalne välise hädaohu suurusega. Haiglane hirm on näiteks loomade- või verefoobia, mis on intensiivsuse või kestvuse poolest eaproportsionaalne välise ohuga.

Foobsed häired

Foobsetele häiretele on iseloomulik tugev ja põhjendamatu hirm mingi kindla olukorra, nähtuse või elusolendi ees. Foobiad vajavad ravi sellistel juhtudel, kui kardetav olukord on raskesti talutav, seda püütakse vältida ning see põhjustab inimestele kannatusi, mille tõttu peab ta oma elutegevust piirama. Hirmu-seisundite tavalised sümptomid sisaldavad nii psüühilisi kui ka somaatilisi komponente.

- **Agorafoobia** on enamasti paanikahäire või üksikute paanikahoogude tüsistus, mille tunnuseks on ebaturvalisena tunduvate kohtade kartmine, kuna paanikahoo või muu äkilise halva enesetunde tekkimisel ei ole sealt võimalik kohe abi saada või minema pääseda. Tüüpilisi hirmuolukordi põhjustavad rahvarohked paigad, ühistransport, umbesed ruumid ja üksiolemine.
- **Sotsiaalfobia** ehk sotsiaalärevushäire puhul esineb tugev ja püsiv hirm suhtlemist eeldava olukorra ees või kartus tegutseda teiste inimeste juuresolekul. Hirmu tõttu hakatakse selliseid situatsioone vältima. Põhjendamatult kardetakse piinlikku olukorda sattumist ja teiste kriitilist suhtumist. Sellise olukorra tekkides võivad kujuneda paanikani ulatuv ärevus ja kehalised sümptomid, millest tavalisemad on südameklõppimine, punastamine, suukuivus, iiveldus, käte värisemine ja higistamine. Eristatakse üldistunud sotsiaalärevushäiret, mille puhul on hirm enamiku sotsiaalsete olukordade ees, ja piiritletud sotsiaalfobiat, mis avaldub vaid mõnes kindlas situatsioonis, näiteks avalikul esinemisel. Sotsiaalärevushäire on suuresti aladiagnoositud, kui arvestada probleemi teadaolevat levikut, kroonilist kulgu ja koormavaid tagajärgi.

Paanikahäire

RHK-10s muude ärevushäirete all käsitletavat seisundit on üldmeditsiini jaoks tegelikult kõige olulisemad. Paanikahäire keskseks tunnuseks on äkilise põhjendamatult tugeva hirmu ning erutuse kehaliste sümptomite lühiajalised episoodid ehk paanikahood, lisaks tekib püsiv kartus hoogude ootamatu kordumise ees.

Paanikahoole iseloomulik möödapääsmatu katastroofi tunne ja tugevad somaatilised sümptomid sunnivad inimest enamasti kutsuma kiirabi ning pöörduma haiglavastuvõttu või perearsti poole. Paraku piirdutakse pärast somaatilise haiguse välistamist tihti pelgalt rahustamise või lühiajaliste meetmetega, mis ei ole piisavad, et pääseda paanikahoogude ning hirmu ja vältimise nõiaringist. Paanikahäire diagnoosimisel on keskne tähtsus paanikahoogude äratundmisel. Tüüpilise paanikaepisoodi ajal esineb vegetatiivse närvisüsteemi tugev erutus, mis toob endaga kaasa hulgaliselt rindkere-, pea- ja kõhupiirkonna vaevusi.

Eriti iseloomulikud on õhupuuduse, hingematmise, südametegevuse kiirenemise ja tasakaalu kaotamise tunne. Kehalise distressi kõrgpunktis tekivad sageli enesekontrolli kaotamise, surma või muu hukatusliku tagajärje hirmud. Paanikahood võivad tekkida ka une pealt. Sellised hood võivad siiski paljus erineda: mõnikord esineb ainult mõni ebamäärane sümptom ning hirmu kogemus puudub sootuks. Sellistel juhtudel aitab diagnoosi kinnitada teiste tunnuste esinemine: sümptomite äkiline ja ootamatu algus, kiire ja kontrollimatu tugevnemine ning haripunkti kiire möödumine paari kuni mõnekümne minutiga. Paanikahäire diagnoosimiseks peab lisaks paanikahoogudele esinema kestev paanikahoogude kordumise või nende tagajärgede kartmine ja sellest tulenevad elupiirangud. Tihti tüsistub paanikahäire agorafobiaga, mis võib püsima jääda ka siis, kui paanikahood minetavad oma ootamatu ja äärmusliku iseloomu.

Generaliseerunud ehk üldärevushäire

Erinevalt paanikahäirest on generaliseerunud ehk üldärevushäire püsiva ja lainetava iseloomuga, kestes kuid ja sageli aastaid. Üldärevushäire põhitunnusteks on ülemäärane ulatuslik ja kontrollimatu muretsimine ning pingetunne. Arstile esitatakse sageli kehalisi kaebusi, sest psüühiline pinge ja rahutus on muutunud harjumuspäraseks emotsionaalseks seisundiks, mida patsient seletab väliste tegurite või oma iseloomu nõrkusega. Kaebused, nt kiire südametegevus, ebakorrapärane hingamine, seedehäired, higistamine, on seotud vegetatiivse närvisüsteemi püsiva erutusega. Tihti kurdetakse ka roidumuse, kurnatuse, peavalu ja uinumisraskuse üle.

Somaatilis-autonoomsed tunnused on värisemine, higistamine, südame kloppimine, peapööritus, hüperventileerimine (ehk organismi kiire hapnikuga rikastamine), sagenenud urineerimine, kõhu- ja lihasevalud.

Ärevushäirete ravi

Ärevushäirete ravi õnnestumine sõltub mitmest üldisest tegurist. Eduka tulemuse saavutamisel omavad tähtsust haigusliku ärevuse varajane äratundmine, patsiendi asjakohane teavitamine ärevuse olemusest, ravi eesmärkide ja kestuse plaanimine, eneseabi õpetamine ja erinevate erialade spetsialistide (perearst, psühhiaater, psühholoog) kooskõlastatud tegevus. Ärevushäired on hästi ravitavad ning selleks on mitmeid farmakoloogilisi ja psühholoogilisi meetodeid. Ravi korraldamisele aitab kaasa ülevaade eelnevast ravist, psühhosotsiaalse tausta uurimine, patsiendi eelistuste arvestamine, ravimite kõrvaltoime jälgimine ja jätkuv diferentsiaaldiagnostiline valvsus. Oluline on ka tervisealane nõustamine: vähendada kofeiini, alkoholi ja tubaka liigset kasutamist; olla kehaliselt aktiivne; parandada toitumisharjumusi ja unehügieeni. Väga tähtis on eneseabivõtete õpetamine ärevusega toimetulekuks. Käepäraseks meetodiks füsioloogilisel tasandil on relaksatsioon ja hingamisharjutused, mõtlemise tasandil hirmumõtete kontrollimine ja lahendusi otsiv probleemikäsitus ning käitumise tasandil astmeline eksponeerimistreening (järkjärguline toimetuleku harjutamine ärevust põhjustavates olukordades).

Obsessiiv-kompulsiivne häire

Obsessiiv-kompulsiivne häire on psüühikahäire, mis kuulub ärevushäirete hulka. Obsessiiv-kompulsiivsete häiretega inimestel on haiglased sundmõtted ja sundkäitumine ehk rituaalid. Obsessiiv-kompulsiivse häire puhul tekivad korduvad mõtted, inimene on sunnitud kordama tegusid, mida ta ise peab irratsionaalseks, aga mida tal on raske tegemata jätta. Kui ta püüab neid eirata, tekivad hirm ja ängistus. Sundteod on korduvad tegevusahelad, mille eesmärk on vähendada sundmõtetega kaasnevat ärevust.

Obsessiivsed e sundnähud on ideed, kujutlused või impulsid, mis tungivad stereotüüpsel viisil pidevalt subjekti teadvusse. Need häirivad inimest peaaegu alati (kuna sisaldavad vägivalda, on nilbed või lihtsalt seetõttu, et nad on mõttetud ja rumalad) ning isik püüab neid sageli, kuigi edutult, maha suruda. Samas kogetakse neid kui oma mõtteid, ehkki need on tahtmatud ja sageli vastumeelsed.

Kompulsiivne tegu või rituaal on pidevalt korduv stereotüüpne käitumine. See ei ole loomupäraselt naudivat ega eesmärgilt kasulik tegevus. Inimene peab seda tavaliselt kaitseabinõuks mõne tegelikult ebatõenäolise sündmuse vastu, mis võiks olla talle ohtlik või tema enda esile kutsutud. Tavaliselt, kuigi mitte alati, mõistetakse sellise käitumise mõttetust või tulutust ning tehakse korduvaid püüdlusi seda maha suruda. Väga kaua kestnud juhtudel on vastupanu tavaliselt minimaalne. Sageli esinevad ärevuse vegetatiivsed sümptomid, sama tavaline on ka ebameeldiv pingetunne ilma märgatava vegetatiivse hüperaktiivsusega.

Sümptomaatika

Levinumad sundmõtted on määrdumis-, nakatumis-, pisikute- ja saastumisfoobia. Need võivad olla seotud keskkonnategurite ja mürkidega. Foobiaga kaasneb sageli ilmne vältiv käitumine, tavalisem sundtegu on pesemine.

Obsessiivse kahtlemise all kannatavad inimesed kardavad, et nende hooletus võib põhjustada soovimatuid tagajärgi, nt võivad nad karta, et jätavad elektripliidi sisse ja tekitavad tulekahju. Kuigi inimesed teavad, et nad toimivad õigesti, on neil raske sellega seotud kahtlusi peast visata. See viib omakorda kontrollimisrituaalideni. Sundkahtlemine võib põhjustada ka vältivkäitumist.

Sümmeetriavajadus: inimesel on soov panna asjaolud või esemed ideaalsesse süsteemi või muidu tasakaalustatud või sümmeetrilisse järjestusse. See kaasneb sageli maagilise mõtlemisega, nt ta peab tegema asju kindlas järjekorras, et vältida katastroofo. Liigutuste sümmeetria taotlemine võib tekitada mitmesuguseid koputamise- või puudutusrituaale; see ilmneb sageli inimestel, kel on ka tikisümpptomeid (nt motoorsed silmapilgutused, pekslevad liigutused oma keha vastu).

Somaatilised sundmõtted: selle all kannatavad inimesed kardavad, et põevad mingit rasket haigust või jäävad täna-homme haigeks. Varasemalt kardeti suguhaigusi ja vähki, tänapäeval on kõige tavalisem aidsihirm. Inimesed tunnevad sunni uurida oma kehaosi, lootes nii haigestumismõtet eemale tõrjuda. Obsessiiv-kompulsiivse häirega kaasnevate somaatiliste sundmõtete ja hüpohondria korral esinevate somaatiliste sundmõtete vahel pole selget vahet, kuid obsessiiv-kompulsiivse häirega inimestel esineb enamasti teisigi sundmõtteid ja sundtegevusi.

Seksuaalsed ja agressiivsed sundmõtted: selle all kannatavad inimesed kardavad, et nad on juba teinud või teevad lähitulevikus mingi teisi inimesi kahjustava või seksuaalselt taunitava teo. Sundmõtte sisu võib olla inimesele ängistav ning ta ei taha sellest rääkida. Sundmõtetega kaasnevad tihti tunnustamis- või kontrollimisrituaalid.

Esinemissagedus

Sundtegevuste esinemissagedus obsessiiv-kompulsiivsete häirega inimestel:

Kontrollimine 63%

Pesemine 50%

Arvutamine 36%

Küsimine või katsumine 31%

Sümmeetriline korrastamine 28%

Kogumine 18%

Mitu eri tegevust 48%

Obsessiiv-kompulsiivsete häirete korral võib inimese tegevus olla raskesti häiritud. Rituaalide ja kontrollide tõttu võtab vajalik tegevus palju rohkem aega kui varemalt selleks tegelikult kulus. Selle tagajärjeks võib olla sekundaarne depressioon.

Ravi

Obsessiiv-kompulsiivse häire ravi on tõhusaks osutunud nii medikamentoosne kui ka käitumisravi. Tähtsaks teguriks peetakse KNS serotonergilise (virgatsainete serotoniini ja noradrenaliini) süsteemi häirimist, mistõttu mõjutatakse ravimitega just seda süsteemi. Sundrituaalide puhul on efektiivne käitumisteraapia. Kliendile antakse korduvaid stiimuleid signaalidega, mis tavaliselt sunnivad teda käsi pesema, nt öeldes, et need on mustad. Pesemist aga takistatakse nii, et side ekspositsiooni ja vastuse vahel katkeb.

Orgaanilised psüühikahäired

Orgaaniliste psüühikahäirete ühiseks aluseks on peaaegu haigus, kahjustus või muu häire, mille tagajärjeks on aju düsfunktsioon.

Dementsus

Dementsus on sündroom, mis progresseerub enamasti aeglaselt ja kahjustab inimese intellektuaalseid võimeid. Kahjustuvad eelkõige mälu ja mõtlemine, kuid teiste organite tööd see otseselt ei mõjuta. See on eelkõige kõrge elueaga kaasnev haigusseisund. Dementsussündroomi põhjustab peaaegu haigus. Enamasti kujuneb dementsus ajurakke aeglaselt kahjustavate protsesside toimel. Levinum dementsuse põhjus on Alzheimeri tõbi, mida põevad ligi pooled kõigist dementsuse sümptomitega inimestest. Samuti võivad dementsust esile kutsuda ajuverevarustushäiretest tingitud e vaskulaarsed dementsused, Parkinsoni tõbi, Picki tõbi, alkohol, aids ja veel terve hulk haigusi.

Dementsusega inimesed põevad samu kehalisi haigusi, mis teised samaealised. Dementse sündroomi diagnoos eeldab, et inimene ei saa hakkama igapäevaelu toimingutega, tööalaste või sotsiaalsete kohustustega. Tööalased ülesanded võivad olla erineva raskusega, kuid peab olema võimalik hinnata, millal toimub oskuste vähenemine.

Dementsuse sümptomaatika

Kognitiivsete võimete taandumine on kõige olulisem ilming. Põhisümptomiks on mäluhäired. Sellega kaasnevad afaasia (oskamatus kasutada kõnet või sellest aru saada), apraksia (võimetus eesmärgipärast tegevust plaanida ja lõpule viia), agnoosia (suutmatus ära tunda asju või isikuid), abstraktne mõtlemine ja kompleksne tegutsemisehäire. Sündroomiga võivad kaasneda isiksusemuutused ning käitumishäired. Käitumishäired on lähedastele kõige kurnavamad. Võib esineda üldist vaenulikkust hoiakut kõigi suhtes või liigset passiivsust ning sõnalist ja füüsilist agressiivsust. Ette võib tulla ühiskonnareeglite eiravat käitumist. Hilisemas haiguse staadiumis võib inimene pidevalt järele käia, ekselda.

Dementsuse korral võib esineda ka psüühikahäireid, näiteks hallutsinatsioone ja mõttekäiguhäireid. Võib esineda ka luulumõtteid, lähikondlaste kahtlustamist, asjade peitmist, enese tagant varastamist, truudusetust. Esineda võib hirmutunnet ja meeleolu langust.

Alzheimeri tõbi

Sagedane dementsuse põhjustaja on Alzheimeri tõbi, see moodustab rohkem kui poole dementsuse sündroomi juhtudest. See on progresseeruv ja pöördumatu ajuhaigus. Alzheimeri tõbi jagatakse staadiumiteks. Mõnel juhul kulgeb haigus kiiremini ning staadiumid läbitakse lühema ajaga. Keskmiseks kestuseks loetakse 7–10 aastat.

- 1. Esimeses staadiumis** kahanevad vaimsed võimed aegamisi. Hakkavad ilmnema mälu halvenemisele viitavad märgid ning meeleoluhäired depressioonina. Inimesed väsivad kiiresti, on ärevad, väiksemgi ärritus mõjub liigsena. Pikeneb reaktsiooniaeg, eelistatakse tuttavaid kohti ja olukordi. Autojuhtimisel võib esineda probleeme tähelepanu jagamisega, ei suudeta jälgida korraga liikluse märke ja liiklust. Tavaliselt eitatakse üha süvenevat mäluhäiret ning süüdistatakse juhtunud olukordades teisi (nt kui asjad on vale koha peal või ära kadunud).
- 2. Teises staadiumis** saadakse iseseisvalt hakkama lihtsamate igapäevatoimingutega, kuid keerulisemad ülesanded (arvete maksmine, luku vahetamine, keerulisemate toitade valmistamine) hakkavad üle jõu käima. Unustatakse üha rohkem. Samas ärritatakse, kui teised tahavad aidata. Kõne aeglustub, poole lause pealt võib ununeda see, mida taheti öelda, küsitakse korduvalt samu küsimusi. Ununema hakkavad sõprade ja lähedaste nimed, häirub sotsiaalne suhtlus ja tekib kalduvus eralduda. Väliselt jäetakse sama mulje, mis varemgi, säilinud on oskus oma häiritud seisundit varjata.
- 3. Kolmandas staadiumis** on lühiajaline mälu muutunud väga halvaks, kuid mälestused kaugemast minevikust võivad veel täiesti selgesti meeles olla. Samas unustatakse terveid ajalõike, ei teata kuu-päeva, aastaaga, kohta, kus viibitakse ning oluliste inimeste nimesid. Agiteeritus, kahtlustamine ja ärevus sunnivad liikuma ja põgenema. Eriti välitingimustes on suur eksimise oht, kuid sageli eksitakse ära ka ruumides. Ei tunta enam ära oma lähedasi.
- 4. Neljandas staadiumis** on abi vajadus väga suur, sest ollakse sõltuvad juba teistest inimestest. Ei olda teadlikud ümbrusest, esineda võivad unehäired, hallutsinatsioonid, öösiti minnakse uitama, esineb pidev rahutus. Selles staadiumis kaob kontroll põie ja päraku üle ning lähedased hakkavad otsima abi väljastpoolt.
- 5. Viimases staadiumis** kaob võime neelata ja närida. Võib tekkida hingamisraskusi, eriti kui ollakse pidevalt voodis. Oht on kopsupõletikeks ning viirusnakkushaigusteks. Haigus lõpeb surmaga.

Hoolduse ja ravi põhimõtted

Ollakse seisukohal, et kui dementsele inimesele pakkuda turvalist ja sujuvat igapäevaelu ning tagada talle stressivaba keskkond, (stressi tekitavad olukorrad ära tunda ning võimalikus ulatuses kõrvaldada), siis peaks vajadus ravimite järele olema minimaalne (v.a krooniliste kehaliste haiguste ravi). Dementsuse raviks sobivate uute ravimite leidmisel on eesmärk kognitiivsete ja käitumishäirete vähendamine ning haiguse progresseerumise aeglustamine või peatamine. Ei peeta võimalikuks haiguse ärahoidmist. Prae-

gu kasutusel olevate ravimitega püütakse parandada kognitiivseid funktsioone. Kaasuvatena ravitakse unehäireid, meeleluhäireid, tajumishäireid ning kroonilisi kehalisi haigusi.

Sagedasti kasutatakse teraapia- ja lähenemisviise, mis aitavad dementisel inimesel oma keskkonna ja sisetunde impulssidega paremini toime tulla.

Reaalsusele orienteeritud lähenemine rõhutab olemist reaalses ajas, tänases päevas, kellajas, siin ja praegu.

Emotsioonidel põhinev lähenemisviis toimib emotsioonide kaudu. Mälestusi äratava meetodi eesmärk on stimuleerida dementse inimese mälu ja tundeid, püüdes meenutada tema elulugu. Koostatakse ka elulooraamatud, kuhu asetatakse fotosid ning kirjutatakse lugusid elusündmustest. Uurimused on näidanud selle meetodi tõhusust meeleolu, käitumise ja kognitiivsete funktsioonide lühiaegse parandajana.

Valideerimise eesmärk on vähendada stressi ning säilitada eneseväärikus. Baseerub arenguteoorial, et vanas eas, kui kontroll on kadunud, ollakse desorienteeritud, vajatakse emotsioonide väljendamisest eesmärgiga surra rahu. Validatsiooni tehnikad põhinevad printsiibil, et kui emotsioonid on alla surutud, muutuvad nad hullemaks, seetõttu on oluline emotsioone väljendada.

Stimuleerimismeetod. Stimulatsioon kujutab endast meelelahutustegevust (käsitöö, mängud, lemmikloomad) ja kaunite kunstide harrastamist (muusika, tantsimine, joonistamine). See rikastab vaimu ja innustab haiget. On tõestatud, et allesjäänud võimete rakendamisega leevenduvad käitumisprobleemid ning paraneb meeleolu.

Tunnetusprotsesside parandamine. Eesmärk parandada reaalsuses orienteerumist ning treenida oskusi kognitiivsete puuduste vähendamiseks. On saavutatud lühiajalist sõnalise eneseväljenduse paranemist, samuti teiste kognitiivsete funktsioonide paranemist ja käitumise ning sotsiaalse suhtlemise normaliseerumist.

Dementsele inimesele on kõige vastuvõetavam muutumatu, seni tuttav ümbrus ja väljakujunenud rutiinne päevakava. Ta peaks tegevustes maksimaalselt kasutama veel allesjäänud võimeid, oskusi ja jõudu.

5. VAIMUPUUE

Vaimupuue ei ole haigus, nagu tihti ekslikult arvatakse. Vaimupuude puhul on tegemist seisundiga, mis elu jooksul ei muutu ja mida pole võimalik ravida. Vaimupuue on samasugune inimese eripära nagu andekus või andetus mingis valdkonnas.

Vaimupuude diagnoos liigitub küll psüühikahäirete alla (vt RHK-10), kuid toetuse planeerimisel käsitletakse vaimupuudega inimesi alati eraldi grupina. Vaimupuude kirjeldamisel on Eestis kasutatud ja kasutatakse veel praegugi väga erinevaid mõisteid. Meditsiinisüsteemis on enam levinud sellised mõisted nagu „intellektipuue“ ja „vaimne alaareng“. RHK-10 järgi kirjeldatakse „vaimset alaarengut“ kui seisundit, kus mõistuse areng on pidurdunud või ebanormaalne nii, et nõrgalt arenenud on eelkõige arengueas omandatavad oskused ehk üldist intelligentsust mõjutavad vaimsed, verbaalsed, motoorsed ja sotsiaalsed võimed. Eesti haridus- ja sotsiaalhoolekande süsteemis on alates 1995. aastast kirjeldatud eelkõige „vaimupuuet“ ja „vaimset puuet“. Terminid „vaimupuue“ kasutamist toetavad ka erinevad puuetega inimestega seotud ühendused ja organisatsioonid.

Sageli käsitletakse vaimupuuet arengupuudena, kuna inimese intellektuaalsed funktsioonid on nõrgenenud ja elukäsitlus konkreetne. Kõik kognitiivsed probleemid taanduvad võtmesõnale „konkreetsus“ – vaimupuudega inimese maailm on ilmikas, intensiivne, detailirikas, kuid lihtne sellepärast, et see on konkreetne, mitte abstraktsioonidega keeruliseks ja ühetaoliseks muudetud.

5.1. Vaimupuude määratlused

Ajalooliselt on vaimupuuet püütud määratleda väga erinevalt. Traditsioonilisi püüdlusi vaimupuude määratlemiseks on võimalik jagada kolme kategooriasse:

1. Definitsioonid, mis põhinevad intelligentsustestide tulemustel.
2. Definitsioonid, mis põhinevad sotsiaalsel kohanematusel.
3. Definitsioonid, mis põhinevad vaimupuude põhjustel või olemusel.

Esimeseks, enam kirjeldatud vaimupuude diagnoosimise aluseks oli intellektitase. Esimese intelligentsustesti töötasid välja Alfred Binet ja Theodore Simon 20. sajandi alguses Prantsusmaal. Algselt oli eesmärgiks välja selgitada lapsed, kellel on keskmisest madalam intellekt ning kellel ei ole seetõttu arvatavalt tavakooli programmist kasu. Selline vaimupuude määratlemine võib olla küll usaldusväärne ja objektiivne, kuid samas piirab inimest, kirjeldades tema IQ -taset kui võimekuse absoluutset mõõdikut. Peagi leiti, et selline vaimupuude uurimise viis ei ole diagnoosimiseks piisav, sest leidis palju inimesi, kelle testisooritus ja üldine kohanemine ei olnud samal tasemel. Nende intellekt oli küll keskmisest madalam, kuid see ei seganud neid oma eluga suurepäraselt toime tulemast. Samas on intelligentsuse seoseid edasi uuritud ja leitud, et intelligentsuse väljendumist mõjutab suurel määral ka inimese keskkond. Ilmselt ongi kõige tõsisem argument intelligentsustestide kasutamise vastu see, et testid diskrimineerivad vaestest peredest pärit lapsi, kellel on erinev kultuuriline taust ja vähem võimalusi.

Teiseks on vaimupuuet püütud määratleda selle järgi, kui hästi inimene keskkonna ja kultuuriga kohaneb, ehk milline on tema praktiliste võimete/oskuste tase.

Näiteks: „Vaimupuudega on see inimene, kes on võimetu toime tulema iseenda ja oma asjadega või talle on õpetatud seda teatud viisil tegema ning kes vajab juhendamist, kontrollimist ja hoolt omaenda ja kogukonna heaoluks“.

Taoline määratlus annab mõista, et vaimupuudega inimene on see, kes täiskasvanuks saades on võimetu sõltumatult juhtima oma elu. Selle määratluse üheks puuduseks on, et inimene võib olla puudeline ühes keskkonnas, kuid mitte teises, sest toimetulekuks on vaja erinevaid oskusi. On suur vahe, kas elada linnas või maal, oma majas või korterelamus. Inimene, kes ei tule toime eluga tiheda liiklusega kesklinnas, võib päris hästi hakkama saada elades oma majas väikeses külakogukonnas ja talutöid tehes. Sellisel vaimupuude määratlemisel on veel üks puudus – kohanemiskust on väga raske usaldusväärselt mõõta. Erinevatel professionaalidel on väga erinevad mõtted, millest koosneb edukas kohanemine. Palju on loodud adaptiivse käitumise skaalasid, kuid üldiselt ei ole need nii objektiivsed kui intelligentsustestid. Kolmas

probleem vaimupuude määratlemisel sotsiaalse kohanematuse alusel on see, et kohanemisega mittetoi-
metulek võib olla tingitud teistest põhjustest, mitte vaimupuudest. Palju on inimesi, kellel emotsionaalsed,
kehalised vm probleemid takistavad iseseisva eluga toime tulemist.

Kolmandaks on vaimupuuet püütud määratleda ka teoreetiliste kaalutlustena puude põhjustest ja olemu-
sest, näiteks: „Vaimupuudega lapsed on põdenud raskeid ajuhaigusi kas lootena või varajases lapsepõlves
ning see on seganud nende aju normaalset arengut ja tekitanud tõsiseid vaimse arengu anomaaliaid.
Vaimupuudega last saab selgelt eristada normaalse mõtete hulga poolest, mida ta taipab ning reaalsuse
tajumise omaduste poolest“.

Väideti, et vaimupuude puhul on tegemist inimestega, kellel on häiritud ajutegevus ja esinevad häired
kesknärvisüsteemis. Ka see määratlus ei leidnud kinnitust, sest vaimupuudega inimesi uurides ei leita
sageli mingeid tõendeid kesknärvisüsteemi häiretest.

Tänapäeval on vaimupuude määramise aluseks DSM-IV poolt kasutatud ja American Association of
Mental Retardation (AAMR) poolt kohandatud käsitlus. AAMR on Ameerika Ühendriikide organisatsioon,
mis koondab enda alla nii vaimupuudega inimesed kui ka nende pereliikmed, spetsialistid ja organisat-
sioonid. AAMRi eesmärk on kujundada kaasaegset suhtumist, töötada välja uusi meetodeid ja sekkumisi
ning toetada võimalikult igakülgset vaimupuudega inimesi.

Vastavalt AAMRi käsitusele loetakse vaimupuude *diagnostiliseks kriteeriumiteks* alla keskmist intellekti,
puudusi kahes või enamas omandatud oskuste (kokku kümme) valdkonnas ja ilmnemist enne 18. elu-
aastat.

Sellest definitsioonist lähtuvalt ei ole vaimupuue midagi mis inimesel lihtsalt on, nagu sinised silmad või
haige süda. Vaimupuue ei kirjelda ka seda, milline inimene on, nagu täidlane või kõhn, lühike või pikk. Sa-
muti pole tegemist meditsiinilise või vaimse häirega.

Vaimupuue on eriline toimimise seisund, mis algab lapseas ja mida iseloomustavad piirangud nii intel-
lektis kui ka omandatud oskustes.

Diagnostilised kriteeriumid: märkimisväärselt alla keskmise intellekt

Vaimupuude ja intelligentsuse kontseptsioonid on nii tihedalt seotud, et ühest ei saa rääkida ilma teiseta.
Intelligentsust on kirjeldatud kui võimet õppida, samas on ka öeldud, et see on see, mis on juba õpitud/
omandatud. Intelligentsust on kirjeldatud kui kohanemisvõimet või võimet abstraktselt mõelda. Kõik need
käsitlused on eraldi võetuna inimest, tema võimekust, võimalusi ja ümbritsevat keskkonda piiravad ning
raskesti mõõdetavad.

Tänapäeval rõhutatakse intelligentsuse kontseptsiooni ühtsust/laiahaardelisust, mille kohaselt see on ini-
mese üldine võimekus, mis lubab erinevates olukordades edukalt kohaneda.

Tehakse vahet kahte tüüpi intelligentsuse vahel:

- akadeemiline intelligentsus, üldine intellektuaalne võimekus, mis sisaldab enamasti koolis omandata-
vaid teadmisi
- praktiline intelligentsus, mis näitab omandatud teadmiste edukat kasutamist tavaelu erinevates olu-
kordades

Seejuures ei garanteeri kõrge intellektitase ühes valdkonnas samaväärset taset teises.

Akadeemilist intellekti saab mõõta intelligentsustesti abil, mis annab võimaluse intelligentsuskoefitsiendi
arvutamiseks. Testi tulemus, mis näitab inimese vaimset iga, jagatakse inimese kronoloogilise eaga ning
korrutatakse sajaga. Saadud tulemus on inimese intelligentsuskoefitsient või -ekvivalent IQ. Keskmine
IQ-tase on 100, sest valdav enamus testisooritajatest saab tulemust 90–110. Vaimupuuet võib inimesel
kahtlustada, kui inimese IQ-tase jääb alla 70–75. Tuleb mainida, et IQ-testi sooritamisel arvestatakse ka
alati kuni viiepunktilise mõõtmisveaga.

Iga IQ-test on ühe kindla kultuuri toodang ja kõik selle kultuuriga seonduv mõjutab sooritaja testitulemust.
Intelligentsuse definitsioonid erinevad kultuuriti ja samuti on erinevalt väärtustatud inimese kognitiivsed
oskused. Kultuuriti erinevad kognitiivsete ülesannete sooritamise viisid, mida õigeaks peetakse, näiteks
asjade sobitamine. Inimene, kes ei ole selle kultuurigrupi liige mis testi välja töötas, võib lahendada need

ülesanded valesti põhjusel, millel pole midagi ühist madala intellektiga. Samuti on leitud, et testisooritust mõjutab testija kultuuriline taust. Kui testija kuulub teise rassilisse või etnilisse gruppi, siis võib see testitavas põhjustada ebamugavust ja seetõttu viletsamat testisooritust.

Et kultuuriga seonduvatest probleemidest üle saada, on paljud psühholoogid üritanud luua IQ-teste, mis oleksid „kultuurivabad“ (ilma kultuurilise sisuta) või kultuuri-erapooletud (vastab kõikidele kultuuridele, kus testi kasutatakse), kuid siiani pole seda veel saavutatud. Ebaõnnestunud katsed kultuurivaba IQ-testi loomisel on viinud uurijaid arusaamisele, et intellekt ei ole vaid päritud kognitiivne potentsiaal, sõltumatu keskkonna kogemusest. Vaid intellekt esineb alati keskkonna kontekstis ja teadmatust sellest kontekstist mõjutab inimese intelligentsust. Intelligentsustestid on edukad vahendid võrdlemaks inimese võimeid samas kultuuriruumis, kultuuridevahelist võrdlust tuleks käsitleda ohtlikuna.

Diagnostilised kriteeriumid: puudused kahes või enamas omandatud oskuste valdkonnas

Omandatud oskuste all mõeldakse neid oskusi, mis lubavad inimesel oma eluga iseseisvalt toime tulla ja need on peamised oskused edukaks toimetulekuks keskkonna nõudmistega. Vastavalt DSM IV määratlusele osutavad need oskused sellele, kui tõhusalt tuleb inimene toime tavaelu nõudmistega ja kuidas on ta vastavuses isikliku sõltumatuse standardiga. Isikliku sõltumatuse standard kirjeldab inimesele esitatavaid ootusi lähtuvalt tema vanusegrupist, sotsiaal-kultuurilisest taustast ja positsioonist kogukonnas. Lähtuvalt AAMR käsitlusest lubavad omandatud oskused kombinatsioonis toimides saavutada inimese integratsiooni ühiskonnas.

AAMR käsitlus jaotab omandatud oskused kümneks alavaldkonnaks.

1. Kommunikatsioon.

Oskus sisaldab informatsiooni mõistmist ja eneseväljendust *sümboolse käitumisega* (öeldud sõnad ja laused, kirjutatud sõnad ja laused, graafilised sümbolid, viiped jmt) või *mittesümboolse käitumisega* (näo ilme, kehaasend, liigutused, puudutused, žestid paiknemine ruumis jmt).

2. Enese eest hoolitsemine.

Oskus sisaldab igapäeva põhitegevuste sooritamist: söömine, riietumine, WC-toimingud, pesemine (üle keha pesemine) ja lisaks veel isikliku hügieeni eest hoolitsemine (oma naha, hammaste, küünte ja kehakarvade eest hoolitsemine).

3. Kodune elu.

Oskus on seotud koduste majapidamistöödega: raha kasutamine, eelarve planeerimine, sisseostude sooritamine, toidu valmistamine, riide eest hoolitsemine, koristamine, päeva plaanimine, kindla päevarütmiga järgimine jmt.

4. Sotsiaalsed oskused.

Valdkond sisaldab oskusi, mis on vajalikud olemaks seotud teiste inimestega (suhtlemisoskused), näiteks teiste märkamise, teiste talumine enda läheduses, kontakti võtmine/säilitamine/lõpetamine, kuulamisoskus, teistega arvestamine, kompromisside tegemine, empaatia jmt.

5. Kogukonna kasutamine.

Oskus tähendab, et inimene suudab kodust väljaspool liikudes kasutada vajalikke kogukonna ressursse: pank, apteek, päevakeskus, lasteaed, kool, töökoht, ametiasutused, ühistransport, kultuuriasutused, ühis- ja avalikud üritused, sideteenused, meedia jmt.

6. Enesejuhtimine.

Oskus on seotud valikute tegemisega. See viitab inimese võimele elada oma elu viisil, mille ta on ise valinud ja mis sobib tema väärtustega, eelistustega ja võimetega, sisaldades viimaste teadvustamist, iseseisvate otsuste vastuvõtmist, omaalgatust ja püsivust tegutsemisel, vastutuse võtmist enda elu ja tegevuste eest, enda eest seismist.

7. Tervis ja turvalisus.

Oskus on seotud oma tervise säilitamisega, sisaldades endas: haigusi ennetavat käitumist (tervislik eluviis), haigusseisundi äratundmist, elementaarsete esmaabivõtete tundmist ja kasutamist, määratud ravirežiimi järgimist, igasugust ohte ennetavat käitumist, ohutusnõuete järgimist tegevustes, seksuaalkäitumist jms.

8. Akadeemilised oskused.

Kognitiivsed oskused ja võimed, mis on tavaliselt seotud koolis õppimise ja õpituga ning mis on rakendatavad tavaliselt: lugemine, kirjutamine, arvutamine, elementaarsed teadmised geograafiast, füsi-
kast, keemiast.

9. Vaba aeg.

Oskus tähendab inimese suutlikkust sisustada kohustustest ja enese eest hoolitsemisest üle jäävat vaba aega. See on oskus teadvustada ja arendada oma huvisid, hankida vahendeid ja luua võimalusi nendega tegelemiseks ning sisustada vaba aega ühiskonnas aktsepteeritud viisil, arvestades kultuuri-
norme, ealisi ja soolisi iseärasusi jms.

10. Töö.

Oskus on seotud töö- ja töölaadsete tegevuste sooritamisega. Siin vaadeldakse ametioskuseid, aja-
taju, oma võimete hindamist, juhendite järgimist, kindlale ülesandele keskendumist, kriitikaluvust,
juhendamise ja ebaõnnestumiste talumist, oma rolli tajumist ja käitumist kollektiivis, koostööoskuseid
jms üldisi tööoskuseid.

Omandatud oskuste hindamiseks on välja töötatud ja kasutatakse erinevaid mõõdikuid ja teste, kuid oluli-
ne on teada, et informatsiooni hankimiseks kasutatakse peamiselt vaatlusmeetodit. Vaadeldakse:

- inimest ja tema toimetulekut tavakeskkonnas
- inimest ja tema toimetulekut erinevates sotsiaalsetes olukordades

Vaimupuude diagnoosimiseks peavad puudused ilmnema kahes või rohkemas omandatud oskuste ala-
valdkonnas.

Diagnostilised kriteeriumid: ilmnemine enne 18. eluaastat

18. sünnipäev näitab vanust, kus inimene hakkab ühiskonnas täitma täiskasvanu rolli. Sõltuvalt kultuuri-
listest erinevustest võib see vanus olla erinev. Vaimupuuet ei diagnoosita, kui häirete põhjused peituvad
täiskasvanueas, samas võib ka liiga vara välja pandud diagnoos toetamise asemel hoopis kahjustada lap-
se arengut. Vaimupuude diagnoosi määramine 2–3 aastasele lapsele ahendab tunduvalt lapse võimalusi
arenda, enda võimekust tõestada ning kujundab nii lapsevanemate, võrgustiku kui ka sotsiaalse kogu-
konna väära suhtumist lapsesse. Liiga varase diagnoosimise vältimise peamiseks argumendiks on stigma-
de tekkimise (sildistamise) ennetamine. Nähes väikelapsel häireid/probleeme, mis viitavad vaimupuudele,
hakkab arenenud riikides intensiivselt tööle toetusvõrgustik, et seda last maksimaalselt arengus edasi
aidata. Sellisel aktiivsel arengu toetamise perioodil räägitakse tavaliselt hilinenud arengust, aga mitte
vaimupuudest. Pealegi on vaimupuude kriteeriumina kirjeldatud oskusi vaadeldes võimatu öelda, milliseks
kujunevad lapse oskused, kas need on piisavad iseseisvaks eluks täiskasvanuna, kui palju vajab see laps
kõrvalist toetust tulevikus.

5.2. Vaimupuude põhjused

Vaimupuude põhjused võivad olla väga erinevad. Tihti arvatakse, et vaimupuue on kaasasündinud häire,
samuti peetakse sageli põhjuseks lapsevanemate väärilukombeid. Mõlemad väited on eelarvamuslikud,
väärad ega kehti tegelikult elus. Vaimupuude põhjuseid saab liigitada järgnevalt:

- sünnieelsed põhjused
- sünniaegsed põhjused
- sünnijärgsed (lapsepõlve ja noorusikka jäävad) põhjused

Sünnieelsete põhjuste alla kuuluvad pärilikud tegurid, mitmesugused deformatsioonid ja rasedusaeg-
sed probleemid. Siin saab rääkida ema põetud punetistest (jt viirushaigustest), toksoplasmoosist (para-
sitaarne haigus), pre-eklampsia (rasedusaegne vererõhu tõus), diabeedist, hüpertooniast jne. Samuti
võivad vaimupuuet põhjustada ema pidev stressis olek või enda hooletusse jätmine raseduse ajal. Kõige
enam räägitakse sünnieelsete põhjuste all siiski pärilikkusest, kus on oluline osa geenide ja kromosoomi-
de muutustel (mutatsioonid), mis piiravad muuhulgas ka vaimse võimekuse arengut. Sellesse vaimupuude
põhjuste kategooriasse kuuluvad mitmed sündroomid, millest oleme kuulnud juba kooli ajal: Downi sünd-
room, Fragile-X sündroom jt, kuid nendest teeme lähemalt juttu juba edaspidi.

Sünniaegsed põhjused on eelkõige seotud komplikatsioonidega sünnitusel, mida võib põhjustada liiga kiire või aeglane sünnitus, liiga väike või suur loode, loote valeasend jne. Kõige sagedasemaks sünnitamisega seotud põhjuseks on lootel tekkiv hapnikuvaegus (asfüksia), mis päädib kesknärvisüsteemi kahjustusega, kuna aju jääb mingiks ajaks ilma hapnikuta. Lisaks hapnikupuudusele esineb aga jätkuvalt ka füüsilisi traumasid. Sünniaegsete põhjuste hulka loetakse ka ema sünnitusteedest saadud infektsioone. Enam räägitakse siin Herpes-entsefaliidist, mis ilmneb kahe nädala jooksul pärast sündimist ja peatab tavaliselt aju kasvu. Sageli ei piirdu sünniaegsete probleemide tagajärjed ainult vaimupuudega, vaid lisanduvad ka füüsilised probleemid nagu tserebraalparalüüs ehk PCI (ajukahjustusest tingitud liikumispuue).

Sünnijärgsete põhjuste alla liigitatakse lapseea traumad, ajukelme põletikud ja viirusliku päritoluga ajupõletikud (meningiit, entsefaliit, punetised jmt), ajukasvaja, peatraumad ja tõsised psüühikahäired. Traumadest esinevad sagedamini liiklusõnnetustest tingitud kahjustused, samuti uppumisega seotud õnnetused. Vaimupuude põhjuste all on räägitud ka varase lapseea autismist, kuid enamasti ei peitu siis põhjused ainult lapseas, vaid on seotud erinevate vaimsete häiretega. Lisaks eeltoodud põhjustele on täheldatud ka ebasoodsa ja vähese stimulatsiooniga kasvukeskkonna mõju vaimupuudega seotud funktsioonide arengule. Nii võib teinekord ka psühhosotsiaalne keskkond olla vaimupuude põhjustajaks – eba-
piisav hoolitsus.

Vaimupuude põhjuseid teatakse tuhandeid, kuid sellest hoolimata on välja toodud veel eraldi põhjuste rühm – **tundmatud põhjused**. On uuritud ja jõutud järeldusele, et kui umbes pooled vaimupuuetest on tekkinud enne sündi, ca 10% sünnituse ajal, ca 10% varases lapseas, siis umbes 30% juhtudest jääbki põhjus ebaselgeks.

5.3. Vaimupuude tasemed

Vaimupuue jaotatakse intelligentsuskoefitsiendi alusel **neljaks erinevaks tasemeks**. Suurel määral on jaotus tinglik, sest arenemine on protsess, mis kulgeb suurema osa elust ja intellekti areng sõltub paljuski ümbritsevast keskkonnast. Seega on sageli keeruline vaimupuude taseme kohta otsust langetada, sest toimub vaid funktsioneerimise läbilõikeline ja umbkaudne tähistamine. Samas on vaimupuude jagamine vaimse toimimise alusel kasulik, sest see annab professionaalile juba eelnevalt vihje, millist käitumist on oodata, milline võib olla kehaline tervis, kui suur võib olla hooldusvajadus jne.

Rahvusvahelise Haiguste Klassifikaatori (RHK-10) alusel tähistatakse vaimupuude tasemeid järgmiselt:

Kerge vaimupuue	F 70.0	(IQ 50-55-70-75),
Mõõdukas vaimupuue	F 71.0	(IQ 35-40-50-55),
Raske vaimupuue	F 72.0	(IQ 20-25-35-40)
Sügav vaimupuue	F 73.0	(IQ alla 20-25)

Võrdlusena toodud IQ-tase lähtub DSM IV määratlusest.

Vaimupuude taseme määratlus on meditsiiniline diagnoos. Seda ei tohi segamini ajada inimesele määratud **puude raskusastmega**, mida tähistatakse keskmise, raske ja sügava puudena, mis kirjeldavad inimese kõrvalabivajaduse määra.

Sügav vaimupuue (IQ alla 20-25)

Sügava vaimupuude puhul saab võrrelda selle inimese vaimse arengu taset 0–2 aastase lapse vaimse arengu tasemega. Vaatamata sellisele võrdlusele ei saa teda täielikult samastada vastavaealise lapsega, sest olemas on elukogemus, mis antud vanuses lapsel puudub. Sügava vaimupuudega inimestel on sageli lisaks vaimupuudele palju erinevaid häired sensomotoorses valdkonnas (epilepsia, meelepuuded, halvatus jne). Sügava vaimupuudega inimesed ei erista ennast teistest, kuna mina-teadlikkus ei ole veel välja kujunenud. Seetõttu ei ole nendega suhtlemisel pikemaajalist pilkkontakti võimalik saavutada. Nad on enamasti kõnetud ning väljendavad enda vajadusi hääliitsedes, karjades, nuttes, naerdes, haarates, samuti kehaasendi ja miimikaga ning ruumis endale sobiva koha otsimise abil. Kognitiivne e mõtlemisega seotud areng on sensomotoorses faasis, mis kirjeldab mõttetegevust ainult olukorra/asjade vahetu kogemise hetkel. Sügava vaimupuudega inimese teadmised maailmast on piiratud sellega, mida ta kogeb

sensoorse teadlikkuse ja motoorse tegevusega. See tähendab, et asju mida inimene ei näe, kuule, tunne, ega maitse, pole tema jaoks sellel hetkel ka olemas.

Igapäevaste tegevuste ja sündmuste järjepideva kordumise puhul suudab sügava vaimupuudega inimene lõpuks neist paremini aru saada. Sügava vaimupuudega inimene on võimeline õppima seoste loomisega. Tavaliselt ei suuda ta aga omavahel seostada rohkem kui kaht erinevat asja korraga, näiteks mantel ja jalutuskäik, lusikas ja söömine. Seosed kujunevad ainult läbi asjade pideva kordumise, sarnaselt ja samas kontekstis. Turvalisust ja kindlustunnet toetab, kui muutumatuna püsivad nii keskkond, juhendamisvõtted kui ka päevarutiin. Üks esimesi seoseid mida sügava vaimupuudega inimene loob, on hoolitseja ja toidu saamine.

Sügava vaimupuudega inimene võib näidata üles huvi ümbritseva vastu, ta võib osata manipuleerides, kombineerides ja isegi funktsionaalselt mängida. Manipulatiivne mäng sügava vaimupuude puhul on see, kui käsitletakse mänguasju neid puutudes, suhu pannes, vastu põrandat kopsides jne, kuid mitte sihtotstarbeliselt. Kombineeriva mängu korral seostab sügava vaimupuudega inimene kaht eset omavahel, näiteks kopsib klotse kokku või paneb neid üksteise peale. Funktsionaalse mängu puhul kasutab ta vahendeid/esemeid ettenähtud viisil, näiteks sõites mänguautoga põrandal.

Kuna sügava vaimupuudega inimese minaareng on tasemel, kus ta ennast veel isiksusena ei taju, siis pole ta võimeline oma tahtmise saavutamiseks inimestega manipuleerima või jonnima. Probleemse käitumise ilmnemisel on põhjused ja eesmärgid tavaliselt seotud igavuse, hirmu või ebameeldiva tundega (nälg, valu, külm, märg, hirm).

Sügava vaimupuudega inimesed on suures osas sõltuvad teistest inimestest. Seda nii hoolitsusvajaduse kui ka kogemusi andvate võimaluste osas. Nad on võimelised õppima enese eest hoolitsemise tegevusi, kuid optimaalne areng saab toimuda ainult hästi struktureeritud keskkonnas koos läbimõeldud metoodilise ja katkematu juhendamisega.

Üldised reeglid sügava vaimupuudega inimeste juhendamiseks.

- Kasuta üksikuid, alati samu sõnu, sest lausetest ta aru ei saa. Mõnikord soovitatakse sügava vaimupuudega inimestega tegeledes pigem laulda.
- Toeta verbaalseid korraldusi alati alternatiivsete kommunikatsioonivormidega (žest, viibe, ese).
- Varu alati aega, anna talle võimalus olukorraga harjuda, ise üritada. Püüa vältida rutakat tema eest ära tegemist.
- Kasuta alati samu juhendamisvõtteid. Kõik tegevusjuhendajad peavad juhendama teda täpselt samamoodi.
- Taga talle võimalikult muutumatu elukeskkond ja päevarütm.
- Tegele ja räägi asjadest siin ja praegu. Sügava vaimupuudega inimesele on ajalised mõisted arusaamatud.
- Ära jäta teda ärkveloleku ajal kunagi üksi.
- Ära püüa sügava vaimupuudega inimest karistada. Ta ei ole võimeline mõtlema lähtuvalt põhjus-tagajärg seostest ega õpi karistusest midagi.
- Tegele temaga individuaalselt. Sügava vaimupuudega inimene ei hakka kunagi teistega koos tegutsema.
- Õpi ära tundma ja rõõmustama väikeste asjade üle, sest talle on need suured edusammud.

Raske vaimupuue (IQ 20-25 – 35-40)

Raske vaimupuudega inimese vaimset arengut saab võrrelda 2–4 aastase lapse vaimse arengu tasemega. Nad suudavad ennast teistest eristada, seetõttu on nendega võimalik pilkkontakti saavutada. Hoolimata sellest, et nad märkavad teist inimest sotsiaalse objektina, on kogu mõtlemine siiski väga enesekeskne. Eneseväljendus toimub üksikute sõnade või lihtlausete abil, tähtsal kohal on jätkuvalt ka žestid, viiped, kehaasend, puudutused, hääliitsused. Teatud juhtudel võivad raske vaimupuudega inimesed ka väga hästi rääkida, kuid siis on kõne enamasti kajaline. Informatsiooni mõistmise kindlustamiseks on vajalik kasutada alternatiivseid kommunikatsioonivorme (vt peatükk 8): esemeid, piktogramme, pilte, fotosid lähtuvalt sellest, mida inimene hoomab ja millest aru saab.

Kognitiivne areng on raske vaimupuude puhul eel-operatiivses faasis, mis kirjeldab seoseid loovat mõtlemist. Samas on loodavad seosed ainult kogemustepõhised, mitte sisulised. Näiteks tooli otsa komistades võib raske vaimupuudega inimene pidada tooli oma komistamise süüdlaseks, mõtlemata, et tool talle meelega ette jalutada ei suuda. Raske vaimupuudega inimesi on võimalik õpetada järgides kindlat seosteahelat: kui oled vannitoas, siis keerad lahti kraani – kui kraan on lahti, siis võtad seebi – kui seep on käes, siis seebitad käsi jne. Pikaajalise harjutamise tulemusena on nad võimelised tegutsema selles tegevusteahelas ka iseseisvalt, kuid ainult selle hetkeni kuni ahelas tekib viga: näiteks ei tule kraani avades vett. Ootamatuste ilmnemisel ei suuda raske vaimupuudega inimesed sageli iseseisvalt midagi teha, sest probleemilahendusoskused on vähesed. Nad vajavad juhendamist terve elu vältel, sest on võimatu õpetada inimesele selgeks kuidas käituda kõikide elus ettetulevate probleemide korral.

Raske vaimupuudega inimesed suudavad enesega edukalt toime tulla vaid hästi struktureeritud päevaplaani abil. Päevaplaan annab neile selguse pidevalt korduvate, äratuntavate situatsioonide ning kindlate reeglite kujul. Selgusetus ja piiride puudumine põhjustab raske vaimupuudega inimestel palju probleemset käitumist, sest ise nad endale piire seada ei oska ning oma käitumist kontrollida ei suuda. Sarnaselt sügava vaimupuudega inimestega elavad ka raske vaimupuudega inimesed „siin ja praegu“. Umbmäärased mõisted nagu „varsti“, „hiljem“, „eelmine kord“ jms ei ütle neile midagi. Seetõttu on neil raske korraga tervet päeva hoomata, kuid teadaandmine „mis järgmisena juhtub“, tuleb kasuks.

Raske vaimupuudega inimesed on endast isiksusena teadlikud, mina-areng on algusfaasis, kus oma mina on avastatud, kuid ebakindel. Seetõttu püüavad nad igati leida kinnitust iseendale, enda mõjule ning tähtsusele: „Mina olen tähtis. Kas sa seda ei näe?“ Enda tähtsuse tunnetamisel ei ole piire ning seetõttu toimub pidev oma soovide, arvamuste ja tahtmiste võimendatud esitamine. Raske vaimupuudega inimesed on käitumiselt tihti trotslikud, igale korraldusele või kutsele reageeritakse pigem vastupidiselt. Seetõttu näeme reaktsioone, mis on omased ka umbes kolmeaastasele lapsele. Sageli ei tea raske vaimupuudega inimene isegi, mida ta täpselt tahab, kuid päris kindlasti ei taha ta seda, mida antud hetkel juhendaja poolt pakutakse või nõutakse.

Üldised reeglid raske vaimupuudega inimese juhendamiseks.

- Kasuta suhtlemisel lihtlauseid, konkreetseid sõnu, mis on seotud kliendi igapäevaeluga. Välti pikki arutelusid, põhjendusi ja selgitusi, ta ei saa neist aru.
- Ära ülehinda oma klienti. Ka siis kui raske vaimupuudega inimene on väga sõnaosav, on see tihti vaid õpitud oskus ilma sisu sügavamalt hoomamata.
- Toeta oma verbaalseid korraldusi alternatiivse kommunikatsioonivormi abil (piktogramm, foto, viibe).
- Loo talle kindlate piiride ja reeglitega elu, kus kõik käsud-keelud oleksid selgelt ja ühemõtteliselt esitatud. Kui miski on keelatud, siis on see keelatud alati. Raske vaimupuudega inimesed satuvad segadusse, kui asjad on „mõnikord“ ja „vahetevahel“.
- Kohanda tema füüsiline keskkond, loo selged piirid ja ajaline struktuur. See annab raske vaimupuudega kliendile arusaamise, kus ja kui suur on tema kodu, kuhu ta võib või ei tohi minna, kus on tema koht ja millised on tema asjad.

Mõõdukas vaimupuue (IQ 35-40 – 50-55)

Mõõduka vaimupuudega inimese vaimset arengut võrreldakse 4–7 aastase lapse vaimse arengu tasemega. Kognitiivne areng on eel-loogilises faasis, mis kirjeldab olukorda, kus kogemustepõhiselt luuakse asjade ja olukordade vahel seoseid, tehakse järeldusi ning laiendatakse neid ka teistele situatsioonidele. Kujuneb nn „raudne loogika“, kus kord pähe võetut ei ole võimalik painutada ega muuta isegi ilmselgete näidete ja põhjenduste abil. Meeles tuleb aga pidada, et mõõduka vaimupuudega inimesel on kõikide loodavate seoste ja järelduste aluseks isiklik kogemus ja oma keha. Enamasti peavad nad mõtlemise lihtsustamiseks samaaegselt ka midagi füüsiliselt tegema. Probleemilahendus toimub katse-eksituse meetodil, kus lähtuvalt kogemusele järgitakse kindlaid tegevusmustreid, näiteks näeme pusle kokkupanemisel, kus mõõduka vaimupuudega inimene võib valida tüki juhuslikult, eelnevalt mõtlemata, millised pusle osad oleks alustuseks lihtsam kokku panna.

Mõõduka vaimupuudega inimesed on sageli aktiivsed, neid on kerge motiveerida tegevustes osalema, kuid samas esineb ka ülimat põikpäisust ja trotslikkust teatud asjade, inimeste või tegevuste suhtes. Selle põh-

jus võib olla pärit tema minevikust. Mõõduka vaimupuudega inimestel on raske toime tulla emotsiooniga, mis kaasnevad ebaõnnestumise või kriitikaga, seetõttu võivad nad teatud tegevustest täielikult loobuda, teatud olukordi vältida.

Mõõduka vaimupuudega inimesed saavad kasu akadeemiliste oskuste õppimisest, neile võib õpetada numbreid, tähti, harjutada oma nime kirjutamist ja ära kirja, liitmist ning lahutamist, kella tundmist jms. Nendega suhtlemisel on kesksel kohal kõne ja igapäevasündmused. Nad suudavad rääkida ja mõelda nii tulevikust kui ka minevikust, samuti saab nendega rääkida tunnetest. Mõõduka vaimupuudega inimesi on võimalik kaasata tema elu ja tegevuste plaanimisega. Nad suudavad vastu võtta otsuseid, aru saada konkreetsetest reeglitest ja vastutada lihtsate tegevuste eest. Kuid siiski on sageli suur vahe selles, mida mõõduka vaimupuudega inimene ütleb ja millest ta tegelikult aru saab. Samuti tuleb nende motiveerimisel nii kiitmine kui ka sanktsioonid otseselt siduda tema enda hüvede ja heaoluga. Abstraktseid tagajärgi nad oma tegevusega seostada ei suuda.

Üldised reeglid mõõduka vaimupuudega inimese juhendamiseks.

- Kasuta lihtsaid lausekonstruktsioone, väldi pikki, mitmeosalisi ülesandeid.
- Kasuta oma jutu toetamiseks alternatiivseid kommunikatsioonivorme (nt piktogramm).
- Palu tal alati korrata, mida ta peab tegema.
- Leia talle tegevused, mis sisaldaksid väljakutset ja pakuks võimalust õppida.
- Väldi tema pidevat põhjusega kiitmist.
- Anna talle positiivse varjundiga objektiivset tagasisidet.

Kerge vaimupuue (IQ 50-55 – 70-75)

Kerge vaimupuudega inimeste vaimset arengut on võrreldud 7–12 aastase lapse vaimse arengu tasemega. Kognitiivne areng on konkreetse operatsiooni faasis, kus probleemilahendus toimub loogilise mõtlemise abil. Mõttetgevus toimub peas ega nõua samaaegset tegutsemist või olukorra otsest kogemist: „enne mõtlen ja siis tegutsen“. Olukorra ja enda tegevuse hindamisega kujuneb võime näha ennast osana teatud grupist: „reeglid kehtivad kõigile, samamoodi mulle“. Kerge vaimupuudega inimestel ei ole aga täielikult välja kujunenud abstraktne mõtlemine, seetõttu on neil raske aru saada abstraktsetest terminitest, kahe-mõttelistest naljadest ja mõistujuttudest. Tihti kiputakse kerge vaimupuudega inimesi ülehindama, sest nad toimivad oma igapäevarutiinis osavalt ja vilunult, kuid probleemid ilmnevad siis, kui olukord on neile uus ja tundmatu.

Kerge vaimupuudega inimesed on võimelised elama iseseisvalt, tegema jõukohast tööd ja osalema neid huvitavates vaba aja tegevustes, kuid seda vaid soodsate keskkonnatingimuste korral, kui neid ümbritseb toetav võrgustik, inimesed keda usaldada, kelle poole probleemi või mure korral pöörduda. Nad on võimelised väljendama oma individuaalsust sõprade valikul, vaba aja tegevustes, endale kohustuste võtmisel jpt olukordades. Suhtes on nad sageli liigselt usaldavad, kergelt mõjutatavad, naiivsed ja seetõttu on alati oht, et neid kasutatakse ära või väärkoheldakse.

Kerge vaimupuudega inimene tuleb loovalt toime kommunikatsiooni ja suhtlemisega, mis ei põhine ainult õpitud oskustel – on olemas sisemine kõne, mida kasutada. Temaga suhtlemisel on kesksel kohal nn „tõeline kommunikatsioon“ – vastastikune informatsioonivahetus ja üksteise kuulamine. Kerge vaimupuudega inimesed vajavad asjade paremaks mõistmiseks sageli põhjalikumalt juhendajapoolset selgitust. Ka siin tuleb jälgida, et selgitused oleks selged, konkreetset ja mõõduka pikkusega. Samas on kerge vaimupuudega inimene võimeline õppima uusi sõnu ja abstraktseid termineid, kui leitakse aega nende lahtiseletamiseks.

Üldised reeglid kerge vaimupuudega inimese juhendamiseks.

- Suhtlemisel anna kliendile aega õigete sõnade leidmiseks, selgitamiseks.
- Püüa vältida abstraktsete terminite kasutamist. Lisa tema sõnavarrale uusi mõisteid ükshaaval, selgita nende tähendust.
- Tähtsate teemade ja olukordade puhul palu kliendil üle korrata, millest ta aru sai.
- Julgusta teda iseseisvalt valikuid tegema ja otsustama.

- Ole talle uutes ja tundmatutes olukordades toeks.
- Püüa võita ta usaldus, et ennetada võimalikku ärakasutamist ja väärkohtlemist.

Vaimupuude esinemissagedus on 2,5–3% elanikkonnast, kuid 87% juhtudest on tegemist kerge vaimupuudega

5.4. Mõningad sündroomid, millega kaasneb vaimupuue

(vt ka “Vaimupuude põhjused”)

Sündroomiks nimetatakse haigustunnuste kogumit või mitme haigustunnuse tüüpilist koosinemist. Esinevad haigustunnuste kombinatsioonid on paljudel juhtudel kindlale haigusele v hairele omased. Sündroomide on sadu ning osade tunnus on ka vaimupuude ilmumine. Siinkohal käsitleme mõningaid sündroomide, mille põhjused peituvad geenivigades, - mutatsioonides.

Downi sündroom

See on levinuim sündroom, millega kaasneb vaimupuue. Esinemissagedus on 1000 sünni kohta üks juhtum. Downi sündroomiga inimesed moodustavad 33% kõigist vaimupuude juhtumitest. Downi sündroomi põhjustab kromosoomihäire, 46 kromosoomi asemel on neil 47 kromosoomi. Vaimupuude tase võib Downi sündroomi korral olla väga varieeruv, alates sügavast vaimupuudest kuni juhtumiteni, kus vaimupuude esinemine on küsitav.

Varasemast kirjandusest on teada, et Downi sündroomiga inimesed ei ela vanaks. Meditsiini ja hoolekandesüsteemi arenguga on nende eluiga aga järjest pikenenud. Siiski kehtib reegel, et teatud eas saavad kõik Downi sündroomiga inimesed dementsuse, mis enamasti on põhjustatud Alzheimerist. Downi sündroomiga inimestele on omane eatu välimus terve elu vältel, mis peadib aga äärmiselt kiire ja järsu vananemisega.

Downi sündroomile on omased kindlad välistunnused: lai silmade vahe, paksud huuled, madal juuksepiir, lühike kael, paks, pikk ja lai keel, lühikesed tõntsakad sõrmed ning varbad. Selle sündroomiga kaasnevad tavaliselt ka teatud somaatilised häired: südamerikked jm südame-veresoonkonna haigused, kuiv nahk, sellest tulenevad nahapõletikud, üliliikuvad liigesed ning madal lihastoonus.

Downi sündroomiga inimeste käitumises on samuti sarnaseid jooni. Ühelt poolt on nad enamasti rõõmsameelsed, uudishimulikud ja aktiivsed, neid on kerge tegevustesse kaasata. Teisest küljest võivad nad periooditi olla äärmiselt põikpäised ja trotslikud. Seda enamasti juhtudel, kui toimuvad muutused keskkonnas ning nad peavad tegema midagi teisiti või kui tegevus neile ei meeldi ega sobi nende mõttega. Siis on peaaegu võimatu Downi sündroomiga inimest jõupositsioonilt veenda oma arvamust või mõtet muutma, õnnestumine saab toimuda ainult hoolitseja kannatlikkuse, järjekindluse ja kavaluse abil.

Fragil-X sündroom ehk murduva Xi sündroom

See on peale Downi sündroomi kõige levinuim kromosoomihäire, mis põhjustab vaimupuuet. Selle kromosoomihäire korral on võimalik näha X-kromosoomi ühe haru muundumist, seetõttu räägitaksegi murduva Xi sündroomist. See häire kandub edasi pärilikul teel, häire kandjaks on ema, tüdrukutel sündroom tavaliselt ei väljendu. Selle sündroomiga inimestel on tavaliselt kas raske või mõõdukas vaimupuue.

Fragil-X sündroomi põhitunnused väljenduvad eelkõige inimese teatud oskustes ja käitumises. Võrreldes teiste samal tasemel vaimupuudega inimestega on neil suurem sõnavara ja sõnatundmine. Nad on võimalised õpitud sõnad ja laused mälu salvestama ja uuesti reprodutseerima. Samas pole nad võimalised loominguiliselt ja spontaanselt jutustama. Võib juhtuda, et nad räägivad kõvasti või ülearu palju, kuid nende jutt on laialivalgus. Teiseks peamiseks tunnuseks on autistlik käitumine. Osa uurijaist on veendunud, et selle sündroomi puhul ongi tegemist autismi ühe vormiga. Samas väidavad teised uurijad, et tegemist on täiesti unikaalse ja autismile mitteomase käitumisega. Autismile omaste tunnustena kirjeldatakse väljatisreaktsioone ja stereotüüpe.

Selle sündroomiga inimesed on tihti tagasihoidlikud ja sotsiaalses suhtlemises pelglikud. Nad tõrjuvad nii sotsiaalset kui ka taktilist (puudutusega seotud) kontakti, reageerides keha ära pööramisega või pingese tõmbumisega. Samuti väldivad nad pilkkontakti kas oma silmi sulgedes või neid kätega kattes. Samuti

eelistavad nad olla üksinda, omaette. Peale selle on neil ebameeldiv ja häiriv komme sageli teatud häälit-susi, sõnu või lauseid korrata. Samuti esineb autistlik käitumine stereotüüpsete liigutustena, eriti omased on sihitud käte liigutused ning lehvitamine.

Erinevalt autistidest ei ole Fragil-X sündroomiga inimesed sotsiaalselt ükskõiksed. Sõltuvalt oma vaimupuude tasemest on nad võimelised sotsiaalseid kontakte alustama ning nad võivad üles näidata suurt huvi oma grupikaaslaste suhtes, kes on kurvad või haiget saanud. Samuti on Fragil-X sündroomiga inimesed erinevalt autistidest palju ühtlasema ja positiivsema meeleoluga. Nad väldivad meelega pilkkontakti, samas kui autistid ei reageeri sageli pilkkontaktile üldse.

On olemas teooria sellest, et Fragil-X sündroomiga inimeste käitumisele omased tunnused tulevad nende suurest sotsiaalsest hirmust. Vältimisreaktsioone peetakse ekstreemseks tagasihoidlikkuseks ja stereotüüpne käitumine ning kummaline keelekasutamine võivad olla strateegiad, et vähendada pingeid, mida kontaktis olemine tekitab. Teisest küljest arvatakse, et Fragil-X on tõesti autismi vorm, kuna seda on keerule autismist eristada.

Prader Willi sündroom

Sündroomi tunnused ilmnevad lähemal uurimisel juba lootestaadiumis ja seda muuhulgas vähese liikumisenä. Vastsündinuil on puudulik lihaskontroll, mistõttu esineb probleeme imemise ja neelamisega. Seepärast vajavad nad esimestel elukuudel sageli sondiga toitmist ja on samas ka väga rahutud. Pärast esimest eluaastat saabub lühiajaline rahu, nad magavad palju ja näivad armsate beebidena. See suhteliselt muretu periood ei kesta paraku kaua. Varsti on ilmne, et nende psühhomotoorne areng jääb teistest samaealistest lastest tunduvalt maha. Vaimupuude tase on Prader Willi puhul enamasti kerge või mõõdukas.

Prader Willi sündroomile on omased kindlad spetsiifilised välistunnused: kitsas laup, laialiasetsevad mandlisilmad, kolmnurkne suu, väga väike lõug, alaarenenud suguorganid, kehakus jmt. Muud iseloomulikud tunnused selle sündroomi puhul on varase lapseea rasvõbi ja tohutu aplus. Täitmatuse on sündroomi domineerivaks jooneks, mis areneb välja teise ja viienda eluaasta vahel. Toit on sellisel juhul nagu kinnisidee ja selle kätte saamiseks sobivad kõik vahendid.

Ainult intensiivse treeninguga saavutavad Prader Willi sündroomiga inimesed sellised tähtsad „verstapostid“ nagu istumine, seismine ja käimine. Lisaks esinevad psüühilised probleemid nagu hirm, vastupanu ja vihad, vältivus, mõningane ennast hävitav käitumine (haavade kraapimine) ja harva ka psühhootiline käitumine. Peamised hooldusaspektid on seotud rasva- ja suhkruvaba dieediga ning tülidega toidu pärast. Seejuures on nende vihaaogusid väga raske peatada.

Rett sündroom

Rett sündroomi puhul on tegemist pervasiivse arenguhäirega (vt „autism“), mis eelkõige mõjutab lapse sotsiaalset suhtlemist ning esineb regressiooniperioodidena. Sündroomi esinemissagedus on umbes 1:10000 elusalt sündinud tüdrukute kohta. See sündroom esinebki ainult tüdrukutel ja avaldub 7–24 elukuu vahel. Sinnamaani toimub areng normaalset rada pidi, laps on õppinud roomama, istuma, püsti seisma ja kõndima ning kasutab juba kontakti võtmisel kõnet. Esimene suur tagasilangus toimub enamasti enne teist eluaastat, misjärel kaob aegamööda kõne ja motoorsed oskused vähenevad. Pärast seda seisund stabiliseerub, kuid mitte täielikult ja ainult kuni järgmise regressioonini. Nii kulgeb järkjärguline taandareng, kuni inimese kõik oskused kaovad. Esimeste hulgas kaovad kõik sotsiaalse suhtlemisega seotud oskused.

Sündroomile iseloomulikuks tunnuseks on täielik huvipuuduse kujunemine ümbritseva, sealhulgas teiste inimeste suhtes. Lisaks ilmneb veel sihipärase käeliigutuste kadumine, mis asendub „käte pesemise liigutusega“, käte suhu panemisega, patsutamisega jms, hingeldushood ja/või hinge kinni pidamine, krambihood, sülje voolus ja keele suust välja ajamine. Vanusega suureneb spastilisus, 20. eluaastaks on Rett sündroomiga inimene tavaliselt peaaegu liikumatu. Lihased kõhnuvad ja võivad tekkida liigeste deformatsioonid. Rett sündroomiga inimestel on sügav vaimupuue.

Leschi-Nyhani sündroom

Sündroom on seotud X-kromosoomis oleva häirega ja dopamiinivaegusega. Dopamiini tuntumad funktsioonid organismis puudutavad motoorikat ning motivatsiooni ja naudingute kujunemist. Selle sündroomi kõige silmatorkavam tunnus on sügav vaimupuue koos ägeda enesevigastamissooviga. Mõnikord algab

autoagressiivne käitumine juba emaülas – on juhtumeid, kus vastsündinu sünnib katki näritud sõrmedega. Peamiseks hooldusvõtteks on inimese jälgimine, et ta endale viga teha ei saaks. Sageli lisandub ennast hävitavale käitumisele ka karjamine, teiste ründamine ja asjade lõhkumine.

5.5. Autism

Autism kuulub pervasiivsete arenguhäirete hulka. Tegemist on neuroloogiliste häiretega, mis mõjutavad inimese võimet suhelda, aru saada keelest, mängida ja olla teistega seotud. Autismi saab jagada esmaseks ja teiseks autismsiks. Esmase autismi sümptomid avalduvad enne kolmandat eluaastat. Teise autismi puhul tekivad sümptomid pärast mingit neuroloogilist kahjustust, hoolimata vanusest. Autism esineb 4–6 juhtumil 10 000 sünni kohta, kolm korda sagedamini poistel. Tavaliselt kaasneb autismiga ka vaimupuue.

Lisaks autismile kuuluvad pervasiivsete arenguhäirete rühma veel atüüpiline autism, Aspergeri sündroom ja Rett sündroom. Järgnev tabel annab ülevaate mõne pervasiivse arenguhäire erinevusest.

Tabel 2. Pervasiivsed arenguhäired

Atüüpiline autism	Autism	Aspergeri sündroom
kontaktivõimetus	kontakteerumishäired või kontaktivõimetus	kontakteerumishäired
kõnetu	kõnehäired ja hiline kõne teke	kõnehäired
motoorsed stereotüübid	käitumise stereotüübid	erilised huvid
vaimupuue	sageli vaimupuue	harva vaimupuue
1/1 (poisid/tüdrukud)	3/1 (poisid/tüdrukud)	10/1 (poisid/tüdrukud)
6-7: 10 000	4-6: 10 000	10-20: 10 000

Kuigi autism on neuroloogiline häire, mille põhjused on kesknärvisüsteemis, leidub palju erineva psüühikahäirega inimesi, kellel lisaks põhidiagnoosile esineb nn autistlik käitumine. Sel juhul on tegemist teatud hulga autismile omaste sümptomite avaldumisega. Autistliku käitumise põhjused peituvad eelkõige inimese vajadustele mittevastavas füüsilises ja sotsiaalses keskkonnas. Tavaliselt on tegemist keskkonnaga, mis on kas üle- või alastimuleeriv.

Autismi sümptomid:

- Võimetus olla seotud inimeste, esemete ja sündmustega.

Autistid ei taju teisi inimesi inimestena, vaid vahendite ehk objektidena. Võib juhtuda, et autist haarab hooldaja kätt ja püüab selle abil kapiuksi avada, et sealt kommi saada. Ta ei mõtle, et see käsi on hooldaja küljes ning hooldaja on inimene, kellel võib olla valu. Autistiga on väga raske silmsidet saada, ta võib näkku vaadata, kuid sel juhul huvitab teda tavaliselt vaid mingi detail näos. Autist ei suuda aru saada ega tõlgendada teiste inimeste tundeid ning sisemaailma. Tüüpiliselt tajub autist vaid inimeste välist käitumist, seda nende siseste põhjustega seostamata. Autistid tajuvad füüsilist keskkonda omal viisil, nad ei suuda opereerida abstraktsete mõistetega ning neil puudub fantaasia.

- Häiritud aistingud.

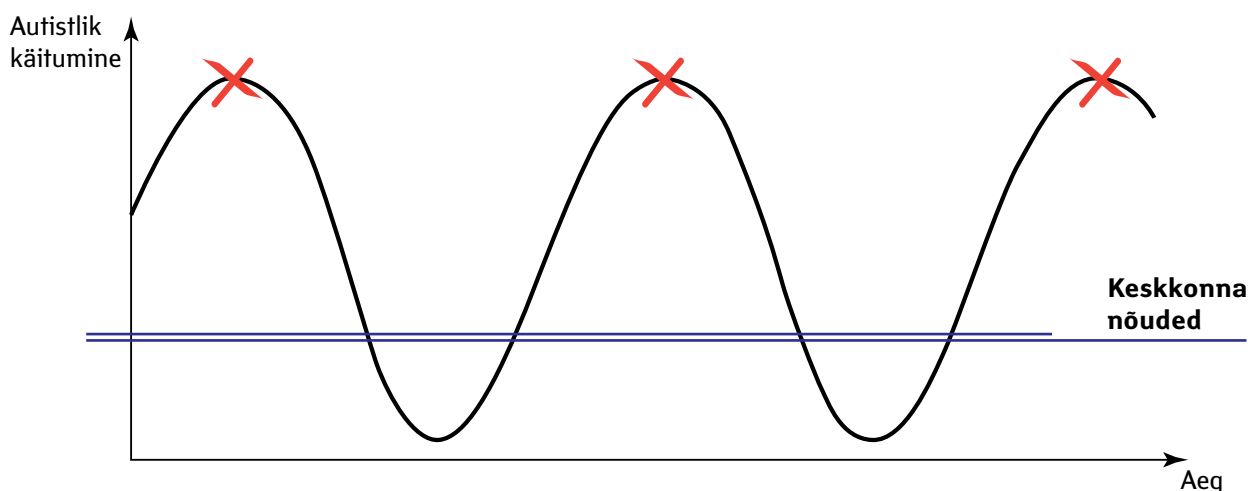
Autistid näevad tavaliselt halvasti, kuid sageli on neil väga hea lõhnataju. Seetõttu kipuvad autistid kõike uut pigem nuusutama kui vaatama. Neil võib olla väga kummaline kuulmine – võib tunduda, et neil on tugev kuulmislangus, sest ta ei reageeri valjudele häältele enda lähedal, samas võib ta ägedalt reageerida helidele, mida meie vaevast kuuleme. Autistide puuetundlikkus võib samuti häires olla – esineb alatundlikkus (ei tunne külma, kuuma ega valu) või ülitundlikkus (ei talu riideid seljas ja väldib

igasuguseid puudutusi). Aistingud võivad olla ka vahetuses, näiteks võib ta liiga valju hääle peale silmad kinni panna või ereda valguse puhul kõrvad kätega katta.

- **Ettearvamatu ja rituaalne käitumine.**
Autistid ei näe maailma samasuguse tervikuna kui meie vaid detailides, mida nad omavahel õigesti ühendada ei suuda. Samuti ei oska nad nende detailide ja reaalse olukorra vahel alati seoseid luua. Autistidele tundub maailm, kus nad elavad, liiga suur ja täiesti arusaamatu. Et luua mingitki korda ja turvalisust sellesse maailma, on nad loonud oma kummalised rituaalid ja stereotüüpse käitumise. Kindlustunde tekitab neile see, kui füüsiline keskkond püsib võimalikult muutumatuna. Igasugune muutus keskkonnas võib põhjustada paanikat ja ägedaid vastureaktsioone, mida lähedased/töötajad tõlgendavad ettearvamatu ja probleemse käitumisena.
- **Puuduv või vaevaline kõne, probleemid kõne mõistmisel.**
Autistide kõne areneb tavaliselt hilja ja jääb spetsiifiliseks. Mõningatel juhtudel jäävad autistid kõnetuks. Kui kõne on kujunenud, kipub see olema kajaline, takistatud, monotoonne, ilma kõnemeloodiaga. Tõelise kommunikatiivse keele asemel esineb tihti mitmesuguste kaja- või kordusvormidega keel, kus korraldakse sageli mehaaniliselt ja mõttetult seda, mida kuuldud on. Autistid ei tule toime sotsiaalse kontakti loomisega. Nad ei mõista kuulaja mitteverbaalseid signaale ega kohanda oma kõnet kuulajale, situatsioonile ega kehtivatele sotsiaalsetele normidele vastavaks. Suured probleemid esinevad ka kõne mõistmisel. Kõige paremini mõistavad autistid sõnu, millel on kindel tähendus, nagu „maja“, „tool“ või „koer“. Suuri raskusi on neil sõnadega, mis muudavad oma tähendust kontekstis ning sõltuvad kõneleja ja kuulaja vahelisest suhtest.
- **Häiritud motoorika.**
Autistidel ei esine tavaliselt nähtava põhjusega kehalisi häireid, kuid nende käitumine põhineb stereotüüpidel ja rutiinidel. Seetõttu ei ole autistid sageli nõus muutma oma harjumusi ja sissekujunenud käitumis- ja liikumismustreid. Võib juhtuda, et autistid jätkavad sama kõnnimustrit, mida nad kasutasid käima õppimisel: kõndimine kikivarvul või küljelt-küljele taarudes. Samamoodi võivad nad jääda teatud asju haarama kohmakat pallhaaret kasutades. Võivad esineda kehakasutusprobleemid, kuna nad ei ole harjunud enda suureks kasvanud kehaga.
- **Kummaline intellekt.**
Autistidel võivad areneda erilised oskused või teadmised mingis kindlas eluvaldkonnas. Tavaliselt on tegemist väga kitsaste, kuid äärmiselt põhjalike teadmistega, mis ületavad inimese enda ja tema eakaaslaste intellektuaalse taseme. Vaatamata oma erilisele oskusele jäävad autistid tavaelus äärmiselt saamatuteks, sest oma teadmisi igapäevaellu nad üle kanda ei suuda. Sageli võime kohata autiste, kes teavad peast sadu telefoninumbreid või omavad hulgi faktiteadmisi, kuid ei suuda ise kingapaelu siduda või noa ja kahvliga süüa.

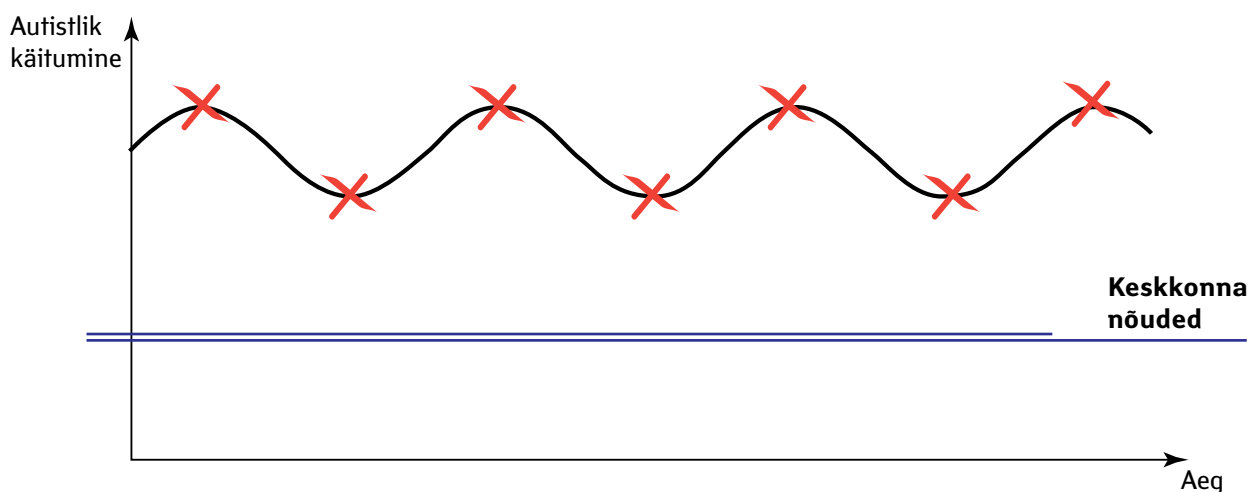
Autismi sümptomite intensiivsus

On leitud, et autistlikud jooned inimese käitumises ei avaldu kogu aeg võrdselt. Periooditi suudab autist paremini toimida, vajalikke tegevusi sooritada ja koos teistega olla. Samas esinevad perioodid, mil autistlikud sümptomid domineerivad, mil kogu tema käitumine seisnebki stereotüüpsetes liigutustes, sundtegevuses või enesestimulatsioonis. Valdkonna uurijad on püstitanud hüpoteesi, et autisti „veider“ käitumine võib olla sellele inimesele ainus viis, kuidas tõeliselt lõõgastuda ja ennast laadida. Pärast intensiivse autistliku käitumise esitamist (joonisel märgitud punase ristiga), on inimene rohkem valmis tegelema keskkonna poolt oodatud tegevustega.



Joonis 3. Autistliku käitumise intensiivsus

Kui autistile keelata tema stereotüüpne ja kompulsivne tegevus, ei suuda ta ka parematel hetkedel olla koos meiega ja sooritada tavapäraseid igapäevaelu tegevusi, hoolitseda enda eest, õppida või viibida koos grupiga, sest „akude laadimine“ on jäänud poolikuks ja ta peab sooritama oma autistlikke tegevusi kogu aeg.



Joonis 4. Autistliku käitumise intensiivsuse käitumise keelamise korral

Intensiivse autistliku käitumise intervall on iga juhtumi puhul erinev. Selle välja selgitamiseks on vaja inimest jälgida ja tema käitumine päeva, nädala, kuu ja aasta lõikes kaardistada. Kui intervall on kindlaks määratud, saab autistile koostada päeva- ja nädalaplaani, kus igapäeva- ja õpitegevused vahelduksid lõõgastumise ja puhkeaegadega vastavalt tema spetsiifilisele vajadusele.

Autismi vormid

Lähtuvalt sotsiaalsest kontaktivõtmisest ja suhtlemisest keskkonnaga võib autismil eristada kolme vormi:

1. Aloof ehk omaette olijad.
2. Passiivsed.
3. Aktiivsed, kuid veidrad.

Autismi vormi määramine aitab tema lähedastel ja töötajatel paremini ette valmistuda võimalikeks probleemideks tema hooldamisel või õpetamisel. Kiire ülevaate erinevustest kolme autismivormi vahel annab tabel 3.

Aloof vormi korral on tegemist autistidega, kes iseseisvalt teiste inimestega kontakti ei võta, samuti ei ole võimalik temaga kontakti saavutada. Ta pigem väldib teise inimese pilku, tõmbub kõrvale või läheb eemale. Ümbritsev füüsiline ja sotsiaalne keskkond ei tekita temas mingit huvi. Ta ei ole nõus esemeid uurima ega neid kasutama. Sageli ei taha inimene selle autismivormi korral üldse midagi kätte võtta, pigem kasutab käsi vaid stereotüüpsete liigutuste sooritamiseks (lehvitamine, sõrmede murdmine, nipsutamine, enda puudutamine). Kõik omaalgatuslikud tegevused on seotud oma kehaga, sest see on ainus asi, mida inimene märkab ja millest aru saab.

Passiivse autismivormi korral on tegemist inimesega, kes iseseisvalt teistega kontakti ei võta, kuid jälgib huviga teda ümbritsevat füüsilist ja sotsiaalset keskkonda. Kui temaga kontakti võtta, siis vaatab ta otsa, ei tõmba oma kätt ära, ega pöördu eemale. Teda on võimalik tegevustesse kaasata. Passiivse autismivormiga inimesele meeldivad esemed, ta haarab neid kätte, nuusutab, paneb suhu ja manipuleerib nendega. Tihti näemegi selle autismivormiga inimest istumas või ringi kõndimas käes mingi ese, mida ta pidevalt mudib, pöörlema paneb, kiigutab või kukutab.

Aktiivse kuid veidra autismivormi korral märkab autist teisi inimesi enda ümber, kuid eelkõige huvitavad teda erinevaid detailid inimeste juures (juuste värv või soengutüüp, riideesemed, kehaosad, jalanõud, kasutatav parfüüm, liigutused jne). Sageli kujunevad detailid teiste inimeste juures selle autisti enesestimulatsiooni vahenditeks. Näiteks võivad tema huviobjektiks olla kõik hobusesabaga või blondide juustega tütarlapsed, pikkade tolmumantlitega mehed või kõrgeid kontsi kandvad naised. Kontakti võtmine nende inimestega toimub spontaanselt ja tavaliselt üldsuse poolt mitteaktsepteeritud viisil, nagu juustest tirimine, hammustamine, kaela hüppamine, lakkumine, löömine või ka kummaliste verbaalsete avalduste tegemine. Kontakti eesmärgiks ei ole siiski huvi selle inimese vastu, vaid enesestimulatsioon.

Tabel 3. Autismi vormid

ALOOF	PASSIIVSED	AKTIIVSED/VEIDRAD
Silmsidet pole võimalik saavutada	Ise silmsidet ei otsi, kuid vaatab otsa kui talle otsa vaadata	Vaatab meeleldi inimestele otsa
Ise kontakti ei võta ega soovi, et temaga kontakti võetaks	Ise kontakti ei võta, kuid on nõus, et temaga kontakti võetakse	Võtab inimestega meeleldi kontakti, kuid väga veidral viisil.
Huvi ümbritseva suhtes puudub, ei soovi esemeid uurida, kätte võtta ega nendega manipuleerida. Kõik tegevused seotud eelkõige oma kehaga.	Huvi ümbritseva suhtes on olemas, pöörab tähelepanu esemetele, võtab neid kätte ja manipuleerib nendega. Tegevused seotud mingi eseme pööritamise, kiigutamise või kukutamisega.	Inimeste kasutamine oma soovide, tahtmise rahuldamiseks ja enesestimulatsiooni eesmärgil.

Autismivormi kindaks tegemine muutub äärmiselt oluliseks kui tegeleda probleemset või seksuaalkäitumist esitavate autistidega. Seksuaalsus võib olla paljude probleemide allikaks ning ümbritsevad inimesed peavad autistil seksuaalsuse ilmnemisel tunnistama, et ka selles osas tuleb talle teatud reegleid ning sotsiaalseid norme õpetada. Kuna autistidel on puudulik situatsioonitunnetus, võib tema käitumine sotsiaalses olukorras ootamatuid keskkonna reaktsioone tekitada. Õnneks avaldab enamik autiste seksuaalsuse vastu üsna vähe huvi. See on tingitud aju funktsiooni häiretest, mis vähendavad seksuaalset tungi. Kuid mõnel juhul on toimunud vastupidine reaktsioon, ning on omandatud tugev ja kontrollimatu seksuaalne tung.

6. LIITPUUE

Liitpuue on seisund, mil inimesel on vähemalt kaks puuet.

Puue on organismi struktuuri või funktsiooni puudumine või anomaalia, mis segab või aeglustab inimese tavalist arengut ja/või funktsioneerimist. Liitpuuet kirjeldades on võimalik eraldi välja tuua põhipuue ja kaasnevad puuded, näiteks: põhipuue - vaimupuue + kaasnevad puuded liikumispuue ja nägemispuue. Liitpuude määratlust ei saa samastada haigusega, vaid erinevad haigused ja häired võivad põhjustada liitpuude.

Vaimupuude põhjuseks on tihti ajukahjustus või muutused ajustruktuurides, mis võivad lisaks vaimupuudele põhjustada ka teisi häireid ja kahjustusi. Neist sagedamini esinevad:

- epilepsia
- tserebraalparalüüs
- meelepuuded

Eraldi käsitletakse selles peatükis veel traumajärgset ajukahjustust, millega võib sageli kaasneda mitmeid funktsioonihäireid.

6.1. Epilepsia

Epilepsia on närvisüsteemi krooniline haigus, mille tunnuseks on iseenesest tekkivad ning korduvalt esinevad epileptilised hood. Epilepsia teine eestikeelne nimi on langetõbi, mis on aga vana, ebatäpne ja eksitav termin. Epilepsia on närvihaigus, kus hoogude põhjuseks on epileptiline kolle peaaigus, mis aeg-ajalt saadab valesid erutussignaale ja katkestab lühikeseks ajaks aju normaalse tegevuse – tekib epileptiline hoog e atakk. Epileptilist atakki tekitab seega kontrollimatu elektriline tegevus aju. Närvirakkude grupid moodustavad suuremaid ja väiksemaid vooluringe, millest igaühel on oma funktsioon. Häired on seotud närvirakkude elektrilise aktiivsusega, tekkida võivad elektrilised tühjaks laadimised, mis ajukoes levivad ja selle protsessi üle kontrolli puudusel tekibki epileptiline atakk. Ärritajad, mis põhjustavad epileptilisi atakke, võivad alguse saada häiretest hormonaalsüsteemis, haigustest ja ajukahjustustest. Samuti mõjutavad atakke sellised faktorid nagu stress, liigkõrged nõudmised, tegevusetus, hirm ja erutus.

Enamikul epilepsiahaigetel algavad hood lapseas, kuid paljudel need hiljem kaovad. Epileptikutest pooled võivad õigete ravimite abil atakkidest täielikult vabaneda ning ligikaudu üks kolmandik võib atakkidest vabaneda mingil määral. Puuetega inimestel esineb epilepsiat 20–30%-l juhtudest.

Epileptiliste hoogude tüübid

Kui võimas ärritus levib aju tervikuna, kutsub see esile **suure ataki**, nn *grand mali*. Sellele on iseloomulik äkiline teadvusekaotus ning krampilised tõmblused kogu kehas. Kaasneda võivad ka närimisliigutused, uriini ja väljaheite pidamatus ning unisuse ja loiduse periood pärast atakki. Vaimupuudega inimestel võivad *grand mali* hoo esineda seeriatena ja olla keskmisest pikemad, umbes 15–20 minutit.

Kui ärritus levib aju vaid mingil piiratud alal, tekib **lokaalne atakk**. See väljendub mingi kehaosa krampides, kusjuures teadvus ei pruugi mõjutatud olla. Kui ärritus lähtub otsmiku- või oimusagarast, võib inimese kontroll oma tegevuse üle kaduda, ta võib toime panna rea kummalisi või mõttetuid tegusid, ilma et ta sellest ise midagi teaks.

Aju keskmistes osades tekkivad ärritused põhjustavad **väikeseid atakke**, nn *petit mal* või *absence*. Sellisel juhul on tegemist vaid mõnesekundiliste teadvusehäiretega, mida on väga raske jälgida. Vaimupuudega inimeste puhul ei ole see kuigi levinud.

Esineb ka rida teisi atakitüüpe, nagu **toonuse hetkeline kadumine**, mistõttu inimene ei suuda enam püsti seista, seletamatu **valutunne** erinevates organites või **agressiivsuse, rahutuse või üliaktiivsuse pursked**, mis on vaimupuude puhul päris sagedased.

Kõige raskemad ja tõsisemad olukorrad on need, kus inimene ei tule epilepsiahoogude vahepeal teadvusele. Seda nimetatakse *status epilepticus* ning see on suhteliselt haruldane, kuid vajab alati meditsiinilist sekkumist.

Mida saab töötaja suure ataki korral teha?

- Kasuta tervet mõistust. Enamik atakke läheb iseenesest mööda, ilma et midagi ette peaks võtma.
- Jälgi kella, et liiga pikale veninud ataki korral kiirabi kutsuda.
- Toeta kliendi pead ja takista teda oma keha ära löömast.
- Ära kanguta mitte kunagi kliendi lõugu lahti.
- Ära ürita talle kõva eset suhu suruda.
- Aseta inimene külili, et ta hingamisteed oleks vabad.

Enamik epilepsiahaigeid saab elada peaaegu tavalist elu. Kui hood on kontrolli all, kulgeb elu ilma eriliste piiranguteta. Samas on võimalikult tavapärase ja kvaliteetse elu kriteeriumiks see, et ümbritsevad inimesed on haigusest ja võimalikest hoogudest informeeritud. Nad peavad teadma, kuidas atakk kulgeb ja mida neil teha tuleb.

Ettevaatusabinõud töös epilepsiahaigega.

- *Basseinis või veekogus ujudes* peab epilepsiahaige kasutama päästevesti. Juhendajana hoia tal pidevalt silm peal. Inimene, kellel on epilepsiahoo risk, võiks tema paremaks märkamiseks kanda säravat värvi ujumismütsi.
- Pea meeles, et *paljude epilepsiahoogude vallandajaks võib olla sädeleva valguse kogemine* (vesi, teler, diskotuled jne). Taolistel juhtumitel tuleks neid tegevusi vältida.
- Neil *inimestel, kellel epilepsiahood esinevad sageli* ja kes ataki ajal abitult pikali kukuvad, soovitatakse kanda peakaitset. Samuti tuleks põrand katta pehme materjaliga ja vannis pesemine asendada duši all käimisega.
- Taga kliendile õige *ravirežiim*. Epilepsiahoogude vähenemise võti peitub õige ravimi leidmises. Määratud ravimeid tuleb võtta korrapäraselt ja palju aastate jooksul. Ravimitel võib kahjuks esineda ka kõrvalmõjusid, tavaliselt on need väsimus ja/või tasakaaluhäired.

6.2. Tserebraalparalüüs

Tserebraalparalüüsi ehk PCI (*Paralysis Cerebralis Infantilis*) all mõeldakse ajukahjustust, mis on tekkinud looteas, sünnitusel või kahe esimese eluaasta jooksul. Tegemist on seisundiga, mida põhjustab nende ajuosade kahjustus, mis kontrollivad võimet juhtida lihaste ja keha kasutamist. Ajukahjustus inimese arenemise ja kasvamise ajal enam ei muutu, kuid on alati olemas armina närvisüsteemis. Olenevalt sellest, millise ajupiirkonna kahjustusega on tegemist, tekivad inimesel erinevad liikumispuuded ning võib esineda ka vaimupuue. Tserebraalparalüüs on liikumispuude kõige tavalisemaks põhjuseks, mille esinemissagedus on üks juhtum kolmesaja sünni kohta. PCI avaldub peamiselt füüsilise arengu häirena, vaimse arengu mahajäämust esineb 35%-l PCI-lastest. Vaimupuudega inimestel tserebraalparalüüsi esinemisest on teada, et 10%-l kerge vaimupuudega ja 20%-l raske vaimupuudega inimestest on tserebraalparalüüs.

Tserebraalparalüüsi liigitusvõimalused

PCI võib oma **olemuselt/raskusastmelt** olla kas *kerge, mõõdukas või raske*. Kerge PCI puhul ei pruugi kõrvalseisvad inimesed aru saada, et inimesel on mingi puue. Kerge PCIga inimene võib ise kõndida, joosta ja hüpata, vabalt liikuda. Sümptomid ilmnevad alles lähema uurimise korral, kui nt neuroloog võib diagnoosida kehapoolte toonuse erinevust. Mõõduka PCI korral võib inimene küll iseseisvalt liikuda, kuid vajab sageli tallatuge, ortopeedilisi jalanõusid, randmetuge vmt abivahendeid. Raske PCI korral on halvatuse aste sedavõrd suur, et inimene ei pruugi iseseisvalt liikuda, ta võib suurema osa päevast voodis või põrandal lamada ning liikumiseks ratastooli vajada, seejuures ei pruugi ta ise olla suuteline ratastooli juhtima.

PCId saab **lihastoonuse järgi** jaotada kas *spastiliseks, düskineetiliseks või kombineeritud* tserebraalparalüüsi vormiks.

Spastilise tserebraalparalüüsi korral on inimesel lihastoonus liiga kõrge, lihased on jäigad ja pinges. Ta saab liigutusi sooritada, kuid need on aeglased, vähese ulatusega ja pingutatud. Liigutuste jõudlus ja

vastupidavus tegevustes on vähene, samuti on häiritud täpsus. Lisaks tekivad kergesti liigeste, eriti käte ja jalgade väärasendid ehk kontraktuurid, mis vähendab inimese liikumisvõimalusi veelgi. Spastiline vorm on kõige levinum.

Düskineetilise tserebraalparalüüsi korral esineb liiga madal lihastoonus, millega kaasnevad aeglased ja kontrollimatud liigutused. Näha võib tahtmatuid, liialdatud, väänlevaid, pidevaid käte, jalgade, keha, näo, keele ja neelu koordineerimata liigutusi. Inimese areng on selle vormi puhul väga aeglane ning harva õpitakse roomama või istuma. Paljud düskineetilise PCI vormiga inimesed ei õpi kunagi rääkima ja neil on suuri raskusi isegi neelamisega, mis takistab söömistegevust.

Kombineeritud vormi korral vahelduvad kõrge ja madal lihastoonus, mis võib põhjustada jäikust ja tahtmatuid liigutusi. Lisanduda võivad *ataksiad* ehk tahtlike liigutuste puudulik koordineerimine. See avaldub liikumises ja täpsust nõudvates tegevustes tasakaaluhäiretena, jalad harki käimisena, kohmakate liigutuste ja käte värisemisena.

Üks levinuim võimalus tserebraalparalüüsi kirjeldamiseks põhineb sellel, **milliseid kehaosi on aju-kahjustus mõjutanud** (vt joonis 5). Lähtuvalt sellest saab PCId jaotada järgmiselt:

- Spastiline dipleegia.
Esinevad kahjustused mõlemas kehapooles, kuid alajäsemed on tunduvalt rohkem kahjustunud kui ülajäsemed. Puue võib esineda omaette, ilma et see oleks kombinatsioonis teiste kahjustustega
- Spastiline hemiparees.
Tegemist on kahjustusega, mis avaldub ühes kehapooles. See hõlmab sageli ka meeltefunktsioone, nagu nägemine, kuulmine ja puuetundlikkus, ning sellega võib kaasneda vaimupuue.
- Spastiline tetrapleegia.
Kahjustus avaldub kõigis jäsemetes ning võib hõlmata ka näo, kaela ja kogu keha lihaseid. Lisanduda võivad vaimupuue, nägemisprobleemid ja epilepsia



Hemiparees



Dipleegia



Tetrapleegia

Joonis 5. Tserebraalparalüüsi jaotus kahjustusega hõlmatud kehaosade lõikes

Üldised põhimõtted tserebraalparalüüsiga inimese juhendamiseks:

- Ära unusta inimest voodisse, ratastooli või pörandale.
- Igasugune liikumine ja liigutamine on hea, liikumatu liiges jäigastub kiiresti ning piirab inimese tegutsemist edaspidi veel rohkem.
- Püüa inimene tegevustes saada nii normaalsesse asendisse kui võimalik.
- Püüa vahetada inimese asendeid päeva jooksul, sest temagi keha väsib olemast kogu aeg ühes poosis.
- Paigalda alati inimesele arsti poolt määratud tugiseadmed ja ortoosid.

Tserebraalparalüüsi juhendamisel on kasulik lähtuda NDT Bobath tehnikatest ja põhimõtetest, et normaliseerida lihastoonust, ennetada kontraktuure ja sellega kaasnevaid väärasendeid (vt peatükk: Peamised töövõtted igapäevases hoolduses. Manuaalne juhendamine.)

6.3. Meelepuuded

Vaimupuude kontekstis käsitleb käesolev raamat meelepuuetest nägemispuuet, kuulmispuuet ja pimekurtust. Liitpuude korral on tegemist inimesega, kellel vaimupuue esineb kombinatsioonis eelpool nimetatud puudega.

Nägemispuue

Nägemispuudega inimesi saab jagada kahte suurde rühma:

- Raske nägemispuudega ehk pimedad.
- Vaegnägijad.

Vaimupuudega inimeste hulgas on nägemispuue tavaline. Mida raskem on vaimupuude tase, seda sagedasem on ka nägemispuue. Sügava vaimupuudega inimeste hulgas on nägemispuude esinemissagedus 40%. Kõikidest vaimupuude juhtumitest esineb nägemispuue 10%-l inimestest. Mida raskem on vaimupuude tase, seda keerulisem on inimesel oma nägemisjääki kasutada ja puuet kompenseerida. Kui inimest ei aktiveerita (nt ei tegeleta temaga piisavalt, ei leita vahendeid, mille abil inimene saaks end väljendada, ümbritsevat keskkonda mõjutada või seda paremini mõista), on suur oht, et ta sulgub endasse ja muutub passiivseks. Samuti teeb inimese ülehooldamine ja pidev abistamine pigem kahju kui kasu. Vaimupuudega ja nägemispuudega inimestele on oluline harjutada maailma ja oma keha taktiilselt tundma õppimist, kehalist liikumist nõudvaid ja enese eest hoolitsemise tegevusi ning orienteerumist oma elukeskkonnas. Töös nendega on väga olulisel kohal füüsilise keskkonna kohandamine orientatsiooni ja turvatunnet toetavaks.

Üldised põhimõtted nägemisprobleemidega vaimupuudega inimeste juhendamiseks:

- Loo kliendile muutumatu füüsiline keskkond, kus esemed asuksid samadel kohtadel.
- Märgista ära kohad, mis antud inimest puudutavad (oma tuba, voodi, koht söögilaua ääres jne).
- Kasuta erineva tekstuuriga vahendeid ja materjale.
- Taga ruumide piisav valgustus.
- Kasuta keskkonnas kontrastvärve.
- Välti müra ja ruume, mis kajavad.
- Loo liikumiseks kindlad tähistatud rajad (näiteks erinev materjal seintel, teip, käetoed).
- Õpeta inimest liikudes saatja käsivarrest kinni hoidma ning liikuma temast pool sammu tagapool.
- Kui arst on inimesele määranud prillid, siis juhenda neid ka kasutama.

Kuulmispuue

Kuulmismeel on eluliselt tähtis nii kõne ja kommunikatsiooni arenguks kui ka turvalisuse kindlustamiseks. Peaaegu kõik meist on kogenud juhuslikke kuulmisprobleeme lukus kõrvade, põletike ja eriti tavalise külmetuse puhul. Neid võib põhjustada kerge ajutine kuulmislangu, mida tuntakse „konduktiivse languse“ nime all, mis õnneks tavaliselt allub kergesti meditsiinilisele ravile. Kuulmispuuet on võimalik liigitada järgnevalt:

- kerge kuulmiskahjustus – kahjustus, mille korral kõneareng ei ole oluliselt pidurdunud, kuid sageli esineb raskusi teistest arusaamisel
- keskmine kuulmiskahjustus – kõneareng on pidurdunud, kuid kõne on olemas
- raske kuulmispuue ja kurtus – tingivad kõne tugevat pidurdumist või puudust

Vaimupuudega inimestel on kuulmiskahjustust raske diagnoosida. Mõningate uuringute põhjal võib oletada, et raske kuulmispuue esineb umbes 8–15%-l vaimupuudega inimestest. Üks faktoreid, mis kuulmispuuet kõige paremini kompenseerib, on inimese intellekt. Kuna vaimupuue väljendub suuresti õppimisraskustena, muutub ka mõõdukas kuulmisprobleem kombinatsioonis vaimupuudega väga raskeks puudeks. Paljud kuulmisprobleemid on progresseeruva iseloomuga ja suurenevad ajapikku. Kuulmispuudega lapsest võib täiskasvanueas saada kurt.

Vaimu- ja kuulmispuudega lapsed saavad Eestis liitpuudele kohandatud kooliharidust. Vastavalt vaimupuude tasemele ja kuulmiskahjustuse suurusele õpetatakse neid kas huultelt lugema ja kõnet kasutama või viiplema. Paljud vaimupuudega inimesed kasutavad kuulmisabivahendit, millest võib olla kasu siis, kui see muudab helid valjemaks ega moonuta neid konkreetse inimese jaoks liiga palju.

Üldised põhimõtted kuulmisprobleemidega vaimupuudega inimeste juhendamiseks.

- Enne korralduse andmist veendu, et inimese tähelepanu on suunatud sinule.
- Ära varja rääkides oma suud.
- Ära tõsta liigselt häält. Kui inimene on kurt, siis ta ei kuule ka sinu karjumist.
- Õpi kõne toetamiseks kasutama žeste, lihtsustatud viipeid, piktogramme, fotosid.
- Kui inimesele on määratud kuulmisabivahend, jälgi, et seda ka kantakse ja patareisid vahetatakse.
- Kui pead olulist informatsiooni inimesele edastama, siis tee seda vaikeses ruumis. Taustamüra segab vaegkuuljat.

Pimekurtus

Pimekurtus on eraldiseisev puue, milles on kombineeritud nägemise ja kuulmise puuded. Selline puuete kombinatsioon piirab inimest ja tema ühiskonnast osavõttu määral, mis nõuab ühiskonnalt puudest tulenevate piirangute kompenseerimist spetsiaalsete teenuste, keskkonna kohandamise ja/või tehnoloogiaga (tehniliste abivahenditega).

Eestis on üle 200 pimekurdi. Pimekurdid jagunevad kaasasündinud ja omandatud pimekurtusega inimesteks. Lisaks on veel pimedaid, kellel esinevad muud lisapuuded. Paljudes riikides pannakse eelnimetatud inimesed kokku pimekurtidega (mitte küll Põhjamaades). Sagedaseim pimekurtuse põhjustaja on Usheri sündroom, kuid peale Usheri sündroomi on veel ligi 25–30 erinevat sündroomi, mis pimekurtust põhjustavad. 60–80% pimekurtuse põhjustest on geneetilised, lisanduvad veel õnnetused, mürgitused, radiatsioon ja vanadusega kaasnev pimekurtus.

Suur osa pimekurtidest on sündinud kuulmislangusega, millele hiljem lisandub nägemislangus. Pimekurt võib olla täiskurt ja täispime, kuid enamikel juhtudel on inimesel kas nägemus- või kuulmisjääk või mõlemad. Sellest lähtuvalt on võimalik pimekurte liigitada järgnevalt:

- täispime ja täiskurt (18,3%)
- kuulmisjäägiga täispime
- nägemisjäägiga täiskurt
- kuulmis- ja nägemisjäägiga pimekurt (33,9%)

Kõige raskem on töötada kuulmis- ja nägemisjäägiga inimestega. Vahel on keeruline mõista, miks kuulmis- ja nägemisjäägiga inimene ei suuda enda olemasolevaid võimeid kasutada. Selguse loob teadmine, et nägemine ei saa toetuda kuulmisele ja vastupidi. Tegemist ei ole eraldivõetava kuulmis- või nägemispuudega, vaid need kaks annavad kokku täiesti omalaadse puude – pimekurtuse. Nägemise kaudu saame 85% infost, peaaegu kogu muu info saame kuulmise kaudu ning väga väikese osa infost saame teiste meelte kaudu. Pimekurt saab infot ainult kompamise individuaalse suhtlemise teel.

Pimekurdi inimese probleemid lähtuvad peamiselt kolmest valdkonnast:

- probleemid informatsiooni saamisega
- probleemid liikumise ja orientatsiooniga
- probleemid kommunikatsiooni ja suhtlemisega

Sünnist saati pimekurtidel lastel on väga raske ette kujutada, et maailm on suurem nende käteulatusest. Raske on ümbruskonda uurima hakata seda kuulmata ja nägemata. Pimekurdi ja tema abistaja vahel peab olema väga hea ja lähedane kontakt – see on ülioluline just esimese kolmanda kuni viienda eluaasta jooksul. Iga pimekurdi puhul tuleb välja selgitada, millist tuge ja abivahendeid (kuulmisaparaat, liikumisabivahend vm) ta vajab ja millist suhtlemiskeelt on ta võimeline õppima (viipekeel, taktiilne viipekeel, kõne või midagi vahepealset).

Pimekurdiga töötamisel on kommunikatsioon kõige alus. Isegi kehaliste harjutuste tegemisel baseerub see suhtlemisel. Pimekurt inimene peab saama võimaluse kirjeldada oma tundeid ja seda, mis just parasjagu juhtus. Kui pimekurt ei räägi, siis tuleb alati üles leida need suhtlemise vahendid, mille kaudu ta ennast väljendab – kuidas ta meile oma tunnetest teada annab. Kui ei osata pimekurdi kommunikatsiooni jälgida, võib jääda mulje, nagu ta ei oleks millestki huvitatud. Alguses võib see väliskest tunduda väga paks ja sellest läbimurdmine raske. Tuleb meeles hoida, et siiski ei ole see inimene õnnelik, kui ta ei saa suhelda ning oma kogemusi jagada. Omandatud pimekurtusega inimesel on enamasti olemas mingisugune keel – kas sõnaline või viipekeel. Kaasasündinud pimekurtusega inimesel ei ole keele õppimiseks võimalust olnud.

Nii pimekurtide kui ka teiste väga raskete komplekssete puute ja kommunikatsiooniraskustega inimeste puhul saab kasutada samu meetodeid. Pimekurdile kommunikatsiooni õpetamine on nii aeganõudev, et selles protsessis on näha kõik erinevad arenguetapid. Kõige uue omandamine võtab palju aega ja energiat ning maailma mõistmiseks, kommunikatsioonivõimaluste loomiseks kulub palju pingutusi. Seetõttu jäävad pimekurdid juba varajases lapseas oma eakaaslastest arengus maha. Võib jääda mulje, et nad on eakaaslastest rumalamad, kuid põhjuseks ei ole niivõrd intellekti madal tase, vaid probleemid, mis segavad tal infot saamast ja arenemast.

Üldised põhimõtted pimekurdi inimese juhendamiseks.

- Pimekurt ei õpi kunagi suhtlema juhuslikult. Seetõttu pead töötajana omama väga häid kommunikatsioonilaseid teadmisi ja oskusi.
- Pimekurdi juhendamisel pead toetuda teistele meelele – lõhna-, puute-, ja maitsemeele kasutamisele. Samas ei ole paljudel pimekurtidel head kompimis-, maitsmis- ja haistmismeelt, kuna mitmed pimekurtust põhjustavad sündroomid kahjustavad ka neid meeli. Näiteks võivad pimekurdil inimesel olla kahjustunud näonärvid.
- Juhendamisel pead arvestama pimekurtuse olemusega (kaasasündinud või omandatud), olemasolevate kuulmis- ja/või nägemisjääkidega ja sellega, kas tegemist on stabiilse või progresseeruva seisundiga.
- Pimekurtus võib olla situatsiooniline. Mõni pimekurt ei pruugi heades, sobivates tingimustes olla pimekurt – näiteks hästi valgustatud toas, kus ta suhtleb 1–2 inimesega. Sama inimene võib olla pimekurt aga hämaras toas, kus on palju inimesi, või metsas viibides.
- Pimekurtidega töötades pead omama spetsiaalseid teadmisi ja interdistsiplinaarset lähenemist. Töösse tuleb kaasata teisi spetsialiste – arste, psühholooge, füsioterapeute, tehnikaspetsialiste, lapsevanemaid jt. Kõige rohkem tunnevad last tema vanemad ja omased, seetõttu tehakse järjest enam tööd meeskonniti.

6.4. Traumajärgne ajukahjustus

Traumajärgne ajukahjustus (TAK) on üks traumaatilise faktoriga seotud häire, mille põhjuseks on peavigastus. Pärast ajutraumat võib tekkida erinevaid häireid. RHK-10 kirjeldab neid peamiselt rubriikides F06 „Muud psüühikahäired ajukahjustusest, **düsfunksioonist või somaatilisest haigusest**“ ja F07 „Isiksus- ja käitumishäired ajuhaigusest, **-kahjustusest või -düsfunksioonist**“.

Tavaliselt läheb TAKE tekkimisest veidi aega, enne kui ajukahjustuse tõelised mõjud ilmnevad. Esialgselt, inimene ellujäämisega seotud kergendusest, saab ebakindlus tema tuleviku suhtes. Peagi hakkab saabuma järkjärguline teadlikkus inimese füüsilistest ja praktilistest piirangutest, nagu kõneraskused, liikumatus või võimetus liigutada kätt või jalga. Paljudel juhtudel peab TAKga inimene uuesti ära õppima igapäeva põhitoimingud. Lõpuks saab selgeks TAKE täielik ulatus. Inimene käitub erinevalt, ei suuda toimida nagu enne ja võib tunduda isegi täielikult teise inimesena. Kõik tegevused ja teemad, mis olid enne iseenesest

mõistetavad, kaovad nüüd igapäevaelust ja teistega suhtlemisest. Kahjustuseelsed eluootused ei kehti enam, tulevik muutub nii inimesele endale kui ka lähedastele ebaselgeks ja hirmutavaks.

TAKe puhul saabki ainult rääkida inimesest kas enne või peale ajukahjustust, kuna muutused on sageli kardinaalsed. TAKe mõjusid inimese tegevusvõimele ja käitumisele saab jaotada neljaks valdkonnaks, pidades silmas erinevatest psüühilistest funktsioonidest lähtuvaid sümptomeid.

1. Tajude ja mõtlemisega seotud oskused.

Mäluprobleemid, raskused tegevuste plaanimise ja organiseerimisega, vähenenud teadlikkus isendast ja teistest erinevates sotsiaalsetes olukordades, vähenenud arusaam ajast ja ruumist. Raskused kehaskeemi hoomamisel, tähelepanu suunamisel ja keskendumisel, esemete ära tundmisel (agnoosia). Vähene enesealgatus, pidev kurnatus ja väsimus.

2. Kommunikatsiooni- ja suhtlemisoskused.

Raskused õigete sõnade leidmisel (afaasia), raskused sõnade välja ütlemisel.

3. Füüsiline võimekus.

Osaline halvatus, probleemid koordineerimisega, spasme teke, loiid ja aeglased liigutused.

4. Inimese iseloom ja käitumine.

Impulsiivsus, meeleolu kõikumine, vähenenud frustratsioonitaluvus, pidev tähelepanu otsimine, pidurdunud või stereotüüpne käitumine, kompulsivne käitumine ja depressioon.

Paljud TAKga inimestest ei näe ise neis piirangutes mingit probleemi, nad tahavad võimalikult ruttu oma taastumisega ühele poole saada, et endist elu jätkata. Nad on pigem huvitatud teatud oskuste taastamisest (näiteks toidu valmistamine või eelnevate hobidega tegelemine), kuid nende ajukahjustusest on saanud sellele suurim takistus ja ilma abita nad toime ei tule. TAKe kõikidel juhtudel on peamiseks eesmärgiks taastada kas täielik või osaline kontroll oma elu üle ja muuta see jälle tähenduslikuks.

Üldised põhimõtted traumajärgse ajukahjustusega inimese juhendamiseks:

- Ole teadlik, et selles inimeses on peidus kaks indiviidi – õnnetuse-eelne inimene oma soovide, mõtete ja võimalustega ning inimene praegu, koos oma ajukahjustusest tekkinud piirangutega.
- Suhtu rahulikult sellesse, et TAKga inimene ise oma probleeme täielikult ei teadvusta, tema enda eesmärgid elu korraldamiseks võivad reaalsusest tunduvalt erineda. Ära ürita kogu aeg tema piiranguid rõhutada.
- Juhendamise ja uuesti õppimise valdkondade määratlemisel lähtu alati inimese enda prioriteetidest ja eesmärkidest. Ka siis kui tundub, et hoopis olulisem oleks tegeleda millegi muuga.
- Juhendamisel rõhuta pigem oskusi ja võimeid mis inimesel alles on, mitte tema piiranguid ja probleeme.

7. MEESKONNATÖÖ ERIHOOLEKANDES

Meeskonnatöö kui töökorralduslik meetod on tänapäeval hoolekandeteenuste osutamisel laialdaselt kasutusele võetud.

Sageli defineeritakse meeskonda grupina, mille liikmed on ühiste eesmärkide saavutamiseks määranud rollid, mida omavahelistes suhetes arvestatakse. Rollidele tugineva definitsiooni järgi on meeskonna loomisel tähtsad eesmärkide aktsepteerimine, vastastikune ülesannete jaotus ja koostöö (Vadi 2001).

Erihoolekandes on meeskonnatöö eesmärgiks tagada teenuste kvaliteet, parandada teeninduskultuuri ning kasutada ressursse otstarbekamalt. Siin valdkonnas iseloomustab meeskonnatööd ka kindel kokkulepitud eesmärk ja tööviis, liikmete arv ning rollijaotus. Näiteks võib viieliikmeline tegevusjuhendajate meeskond vastutada igapäevaelu toetamise teenuse osutamise eest kuni 75le kliendile. Meeskonna töökorraldusliku raamistiku valimisel tuginetakse seaduse ja teenuse konkreetsetele nõuetele. Oluline on, et kliendile määrataks meeskonnas vastutav koordinaator, kelle ülesanne on koordineerimine ja dokumenteerimine

Lähtuvalt oma organisatsioonist ja selle ülesannetest võib tegevusjuhendaja kuuluda erinevatesse meeskondadesse. Alljärgnevalt leiab käsitlust otsese klienditööga seotud meeskondade tegevus. Lisaks võib tegevusjuhendaja oma asutuses osaleda ka näiteks teenuste arendamist kavandavas meeskonnas või si-seauditi meeskonnas.

Erihoolekandes levinud meeskonnatüübid on:

- rehabilitatsioonimeeskond
- võrgustikupõhine vastutav meeskond
- erihoolekandeteenuseid osutava asutuse tegevusjuhendajate meeskond

Rehabilitatsioonimeeskond koosneb vähemalt viiest eri eriala spetsialistist. Kliendi vajaduste hindamisega ja talle rehabilitatsiooniteenuste planeerimisega tegelevad tavaliselt psühhiaater, psühhiaatriaõde, psühholoog, sotsiaaltöötaja, tegevusterapeut ning lähtuvalt kliendi vajadustest ka logopeed, eripedagoog, füsioterapeut.

Toetavaid teenuseid osutav tegevusjuhendaja võib olla kaasatud kui kliendile lähedal seisev võtmeisik. Tegevusjuhendaja rolliks sellistel koosolekutel võib olla näiteks kliendi kõrval olemine, kliendi julgustamine, kliendi igapäevaelu ja toimetulekutaseme objektiivne kirjeldamine, vajadusel ka kliendi õiguste eest seismine vt „Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne“.

Võrgustikupõhine meeskond koosneb kliendi loomuliku- ja professionaalse võrgustiku liikmetest. Kliendi loomulikkude võrgustikku kuuluvad eelkõige tema perekonnaliikmed, aga ka teised lähedased ja olulised isikud töö, õppimise või vaba aja ringkondadest. Professionaalne võrgustik moodustub kutselistest aitajatest nagu perearst, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja, psühhiaater, psühhiaatriaõde, tegevusjuhendaja jt. Võrgustikupõhine meeskond moodustatakse, kui kliendi probleemid on mitmetahulised – ta vajab mitme organisatsiooni ja valdkonna erinevaid teenuseid ega suuda ise süsteemis orienteeruda. Taolise meeskonna loomine tagab multidistsiplinaarse töö järjepidevuse, võimaldab jagada vastutust, kindlustada teenuste toimivus ja hinnata abinõude efektiivsust.

Võrgustikupõhises meeskonnas määratakse alati vastutav koordinaator, kelleks tavaliselt on kas KOV (kohaliku omavalitsuse) sotsiaaltöötaja, rehabilitatsioonimeeskonna koordinaator või toetavat erihoolekandeteenust osutava asutuse vastava pädevusega tegevusjuhendaja. Ka Eestist võib viimase kohta hea näite tuua – märkimist väärib MTÜ „Iseseisev Elu“ toetatud elamise teenuse koordinaatori ja Tallinna Vaimse Tervise Keskuse kogukonnatöö meeskonna tegevusjuhendajate töö.

Võrgustikupõhised meeskonnad peavad koosolekuid, et vahetada infot, mis on vajalik kliendi eesmärkide saavutamiseks ja probleemide lahendamiseks. Korraldatakse suhtlust ja jagatakse ülesandeid. Klient ja/või tema seaduslik esindaja on alati sellistel koosolekutel kohal, need protokollitakse ja kõik osapooled saavad protokollist ära kirja. Meeskonnad kohtuvad tavaliselt maksimaalselt kord kuus, minimaalselt kord poole aasta jooksul.

Erihoolekandeteenuseid osutava asutuse tegevusjuhendajate meeskond. Erihoolekandeteenuseid osutavate asutuste loomulik organisatsioonikultuuri osa on meeskonnatöö rakendamine. Hea tava on,

et tegevusjuhendaja kuulub alati oma tööd tehes meeskonda, mille ülesandeks on näiteks teatud arvule klientidele toetavate teenuste osutamine. Igale tegevusjuhendajal on n-ö omad kliendid, kelle tegevusplaanide elluviimise eest ta vastutab. Meeskonna suuruseks on soovitatav maksimaalselt 12 tegevusjuhendajat, klientide arv sõltub teenusest, mida osutatakse. Meeskonna juhilt eeldatakse klienditöö sisulist tundmist ja tööjuhendaja rolli.

Kogemus näitab, et vastutavad tegevusjuhendajad kohtavad aeg-ajalt oma töös probleeme, mida on keeruline lahendada. Neid probleeme on tähtis arutada meeskonnas, vajadusel ka tööjuhendaja või superviisoriga. Kui olukorrale sellele vaatamata lahendust ei leita, on põhjust asjast teada anda vastutavale organile (näiteks Sotsiaalkindlustusamet või kohalik omavalitsus).

7.1. Väljakutsed meeskonnatöös

Enamasti on erihooletandeteenuseid vajavad inimesed rohkete probleemidega ja neil esineb raskusi oma õiguste eest seismisel. See aga esitab rida väljakutseid meeskonnatöö elluviimisele.

Alljärgnevalt mõned näited.

Puudulik koostöö võrgustiku liikmete vahel. Puudulik koostöö võib väljenduda konfliktides või sel moel, et kliendi tegevusplaani muudetakse ilma vastutava tegevusjuhendajaga konsulteerimata. Niisuguste olukordade esinemisel on meeskonnaliikmete rolliks informeerida vastutavat koordinaatorit ja kaaluda meeskonnas üheskoos meetmeid, mis võiksid koostööd tugevdada. Vastutavad meeskonnad võiksid ennetada niisuguste probleemide tekkimist ühiste arutelude ja konkreetsete kokkulepetega, mis on kõigile osapooltele üheselt mõistetavad.

Võrgustiku puudulikud (mitteküllaldased) ressursid. Professionaalse võrgustiku ressursside või pädevuse nappus võib viia selleni, et kliendid ei saa neile hädavajalikke teenuseid. Vastutav tegevusjuhendaja peab sellises olukorras appi võtma oma leidlikkuse ja improvisatsioonivõime ning kasutama parimal viisil ära olemasolevaid võimalusi. Siiski on tähtis, et meeskonnajuht oleks probleemide olemasolust teadlik.

Vastutava tegevusjuhendaja rolli mõistetakse kui muude hooletandeteenuste aseainet. Nii keskkond (nt kliendi lähedased, teised professionaalid) kui ka kliendid võivad tegevusjuhendaja tööle asetada suuremaid lootusi kui praktikas on võimalik saavutada. Tegevusjuhendaja võib niisuguste lootuste tekkimisele kaasa aidata sellega, et jätab informeerimata ja selgitamata, mis täpselt tema rolli ja ülesannete hulka kuulub. Mõnikord tuleb seda teha nii kliendile kui ka võrgustiku teistele osapooltele. Tegevusjuhendaja ei pea võtma endale ülesandeid, mis ületavad tema pädevust, vaid andma need teenusevõrgustiku vastavat pädevust omavatele professionaalidele.

Eesmärke ei saavutata. Vahel juhtub, et klient ja tegevusjuhendaja pettuvad, kuna nad ei näe muutusi või tulemusi. Selle põhjusteks on sageli ebareaalsed eesmärgid, vahel ei panda näiliselt väikseid, kuid tähtsaid positiivseid muutusi kliendi olukorras tähele. Plaanide ja eesmärkide põhjalik sõnastamine koostöös kliendiga ja nende läbiarutamine meeskonnatöö koosolekul ennetab niisuguste raskuste tekkimist.

Rollivastuolud. Vastutava tegevusjuhendajana tegutsemine võib sisaldada vastuolulisi rolle. Tegevusjuhendaja võib näiteks märgata, et kliendi halb enesetunne viib laste hooletussejätamiseni või kliendi peresisest vastuolud viivad olukorda, kus tegevusjuhendaja on täbaras olukorras. Niisuguseid probleemsituatsioone võib ennetada meeskonnas ülesannete jagamisega. Vastutav tegevusjuhendaja võib keskenduda tööle kliendiga, samal ajal kui kohaliku omavalitsuse tasandil korraldatakse hoolitsus laste või ülejäänud pereliikmete vajaduste eest.

Haiguse ägenemisega seotud kriisid. Kliendi haigusnähtude ägenemine või tegevusvõime nõrgenemine võivad viia selleni, et koostöös kokkulepitud eesmärgini ei jõuta. Halvemal juhul on tagajärjeks olukord, kus kriisid ja haiguse akuutsed etapid määravad tegevuse. Kriisid ei tohi siiski tegevusjuhendaja tööd suunata. Kriiside puhuks ja nende ennetamiseks on vaja erilist tegutsemiskava.

Juhtkonna puudulik (mitteküllaldane) seotus. Osal klientidest võivad probleemid olla nii keerukad, et need seavad kõrged nõuded näiteks ajakasutusele, tööjuhendamisele, superviseerimisele või konsulteerimisele. Kui juhtkond ei mõista seda ning ei oska tegevusjuhendajat toetada, võib ülesande täitmine muutuda võimatuks.

Kliendi puudulik seotus. Mõned kliendid ei ole huvitatud teenuste saamisest. Põhjus võib olla selles, et teenust ei tajuta vajalikuna või koostöö tegevusjuhendajaga ei toimi. Hea koostöö arendamine võib mõnikord nõuda palju aega, kuna mõned kliendid ei soovi kohe koostööd või pole koostööks võimelised. Koostöösuhte loomine on sel juhul meeskonnatöö peaülesandeks ja selle saavutamiseks võib olla vajalik tööjuhendamine või supervisioon. Kui koostöö kliendiga kõigest hoolimata ei õnnestu, on põhjust kaaluda meeskonnas tegevusjuhendaja vahetamist.

Tegevusjuhendaja puudulik seotus. Tegevusjuhendaja haigestumine, vabad päevad või töökoha vahetus on kliendile alati raske. Niisugustel juhtudel peab paika juhtnõör „asendamatuid ei ole“. On hea, kui uus tegevusjuhendaja alustab tööd võimalikult aegsasti, et teenuse osutamise järjepidevus oleks võimalikult vähe häiritud.

7.2. Eduka meeskonna tunnused

Edukas meeskonnatöö kannab endas mitmeid olulisi tunnuseid.

Väga täpselt määratletud ühised eesmärgid, mida meeskond tahab saavutada

Eesmärkide seadmine ehk see, kuhu meeskond tahab jõuda, on ükskõik millise meeskonna loomise juures esmatähtis.

Eesmärgid annavad igale meeskonnale tegevussuuna ning väärtuse ja olulisuse tunde.

Hästi formuleeritud eesmärkide tunnused on:

- Eesmärgi seadmisel on oluline kui täpselt me suudame selle formuleerida. Mida täpsemalt, seda parem. Me ei saa liikuda millegi suunas, kui me ei tea, mis see on. Täpsustada aitab meil see, kui väljendame soovitud lõpptulemuse kasutades kogemussõnu (mida näen, kuulen, tunnen ...).
- Oluline on see, et eesmärk oleks sõnastatud positiivselt, sest lihtsam on liikuda selle poole, mida sa tahad, mitte selle poole, mida sa ei taha.
- Eesmärk eeldab alati enese aktiivsust. Eesmärgid, mis toetuvad eeskätt teiste inimeste tegutsemisele, ei ole hästi formuleeritud. Me takerdume kohe, kui inimesed ei reageeri sellisel moel nagu soovime. Eesmärgipärane on keskenduda sellele, mida pean mina/meie tegema.
- Tuleb teada, milliseid ressursse on eesmärgi saavutamiseks vaja. Ressursid võivad olla sisemised (teatud oskused, kogemused, emotsionaalsed seisundid jne) või välised (ruumid, töövahendid, transport jne). Oluline on küsida, kas need ressursid on olemas? Mida on juurde vaja? Kuidas hankida puuduvat?
- Hea eesmärk on sobiva suurusega. Juhul kui eesmärk on liialt suur, tuleks see tükeldada mitmeks väiksemaks.

Robert Dilts on loonud mudeli, mida ta nimetab **eesmärgi saavutamise teekonnaks**.

Mudelis on kõik sammud võrdselt tähtsad ja need tuleb astuda just selles järjekorras nagu need kirjas on.

Järgnevat praktilist harjutust võite proovida oma meeskonnas.

Eesmärgi saavutamise teekond

1. Püstitage grupiga endale üks tööalane (organisatsiooni) eesmärk.
2. Tõmmake teibiga piki põrandat enda ette ajaliin. Määratlege, kus pool asub minevik ja kus pool tulevik. Astuge oma ajaliinil praegusesse hetke ja liikuge koos meeskonnaga mööda ajaliini tulevikku – sellesse kohta, kus te olete oma eesmärgi saavutanud.
Kui olete leidnud oma ajaliinil tulevikus koha, kus eesmärk on saavutatud, siis öelge valjusti, kes te olete : “Me oleme.....” (identiteet).
3. Astuge üks samm tagasi oleviku poole. Astuge seljaga oleviku suunas. Mida te usute selles punktis, samm enne oma eesmärgi saavutamist? Milline uskumus see on, mis aitab teil oma eesmärki

saavutada? Millised on need väärtused, mis aitavad teil teha viimast sammu? Kõigepealt grupp arutleb ja seejärel paneb liider selle uskumuste lehele kirja – aega kokku 10 minutit.

4. Hoides neid uskumusi ja väärtusi, astuge samm edasi – punkti, kus te olete oma eesmärgi saavutanud ja öelge, kas need olid just need uskumused ja väärtused, mis tõid teid siia?
5. Astuge kaks sammu tagasi oleviku suunas. Mis oskused teil olid, mis aitasid eesmärgile jõuda? Grupp arutleb ja liider paneb oskuste lehele kirja – aega 10 minutit.
6. Võtke need oskused kaasa ja minge eesmärgi punkti tagasi. Kas need olid just need oskused, mis aitasid teil eesmärgini jõuda?
7. Astuge 3 sammu tagasi oleviku suunas. Mis tegevusi teil tuleb teha, mis viib teid eesmärgi saavutamiseni? Grupp arutleb ja liider paneb kirja – aega kokku 10 minutit.
8. Võtke need tegevused ja liikuge eesmärgi punkti. Kas need tegevused olid just need, mis aitasid teil eesmärgini jõuda?
9. Astuge neli sammu tagasi oleviku suunas (seljaga). Mida te peate muutma oma keskkonnas, et oma eesmärgi saavutada? Milliseid väikseid ümberkorraldusi tuleb teha ?
10. Võtke need ümberkorraldused ja liikuge tagasi eesmärgi punkti. Öelge valjusti, kes te olete eesmärgi saavutanuna. See on teie identiteet. Mis tunne on?

Ajatelg: Minevik.....Olevik.....Tulevik

Eesmärgi saavutamise teekond:

Olevik.....Eesmärk

Sammud teekonnal:

Keskkond---tegevused---oskused---uskumused, väärtused---eesmärk

Erinevate rollide esindatus meeskonnas

Kõige edukamaid meeskondi iseloomustab mitte ainult inimeste professionaalsete oskuste tase, vaid ka erinevate käitumismallidega inimeste tasakaal. Mida rohkem on meeskonnaliikmetel teineteist täiendavaid oskusi ja võimeid ning käitumisviise, seda tõhusam on koostöö.

Üheks levinud mudeliks on M. Belbini Suurbritannias loodud meeskonnarollide mudel.

Meeskonnaroll on soodumus meeskonnas mingil kindlal kombel käituda, meeskonnatöös osaleda ja kaaskliikmetega suhelda. Kokku on üheksa erinevat meeskonnarolli.

Tegevusele suunatud rollid – kujundaja, teostaja, viimistleja

Inimestele suunatud rollid – koordineerija, meeskonnatöötaja, võimaluste otsija

Mõtlemisele suunatud rollid – innovaator, hindaja, asjatundja

- *kujundaja* on muutuste tekitaja ning saab hästi hakkama pingelistes olukordades
- *teostaja* oskab ideed ümber sõnastada konkreetseteks ülesanneteks
- *viimistleja* on väga hoolas ja kohusetundlik, leiab üles vead ja puudused, peab alati tähtaegadest kinni
- *koordineerija* on enesekindel ja hea juht, selgitab ning toetab otsustamist, delegeerib edukalt
- *meeskonnatöötaja* on tähelepanelik ja taktitundeline, kuulab alati ära ja loob suhteid meeskonnas, vajadusel püüab lepitada

- *võimaluste otsija* on entusiastlik ja suhtlemisaldis, uurib võimalusi ning loob meelsasti kontakte väljaspool meeskonda
- *innovaator* on loominguline ning hea kujutlusvõimega, lahendab keerukaid probleeme
- *hindaja* on strateegiliselt mõtlej ning terane, näeb kõiki võimalusi, annab hinnanguid
- *asjatundja* on sihikindel ja algatusvõimeline, omab erakordseid teadmisi ja oskusi

Kõige efektiivsemad on meeskonnad, kus on esindatud enamasti kõik meeskonnarollid. Kuna igal inimesel on kaks kuni kolm eelistatud meeskonnarolli, saab inimesi ja meeskonnarolle tundes lihtsalt moodustada efektiivse meeskonna. Iga tugevusega on kaasas ka teine pool – lubatud nõrkus. Need on vähim eelistatud meeskonnarollid, millega inimene hästi toime ei tule ja millest on kasulik teadlikult hoiduda.

Mõttehetk:

Millised rollid tunned ära oma meeskonnas?

Millised on Sinu eelistatud rollid?

Meeskonnaliikmete head omavahelised suhted ja oskus probleeme lahendada

Selleks et inimesed saaks töö juures oma mõtteid ja probleeme avameelselt arutada, on oluline osa avatud ja ausal tööõhkkonnal. See avatus ja ausus saab alguse juhust.

On oluline, et juhid suudaksid panna meeskonnaliikmeid tundma end piisavalt mugavalt, et nad julgeksid rääkida oma vajadustest ja soovidest.

Meeskonnatöö sujumiseks on oluline siseinformatsiooni kiire liikumine. Seega on tähtis, et ühele inimesele edasi öeldud teade, mis on mõeldud kogu meeskonnale, ka jõuaks kõigini. Meeskond tahab olla kursis tähtsate otsuste ja uudistega, mis puudutavad nende tööd ja kaaskolleege. Suhtlusviisideks võivad olla e-post, suhtlusprogrammid, telefon ja silmast silma vestlemine. Olulisim suhtluse osa pole mitte valitud vahend, vaid iga meeskonnaliikme pühendumus neid vahendeid ka regulaarselt kasutada.

Nagu igas peres, nii on ka meeskonnas oma koht konfliktidel. Konflikte ei pea alati pelgama, vahel on need hädavajalikud ning kiireim viis soovitud muudatusteni jõudmiseks.

Siinkohal veel üks mudel, mida tuntakse võit-võit strateegiana.

1. Tee kindlaks oma probleem ja rahuldamata vajadused



2. Kohtu kolleegiga, kellega on tekkinud vastuolu



3. Kirjelda oma probleemi ja vajadusi



4. Kuula mida kolleegil öelda on



5. Leidke lahendus



6. Viige oma otsused ellu

Meeskonnasisene toetus on mitmedimensiooniline

Üks oluline meeskonna toimimise faktor on meeskonnasisene toetus. Toetus on püüd aidata üksteisel alati toime tulla. M. West ütleb, et meeskonna toetus on mitmedimensiooniline mõiste, mis koosneb neljast tüübist:

- emotsionaalne tugi
- informatsiooniline tugi
- instrumentaalne tugi
- hindamise tugi

Keegi, kelle õla najal saab nutta kui vaja, kes on lohutav ning teiste tunnete suhtes kaastundlik, toob meeskonda emotsionaalset tuge. Isik, kes annab meeskonnale informatsioonilist tuge, edastab vajalikku infot meeskonna teistele liikmetele. Isik, kes *toetab tegevusega*, on meeskonnale instrumentaalseks toeks. Viimaseks kategooriaks on hindamise tugi. Seda pakkuv meeskonnaliige aitab teistel mõista teatud probleemi.

Meeskond toimib edukalt, kui selle liikmed suudavad need toetuse liigid katta.

8. SUHTLEMINE JA KOMMUNIKATSIOON

8.1. Suhtlemise alused

Suhtlemine on vahend, mille kaudu saadakse kontakt maailmaga. Seetõttu on suhtlemisoskus üks elu tähtsamatest oskustest. **Suhtlemist** on defineeritud erinevalt, üks levinuim definitsioon kirjeldab suhtlemist kui inimestevahelist teabevahetuse protsessi, mille käigus toimub vastastikune tajumine ja tundmaõppimine ning sotsiaalsete suhete aktualiseerimine. Suhtlemise põhisuks on kahe või enama inimese vahel sõnalise või sõnatu keele abil loodav **kommunikatsioon**.

Töös psüühilise erivajadusega inimestega puututakse tihti kokku olukordadega, kus suhtlemine tekitab raskusi. Suhtlemise elemendid tuleb siis ükshaaval lahti mõtestada ja teadlikult erinevaid strateegiaid kasutada.

Suhtlemise käsitlemisel on olulisel kohal suhtlemisoskused. Suhtlemisoskus pole isiksuse omadus, mis kas on olemas või puudub. Üks inimene võib olla edukas ühe suhtluspartneriga, teine mõne teisega. Töös psüühikahäirega inimestega on tihti oluline just suhtlemisoskuste õpetamine.

Tuleb eristada suhtlemis- ja kommunikatsioonioskusi.

Suhtlemisoskuste all mõeldakse oskust situatsiooni tõlgendada ning vastavalt sellele valida ja kasutada suhtlemisvahendeid (verbaalsed ja mitteverbaalsed).

Kommunikatsioonioskused tähendavad aga informatsiooni vahetusega seotud oskusi.

Verbaalne ja mitteverbaalne suhtlemine. Suhtlemist, milles kasutatakse sõnu, nimetatakse verbaalseks suhtlemiseks ning kõike seda, mis jääb sõnadest väljapoole (hääletoon, miimika, silmside, žestid, distants, aga ka inimese välimus – riietus, ehted, soeng jne) mitteverbaalseks suhtlemiseks.

Olulised mõisted suhtlemisel on ka keel ja kehakeel. Kui keele õppimisel tehakse selgeks sõnade tähendus, siis kehakeele puhul on oluline õppida aru saama mitteverbaalsete märkide tähendusest.

Nii nagu sõnad moodustavad lauseid, moodustavad kehakeele märgid koos teatavaid sõnumeid. Iga liigutus sarnaneb mingi sõnaga, millel võib eri kontekstis olla eri tähendus. Liigutused moodustavad justkui lauseid, mis räägivad inimese meeleolust ja suhtumisest.

Kommunikatsioon on suhtlemise protsess, mille käigus toimub informatsioonivahetus.

Kommunikatsiooni põhielemendid:

- *allikas* – sõnumi algataja, saatja
- *vastuvõtja* – sõnumi saaja
- *vahend* – kanal (nt teine inimene, TV, raadio, ajaleht, raamat, internet); kanalist sõltub info vahetamise kiirus ja täpsus
- *sõnum* – teade, märk, sümbol (nt liiklusmärk), sõnumi sisu on informatsioon, vorm võib olla kas kirjalik või suuline
- *mõju* – muutus, mis toimub vastuvõtjas ja see, kuidas ta infot tõlgendab (nt muutus psüühikas, teadvuses, käitumises)
- *efektiivsus* – kas sõnumi saatja kavatsus täitus
- *müra* – info edastamisel ja vastuvõtmisel esinevad segajad, sh *füüsiline* ehk meeltega tajutav müra (nt auto, televisioon, raadio), *psühholoogiline* müra (nn seesmisel segajad, nt väsimus, eelarvamused, hoiakud), *semantiline* müra ehk sõnumi mitte mõistmine (võõrkeelsed sildid, tehnilised terminid jne)
- *tagasiside* – reaktsioon sõnumile

Suhtlemise protsess

Suhtlemist võib käsitleda teatud laadi sünteesina, mis ühendab tervikuks suhtlemise komponendid. Suhtlemise komponendid on:

- Informatsiooni edastamine ja vastuvõtmine – see näitab suhtlemise tihedat seost kommunikatsiooni- ja ehk teabe vahetamisega.
- Suhtluspartneri tajumine – protsess, milles partnerid vastastikku teineteist tajuvad ja loovad pildi teise isiksusest.
- Suhtluspartneri mõjutamine – suhtlemise käigus toimub alati suhtluspartneri mõjutamine, mille tulemusena kujuneb vastastikune mõju ehk interaktsioon. Suhtlemine toimub üldjuhul alati kindla eesmärgiga, milleks võib olla soov panna teist inimest tundma, käituma või tegutsema soovitud viisil.

Partneri mõjutamine loob tingimused suhtlemise komponentide toimimiseks, mille tulemusena kutsutakse esile muudatused partneri tõekspidamistes ja tegevuses.

Isikutaju on keeruline protsess, areneb kiiresti ning seetõttu tekivad sageli moonutused. Üldjuhul me näeme, kuuleme ja tunneme partneris seda, mida tahame näha, kuulda ja tunda. Teise inimese tajumine on väga subjektiivne ja sõltub palju tajuast ja tema hoiakutest. Hoiakud võivad olla kujunenud väga ammu, seda eelkõige just tuttavate inimeste puhul. Võõraga suheldes tekib aga hoiak üsna kiiresti. Mõne hetkega võib välja kujuneda suhtumine – teist võidakse tajuda neutraalsena (jätab ükskõikseks), positiivsena (on sümpaatne) või negatiivsena (on ebameeldiv).

Juba tekkinud negatiivset hoiakut on raske muuta, sest esmane info tundub väga tõetruu ning esmaseid mõtteid käsitletakse hiljem sageli kõigutamatu tõena.

Psühholoogiline kontakt

Kliendiga usaldusliku suhte loomist peetakse inimestega seotud erialadel töötamisel kõige olulisemaks ülesandeks.

Psühholoogiline kontakt on inimeste positiivne suhtumine üksteisesse suhtlemisprotsessi käigus. See, kuidas teist inimest hinnatakse, sõltub sellest, kuidas teda tajutakse. Psühholoogiline kontakt eeldab vastastikust mõistmist ja teise tajumist meeldiva, ohutu, vajaliku ja huvipakkuvana. Puuduvad negatiivsed tunded, nagu hirm, viha, ebasümpaatia, vastikus, ärevus jms. Hea psühholoogilise kontakti korral on suhtlemine pingevaba kõigi osapoolte jaoks.

Kui vaadelda kaht inimest suhtlemas, siis psühholoogilise kontakti olemasolu või selle puudumine on enamasti nähtav. Kontakti olemasolu saab välja lugeda silmsidest, suhtlemisdistantsist, miimikast, žestidest, poosidest, ka kõnest ning sõnumi väljendamise viisist.

Psühholoogilist kontakti ei teki tavaliselt siis, kui üks osapool tahab näidata, et on tähtsam ja targem, või ka vastupidi – sõltuvam, arglikum ja tähtsusetum kui teine. Psühholoogiline kontakt eeldab üldjuhul suhtlemist sarnaselt positsioonilt.

Psühholoogilise kontakti loomine algab silmsidest. Psühholoogilise kontakti puudumise põhjuseks võib olla ühe või mõlema suhtluspartneri negatiivne hoiak, hirm suhtluspartneri ees, soov midagi varjata jne. Teise pilgu vältimine on kindlaks signaaliks, et mingil põhjusel on raske või võimatu head kontakti saavutada. Tihti väldivad silmsidet kliendid, kelle ärevus on tõusnud või kes on hirmul varasema ebameeldiva (sisemise või välimise) kogemuse tõttu. Tuleb osata märgata, kui võrd kliendi suhtlemine on tavapärasega võrreldes häiritud. Paljudel klientidel on arusaamine enese piirangutest ja võimalustest vähene. Hea psühholoogilise kontakti loomine on usaldusliku suhte loomisel määrava tähtsusega, kuid üksikud kontaktid pole veel suhe. Suhte loomine eeldab korduvaid kontakte.

Suhtlemistehnikad

Kõige efektiivsemaks suhtlemistehnikaks on **aktiivne kuulamine**. Aktiivne kuulamine pole ainult vestluspartneri sõnade kuulamine, vaid tähendab aktiivset kaasamõtlemist, teise jutu ümbersõnastamist, tunnete peegeldamist ja empaatilisust. Aktiivne kuulamine tähendab, et pannakse tähele sõnumi sisu ja seda, kuidas kaaslane sõnumit väljendab, missugused on tema tunded sõnumit edastades.

Aktiivne kuulaja

- väljendab oma sõnadega seda, mida suhtluspartner on öelnud
- annab oma sõnadega edasi tundeid, mida suhtluspartner on väljendanud

Aktiivse kuulamise elemendid:

Ümbersõnastamine on lühike vastus, kus kuulaja annab oma sõnadega kõneleajale edasi tema jutu põhisisu. See on justkui kõneleja sõnade ülekontrollimine, et anda mõista, et temast on õigesti aru saadud. Ümbersõnastamise puhul on oluline, et teise öeldud sõnade tähendus jääb samaks.

Klient: „Mul on olnud see haigus pikka aega ja mu enesetunne on kogu aeg samasugune.“

Ümbersõnastus: „Kuigi see haigus on teil kaua olnud, on ta püsinud muutumatu.“

Tunnete peegeldamine tähendab kõneleja väljendatud tunnete kokkuvõtvat tagasipeegeldamist. Klienti kuulates integreerime me informatsiooni, mida oleme saanud eri viisidel – nähes, kuulates ja tunnetades – ning moodustame tervikliku pildi tema emotsionaalsest seisundist. Peegeldades anname tajutud tunnete kohta tagasisidet.

Tunnete peegeldamise korral väljendatakse neid tundeid, mida teine võib tunda, aga seejuures tema kaebustele vastamata.

Klient: „Keegi ei hooli minust, kellelegi ei lähe korda, et ma siin hooldekodus olen.“

Peegeldus: „Sa näid väga rusutud olevat.“

Peegelduse tulemusena vastab klient peegeldusele ja lõpetab teiste süüdistamise oma tunnete pärast. Peegeldamise puhul on oluline aru saada, millal ja mida peegeldada ning kuidas seda väljendada.

Empaatisus. Empaatia on võime kaasa tunda teiste emotsioonidele ja vajadustele. Empaatia võib tähendada ka kliendiga sama hääletooni kasutamist, kurb olemist, kui klient on kurb jne. Empaatia on vastamine kliendi hetketunnetele siin ja praegu.

Suhtlemistasandid

Suhte analüüsimiseks võib kasutada eri meetodeid. Üks võimalus suhtlemist professionaalses aitamistöös analüüsida on kasutada **Berne'i struktuurilist analüüsi**.

Berne (2001) kirjeldab inimestevahelist suhtlemist minatasandite kaudu. Ta märgib, et igal inimesel on käepärane piiratud hulk minatasandeid, mis ei ole rollid, vaid psühholoogilised reaalsused. Need jagunevad järgmistesse kategooriatesse:

- minatasandid, mis esindavad vanemlikke kujundeid
- minatasandid, mis on autonoomselt suunatud reaalsuse objektiivsele hindamisele
- arhailised jäänukid, mis esindavad siiani säilinud minatasandeid, mis fikseerusid juba varases lapsepõlves

Suhtlussituatsioonis käitutakse seega kas vanema (V), lapse (L) või täiskasvanu (T) minatasandilt. Inimene pole suhtlemisel pidevalt ühel tasandil, vaid muudab tasandeid vastavalt situatsiooni tajumisele.

Vanema tasandi suhtlemisel tunneb ära sellest, et suhtleja näitab nii oma kõne sisu kui ka mitteverbaalse käitumisega, et ta on teistest üle, kõrgemal positsioonil. Vanema tasand võib väljenduda kahel viisil: kuri vanem ja hea vanem. Kurja vanema tasandilt kamandatakse ja kurjustatakse. Hea vanema tasandilt aga lohutatakse, toetatakse ja kiidetakse. Ka laps võib olla ära õppinud vanema tasandi kasutamise.

Täiskasvanu tasandi suhtlemise tunneb ära sellest, et suhtlemispartneriga käitutakse kui võrdsega. Täiskasvanu tasandilt arutletakse probleemide üle, räägitakse asjalikult ning emotsioone liigselt väljendamata. Võrreldes vanema tasandiga ei püüta siin suhtlemisvahendite kaudu teistest üle olla ega domineerida.

Lapse tasand võib suhtlemises väljenduda kahel viisil: võrdne laps ja sõltuv laps. Võrdse lapse tasandil suhtlemine tähendab partnerisse sõbraliku suhtumise väljanäitamist, teist peetakse endaga võrdseks. Lapse tasandiga käivad kindlasti kaasas emotsioonid. Sõltuva lapse tasand tähendab enese suhtlemispartnerist madalamale asetamist, enese n-ö väiksemaks tegemist. Enamasti pole see teadlik, inimene võib olla oma sõnades ja mitteverbaalses väljenduses alandlik, järeleandlik, teist austav, sest tajub teise kõrgemat positsiooni. Kui aga ennast teadlikult nõrgema positsiooniga näidata, võib seda nimetada manipuleerimiseks.

Berne ütleb, et iga inimene kannab endas minatasandeid, mis jälgendavad tema vanemate (või kasu-vanemate) minatasandeid. Iga inimene on kunagi olnud laps ning kannab endas varasematest aastatest kinnistunud arusaamu ja mudeleid, mis teatud olukorras võivad aktiveeruda.

Suhtlemist saab analüüsida muutuste kaudu suhtlustasandite kasutamises. Berne nimetab minatasandite kaudu toimuvat käitumise analüüsi transaktsionaalseks ehk struktuuraseks analüüsiks ning suhtlemise ühikut transaktsiooniks. Transaktsioonid võivad olla täiendavad või ristuvad.

Täiendavad transaktsioonid

Need on suhtlemisviisid, mida saab graafiliselt kujutada kui paralleelseid suhtlemisviise. Kui käituda sellistel viisidel, siis tavaliselt lahkkelisid ei teki.

V - V

$V \rightarrow V$; $V \leftarrow V$ vanem-vanem ja vanem-vanem. Mõlemad suhtlejad on vanema tasandil, aktsepteerivad teise vanemlikku tasandit ning teineteist ei suruta alla. Sellise suhtlemise korral kasutatakse probleemist kõnel-des üleolevat ja kõiketeadvat hääletooni, kuid partneriga ollakse võrdsed. Sama skeem kirjeldab ka klatši ja tagarääkimist.

Nt: Töötaja kõiketeadvalt teisele: „See uus klient pole küll suurem asi laulumees, nagu ta väidab.” Teine: „Jah, ma tundsin ta vanemaid, ega need ka viisi pidanud!”

T - T

$T \rightarrow T$; $T \leftarrow T$

Mõlemad partnerid on täiskasvanu tasandil.

Nt: Töötaja teisele: „Mis kell täna rühmategevus algab? Ma tean siis kliente saata.” Teine: „Kell kaks. See on hea, kui saad kedagi saata.”

L - L

$L \rightarrow L$, $L \leftarrow L$

Mõlemad suhtlejad on võrdse lapse tasandil.

Nt: Töötaja kliendile: „Kui põrutaks õige kõik koos täna järve äärde kalale!” Klient: „Oh kui vahva, muidugi lähme!”

$V \rightarrow L$, $L \leftarrow V$

Kui üks pool suhtleb teisega kõrgemalt positsioonilt (V-L), siis ootab ta teiselt alistuvat suhtlemist.

Nt: Töötaja: „Kuhu sa minema hakkad, vaata, mis sul seljas on, riided täiesti mustad!” Klient: „Oi, on jah väheke mustad!”

Ristuvad transaktsioonid

Ristuvad transaktsioonid tähendavad, et üks pool ei võta teise pakutavat taset n-ö vastu. Ristuvad transaktsioonid põhjustavad alati mittemõistmist ning varjatud ja avalikke konflikte.

$T \rightarrow T$, $V \leftarrow L$

Nt: Klient töötajale: „Ma tulin ütlema, et Maril on paha olla.”

Töötaja: „Ega mina siin arst ei ole, et mulle ütlema tuled!”

8.2. Vaimupuudega inimesed ja suhtlemine

Kõne areng

Kõne hakkab arenema niipea, kui inimene on maailma sündinud. Kõne arengu aluseks on dialoog, mis toimub lapse ja teda ümbritsevate täiskasvanute vahel. Laps reageerib oma ümbrusele rahulolu või rahulolematuse väljendamisega ja täiskasvanu õpib neid väljendusviise mõistma ning tõlgendama.

Kõne ja keele areng on tähtis osa lapse üldisest arengust, sest kõne abil väljendatakse oma teadmisi, mõtteid ja tundeid, luuakse suhteid. Bioloogiliselt ei ole kõnevõime päritav, küll on aga inimesel bioloogilised eeldused kõnelema õppida. Nendeks eeldusteks on normaalselt arenenud kesknärvisüsteem, kahjustamata meele- ja perifeersed kõneorganid. Nende puudulik areng või kahjustus võib põhjustada häireid kõne arengus.

Lastel, kes on sünnist saati puudega, esineb kõne arengus suuri erinevusi. Osa suudab üldises arengus eakaaslastega tempot pidada, kuid kõne arengus võib tekkida seisak. Selle põhjuseks võib olla puudulik kõnetaju. Osa lapsi hakkab rääkima tunduvalt hiljem kui nende eakaaslased. Mõned lapsed tunduvad kõnet hästi mõistvat, kuid eelistavad end väljendada žestide abil, teised jällegi omandavad sõnade häälduse ja kasutamise, kuid ei mõista sõnade tegelikku tähendust.

Kõikidel lastel on sünnipärane eneseväljendustung, et kõita ümbruskonna tähelepanu. Erandiks võivad olla autistlikud lapsed.

Rääkima õppimiseks vajab laps vestluspartnerit. Täiskasvanu suudab tõlgendada ka ebaselgelt hääldatud sõnu ja lauseid.

Vaimupuudega inimese suhtlemine

Vaimupuudega täiskasvanute hulgas on neid, kelle suhtlusvõime on üsna hea, olenemata hääldusvigadest või puudulikkust sõnavarast.

Suhtlemisreeglid annavad mõista, millal kuulata, kuidas öeldule reageerida, kuidas vestlust jätkata, kuidas seda lõpetada. Tavaliselt on suhtlemisreeglid inimestele teada, kuid vaimupuudega inimesed ei pruugi neid reegleid tunda ning see tekitab igapäevases suhtlemises probleeme.

Nende erivajadustega inimeste jaoks, kes erinevatel põhjustel ei ole õppinud kõnelema või teevad seda halvasti, on võimalus toetava vahendina kasutada alternatiivse kommunikatsiooni vorme, näiteks žeste. Kõige viimistletum žestide kogum on kurtide viipekeel. Mõistmiskustega inimeste puhul võib kasutada viibete lihtsustatud vorme. Raske vaimupuudega inimeste jaoks on olemas piktogrammide süsteem. Veelgi raskema vaimupuudega inimeste puhul võib kasutada esemelist kommunikatsiooni.

Suhtlemise eripärad eri vaimupuudeastmete korral:

Kerge vaimupuudega inimesed valdavad hääldust ja grammatikat. Mõned neist oskavad kindlates olukordades perfektselt suhelda. Raskusi võib esineda võõrsõnade mõistmise ja kasutamise, abstraktsete olukordade mõistmisega, end teiste olukorda asetamisega.

Mõõduka vaimupuudega inimeste kõnes esineb sageli lihtsustatud häälikukombinatsioone ja väiksemaid käänamisvigu. Nad kasutavad suhtlemisel lühikesi ja lihtsaid lauseid. Neil on raske oma väljendusviisi kohandada ja muuta ning end eri olukordades arusaadavaks teha. Arusaamatuse korral on nad üllatunud ega mõista, miks teised neist aru ei saa.

Raske vaimupuudega inimesed saavad tuttavates situatsioonides ja keskkondades hakkama ning tundub, et nad saavad toimuvast aru. Varasematel kogemustel sarnastes olukordades (ka tuttav miimika, žestid, intonatsioon) on suur roll teiste öeldu tõlgendamisel ning seetõttu võib jääda mulje, et saadakse aru ka konkreetsetes olukorras, kuid see ei pruugi nii olla. Raske vaimupuudega inimeste puhul on keele mõistmine suunatud olulistele võtmesõnadele, mitte kõigist sõnadest arusaamisele. Aru ei saada neist sõnadest ja väljendustest, mida kasutatakse tavapärasest erinevas kontekstis ning sõnadest, mille puhul puudub tugi olukorra, žesti või intonatsiooni näol.

Kõne koosneb üksikutest sõnadest või lühikestest lausetest, milles tavaliselt puuduvad sidesõnad ja sõnalõpud. Hääldamisel on paljud häälikud asendatud. Žestid ja intonatsioon mängivad kommunikatsioonis suurt rolli.

Sügava vaimupuudega inimestel ei esine tegelikku keelemõistmist, kuid nad mõistavad lihtsaid käske nendega kaasnevate žestide toel. Nad reageerivad meeleoludele, puudutustele ja sellele, mis meeldib ja mis mitte, ning see ongi sügava vaimupuudega inimeste kommunikatsiooni aluseks.

Raske ja sügava vaimupuudega inimesed mõistavad ka mitteverbaalset kõnet. Kui raskete puuetega inimene ka poleks, tajub ta alati teiste inimeste suhtumist endasse. Mitteverbaalset keelt mõistavad ka kõige sügavama vaimupuudega inimesed. Nad kuulevad hääletooni, tajuvad puudutusi. Nad kuulevad samme ning saavad aru, kas keegi läheneb või kaugeneb. Ka raske vaimupuudega inimene õpib ära, kas teda peetakse tähtsaks ja väärtuslikuks või kellekski, kellest pole vaja hoolida.

Raske puudega inimeste puhul ei räägita puudeteadlikkusest, vaid positiivsest või negatiivsest eneseteadvusest. See hoiak väljendub usalduses teiste inimeste vastu.

Et vaimupuudega inimestega edukalt suhelda, peaksid nendega töötavad inimesed teadma puudega inimese kommunikatsiooni taset ning mõistma, mil viisil teevad vaimupuudega inimesed end teistele arusaadavaks.

Kommunikatsiooni tasemed:

Mittesümboolne tase. Siia kuuluvad pilkkontakt, miimika, keha asend, ruumi kasutus, naer, nutt jne.

Eelsümboolne tase. Arusaamine konkreetsest tähendusest visuaalsete vahendite abil, nagu pildid, objektid, lihtsamad piktogrammid. Mõistetakse objektide asukohta, kuju, otsatarvet. Kasutatakse osutamist, žeste.

Sümboolne tase. Mõistetakse sümbolite ja märkide tähendusi (sümbolid on kokkulepitud märgid suhtlemiseks), nt tähestik, kirjakeel, märgid, piktogrammid, viiped, jne. See tase hõlmab ka abstraktset mõtlemist.

Suhtlemisstrateegiad suhte loomisel psüühilise haigusega kliendiga

Suhtlemisstrateegiad vajame selleks, et luua kliendiga usalduslikku suhet. Strateegia valik sõltub kliendi kognitiivsetest probleemidest ning ka suhtlemisostkustest. Strateegia valik sõltub kliendi resistentsuse määrast ehk sellest, kuivõrd klient osutab vastupanu strateegia kasutamisele. Vastupanu ilmnemise korral tuleks kasutusele võtta teine strateegia, mis on kliendile sel ajahetkel sobivam.

Psüühilise haigusega kliendiga suhtlemisel saab kasutada alltoodud suhtlemisstrateegiaid.

Vältimine tähendab, et tegevusjuhendaja hoiab kliendiga distantsti, sest klient ei ole veel valmis teistsuguseks kontaktivormiks. Tähelepanu on suunatud vestlemisele aktsepteeritavatel teemadel. Kui klient keeldub kontaktist, siis tunnistatakse ja hinnatakse isolatsiooni vajadust. Rõhk on kliendi heaolu eest hoolitsemisel.

Hõlbustamine puhul on rõhk endiselt kliendi jälgimisel, kuid keskendutakse igapäevastele tegevustele. Siin võib esitada aktiivsemalt küsimusi. Hoidutakse miks-küsimusest, kuna see võib sundida klienti kaitsepositsioonile asumale. Hõlbustamine on strateegia, mida tuleb rakendada eelkõige mitteverbaalselt. Töötatakse hea õhkkonna nimel. Töötaja on alati kättesaadav ning koos kliendiga tehakse tegevusi (koristamine, nõude pesemine jms).

Informatsiooni andmine tähendab seda, et infot vahetatakse neutraalselt, väikeste koguste kaupa. Teadlikult tuleks vältida viitamist normidele nagu „sa ei tee seda õigesti“ vms. Informatsiooni andmine on oluline tingimus selleks, et klient saavutaks kontrolli enda ja teda ümbritseva üle või suudaks teha valikuid. Tegevusjuhendaja on siin nõuandja rollis.

Toetamine kujutab endast usaldusliku õhkkonna loomist. Võtmesõnadeks on mõistmine, sõbralikkus, aktiivne toetamine. Toetus võib olla mitmesugune: praktiline, sotsiaalne, emotsionaalne. Kliendile pakutakse võimalust samm-sammult astuda uutesse kontaktidesse või alustada uute tegevustega. Tegevusjuhendajal on rohkem nõuandja roll, sellele lisandub treeneri ja liitlase roll.

Avatud dialoog tähendab avatud, siirast ja lugupidavat suhtlemist kliendiga. Rõhk on avatusel, dialoogi tuumaks on avatud arutelu. Klienti vaadeldakse ja talle lähenetakse kui võrdsele inimesele.

Läbirääkimised tähendavad, et püüeldakse „andmise ja saamise“ poole. Läbirääkimised eeldavad vastastikust usaldust ja seda, et töötaja ei lähene suhtlusele jõupositsioonilt. Läbirääkimisi pidades õpetame klienti suhtlema viisil, mis võimaldab tal kogemusi omandada. Klient kogeb, et maailm koosneb andmisest ja saamisest ning muutub selle kaudu enesekindlamaks. Ta võib õppida ka seda, et kui teisel poolel on õigus ning seda tuleb tunnistada, ei tähenda see, et ta kaotaks oma staatuse või kontrolli asjade käigu üle.

Veenmisel on kaks poolt: veenmine läbirääkimistel ja veenmine millegi läbisurumisel. Esimese puhul saab klienti innustada midagi tegema või oma oskustesse ja võimetusse uskuma. Teise puhul üritab töötaja oma jõupositsiooni (töötaja roll, teadmised) ära kasutada, et klienti soovitud eesmärgi suunas juhtida. See taktika võib ära hoida klienti tegemast vigu ning võib aeg-ajalt vajalikuks osutuda.

Pealesurumine on võrdne võitlemisega. Kasutatakse tugevat ajalist survet. Selline strateegia on põhjendatud kriisiolukordade puhul, kus kliendi ärrituse tase on võtnud lubamatud proportsioonid ning see on ohtlik nii kliendile endale kui ka teistele.

Veenmist ja pealesurumist ei peeta igapäevatöös sobivateks suhtlemisstrateegiateks, sest see on surve avaldamine kliendile oma võimupositsiooni ära kasutades.

Üldised soovitused suhtlemiseks psüühikahäirega kliendiga

Psüühilise erivajadustega inimeste puhul peaksime arvestama kõiki kommunikatsiooni põhielemente ning mõtlema, millises lülis on kommunikatsiooniahel nõrk, milline on nõrga koha iseloom.

Suur tähtsus on **sõnumi sisul** – kas sõnum on edastatud nende märkidega, millest vastuvõtja aru saab. Oluline on arvestada ka **müraga**. Semantilise müra tõttu ei pruugi psüühilise erivajadusega inimene sõnumi vormist aru saada (keeleprobleemid, sõnade mitteteadmine), psühholoogilise müra tõttu võivad töötajal olla varem kujunenud hoiakud teatud klientide suhtes (vaimuhaigusega klientide sildistamine).

Ära ei tohiks unustada ka liitpuude esinemise korral meelepuudeid – pimedust ja kurtust. Lisaks vaimupuude tasemele on need funktsionaalsed häired samamoodi kommunikatsiooni kahjustavad faktorid ning tuleks leida võimalus neid funktsioone toetada.

Kui kliendil on psüühiline haigus ja kognitiivsed probleemid, siis:

- hoidu välistest segajatest
- näita näitlikke materjale, kui tundub, et klient ei saa selgitustest aru
- küsi ainult ühte asja ühes ajaühikus või tööta ühe teemaga korraga
- anna aega ja ruumi, et klient saaks määrata oma tempo
- kasuta metafoore nii vähe kui võimalik, räägi selgelt
- esita avatud ja suletud küsimusi teadlikult
- esita avatud küsimusi, kui on tegemist sügava vestlusega, kuid pea meeles, et klientidel võib olla probleeme avatud küsimustele vastamisega
- esita suletud küsimusi, kui vestlus ei edene
- ole teadlik iseendast, ära arva, et klient ei näe ega tunnetaks sinu emotsioone
- aita kliendil sõnastada tema hirne ja neid kontrolli alla saada
- ära puuduta klienti ette hoiatamata
- ära räägi nii, et klient kuuleb, aga ei näe sind

Kui kliendil on dementsus, siis:

- anna endast märku, lähene kliendile eestpoolt ning ütle talle, kes sa oled
- kutsu klienti nimepidi – see aitab tal orienteeruda ja sulle tähelepanu pöörata
- ole konkreetne – kasuta lühikesi lihtsaid sõnu ja ära koorma klienti pikkade juttude ja käskudega
- räägi selgelt ja aeglaselt
- küsi üks küsimus korraga
- oota kannatlikult vastust – kliendil võib küsimuse mõistmiseks aega kuluda
- anna juhiseid sammhaaval
- väldi segadusse ajavaid väljendeid ning ebamääraseid sõnu
- anna selgeid vihjeid, et klient saaks aru, mida ja kuidas ta tegema peab

9. TEGEVUSVÕIME

Tegevusvõime on valdkond, millele erivajadusega inimestega tegeledes tuleb kõige rohkem tähelepanu pöörata. Tegevusjuhendaja töö eesmärgiks on inimese elukvaliteedi toetamine kõige laiemas mõttes. Inimese elukvaliteet on aga tihedalt seotud sellega, kas ta suudab teha kõike talle olulist või vajalikku tase-
mel, mis võimaldab tunda rahulolu iseenda tegevusest ja eksistentsist. Psüühilised probleemid, vaimupuue ja teised häired/haigused toovad endaga kaasa häireid inimese tegevusvõimes. Ja ennekõike tegevusvõime häire tõttu vajavad nad kõrvalist juhendamist ja toetust. Tegevusvõime parem tundmine aitab leida tasakaalu tegevusvõime häirega inimese iseseisvuse ja toetusvajaduse vahel.

Tegevusvõime on inimese võime saada hakkama oma igapäevase eluga kodus, tööl ja vabal ajal, omades selleks vajalikke eeldusi.

Tegevusvõimet mõjutavad kolm komponenti: **tegevustervikud**, **tegevuseeldused** ja **keskkond**.

9.1. Tegevusvõime mõjutegurid: tegevustervikud

Tegevustervikud on inimtegevuse kategooriad, mis iseloomustavad igapäevaelu tegevuste jagunemist tegevuse eesmärgi järgi.

Lihtsamalt öeldes jagunevad tegevustervikud ehk tegevusvaldkonnad lähtuvalt sellest, miks täpselt inime-
mene midagi teeb. Lähtuvalt eesmärgist saab tegevustervikuid liigitada kolmeks: *enese eest hoolitsemine*, *töötegevused* ja *vaba aja tegevused*.

Enese eest hoolitsemine ehk igapäeva tegevused

See on inimesele kõige olulisem ning ka intiimseim tegevusvaldkond. Enese eest hoolitsemise tähistami-
seks kasutatakse rahvusvahelist lühendit ADL (*Activities of Daily Living*), mis otsetõlkes tähendab igapäe-
vategevusi, kuid mis loetakse enese eest hoolitsemise sünonüümiks. ADL jagatakse lähtuvalt tegevuste
olulisusest ja keerukuse astmest kaheks suureks grupiks:

1. *BADL (Basic Activities of Daily Living)* ehk igapäeva põhitegevused,
2. *IADL (Instrumental Activities of Daily Living)* ehk teatud vahendi või instrumendi kasutamist nõudvad igapäevategevused.

Igapäeva põhitegevused (BADL) on igale inimesele kõige tähtsamad ja isiklikumad tegevused, mille
sooritamine annab esimese sõltumatuse ja vabadustunde ise oma elu määrata. Siia kuuluvad tegevused,
mille sooritamine on eelkõige vajalik elus püsimiseks ja mida klienditöös alati esimesena peab hindama
ja toetama:

- söömine
- riietumine
- WC-toimingud
- pesemine (keha pesemine kaelast varvasteni)
- liikumine/siirdumine (vahemaade läbimine/asendivahetus)

Hoolimata sellest, et need on kõige elementaarsemad enese eest hoolitsemise tegevused, esineb ka siin
erinevusi viisis, kuidas neid sooritatakse. Erinev võib olla tegevuste sooritamise sagedus, laad, järjekord,
ülesehitus või kasutatavad võtted. Erinevuse sooritustes määrab inimese kultuuriline taust, tema harjumus-
sed, tavad, normid ja tõekspidamised.

Vahendit nõudvad igapäevategevused (IADL) lähtuvad küll igapäeva põhitegevustest, kuid käsitlevad
neid hoopis laiemalt. Selleks, et edukalt oma eluga toime tulla, ei piisa ainult igapäeva põhitegevuste soo-
ritamisest. Vaja on toime tulla ka tegevustega, mis nõuavad rohkem suhtlemist, plaanimist ja keerukamaid
töövõtteid. Kui BADL-tegevuse all kirjeldatakse söömist, siis IADL-tegevusena käsitletakse näiteks toidu
hankimist ja valmistamist. Nii kuuluvad siia sageli need keerukamad tegevused, mida on vaja osata, et

täiesti iseseisvalt igapäeva põhitegevustega toime tulla. Nende tegevuste sooritamiseks on vajalik mingi vahendi või instrumendi kasutamine ja aktiivne osalemine keskkonnas.

Näiteid vahendit nõudvatest igapäevategevustest:

- toidu valmistamine
- poes käimine toiduvalmistamiseks või kodu/riiete korrashoiuks vajaliku hankimiseks
- laua katmine, koristamine, nõude pesemine
- rahakasutuse ja sisseostude plaanimine
- riiete vahetamine vajadusel
- riiete hoidmine õiges kohas
- pesu pesemine, triikimine
- voodi korrastamine, oma toa ja asjade korrastamine, koristamine
- elementaarne suhtlemine oluliste inimeste, ametnikega, kommunikatsioonivahendite kasutamine
- Kogukonnateenuste kasutamine – ühistransport, sotsiaalosakond, polikliinik jm

Töötegevused

Töötegevuste alla kuuluvad kõik tegevused, mis on või mis tunduvad inimesele kohustustena. Need kohustused võivad olla *välistest teguritest tingitud* (elamise teenimine, lapsevanema või õpetaja nõutud tegevused, ühiskonna/kogukonna määratud tegevused jmt) või *vabatahtlikult võetud* (lapse kasvatamine, looma eest hoolitsemine, osalemine hoogtööpäevadel ja ühiskondlikel aktsioonidel). Töötegevuste all ei mõelda üksnes palgatööd vaid ka kodu, elamise, kooli ja õppimisega seotud tegevusi. Töötegevused võivad väljastpoolt määratuna tunduda tüütud ja arusaamatud, kuid samas pakuvad nad ka rahuldust.

Töötegevuste sooritamine aitab inimesel saavutada teatud sotsiaalset staatust ja kindlustada enda identiteeti. Töötegevused sisaldavad tegevusi, mis on ühiskondlikult tähtsad ja tootvad ning võimaldavad muuhulgas indiviidi oskuste arengut, nende ärakasutamist ja eneseteostust. Töötegevuste kaudu on indiviidil võimalik rakendada oma väärtushinnanguid, kogeda asjatundlikkust ja enese vajalikkust.

Töötegevused on ajalisest seisukohast olulisemad täiskasvanueas, kuna siis pöördub tähelepanu lisaks enese eest hoolitsemisega seotud toimingutele ka teiste eest hoolitsemisele. Sellele lisaks on täiskasvanueas indiviidil töötegevusteks kasutada maksimaalsed psüühilised ja füüsilised jõuvarud. Inimese arengut vaadeldes muutub töötegevuste sisu pidevalt. Väike laps õpib maailma ja iseennast tundma mängu käigus ja seega on mäng tema jaoks ka töötegevus. Tegevuste eesmärgid eristuvad enam lapse kooli minnes kui õppimine kujuneb peamiseks töötegevuseks.

Vaba aja tegevused

Valdkond sisaldab tegevusi, mis aitavad inimesel lõõgastuda ja end hästi tunda. Vaba aja tegevuste üks tähtis funktsioon on muuhulgas nn „akude laadimine“. Vaba aja tegevusi saab kirjeldada kolme märksõna abil – aeg, tegevus, meeleolu. See on aeg ilma kohustusteta, tegevused, mis ei tooda majanduslikku tulu ega ole seotud argieluga ning võimalus tegeleda millegagi ainult meelelise heaolu eesmärgil. Sobivad huvidele vastavad vaba aja tegevused peaks andma võimaluse end nii „maha kui ka täis laadida“, eesmärgiga muudes tegevusvaldkondades jõuda rohkem ja paremini.

Arvatakse, et vaba aja tegevused on ehk „tõelisim“ inimese kui indiviidi ja isiksuse väljendus, kuna vaba aja tegevused on alati vabatahtlikud ja ise valitud. Vaba aja üks olulisemaid märksõnu on „mäng“. Oma olemuselt on tõeline mäng spontaanne, kontrollimatu ja piirideta. Täiskasvanuil tekivad omad piirid ja kontrollivajadus ning mäng on enam seotud oma võimete piiride kompamisega, suhtlemis- ja käitumistii-liga, paindlike lahenduste leidmisega erinevates olukordades.

Vaba aja tegevuste all vaadeldakse huvide teadvustamist, võimaluste otsimist/loomist või vahendite hankimist ning vaba aja veetmise eripärasid lähtuvalt ühiskonnas aktsepteeritule, soole ja vanusegrupile.

Õeldakse, et tegevustervikud peaksid olema omavahel tasakaalus, ainult siis on inimesel võimalus tunda naudingut ja rahulolu enda eksistentsist. Samas on tegevustervikute vahelist tasakaalu väga raske mõõta.

Üheks lihtsamaks viisiks on vaadelda, kui palju aega inimesel mingisse tegevustervikusse kuuluvatele tegevustele kulub – kui suur osa päevast/nädalast/kuust/aastast kulub enese eest hoolitsemisele, kui palju aega kulub tööle ja kui palju vaba aja tegevustega tegelemiseks. Samas on siin aga alati üheks mõõdupuuks inimese subjektiivne tunnetus.

Normaalselt funktsioneeriva inimese elu peaks võrdsetes kogustes sisaldama nii enese eest hoolitsemise, töö, kui ka vaba aja tegevusi – ta kujundab endale elu, mis pakub parasjagu kõike, mida ta vajab. Psüühikahäire vmt erivajadusega inimeste puhul näeme sageli, et üks või teine tegevustervik nõuab kas liiga palju aega ja energiat või puudub inimese elus täiesti. Päris sagedasti tuleb tõdeda, et nt psüühikahäirega inimese elu koosnebki ainult lõppematust ja mõttetust vabast ajast või siis lakkamatutest pealesunnituid või vabatahtlikult võetud kohustustest.

9.2. Tegevusvõime mõjutegurid: tegevuseeldused

Selleks, et inimene suudaks võimalikult tulemuslikult tegutseda, on tarvis tegevuseeldusi ehk inimesesiseid võimeid ja oskusi.

Tegevuseeldused on inimese võimed ja oskused, mis erineval määral ja erinevates kombinatsioonides on vajalikud edukaks toimetulekuks tegevustervikutes

Iga tegevus nõuab hea tulemuseni jõudmiseks paljude erinevate eelduste kasutamist. Tegevuseeldused jagunevad kolmeks valdkonnaks: **sensomotoorsed tegevuseeldused**, **kognitiivsed tegevuseeldused** ja **psühhosotsiaalsed tegevuseeldused**. Inimese tegevussoorituse paremaks mõistmiseks tuleb neid valdkondi väga hästi tunda. See aitab konkretiseerida tema tugevusi ja arengu- ehk toetusvajadust.

Sensomotoorsed tegevuseeldused

See valdkond kirjeldab inimese võimeid, mis on seotud:

1. Kesknärvisüsteemi vastuvõetud informatsiooni töötlemisega sellisel tasemel, et inimene saaks keskkonnas efektiivselt tegutseda.
2. Lihas- ja skeletisüsteemi funktsioonidega tasemel, et tegevustes vajalikke põhiliigutusi sooritada.

Selles valdkonnas on töös psüühikahäire, vaimupuude ja liitpuudega inimestega oluline eristada ja täpsemalt hinnata järgmisi alaoskusi:

- aistingud (nägemine, kuulmine, haistmine, maitsmine, taktiline tundlikkus ja süvatundlikkus)
- refleksid (võivad kesknärvisüsteemi kahjustuse puhul tegevuste sooritamist segada)
- tasakaal
- kehaskeem (keha suuruse, ulatuse, funktsioonide tunnetamine)
- peen- ja üldmootorika (käe ja keha liigutused)
- lihasjõud/vastupidavus
- liigesliikuvus (või liigutusulatus)
- koordinatsioon (võime eesmärgistatult liigutusi suunata)
- keha keskjoone ületamine
- kahe käe koostöö
- silma-käe koostöö

Kognitiivsed tegevuseeldused

Selle tegevuseelduste valdkonna alla kuuluvad võimed ja oskused, mis on seotud mõtlemise- ja juurdlemisega. Mõiste „kognitsioon“ kõige üldisemat tähendust seostatakse teadmiste omandamise ja kasutamise ehk informatsiooni töötlemistega. Kognitsioonil on oluline osa peaaegu kõikides tegevuste sooritusaspektides, kuna loomuliku tegevuse käigus jälgib inimene alati iseennast, saavutatud tulemust, keskkonda; teeb saadud info põhjal järeldusi ning plaanib edasisi tegevussamme.

Selles valdkonnas on võimalik eristada järgnevaid alaoskusi:

- mälu (nt lühi- ja kaugmälu)
- tajud (olukord, kus aistingule kaasneb mõttetegevus)
- orientatsioon (ajas, kohas, ruumis, iseendas ja teistes inimestes, olukordades, tegevustes)
- tähelepanu suunamine (põhiline eeldus informatsiooni töötlemise algetapis enne tõlgendamist ja tegutsemist, võimaldab saada ülevaate olukorrast)
- keskendumine (oluline vaadelda just tegevuste lõikes)
- probleemide lahendamise oskus
- seoste loomine
- osadest terviku moodustamine
- terviku lahutamine osadeks
- loogiline mõtlemine (väljendub tegevuste plaanimises ja võimalikult efektiivses tegutsemises)
- õppimisvõime (omandamisvõime)

Psühhosotsiaalsed tegevuseeldused

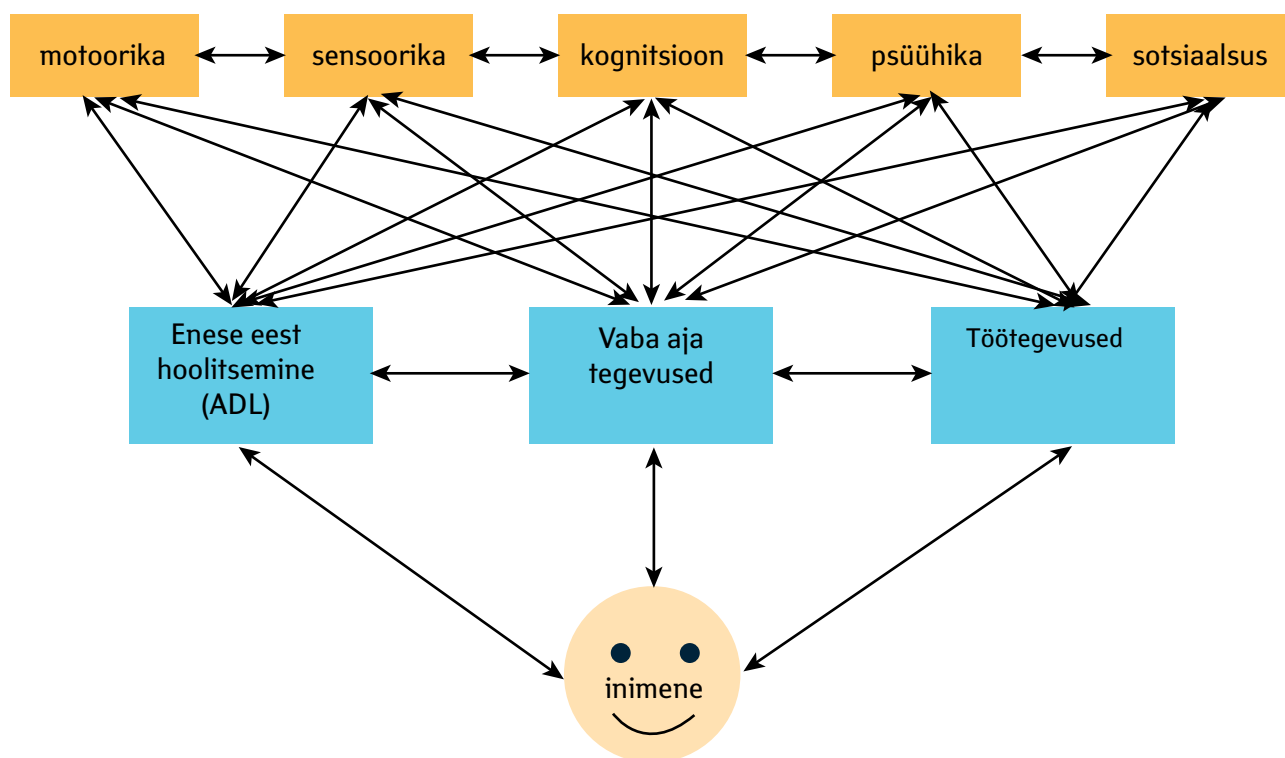
Valdkond kirjeldab võimeid ja oskusi, mis on seotud inimese psüühika ja suhtlemisega. Psüühikast lähtuvad eeldusi nähakse inimesesisesete jõuvarudena, mis võimaldavad toime tulla stressi ja pingetega, iseenda tunnetega. Lisaks kirjeldab valdkond veendumuste, suhtumiste ja tõekspidamistena seotut.

Eristada on võimalik järgmisi alaoskusi:

- motivatsioon (liikumapanev jõud)
- meeleolu (üldine meeleolu tase)
- iseloom (isiksuslikud omadused, temperamentsus)
- minapilt (suhtumine endasse)
- emotsioonid (millised emotsioonid väljenduvad, ühetaolised või vahelduvad, emotsioonide juhtimise võime)
- tavade, väärtuste, normide järgimine
- suhtlemisoskused (alates teise inimese märkamisest ja talumisest enda lähedal kuni empaatiavõimeni)
- rollide tajut
- koostööoskused (seotud võimega tegutseda rühmas koos teistega)

Psüühikahäirega inimeste puhul esinevad sageli häired just kognitiivsetes ja psühhosotsiaalsetes tegevuseeldustes. Neil on raske tähelepanu suunata ja tegevusele keskenduda. Tihti on häiritud orientatsioon iseendas, olukordades, tegevustes ja teistes inimestes. Samuti segavad loogiliste järelduste tegemist ja probleemi lahendamist ratsionaalsel viisil sageli hallutsinatsioonid ja luulumõtted.

Tegevusvõimest täieliku pildi saamiseks on vältimatult vajalik nii tegevustervikute kui ka tegevuseelduste osadeks jagamine. See võib tunduda vägivaldne inimese tükeldamine, kuna tunnetame seesmiselt, et inimene on tervik – sümbioos siseste oskuste ja eelduste ning oskuste praktilisest väljendumisest tegevustes. Tegevustervikute ja tegevuseelduste jaotamisel näeme selgelt, et kõik nad on omavahel tihedalt seotud. Samas annab ainult inimese võimete ja tegevuste osadeks jaotamine võimaluse üldistada võimalikult vähese eksimusega ja leida tõelised põhjused võimalikele tegevusvõime häiretele.



Joonis 6. Tegevusvõime alaosade omavaheline seotus

9.3. Tegevusvõime mõjutegurid: keskkond

Hoolimata inimese võimekusest on just keskkond see, mis oma erinevate võimalustega kas piirab/toetab või lausa nõuab teatud tegevuste sooritamist, teatud tegevuseelduste kasutamist. Inimese tegevust ei ole võimalik käsitleda ilma teda ümbritsevale keskkonnale tähelepanu pööramata. Oluline on keskkonda vaadelda ka ajaperspektiivis – mineviku, oleviku ja tuleviku keskkond. See avardab tunduvalt meie võimalusi inimest mõista ja tema arengule kaasa aidata. Keskkonda on võimalik käsitleda kahe eraldi osana: füüsiline keskkond ja sotsiaalne keskkond. Mõni keskkonnakäsitlus lisab siia veel kolmanda keskkonnamõõte: kultuuriline keskkond. Kuid samas on kultuurilist keskkonda võimalik käsitleda pidevalt olemasolevana ning nii füüsilist kui ka sotsiaalset keskkonda jätkuvalt mõjutavana.

Füüsiline keskkond

Hõlmab enda alla kõik, mille kohta ei saa öelda „inimkeskkond“. Koosneb kolmest alaosast: **looduslik keskkond**, **ehitatud keskkond** ja **esemeline keskkond**.

Loodusliku keskkonna alla kuulub kõik see, mis n-ö „on olemas“ ja mille olemasolu inimtegevus otseselt mõjutada ei saa. Maastik, kliima, aeg, looduslikud esemed ja kohad (puud, põõsad, kivid, veekogud jne). Loodusliku keskkonna mõju inimtegevusele ilmneb näiteks aastaegade vaheldumises, valgete ja pimedate, soojade ja külmade perioodide vaheldumises.

Ehitatud keskkonnaks loetakse inimese loodud hooned ja rajatised, teed ja sillad ehk kõik, mis inimkättega rajatud.

Esemeline keskkond koosneb esemetest, asjadest ja vahenditest, mis tavaliselt paiknevad ehitatud või looduslikus keskkonnas. Siin all käsitletakse kõike seda, mida inimene endale oluliste tegevuste sooritamiseks ja elementaarse heaolu saavutamiseks vajab ja kasutab.

Sotsiaalne keskkond

Moodustub inimest ümbritsevast kogukonnast ja selles tekkivatest inimsuhetest. Sotsiaalse keskkonna mõju inimtegevusele on seotud omandatud väärtustega, suhtlemiskogemustega kujunenud minapildiga, suhtlemisharjumustega, toetusvõimalustega jne.

Kultuuriline keskkond

Kultuuriline keskkond kirjeldab uskumusi, traditsioone, tavasid ja norme, mis esinevad teatud kultuuri kontekstis ja on mõistetavad selle kultuurigrupi liikmetele. Kultuurilist keskkonda on võimalik jagada väga erinevalt, sest piire võib moodustada lähtudes mis tahes kriteeriumitest: rahvus, staatus, religioon, vanus, elukoht jne.

Psüühikahäirega inimeste elukeskkonna hindamisel tuleb eelkõige jälgida **stimulatsioonitaseme** vastavust sihtrühma vajadustele. Psüühiline haigus on emotsionaalne häire, mis kulgeb psühhootiliste episoodidena. Psühhootilise episoodi vallandajaks on sageli emotsioon (negatiivne või positiivne). Seega peaks psüühikahaigusega inimese füüsiline keskkond olema võimalikult selge ja muutumatu, võimalikult vähe stimuleeriv: neutraalsed värvid, vähe ärritajaid, kindel päevastruktuur ja kindlad rutiinid. Vaimupuudega inimesed vajavad stimulatsiooni enam, kuna see soodustab kõige uue õppimist. Kuid ka siis peab töötaja stimulatsiooni kontrollima. Sotsiaalse keskkonna puhul tähtsustatakse olemasolevaid suhteid, nende iseloomu ja mõju inimesele. Kultuurilise keskkonna mõju käsitledes tasub muuhulgas vaadelda ümbritsevate suhtumist psüühikahäirega inimestesse. Inimese toetamisel erinevates tegevustes peab aga teadma, et inimene ongi sageli see, mis on tema tavad ja harjumused.

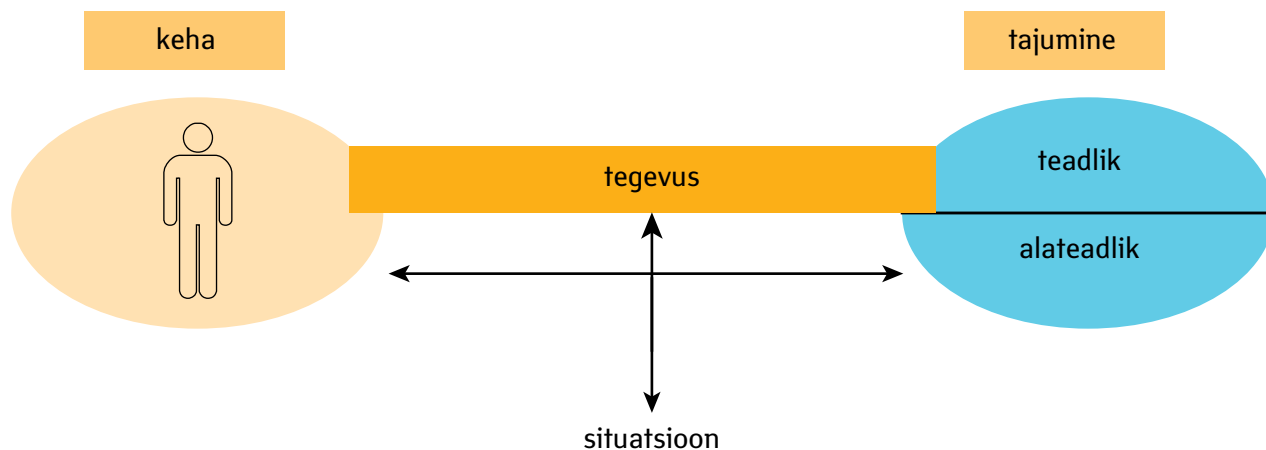
10. EESMÄRGISTATUD TEGEVUS

Tegevusjuhendaja ülesanne on toetada inimest tervikuna. See ei tähenda niivõrd kliendi eest hoolitsemist ja tema hooldamist, vaid ennekõike tema juhendamist ja toetamist eesmärgiga saavutada võimalikult iseseisev toimetulek. Seetõttu on tegevusjuhendaja töös oluline teada erinevatest tegevustest ning nende võimalikest eesmärkidest. Nii on võimalik valida kliendile just need tegevused, mis on talle tõeliselt jõukohased ja motiveerivad. Ainult eesmärgistatud tegevus arendab inimest tõeliselt.

Inimene on aktiivne olend, kelle arengut mõjutab eesmärgipärase tegevuse kasutamine. Kaugeltki mitte kõik tegevused, mida inimene elu jooksul sooritab, ei ole eesmärgistatud ehk tähenduslikud. On tegevusi, mille sooritamine on elu jooksul kujunenud mehhaaniliseks (triikraua vooluvõrgust eemaldamine, ukse lukustamine, tule kustutamine WCs, auto juhtimisvõtted jne). Nende tegevuste puhul mõtleb inimene harva eesmärgi või protsessi peale, sest vajalikud liigutused on muutunud rutiiniks ja tegevus eraldi mõtestamist ei vaja. Samas ei ole tegevuse eesmärk kuhugi kadunud vaid on liikunud teadvusest alateadvusse. Sellist tegevust võib nimetada ka *alateadlikuks tegevuseks*.

Eesmärgistatud tegevused pole ka väljastpoolt peale sunnitud tegevused, mille eesmärk pole tegijale selge – näiteks selline õppetöö, kus tuleb midagi lihtsalt pähe õppida ilma selle sügavamat sisu või tähendust tajumata. Samuti kasutatakse mõtestamata tegevusi sageli erinevate sihtrühmade hooldamisel või ravis. Heaks näiteks on päevakeskustes iga päev lõnga harutavad või pidevalt katse-eksituse meetodil puslet kokku panna üritavad kliendid. Sageli on eesmärk töötajapoolne – tõestada juhusliku kontrolli puhul, et tegevus käib, klientidega tehakse tööd vms. Sellisel juhul võime pigem rääkida toimingust või *toimimisest*.

Tegevusteraapias on *inimese olemus* võrdsustatud tema tegevusega. Tegevus aitab säilitada ühenduse *tajude, keha ja situatsiooni* vahel (vt joonis 7). On uuritud, et olukorras, kus inimene on täielikult tegevusetu, hämardub teadlikkus situatsioonist ja iseenda orgaanilisest olemasolust väga ruttu. Tegevusterapeutid arvavad, et sisuliselt hoiab tegevus inimest koos.



Joonis 7. Tegevuse seotus keha, tajumise ja situatsiooniga

Eesmärgistatud tegevus on protsess, mis nõuab mõtte ja energia kasutamist ning on suunatud määratud või ihaldatud tulemuse saavutamisele.

Tegevuse eesmärk võib olla seotud *tegevusprotsessiga* (tegevuse kasutamine ängistuse vähendamiseks, meeleolu tõstmiseks jne) või *tegevuse tulemusega* (konkreetses oskuse harjutamine). Tegevus on eesmärgistatud ainult siis kui ta vastab inimese kultuurilistele väärtustele ja vajadustele. Eesmärgistatud tegevuse tulemus ei pea ilmselgelt olema valmistoode. Kui see juhtub aga nii olema, siis hinnatakse tavaliselt tegevusprotsessi valmisproduktist olulisemaks. Valmistoode saab omada tähtsust ainult siis kui ta peegeldab või sümboliseerib tegevusprotsessi (päeviku pidamine vms).

Eesmärgistatud tegevuse iseloomustus

■ Universaalne.

Eesmärgistatud tegevus on elust enesest, need on tegevused, mis leiavad meie ümber aset kogu aeg ja on seotud inimkogemuse kõikide aspektidega. Need on tegevused, mille soorituse eemärk on seotud enese eest hoolitsemise, töö ja vaba aja veetmisega. Inimesed sooritavad eesmärgistatud tegevusi kogu oma ärkveloleku aja jooksul, isegi magamist loetakse mingil moel eesmärgistatud tegevuseks.

■ Arendav.

Eesmärgistatud tegevus koostöös keskkonnaga nõuab sensomotoorsete, kognitiivsete ja psühhosotsiaalsete tegevuseelduste kombineeritud kasutamist ning annab võimaluse nende arenguks.

■ Osadest koosnev tervik.

Koosneb elementidest, mida on võimalik ära tunda ja tundma õppida. Liikumine/liigutused, tegevuse erinevad astmed, vajalik materjal ja varustus, protsessi tulemus, suhted, mis mõjutavad ja on mõjutatud protsessist, kultuuriline tähendus, vanuse ja soo faktor ning nõutud tegevuseeldused.

■ Holistlik käsitlus.

Tegevuse sooritamine võib inimesele pakkuda kõikehõlmavat kogemust erinevates valdkondades: ärritused keskkonnast, mõtted, tunded, ootused, soovid, liigutused, asendid jne. Tegevusega on seotud paljud erinevad elemendid. Neid kohandades, üksteisega sidudes ning vahetades saame anda tegevusele täiesti erinevaid tähendusi.

■ Võimalus kohandada.

■ Tegevuse elementide muutmisel, eemaldamisel, lisamisel või vahetamisel saame tegevust lihtsustada, raskendada, huvitavamaks ning kliendi võimetele vastavaks muuta.

■ Suhtlemist võimendav.

- ☐ a) suurendab mitteverbaalset suhtlemist keskkonnaga, mistõttu alateadlikud mõtted ja tunded jõuavad tasandile, kus neid on võimalik analüüsida ja väljendada
- ☐ b) aitab suhelda iseendaga (ideede ja tunnete avaldumine)
- ☐ c) koostöö teistega

■ Aktiivsust toetav.

Rõhk on tegemisel. Oluline on aktiivne osalus tegevuses (tegemine, mitte tegevusest rääkimine). Teatud sihtrühmade puhul on tegevusest rääkimine märksa lihtsam kui tegevuse reaalse sooritamise. Õigesti valitud eesmärgistatud tegevuse puhul paneb aga tegevus ise inimese tegutsema ja ei ole vaja enam tegemisest rääkida.

■ Seotud füüsilise keskkonnaga.

Eesmärgistatud tegevus toimub alati selleks tegevuseks sobivas keskkonnas ja vajab kindlaid vahendeid. Füüsilise keskkonnaga manipuleeritakse, see kohandatakse endale sobivaks, selle võimalusi kasutatakse ära. Sõltuvalt tegevuse iseloomust on esemelise keskkonnaga manipuleerimise võimalused erinevad, kuid tegevusi vaakumis sooritada ei ole võimalik. Samas jälle ei ole kõik ainult keskkonnaga seotud tegevused kaugeltki mitte eesmärgipärased.

■ Toimiv järgnevus teadlikult alateadlikule.

Sageli alustame tegevust teadlikult, et midagi õppida või katsetada. Oskuste omandamisel ei suuda me aga enam selgitada, kuidas see tekkis, saame öelda ainult mida me tegime. Võimatu on kirjeldada detailselt, kuidas jalgrattal tasakaalu säilitada või kuidas ühtlaselt kududa. Tegevusega harjumisel liigub teadlik informatsioon alateadvusesse, kuid arvatakse, et eesmärgistatud tegevuse abil on võimalik saavutada ka vastupidine protsess, kus inimene on ühenduses oma alateadvusega.

■ Toimiv järgnevus reaalselt sümboolsele.

Iga eesmärgistatud tegevus, mis toimub reaalselt, omab ka sümboolset tähendust. Sümbol võib olla kogemus, tegevus, asi, kujund, inimene või sõna, millel on lisaks tavalisele ja üldtuntud tähendusele veel teisi erilisi tähendusi. Sümboli puhul saab rääkida selle kujutamisest ehk viisist, kuidas sümbolit kogetakse (tegevusena, sõnadena, piltidena, asjadena), vormist ehk sümboli esituse struktuurist (mida kujutatakse) ja sümboli sisust ehk tähendusest inimesele. Tegevustes tekivad isikupärane sümbol on seotud inimese enda unikaalsete kogemuste, maailmavaate, elukorralduse, identiteedi ning talle

tähtsate inimeste ning asjadega. Eesmärgistatud tegevuste sümboolne tähendus toimib klienditöös kui suhtlemise võimendaja inimpsüühika alateadliku ja teadliku taseme vahel. Sümbol aitab anda objektiivset pilti olukorrast ja lubab inimesel kogeda sümboolselt seda, mida reaalsuses pole võimalik. Samas tuleb arvestada, et tegevuses peituv sümbol võib olla põhjuseks, miks inimesele üks või teine tegevus vastumeelsena tundub.

■ Toimiv järgnevus simuleeritult loomulikule

Eesmärgistatud tegevus võib olla nii simuleeritud kui loomulik. Loomulikud tegevused leiavad aset harjunud kohas, tavapärasel ajal ning on sooritatud viisil, mida inimene peab loomulikuks või harjumuspäraseks. Simuleeritud tegevuse puhul sooritatakse tegevus selleks määratud ajal ja kohas kohandades selleks füüsilist ja/või sotsiaalset keskkonda. Simuleeritud tegevuse kasuks räägib võimalus omandatud üle kanda loomulikku olukorda (kõõgitoimingute harjutamine õppekõõgis, et inimene suudaks hiljem kodus endale lõunat valmistada).

Inimese tegevus on eesmärgistatud, kui ta teab selle tähendust ja vajalikkust. *Eesmärgituks* võib pidada neid tegevusi, mida inimene ei soorita vabatahtlikult, tegevuse mõte ja eesmärk ei ole talle selge või tegevus on mõõttetu kordamiste jada. Kui pakume klienditöös inimestele tegevusi, mille tähendus on neile ebaselge, võime saavutada mingi tulemuse (klient teeb midagi), kuid töötame ebaefektiivselt (klient ei arene).

11. TEGEVUSJUHENDAJA TÖÖVALDKOND JA ROLLID

Tegevusjuhendaja kui ametinimetus erihoolekandes on kasutusel olnud kümmekond aastat. See ametinimetus rõhutab psüühilise erivajadusega inimeste aktiivset tegutsemist oma elu korraldamisel ning professionaalse abi andmist vastavalt inimese vajadustele.

Tegevusjuhendaja all mõeldakse enamasti töötajat, kelle töö hõlmab kliendi juhendamist nii igapäevatoimingute sooritamisel (riietumine, pesemine, söömine, poes käimine, rahaplaneerimine jne) kui ka tema huvide väljaselgitamist ja huvitegevuse toetamist (huviringid, hobitegevused jne).

Tegevusjuhendaja töö on seotud erinevate valdkondadega. Selleks tööks vajalikke teadmisi saab tegevusteraapiast, meditsiinist, psühholoogiast, pedagoogikast, andragoogikast, eripedagoogikast, sotsiaal- ja hooldustööst jm. Juhendamise vajaduse nägemine ja oskus juhendada viisil, mis on vajalik (oskuste õpetamine, oskuste kasutamise juhendamine, vajaduste määratlemine jne) ja kasulik (õigel ajal õige valik) on selle töö põhiline sisu.

Tegevusjuhendaja amet. Tegevusjuhendajad töötavad tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandetasutustes, mis on spetsialiseerunud psüühilise erivajadusega inimestele teenuste osutamisele.

Tähelepanu pööratakse kliendi aktiveerimisele, eesmärgipäraste tegevuste planeerimisele ja läbiviimisele, arvestades tegevuste jõukohasust ja mõju üldisele toimetulekule. Tegevusjuhendajale esitatavad nõuded on sätestatud sotsiaalhoolekande seaduses, mille järgi võib erihoolekandeteenust vahetult osutada füüsiline isik (tegevusjuhendaja), kelle kvalifikatsioon vastab vähemalt ühele järgmistest nõuetest:

- vähemalt põhiharidus ja sotsiaalministri määrusega kehtestatud 260tunnise koolituse läbimine
- üks järgmistest: riiklikult tunnustatud sotsiaaltöölane keskeri- või kõrgharidus; eripedagoogika- või sotsiaalpedagoogikaalane kõrgharidus; tegevusteraapiaalane kõrgharidus; vaimse tervise õenduse alane keskeri- või kõrgharidus; tegevusjuhendamisalane kutsekeskharidus

11.1. Inimesekeskne professionaalne abistamine

Personaalne ehk inimesest lähtuv abistamine on kompleksne kontseptsioon. See sisaldab endas kolme mõistet: juhtimine, juhendamine ja abistamine.

Inimene, kes teist juhib, võtab juhtimise üle vastavalt vajadusele. Juht on inimene, kes ütleb, mis ja kuidas peab toimuma ja seega ta ka vastutab.

Juhendamine seevastu on teise inimese kaitsmine ja toetamine, seejuures vastutust endale võtmata. Juhendaja peab alati lähtuma inimesest, kes juhendamist vajab ning koos inimese endaga panema paika juhendamise eesmärgid.

Abistamine tähendab seltsiks olemist, ühiseid ettevõtmisi, toetamist, konkreetse abi andmist. See on üksteisele toeks olemine, ilma et teise inimese iseseisvus ja isiklik vastutustunne kahjustada saaks. Abistamine ei ole üks hetk ajas, vaid jätkuv protsess. Abistamise objekt on kliendi terviklik tegevus.

Abistamine on professionaalne tegevus, mis nõuab teadmisi ja kogemusi. Abistamine peab lähtuma normalisatsiooniprintsiibist – toetada klienti nii, et ta tuleks võimalikult hästi toime (suudaks n-ö võimalikult normaalselt sooritada igapäevatoimingud) oma tavapärases keskkonnas, samuti osaleda huvitegevustes ja ühiskonnaelus laiemalt.

Oluline on tegutsemine koos kliendiga: väljas käimine, puhkamine, toidu valmistamine, söömine, töötamine jne. Psüühilise erivajadusega inimeste abistamine keskendub suures osas just võimalikult tavapärase ja tähendusrikka elu võimaldamisele.

Üks amet, palju rolle

Tegevusjuhendaja töös on palju erinevaid rolle.

Roll tähendab inimese asetsemist mingis süsteemis. Rolliga kaasnevad õigused, kohustused, võim ja vastutus. Rollikäitumine on seotud rolliootustega (mida ootavad vastandrolli täitjad), rollikujustlusega (enese ettekujutus rollis olemisest), rolli omaksvõtuga (rolli sobivus).

Rollikäitumine on seotud ka abistamis- ja juhendamisstrateegiatega – millises rollis millist strateegiat kasutada. Tegevusjuhendaja peab olema teadlik, millised on erinevate rollide erinevad võimalused.

Roll peab sobima toetamise ja juhendamise eesmärkidega – lõppeesmärk on, et klient suudaks oma sotsiaalseid rolle võimalikult hästi täita.

Mõni roll annab rohkem võimu kui teised. Võimu võib defineerida kui võimalust määrata ja juhtida teiste käitumist. Tegevusjuhendajale annavad suhtes kliendiga võimu õigus reegleid kehtestada, professionaalsed teadmised ja sageli ka paremad suhtlemisoskused. Kuigi kliendi ja tegevusjuhendaja suhtes on paratamatu, et viimasel on rohkem võimu, on selge, et seda ei tohi kuritarvitada – lähtuma peab ikka kliendi vajadustest ja eesmärkidest.

Iga tegevusjuhendaja täidab korraga mitut rolli. See, millist rolli kasutada, oleneb kliendi vajadustest ja toetamise eesmärkidest.

- **Tegevusjuhendaja kui ravispetsialist** – keskendutakse haiguse või häire ravimisele või käitumise muutmisele. Klient on patsiendi rollis.
- **Tegevusjuhendaja kui õde** – see roll on otstarbekas haiglas või raviasutuses viibivate klientide puhul, kelle esmased probleemid on seotud vaimse või füüsilise tervisega.
- **Tegevusjuhendaja kui hooldaja** – hooldustegevused on esiplaanil eelkõige vanemate klientide puhul, kellel on lisaks psühhosotsiaalsetele ka füüsilised piirangud ning nad ei tule seetõttu enese eest hoolitsemisega toime. Hooldamine võib tähendada abistamist nii isikliku hügieeni eest hoolitsemisel kui ka majapidamistöodes.
- **Tegevusjuhendaja kui asendusvanem** – mõnikord vajab klient oma isiksuse lapseliku poole jaoks vanema või asendusvanema kohalolekut – vanem kaitseb ja pakub turvatunnet. Tähtis on hinnata, millal ja kui kaua on vaja asendusvanema rolli kasutada ning seejärel kasutada teisi sobivaid rolle.
- **Tegevusjuhendaja kui läbirääkija** – seda rolli võib kanda, kui klient on võimeline läbirääkimisi pidama ja kui selline sekkumine on tema puhul õigustatud.
- **Tegevusjuhendaja kui informaator** – selles rollis annab tegevusjuhendaja informatsiooni ilma oma arvamust või nõuandeid väljendamata. Informatsioon on faktiline ja objektiivne, puudutades nt sotsiaaltoetusi ja -teenusi, hobivõimalusi, kursuseid jne. Klient saab ise otsustada, kas ja kuidas saadud informatsiooni kasutada.
- **Tegevusjuhendaja kui nõuandja** – nõu saab anda kahel viisil: kui klient seda soovib ja ka siis, kui seda pole soovitud. Kliendil on vabadus valida, kas nõuannet järgida või mitte. Selle rolli puhul jätab tegevusjuhendaja asjad kliendi otsustada. Nõuandja võib käituda ka läbirääkijana, andes nõu erinevatele pooltele, nt kliendile ja pereliikmele.
- **Tegevusjuhendaja kui juhendaja** – juhendajana õpetatakse kliendile konkreetseid oskusi. Need võivad olla nii praktilised kui ka sotsiaalsed oskused ning õpetada võib nii individuaalselt kui ka gruppitöö käigus.
- **Tegevusjuhendaja kui agent/advokaat** – see roll on vajalik juhul, kui klient ei ole võimeline oma huvisid esindama või oma õiguste eest seisma. Selles rollis peetakse läbirääkimisi nn kolmandate osapooltega (nt meditsiinipersonal, kohaliku omavalitsuse ametnikud jms), et kaitsta kliendi huve.
- **Tegevusjuhendaja kui liitlane** – liitlase roll põhineb suuresti solidaarsusel ning kõik eelnimetatud rollid on sellega seotud.

Tegevusjuhendaja võib ühe kliendi puhul vastavalt kliendi vajaduste ja probleemide iseloomule täita mitut rolli kas samal ajal või ka vahelduvalt. Vahelduvad rollid võivad kliendis ka segadust tekitada. Oluline on, et roll on keskendunud soovitud tulemuse saavutamisele. Igale tegevusjuhendaja rollile vastab kindel kliendi roll, rollid peavad olema omavahel vastavuses. Patsiendi roll kliendi puhul vajab õe rolli tegevusjuhendaja poolt. Samas peab aga silmas pidama, et kui tegevusjuhendaja kasutab püsivalt või valdavalt õe rolli ega näe kliendi muutunud vajadusi, võib klient patsiendi rolli jääda.

Tegevusjuhendaja kui abistava elukutse esindaja

Traditsiooniline heategevusfilosoofia rõhutab, et aitaja annab peale oma teadmiste, oskuste ja ressursside ka midagi iseendast, oma elust ja isiksusest. Aitaja kuvand läbi ajaloo on olnud soe, tark, julge, omakasu-püüdmatu ja vahel ka ennast teiste jaoks ohverdav inimene. Samas on ka seisukohti, et aitamise peab olema eelkõige ratsionaalne professionaalne töö kindlate eesmärkide saavutamiseks. Tõenäoliselt on tõe kusagil vahepeal, kasutada tuleb nii oma isikuomadusi kui ka professionaalseid teadmisi ja oskusi. Kindel on aga see, et aitamistöö ilma empaatiavõimeta on ebaõnnestumisele määratud. Kui empaatiat pole, on isiksuse tasandil jagamine aitamissuhtes tõkestatud. Asju võidakse küll väliselt kontrollida, kuid sisulist kohtumist kliendi ja tema vajadustega ei toimu.

Paljudel psüühilise erivajadusega inimestel on probleeme isiklike suhete alustamise ja säilitamisega. Seetõttu on suhe tegevusjuhendaja ja kliendi vahel väga oluline. Tegevusjuhendaja peab olema pidevalt teadlik sellest, kuidas ta suhet kliendiga kujundab, eriti seetõttu, et tema eeskuju avaldab kõige suuremat mõju. Iga tegevusjuhendaja astub suhtesse koos oma normide, väärtuste ja arusaamadega. Üheks oluliseks väärtuseks, millest juhinduda, võiks olla kliendi võimalikult hea toimetulek ning kliendi kaasamine tema probleemide lahendamisse.

Aitamistöö vaimse tervise valdkonnas. Töö inimeste ja inimsuhetega on oma loomult raske ja keeruline, seda ei saa teha ainult teoreetiliste teadmiste baasil. Vaimse tervise valdkonna töötajate puhul on eriti tähtis enda tundmine ja oma alateadlike tegevusajendite ja motiivide teadvustamine. Tuleb silmas pidada, et:

- aitamine on vastastikune mõjutamine
- aitaja kasutab peale oskuste ja teadmiste ka iseennast, oma isiksust ja loomust
- aitaja toob abistamissuhtesse iseenda, oma teadlikud ja alateadlikud tunded ja motiivid, väärtused, uskumused ja eelarvamused

11.2. Tööstress ja läbipõlemine

Suurim oht oma isiksuse kasutamisel aitamistöös on selle koormavus. Emotsionaalse koorma kõrval on üks väsimuse põhjus ka võimalik liigne vastutuse võtmine kliendi eest. See võib aga tekitada stressi ning viia läbipõlemissündroomini.

Stress on ühteaegu nii positiivne kui ka negatiivne nähtus. Teatud piirini stress motiveerib ja häälestab tulemuslikule töötamisele. Kui aga kriitiline punkt on ületatud, muutub stress negatiivseks: see viib frustratsiooni, vaimse kurnatuse ja isegi töövõimetuseni. Kaotatakse kontroll iseenda, oma töö ja elu üle. Stress on tavaliselt piiritletud, kiiresti mööduv nähtus, millel on kalduvus korduda. Läbipõlemine on aga sageli pikk protsess, mis viib töötaja lisaks negatiivse minapildi tekkimisele ka seisundisse, kus ta pole enam võimeline tööd tegema.

Mõistetavalt ei ole läbipõlenud töötaja võimeline teisi aitama. Vaimse tervise valdkonnas on seetõttu eriti oluline töötajate emotsionaalse heaolu eest hoolitsemine (tööjuhendamised, supervisioonid, töö- ja puhkeaja režiim jne).

Töökurnatust ja tööstressi võib pidada erinevate negatiivsete stressiolukordade kuhjumiseks. Töökurnatus ilmneb kolmesuguste sümptomitena: väsimuse, küünilisuse ja ametialase eneseuhkuse nõrgenemisena.

Töökurnatuse staadiumid

Alarmstaadiumis hakkab pikaajaline ebakõla jõuvarude ja endale esitatavate nõudmiste vahel mõju avaldama. Inimene püüab kõigest jõust pingutades ja oma jõuvarusid ületades saavutada ka võimatuid eesmärke. Selles staadiumis loobutakse sageli endale olulistest jõuallikatest. Pikaleveninud üle jõu töötamine viib **roidumusstaadiumi**. Jõuvarud ammenduvad ning tagajärjeks on roidumus, väsimus, ärrituvus ja vaenulikkus. Sageli tehakse ületunde ja töötatakse ka vabal ajal. **Kurnatusstaadiumis** leiab inimese käitumises ja hoiakutes aset suur muutus: tekib ükskõiksus, tигedus, hoolimatus, paindumatus ja soov teistest eralduda.

Töökurnatusest toibumiseks vajatakse teiste abi ja tuge. Igaüks saab töökollektiivi liikmena teisi toetada ja näha märke, mis viitavad kurnatusele, samuti kaasa rääkida selliste tööviiside kujundamisele, mis toetavad töötajate healolu.

Tööstressi põhjused, vältimine ja enese eest hoolitsemine

Tööstressi põhjused võivad olla järgmised:

- töökoha õhkkond (või töökultuur) ning stressiga seonduva teadvustamine
- töötajatele esitatavad nõudmised (tööd liiga palju või vähe, füüsilised/psüühilised ohud töö jne)
- kontroll, kuivõrd on võimalik enese töötegemist mõjutada
- inimsuhted töökohas
- muutused – teave muudatuste kohta ning muudatuste kavandamine
- roll – kas on selge, milline on töö, mida peab tegema ning kas teised saavad sellest samamoodi aru.
- kolleegide ja ülemuste toetus
- koolitus – annab teadmised ja oskused tööga toimetulekuks

Tööstressi vältimise vastutus on tööandjal. Kui stress on töökeskkonnas probleemiks muutunud, on viimane aeg sellega tegelema hakata ning stressirohket ebatervet õhkkonda parandama asuda. Parima tulemuse saamiseks on oluline koostöö tööandja või otsese juhiga. Paljude teemade ja küsimustega tegeldaksegi tööjuhendamise käigus, et tööalane stress koormavaks ei muutuks.

Igal inimesel on oma stressitase, mis võib ühel hetkel hakata takistama tööalaste eesmärkide täideviimist.

Stressist vabanemiseks on võimalused, kas:

- muuta stressitekitavat olukorda
- kasutada omandatud võtteid organismi stressreaktsioonide leevendamiseks olukorras, mida ei anna parandada

Stressi on võimalik õppida endas ära tundma ja maandama mitmesuguste eneseregulatsioonitehnikate abil. Füüsiline stress ilmneb lihaspingete ja -valude näol. Tehnikad, mida sel juhul võiks kasutada on rahulik, vaba hingamine, lihaste ja lihasgruppide vahelduv pingutamine ja lõdvestamine, lihaste ja lihasgruppide järjestikune kujutamine raskete, soojade ja lõdvestunutena.

Intellektuaalne e emotsionaalne stress ilmneb negatiivsete mõtetena, üldise ärevuse ja masendusena. Tehnikad, mida sel juhul võiks kasutada, on negatiivse sisekõne teadvustamine ja läbitöötamine positiivseks, ratsionaalne ajakasutus, kujutlusmatkad, teadlik enese eest hoolitsemine: füüsiline koormus, sh liikumine värskes õhus, regulaarne toitumine ja uni, veeprotseduurid, oma mõtetest ja tunnetest rääkimine, teiste aitamine, huumor, aeg üksi olemiseks.

Tööjuhendamine

Tööjuhendamise all mõistetakse spetsiaalses valdkonnas asjatundja või kogenud töötaja toetust, nõustamist ja juhendamist individuaalse töö hindamisel, oskusi tööprobleemide analüüsimisel ja nende lahendamiseks vajalike meetmete plaanimisel ja teostamisel. Nendeks eesmärkideks on igapäevane tööalane tegevus, pidev professionaalne areng ja personaalne toetus.

Tööjuhendamise käigus käsitletakse töökoormust, töö mõju töötajale, arendus- ja koolitusvajadust, informatsioonivahetust.

Tööjuhendamise eesmärgid on:

- töötajate ametialaste oskuste parandamine
- teenuste kvaliteedi parandamine ametialase arengu ja hästi toimiva meeskonnatöö kaudu
- tööalase stressi ennetamine ja vähendamine
- tööalaste rollide ja kohustuste mõistmine

- motivatsiooni tõstmine
- kliendi rahulolu tagamine teenuste kvaliteedi tõusuga
- tööks sobiva sisekliima kujundamine
- töötajale tema tööks vajalike ressursside olemasolu tagamine

Tööjuhendamine on eriti oluline nendel erialadel, kus on vaja töötada inimestega. Tööjuhendamise süsteem on oluline ka hea töökultuuri loomiseks asutuses.

Konflikt kui tööstressi allikas

Konflikt töökohal on sage stressiallikas. Selle lahendamise käigus minnakse sageli isiklikuks ning hakatakse üksteist süüdistama. Igas arenevas suhtes on konflikt möödapääsmatu ja paratamatu. Konfliktid vajavad lahendamist, kuna lahendamata jäänuna kerkivad nad üha uuesti üles.

Konflikt on lahkeli või arusaamatus, mille tulemusena tekib emotsionaalne pinge, mis paneb inimesi üksteise vastu tegutsema. Konflikti tekkimiseks peab olema vähemalt kaks osapoolt. Konflikti baasiks on vastastikune huvid, vajaduste, hoiakute ja eesmärkide lahknevus. Konflikt iseenesest pole ei hea ega halb, vaid on pigem võimalus midagi iseendas või oma töös parandada.

Konfliktide liigid:

- vajadustekonflikt – pörkuvad kahe või enama inimese erinevad vajadused
- väärtuskonflikt – teise inimese käitumine häirib, kuigi see ei too otsest kahju
- eesmärgikonflikt – saavutatud tulemus või seisund ei vasta püstitatud eesmärgile
- arvamuste konflikt – arvamusi, väärtusi ja kujutlusi tajutakse ebasobivatena
- tunnete konflikt – konflikt tekib emotsionaalsel pinnal

Konflikt võib tekkida järgmistel põhjustel:

- kellegi isiklike huve tahetakse riivata või üldse mitte arvestada
- ollakse haaratud valest informatsioonist
- omavaheline sobimatus ja suhtlemispinged
- viha, vastasseis, agressiivsus

Konflikt on konstruktiivne, kui vastuolu lahendatakse loominguliselt, püütakse leida lahendust, mis on kõigile osapooltele vastuvõetav või kasulik. Arvestatakse kõigi vajaduste ja tunnetega.

Konflikt on destrukttiivne, kui see toob esile emotsioonid ning tegeletakse vaid vormilise küljega ning välditakse konflikti sisulist lahendamist.

Töötaja ja kliendi või töötajate omavahelise konflikti lahendamiseks on erinevaid võimalusi. Kuidas toimida ja milline lahendusviis on parim, sõltub palju konkreetsest olukorrast.

Konfliktide lahendamise strateegiad:

Vältimine: püütakse jääda neutraalseks, sisuliselt ei arvestata ei enda ega teiste vajadustega. Vältimine on üks enamlevinud käitumisviise konfliktide puhul, kuid mitte konstruktiivne (üksikutel juhtudel võib vältimine olla kasulik, kuid need on erandid). Tehakse nägu, nagu konflikti pole olemas. Konflikti vältimine aga suurendab osapooltevahelisi pingeid ja võib lõppeda n-ö plahvatusega.

Domineerimine: üks osapool on keskendunud oma huvidele. Konfliktisituatsioonis kasutatakse teise poole mõjutamiseks füüsilist, majanduslikku või intellektuaalset võimu. Kaotaja tunneb end halvasti kohelduna ning emotsionaalselt lööduna.

Kohandumine: võetakse maksimaalselt arvesse teise poole nõudmisi ja surutakse alla enda vajadused. Kuigi see võib tunduda allaandmisena, võib see mõnes töösituatsioonis olla kõige otstarbekam. Konflikti rahumeelse lahendamise puhul on oluline välja selgitada erimeelsuste põhjused ning mõista, mida osapooled soovivad lahenduse kaudu saavutada.

Kompromiss: kasutatakse konflikti lahendamisel kõige sagedamini. Pole otseselt võitjat ega kaotajat ning ükski osapool ei saavuta maksimumi. Probleeme ei väldita, kuid neid ka ei lahendata sügavuti. Kõik osapooled saavutavad osa oma tahtmisest ning osast peavad loobuma.

12. TEGEVUSE TUNDMAÕPPIMINE JA KOHANDAMINE

XIX sajandi lõpul märgati, kui olulised on töö ja tegevus kesknärvisüsteemi kahjustuse ja psüühikahäirega patsientide ravis (Adolph Meyer). Tegevusi hakati analüüsima I maailmasõja aegses sõjatööstuses, kus tootmise efektiivsuse huvides üritati tootmisliinil välja arendada võimalikult ratsionaalseid töövõtteid nõudvad ülesanded. Põhiliselt uuriti siis tegevuse sooritamisel sensomotoorset valdkonda – liigutuste ulatust, kiirust, lihasjõudu, vastupidavust jmt.

Tänapäevaks oskavad tegevusterapeudid tegevusi põhjalikult analüüsida ja neid erivajadusega inimestele sobivaks kohandada. Samas peaks iga puudega inimestega töötav inimene teadma, kui tähtis on inimese jaoks ise midagi ära teha ja oskama näha tegevuse eri aspekte, mis võivad selle sooritamise õnnestumisel või ebaõnnestumisel määravaks saada. Kuna *tegevuse analüüs* on väga keerukas ja mitmetahuline protsess ja eelkõige tegevusteraapia eriala pärusmaa, siis käsitleme antud peatükis vaid mõningaid olulisemaid tegevuse aspekte *tegevuse tundmaõppimise* nime all.

Tegevuse tundmaõppimine on inimese tegevusvõime hindamise alus, selle abil on võimalik mõista eesmärgistatud tegevuse aspekte (nt tähendus, keerukus, mõju) ja tegevusse sekkuda. Kui juhendaja tunneb tegevusi põhjalikult, oskab ta valida neist parimad, mis säilitavad iga erineva kliendi tegevuseeldusi, parandavad, arendavad, motiveerivad ja aktiveerivad klienti. *Näiteks* me teame, et alates koolieast on kingapaelte sidumine on elementaarne tegevus kõikidele inimestele. Tegevust tundma õppides näeme, et see sisaldab väga keerukaid alaosi, mis nõuavad häid sensomotoorseid ja kognitiivseid oskusi. Seetõttu võib tegevus teatud vanuse või puude korral üle jõu käia. Lisaks eelistavad mõned inimesed kanda jalatseid, millel paelad puuduvad ning seetõttu ei tunneta nad paelte sidumise oskust olulisena.

Tegevuse tundmaõppimise üheks raskeimaks aspektiks on see, et tuleb hetkeks *unustada inimene ja mõelda ainult tegevusest*.

Tegevuse tundma õppimiseks uuritakse antud tegevuse tavapärast sooritust, mitte inimest seda tegevust tegemas.

12.1. Tegevuse tundmaõppimise protsess

Tegevuse tundmaõppimine ei ole sugugi lihtne ülesanne. Seda eelkõige seetõttu, et enamik tegevustest, mida soovime klienditöös kasutada ja milles klienti juhendada peame, on meile ju tuttavad. Esimene raskus tegevuse tundmaõppimisel ongi see, et tuleb tunnistada enda ebapädevust. Igapäevaselt vajalikke tegevusi sooritades ei mõtle me tegevuste eri aspektidele üksikasjalikult ja seetõttu on ettekujutus neist suhteliselt üldine.

Tegevuse tundmaõppimise eesmärgiks on tegevusest võimalikult detailse pildi loomine.

Just detailid tegevuses on need, mida saame hiljem kohandada ja muuta, et tegevust kliendile jõukohaseks muuta. Et tõelise tegevuse tunnetuseni jõuda, peame läbima teatud etapid.

1. Tegevusega tutvumine.
2. Tegevuse määratlemine.
3. Tegevuse piiritlemine.
4. Tegevuse jagamine osadeks.
5. Tegevuses vajalike tegevuseelduste kindlaks määramine.
6. Sobiva/vajaliku keskkonna kirjeldamine.

Tegevusega tutvumine

Et tegevusega oskuslikult ümber käia, peab tegevusjuhendaja antud tegevust ka tundma, kogema, muidu pole võimalik põhjalikult uurida. Seega, et saada õige ettekujutus tegevusest, selle komponentidest, keerukuse astmest, vajalikest liigutustest või vajaminevatest vahenditest, tuleb tegevusjuhendajal antud tegevus ise läbi teha. Isegi kui räägime tegevusest, mida teeme iga päev või sageli. Tegevuse tõeliseks tundmaõppimiseks ei piisa ainult tehtu meenutamisest. Mõeldes soorituse ajal tegevuse tundmaõppimise oluliste aspektide peale, avastame nii mõndagi uut.

Tegevuse määratlemine

Tegevus, mida soovitakse tundma õppida, tuleb kõigepealt täpsemalt määratleda ehk sõnastada üheselt mõistetavalt. Sageli räägime tegevustest veidi laialivalguvalt, ebamääraselt, jättes võimaluse sellest mitmeti aru saada. Tegevus, mille nimetus tundub ehk kõigile arusaadav, võib erinevates olukordades muutuda tundmatuseni. Väga raske on näiteks uurida tegevust „söömine“, sest söömise all võib mõelda küpsise suhu panemist, taldrikust lusikaga supi söömist, kolmekäigulise lõuna söömist restoranis, jäätise limpsimist jne. Kõik need tegevused nõuavad inimeselt erineval määral ja erinevas kombinatsioonis tegevuseelduste kasutamist. Mida täpsemalt ja konkreetsemalt on tegevus määratletud (sõnastatud), seda kergem on tema põhjaliku tundmaõppimisega jätkata. Näiteks on konkreetset määratletud tegevusteks „klaasist vee joomine“, „eest nõõbitava särgi selga panemine“ jms.

Tegevuse piiritlemine

Peale tegevuse määratlemist tuleb seada tegevusele selged piirid. Piiritlemise käigus otsustatakse, milal antud tegevus algab ja lõpeb. Selleks pole olemas kindlaid reegleid, iga tegevusjuhendaja määrab tegevuse alguse ja lõpu lähtuvalt oma kogemusest, vajadusest või keskkonna tingimustest. Oluline on selgelt sõnastades kirjeldada tegevuse algustingimused (stardipositsioon) ja tingimused, mis peavad olema täidetud, et tegevus sooritatuks lageda. Näiteks võib klaasist vee joomise alguseks olla *laualt veega täidetud klaasi haaramine* ja lõpuks *tühja klaasi lauale asetamine*. Samas võib tegevus lähtuvalt keskkonnast võimalustest olla mitmetahulisem: alguseks *klaasi võtmine kapist* ja lõpuks *loputatud klaasi asetamine kuivatusrestile*.

Tegevuse jagamine osadeks

Järgnevalt on vajalik kindlaks määrata tegevuse astmed. Iga tegevus koosneb paljudest väiksematest alategevustest, mis järgnevad üksteisele. Tegevuse osadeks jaotamine on vajalik selleks, et märgata alategevuste erinevusi – osa neist on keerukamad ja nõuavad eriliselt mingi kindla oskuse (tegevuseelduse) olemasolu. Samas annab see meile ka selguse, milline on tegevuse loomulik protsess, millises järjekorras on kõige optimaalsem alategevused sooritada.

Võimalikud tegevuse astmed: „klaasist vee joomine“:

- laual klaasi märkamise (eristamine)
- käe sirutamine klaasini
- klaasist haaramine
- klaasi tõstmine laualt
- klaasi suu juurde viimine
- klaasi kallutamine huultele
- söömu rüüppamine klaasist
- neelamine
- klaasi suu juurest eemaldamine
- klaasi asetamine lauale
- klaasi haardest vabastamine
- käe eemaldamine klaasi juurest

Kui väikesteks astmeteks uuritav tegevus jaotada, sõltub sihtrühmast kellega tegevusjuhendaja töötab. Psüühikahäirega inimestega töötades piisab vaid olulisemate alategevuste väljatoomisest, sest suuri probleeme sensomotoorses valdkonnas neil klientidel ei ole. Samas liitpuudega inimestega töötades võib vajalikuks osutuda iga vajaliku liigutuse eristamine tegevuse mingis astmes, sest probleeme esineb nii sensomotoorses, kognitiivses kui ka psühhosotsiaalses valdkonnas.

Tegevuses vajalike tegevuseelduste kindlaks määramine

Iga tegevusastme puhul määratakse kindlaks, milliseid tegevuseeldusi on vaja, et see alategevus sooritatud saaks. Ära vaatle tegijat – rõhk on tegevusel ja selle normaalsel sooritusel. Loomulikult on iga alategevuse sooritamiseks vajalikud pea kõik tegevuseelduse alaosalad, kuid *oluline on välja tuua need eeldused, mis antud etapis võimenduvad või mida eriliselt vaja on*, et see etapp lõpule viidud saaks.

Iga väikest alategevust on võimalik sobitada inimese tegevusvõime tasemega. Selleks ongi vaja välja selgitada, kas see klient (vastavalt hinnatud tegevusvõime tasemele) suudab sooritada tervet tegevust või on vaja tema jaoks teatud tegevuse alaosi kohandada, kuna seal nõutavad eeldused on häirunud.

Sobiva/vajaliku keskkonna kirjeldamine

Viimaseks ülesandeks tegevuse tundmaõppimisel on selle sooritamiseks vajaliku füüsilise (looduslik, ehitatud, esemeline) keskkonna ja võimalike ohutegurite kirjeldamine. Samamoodi aga ka sotsiaalse keskkonna aspektide kirjeldamine ning võimaliku otsuse langetamine tegevuse kasutamiseks individuaal- või rühmatöös. Näiteks „klaasist vee joomist“ saab sooritada nii toas kui ka õues, vajalikud vahendid on laud ja klaas. Ohuteguriks võib olla väga õhukesest materjalist klaas, mille purunemisel võib tegevuse sooritaja end vigastada. Tegevuse sooritamist ei pruugi segada, kui samaaegselt teevad seda ka teised.

Tegevuse tundmaõppimise protsess dokumenteeritakse kirjalikult.

Protsessi dokumenteerimisel on võimalik tegevust ja selle aspekte kirjeldada tegevusastmete järjekorras, tuues sinna juurde vajalikud tegevuseeldused. Samas annab hea ülevaatliku pildi tegevusest selle kirjeldamine tabelivormis (vt tabel 4). Tabelivormi miinuseks on aga see, et sinna on raske mahutada aspekte, mis ei ole otseselt seotud alategevustega – tegevuseks kuluv aeg, vajalikud vahendid, sobiv keskkond, ohutegurid, kultuuriline tähendus, sobivus sihtrühmale jmt.

Tabel 4. Tegevuse astmed ja tegevuseeldused

	Tegevuse astmed	Klaasi eristamine laual	Ühe käega klaasist haaramine	Klaasi tõstmine laualt	Klaasi suu juurde viimine	Klaasi kallutamise suule	Sõõmu rüüppamine	Neelamine	Klaasi eemaldamine suult	Klaasi asetamine lauale	Klaasi vabastamine haardest
Sensomotoorsed tegevuseeldused	Aistingud	X	X				X			X	X
	Tasakaal	X	X	X	X	X			X	X	
	Refleksid		X					X			X
	Kehaskeem			X	X				X		
	Motoorika		X	X							
	Lihasjäädus/vastupidavus			X	X						
	Koordinatsioon		X		X	X				X	
	Liigesliikuvus		X	X		X					
	Kahe käe koostöö										
	Silma-käe koostöö		X		X					X	
Kognitiivsed tegevuseeldused	Mälu		X								
	Tajud	X	X							X	
	Orientatsioon									X	
	Tähelepanu suunamine	X	X				X				
	Keskendumine			X	X						
	Probleemilahendus					X					X
	Seoste loomine		X			X			X		X
	Osadest terviku moodustamine									X	X
	Loogiline mõtlemine								X	X	X
	Õppimisvõime	X	X			X					
Psühhosotsiaalsed tegevuseeldused	Motivatsioon		X			X	X		X		
	Minapilt		X								
	Emotsioonide juhtimine										
	Ebaõnnestumiste talumine		X		X	X		X			
	Suhtlemis-oskused										
	Rollid										
	Väärtused		X		X		X				
	Normid										
	Tavad		X	X						X	
	Koostööoskused										

Lisaks tegevuse astmete kirjeldamisele ja aste-astmelt vajalike tegevuseelduste kindlaksmääramisele võiks iga tegevuse puhul mõelda ka järgmistele küsimustele:

1. **Sotsiaalne keskkond.** Kuidas käsitletakse seda tegevust erinevates sotsiaalsetes rühmades ja kultuurides, kuidas nad tegevust mõjutavad, millistele sotsiaalsetele rühmadele on tegevus omane?
2. **Esemeline keskkond.** Milliseid esemeid tegevuses vajatakse? Millised on nende esemete omadused (kättesaadavus, spetsiifilisus, muutmisvõimalused, sümboolne tähendus)?
3. **Tegevus ja alategevused.** Milline on tegevuse/alategevuste lihtsus, keerukus, ajaline piiratus, reeglid?
4. **Tegevuse mõju inimesele.** Kas tegevus toetab enese väärtuse, oskuste tunnetamist, annab kogemuse nii ümbritseva, aja kui ka iseenda kontrollist?
5. **Rollid.** Millistes rollides tegutsemise kogemuse tegevus annab, milliste rollidega on seotud?
6. **Tulemus.** Kas tegevus pakub vaheldust igapäevaelule ja on paljude inimeste huviobjektiks? Või annab võimaluse eneseteostuseks või toetab elementaarset olemas- ja heaolu? Kas tegevust saab kasutada töös, vaba aja veetmisel ja enese eest hoolitsemisel?

12.2. Tegevuse kohandamine

Kui tegevust on põhjalikult tundma õpitud, siis näeb tegevusjuhendaja millised on selle tegevuse kõige keerukamad alaosad ja suudab tegevust võrrelda kliendi oskuste tasemega. Tegevuse kohandamine võib tähendada nii tegevuse keerukusastme suurendamist kui ka selle lihtsustamist.

Näiteks pusle kokkupanemine on tegevus, mis võib tunduda psüühilise haigusega inimesele liiga lihtne ja lapsik. Samas on hoolekandeesutuses viibivatele inimestele raske leida eakohaseid ja neile väljakutset pakkuvaid tegevusi. Sel juhul saab pusle kokkupanemist muuta keerukamaks, kui pilti kliendile eelnevalt mitte näidata või kui tegevus lõppeb selle töötlemise ja raamimisega, et luua seinapilt.

Sama tegevust on võimalik lihtsustada kui juhendatakse raske vaimupuudega klienti. Sellisel juhul võib ülesandeks olla 2–3 viimase tüki lisamine või pannakse pusle kokku valmis pildi peal. Pusle kokkupanemine nõuab head peenmotoorset koordineerimist, mis lihtsustades kliendil võib olla häirunud. Sellisel juhul saame haaramise osas tegevust lihtsustada kui kleebime igale pusletükile väikese nupu.

13. TEGEVUSVÕIME HINDAMINE

Kliendi tegevusvõime hindamine on üks klienditöö põhialuseid. Lisaks kliendist tervikliku pildi saamisele on see ühtlasi võimalus inimesele näidata, et töötaja on temast huvitatud, valmis toetama kõiges, milleks on põhjendatud vajadus ning valmis andma tegutsemisvabadust asjades, millega inimene reaalselt toime suudab tulla. Hindamine on hea koostöösuhte alustala, võimalus luua kliendiga usalduslik suhe, vundament, millele saab rajada edasise koostöö.

Hindamine on tegevus, mille abil püütakse **objektiivselt** (siin ja praegu) moodustada **terviklik pilt** pidevalt arenevast ja muutuvast isikust.

Klienditöös võib kohata erinevaid lähenemisi, millest igaüks kirjeldab hindamisaspekte omal viisil. Samamoodi on igale erialale omane üks kindel hindamise raamistik. Antud peatükis on hindamise aspekte käsitletud tegevusteraapia teooriatest lähtuvalt. Peamiseks põhjuseks sellise valiku langetamisel on see, et tegevusjuhendaja peab nägema inimest ja tema võimekust tervikuna ning tegevusteraapia käsitus inimesest ja tema tegevusvõimest annab selleks hea võimaluse.

Hindamise mõte on inimese võimete ja piirangute (k.a puuded, häired või olukorda sobimatu käitumine) märkamine, äratundmine ja kliendist tervikpildi saamine. Oluline on vaadelda ja kirjeldada just praegust hetke, sest ainult sellisel juhul annab hinnangu kirjeldatud tulemus aluse, millelt on võimalus edasi liikuda. Kindlasti on oluline teada, milline on see inimene olnud minevikus, mis on teda huvitanud, kuidas areng/haigus on kulgenud, spetsiifilised eripärad tekkinud. Info, mis ei ole seotud käesoleva hetkega, ei tohi mõjutada kliendi objektiivset hindamist.

Väga raske on objektiivsena püsida, kui kliendil esinevad käitumisprobleemid, millega töötaja on juba aastaid pidanud toime tulema. Tihti on inimese häiriv käitumine kujunenud tema peamiseks mõõdupuuks. On lihtne öelda, aga raske järgida põhimõtteid nagu: Unusta tema senine käitumine ja probleemid! Vaatle teda kui inimest, keda näed esimest korda! Mõtle mida ta tunneb, kuidas ümbritsevat kogeb, millest aru saab ja mida hästi teeb/oskab! Kuid sageli on just töö iseendaga, enda harjunud mõttemudelitega ja suhtumisega see, mis avab ukse kliendi salajasse sisemaailma ja aitab jõuda asjade tõelise olemuseni ning põhjuste äratundmiseni.

13.1. Hindamise eesmärgid

Hindamise eesmärgid kirjeldavad ühest küljest hindamise üldist vajalikkust ja printsiipe, teisest küljest aitavad nad hindamisvaldkonda piiritleda. Hindamise mõtteks on küll tervikliku pildi saamine kliendist, kuid teades tema diagnoosi, varasema arengu kulgu ja hetke keskkonna võimalusi, saame täpsustada ka erilist tähelepanu nõudvad valdkonnad. Nendest valdkondadest saame hindamisel ja kliendiga töötamisel alustada, kogudes ülejäänud infot ja kujundades terviklikku pilti inimesest juba töö käigus.

1. Tunda ära inimese tegevuslikud probleemid, mida saab mõjutada, mõista nende probleemide iseloomu ja nende võimalikku mõju inimese elule.

Probleemide kaardistamisel peame alati mõtlema, milliste vajakajäämistega on reaalselt mõistlik tegeleda. Näiteks ei ole 55aastase ööpäevaringse hooldamise teenusel viibiva raske psüühikahäirega inimese puhul kuigi mõistlik hinnata tema tööoskusi, oskusi asjaajamiseks ametiasutustes või ka toiduvalmistamisoskusi, kuna teame, et tal ei lähe neid kunagi vaja, haiguseilmingud on muutunud krooniliseks ja arenguperspektiiv vähene. Hoopis enam tasub mõelda sellele, kas tema elu sisaldab rahuldustpakkuvaid suhteid ja tegevusi ning mida saab ette võtta maksimaalse aktiivsustaseme säilitamiseks.

2. Teada saada inimese suhetest, olulistest sotsiaalsetest rollidest, sotsiaalsest ja kultuurilisest taustast, toimivatest toetusvõimalustest, samuti tema väärtustest ja huvidest.

Iga inimene on ainulaadne ja eriline lähtuvalt enda individuaalsusest, spetsiifilistest kogemustest, kultuurilisest taustast ja erinevate rollide kogemustest. Just tema väärtuste, huvide jm talle olulise uurimine aitab meil luua inimesest pildi, mis on ei sõltu tema puudest või haigusest. Samuti on oluline teada, missuguses osas on toetus juba tagatud ja kelle poolt, kui oluline on see toetus kliendile ning kas töötaja võtab ka vastutust. Näiteks võib kliendile olla väga oluline pereliikme külaskäik ja materiaalne abi, kuid samas teame, et külaskäigud on ebakorrapärased ja neid ei saa kuidagi kliendi motiveerimiseks ära kasutada.

3. Näha ja mõista inimese tegevuslikku võimekust ja tugevaid külgi ning saada ettekujutus tema muutumiseeldustest ja kohanemisest.

Eraldi tuleb hindamisel rõhutada kliendi tugevusi, mõelda muutustele viimase eluperioodi jooksul ja sellest lähtuvalt kirjeldada võimalikke arenguperspektiive. Tasub mõelda, milles on see inimene tõeliselt hea või andekas. Ainult olemasolevatele tugevustele toetudes saab üles ehitada toetus-/arenguplaani. Näiteks kui klient on suuteline kaua aega mingile konkreetsele tegevusele keskenduma (nt paberi käristamine) aga ei omanda uusi oskusi kergelt, siis on tema keskendumisvõimet võimalik ära kasutada vajaliku uue oskuse (laua koristamine, pesu sorteerimine vms) õppimiseks. Kui rajada õppeprotsess aeganõudavale ettenäitamisele, kordamisele ja katsetamisele, muutub tegevus kliendi jaoks samaväärselt huvitavaks.

4. Määratleda keskkonna mõju inimese tegevusvõimele.

Oluline on märgata, kuidas klienti ümbritsevad inimesed teda mõjutavad – kelle lähedalolu ta naudib, kelle tahtmise järgi püüab toimida, kellest hoiab eemale. Kuidas suhtuvad klienti kaaskliendid, töötajad, millised on tema suhtes väljendatud eelarvamused, tõekspidamised. Hinnata tuleb füüsilise keskkonna pakutava stimulatsiooni taset, turvalisuse tagatust, selguse ja struktuuri piisavust. Sageli on keskkond üks määravaid tegureid selles, kas inimene rakendab enda olemasolevat potentsiaali või mitte.

Lisaks eelmainituile on olulisteks hindamise eesmärkideks ka:

- motiveerida inimest koostööks ja äratada temas huvi aktiivselt osaleda
- määratleda eesmärgipärased tegevussuunad
- koostada eesmärgipärane tegevusplaan

Plaanis kokkulepitud aja möödudes:

- määratleda, mis osas ja millisel määral peaks juhendamist/tegevusi muutma, jätkama või lõpetama

13.2. Hindamise protsess

Hindamine on *planeeritud protsess*, mille käigus *hangitakse, tõlgendatakse ja dokumenteeritakse* info inimese tegevusliku seisundi kohta.

Hindamine ei saa olla juhuslik. Hindamise peab tingima vajadus või kokkulepe. Psüühilise erivajadusega inimestele mõeldud toetavatel teenustel viibivate klientide puhul tingivad selle vajaduse juba teenustele esitatud nõuded – teenusel viibijaile peab olema koostatud tegevusplaan. Tegevusplaani koostamise aluseks on hindamine. Kuid täpselt ei saa ette kirjutada, mis osas on kliendi tegevusvõimet vajalik hinnata – see sõltub taustinfost ja asutuse võimalustest.

Hindamise protsessi etapid

1. Alghindamine. Eesmärgiks saada teadmisi vastamaks küsimustele:

- Kes on see inimene, mis on tema elukogemus ja kultuuriline taust?
- Mis on tema põhi- ja kaasnevad diagnoosid?
- Milliseid tegevusvõime valdkondi tuleks täpsemalt hinnata?
- Milliste meetoditega hinnata, milline on sobiv lähenemisviis?

Alghindamise tulemusena saadakse ülevaade inimesest ja tema toimetulekust tegevustervikute raames. Hindajal tekib ülevaade tegevustest, millega klient tuleb toime iseseisvalt või abiga, millised tegevused tema eest ära tehakse või peab tegema ja milliseid tegevusi keskkond sooritada ei võimalda. Kasulik on kirjeldada seda, mida näed ja vältida rutakat tõlgendamist – see välistab eksimisvõimaluse.

2. Täiendav hindamine. Rajaneb alghindamiselt saadud teadmistele ja tegeleb:

- eelnevalt saadud informatsiooni täpsustamisega tegevuseelduste ja keskkonna mõju osas
- andmete analüüsiga – probleemid, puudused, oskused, eripärad, kõik mis loob aluse tegevusplaani plaanimisele

Täiendava hindamise käigus peaksid selguma põhjused kliendi tegutsemisele just sellisel tasemel, nagu seda alghinnangul märgati. Seetõttu kasutatakse siin täiendavaid ülesandeid ja simulatsioone täpsustamiseks kliendi tugevusi ja nõrkusi erinevate tegevuseelduste lõikes. Lähtuvalt hüpoteesist on hindamine väga täpselt piiritletud. Ka keskkonnaaspektide jälgimisel, mõju katsetamisel, kirjeldamisel ollakse võimalikult detailsed.

Täiendav hindamine on aluseks adekvaatse tegevusplaani koostamisele.

3. Kokkuvõttev või jätkuv hindamine. Eesmärgiks on tagasiside nii kliendile kui töötajale:

- Millised on muutused?
- Kas eesmäärke on saavutatud?
- Mis tingis just sellise tulemuse?
- Mida peaks tegevusplaanis muutma – eesmäärke, tegevusi vm?

Kokkuvõtva hindamise tulemusena peaksid selguma tegevusplaani tulemused ja edasise toetuse vajadus. Kliendi jätkamisel samal teenusel valmib ka uus muudetud tegevusplaani. Sisuliselt on kokkuvõttev/jätkuv hindamine *vahepuhvriks* kliendi pidevalt muutuvate tegevusplaanide vahel. Kliendi liikumisel edasi teisele teenusele tuleb vormistada tegevusplaani järgimisest ja selle tulemuste hindamisest kokkuvõtte koos edasiste soovistega kliendiga edaspidi tegelevatele inimestele.

Hindamise planeerimine

Hindamise protsessi peab alati eelnevalt plaanida. Sellega loome nii endale kui ka kliendile selguse hindamise sisu, eesmärgi, ajaliste, vahendiliste jt ressursside vajaduse osas. Selgeks saavad ajalised piirid ning tähtaeg tulemuste kirjeldamiseks, tegevusplaani valmimiseks. Hindamise planeerimisel tuleb kindlaks määrata:

- mida tahetakse hinnata, millist infot vajatakse
- milliste meetoditega, kuidas saada võimalikult täiuslikku teavet
- mida saadud teave tähendab, kuidas seda analüüsida, tulemust kindlustada
- mitu korda hinnata, mida need hindamiskorrad sisaldavad

Hindamise planeerimisel pannakse paika **hindamise eesmärgid**, mis peavad olema *selgelt piiritletud, mõõdetavad ja reaalsed*. Hindamise eesmärgid lähtuvad hüpoteesist, mis põhineb kliendi vajadustel, soovidel, probleemide iseloomul, tema võimalustel. Kasulik on eesmärgi sõnastamisel välja tuua ka keskkonna kriteeriumid. Näiteks ei saa hindamise eesmärgiks püstitada kliendi toimetuleku taseme väljaselgitamist. Küll aga on reaalsem kliendi tegevusvõime taset hinnata lähtuvalt eesmärgist: kliendi hooldekodus elamisel vajalike ADL-oskuste taseme väljaselgitamine.

Hindamise planeerimisel tuleb arvesse võtta, et hindamine ei jääks liiga kitsaks ega liiga laialivalguvaks – inimest tuleb võtta tervikuna, mitte vaadelda ainult tema puuduseid/piiranguid. Samas tuleb alati arvestada eeldatavate põhiprobleemidega.

13.3. Hindamismeetodid

Hindamismeetodid lähtuvad hindamise eesmärkidest. Meetodeid peaks valdama võimalikult palju, et leida kliendile sobivaimad ja varieerida neid vastavalt tema tasemele ja olukorrale.

Taustandmete kogumine

See on kõige esimene meetod, mille abil saab hankida infot kliendi tegevusvõime, selle tugevate külgede ja piirangute kohta. Taustandmete põhjal saab otsustada, millisest lähenemisest võib olla kliendile kasu ning kuidas (üldises mõttes) on võimalik pakkuda talle just sellist toetust, mida ta vajab. Samuti saab taustandmete abil leida esmase viisi kontakti ja suhte loomiseks ja täpsustada kasutamist väärivad hindamismeetodid.

Olulisemad taustandmete kogumise allikad on arsti saatekiri, kliendi haiguslugu, meditsiiniline kaart, iseloomustused, teraapiakokkuvõtted, rehabilitatsiooniplaan jm kirjalikud materjalid, milles kajastuvad kliendi:

- isikuandmed (nimi, vanus, sugu, perekondlik seis jmt)
- põhidiagnoos ja kaasnevad diagnoosid
- esmahospitaliseerimise aeg
- haiguse kulg, hospitaliseerimiste sagedus
- ravi
- eelnenud ja käimasolevad teraapiad
- meditsiinilise personali ja tegevusjuhendajate tähelepanekud
- eelneva elu kulg
- eelnevad toetused, teenused jms

Inimese tegevusvõime on pidevas muutumises. Probleemid, mis võisid olla aktuaalsed ja sekkumist nõudvad viis aastat tagasi, ei pruugi seda antud hetkel enam olla. Samuti võib inimese käitumine seoses suurte elumuutustega kardinaalselt muutuda. Seetõttu tasuks tegevusjuhendajatel vältida ainult dokumentatsioonil põhineva suhtumise kujundamist.

Taustandmete kogumise vahendiks võib lisaks olla veel *intervjuu kliendiga lähedalt seotud inimestega* (lähisugulane, hooldaja, eestkostja) ja *esmane vaatlus* eesmärgiga vaadelda kliendi üldist suhtlemise ja käitumise taset, ning leida parim viis temaga kontakti saavutamiseks.

Intervjuu

Intervjuu on vestlus kliendi või temaga seotud inimestega. Lähtuvalt olukorrast või vajadusest saab intervjuud kas täielikult ette planeerida või vaba vestluse korras läbi viia. Oma olemusest lähtuvalt on võimalik eristada kolme tüüpi intervjuud:

1. *struktureeritud intervjuu*, mis koosneb kindlaksmääratud küsimustest ning etteantud või jah/ei vastusevariantidest;
2. *semistruktureeritud intervjuu* ehk poolstruktureeritud intervjuu, kus kindlaksmääratud küsimustele on võimalik vabalt vastata;
3. *struktureerimata intervjuu*, kus vaba vestluse raames üritatakse saavutada hea kontakt ning teada saada vajalikku informatsiooni.

Kindlasti jätab struktureeritud intervjuu kõige vähem võimalusi täiendava info saamiseks ning paindlikuks lähenemiseks. Samas on struktureerimata intervjuu miinuseks see, et jutus puudub kindel loogiline järjekord, samuti võivad olulised teemad ununeda või neile ei jää enam aega.

Intervjuu käigus uuritavad valdkonnad:

1. *kliendi biograafilised andmed*: nimi, sugu, vanus, elukoht (aadress ja telefoninumber), sünniaeg ja -koht, rahvus, religioon, emakeel, abieluseis, haridustase, praegune/endine töökoht;
2. *antud hetkel esinevad probleemid*: akuutsed või kroonilist laadi, probleemi põhjused kliendi arvates;
3. *tervislik seisund antud hetkel*: praegune füüsiline ja psüühiline seisund;
4. *tervislik seisund minevikus*: haigused ja vigastused minevikus, eelnenud ravid ja sekkumised, viis kuidas klient kohanes elunõuetega;
5. *kliendi perekond*: pere päritolu, vanemate/lähedaste inimeste põgus kirjeldus, kliendi suhtumine lähedastesse ja vastupidi, praegused suhted perega, perekonnast tulnud suhtumised ja tõekspidamised töösse, õppimisse jm, tavad, kultuuriline taust, majanduslik staatus jmt. Pere puudumisel sama info eelnevate elukohtade lõikes;
6. *igapäevategevused*: igapäevategevuse sooritamise harjumused, kliendi kodused kohustused enne ja nüüd, raskusi valmistavad valdkonnad jmt;
7. *kool/töö*: õppimine koolis, läbisaamine klassikaaslaste ning õpetajatega, mis meeldis koolis, raskused koolis, töökogemused, töö iseloom (vaimset või füüsilist laadi), töökohad, suhe kaastööliste ja ülemustega, füüsilised ja psüühilised stressitekitajad, rahulolu tööst jmt;
8. *vaba aja tegevused*: kliendi harrastused, hovid enne ja nüüd, sõbrad, grupid, kelle hulka klient on kuulunud, alkoholi, uimastite kasutamine jmt;
9. *keskkond*: elamistingimused enne ja nüüd, turvatunne, toetuse piisavus, rahulolu jmt.

Intervjueerimise meespea.

- **Füüsiliselt raskelt haige klient.** Intervjuu kestvus mitte kauem kui 10–15 min korraga, päevaste vahedega.
- **Degeneratiivse dementsusega klient.** Häired kliendi tähelepanuvõimes, mälus ja abstraktses mõtlemises muudavad raskeks adekvaatse informatsiooni hankimise. Lihtsusta küsimustik, sõnasta küsimused lühidalt ning lihtsalt, anna kliendile piisavalt aega reageerida. Korda kõiki küsimusi, et vastuste adekvaatsust kontrollida. Intervjueeri kindlasti lähedasi, kliendiga seotud inimesi.
- **Skisofreeniahaige klient.** Kuigi klient on orienteeritud ajas, kohas ja enda isikus, võib tal esineda raskusi otsesel suhtlemisel. Ta võib olla hõivatud fantaasiatega ja hallutsinatsioonidega, mõtlemine võib olla korrastamata ning käitumine veider. Teiste inimestega seotuse saavutamine on kliendile raske. Varu kannatust, et klient teema juurde tagasi tuua. Vajadusel lihtsalt istu vaikselt kliendi kõrval, see võib tõhustada suhtlemist. Iga kliendi antav informatsioon, kuigi katkendlik ning fragmentaalne, võib osutada hindamatuks. Andmete töötlemisel arvesta võimalike sümboolsete tähendustega.
- **Depressioonis klient.** Klient võib kurt, et ei mäleta selgelt, sest on hõivatud pessimistlike mõtetega. Pead jääma leebelt pealekäivaks. Kasuta küsimusi, mis nõuavad jah/ei vastuseid. Avatud küsimuste kasutamine ei õigusta ennast.
- **Vaimupuudega klient.** Küsimused peavad vastama kliendi kognitiivsetele võimetele, avatud küsimused ei sobi, sest nõuavad abstraktset mõtlemist. Lihtsusta küsimused, tee laused lühemaks. Intervjueeri kindlasti ka lähedasi, olulisi kliendiga seotud inimesi.
- **Ekspressiivse afaasiaga klient.** Klient on eriti endast väljas, sest ei suuda korralikult suhelda. Ta suudab hetketi reageerida jah/ei viibetega. Kohandada küsimused, et klient saaks vastata.

Loomuliku tegevuse vaatlus

Vaadeldav(-ad) tegevus(-ed) valitakse enese eest hoolitsemise tegevusterviku valdkonnast. Tegevusvõime probleemidest objektiivsema pildi saamiseks tasub vaadelda vähemalt kahte loomulikku tegevust. Söömise vaatlemisel tuleb arvestada kliendi taustaga, sest väga sageli näitavad just hoolekandeesutuse kogemusega kliendid üles osavust, mis ei põhine tegevuseelduste heal tasemel vaid kurval elukogemusel.

Loomuliku tegevuse vaatlus toimub kliendi elukohas ning sooritatakse vastavalt kliendi harjumustele ja tavadele antud tegevuse jaoks loomulikult ajahetkel. Näiteks vaadeldakse klienti söömas lõunat, riietumas enne jalutuskäiku või pesemas osakonna saunapäeval.

Vaatleja ülesandeks on jääda nii märkamatuks kui võimalik. Kui omased või hoolduspersonal klienti vaadeldavas tegevuses abistavad, tuleb neid eelnevalt vaatluse eesmärgist informeerida ning paluda neil mitte muuta antud kliendi juhendamisel harjumuspäraseks kujunenud töövõtteid. Kui kavatsetakse vaadelda samal ajal klienti juhendades, tuleb teadlikult anda kliendile aega ise proovida, teha.

Vaatluse käigus kogutakse informatsiooni tegevuse sooritustaseme, keskkonna mõju ja tegevuseelduste kohta. Kui vaatleja märkab hindamise käigus erilisi mõjutegureid, võimeid, probleeme, siis tuleb neid valdkondi hiljem täpsemalt hinnata.

Simuleeritud tegevuse vaatlus

Simuleeritud tegevuse vaatlus viiakse läbi tegevuseeldustega seotud probleemide täpsustamiseks. Sel juhul valitakse tegevus, mis nõuab täiendavat hindamist vajavate tegevuseelduste kasutamist ning mis on kliendi jaoks tähenduslik ja mida töötaja on põhjalikult tundma õppinud. Töötaja ülesandeks on luua tegevuse sooritamiseks sobiv olukord, hankida vahendid ja materjalid, juhendada klienti toimuvas ning vaadelda sooritust. Vaatluse käigus püüab töötaja minimaalselt protsessi sekkuda, kuid märgates kliendil suuri raskusi mingis tegevuse astmes peab teda aitama, et vältida ebaõnnestumisest tingitud trotsi või enesehinnangu langust.

NB! Tegevuse tundmaõppimine on aluseks tegevuse soorituse hindamiseks vaatlusmeetodil.

Kliendi vaatlus

Toimub tavaliselt intervjuu käigus. Vaatluse eesmärgiks on hankida võimalikult palju informatsiooni nii kliendi tegevuseelduste kui ka tegevustervikute sooritamise kohta.

- Enese eest hoolitsemine. Kliendi välimus, riietus, milline roll on selles lähedastel/töötajatel.
- Vaba aja tegevused. Kas kliendi elukohas/toas on märgata detaile tema huvide ja harrastuste kohta.
- Sensomotoorsed tegevuseeldused. Liikumine/siirdumine, tasakaal, asendihoid, peenmotoorsed oskused, silma-käe koostöö, kahe käe koostöö, osavus jmt.
- Kognitiivsed tegevuseeldused. Tähelepanu suunamine ja keskendumine, mälu, orientatsioon, tegevuste planeerimine jmt.
- Psühhosotsiaalsed tegevuseeldused. Suhtlemisoskused, tuju/meeleolu, koostöövalmidus, motivatsioon, suhted töötajate/kaasklientidega, rollid.

Füüsilise keskkonna vaatlus

Toimub detailselt kui tegemist on füüsilise- või liitpuudega inimesega. Vaatlemisel pöörata tähelepanu:

- piirangutele ja võimalustele (nt liikumisel, orienteerumisel, privaatsuse vajaduse korral)
- võimalikele ohtudele (teravad servad, libisevad vaibad jmt)
- stimulatsioonile
- isikupärale, kodususele

13.4. Hindamistulemuste dokumenteerimine

Dokumenteerimine on vältimatu kogu hindamise protsessi vältel.

Kogu hindamisprotsessi vältel loetud, nähtud või kuuldud info tuleb kirja panna. Ainult dokumenteeritud info põhjal on võimalik mõõta klienditöö tulemuslikkust. Dokumenteeritud info annab selguse ning võimaluse tulemust arusaadavalt, struktureeritult, põhjendatult ja veenvalt esitada nii kolleegidele kui ka klientidele. Hindamistulemuste kirjapanekul tuleb lähtuda märksõnadest: selgus, täpsus, lühidus ja konkreetsus. Kirjapandud hindamistulemused on tegevusplaani esimeseks osaks.

14. KLIENDITÖÖ MEETODID

Selles peatükis käsitletakse klienditöö meetodeid, mille valdamine peaks andma elementaarse baasi töötamiseks psüühilise erivajadusega inimestega. Meetodite valik lähtub suuresti koostajate praktilisest kogemusest. Eesti hoolekandes ei ole konkreetsete meetodite rakendamine klienditöös väga levinud, see tekitab segadust nii töötajates kui ka klientides. Selguse loomise aluseks on sobiva suhtlusviisi leidmine kliendiga, keskkonna kohandamine tema vajadustele vastavaks, stimulatsiooni regulatsioon ja üldise turvatunde toetamine. Nendest printsiipidest lähtuvalt käsitletakse antud peatükis järgnevaid klienditöö meetodeid:

- validatsioon
- reaalsusele orienteeritud tehnikad
- sensoorne integratsioon
- TEACCH

14.1. Validatsioon

Validatsioon on Naomi Feili loodud kommunikatsioonimeetod, mis aitab suhelda *väga vanade ja/või desorienteeritud inimestega*. Meetod põhineb arenguteooriatel ja on välja kujundatud praktilises töös Alzheimerit põdevate inimestega. Lähtuvalt arenguteooriast on väga eakatel või desorienteeritud inimestel selles, et rahulikult surra, vajalik väljendada kõik oma sisemusse maetud ja peidetud emotsioonid. Seda viimast eluvõitlust kutsutakse „**Lahenduse perioodiks**“.

Validatsioonitehnikad toetuvad printsiibile, mille kohaselt kõik väljendamata emotsioonid pikapeale „roiskuvad“ ja muutuvad inimesele „mürgiseks“. Kui emotsioone väljendada kellelegi, kes suudab empaatia-võimet säilitades kuulata (validatsioon), siis inimene vabaneb ebameeldivatest tunnetest ja saavutab oma tunnetega harmoonia.

Validatsioon on praktiliste tehnikate kasutamine, mis:

- vähendab stressi
- säilitab inimese väärikuse
- suurendab rõõmu- ja rahulolutunnet
- aitab kliendil verbaalselt või mitteverbaalselt oma tundeid väljendada
- annab töötajale võimaluse aru saada kliendi kummalise käitumise tähendusest

Tegemist on interdistsiplinaarse lähenemisega, mille üldiseks eesmärgiks on inimese elukvaliteedi paranemine. Meetodi kasutamine vähendab meeskonna läbipõlemist, klientide ärevust ning ravimite kasutamist nende rahustamiseks, suurendab desorienteeritud klientide ja töötajate vahelist suhtlemist ning pereliikmete külastusi, aeglustab klientide regressiooni.

Validatsioon põhineb:

- kliendi väärtuste, uskumuste ja reaalsuse aktsepteerimisel
- kliendi aja, mälu ja emotsioonide erinevustega leppimisel
- empaatial, mis suurendab usaldust, vähendab ärevust ja taastab väärikuse

Validatsioon jaotab dementsele inimesele „lahenduse perioodil“ omase käitumise neljaks üksteisele järgneavaks faasiks:

- *desorienteeritus* (inimene orienteerub küll ajas, kuid mineviku konfliktide väljendamine toimub moonutatult)
- *segadus ajas* (ei suudeta olla enam reaalsuses, inimene taandub endasse, arusaamine ajast hägustub, inimene võib korraga olla nii minevikus, olevikus kui katulevikus)
- *korduvad liigutused* (inimene muutub rahutuks, ta peab kogu aeg ringi kõndima, liigutused hakkavad asendama sõnu, et uuesti läbi töötada minevikus lahendamata jäänud konflikte)
- *vegetatsioon* (enda täielik välja lülitamine meie maailmast, inimene lebab voodis, ei huvitu enam ümbritsevast, domineerivad unisus ja uimasus)

Validatsioonitehnikaid saab jaotada verbaalseteks ja mitteverbaalseteks.

Verbaalsed validatsioonitehnikad

Verbaalsed validatsioonitehnikad taastavad heaolu ja parema meeleolu vanadel inimestel, kes on „lahenduse perioodi“ esimeses faasis. Need inimesed on enamasti orienteeritud nii ajas kui ka kohas, kasutavad suhtlemisel kõnet, kuid kordavad avaldusi ja arvamusi, mis ei ole käesoleval hetkel tõesed ning on süüdistava iseloomuga. Nad kasutavad olemasolevaid inimesi, et vabaneda oma emotsioonidest, mida ei suutnud väljendada olulistele inimestele minevikus. Valideeriv klienditöötaja (validatsioonitehnikaid kasutav töötaja) saab aru, et desorienteeritud inimesed peavad kasutama *sümboliten*a inimesi või asju olevikust, et asendada nende abil mineviku olukordi, väljendada oma maetud ning väljendamata tundeid. Valideeriv töötaja aktsepteerib klienti sellisena nagu ta on ja laseb tal oma tunded välja elada, kuulates teda empaatiliselt.

Töötaja, kes tunneb ise ängistust ja on stressis, ei suuda säilitada empaatiavõimet ja klienti kuulata. Esimesteks ülesanneteks validatsioonitehnikate kasutamisel on see, et *töötaja vabastab end oma emotsioonidest, üritab asetada end kliendi olukorda ning püüab tunda neid emotsioone, mis klienti valdavad.*

Selleks:

1. Hinga sügavalt sisse ja välja!
2. Välti kõiki tunnetega seotud sõnu!
3. Küsi küsimusi: kes? mis? kus? millal? kuidas? Püüa igati vätida küsimust miks?
4. Sõnasta ümber ja korda kliendi poolt väljendatud võtmesõnu kliendi poolt valitud kiirusel!
5. Peegelda kliendi silmavaadet!
6. Kuula kliendi sõnu ja lauseid, räägi kliendi „keeles“!
7. Küsi võimendavaid küsimusi: „kui halvasti? kui tihti?“
8. Meenuta möödunud aegu!
9. Aita klienti tuttava toimetulekutehnika leidmisel!

Näiteks: tegevusjuhendaja vestleb 90aastase vanadaamiga, kellel ei ole füüsiliselt midagi viga, kuid kes kaebab pidevalt erinevate valude üle kõikvõimalikes kohtades. Validatsioonitehnikat kasutades üritab tegevusjuhendaja võita kliendi usalduse ja aitab vanadaamil väljendada oma psühholoogilist valu. Vanadaam kardab üksinduses surra.

Vastusena kliendi kaeblemisele palub tegevusjuhendaja tal täpsustada tuntavat valu, küsides: „Kas see valu tundub nagu haamriga taotaks vastu pead või on see pigem tuim valu?“ Vanadaam, saades aru, et teda on kuulda võetud, vastab: „Just, nagu haamriga saaks vastu pead.“ Tegevusjuhendaja küsib (võimendatult): „Millal on see valu kõige hullem?“ Vanadaam vastab: „See valutab kogu aeg, kuid öösiti kui ma olen üks, siis on ta kõige jubedam.“ Kliendi väidet ümber sõnastades ja minevikule viidates küsib tegevusjuhendaja: „Kas siis läheb valu suuremaks kui kedagi sinu juures ei ole? Kas sul on selliseid valusid varem ka olnud?“ Vanadaami hääl muutub vaiksemaks ja rahulikumaks, sest ta tunneb ennast selle töötajaga turvaliselt. Ta vastab vaikselt: „Kui mu mees suri, siis tundsin ma samasugust valu peas.“ Tegevusjuhendaja, üritades leida kliendile tuttavat toimetulekutehnikat küsib: „Kuidas sa siis selle valuga toime tulid? Mida sa tegid?“ Vanadaam vastab: „Ma kuulasin Straussi valsse, neid lugusid, mille järgi me kunagi tantsisime.“

Mu mehele meeldis väga tantsida. Nii ma suutsin oma ööd üle elada.“ Tegevusjuhendaja ütleb: „Ma võin sulle tuua kasseti Straussi valssidega. Kui valu peas tugevamaks läheb, saad neid lugusid makilt kuulata. Kui aga mind vajad, olen alati olemas.“ Vanaproua vastab kergendatult: „Sa oled nii armas tüdruk! Mine pealegi, ma tean, et sul on palju tööd, aga kas sa lubad mulle selle kasseti tuua?“

Tegevusjuhendaja peab oma lubadusest kinni ja vanadaam kurdab edaspidi vähem. Ta ei ole küll terveks saanud, kuid usaldus, mis kliendi ja töötaja vahel on tekkinud, annab kliendile turvatunde ning teadmise, et ta pole päris üksi. Selline valideeriv suhtlemine võttis aega viis minutit.

Validatsioonitehnikate rakendamine ei võta töötajatelt ajaliselt palju, kuid nõuab energiat, tähelepanu ja hoolimist.

Mitteverbaalsed validatsioonitehnikad

Mitteverbaalseid validatsioonitehnikaid kasutatakse kombinatsioonis verbaalsete tehnikatega nende klientide puhul, kes on „lahenduse perioodi“ „segadusaja“ faasis. Need inimesed ei saa aru aja mõistest, nad elavad kogu aeg minevikus, emotsioone väljendatakse kontrollimatult ja võimendatult. Kontroll oma elu ja sotsiaalsete olukordade üle on kadunud. Nad on oma minevikku kinni jäänud. Seda osalt seetõttu, et nad ei saa olevikust aru, kuid ka sellepärast, et nad peavad taastama minevikuolukorrad leidmaks lahenduse lõpetamata seikadele, mis laseks neil saavutada sisemise rahu.

Mitteverbaalseid validatsioonitehnikaid kasutava tegevusjuhendajana:

1. Vaatle kliendi emotsioone!
2. Peegelda kliendile tema emotsiooni!
3. Vähenda kliendi liikumist ja liigutusi!
4. Kasuta lähedast pilkkontakti!
5. Kliendi rahustamiseks puuduta klienti õrnalt ja pehmelt!
6. Vajadusel suuna kliendi tähelepanu mujale!

Näiteks: 88aastane proua karjub osakonna koridoris: „Tulge eest, ma pean oma ema juurde saama!“ Tegevusjuhendaja, peegeldades kliendi ängistust, küsib: „Kas su emaga on midagi juhtunud?“ Vanadaam vastab: „Ta on haige ja täitsa üksi. Ma pean teda aitama!“ Tegevusjuhendaja vaatab kliendile silma, puudutab õrnalt tema lõuga ja peegeldades väljendatud hirmu, küsib: „Kas sa kardad teda kaotada?“ Vanadaam jääb seisma, vaatab töötajale otsa, noogutab pead ja hakkab nutma: „Ma olengi temast ilma jäänud, ta suri.“

Sügaval alateadvuses teab klient, et ta ema on surnud, kuid ta on selle teadmise sügavale peitnud. Nüüd, vanas eas, taastas ta selle mälestuse, et oma leina väljendada. Töötaja oma reksiooni ja küsimustega jagab tema leina. Nutmine toob kliendile kergendust. Viie minuti pärast klient naeratab ja ütleb tegevusjuhendajale: „Sa oled nii tore tüdruk, sa meeldid mulle!“

Iga kord kui vanadaam peab oma ema nägema, teda valideeritakse. Pärast kolme nädalat ta oma ema enam ei otsi. Ta on saanud oma tundeid väljendada ja on seetõttu nüüd rahul.

„Korduvate liigutuste“ faasis olev klient võib olla kaotanud kõneoskuse, kuid inimlik vajadus oma tundeid väljendada, olla kasulik ja tunda end turvaliselt, ei ole kuhugi kadunud. Tunnete väljendamiseks kasutavad nad huulte-, keele-, lõua- ja kehaliigutusi, mis tavaliselt jäävad töötajatele arusaamatuks. Validatsioonitehnikad mis teda toetavad, sisaldavad *muusika ja ebamääraste väljendite kasutamist*. Muusikast sobivad eelkõige vanad lastelaulud, mis toovad esile mälestusi ja annavad võimaluse emotsioone väljendada. Ebamäärased väljendid ja vastused annavad kliendile turvalise võimaluse töötajaga suhelda. Kõrvaltvaatajale jääb küll mulje, et nii töötaja kui ka klient räägivad mõttetusi, kuid sellisel viisil suhtlemine hoiab ära kliendi endasse tõmbumise, loob hea tuju ja pidurdab regressiooni.

14.2. Reaalsusele orienteeritud tehnikad (R.O.T.)

Reaalsusele orienteeritud tehnikate kasutamine on struktureeritud viis töötamiseks *segaduses ja desorienteeritud inimestega*, et parandada nende teadlikkust ajast, kohast ja sündmustest, luua selgus olukorrast ning vähendada negatiivset ehk probleemset käitumist. Sihtrühm, kelle puhul neid tehnikaid rakendada, on väga lai, sest enamikul erihoolekandeteenustel viibivatel inimestel on probleeme orientatsiooni, seoste loomise, mälu ja probleemilahenduse valdkonnas.

Reaalsusele orienteeritud tehnikate kasutamine sisaldab *keskkonna kohandamist* ja kliendi juhendamise võtteid ning *põhineb erinevate kommunikatsioonivormide samaaegsel kasutamisel*. Kommunikatsiooni on võimalik vaadelda kolmest komponendist koosnevana: eesmärk, kontekst ja vorm. *Kommunikatsiooni eesmärk* võib olla informatsiooni saamine või andmine, arvamuse avaldamine, keeldumine jms. *Kommunikatsiooni kontekst* viitab olukorrale, kus kommunikatsioon aset leiab ja *kommunikatsiooni vorm* on valitud vahend, mille abil inimene keskkonnaga suhtleb.

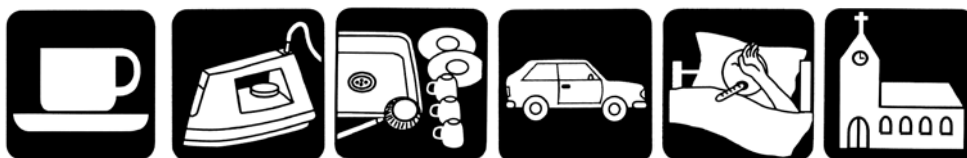
Kommunikatsioonivormidest rääkides mõeldakse tavaliselt kõige esimesena kõne peale, sest tundub, et informatsiooni saamisel ja andmisel kannab just kõne valdavat rolli. Tegelikult ei ole kõne osakaal suhtlemisel väga suur, erinevad uuringud väidavad, et see moodustab vaid 7–30% inimese kommunikatsioonist. Seega on teistel kommunikatsioonivormidel inimestevahelises suhtlemises märksa suurem osa. Teised kommunikatsioonivormid, mille abil informatsiooni edastatakse ja vastu võetakse, on näiteks inimese pilk, miimika, kehaasend, hääletoon, liigutused, žestid ja asukoha valik ruumis. Klienditöös lisanduvad siia veel lihtsustatud viiped, piktogrammide, fotod, joonistused ja esemed, mida kutsutakse „alternatiivseteks kommunikatsioonivormideks“.

Reaalsusele orienteeritud tehnikate kasutamine algab psüühilise erivajadusega inimesele *sobiva kommunikatsioonivormi välja selgitamisega*. Töötajatele võib küll tunduda, et nende psüühikahäirega või vaimupuudega klient saab 100% verbaalsest kõnест aru, kuid enamasti see nii ei ole. Sageli hoomab klient pigem olukorda, töötajate liigutusi või hääletooni, mitte talle verbaalsel teel antud korraldust. Sobiva kommunikatsioonivormi leidmiseks tuleb kliendiga individuaalselt töötades erinevaid võimalusi proovida. Suureks abiks on kliendi rehabilitatsiooniplaanis (kui see olemas on) kirja pandud logopeedi või eripedaagoogi tähelepanekud ja soovitusel.

Alternatiivsed kommunikatsioonivormid

Piktogrammide

Piktogrammide on Kanadas välja töötatud süsteem, mis avaldati aastal 1980. Nende looja, Subhas Maharaj, tegutses logopeedina vaimupuudega inimestega tegelevas asutuses. Piktogramm on *mõistemärk* (ideogramm), mis viitab mingile objektile, tegevusele, olukorrale jne. Piktogrammide koosnevad mustal taustal olevatest stiliseeritud valgetest kujunditest. Piltide tähenduslikud vasted on kirjutatud valge kirjaga nende kohale. Piktogrammide arv on eri maades erinev. Piktogrammide on selged ja kergesti mõistetavad, 90% neist on pilditaolised ja ainult 10% mõistelised, nad on formaadis 10x10 cm ja 3x3 cm. Piktogrammide võivad tähistada konkreetseid esemeid, tegevusi, ruume, kuid võivad olla ka abstraktsemad, tähistades seisundeid, olukordi, emotsioone ja hinnanguid.



Joonis 8. Piktogrammide

Piktogramme on vaja kliendile õpetada. Kõige lihtsam on alustada nimisõnaliste piktogrammide sobitamist vastava esemega. Seejärel saab hakata harjutama piktogrammi sobitamist tegevusega. Oluline on tekitada kliendile seos: piktogramm ja järgnev tegevus. Õpet kiirendab kui kliendile mitte lihtsalt ei näidata piktogrammi, vaid juhendatakse seda kätte haarama, uurima ja kuhugi asetama.

Fotod ja joonistused

Kui kliendil on piktogrammide raske aru saada või seda hoomata, võib alternatiivse kommunikatsioonivormina kasutada fotot või joonistust. Foto ja joonistuse erinevus seisneb selles, et foto esitleb palju enam informatsiooni kui joonistus, esitletu sarnaneb täielikult reaalsusega ja sellest on kergem aru saada. Joonistus annab vähem informatsiooni, seetõttu nõuab sellest arusaamine rohkem kognitiivseid eeldusi.



Joonis 9. Klienditöös kasutatavad fotod

Fotod saavad olla ka palju spetsiifilisemad kui joonistused. Fotode valmistamisel tuleb arvestada, et pildistatakse just neid esemeid, inimesi, ruume, sündmusi, mida klient igapäevaselt kasutab ja tunneb. Kui teatud tegevustest soovitakse teha õuefoto, siis tuleb seda tegevust pildistada neljal erineval aastaajal.

NB! Nii piktogrammid kui fotod või joonistused on mõistlik enne klienditöös kasutamist lamineerida.

Esemed

Paljud raske ja sügava vaimupuudega ja liitpuudega kliendid ei suuda ka fotot või joonistust visuaalselt hoomata. Sellisel juhul saab alternatiivse kommunikatsioonivormina kasutada esemeid. Näiteks tee joonistust tähistab kliendile ulatatud kruus. Esemed võivad olla väga erinevad – hambaharjast muusikariistadeni. Samuti võivad esemed olla multisensoorsed – erilise lõhna, tekstuuri või heliga. See kergendab kliendil nende äratundmist ja seose loomist tegevuse või sündmusega. Valitud esemed peaksid kliendile olema tähenduslikud ning tema igapäevaelus pidevalt kasutatavad. Kommunikatsiooniks kasutatavad esemed valib tavaliselt välja töötaja/pereliige, kes antud klienti kõige paremini tunneb. Valik kujuneb kiiremini kui klienti enne jälgida ja tähele panna, millised esemed talle üldse huvi pakuvad.

Esemete valikul peaksid töötajad mõtlema järgnevale:

1. Millised kliendi tegevused vajavad esemetega tähistamist?
2. Kui suur ese valida?
3. Kus ja kuidas esemeid kliendile välja panna?
4. Kas purunemise korral on eset lihtne asendada?



Joonis 10. Klienditöös kasutatavad igapäeva põhitoiminguid tähistavad esemed

Kliendile esemete välja panemiseks sobib kõige paremini *ainult selleks otstarbeks mõeldud riul või vastav stend*. Kui on otsustatud, et järgnevat tegevust tähistav ese asetseb laual, siis on mõistlik seda lauda mitte muudeks tegevusteks kasutada. Klienti juhendatakse enne tegevuse algust stendi/riuli/laua juurde mine-ma, eelnevalt sinna paigutatud eseme haarama ja siis vajaliku tegevuse sooritamata. Läbi pideva korduse tekib kliendil lõpuks seos ja arusaamine eseme ja sündmuste/tegevuste vahel.

Lihtsustatud viiped ja žestid

Lihtsustatud viiped ei ole meil täiskasvanute hoolekandes kahjuks väga laialt levinud. Võib-olla sellepärast, et viibete kasutamine on üpris keeruline ja teatud tingimusi esitav. See nõuab kliendilt piisavaid kognitiivseid võimeid ja peenmotoorset osavust ja töötajalt vastavat kompetentsust või valmidust end selles osas täiendada. Seetõttu on tegevusjuhendajal kergem klienditöös žeste kasutada. Žestid aitavad toetada raskesti mõistetavat verbaalset korraldust. Alati tasub aga ka ära kaardistada, milliseid žeste klient ise kasutab, kuna paljudel neist on välja kujunenud individuaalselt ainult neile omastest žestidest koosnev keel. Samuti peaksid töötajad omavahel kokku leppima, millistes olukordades milliseid žeste kasutada, sest loomulik žestikuleerimine on inimeseti erinev.

Suurem probleem on nende klientidega, kes on lõpetanud toimetuleku- või hooldusklassi ja kellega suheldes on eelnevalt kasutatud lihtsustatud viipeid. Kliendi õpitud oskuste säilitamiseks ja edendamiseks peaksid tegevusjuhendajad sarnast juhendamist jätkama ja kliendi viiped omandama. Lihtsustatud viibete kasutamist on võimalik õppida vastavatel kursustel ja kasulikku informatsiooni annab Päevakeskus Kāo koostatud veebiprogramm <http://lihtsustatudviiped.edu.ee>.

Füüsilise keskkonna kohandamine

Lisaks sobiva kommunikatsioonivormi leidmisele on vaja füüsilise keskkond kliendile sobivaks kohandada. Selleks tähistatakse kõik klienti puudutavad olme ja eluruumid, kasutades kas piktogramme, joonistusi või fotosid. See aitab klientidel paremini aru saada, millises ruumis toimub söömine, pesemine, WC-toimingud ja vaba aja tegevused. Kliendi magamistoa üks tähistatakse kliendi fotoga, osakonnas olevad kabinettide uksed tähistatakse töötajate fotodega. Ruumid, mis ei ole kliendile mõeldud, tähistatakse vastavalt (näiteks, keelumärk uksele). Rume on võimalik ka erinevate värvidega tähistada. Selleks võib värvida kõikide klienti puudutavate ruumide uksed ühte värvi, personalitoad, abiruumid ja osakonna välisukse aga näiteks seinaga ühte värvi. Välisukse maskeerimine muutub äärmiselt oluliseks siis, kui osakonnas on dementseid kliente, kes pidevalt ringi liiguvad ja „koduteed“ otsivad. Sel juhul võib näiteks välisuksele akna maalida. Õiget teed WCsse või söögisaali saab tähistada põrandale joonistatud kontrastvärvi triibuga. Kui klient jagab magamistuba teiste kaasklientidega, siis tuleb kliendi voodi, tema öökapp ja riulid riidekapis samuti tähistada kliendi fotoga.

Keskkonna kohandamise üheks oluliseks osaks on ka seinakellade ja kalendrite paigutamine osakonda. Kellade ja kalendrite valikul ei pea lähtuma nende kaunidusest vaid pigem funktsionaalsusest. Kõige paremaid tulemusi annavad suure sihverplaadiga ja araabia numbritega kellad, mis on selged, konkreetset ja kergesti hoomatavad. Kalendrite puhul ei ole oluline dekoratiivsus, vaid see kui selgelt ja suurelt on kuud ja kuupäevad tähistatud. Samuti tulevad kasuks värskete ajalehtede, teleri- ja raadioprogrammide eksponeerimine ja tutvustamine klientidele.

Reaalsusele orienteeritud tehnikad sisaldavad endas ka erilist varustust, mis aitab desorienteeritud klientidel paremini aru saada päevategevustest, aja kulust ja tähtsamatest sündmustest. Nendeks vahenditeks on visualiseeritud päevaplaan ja orientatsioonitabel.

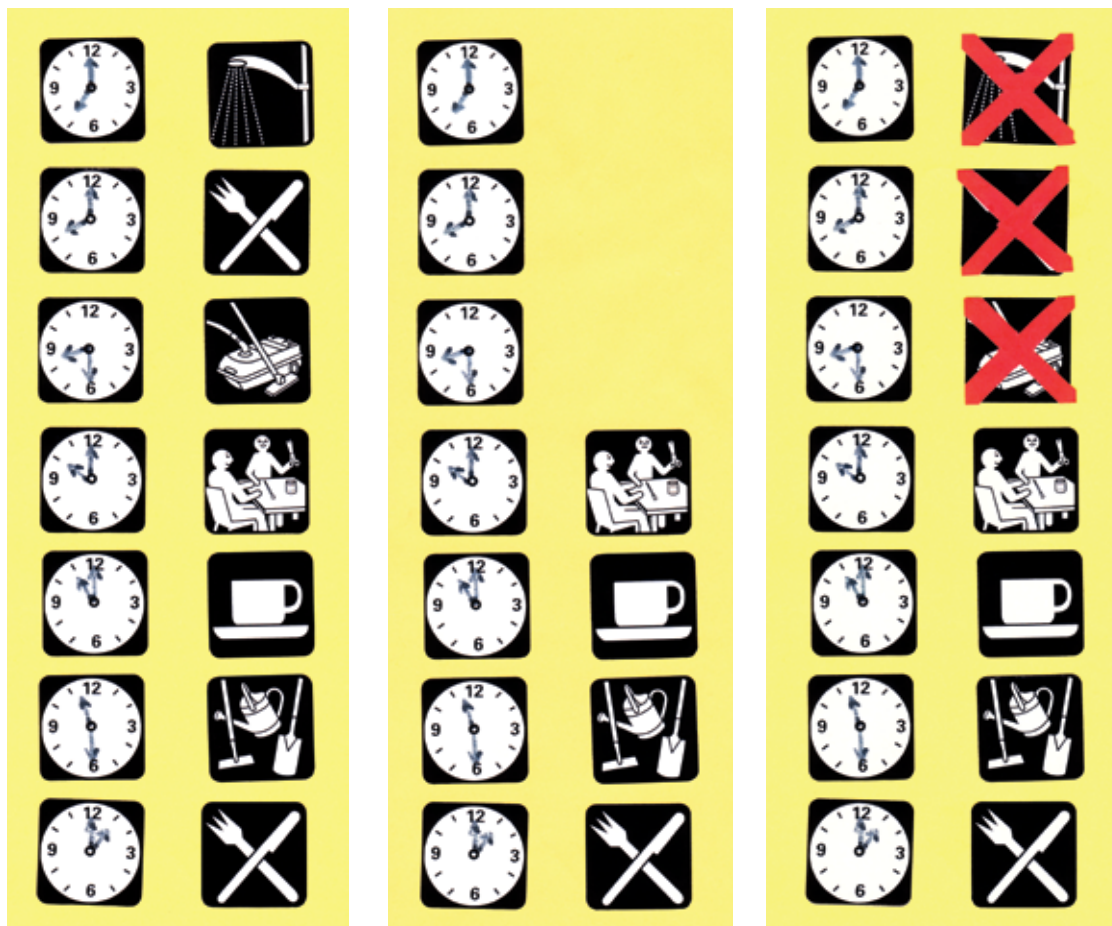
Päevaplaan

Päevaplaan peaks olema koostatud ja visualiseeritud individuaalselt igale osakonnas elavale kliendile, kuid sageli ei ole see võimalik, kui osakonnas elab rohkem kui 15 inimest. Sellisel juhul on äärmiselt oluline koostada *ühine päevaplaan* tervele osakonnale. Päevaplaan visualiseerib päeva jooksul toimuvaid tegevusi ja on esitatud selle osakonna klientidele on *arusaadavas kommunikatsioonivormis*. Kui osakonna kliendid on valdavalt skisofreeniahaiged või kerge vaimupuudega, võib päevaplaan olla kirjutatud, sest enamik klientidest on võimelised lugema. Kui aga elanikud lugeda ei oska või loetud sõnadest aru ei saa, tuleb päevaplaan visualiseerida alternatiivseid kommunikatsioonivorme kasutades (piktogramm, foto, joonistus või esemed).

Samuti sõltub päevaplaani ülesehitus ja *korraga eksponeeritud tegevuste arv* osakonnas elavate klientide kognitiivsest tasemest. Mida madalamad on elanike kognitiivsed võimed, seda vähem tegevusi saab plaanis korraga välja panna. Ühe võimalusena saab päevaplaani tegevusi eksponeerida ärkamisest lõunasöögini, lõunasöögist õhtusöögini ja õhtusöögist magamaminekuni. Toimunud tegevuse piktogramm/foto/joonistus eemaldatakse plaanilt või kaetakse kontrastvärvi ristiga.

Et kliendid õpiks päevaplaani kasutama, tuleb neid sellega harjutada. Enne iga uue tegevuse alustamist minnakse osakonna klientidega päevaplaani juurde, selgitatakse mis tegevus on nüüd lõpetatud, võetakse ära või kaetakse ristiga sellele tegevusele viitav piktogramm/foto/joonistus ja osutatakse järgmisele tegevusele. Peagi harjuvad kliendid ka ise päevaplaani juurde minema ning järgnevaid tegevusi tähele panema.

Päevaplaan loob osakonnas elavatele inimestele selguse ja turvatunde. Enam ei pea pidevalt töötajatelt küsima, millal söögiaeg saabub või mis kell päevakeskusesse minnakse. Päevaplaan paigutatakse osakonnas kohta, kus kliendid kõige rohkem viibivad ja kus on tagatud sellele vaba juurdepääs. Vahetult päevaplaani läheduses peab seinal olema kell, nii saavad kliendid võimaluse sobitada kella seierite asendit piktogrammil või joonistusel kujutatud pildiga.



Joonis 11. Piktogrammide abil koostatud päevaplaan ärkamisest lõunasöögini

Osakondades, kus enamik kliente on sügava vaimu- või liitpuudega, tuleb koostada esemeline päevaplaan, sest piktogramm, fotod või joonistused on sellele sihtrühmale liiga keerulised ja raskesti hoomatavad. Sageli ei saa need inimesed aru ka aja mõistest, seetõttu ei ole neile kella eksponeerimine tingimata vajalik ja tegevusi saab visualiseerida vaid ükshaaval, sest mitmete tegevuste korraga esitlemine tekitab pigem segadust. Sellise päevaplaani koostamine on töötajatele tõeline väljakutse, nõudes nutikust ja võimet mõelda viisil, mis on sihtrühmale omane.



Joonis 12. AS Hoolekandeteenused Karula Kodus kasutatav esemeline päevaplaan

Päevaplaani eesmärk on luua klientidele selgus tehtud tegevuste, praeguses hetke ja lähituleviku sündmuste kohta. Plaani koostamisel ei tohiks rõhk olla vahendi väljanägemisel ja maitsekusel vaid pigem funktsionaalsusel, konkreetsusel ja üheselt mõistetavusel. Loomulikult mõjuvad värvilised ja palju informatsiooni edastavad plaanid dekoratiivsetena, kuid paraku jäävad nad tihti sihtrühmale arusaamatuks ja vahendi eesmärk on muutunud mõttetuks.

Orientatsioonitabel

Orientatsioonitabel on vahend, mis aitab reaalsusele orienteeritud tehnikate rakendamisel anda desorienteeritud inimesele teavet käesoleva päeva faktilistest sündmustest. Orientatsioonitabel on kasulik paigutada igasse osakonda, päeva- või töökeskusesse. Tabeli koostamisel tuleb lähtuda samadest nõuetest nagu päevaplaani puhul – koostamine toimub kommunikatsioonivormis, mis on osakonna klientidele mõistetav ja ta paigutatakse ruumis kohta, mis on klientidele ligipääsetav.

Orientatsioonitabelis on visualiseeritud käesolev aasta, aastaaeg, kuu ja kuupäev, sest see informatsioon kipub hoolekandeesutuses viibivatel või väheste kognitiivsete võimetega inimestel ununema. Samuti visualiseeritakse klientidele antud päeva ilm, päeval tööl olevad ja öisesse vahetusse tulevad töötajad ning päeva menüü. Orientatsioonitabel on ka koht, kust saab teavet suurematest osakonna sündmustest (kuu sünnipäevad, väljasõit, poekülastus, tähtpäevade tähistamine jm) ja tähtpäevadest (jaanipäev, jõulud, iseseisvuspäev, vastlad jm).

Orientatsioonitabelit täidetakse osakonnas igal hommikul kindlaksmääratud ajal ja koos klientidega. Pikemas perspektiivis kujuneb sellest tore ühine päeva alustamine, mis moodustab päevarütmis kindla osa. Koos arutades pannakse tabelisse vastavad kuupäevad, õue vaadates otsustatakse, milline ilm täna on ja millist pilti/fotot kasutada. Tööl olevate töötajate visualiseerimiseks on parim viis nende fotode kasutamine. Orientatsioonitabel annab klientidele suurema seotuse reaalsusega, toetab nende iseseisvamaks muutumist ning vähendab pidevalt ühtede ja samade küsimuste esitamist personalile.



Joonis 13. Näide orientatsioonitabelist, kus on kasutatud nii fotosid, pilte kui ka piktogramme.

14.3. TEACCH programm

Mõiste „TEACCH“ on lühend ingliskeelsest lausest *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*, mis tõlgituna tähendab *ravi ja haridus autistlikele ja autismiga seotud kõnepuudega lastele*. TEACCH ei ole tehnika ega meetod, pigem on see kõikehõlmav programm või käitumise juhendamise süsteem madalal tasemel toimivatele autistlikele inimestele.

TEACCH-programmi põhieesmärk on maksimaalse iseseisvuse saavutamine. Selleks juhendatakse autistlikku inimest aru saama ümbritsevast maailmast, omandama kommunikatsioonioskusi, et suhelda teistega ning arendama toimetulekuoskusi, et teha oma elu puudutavaid valikuid.

TEACCH-programm on arendatud välja Põhja-Carolinas töös autistlike lastega, kuid seda õpetamise ja juhendamise süsteemi on võimalik kasutada ka täiskasvanud autistlike inimeste puhul. TEACCHi kasutamine klienditöös lähtub eeldustest, et:

- autistile on teda ümbritsev keskkond arusaamatu ja segane
- autistil on raske tegevusi iseseisvalt alustada ja lõpetada
- autistile jääb verbaalne kõne sageli arusaamatuks

Keskkonna kohandamise põhimõtted

Ümbritsevast selguse saamiseks kohandatakse autistile tema maailm väiksemaks ja konkreetsemaks. Selleks eraldatakse näiteks muust päevategevuste ruumist riulitega üks nurk, kuhu paigutatakse autistile töölaud. Ruum, kus autist tegutseb, on sellega muudetud väiksemaks ja kindlalt piiritletud. Samuti tuleb piiritleda ja visualiseerida koht laual, kus tegevus aset hakkab leidma. Selleks võib lauale asetada kontrastvärvise lauakatte. Ka teistesse ruumidesse mida autist kasutab, luuakse talle oma koht ja konkreetne seostades iga tegevuse kindla ruumiga. Näiteks söömine toimub ainult söögitoas. See tähendab, et ka kommi, küpsist või õuna antakse ainult söögitoas.

Tegevuste kohandamise põhimõtted

Tegevuste sooritamist (sh alustamist ja lõpetamist) toetab ühelt poolt autistile „õigete“ tegevuste valimine, kuid sama oluline on ka tegevuse sooritussuuna kindlaksmääramine – alati vasakult paremale või alt üles. Autistile valitud tegevused peavad olema konkreetseid ja ise oma lõpetatust näitama. Sellised abstraktsed tegevused nagu joonistamine, nukuga mängimine, palliga mängimine, pargis riisumine jms kipuvad autistile jääma arusaamatuks. Autistile mõistetavad tegevused on tavaliselt seotud esemete sobitamise, järjestamise või eristamisega – esemete ritta või üksteise peale ladumine, õige paarilise leidmine, kokku panemine jms.



Joonis 14. Autistidele sobivad tegevused

Et tegevus veelgi selgem oleks, võib erinevad tegevused paigutada erinevatesse karpidesse. Tegevuste sooritamine toimub *vasakult paremale*. Seega tööpinnast vasakule jääb karp alustamata tegevusega, tegevus sooritatakse laua keskel oleval tööpinnal ja valmis tegevus pannakse karpi tööpinnast paremal (vt joonis 15). Nii on autistiga võimalik harjutada ka erinevaid majapidamistoiminguid, näiteks puhta pesu kokku voltimist: voltimata pesu on karpis (tööpinnast vasakul), tööpinnal volditakse pesu ja volditud pesu asetatakse tööpinnast paremal asuvasse karpi.



Joonis 15. Karpis tegevuse sooritamine vasakult paremale

Lisaks tegevuse sooritamisele vasakult paremale on autistile vaja selgitada, mida temalt oodatakse ehk mida ta peab tegema hakkama. Selleks on TEACCH-programm välja töötanud *tegevuse käivitamise süsteemi*. Tegevuse käivitamiseks antakse autistile kätte ese, mis omab sümboolset, tegevust alustavat tähendust (*check-in kaart*). Sümbolse või *check-in* kaart võib olla väga erinev, alustades fotost kuni pudelikorgini, valikukriteeriumi aluseks saavad autistliku inimese huvid. Autistile luuakse spetsiaalne tahvel, riul või stend tegevuste alustamiseks. Sinna võib olla eelnevalt paigutatud sama sümbolse (et lihtsustada arusaamist) või on seal lihtsalt spetsiaalne koht, kuhu sümbolse sobitada. Manuaalse juhendamise abil õpetatakse autist sümbolset tahvlil/stendil/riiulil õigesse kohta asetama. Seejärel juhendatakse teda paigaldatud sümbol-eseme alt võtma sinna paigutatud piktogramm/ foto/joonistus/ese (alternatiivne kom-

munikatsioonivorm), mis viitab tegevusele, mille sooritamist temalt oodatakse ning minema sellega oma tööpaika ja asetama lauale. Kui klient ei ole veel süsteemiga tuttav, siis on tegevusjuhendaja ülesandeks sooritatav tegevus eelnevalt lauale valmis panna (karp tegevusega vasakule tööpinnast). Kui süsteem on kliendile juba tuttav, siis võib ta piktogrammi/foto/eseme järgi ise vastava tegevuse riulist üles otsida. Järgnevalt sooritab klient tegevuse ning pärast selle lõpetamist annab laual oleva piktogrammi/foto/eseme töötajale. See on märgiks, et nüüd on tegevus läbi. Lõpetatuse märgiks võib õpetada autisti ka piktogrammi tagurpidi keerama või kuhugi karpi ära panema.



Joonis 16. *Check-in* kaardi kasutamine tegevuse käivitamiseks

Pärast tegevuse lõpetamist annab tegevusjuhendaja autistile uuesti sümbol-eseme (*check-in* kaardi), mis on märgiks minna tahvli/stendi/riiuli juurde, sobitada see oma kohale ja võtta järgmisele tegevusele viitav piktogramm/foto/ese ning uut tegevust sooritama asuda. Nii harjub autist tegutsema iseseisvalt, töötaja sekkumine piirdub ainult kaardi andmise, piktogrammi võtmise ja stendi õigeaegse täitmisega. Kui klient on süsteemiga harjunud, võib stendile üksteise alla paigutada mitmeid tegevusi, ja nende tegevuste karbid tähistada piktogrammiga/fotoga ja laostada kliendi töölaua kõrval olevale riulile. Nüüd jääb töötaja rolliks ainult sooritatud tegevuse piktogrammi/ foto/eseme vastu võtmine ja sümbol-eseme kliendile kätte andmine, sest klient leiab piktogrammi/foto/eseme järgi ise tegevuse.

TEACCH programmpõhiselt on võimalik kohandada kõiki autisti päevategevusi nii, et ta ärkamisest uinumiseni suhteliselt iseseisvalt hakkama saab, vajades töötajat ainult sümbol-eseme kätteandmiseks. Loomulikult sõltub süsteemi efektiivsus töötajate järjepidevusest ja sekkumiste sagedus autisti vaimupuude tasemest.

14.4. Sensoorne integratsioon

See protsess aitab *vastu võtta, eristada ja tõlgendada informatsiooni*, mis saabub nii ümbritsevast maailmast kui ka inimese enda kehast ning liigutustest. Sensoorne integratsioon annab äärmiselt vajaliku põhialuse hilisemaks keerukamaks õppimiseks ja käitumiseks. Sensoorse integratsiooni teooria looja on dr. A.J. Ayres, kes 1972. a. püstitas hüpoteesi, et lastel esinevad käitumis- ja õpiprobleemid võivad olla halva sensoorse informatsiooni integratsiooni ja aju kõrgemate keskuste võimetuse tagajärg moduleerimida ja reguleerida madalama aju sensomotoorseid keskusi. Kuigi uus uuring näitab, et närvisüsteem on isegi veel keerukam kui Ayrese poolt püstitatud hüpotees, on paljud tema printsiibid tänases mõtlemises asjakohased. Seda teadmist on demonstreeritud uuringute varal väitega, et närvisüsteem on võimeline muutuma ja eesmärgipärased sensomotoorsed tegevused on kasulikud vahendid selle muutumise tagamiseks.

Inimene õpib nii välismaailmast saabuva informatsiooni põhjal kui ka oma kehast ning liigutusest tulenevate aistingute kaudu – puudutused (taktiilne), liigutused (vestibulaarne), kehaasend (proprioseptiivne), nägemine (visuaalne), kuulmine (auditiivne), lõhnataju (olfaktoorne) ja maitsetaju (gustatoorne). Sensoorne integratsioon keskendub peamiselt *taktiilsetele, vestibulaar- ja proprioseptiivsetele aistingutele*. Need kolm aistingut on hädavajalikud elus püsimiseks, sest lubavad inimesel keskkonna nõudmistele kohaselt ja kohandunult reageerida. Lisaks rõhutatakse sensoorse integratsiooni puhul *nägemise* ja *kuulmise* olulisust.

Taktiline süsteem

Taktiline süsteem koosneb *kaitsvast puudutusest*, mis hoiab meid erksana, et reageerida ootamatule puudutusele ja *eristavast puudutusest*, mis informeerib meid sellest, mida ja kus puudutatakse. Kui inimesel on taktiline süsteem kas üli- või alatundlik, võib tal esineda järgmisi käitumisi:

- endasse tõmbumine puudutamise korral
- teatud toidu söömisest või riiete kandmisest keeldumine
- vastuseis pea pesemisele ja kammimisele
- kohatu reaktsioon erinevate esmete, pindade puutumisel
- ebamääraast puudutust sisaldavate tegevuste vältimine

Vestibulaarsüsteem

Vestibulaarsüsteem viitab inimese tasakaalule ja liikumisele. See koordineerib silmade, pea ja keha liikumist ning informeerib inimest tema kehaasendist suhtes gravitatsiooniga, näiteks kas inimese pea on püsti või küljele kallutatud. Kui inimesel on vestibulaarsüsteem kas üli- või alatundlik, võib tal esineda järgmisi käitumisi:

- vastumeelsus ronimisele või osalemisele liikumistegevustes, näiteks kiikumine, jooksmine, võimlemine
- sageli komistamine ja kukkumine
- pidev soov liikuda, näiteks enese kõigutamine või sihitu ringitormamine

Proprioseptiivne süsteem

Proprioseptiivne süsteem koosneb lihaskomponentidest, liigestest ja kõõlustest, mis annavad inimesele alateadlikku teavet oma kehast. Süsteem võimaldab inimesel näiteks korralikult toolil istuda ja autost välja astuda. Samuti lubab see manipuleerida esemetega, kasutades peenmotoorseid liigutusi. Kui inimesel on proprioseptiivne tundlikkus häires, võib tal esineda järgmisi käitumisi:

- inimene on kohmaks ja kukub sageli
- probleemid toolile istumisel, ruumis liikumisel
- vahendeid hoitakse liiga kõvasti või liiga nõrgalt
- võimetus teha midagi ilma vaatamata
- võimetus plaanida ja teostada erinevaid motoorseid oskusi nõudvaid ülesandeid

Sensoorse integratsiooni häired võivad esineda nii vaimupuude-, psüühikahäire kui ka liitpuudega inimestel ja probleemid nendes kolmes süsteemis võivad väljenduda väga erinevalt. Inimene võib olla sensoorsele sisendile kas ala- või ülitundlik. Ta tegevusaktiivsus võib olla ebatavaliselt kõrge või madal. Ta võib olla lõputus liikumises või väsida kiiresti. Mõni inimene kõigub kahe äärmuse vahel. Käitumiselt võib inimene muutuda impulsiivseks või saab teda kergesti segada ning ta ei suuda oma tegevust organiseerida. Osadel inimestest võib esineda raskusi uute olukordadega kohanemisel, nad võivad uues olukorras reageerida agressiooni, frustratsiooni või endassetõmbumisega.

Sensoorse integratsiooni toetusvõimalused

Lähtuvalt häire ulatusest ja intensiivsusest on sekkumised võimalik jagada kolmeks erinevaks vormiks.

Sekkumise aktiivne vorm

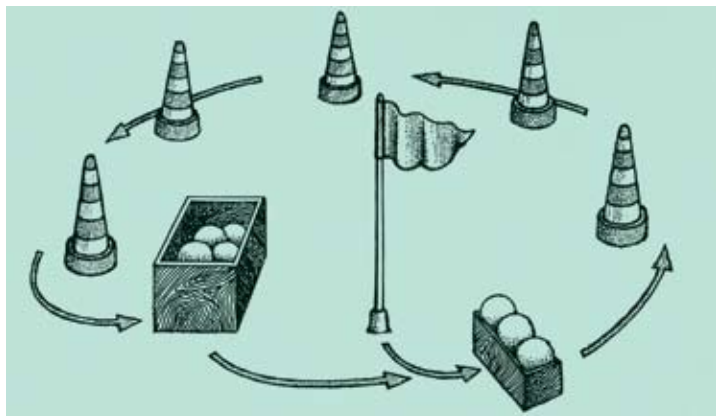
See vorm on suunatud klientidele, kelle tegevusvõime on suhteliselt kõrgel tasemel, kes suudavad ise-iseisvalt liikuda ja on võimelised aru saama ja hoomama keskkonda. Sensoorse integratsiooni häire võib ilmneda ülivilkuses või motoorses kohmakuses vahendi või instrumendi kasutamist nõudavate tegevuste puhul. Samuti ei pruugi nad olla osavad tegevustes, mis nõuavad oma keha täielikku ja mitmekülgset kasutamist. Aktiivse vormi puhul on sekkumist kõige parem korraldada asutuse saalis või nn liikumisraviks ette nähtud suuremas ruumis kahest kuni kuuest kliendist koosneva rühmaga.



Joonis 17. AS Hoolekandeteenused Koluvere Hooldekodu liikumiskeskus ja seal kasutatavad vahendid.

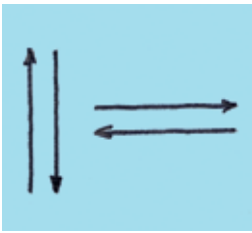
Vahenditena sobivad suured ja väikesed teraapiapallid, hüppepallid, minitrampiin, redel, võimlemispink, teraapiarullid, matt, köied, kurikad, hernekotid, koonused, hüppenöörid, suured legoklotsid või teraapia kuubikud, ämbrid, võimlemiskepid, erineva suurusega võimlemisrõngad jpm.

Rühmakord võib seisneda erinevate *motoorsete radade* (vt joonis 18) läbimises, mängude mängimises ja ka võistluste korraldamises. Oluline on klientide aktiivne osalus ja selle tagamiseks tegevuste leidlik ja oskuslik valimine. Vahelduma peaksid enam liikumist ja rohkem keskendumist nõudvad tegevused.

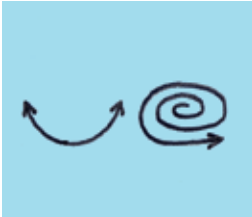


Joonis 18. Motoorne rada.

Kõige parema tulemuse annab erinevate tegevuste kombineerimine. Näiteks peab klient tasakaalu hoides mööda võimlemispinki kõndima ja samal ajal märki viskama või talle visatud eset püüdma. Tegevuste ja vahendite valikul tuleb arvestada *liikumissuunaga*, millist üks või teine pakub või nõuab. See on tähtis, kuna erinevad liikumissuunad võivad selle sooritajat *rahustada* või hoopis üles *ergutada*. Seda teades saame valida oma klientidele tegevusi individuaalselt just nende probleemidest lähtuvalt.



Tegevused, mis pakuvad horisontaalset või vertikaalset liikumist, on rahustava mõjuga. Sellised tegevused on kõndmine, jooksmine, roomamine, ronimine, hüppamine, poom- või kaalkiiguga kiikumine jms.



Tegevused, mille suund on pöörlev või kaarjas, on ergutava ja aktiveeriva mõjuga. Sellist liikumist võimaldavad kõik tavakiiged, vedrukiik, liumäed, karussellid, keerukuju-laadsed mängud jms.

Joonis 19. Tegevuste liikumissuund

Sekkumise poolaktiivne vorm

See sobib klientidele, kelle tegevusvõime on madalal tasemel – kes ei pruugi iseseisvalt ilma abivahendita liikuda, kellel on raske keskkonnast aru saada ning kes ei taju oma keha ega oska seda ka alati kasutada. Tegevusjuhendajatele võib tunduda, et taolise sihtrühmaga on väga raske tegevusi läbi viia, sest nad ei suuda alati tähelepanu suunata ega ühele tegevusele pikemaajaliselt keskenduda.

Pool-aktiivset vormi on võimalik klienditöös kasutada nii hoolekandetasutuse osakonnas kui ka päevakeskuses. Vajalikud vahendid on võimalik hankida poest imikutele mõeldud mänguasjade hulgast, tellida internetist, ise valmistada või välja valida majapidamises kasutatavate esemete hulgast. Sageli võib kõige paremini klienditöös toimivad vahendid leida hoopis vana koli sorteerides. Ohutuse tagamiseks ei tohiks vahendid olla väga väikesed ja kergesti purunevad, samuti peaksid nad olema kergesti puhastatavad. Vahendite kasutamise peamiseks eesmärgiks on kohese tagasisideme võimaldamine. Seega peaks klient nende puudutamisel, kätte võtmisel või nendega manipuleerimisel saama vahetu kogemuse oma mõjust ümbritsevale (krabin, kolin, kuju muutumine, liikuma hakkamine). See tekitab kliendis uudishimu ning motiveerib suuremaks aktiivsuseks. Vahendite erinev tekstuur, suurus ja kuju annavad kliendile võimaluse erineva taktiilse kogemuse saamiseks.



Joonis 20. Vahendid SI-sekkumise poolaktiivse vormi korral

Selle vormi kasutamisel on samuti kasulik pakkuda kliendile tegevusi kombineeritult. Näiteks klient peab istudes või kõhuli olles tasakaalu säilitama ja pead tõstma ning erinevaid vahendeid karpi panema või karbist välja tõstma. Poolaktiivset vormi saab kasutada individuaalses klienditöös, kuid selliseid tegevusi saab pakkuda ka rühmasituatsioonis kui osakonnas või päevakeskuses on mitmeid sobival tasemel olevaid inimesi. Loomulikult saab siis tegemist olla ainult paralleelrühmaga, kus kliendid on küll ühes ruumis, kuid sooritavad tegevusi igaüks eraldi.

Sekkumise passiivne vorm

See vorm on suunatud klientidele, kes on enamasti omaette, äärmiselt passiivsed või apaatsed, kelle tegevusvõime on väga madalal tasemel (III faasis olevad dementsed, sügava vaimu-/liitpuudega inimesed). Samas sobib see ka klientidele, kes on äärmiselt rahutud ja pidevas kaootilises liikumises (II faasis olevad dementsed, hüperaktiivsed ja keskendumisraskustega kliendid). Passiivsete klientide puhul on sekkumise eesmärgiks erksuse suurendamine ja reageeringute võimendamine. Üliaktiivsete klientide puhul on sekkumise eesmärgiks rahunemine ja lõõgastumine.

Sekkumise passiivse vormi kasutamiseks tuleb asutusel luua *tundetuba*, mis võib olla päevakeskuse või osakonna üks ruumidest. Samas, kui organisatsiooni ruumilised võimalused seda ei luba, siis võib luua nn *tundenurga* ka kliendi magamistuppa või eraldada selleks mingi osa osakonna koridorist, päevakeskuse ühest ruumist. Tundetoa elemente saab edukalt kasutada ka osakonna vannitoas.



Joonis 21. Tundetubade erinevad variandid.

Tundetoa sisutamiseks on palju erinevaid võimalusi. Interneti vahendusel on saadaval väga kallid ja eksklusiivsed vahendid: www.rompa.com, www.mikeayresdesign.co.uk, www.sensoryplus.co.uk.

Samas on töötajate fantaasiat ja loovust kasutades võimalik tekitada hästi toimiv ruum ilma märkimisväärselt raha kulutamata. Vaja on vaid head tahet ja veidi ringi vaatamist oma kodus või asutuse laoruumides.

Tundetoas viibimise ajal saavad kliendid kuulata rahustavat muusikat või loodushääli. Neile antakse kogemus erinevast visuaalsest stimulatsioonist (valgus- ja värviefektid) ja neil on võimalus taktilist kogeda erinevaid pindu ning materjale. Mida passiivsem on klient, seda suuremat sensorset stimulatsiooni võib ta vajada. Ülierutunud kliendiga tuleb erinevaid vahendeid proovida ükshaaval ja võib olla kasutatagi ainult ühte või kahte ärritajat korraga, sest liigne stimulatsioon võib klienti hoopis ärritada.

Tundetuba saab kasutada nii individuaalses klienditöös kui ka rühmaolukorras, kuid alati jääb kehtima reegel, et klienti või kliendirühma ei jäeta kunagi tundetuppa üksi. Pealegi on see töötajale hea võimalus turvalises ja meeldivas õhkkonnas oma kliendiga usalduslikum side luua. Tundetoas viibimine võib kesta 20–60 minutit ning teatud klientidele võib see ollagi üheks iga päev toimuvaks (õppe-/vaba aja-) tegevuseks päevaplaanis.

15. PEAMISED TÖÖVÕTTED IGAPÄEVASES HOOLDUSES

Erihoolekandeteenuste kasutamise vajadus on isikutel, kelle probleemid on seotud eelkõige tegevusvõimega ja sellest tuleneva kõrvalabivajadusega. Selleks, et välja selgitada, milline toetus ja juhendamine on kliendile kõige optimaalsem, tasub teada *toetussuuruse tasemeid*. Kui neile tasemeile mõelda juba esimesel kokkupuutel kliendiga teda vaadeldes ning täpsemal tegevusvõime hindamisel, saavad selgeks algsed suunad temaga töötamisel.

Toetussuuruse tasemed on võimalik jagada neljaks lähtuvalt toetuse sagedusest, ulatusest ja intensiivsusest.

1. Vahelduv toetus.

Pakutavad toetused põhinevad väitel: „Oleks vajalikud, kui...“. Toetused on iseloomult episoodilised, kuna inimene ei vaja neid alati, vaid teatud etappidel elukaare jooksul ja lühiajaliselt. Vahelduv toetus võib selle pakkumise perioodil olla nii madala kui ka kõrge intensiivsusega. Eelkõige sobib vahelduv toetus neile inimestele, kes igapäevarutiinides kõige olulisega toime tulevad, kuid elumuutustega, sh nende planeerimisega hätta jäävad, näiteks kolimine, suuremate sisseostude plaanimine, tööle/õppima asumine, lähedaste suhete loomine, lapse sünd jmt olukorrad.

2. Piiratud toetus.

Toetuse intensiivsust iseloomustab jätkuvus aja jooksul ja regulaarsus, kuid samas on ta ajaliselt piiratud teatud kindlaksmääratud tsüklitena. Kindlaksmääratud toetuse pakkumise ajad eristavadki teda vahelduvast toetusest. Piiratud toetus võib nõuda vähem töötajaid ja ressursse kui intensiivsemad toetused ning annab töötajale selguse, millal, keda ja milles peab toetama/juhendama. Näiteks kuuluvad siia toetamine kuueelarve planeerimisel, tsüklilised teraapiad, juhendamine elukoha koristamisel ühel korral nädalas jm kindla valdkonnaga seotud toetamised.

3. Ulatuslik/laialdane toetus.

Toetust iseloomustab regulaarne sekkumine (igapäevane) vähemalt ühes keskkonnas (kodu, töökoht, päevakeskus). Toetus on oma olemuselt jätkuv ja suhteliselt kõrge intensiivsusega, mitte ajaliselt piiratud. Näiteks iseloomustab sellist toetust igapäevane päevakava koostamine ja juhendamine selle järgimisel, igahommikune ja -õhtune juhendamine hügieenitoimingutes, igapäevane päevakeskuses käimine, igapäevane toetamine tööülesannete/kohustuste täitmisel. Toetus sobib inimestele, kes vähemalt BADL-toimingutega iseseisvalt hakkama saavad ja on seetõttu teatud keskkondades võimelised abita toime tulema.

4. Läbiv toetus.

Toetust iseloomustab jätkuvus, kõrge intensiivsus, seotus erinevate keskkondadega, läbival toetusel on elushoidev olemus. Läbiva toetuse pakkumine nõuab tavaliselt enam töötajaid ja ressursse, samuti pealetükkivust, vältimatut sekkumist. Sobib inimestele, kes vajavad abi kõikjal, kus nad käivad või viibivad. Kindlasti kuuluvad sellise toetuse vajajate sihtrühma autistid, raske ja sügava vaimupuudega inimesed jt, kellel on orientatsioon iseendas ja keskkonnas oluliselt häiritud ja paljud enese eest hoolitsemise harjumused puuduvad.

Toetussuuruse tasemed võivad iga konkreetse kliendijuhtumi puhul vahelduda, sest inimene areneb ja muutub aja jooksul. Teatud diagnooside tundmine annab informatsiooni selle kohta, et mõne aja möödudes peab toetus muutuma intensiivsemaks. Erihoolekande klientidel on enamasti määratud ka *puude raskusaste* – keskmine, raske või sügav puue. Sellestki määratlusest on võimalik tõmmata paralleele toetussuuruse tasemetega, kuid kindlam on inimest vaadelda, uurida, igakülgset tunda õppida ja leida need märgid, mis ühele või teisele toetusvajadusele viitavad.

Toetussuuruse taseme määramine annab üldise suuna inimesega tegelemiseks, kuid praktiliseks töötamiseks temaga jääb sellest väheks. Oluline on tunda ka erinevaid toetamise võimalusi, et teha valikuid, mis tagaks, et kõrvaline sekkumine tegevusvõime toetamisel oleks optimaalne.

Inimese igapäevase elu ja tegevuste toetamise võimalused.

- Tegevuste või neis kasutatavate vahendite, esemete kohandamine.
Hõlmab endas igapäevategevuste lihtsustamist (nt riiete valmispanemine õiges järjekorras), vahendite tegemist (nt päevakavariul esemete panemiseks), vahendite kohandamist (takjakinnisega riided, kindad, mänguasjad).
- Abivahendi kohandamine.
Hõlmab endas eelkõige olemasolevate kliendile määratud abivahendite kasutamist töös temaga või ka ise mõne tegevuse lihtsustamiseks talle abivahendi leiutamist (liikumisabivahendid, enese eest hoolitsemise abivahendid jmt).
- Keskkonna kohandamine.
Hõlmab nii füüsilise (arhitektuuriline, esemeline) kui ka sotsiaalse keskkonna (eelkõige töötajad) kohandamist iseseisva liikumise tagatuse, stimulatsiooni, selguse, üheselt mõistetavuse, aja, kodususe jt printsiipidest lähtuvalt.
- Tegevuste ette näitamine (demonstratsioon).
Kasutatav eelkõige uute oskuste omandamise harjutamisel, aga samas ka igapäevasel juhendamisel aeglaselt õppivate ja sihitu käitumisega klientide puhul.
- Kohalolek, jälgimine ja meeldetuletamine.
Eeldab, et töötaja viibib enamiku ajast kliendi nägemisulatuses, et esimene saaks vajadusel (tegevus jääb toppama, tegevus lõppeb jms) sekkuda ja suunata klienti edasi tegutsema.
- Pidev kohalolek ja verbaalne juhendamine.
Sobib sihitult tegutsevatele, tähelepanuhäirega jt klientidele, kelle tegevuse organiseerimise oskused on vähesed, kuid kes suudavad mõista verbaalset kõnet või kellega suhtlemiseks on kohandatud alternatiivseid kommunikatsioonivorme. Antud juhendamiseviis on rakendatav, kui kliendil on ülesande täitmiseks vajalikud peamised oskused olemas.
- Pidev kohalolek ja manuaalne juhendamine.
Vajalik klientide puhul, kelle peamised ülesande täitmiseks vajalikud oskused on vähesed, liikumine piiratud, kuid mitte täielikult.
- Täielik abistamine.
Vajalik väga madala tegevusvõime tasemega klientide puhul – Alzheimeri viimane faas, sügava vaimupuudega või liikumatud kliendid jmt. Tavaliselt on klientidel alati mõni säilinud oskus, mis teatud tegevustes võimaldab täielikult abistamise asemel manuaalsel juhendamisel toime tulla.

Inimese igapäevategevustes toetamise võimalused on toodud enam-vähem hierarhiliselt. See peaks ilmesutama ka suhtumist, mida klienditöö nõuab – toetada inimest nii palju kui vajalik ja nii vähe kui võimalik. Iga inimene tahab ju ise ära teha selle, mida oskab ja sellises ulatuses, nagu suudab. Esemete ja abivahendite kohandamine annab peale nende kasutamaõppimist võimaluse kogeda sõltumatust teistest inimestest. Samal eesmärgil on kõige viimaseks jäetud ka täielik abistamine, kuna täielikult abistatav olek ei ole inimesele loomumane.

Toetamise võimalustest räägitakse käesolevas peatükis pisut enam *abivahendite kohandamisest*, *esemete kohandamisest* (vahendid liitpuude korral) ja *manuaalsest juhendamise*st. Seda põhjusel, et teised töövõtted on harjumuspärasemad ja nii suhtlemise kui ka keskkonna osas on neist peamisi kirjeldatud klienditöö meetodite peatükis. Eraldi käsitletakse veel raske liitpuudega klientide juhendamist, kuna siin on vähem tegemist verbaalse suhtlemisega ja sageli raske vahet teha, milles peab klienti täielikult abistama ja milles jõuab ta tulemusteni manuaalse juhendamise abil.

15.1. Abivahendite kasutamine

Abivahenditeks nimetatakse neid meditsiiniliselt põhjendatud tegevuspiirangute parandamiseks mõeldud vahendeid, seadmeid, esemeid, mida puudega/piiratud tegevusvõimega inimene vajab, et tulla paremini toime igapäevaste tegevuste sooritamiseks. Oluline rõhk on siin väljendil „*meditsiiniliselt põhjendatud*“. Ametlikus kõnepruugis nimetatakse abivahenditeks neid vahendeid, mida kasutatakse teatud diagnoosidega kaasnevate sümptomite ja probleemide korral tekkivate häirete kompenseerimiseks.

Eesti seadusandluses räägitakse abivahenditest „*tehniliste abivahendite*” nime all, kuid on neidsamu tooteid (proteesid, ortoosid, instrumendid, varustus või tehnilised süsteemid), mille abil on võimalik ennetada tekkinud või kaasasündinud kahjustuse või puude süvenemist, kompenseerida kahjustusest või puudest tingitud funktsioonihäiret, parandada või säilitada võimalikult kõrget füüsilist ja sotsiaalset iseseisvust ning tegutsemisvõimet.

Abivahendeid jagatakse erinevatesse abivahendigruppidesse lähtuvalt sellest, millist inimese funktsiooni või tegevusvaldkonda ta toetab:

- liikumisabivahendid
- tugiseadmed ja proteesid
 - ☐ jalgu toetavad abivahendid ja ortopeedilised jalanõud
 - ☐ käsi toetavad abivahendid
 - ☐ dünaamilised ortoosid
 - ☐ staatilised ortoosid
 - ☐ kaela- ja kehatoed
- abivahendid muude toodete käsitlemiseks
- kommunikatsiooni- ja nägemisabivahendid
- enese eest hoolitsemise abivahendid
 - ☐ söömist lihtsustavad abivahendid
 - ☐ WC-toiminguid lihtsustavad abivahendid
 - ☐ pesemist ja enesehügieeni lihtsustavad abivahendid
 - ☐ riietumist lihtsustavad abivahendid
 - ☐ siirdumist ja tõstmist lihtsustavad abivahendid
- õppimise ja kommunikatsiooniga seotud abivahendid
- vaba aja ja mängu abivahendid
- elukoha ja muude ruumide varustus ja lisaseadmed
- rehabiliteerimisel vajaminevad hooldus- ja harjutusvahendid

Paljud neist abivahenditest on väga spetsiifilised ja nende täpsem tundmine ei pruugi olla vajalik töös kõigi psüühilise erivajadusega inimestega. Seetõttu käsitleme ja esitleme siinkohal täpsemalt vaid mõningaid abivahendite grappe.

Liikumisabivahendid

Liikumisabivahendite eesmärgiks on kompenseerida eelkõige tasakaaluhäireid või alakeha piiratud liikuvust. Siia gruppi kuuluvad näiteks käimiskepid, kargud, ratastega ja ratasteta tugiraamid, ratastoolid, spetsiaalsed kolmerattalised jalgrattad jmt.



Joonis 22. Valik liikumisabivahendeid (standardratastool, ratastega ja ratasteta tugiraam)

Liikumisabivahendite kasutamisel võiks teada üldiseid põhimõtteid.

- Liikumisabivahendeid tuleb kasutama õpetada.
- Tasakaaluhäire või nõrgemate jalgade korral sobib ratasteta tugiraam.
- Ratastega tugiraam sobib eelkõige alakeha nõrkuse korral. Selle juhtimine nõuab enam osavust.
- Hea ratastool peab olema valitud vastavalt inimese kasvule ja suurusele, et võimaldada talle piisavat toetust ja mugavat istumisasendit.
- Jälgi ratastoolis istuva kliendi jalgade toetatust, ära lase neil „rippuda“, kui nad just jalgade abil oma ratastooli ei juhi.
- Välti äravajumist tasakaaluprobleemi korral. Kasuta lai ja soovitatavalt nelja- või viiepunktirihmu (n-õ traksid), ühepunktirihma kasuta vaid puusadest (mitte kaenla alt) toetamiseks.
- Kui ratastool on kliendile liiga suur, püüa tema asendit patjadega toetada ning ära lase tal kogu päeva seal ebanormaalses asendis istuda.

Tugiseadmed ja proteesid

Tugiseadmeid ja proteese võib iseloomustada kui üldist aktiivsust tõstvaid abivahendeid. Nende kasutamine võimaldab säilitada anatoomiliselt head kehaasendit, ära hoida liigeste jäigastumist, asendada puuduvat liigest või kompenseerida jäsemete või keha nõrkust. Liitpuudega klientidega töötades on enam levinud kaela- ja kehatoed, spetsiaalsed tallad või jalanõud ning ka randmetoed, ortoosid.



Joonis 23. Randmeortoos, kaelatugi

Juhised tugiseadmete ja proteeside kasutamiseks.

- Kui kliendile on valmistatud ortoosid, siis uuri kui sageli ja millal neid peaks kasutama ja järgi neid ettekirjutusi.
- Ära hoia kliendil ortoosi peal kauem, kui ette kirjutatud, see võib talle piinavaks osutuda.
- Enne ortoosi pealeasetamist tuleb kliendi liigesed ja lihased pisut lahti maseerida.
- Randmetugi võib kliendi käe funktsionaalsust tunduvalt tõsta, katseta seda tema abistamise asemel.
- Patoloogilised refleksid võivad ortooside ja tugede kasutamist takistada, ole tähelepanelik!
- Kaelatugi võib väga ebamugavalt kõrist pigistada. Jälgi, et asetad selle alati õiget pidi!

Kaelatugi on üks esimesi asju, mille peale mõelda. Kui klient ise pead ei hoia, kannatab selle tõttu iga iseseisev tegevus. Sageli piisab peaasendi fikseerimisest ja me näeme suuri muutusi inimese huvis ümbritseva vastu, tema tegutsemistahtes ja -võimes. Lisaks on ülajäsemete halvatuse ja väärasendite all kannatavate klientide puhul kasulik proovida erineva jäikusega randmetugesid, mida saab osta nt sporditarvete kauplusest. Lihtsate, rannet pisut fikseerivate tugede abil võib käe funktsionaalsus märgatavalt paraneda.

Enese eest hoolitsemise abivahendid

Enese eest hoolitsemise abivahendite ülesandeks on toetada inimese iseseisvat tegutsemist kõige tavapärasemates toimingutes. Kuna enese eest hoolitsemise tegevused on ühtlasi kõige intiimsemad tegevused, kus teiste abistamist vähem soovitakse, on selle grupi abivahenditel täita suur roll elementaarse suutlikkustunde tagamisel. Siia kuuluvad:

- 1. söömist lihtsustavad abivahendid**, nagu spetsiaalsed järsu servaga taldrikud, taldrikuserva kõrgendused, kahe sanga ja tilaga tassid, paksendatud varrega söögiriistad (kergem haarata), raske varrega söögiriistad (kergem liigutusi koordineerida), muudetava suunaga söögiriistad (kui liigesliikuvus piiratud), libisemisvastased lauakatted jpm;



Joonis 24. Söömist lihtsustavad abivahendid

- 2. WC-toiminguid lihtsustavad abivahendid**, nagu potikõrgendused (tasakaaluhäirete ja alakeha nõrkuse puhul), spetsiaalsed potitoolid (nt kui inimene ei suuda istumisasendit säilitada), tualeti-ratas-tol (millega saab otse WC-poti kohale sõita) jpm;



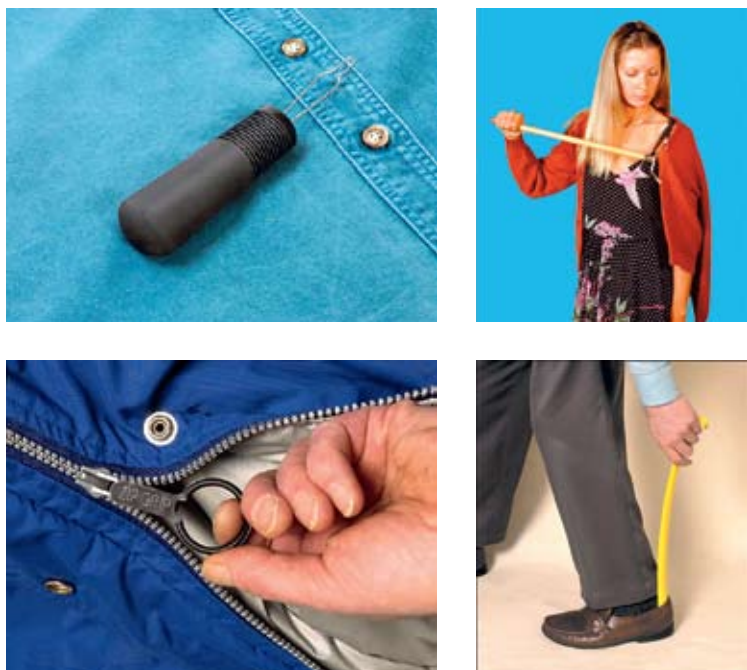
Joonis 25. WC-toiminguid lihtsustavad abivahendid

- 3. pesemist ja enesehügieeni lihtsustavad abivahendid**, nagu vedruga küünekäärid, pika varrega kamm, pikendatud/muudetava suunaga varrega pesukäsna ja -harjad, dušitoolid, ratastel dušitoolid jpm;



Joonis 26. Pesemist lihtsustavad abivahendid

- 4. riietumist lihtsustavad abivahendid**, nagu riietumise abipulk, riietumise abikonks, pikendatud varrega kingalusikas, nõõpija, soki jalgatõmbaja, saapapink, haaratsid jpm;



Joonis 27. Riietumist lihtsustavad abivahendid

5. Siirdumist ja tõstmist lihtsustavad abivahendid, nagu käetoed seinal, voodi kohal, WCs ja vannitoas, vannitõstukid, funktsionaalvoodid jpm.

Enese eest hoolitsemise jt abivahendite puhul tuleb muidugi jälgida, et inimesel ei oleks abivahend abivahendi pärast, vaid et see tõesti ka hõlbustaks iseseisvat toimetulekut. Kui liikumispuudele lisandub näiteks vaimupuue, võib abivahendi kasutamine nt riietumisel muuta tegevuse hoopis keerukamaks ja vaevanõudvamaks. Sellisel juhul peaks abivahendi kasutamisele eelistama nt füüsilise keskkonna, riiete ja praktilise juhendamise kohandamist.

Abivahendite hankimine ja kohandamine

Abivahendi vajadust tõendab arstitõend või rehabilitatsiooniplaan, millel on märgitud vastav abivahend. Näiteks 2010. a seisuga kompenseeritakse lastele ja tööealistele isikutele üle 20 000 krooni maksvad proteesid rehabilitatsiooniplaani ning vanaduspensionäridele eriarsti tõendi alusel (mõnikord ka maa- ja metsamajanduse ekspertkomisjoni nõudmisel).

Eritellimusel või masstoodanguna valmistatud tehnilisi abivahendeid on võimalik osta ja laenutada soodustingimustel, samuti on võimalik taotleda teenuste kompenseerimist. Seda saavad teha lapsevanemad või lapse eestkostja, tööealised isikud, kellel on tuvastatud töövõime kaotus alates 40% (kuulmispuude puhul alates 30%) või kellele on määratud puude raskusaste. Samuti vanaduspensioniealised isikud, kellel abivahend võimaldab parandada toimetulekut ja insuliini süstivad diabeetikud glükomeetrite ostmiseks. Masstoodanguna valminud abivahendeid kohandatakse vajadusel kindlale isikule.

Niisiis määrab abivahendivajaduse arst või rehabilitatsiooniasutus. Samas saame oma kliendil kasutada ka masstoodanguna valminud üldisi abivahendeid või talle selle ise valmistada. Arvestama peame aga sellega, et abivahendi valikul ja kohandamisel peaks lõppahendus olema võimalikult lähedal tavaelule, st abivahend ei tohiks domineerida inimese üle, muuta teda kuidagi eriliselt silmapaistvaks, ega tema tegevust tavapärasest erinevaks. Oluline on mõelda nii inimese enda kui ka tema lähedaste/hoolitsejate vajadustele – abivahend ei õigusta ennast, kui selle kasutamine eeldab ümbritsevatelt tuntavalt enam tööd ja ressursse. Abivahend peaks ka sobituma keskkonda – hooldusasutustes on sageli tõsteseadmeid ja ratastoole, mille kasutamiseks jäävad näiteks ukseid või ruumid liiga kitsaks.

Lisaks võiks head abivahendit iseloomustada märksõnadega: reguleeritav, kergesti kasutatav, vastupidav, kergesti puhastatav, turvaline ja esteetiline.

Abivahendid raske ja sügava liitpuude korral

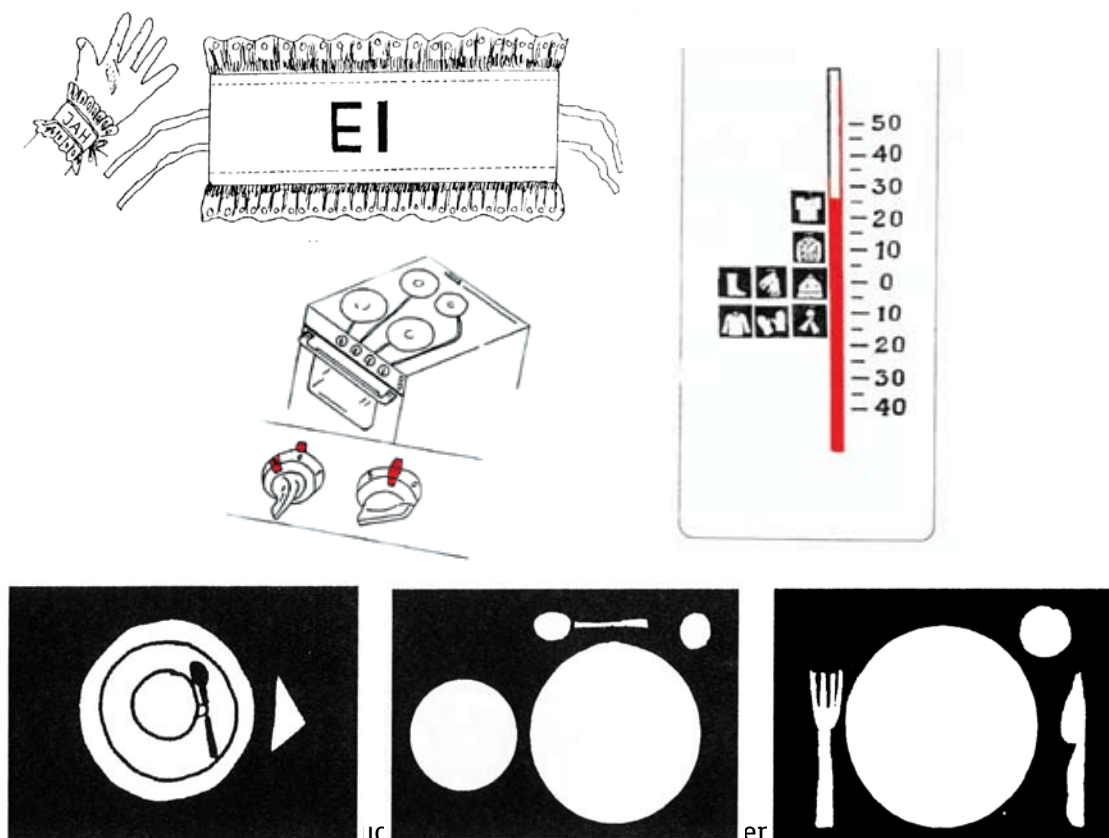
Raske ja sügava liitpuude korral on abivahendi käsitus tavapärasest kardinaalselt erinev ja tunduvalt laiem. Seda just seetõttu, et tegemist ei ole teatud elundite funktsioonihäire kompenseerimisega vaid puudega inimese kogu eluümbruse, kasutatavate esemete, materjalide ümberkorraldamisega. Praktilisele tegevustega toimetulekule lisandub eesmärk, mis on seotud erinevatest igapäevastest olukordadest ja tegevustest arusaamisega. Seetõttu saab siin abivahenditena nimetada kõike, mida kasutame kliendile selguse loomiseks, sh alternatiivsete kommunikatsioonimeetodite kasutamiseks vajalikku – alus või riul päevaplaanile, orientatsioonitabelile jms. Lisaks võimendub/suureneb hooldus-, tõste- ja siirdamisabivahendite kasutamise vajadus. Kuid täiesti eraldi tasub rääkida esemete kohandamisest.

Liitpuudega inimeste abivahendite hulka kuuluvad asjad, mida saab kasutada nende asendi fikseerimiseks. Kõige olulisemaks sammuks liitpuudega klientide juhendamisel ongi nende asendi korrigeerimine. Õigest algsuhtest sõltub järgneva tegevuse edukus.



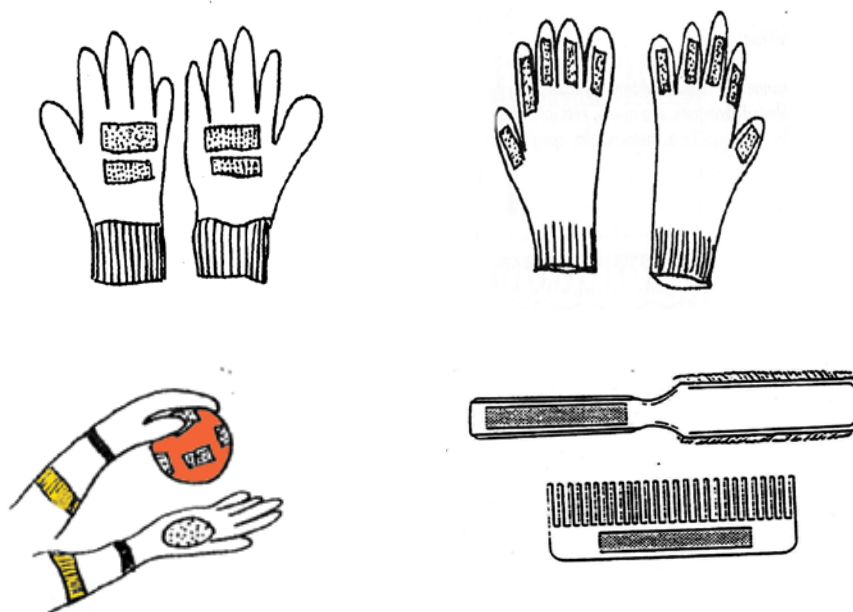
Joonis 28. Liitpuudega kliendi vale asend ning abivahendite abil korrigeeritud hea asend ja hästi toetatud asend

Lisaks kuulub liitpuudega inimeste abivahendite hulka kõik, mis võimaldab paremini keskkonnaga kontaktis olla ja toimuvast aru saada. Mõnel juhul ei suuda inimene ise midagi muud väljendada kui „ei“ või „jah“, kuna piltide või esemete käsitsemine käib üle jõu. Väljendusvõime võib piirduda vaid silmade või käte minimaalsete liigutustega. Märke paremini tõlgendavate klientide iseseisvust saab aga tõsta ka lihtsaid igapäevaseid vahendeid kasutades. Suurema kraadiklaasi kõrvale saab piktogrammides kujundada juhise, mis aitab riiete valikul. Kas piktogrammide või spetsiaalsete lauakatete abil võib visualiseerida, kuidas on hetkel vaja laud katta. Võimalused iga päev kasutatavate vahendite kohandamiseks klientidele



Joonis 29. Kommunikatsiooni ja tegevuste organiseerimisega seotud abivahendid/kohandused

Kui inimese haaramisvõime ja esemete käsitlemisvõime on vähesed, saab talle siiski anda võimaluse ise-
seisvalt õppida, mängida ja ka enese eest hoolitsemisel osaleda. Heaks abimeheks abivahendite loomisel ja
esemete kohandamisel on takjakinnis. Kui asendada sellega muud kinnitused, saab muuta kergemini käsit-
setavaks riided. kuid lisaks saab takjakinnis kompenseerida puuduvat haaramisjõudu või vastupidavust.



Joonis 30. Takjakinnisega kindad ja tegevusvahendid

15.2. Manuaalne juhendamine

Manuaalne juhendamine põhineb NDT/Bobath käsitlusel, mille eesmärgiks on kesknärvisüsteemi kahjustusega (PCI, TAK) inimestele õpetada normaalseid ja funktsionaalseid liigutustustreid ning neid selliste liigutustega harjutada, et saavutada maksimaalne iseseisvus igapäevategevuste sooritamisel. K. Bobath ja B. Bobath on inglise neuroloog ja füsioterapeut, kes arendasid välja tserebraalparalüüsi ja hemipareesiga täiskasvanud inimestega töötamise meetodid. Seda käsitust nimetatakse nii Bobath meetodiks kui ka NDTks, mis on lühend inglise keelsest mõistest *Neurodevelopmental Treatment* ja tähendab närvi arengulist ravi või tehnikat.

NDT/Bobath tehnikad tegelevad normaalsete, tegevuse sooritamiseks vajalike liigutuste harjutamisega. Tegevuste harjutamise protsessi käigus vähendatakse ebanormaalselt lihastoonust ja piiratakse tahtmata liigutusi. Kõigi tegevuste harjutamisel lähtutakse *järgmistest põhimõtetest*:

- kõikide lihastoonust tõstvate ja ebanormaalseid liigutusi esile kutsuvate liigutuste ja tegevuste vältimine
- normaalse asendi- ja liigutustustrite arendamine, kus valitud liigutustustrid ei tulene arengulisest järjekorrast vaid mustritest, mida on konkreetse tegevuse sooritamiseks vaja
- sümmeetria taastamine, milleks kaasatakse halvatud kehapool kõikidesse harjutavatesse tegevustesse
- sekkumine halvatud kehapoole liigutus- ja sooritus kvaliteedi muutuse esilekutsumiseks

NDT/Bobath tehnikaid kasutavad sügavuti füsioterapeudid ja tegevusterapeudid kesknärvisüsteemi kahjustusega klientide hindamisel, sekkumise planeerimisel ja korraldamisel. Täiskasvanud psüühilise erivajadusega inimeste erihoolekandeesutustes paraku nende erialade esindajad väga sageli ei tööta. Seetõttu on hea, kui tegevusjuhendajad on teadlikud selle käsitluse põhitõdedest ning oskavad elementaarseid võtteid kliendi manuaalsel juhendamisel kasutada.

Manuaalne juhendamine on kliendi käeline juhendamine õigete liigutustegevuste õpetamiseks ja korrigeerimiseks. Juhendamisel kasutab töötaja oma keha kui vahendit, et suunata kliendi keha ja jäsemeid vajalikke asendeid hoidma ning liigutusi sooritama. Manuaalsel juhendamisel on võimalik toetada kõiki kliendi igapäevategevusi, kuid seda rakendades tuleb tegevusjuhendajal järgida alltoodud põhitõdesid.

- Manuaalne juhendamine põhineb usalduslikul suhtel töötaja ja kliendi vahel.
Manuaalne juhendamine sisaldab intiimset ja vahetut kontakti kahe inimese vahel. Selles edu saavutamiseks peavad mõlemad osapooled teineteist tundma ja usaldama õppima. Seetõttu ei ole võimalik manuaalselt juhendada klienti, keda töötaja ei tunne või kellega töötaja kunagi kontakti pole saanud. Inimlik usaldus loob hea aluse sellele, et klient üldse võõra inimese puudutust taluks ja protsessis kaasa töötamiseks vajalikku motivatsiooni omaks.
- Tegevuste harjutamine toimub alati toetavas keskkonnas.
Toetav keskkond tähendab eelkõige tegevuseks sobilikku loomulikku keskkonda – söömise harjutamine toimub osakonna söögitoas, pesemist harjutatakse osakonna vannitoas jne. Samas on oluline, et selles keskkonnas ei oleks harjutamise ajal väliseid ärritajaid, mis kliendi tähelepanu suunamist ja keskendumist segaks ning töötaja ja kliendi omavahelise kontakti saavutamist takistaks (kaaskliendid, kolleegid, remondimees, töötav teler või raadio jne).
- Enne juhendamist tuleb kindlustada kliendi teadlikkus toimuvast.
Kliendi teadlikkuse suurendamiseks selgitatakse talle enne juhendamise alustamist lihtsalt ja selgelt, mis täpselt toimuma hakkab ja mida temalt oodatakse. Kõnest arusaamist peab vajadusel toetama alternatiivse kommunikatsioonivormi kasutamisega (piktogramm, foto, joonistus, ese). Madalama kognitiivse tasemega kliendi motiveerimiseks võib kasutada mingit preemiat, näiteks maiustust.
- Juhendamine toimub kliendi selja tagant või küljelt.
Kliendi manuaalsel juhendamisel seisab või istub töötaja kliendi selja taga või halvatud poole küljel, toetades oma kehaga kliendi asendit. Kui tegevus nõuab istumisasendi säilitamist, siis on hea kasutada toolina taburetti (neljajalgset). Töötaja oma kehaga toetab kliendi asendit ja vajumise korral saab seda kohe korrigeerida. Küljelt juhendamine on võimalik, kui klient suudab ise tasakaalu säilitada ja kukkumisoht puudub.

- Tegevuse sooritamisel on kliendi kehaasend alati sümmeetriline. Kliendi ühe kehapoole halvatuse korral peab tegevusjuhendaja juhendama klienti oma halvatud kehapoolt tähele panema ning seda tegevusse kaasama. Näiteks söömistegevuse ajal võib halvatud käsi olla laual või hoida kinni leivataldrikut. Töötaja peab jälgima, et kliendi õlad oleks ühel kõrgusel ja mõlemad jalad samas asendis.
- Juhendamisel tuleb kliendile jätta võimalus olemasolevat potentsiaali kasutada. Kliendi manuaalne juhendamine tegevuses nõuab töötajalt suurt tundlikkust. Harjutamise eesmärgiks on iseseisva soorituse saavutamine. Seega peab töötaja tegevust manuaalselt juhendades tundma ära need hetked, kui klient saab tegevusest aru ja üritab seda iseseisvalt sooritada ning oma haaret vajadusel vähendada. Kliendi käe hoidmisel on töötajal mõistlik rohkem toetada suuremaid liigeseid (randmeliiges), jättes kliendi sõrmeliigesed suhteliselt vabaks. Kui kliendi oskus lusikat hoida ja suunata paraneb, võib töötaja vabastada randme ning toetada ainult kliendi küünarvart.



Joonis 31. Manuaalse juhendamise abil söömise harjutamine

Kõikide tegevuste hea soorituse aluseks on õige/normaalse kehaasendi säilitamine. Kliendi kehaasendi korrigeerimine toimub alati *ülevalt alla* ja *keskelt väljapoole*. See tähendab, et kõigepealt korrigeeritakse õigesse asendisse kliendi pea, siis õlad, puusad ja jalad. Samas tähendab see ka seda, et sõrmede õige asendi juhendamine algab abaluust ja õlaliigesest ning liigub küünarliigesest randmeni. Mitte kunagi ei tohi töötaja esimese tegevusena hakata kliendi sõrmi peopesast lahti murdma, sest see võib kliendile olla äärmiselt valus ja kahjustav. Samas, kui alustada abaluu ja õlaliigese masseerimisega pöördliigutuste abil ning liikuda mööda küünarvart allapoole, võib juhtuda, et kliendi käsi läheb ise õigesse asendisse ja peopesa avaneb.



Joonis 32. Manuaalse juhendamise abil siirdumine voodist ratastooli

Sümmeetria säilitamiseks erinevates tegevustes on kasulik paluda kliendil oma halvatud käsi üles otsida ja terve käega keha keskjoonele tuua. See kergendab ka tasakaalu hoidmist kummardamisel ja keharas-kuse ülekandmisel nõrgemale kehapoolele. Töötaja juhendab klienti halvatud kehapoolelt ning vajadusel toetab nõrgemat jalga oma põlvedega (joonis 32 ja 33).



Joonis 33. Manuaalse juhendamise abil kõndimise harjutamine

Õige kehaasendi säilitamine tähendab ka seda, et normaalseks ei loeta söömis-, riietumis-, pesemis- ja WC-toimingute sooritamist voodis lamades. Seetõttu ei tohiks tegevusjuhendajad väga kergesti leppida mõttega, et klient on „lamaja“, kelle juhendamine tähendab pigem tema hooldamist, toimetamist ja tema eest ära tegemist. Kliente, kes on 100% abistatavad, on psüühilise erivajadusega inimeste erihoolerakendeteenustel väga vähe. Tavaliselt on igal inimesel, tema puuderaskusastmest hoolimata, säilinud mingid võimed ja oskused, mida tegevusjuhendajad oma juhendamisega toetada ja parandada saavad. Samuti ei peeta asendihoiu seisukohalt normaalseks ka seda kui liitpuudega klient kogu oma ärkveloleku aja istub ratastoolis samas asendis. Ka siis, kui klient ise otseselt ei väljenda soovi asendivahetuseks, peab tegevusjuhendaja probleemi märkama ning looma selle lahendamiseks võimalused – söömine tavalisel toolil, teleri vaatamine diivanil istudes, muusika kuulamine kott-toolis istudes, käeliste tegevuste sooritamine kõhuli vaibal jne.

15.3. Sügava liitpuudega kliendi juhendamine

Sügava liitpuudega klientidel on tegevusvõime väga madalal tasemel, mistõttu nende osalus tegevustes on tugevasti piiratud. Selle sihtrühma puhul ei pruugi manuaalne juhendamine kõikides tegevustes tulemusi anda, seetõttu peab tegevusjuhendaja kasutama spetsiifilisi hooldustöövõtteid ja keskkonna sobivaks kohandama.

Söömine/söötmine

Kõige aluseks on tegevust toetava keskkonna loomine. Söömine on igale inimesele äärmiselt oluline tegevus. Hoolekandeesutuses elavale inimesele on see võib-olla ainus tõeliselt motiveeriv ja arusaadav tegevus, mida päevas oodata. Söömist toetav keskkond peab kliendile andma võimaluse tegevusele keskendumisele ja protsessi nautida. Selleks tuleb tegevusjuhendajal luua olukord, mis on vaba üleliigsetest ärritajatest (teler, raadio, muusikakeskus välja lülitada) ning kus *tegevused toimuvad alati samas järjekorras samal viisil ja kiirustamata*. Heaks näiteks on kindlate rituaalide sidumine söömistegevuse alguse ja lõpuga ning töötajate istumine söögilauas koos klientidega.

Kliendi tegevusvõimet toetav/arendav söömine/söötmine algab tegevuseks sobiliku asendi tagamisega. Hea asend söömiseks on istumisasend, kus kliendi *ülakeha on kallutatud veidi ettepoole*. Selline asend kergendab neelamist. Kui söömine toimub voodis, tuleb kliendi istumisasendit toetada patjade või kiiludega. Täiesti lubamatu on olukord, kus klient sööb öökapile asetatud taldrikust, lamades ise külili voodis.

Söötmisel asub tegevusjuhendaja kliendiga ühel kõrgusel või madalamal ning lusikat hoidev käsi liigub *alt ülespoole*, sest see vähendab kliendil patoloogiliste reflekside teket. Ülevaalt alla söötes võib kliendi pea liikuda kuklasse ja keha vibusse tõmbuda. Pärast söötmist tuleb kliendil lasta ca 15 minutit istuda, et toit saaks allapoole vajuda. *Suupiirkonna üli-/alutundlikkuse* tõttu ei ole hea kliendi suud söömise ajal pidevalt puhastada, pidev kliendi suu pühkimine pigem ärritab nahka ning tekitab kliendile ebameeldiva tunde. Suupiirkonna patoloogiliste reflekside ärahoidmiseks on tegevusjuhendajal vaja kliendile leida *sobiv lusikas* ning sooritada tegevus ettevaatlikult ja suhteliselt kiiresti, et lusikas kliendi hambaid võimalikult vähe

puudutaks. Lusika valiku aluseks on erinevate võimaluste katsetamine ja proovimine, sest iga inimene on erinev ning üldised reeglid ei pruugi kõigi puhul toimida. Kui kliendil on raske ise suud sulgeda ja mäluda, võib tegevusjuhendaja *toetada kliendi lõuga*. Neelamisprobleemide korral tuleb meeles pidada tõsiasja, et *paksemat toitu on kergem neelata* kui vedelat. Samuti soodustab neelamist imemine.

Nägemispuudega kliendi söötmisel peab tegevusjuhendaja klienti informeerima, missugust toitu serveeritakse. Töös sügava liitpuudega klientidega on tegevusjuhendajate ülesandeks *jälgida klientide vedelikutarbimist*. Inimesele loetakse normaalseks 1,5–2 liitri vedeliku tarbimist päevas. Klientidel, kelle eneseväljendusoskused on piiratud ja kes ise kraani kasutada ei suuda, peab olema tagatud võimalus ka söögiaegade vahepeal juua. Nendest joomistest saab korraldada hubased ühistegevused, mis toimuvadki päevaplaani alusel kindlatel kellaaegadel. Kliendi vedelikupuudusele viitavad sümptomid on kuivad limaskestad, seisev nahk, vähene, kontsentreeritud uriin ja segadustunne vanuritel.

Riietumine/riietamine

Juhendamise aluseks on hea kehaasend ja normaalne lihastoonus. Spastilisust aitab vähendada voodis enne riietumist kliendiga võimlemisharjutuste tegemine (kliendi rullimine küljelt küljele, jäsemete väristamine, kerge raputamine). Hea asend riietumiseks on *istumisasend pikal madalal pingil või teraapiarullil* nii, et tegevusjuhendaja saab istuda ja toetada klienti selja tagant. Kui see pole võimalik, saab klienti riietada ka voodis, pöörates vajadusel tema keha puusadest ja põlvedest.

Sügava liitpuudega klientide riietumine võtab tavapärasest rohkem aega ja seda tegevust ei sooritata päevas mitmeid kordi. Seega peaksid kliendi riided olema *sportlikku laadi, nahasõbralikust materjalist* ning kliendile *number või paar suuremad*. Sügava liitpuudega kliendile on väga raske selga panna talle täpselt parajaid liibuvaid teksapükse. Riiete kinnitusteks ei sobi väikesed nõõbid, haagid või lukud, need tasub asendada *takjapaeltga*. Riietumisel räägib tegevusjuhendaja kliendiga, selgitades lihtsate lausetega, mida ja kuidas tegema hakatakse. Teadlikkust tegevusest suurendab ka see, kui selga pandavad riided on alati asetatud samasse kohta, samas järjekorras. Riiete esi- ja tagapooltest selguse loob kliendile *riiete märgistamine*:

- pluusil on märgis paigutatud esikülje alla riideserva pahemale poole
- pükstel on märgis paigutatud värvli pahemale poole tagakülje keskele

Vaatamata sellele, et sügava liitpuudega kliendid iseseisvalt ei kõnni, peaksid neil päevasel ajal jalas olema kõva tallaga sandaletid. See aitab ennetada ja ära hoida jalgade väärasendeid ja liigeskontrakture, kuna tegevusjuhendajatel on võimalus kontrollida kliendi varvaste asendit.

Pesemine duši all

See on sügava liitpuudega klientide puhul äärmiselt oluline tegevus, mida peaks sooritama vähemalt korra päevas. Pesemine täidab küll enese eest hoolitsemise funktsiooni, kuid selle sihtrühma puhul saab seda kohandada ka toredaks ja lõõgastavaks vaba aja tegevuseks. Sel juhul ei tohiks tegevust sooritada kiirustades ja „liinitööna“, mis kliente tihti hirmutab, vaid *rahulikult ja kliendi huvisid ning arengutaset silmas pidades*. Paljud sügava liitpuudega inimesed on oma vaimselt ja emotsionaalselt arengult jäänud imikuikka, neile meeldib veega mängida ning erinevad vannimänguasjad annavad võimaluse uuteks ja huvitavateks kogemusteks.

Sügava liitpuudega inimesed ei suuda pesemise ajal seista, paljudel on raskusi ka istumisasendi säilitamisega. Turvalisuse tagamiseks kasutatakse pesemisel abivahenditena *dušitooli või pesemisraami*. Võib juhtuda, et mõnel kliendil on pesemisest ebameeldiv ja hirmutav kogemus ning ta kardab seda tegevust väga. Hirmu vähendamiseks ja meeldiva kogemuse tekkimiseks tuleks pesemisvahenditena kasutada *piisavatevaba šampooni ja seepi ning juuste pesemisel katta kliendi silmad oma käega*. Vesi tuleb kindlasti reguleerida enne kliendi duši alla suunamist. Klientide puhul, kes vett pelgavad, võib üle keha pesemist sooritada *alt ülespoole*, alustades jalgadest ning jättes viimaseks pea ja juuksed.

Kliendi olemasolevate võimete säilitamiseks ning parandamiseks võib kliendile kätte anda pesukäsna ning juhendada teda ise oma keha pesema. Pärast pesemist kuivatatakse klient hoolikalt, vajadusel kreemitatakse teda ning lõigatakse küüned. Abivahendid tuleb puhastada ja desinfitseerida, sest neid kasutavad ka teised kliendid.

Kliendi vajaduste ja soovidega arvestamine

See on töös sügava liitpuudega inimestega *väljakutse* igale tegevusjuhendajale. Töötaja oskus märgata sügava liitpuude varjus inimest ei arene olukorras, kus osapooled kohtuvad vaid kliendi hooldamisega seotud olukordades. *Huvitegevused* mängivad olulist rolli iga inimese arengus. Osalemine tegevustes, mis vastavad sihtrühma tugevatele külgedele ja piirangutele, huvidele ja eelistustele, annab aluse kliendi tegevuseelduste arenguks ning paremaks maailma tajumiseks. Töötajatele annab see aga võimaluse kliendiga paremat kontakti saavutada ja teda inimesena tundma õppida. Tihti aga piirdub töö sügava liitpuudega inimestega vaid nende põhivajaduste eest hoolitsemisega, sest esiteks võtab see palju aega ja teiseks ei oska töötajad kliendile pakkuda tõeliselt motiveerivaid ja jõukohaseid huvitegevusi.

Sügava liitpuudega inimesed tajuvad keskkonda peamiselt omaenda keha kaudu. See tähendab, et nendele mõeldud tegevustes peab kesksel kohal olema kogemuse saamine läbi kuulmise, nägemise, haistmise, maitsmise, katsumise, kehaasendi ja liigutuse. Tegevused peavad sisaldama piisavat stimulatsiooni ja väljakutset, andes võimaluse liikuda, manipuleerida ja materjale uurida. Iga sügava liitpuudega inimene on ainulaadne isiksus, kellel on oma iseloom ja temperament. Oma eelistusi, rahulolu, hirmu, viha ja uudishimu väljendavad need inimesed paraku viisil, mida tegevusjuhendajal on esmapilgul raske ära tunda ja aktsepteerida. Seetõttu tuleb kõigepealt erinevates enese eest hoolitsemise tegevustes klienti jälgida ning tema reaktsioone ja meeleolu tähele panna. Nendest tähelepanekutest saab tegevusjuhendaja luua pildi kliendi huvidest, eelistustest, hirmudest ning seda oma juhendamisevõtete kasutamisel ja huvitegevuste planeerimisel arvesse võtta.

16. TEGEVUSPLAANI KOOSTAMINE

Tegevusplaan on kliendiga töötamise alus. See on tegevusjuhendaja ja kliendi ühiselt koostatud dokument, mis määratleb kliendi eesmärgid ja erinevate seotud osapoolte (klient, tema võrgustik, tegevusjuhendaja) tegevused kindlaks ajaperioodiks.

See on kokkulepe töötaja ja kliendi vahel ning tegutsemisjuhend kõikidele plaanis toodud osapooltele. Tegevuspaanist peaks saama suuniseid ja juhiseid, kuidas klienti juhendada, mida koos kliendiga teha ning milline on poolte vastutus. Põhimõtteliselt on tegevusplaan kliendi igapäevase elu kavandamine, mis peab lähtuma normalisatsiooniprintsiibist ning olema suunatud soovitud olukorra saavutamisele või säilitamisele. Kuna plaan on koostöökokkulepe kõigile osapooltele, siis on oluline, et ta oleks vormistatud arusaadavas keeles ja stiilis.

Alates 2009. aastast sätestab sotsiaalhoolekande seadus erihoolekandeteenuse osutajale kohustuse koostada teenustel viibivatele isikutele tegevusplaani. Kliendid saavad erihoolekandeteenustele Sotsiaalkindlustusameti suunamisotsusega, kus on muu hulgas nimetatud osutatav teenus ning toodud välja teenuse saamise eesmärgid ja soovitatavad tegevused nende saavutamiseks. Teenusele saabujale (v.a kohutumääruse alusel suunatud) ja igapäevaelu toetamise teenuse saajatele) on rehabilitatsioonimeeskond eelnevalt koostanud rehabilitatsiooniplaani, mis sisaldab informatsiooni kliendi toimetuleku, puute jms kohta, samas on kirjeldatud ka kliendi toetamise, arendamise ja abistamise vajadusi ning võimalusi. Neile faktidele ja soovitudele toetudes on teenuse osutajal kohustus 30 päeva jooksul pärast kliendi teenusele saabumist koostada koos kliendi ja tema seadusliku esindajaga (kui see on määratud) tegevusplaani. Nii tagatakse igale teenuse tarbijale individuaalne ja tema vajadustele vastav lähenemine. Tegevusplaanis sõnastatakse kliendile olulistes valdkondades jõukohased eesmärgid, püstitatakse alaesmärgid, planeeritakse tegevused ja ajakava tegevuste elluviimiseks, määratakse tegevuste eest vastutajad ning tulemuste hindamise tähtajad.

Plaani koostamine on meeskonnatöö. Meeskonna moodustavad klient, tema lähedased või eestkostja, teenuse osutaja määratud vastutav tegevusjuhendaja ning teised töötajad, kes on plaani elluviimisega seotud. Vajadusel võivad meeskonda kuuluda ka kliendile olulised tervishoiutöötajad (perearst, eriarstid, õed). Plaan koostatakse kliendile kogu tema teenusel viibimise ajaks, kuid seda täiendatakse ning muudetakse vastavalt vajadusele. Sotsiaalhoolekande seaduses on sätestatud, et koostatud plaan tuleb vähemalt kord aastas üle vaadata ja vajadusel muuta. Hinnata tuleb ka igas kuus tehtavate tegevuste eesmärgipärasust, ajakava ja tulemuslikkust. Nii on tagatud plaani elluviimisel tekkivate probleemidega tegelemine. Regulaarne plaani elluviimise jälgimine ja dokumenteerimine annab võimaluse hinnata järjepidevalt tegevuste sobivust, efektiivsust ja eesmärgipärasust ning näitab ära vajaduse tegevuskava korrigeerimiseks. Nii tagatakse klienti arendav ja toetav eesmärgipärane ning järjepidev teenuse osutamine, mis pakub kindlustunnet nii kliendile kui ka tegevusjuhendajatele. Tegevusplaani võib dokumenteerida nii elektrooniliselt kui ka paberikandjal, konkreetset plaani vormi pole riiklikul tasandil kehtestatud. Iga teenuse osutaja võib kujundada oma vormi, pidades silmas seadustes toodud nõudeid plaani ülesehituse ja sisu osas.

Dokumendid klienditöös. Sotsiaalhoolekande seadus seab erihoolde teenuse osutajale kohustuse koguda ja säilitada teenusel viibiva isiku kohta käiva teenuse osutamisega seotud teave ja dokumendid. Dokumentide loetelu, mida teenuse osutaja peab koguma ja säilitama, kehtestab sotsiaalminister määrusega. Dokumendid kogutakse klienditoimikusse, toimiku vormi ja ülesehituse kinnitab hoolekandeadutuse juhtkond, ühtset vormi ei ole riiklikult kehtestatud.

Toimikusse koondatakse järgmised dokumendid:

- ärakiri isikut tõendavast dokumendist
- teenusele suunamise otsus
- ärakiri rehabilitatsiooniplaanist
- tegevusplaani koos kõigi lisadega
- arstitõendid ja väljavõtted haigusloost
- keelatud esemete ja ainete äravõtmise kohta koostatud protokollid
- kliendi eraldamise protokollid
- muud teenuse osutamisega seotud protokollid või ärakirjad

Dokumentide olemasolu ja säilitamine võimaldab saada ülevaadet, kuidas on teenust isikule osutatud (nt esitamiseks isiku seaduslikule esindajale, Sotsiaalkindlustusametile jne). Erihoolekandeteenuse osutamise lõpetamisel tagastab teenuse osutaja teenust saanud isikule või olemasolu korral tema seaduslikule esindajale kõik kogutud ja säilitatud isiku kohta käivad dokumendid, sealhulgas isikule koostatud tegevusplaani.

16.1. Tegevusplaani koostamine

Tegevusplaani koostamine on ühtlasi ka planeerimine. Planeerimise mudelis lähtutakse klassikalisest plaanimistsüklist, mille osad, nagu hindamine, eesmärgi püstitamine, planeerimine ja sekkumine kuuluvad tegevusplaani koostamise juurde.

Tegevusplaani koostamine on protsess, mis sisaldab järgmisi etappe

- *kliendi kohta taustainfo kogumine* – eri infoallikatest saadud oluline teave kliendi mineviku kohta
- *hindamine* – hinnatakse kliendi toimimist valdkonniti, kirjeldatakse hindamismeetodeid ja tuuakse välja probleemsed valdkonnad
- *eesmärkide püstitamine* – sõnastatakse valdkonniti pikaajalised eesmärgid, igale pikaajalisele eesmärgile lisatakse lühiajalised eesmärgid, mis peaksid tagama pikaajalise eesmärgi saavutamise
- *planeerimine* – tegevused, korraldused ning meetmed lühiajaliste eesmärkide saavutamiseks; igale tegevusele määratakse vastutaja ning koostatakse ajagraafik.
- *sekkumised* – tegevusplaani elluviimine
- *tulemuste hindamine* – hinnatakse tegevuste ja korralduste täitmist ja eesmärkide saavutamist või ka mittesaavutamist, siia kirjutatakse ka soovitusel, milliseid tegevusi edaspidi teha.

Taustainformatsiooni kogumine kliendi kohta

Tegevusplaani koostades tuleb lähtuda põhimõttest, et kõik inimesed on erinevad. See, mis ühe kliendi jaoks on vastuvõetav ja toimiv, ei pruugi seda olla teise jaoks. Isiksuse individuaalsus sõltub paljudest valdkondadest, nagu näiteks anatoomilisest eripärast, füsioloogilisest talitlusest, psühholoogilisest ja emotsionaalsest toimimisest, somaatilise tervisest, motivatsioonist, hinnangust oma elukvaliteedile, elukogemustest, positsioonist ühiskonnas, intelligentsusest, erivõimetest ja annetest, huvidest ja hobidest jne.

Erihoolekandeteenusele saabuva isiku kohta teenuse osutajale enamasti palju infot ei laeku. Põhilised kirjalikud teabeallikad on isiku suunamisotsus ja rehabilitatsiooniplaan ning tervisetõend püsivat ravi vajavate somaatiliste haiguste kohta. Mõnikord on kättesaadavad ka eelmise teenuseosutaja või isiku eestkostja saadetud dokumendid või toimik. Et kuu aja jooksul koostada uuele kliendile realistlik ja asjakohane tegevusplaan, peab teenuse osutaja hankima lisainformatsiooni. Kõige käepärasem moodus selleks on klienti intervjuuerida. Paljudes hoolekandetasutustes on selleks koostatud vastavad küsimustikud, mida koos kliendiga täidetakse. Kui aga kliendi kognitiivsed võimed pole intervjuuks piisavad, võib olulist teavet saada ka kliendi vaatluse abil ning selle hilisemast analüüsist.

Informatsiooni saab küsida ka inimestelt, kes kliendiga kokku on puutunud (perekond ja teised lähedased, sõbrad, sotsiaaltöötajad, tervishoiutöötajad, varasemad teenuseosutajad jne) ning ise kliendiga koos tegutsedes tema tegemisi tähele pannes ning tõlgendades. Klienti paremini tundma õppides, temaga usalduslikku suhet hoides ning tegevusplaani koostamisel tema individuaalsust arvestades suudame püstitada järjest õigemaid eesmärgi ning neid koos kliendiga ka saavutada.

Kliendi hindamine

Hindamisel võib kasutada erinevaid meetodeid: vaatlust (erinevates tegevustes ja keskkondades), intervjuud (kliendi, teiste oluliste inimestega), väljatöötatud mõõdikuid jne. Hinnangute koostamisel võib kasutada ühtset struktuuri, kuid tuleb silmas pidada, et eri valdkondade tähtsus on erinevatel kliendigruppidel erineva kaaluga.

Vaimupuudega klientide hindamiseks on välja töötatud mitmeid metoodikaid ja küsimustikke. Olulisem kui meetod ise, on see, et hindamine oleks süsteemne ning vaadeldaks just vaimupuudega kliendile olulisi

valdkondi. Alati sama meetodi kasutamine hindamisel annab võimaluse tulemuste võrdluseks ja analüüsiks. Samas on töötajatel mugav tegevusplaanidega töötada, kui need on sarnase ülesehitusega.

Vaimupuudega kliendi puhul tuleks anda hinnang toimimisele järgmistes valdkondades:

- kommunikatsioon: keele kasutamine (eneseväljendus, sisu, kommunikatsiooni vorm, funktsioon), keelest arusaamine (verbaalse kõne mõistmine, lugemine, kirjutamine, loetu mõistmine, tasakaal kõne kasutamise ja mõistmise vahel jne)
- aistingud: kuulmine, nägemine, haistmine, maitsmine, puutetundlikkus, piirangud ja eripärad
- motoorsed võimed: asendivahetus siirdumisel, liikumine, millised on piirangud, millist abivahendit kasutab, abivahendite vajadus jne
- kognitiivsed võimed: intellekti tase, orientatsioon, akadeemilised oskused, üldine info omandamine, mälu, keskendumine, tähelepanu suunamine jne
- sotsiaalsed oskused: kontakti loomine, kontakteerumise viis jne
- emotsionaalsed oskused: tunnete tundmine, tunnete eristamine, emotsioonide stabiilsus, emotsioonide juhtimine, emotsioonide väljendamine, emotsionaalse arengu iga jne
- seksuaalsus: kehaskeemi tundmine, kehaosade tundmine, toimetulek kehaga, seksuaalsuse suundumus (endale, teistele), normide, väärtuste mõistmine, varasemad kogemused (ka ebameeldivad), seksuaalharidus
- eneseteadlikkus: minapilt, tahe, valikute tegemine, enese eest seismine, sõltumine teistest, ebaõnnestumiste talumine, enese piiride seadmine, eelistuste omamine jne.
- haridustee: varasemad õpingud, õppeainete eelistused, toimetulek õpetajate ja kaasõpilastega, tunnistused jne
- õpitud oskused: enese eest hoolitsemine, kodune elu ja majapidamisoskused, raha kasutamine, liikluse turvalisus jne
- igapäevaelu kulg: kogukonnaressursside kasutamine, religiooni ja kultuuri eripärad, vaba aeg
- päevategevused ja töö: praegused tööd ja tegevused, varasemad kogemused, töösse suhtumine, töötamise tempo, ülesandele keskendumine, iseseisvus, hovid ja anded
- tervis: diagnoosid, erivajadused, kehalise tervise seisund, nakkushaigused, käitumisprobleemid jne
- sotsiaalsed kontaktid: peresuhted, sõbrad, tuttavad, töötajad, professionaalid, võõrad jne

Psüühilise haigusega klientide puhul on tervise valdkonna hindamine eriti tähtis, sest kliendi toimimist mõjutavad suuresti haiguse sümptomaatika ning ravimite tarvitamise järjepidevus ja ravimite kõrvalmõjud. Psüühilise haiguse korral on oluline hinnata ka motiveerivaid tegureid, sest pikaajaline psüühiline haigus põhjustab tagasilangust inimese huvides, tahtes, koostöövõimes, emotsioonides ning isoleerumist.

Hinnatavad valdkonnad psüühilise haigusega kliendi puhul:

- tervis: diagnoos, põhihaiguse sümptomid (nende sisu ja avaldumine: luulumõtted, meelepetted, hirmud jm), ravimid, ravimite kõrvaltoimed, ülitundlikkus ravimite suhtes, kehalised vaevused, väsimus, uni, suitsidaalus, stressifaktorid jne
- kognitiivsed võimed: tähelepanu ja keskendumine, mälu, mõtlemine, olukorra mõistmine, probleemide lahendamine jne
- suhtlemisoskused ja sotsiaalsed oskused: lugemis- ja kirjutamisoskus, arusaadavalt rääkimine, teise kuulamine, tähelepanu pööramine, info küsimine, oma arvamuse väljendamine, komplimentide vastuvõtmine ja tegemine, kokkulepete sõlmimine ja nendest kinnipidamine jne
- praktilised oskused: enese eest hoolitsemine, majapidamine, raha kasutamine ja planeerimine, päeva organiseerimine, liikumine ja mobiilsus, sotsiaalne integratsioon (kogukonnaressursside kasutamine)
- emotsionaalsed oskused: toimetulek tunnetega (mure, kurbus, hirm, lähedus, kiindumine, viha, rõõm, huumor), sõpruse, intiimsuhete, seksuaalsusega
- toimetulekuoskused: haiguse sümptomite (luulumõtted, hallutsinatsioonid jne), stressitekitavate sündmuste ja ebaõnnestumistega toimetulek jne

- töö ja vaba aeg: varasem töökogemus, praegune tööalane staatus, tööoskused, omandatud erialad, huvialad, hobitegevused jne
- staatus ja isiklik tähendus: tähtsad tegevused, tähtsad rollid, tähtsad asjad jne
- motivatsioon: sisemised ja välised motivatsioonifaktorid

Kliendi hindamise juures on tähtis ka hinnangu sõnastus. Valdkondade kirjeldus peaks olema lakooniline, kuid piisavalt informatiivne ning emotsioonivaba.

Eesmärgi püstitamine

Eesmärgi seadmisel peab olema kliendikeskne, seetõttu on vajalik kliendi kaasamine kogu tegevusplaani koostamise protsessi, sealhulgas ka eesmärgi püstitamisse.

On hea, kui eesmärgi sõnastab klient ise, sest sellisel juhul on ta protsessi kaasatud ning võtab ka ise vastutuse oma toimetuleku parandamise eest. Kindlasti ei suuda ega oska kõik kliendid eesmärki sõnastada, pigem väljendavad nad oma soove. Soovist eesmärgi sõnastamisel on oluline töötaja abi.

Sõltuvalt kliendi vaimupuude tasemest võib eesmärgi püstitada ka töötaja, juhul kui klient pole võimeline plaani koostamise protsessis osalema. Raskemate vaimupuude astemete korral võib plaani koostada minimaalvormis. See on mõtlemist abistav mudel, kus on võimalik end kliendiga samastada ning mõelda, mis on kliendi jaoks reaalselt saavutatav. Minimaalvormis mõtlemine aitab ära hoida ka kliendi ülehindamist, mida sageli tegema kiputakse.

Üldine eesmärk on nagu majakas, mis näitab suunda ja innustab. Üldine eesmärk on alati tulevikuperspektiiviga. See on suunatud soovitud situatsiooni saavutamisele või säilitamisele. Saavutamisele suunatud eesmärgi puhul on tegemist muutuste või arenguga, mida soovitakse saavutada; säilitamisele suunatud eesmärgi puhul püütakse võimalikult kaua säilitada olemasolevat olukorda (nt iseseisvaid eneseteenindusoskusi, töökohta, elamise situatsiooni jne). Üldised eesmärgid on ajaliselt pika perspektiiviga (üks kuni mitu aastat). Hästi sõnastatud eesmärk on *SMART* ehk tark: S – spetsiifiline, konkreetne, M – mõõdetav, A – aktsepteeritud, kokkulepitud, R – realistlik, T – kindla tähtajaga.

Näiteks: „Kahe aasta pärast olen ma lõpetanud õpingud pagari erialal“;

„Aasta pärast töötan ma Selveris kärulükkajana“; „Aasta pärast pesen end iseseisvalt“.

Spetsiifilised eesmärgid ehk alaeesmärgid toetavad üldist eesmärki ning peavad sellest otseselt lähtuma. Nad peavad aitama üldise eesmärgi saavutamist raskendavaid takistusi vähendada, kompenseerida või kõrvaldada. Ajaline määratlus on nende puhul lühem ja oleneb kliendi edusammude kiirusest, takistuste äralangemisest jne.

Spetsiifiliste eesmärkide püstitamisel on abiks nn RUMBA-kontseptsioon, mis annab viis indikaatorit, kuidas teha alaeesmärk nii spetsiifiliseks kui võimalik.

R – *relevant* – asjakohane. Peab olema otsene seos üldise eesmärgiga.

U – *understandable* – arusaadav. Kui eesmärk on selge, on väiksem ka vääritimõistmise oht.

M – *measurable* – mõõdetav. Eesmärk peab olema nii realistlik kui ka võimalik ning mõõdetav ajas, mahus vms.

B – *behavioural* – käitumuslik. Eesmärk peab kirjeldama käitumist konkreetsetes situatsioonides.

A – *attainable* – saavutatav. Oluline on, et spetsiifilised eesmärgid annaksid positiivse kogemuse ja ebaedu võimalikkus oleks minimaalne. Väikeste sammudega edasiliikumine on selleks kõige parem.

Näide: „Üks kord kuus käin ma polikliinikus vaimse tervise õe juures depoosüsti saamas“.

Üldised soovitusel eesmärgi püstitamisel:

- sõnastada eesmärk positiivses võtmes, mitte kasutada sõna Ei või negatiivset sõnastust („ma ei tee...“ jne)
- kasutada aktiivseid verbe: saan, hakkan, teen, tean, astun jne
- võimalusel kasutada eesmärgi sõnastamisel kliendi enda sõnu
- pidada meeles, et eesmärgid, mis klienti motiveerivad (isegi kui need ei ole väga hästi sõnastatud), on

paremad kui perfektse sõnastusega eesmärgid, mis klienti ei motiveeri

Eesmärgi sõnastuse abil on võimalik hiljem hinnata, kas eesmärk saavutati. Kui eesmärk on sõnastatud ebaselgelt, siis on ka tulemus ebaselge. Näiteks: „Mari saab paremini hakkama“ või „Mari tervis on parem“. Kui aasta pärast hinnata, kas Mari sai paremini hakkama, siis ei ole lõpptulemust millegagi võrrelda, sest ei ole teada, millega Mari pidi hakkama saama.

Üldine eesmärk võib olla erineva ajalise kestusega. Toetavate teenuste puhul võib see olla ühe kuni kolme aasta perspektiiviga, ööpäevaringsete teenuste puhul on aga soovitatavad lühema perspektiiviga eesmärgid.

Planeerimine

Eesmärgi saavutamiseks tuleb planeerida vajalikud tegevused. Tegevusi plaanides peab olema nii konkreetne ja täpne kui võimalik.

Tähtsad küsimused on:

- **mida** tegema hakatakse? Millised tegevused, milliste oskuste/funktsioonide säilitamiseks/parandamiseks?
- **kes** neid tegema hakkab?
- **millal** neid tegevusi tehakse?
- **kus** tegevusi tehakse? Päevakeskuses, osakonnas, töökohas, nõustamiskeskuses või mujal?
- **kui kaua** peavad tegevused kestma?

Kui klient on korraga mitmel toetaval teenusel, võib tal olla ka mitu tegevusplaani, nt üks on toetatud elamisega (iseseisvad elamisoskused, praktilised oskused, sotsiaalsed oskused kaaselanikega suheldes, haigusega toimetulek jne), teine töötamise toetamisega (tööoskused, sotsiaalsed oskused, toimetulek stressiga jne) seotud plaan.

Plaan peab olema teostatav. Ei ole mõistlik töötada samal ajal paljude üldiste eesmärkidega, oluline on leida prioriteedid. Soovitatav on töötada korraga mõningate üldiste eesmärkidega ning iga üldeesmärgi kohta optimaalselt viie alaeesmärgiga. Vastavalt kliendi eripäradele võib seda aga varieerida.

Kui tegemist on kliendi plaaniga (toetavatel teenustel), siis võib vahel olla oluline iga toimingu eesmärk. Tegevusplaan võib kanda ka juhendi rolli, mis selgitab, kuidas toiminguid täpselt teha (nt kuidas koristada oma tuba).

Sekkumine

Tegevusi, mida eelmises faasis planeeriti, hakatakse sekkumise faasis reaalselt tegema.

Tegevused ja toimingud sõltuvad eelnevalt hinnatud vajadustest ja/või piirangutest ning need sõltuvad olukorrast – kas klient elab iseseisvalt või institutsioonis, kas on vaja kaasata teisi professionaale, pere-liikmeid, kogukonna ressursse. Toetavatel teenustel on tegevusplaani rakendamine kindlasti komplitseeritum, sest keskkonna mõjufaktoreid on rohkem. Ükskõik kui tähelepanelikult eelmises etapis plaani peeti, võivad rakendamise etapis asjad teisiti minna.

Sekkumised peavad olema otseselt seotud kliendi vajadustega.

Tavapäraselt valitakse tegevusi/toiminguid nende võimaluste piires, mida asutusel parajasti pakkuda on – huviringid, töised tegevused, sportimisvõimalused, individuaalsed juhendamised uute oskuste omandamisel või säilitamisel. Alati neist ei piisa, vajadusel tuleb võimalusi juurde luua, eriti ööpäevaringse hool-dusteenuse puhul. Eelkõige oleneb see aga inimressursist (personal ja töötajate teadmised ja oskused) ja materiaalistest võimalustest.

Sekkumiste puhul võib ohuks olla liigne keskendumine ainult konkreetsete toimingute tegemisele, klient ja suhe temaga võib tagaplaanile jääda. Samuti võib ununeda klienti motiveerida ning talle tagasisidet anda. Neid ohte tuleb meeles pidada ja püüda vältida.

Tulemuste hindamine

Kliendi seisukohalt ei ole oluline mitte niivõrd teenuse osutaja enda hinnang tegevuste läbiviimisele, kui-võrd kliendi edenemine ja koostöö tegevustes ning see, kas püstitatud eesmärgid saavutatakse. Hindamisest peaks selguma, kas soovitud tulemused (kliendi soovitud või töötajate soovitud) saavutati või mitte.

Tulemuste hindamine võib olla suunatud protsessile või eesmärgile ehk tulemusele. Toetavatel teenustel võib protsessile suunatud hindamine osutada oluliseks.

Protsessile suunatud hindamise puhul tuleks hinnata:

- suhete kvaliteeti
- rollide kasutamist
- tegevuste kvaliteeti, arvestades kliendi soove, vajadusi ja piiranguid
- ajafaktori sobivust kliendile, arvestamist tema tempoga

Eesmärgile suunatud hindamise puhul vaadeldakse, kas üldine eesmärk või üldisele eesmärgile suunatud alaeesmärgid on saavutatud.

Hindamisega soovitakse saada vastuseid järgmistele küsimustele:

- kas eesmärgid olid hästi formuleeritud?
- kas eesmärgid saavutati?
- kui eesmärgid saavutati, siis millised faktorid olid saavutamise juures olulised?
- kui eesmäärke ei saavutatud, siis milliste faktoritega oli see seotud?

Pärast hindamist saab korrigeerida näiteks alaeesmäärke või muuta sekkumiste ja toimingute iseloomu. Saavutatud üldise eesmärgi juures tuleks aga mõelda, kas on mõtet seada uus üldine eesmärk või tuleks praegust olukorda säilitada. Palju oleneb kliendi intellektuaalsest tasemest, oskuste tasemest, psüühika-häire iseloomust, üldisest tahtest ja võimekusest.

Tegevusplaan vaadatakse üle ja vajadusel täpsustatakse vähemalt üks kord aastas. See on optimaalne aeg, et kliendi toimetulekus saaks toimuda positiivseid muutusi. Plaani võib üle vaadata ka sagedamini, kui eesmärgid on planeeritust kiiremini saavutatud ning kui kliendil on tekkinud uued soovid ja eesmärgid, mida realiseerima hakata.

Tabel 5. Tegevusplaani näidis

Valdkond	Üldised eesmärgid	Alaeesmärgid	Tegevused alaeesmärkide saavutamiseks	Tegevuste ajakava/tähtajad	Tegevuste teostajad/vastutajad	Tulemused/hindamine
Probleemne valdkond, milles püstitatakse üldine eesmärk.	Pikaajalised, suunatud soovitud situatsiooni saavutamisele või säilitamisele.	Lähtuvad otseselt üldistest eesmärkidest, aitavad üldise eesmärgi saavutamist raskendavaid takistusi vähendada, kompenseerida või kõrvaldada.	Mida, kuskohas tege- ma hakatakse.	Millal, millise sagedu- sega, kui kaua, mis tähtajani tegevusi tehakse.	Kes tegevused ellu viib, kes vastutavad tege- vuste elluviimise eest.	Kas eesmärgid saavu- tati või mitte? Kas eesmärgid olid formuleeritud õigesti/ valesti? Millised faktorid olid tulemuste puhul olu- lised?

17. TERVISESEISUNDI JÄLGIMINE

17.1. Tervise seisundi jälgimine

Tervis on inimese subjektiivne hinnang oma seisundile, kas tuntakse end hästi või mitte. Kõige sagedamini on maailmas tsiteeritud MTO (Maailma Terviseorganisatsioon) tervise kontseptsiooni, mille järgi on tervis täielik füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund ning mitte vaid haiguse ja vigastuse puudumine.

Tervise hoidmine on iga inimese jaoks tähtis ning enese tervise nimel tegutsemine tagab võimaluse olla nii hea tervise juures kui võimalik. Terviseprobleemidega tegelemine kuulub suures osas meditsiini valdkonda, kus selle ala spetsialistid – arstid ja õed – valdkonna eest hoolitsevad.

Kaasaja meditsiini tervise-edenduslik seisukoht peab inimest ise oma tervise ja tervisehoolduse loojaks. Igapäevane enese eest hoolitsemine on oluline nii tervetele kui ka haigetele. Psüühiline erivajadus teeb tervise ja enese eest hoolitsemise tihti problemaatiliseks. Vaimupuudega kliente tuleb suunata hügieenitoiminguid tegema, samuti ka psüühikahäirega inimesi, kes tihti selle valdkonna tahaplaanile lükkavad. Mõni inimene võtab haige rolli väga kergelt omaks ning tunneb, et haigus annab isegi eeliseid. Mõnel inimesel võtab haigusega kohanemine kaua aega ning haigusega leppimine on tõsiselt probleemne. Erihoolekandes on vaimupuudega inimesi väga kaua peetud patsientideks, kelle eest tuleb hoolitseda ning kõik ära teha (kuna nad on haiged). Sarnane suhtumine on olnud ka psüühikahäirega inimestesse, kus töötajatel oli kergem ise nende eest asjad ära teha kui neid motiveerida tegevusi sooritama.

Kuna tegevusjuhendaja on kõige rohkem kliendiga koos, siis on tal kõige rohkem võimalusi märgata muutusi inimese tervise seisundis. Muutuste märkamine õigel ajal aitab ära hoida tõsisemaid terviserikkeid, seda eriti raskemate vaimupuude astmetega klientide puhul, kes ise ei suudagi terviseprobleemide üle kaevata. Ka psüühikahäirega kliendid võivad oma kehalise tervise hädasid eirata või üldse mitte märgata.

Käesolevas peatükis kirjeldatakse õendusteooriast pärineva elamistoimingute mudeli abil terviseaspekte, mida tuleks psüühilise erivajadusega inimeste puhul jälgida. Mõistet „elamistoiming“ kasutatakse kõikehõlmavana. Igal toimingul on palju mõõtmeid, iga terviktoiming koosneb reast üksiktoimingutest jne. Elamistoimingud selle mudeli järgi on: *turvalise keskkonna säilitamine, suhtlemine, hingamine, söömine ja joomine, eritamine, isiklik puhtus ja riietumine, kehatemperatuuri kontroll, füüsiline aktiivsus, töötamine ja mängimine, seksuaalsuse väljendamine, magamine, suremine*. Iga toimingu puhul peaks inimesel olema maksimaalne iseseisvus ja sõltumatus ning järjepidevus. Viis, kuidas inimene oma elamistoiminguid sooritab, mõjutab elamise individuaalsus. Järgnev kirjeldus ei sisalda kõiki elamistoiminguid.

Turvalise keskkonna säilitamine

Paljud inimese igapäevased toimingud on seotud turvalise keskkonna säilitamisega kodus, tööl, reisimisel, vaba aega veetes. Lisaks on suureks ohuallikaks võimsad loodusjõud, mille puhul pole vaatamata tehnoloogia kasutamisele õnnetused vältitavad.

Probleemiks on, et psüühilise erivajadusega inimestel ei pruugi olla sõltumatust turvalise keskkonna säilitamisel. Vaimupuudega inimesed pole võimelised elamistoimingute kõigi aspektidega toime tulema, neid julgustatakse, õpetatakse, kuid osaliselt jäävad nad sõltuvaks professionaalidest, kes tagavad turvalisuse. Turvalise keskkonna säilitamisse ja sellega seotud toimingute sooritamise oskustesse on kaasatud intellektuaalsed protsessid, seetõttu pole intellektikahjustustega inimesed alati võimelised omandama vastavaid teadmisi ega ka reageerima ähvardavale ohule. Ka psüühikahäirega inimeste turvalisus on ohus, eriti perioodidel, kus nad vajavad abi, et ägeda psühhootilise seisundiga toime tulla. Depressioonis inimene võib olla liiga enesesse süüvinud ja ükskõikne, et üldse end ümbritsevale tähelepanu pöörata. Igasugune meelte (aistingute) kahjustus vähendab inimese võimet tajuda keskkonnas peituvaid ohte ja suurendab õnnetuste tõenäosust. Psüühilise erivajadusega inimesed võivad olla ka mitteõnnetuspõhiste kahjustuste ohvrid (ärakasutamine). Enesekahjustused on teine mitteõnnetuspõhiste kahjustuste vorm. Siia kuuluvad kultuurist tingitud enesekahjustused (nt usu tõttu), vaimse haigusega seotud enesekahjustused, isiksusehäirete või vaimse puude tõttu tehtud enesekahjustused.

Keskkonnast tingitud ohtude hulka kuuluvad ka nakkushaigused. Hoolekandeesutuses puutub inimene kokku rohkema arvu inimestega ning seetõttu on ka nakkuseoht suurem. Inimorganism on mikroorganismide reservuaar ning käte abil kanduvad need kergesti üle inimeselt inimesele ja inimeselt esemele. Tavaliselt hingamisel lendavad süljepiisakesed 1–5 m kaugusele. Rääkimisel ja köhimisel veelgi kaugemale.

Tulekahju puhuks on hoolekandeesutustes olemas tuleohutuse eeskirjad ning töötajaid instrueeritakse, kuidas käituda tulekahju korral. Tulekahju on suur ohutegur, sest võib esineda juhtumeid, kus suitsetatakse kohtades, kus see pole lubatud ning on esinenud tuleõnnetusi ka hoolekandeesutustes.

Ravimitega kaasnevad samuti ohud. Kodus elavatel klientidel on oma kindlad ravimite manustamise harjumused. Kodus vastutavad inimesed ise oma ravimite tarvitamise eest, hoolekandeesutuses on vastutus aga töötajatel. Ravimite manustamisega seotud potentsiaalsete ohtude vältimiseks on seadusega ette nähtud kontroll ravimite üle. Ranged eeskirjad kontrollivad narkootiliste ainete väljakirjutamist ja kasutamist. Sellega tegelevad osakonnas õed. Kodus elavatel klientidel on oht ravimirežiimi mitte jälgida ja võtta ravimeid nii nagu ise heaks arvavad. See mõjutab aga tervislikku seisundit. Väga oluline on klientidele selgitada ravimi võtmise vajalikkust, samuti ravimi toimeid ja kõrvaltoimeid.

Märgata tuleks:

- keskkonnast tulenevaid ohutegureid
- psüühilise seisundi muutust k.a ennast hävitav käitumine
- ravimite tarvitamise regulaarsust

Suhtlemine

Inimene on sotsiaalne olend ning veedab suurema osa päevast teiste inimestega erinevatel viisidel suheldes. Suhtlemist mõjutavad paljud tegurid. Vaimupuudega inimestel sageli puuduvad vajalikud intellektuaalsed võimed sõnaliseks suhtlemiseks – mida raskem on puue, seda vähem on võimalusi suhtlemiseks. Autismiga inimene võib sotsiaalsetest kontaktidest hoopiski hoiduda ning temaga suheldes on vaja teada tema eripärasid. Tunnetuskahjustuse põhjuseks võib olla ka haigus või õnnetus, kusjuures enne õnnetust ei valmistanud suhtlemine inimesele mingeid raskusi, kuid hiljem tekkisid suured muutused tema elustiilis, nt töökaotus, enesest lugupidamise kaotus, vaenulikkus teiste suhtes. Tunnetuskahjustused võivad olla ka seoses dementsuse sündroomiga. Rääkimist võib lisaks segada veel suukuivus, mis võib olla põhjustatud ravimite kõrvaltoimest, vähesest vedeliku tarbimisest, ängistusest, hirmust jne. Püsiv kõnevõimekahjustus võib tekkinud olla ka trahheostoomiast (nt peale ajutraumat). Afaasia (kõnevõime kaotus) võib olla tekkinud pärast insulti. Rohkem informatsiooni leiad teema juurest „suhtlemine ja kommunikatsioon“.

Märgata tuleks:

- suhtlemise eripära
- sõnalise väljenduse võimalikkust
- kliendi võimet end teistele arusaadavaks teha

Hingamine

Tavategevused, nagu rääkimine, naermine ja söömine, põhjustavad väikesi muutusi hingamisrütmis, kuigi inimene ise seda tavaliselt ei märka. Kui terve inimene end füüsiliselt koormab, on normaalne, et hingamine kiireneb, sest lihased vajavad rohkem hapnikku. Et hapnikku kiiremini edasi toimetada, lööb süda kiiremini ja vastavalt kiireneb ka pulss. Hingamise ja pulsisageduse suhe on 1:4 ja neist ühe muutmine põhjustab ka teise muutust. Kui inimene magab, siis hingamine ja pulss aeglustuvad.

Hingamise muutuse põhjuseks võib olla:

- köhimine, röga eritumine
- lämbumine
- valud, nii hingamisega seotud kui ka muude organite valud
- allergia, astma, hingeldus
- hingamisteede ummistus, hapnikuvaegus

- vererõhu muutused, südame pekslemine, šokk (vereringepuudulikkuse ilming).
- võitle ja põgene sündroom: valmistumine võitluseks või põgenemiseks kiirendab hingamist, muudab selle sügavamaks, kiirenevad südamelöögid, kõrgeneb vererõhk ning suureneb vere juurdevool lihastes. Oma äärmuslikus vormis aitab võitle- põgene sündroom inimesel ellu jääda. Tavaliselt on hirmusündroom inimestel siiski tagasihoidlikum, psühholoogiliselt reageerib organism ängistusele samamoodi, kuid reaktsioon on pikema kestvusega. Kurbus ja masendus võivad mõjutada inimese hingamissagedust ja sügavust ning tulemuseks on nähtavad ja kuuldavad ohked ning nuuksumine. Ehmatusega kaasneb sageli sügav sissehingamine või õhu ahmimine ning hingamise ja pulsi kiirenemine. Kaks nii erinevat emotsiooni nagu ängistus ja meeldiv erutus võivad mõlemad kiirendada hingamist ja pulsilööke.

Märgata tuleks:

- kas inimene hingab normaalselt
- millised tegurid mõjutavad hingamist
- kas on minevikus või praegu hingamisega probleeme

Söömine ja joomine

Söömise-joomise elamistoiminguga seotud bioloogilised tegurid on kolme funktsiooni täitmiseks: toidu allaneelamiseks, seedimiseks ja imendumiseks. Söömise ja joomise elamistoimingus võib inimene abi vajada oma füüsilise või psühholoogilise puude või ka vanuse tõttu.

Ülevaade enamlevinud probleemidest.

Sõltuvuse ja sõltumatuse seisundi muutus: kehaasendi füüsiline muutmine (voodis, istudes), hingamisprobleemid, nägemisprobleemid, toidu ostmise ja valmistamise probleemid, stress, unustamine (dementsus), valulikkus suus, neelamisel, iiveldus, oksendamine, kõrvetised.

Söömis-ja joomisharjumuste muutus: isu kadumine, ülekaalulisus, dieetid (suhkurtõbi), vähene vedeliku tarbimine (veetustumine – keel kuiv, nahkjäs, nahal kaob elastsus, väheneb uriini hulk, uriin tugeva kontsentratsiooniga).

Söömis-ja joomisviisi muutus: toitmine sondiga (nina-maosond, gastrostoom). Inimene on ilma jäänud meelelisest naudingust, mida tekitavad lõhn, maitse, temperatuur, struktuur. Kuna tavaliselt ergutavad need aistingud süljenõristust, mis on vajalik ka rääkimiseks, siis on oluline suu hooldamine ja ninasõõrme määrimine. Gastrostoomi paigutamiseks on kirurgilisel teel moodustatud ava nt mao või tühisooles naha vahele ning toit viiakse organismi avasse kateetri abil. Inimene võib enese toitumise ära õppida ning olla selles toimingus sõltumatu, kuid intellektipuude esinemise korral võib jääda ka sõltuvaks.

Keskkonna ja rutiini muutmine: hooldekodus on teistsugune rutiin kui kodus, teised on ka söögikorrad ja söögiajad. Pikemaajalisel hooldekodus elamisel võib sellest saada uus rutiin. Toidu serveerimine võib olla oluline tegevus nii isu tekitamiseks kui ka selle vähendamiseks. Söömine on ka terapeutiline vahend – ühtaegu rituaalne ja liidab inimesi sotsiaalselt. Üheskoos söögilaua ääres istumine võib olla mõnele kliendile kõige tähendusrikkam tegevus päeval. Olulised on tegevused nii enne kui ka pärast sööki.

Märgata tuleks:

- kehaasendi sobilikkust söömisel
- toitumisharjumuste äkilist muutust
- toitmisviisi juures hügieeninõuete täitmist (gastrostoom)
- söömisest sotsiaalse tegevuse loomise võimalikkust

Eritamine

Eritamine on elamistoiming, mida kõik inimesed sooritavad kõrvalekaldumatu regulaarsusega kogu elu.

Sagedasemad probleemid.

Sõltuvuse ja sõltumatuse seisundi muutus: piiratud liikumisvõime (artriidikahjustused kätel, närvivalud, tugiraami ja ratastooli kasutamine), voodihaiged (siibri kasutamine, mähkmete kasutamine), psühholoo-

gilised häired (desorientatsioon, meeltesegadus, mäluhäired), teadvusehäired, eritamisega seotud valu, puhitus, hemorroidid).

Eritamisharjumuste muutused: tavaliselt ei pööra inimesed teadlikult tähelepanu sellele, kui sageli põit tühjendatakse, inimene tunnetab probleemi alles siis, kui sagedus on märgatavalt muutunud. Raskemate intellektipuute korral võivad probleemid esineda pikemat aega, sest inimene ei oska seda verbaalselt väljendada. Muutusi märgatakse alles siis, kui on tekkinud äge ja eluohtlik olukord.

Muutused uriinis ja uriinierituses: värvimuutus. Heledama värvi põhjuseks võib olla rohke joomine, vedelikku väljutavate ravimite tarbimine, suhkurtõbi. Tumedama värvi põhjuseks vähene vedeliku tarbimine, teatud toiduained (porgand muudab kirkaskollaseks, peet ja mustikad punaseks), ravimid, vere esinemine viitab kuseteede haigusele. Lõhna muutus: magus lõhn on suhkruhaiguse tunnus, roiskuv uriin lehkab ammoniaagi järele, nakkust sisaldav uriin lõhnab kala järele, raske nakkuse puhul on uriinis mäda. Urineerimissageduse muutus: sagedane urineerimine viitab tsüstiidile, vanadel inimestel on see aga pigem seotud põie sulgurlihaste elastsuse vähenemisega. Vähenenud urineerimissageduse põhjuseks võib olla ummistus, turse, neeruhaigus, vähene vedeliku tarbimine. Uriinihulga muutus: märgatav uriinihulga muutus on ohtlik, kuna see võib viia vedeliku tasakaalu häirumiseni. Vedeliku vähene eritumine või uriini täielik puudumine näitavad, et neerud pole normaalselt uriini valmistanud või on kuse väljumine kusepõiest blokeeritud. Blokeerumine on ohtlik ja äärmiselt ebamugav ning valus. See seisund tuleb kiiresti lahendada. *Muutused fekaalides ja nende eritamisel:* muutused eritamissageduses – tervel inimesel on tavaliselt küllaltki regulaarne roojamissagedus. Roe peab olema sellise konsistentsiga, et seda oleks kerge organismist välja viia. Kui roojamiskorrad vähenevad ja raskused on selle eritamisel, siis selline seisund on kõhukinnisus, mis tekib sellest, et jämesooles pole piisavalt imendumata jäänud kiudaineid. Eriti on mitteamenduvate kiudainete vähesusega seotud vanade inimestel kõhukinnisus. Kõhukinnisused on sagedased ka intellektipuudega ja ajuhalvatusega inimestel. Kõhulahtisus on seisund, mil roe sisaldab liiga palju vett ning roojamissagedus on märgatavalt kasvanud. Kõhulahtisuse sagedasemad põhjused on nakkused, põletikulised protsessid seedesüsteemis, põletikulised sooltehaigused. Kuna kõhulahtisuse põhjuseks on sagedasti nakkused, siis tuleb tähelepanu pöörata fekaalidest lahtisaamisele ning pesta käsi ning vältida nakkuse levikut.

Kusepidamatus: inkontinentsus on tavaarusaamas uriini mittetahtlik eritamine, kuid tegelikult on see mitmetahulisem seisund. Tilkuva uriinipidamatuse põhjuseks meestel võib olla mehhaaniline takistus (suurenenud eesnääre, täitunud põisasool, kusepõietsüst). Stressist tingitud kusepidamatus esineb põie sulgurlihaste mehhaanilise puudulikkuse tõttu ning see on kõige levinum vorm naistel. Kõhimisel, aevastamisel, bussipeatusse kiirustamisel jne suureneb kõhusisene surve ja sulgurlihas laseb uriini läbi. Suureks abiks on siin vaagnapõhjalihaste harjutuste kasutamine. Intellektipuudega inimestel võib kusepidamatust sageli esineda, sest kahjustunud närvisüsteemi tõttu on halvenenud tahtlik kontroll eritamise üle. Kui õpetada tualetiskäimise oskusi, võib vältida inkontinentsust.

Märgata tuleks:

- liikumisest tulenevaid takistusi eritamistoimingute sooritamisel
- eritamise regulaarsust päeva jooksul
- muutusi uriini värvuses ja koguses, valulikkust
- muutusi fekaalides ja nende eritamises, valulikkust
- märke kusepidamatusest

Isiklik puhtus ja riietumine

Enamikus kultuurides on eesmärgiks, et inimesed sooritaksid isikliku puhtuse ja riietumisega seotud elamistoimingud iseseisvalt, privaatset ning selleks spetsiaalselt ette nähtud ruumides. Selle toiminguga lõpptulemus on kõigile nähtav ning peetakse tavaliseks, kui inimene on puhas, ei lõhna ega kanna enda küljes parasiite. Toimingutena kuuluvad siia pesemine (käed, intiimsed piirkonnad, juuksed, hambad, kogu keha), küünte hooldamine, riietumine.

Probleemid. Sõltumatuse saavutamise ja säilitamise probleemide olemus antud elamistoimingu osas varieerub vastavalt sellele, kas kahjustus on kaasasündinud, järsku tekkinud või aegamööda kujunenud. Puude aeglase väljakujunemine annab inimesele aega muutustega kohaneda ja välja arendada psühho-

loogilised toimetulekumehhanismid. Erinevus on ka selles, kas kahjutus on lühi- või pikaajaline. Inimese kogetavad isikliku hügieeniga seotud probleemid varieeruvad vastavalt sellele, kas nad hõlmavad ühte või mitut jäset, kas tegemist on üla- või alajäsemetega või ühe poole jäsemetega. *Sõltuvuse seisundi põhjused*: piiratud liikumisvõime, jäsemete puudumine, tahtele allumatud liigutused, meeleeelundite tundlikkuse kahjustus, teadvusetus, psühholoogilised häired, haigus.

Naha probleemid: sünnimärgid, juuste kaotus, nahahaigused, armid, põletused, liigne higistamine, sügelemine.

Isiklik puhtus ja riietumisharjumused on inimese elustiilis olulised ja kajastavad tema ettekujutust iseenest ja enesehinnangut. Muutused pesemisharjumustes võivad kahjustada inimese üldist heaolutunnet ning institutsioonihoooldusel võiks seda arvestada.

Nakatamine parasiitidega: parasiitidest vabanemiseks on vaja muuta riietumisviisi ja suhtumist isiklikku puhtusesse. Kõige tavalisemateks parasiitideks on täid ja sügelised. *Peatäid*. Emastäi muneb väikesed valged munad (tingud) ja liimib need peanaha lähedale juustesse, eriti kõrva taha. Munad kooruvad nädalaga ning tingud saavad täisealiseks kolme nädala jooksul. Oma viienädalase eluea jooksul toituvad nad inimese verest. Nad tekitavad tugevat nahaärritust, mistõttu inimene end pidevalt sügab. Küüne alla jäävate osakestega toimub edasinakatamine. Peatäisid ei hävita tavaline juuste pesemine ega lõikamine. Raviks on medikamendid.

Riidetäid. Emastäi muneb riideõmblustesse. Munad kooruvad nädala pärast, küpseks saavad kahe nädala jooksul ning elavad 4–5 nädalat. Nad toituvad samuti inimverest ning hammustused tekitavad tugevat ärritust ja sügelust. Peale vanniskäimise ja riiete korraliku pesemise spetsiaalset ravi pole.

Sügelised. Sügelisest otsib õhukese nahaga kohti kehal (sõrmevahed, kaenlaalused, vöökohta ümbrus, reite siseküljed, pahklud) ja puurib end seal nahast läbi. Inimene reageerib sügelisest ekskrementidele ja sülele. Raviks on medikamendid.

Riietuse kohandamine: kui jäsemed on kipsis, siis pole võimalik selga tõmmata kitsaid pükse ega särke, riideid on vaja kohandada. Riidematerjali olulisus ilmneb erinevate vajaduste korral (vanad inimesed, nahaprobleemid, allergia jne). Psüühilise erivajadusega inimeste puhul võib oluliseks osutuda ka riietuse valik nii eale, sobivusele kui ka aastaajale.

Märgata tuleks:

- iseseisva riietumise võimalikkust
- naha probleeme
- puhtuse- ja hügieeniharjumuste olemasolu ja eripära
- parasiitide võimalikkust ja olemasolu
- riietumisstiili ning vastavust ilmastikule

Kehatemperatuuri kontrollimine

Enamasti pole inimene oma kehatemperatuurist teadlik, sest see püsib tema jaoks sobival tasemel. Kui kehatemperatuur normaalsuse piiridest väljapoole tõuseb või langeb, tunneb inimene, et tal on liiga külm või kuum. Enamik organismis toimuvatest biokeemilistest protsessidest saab toimuda ainult siis, kui kehatemperatuur säilib püsivana suhteliselt kitsastes kõikumispiirides.

Probleemid: palavik, kuumarabandus, hüpotermia. Palavik tekib siis, kui keha temperatuur tõuseb üle normaalse keha temperatuuri ülempiiri (37). Enamasti on palavik nakkuse, kasvaja, trauma, närvisüsteemi või ainevahetushäire tunnus. Inimene tunneb ebamugavat kuumust, tavaliselt ka janu liigse vedelikukao tõttu. Inimene on ärritunud ja rahutu, vahel kaasneb peavalu, valgustundlikkus ja uimasus. Väga kõrge palavikuga inimene võib näha hallutsinatsioone ja sattuda deliiriumi. Äärmiselt kõrge palavik on iseloomulik kuumarabandusele. See tekib pikaajalise kõrge temperatuuriga keskkonnas viibimise tagajärjel ning on eluohtlik seisund. Tavaliselt kaasneb sellega osaline või täielik teadvuse kaotus. Esmaabiks tuleb kohe alustada organismi jahutamist. Mõõdukas kliimas võib suveperioodil kuumalaine tekitada kuumakurnatust, kus ohustatud kontingendiks on lapsed ja eakad inimesed. Inimene tunneb sel juhul iiveldust, muutub kahvatuks, võib esineda peavalu ja tekivad šoki tunnused. Tavaliselt aitab jahedasse kohta toimetamine ning jaheda joogi andmine.

Hüpotermia on temperatuur, mis on normaalsest kehatemperatuurist madalam. Kõige sagedasem õnnetustekkelise hüpotermia põhjus on liiga pikaajaline viibimine külmas ja niiskes keskkonnas. Näiteks külma vee või talviste ilmaolude toimel. Kuid ka ehitistes võib olla külm ja niiskus üheks hüpotermia põhjuseks. Ohustatud sihtgrupiks on eakad inimesed, lapsed ning raske intellektipuudega inimesed, kes ei suuda enda vajadusi teadvustada ega verbaalselt esitada. Kõige sagedasemaks hüpotermia tunnuseks on äärmiselt külmad kehaosad (ka kaetud kehaosad), keha näib vahajas, nägu tundub tursununa, ainevahetus aeglustub, hingamine on aeglane ja pindmine, südamelöögid langevad, vererõhk ja pulss nõrgenevad. Kasvab unisus ning abi mittesaabumisel võib hüpotermia lõppeda surmaga. Esmaabiks kerge hüpotermia korral on passiivne ülessoojendamine – kiire ülessoojendamine võib olla ohtlik. Eakatel inimestel, kes hüpotermia üle elanud, võib kahjustunud soojusregulatsiooni taastumine võtta aastaid.

Märgata tuleks:

- kehatemperatuuri kõrgenemist
- kehatemperatuuri langemist, kehaosade värvust
- keskkonnast tingitud faktoreid

Füüsiline aktiivsus

Liikumisevõime on eluslooduse omadus ning oma keha liigutamine on väga vajalik inimtegevus. Igapäevane elamine sisaldab palju keerukaid kehaliigutusi sadades eri kombinatsioonides. Füüsiline aktiivsus mõjutab elustiili. Tänapäeval tuntakse muret selle üle, et inimesed liiguvad iga päev väga vähe.

Probleemid: ülajäsemetega, alajäsemetega, hemipleegia, tertrapleegia, parapleegia, lihas- ja luukondlikud probleemid. Kui mõnes kehaosas pole lihased mingil põhjusel aktiivsed, tekib atroofia. Kui liigesed jäävad liikumisvõimetuse tõttu pikemaks ajaks samasse asendisse, mõjutab see ka neid ebasoodsalt. Liigete ümber olevad lihaskiud lühenevad ning pikkamööda väheneb liigete elastsus ning tekib kootumine.

Muutused liikumisharjumustes – aktiivsust ja aktiivsusetust on mitmesugust, kuid nende äärmuslikud ilmingud, üliaktiivsus ja vaegaktiivsus on patoloogilised. Üliaktiivsus (spastilises vormis ajukahjustusega inimestel, Parkinsoni tõbi, epilepsiahood). Psühhiaatriliste haiguste korral võib inimene olla äärmiselt ängistunud ja väga väsinud, vahel võib ilmnedu rahutus ja kontrollimatu värisemine. Katatoonse skisofreenia korral esineb motoorika pidurdumine, mis väljendub täielikus tardumises. Inimene võib jääda ebaloomuliku asendisse tundideks.

Liikumisevõimeline inimene peab liikuma ning ka hoolekandetasutuses peaks soodustama inimeste liikumisharjumuste säilitamist või uuesti harjutamist. Erilist tähelepanu tuleks pöörata neile klientidele, kes ise oma seisundi tõttu pole võimelised liikumistegevusi organiseerima. Ka need inimesed, kelle liikumisvabadust on piiratud kohtumäärusega, peaksid saama oma liikumisvajaduse rahuldada. Klientide päevategevustes peaks ühe osana kindlasti olema liikumist ergutavad tegevused, võimalus sportimiseks ning liigesfunktsioonipiirangute korral füsioterapeudi soovitusel individuaalsed tegevused.

Märgata tuleks:

- iseseisvalt jäsemete liigutamise võimalikkust
- liikumisharjumuste muutust
- liigutuste iseloomu muutust

Magamine

Kõigil elusorganismidel on aktiivsuse puudumise perioodid. Magamine võimaldab küll kõige paremini puhata, kuid organismi süsteemid jätkavad funktsioneerimist, küll aeglasemalt kui ärkvel olles. Teadvus on magamise ajal kadunud vaid ajutiselt ja piisavalt tugev ärritaja (nt äratuskell) äratav inimese üles. Hingamine on magamise ajal aeglasem ja tavaliselt sügavam. Unetsüklil kestab umbes 90 – 100 minutit ja tavaliselt on neid magamise kestel neli kuni kuus. Unetsüklil koosneb pindmisest unest, süvaunest (mitte-REM I–IV) ja unenägude unest (REM). Öhtupoole on ülekaalus süvauni, mis on vajalik organismi füüsiliseks taastumiseks, hommikupoole aga unenägude uni, mis taastab vaimset tasakaalu. Suguhoodid aktiveerivad käbinääret tootma melatoniini. Süvaune ajal suureneb testosterooni ja kasvuhormooni sisaldus. Hüpofüüsi hormoonid omakorda pärsivad süvaune ajal neerupealisekoore hormoone. Oluline on eelkõige täisväärtusliku une aeg, mil süvaund ja unenägude und on kumbagi umbes 20%.

Kuigi iga inimese uni koosneb tsüklitest, on erinevate inimeste magamisvajadus väga erinev. Ka ärkveloleku ajal võivad erksus ja unisus vahelduda umbes 100minutiliste intervallidega päevases rütmis. Puhkamise seisund on seotud füüsilise ja vaimse lõdvestusega. Viimasel ajal on kasvanud erinevate lõdvestustehnikate kasutamine, mis on märgiks selle kohta, et ollakse teadlikumad lõdvestuse ja puhkuse väärtusest.

Probleemid: keskkonna ja rutiini muutus, institutsiooni tulemine, voodid ja madratsid, ööpesu, magamise eelne rutiin, magamisasend, toatemperatuur ja valgustus, öine müra. Lisaks ööpäevase rütmi häired, valu, haigused, unetus, ärkamine, rahutus, norskamine.

Märgata tuleks:

- unevajaduse eripära
- keskkonnafaktorite toimet unele
- täisväärtusliku une olemasolu
- puhkeseisundi ja aktiivsuse vaheldumist päeva jooksul

17.2. Ravimiõpetus

Psüühilise erivajadusega kliendid, kel on diagnoositud psüühikahäire, peavad sageli iga päev ravimeid tarvitama, seetõttu puutuvad nendega oma igapäevatoos kokku ka tegevusjuhendajad.

Ravim on keemiline aine, mis mõjustab kindlal viisil organismi elutalitlust. Ravimiks loetakse neid keemilisi aineid, mille mõju inimese organismi mingile füsioloogilisele protsessile on teaduslike meetoditega tõestatud. Ravimid avaldavad toimet kindlate molekulide, sageli valkude kaudu. Tihti toimivad ravimid rakkudevaheliste infokanalite ehk virgatsainete ja nende retseptorite kaudu.

Ravimvorm on konkreetne kuju, mis on antud ravimile mitmete abiainete ja tehnoloogiliste protseduuridega. Ravimvormideks on tablett, pulber, salv, mikstuur, süstelahus, aerosool, dražee, küünlad.

Inimesed kasutavad konkreetseid ravimpreparaate (nt tabletti), milles ravimi toimeainele on lisatud mitmesuguseid lisaaineid. Lisaained parandavad maitset ja biosaadavust.

Biosaadavus on manustatud ja verre jõudnud ravimhulkade omavaheline suhe. Nt tableti allaneelamisel peab see seedekulglast lõhustuma ja alles siis ravim imendub. Mõne ravimi puhul võib nt see suhe olla 50%, mis näitab, et pool sellest ravimist jõudis verre.

Manustamisviisid. Inimese seisund ja patoloogilised protsessid mõjutavad manustamisviisi valikut, nt teadvuseta haigele ei saa ravimit manustada suu kaudu. Mõned ravimid aga ei imendu seedekulglast, seetõttu peab neid süstima.

Seetõttu on erinevaid manustamisviise:

- naha kaudu
- limaskestade kaudu
- suu kaudu
- päraku kaudu
- süstimise kaudu
- kopsude kaudu

Mõni ravim on saadaval nii suukaudse kui ka süstitava ravimvormina. Süstitava ravimi biosaadavus on suurem, veeni süstimisega 100%. Mõned süstitavad ravimvormid on depooravimid. Depooravim süstitakse lihasesse ja sellest vabaneb ravim pikema aja jooksul (nt kaks nädalat) püsiva kiirusega. Sellise ravimi toime ei alga kiiresti, kuid saabub ühekordse manustamisega. Puuduseks on aga see, et kõrvalnähtude ilmnemisel pole võimalik ravimi manustamist lõpetada, kuna see juba on organismis.

Ravimi annus. Ravimi toime sõltub ravimi annusest. Ettekirjutatud annust ei tohi suurendada ega vähendada. Annuse vähendamine vähendab ravimi toimet. Annuse suurendamine suurendab ebasoovitavate kõrvaltoimete ilmnemise võimalust. Arst kirjutab ravimi välja ravivas ehk terapeutilises annuses. Annused, mis on ravivast annusest mitu korda suuremad, on toksilised ja tekitavad mürgistust ning võivad olla eluohtlikud.

Ravimi lammutamine ja eritumine. Manustatud ravimid lammutatakse organismis. Lammutamise protsessis osalevad mitmesugused ensüümid, mis muudavad ravimid vesilahustuvamaks ning sellega organismist kergemini erituvaks. Mõni ravim eritub samal kujul kui teda manustati, mõni lammutub täielikult Tavaliselt eritub osa ravimist aga muutumatul kujul, suurem osa laguproduktidena. Eritumine toimub uriiniga neerude kaudu, aga ka sapiga seedekulgla kaudu.

Paljude ravimite puhul määratakse korrapäraselt ravimi kontsentratsioon veres, et olla kindel, kas kasutatav annus on küllaldane. Kuna ravimi toime sõltub sellest, milline on ravimi kontsentratsioon toimepaigal ja veres, tuleb ravimi väljaviimist organismist tasakaalustada korduva manustamisega.

Ravimi manustamissagedus. Ravimi manustamissagedus peab tagama vajaliku ravimisisalduse organismis. Kui ravimit manustatakse rohkem ja sagedamini kui organism sellest vabaneb, tekib ravimi kumuleerumine ehk kuhjumine. Ravimi kuhjumisel suureneb selle sisaldus veres ja kudedes ning tekib kõrvaltoimete ja mürgistuse oht. Kui ravimit ei manustata vajaliku sagedusega, jääb selle sisaldus veres alla toimiva kontsentratsiooni ning ravimi võtmine muutub mõttetuks. Kui jätta manustamiskord vahele, langeb ravimisisaldus veres ajutiselt, mõne ravimi korral aga halveneb oluliselt ravimi toime.

Ravimi kõrvaltoime. Verre imenduv ravim kandub organismis laiali ning võib avaldada toimet mujalgi kui ainult soovitud paigas. Paljud ravimid avaldavad toimet spetsiifiliste valkude kaudu, siis võib juhtuda, et käivitub ravimi toime kõikjal, kus seda valku leidub. Ükski ravim ei ole oma toimes päris spetsiifiline. Spetsiifilisus on omane väikeste annuste puhul, kuid mõne ravimi korral ei piisa madalast ravimannusest, et soovitud toimet saada.

Tolerantsus. Mõnele ravimitele on iseloomulik, et kui seda kasutada korduvalt, siis jääb endise annuse soovitatav toime nõrgemaks. Seda nimetatakse tolerantsuseks ravimi toime suhtes. Tolerantsuse kujunemine näitab seda, et organism on ravimiga teatud viisil ära harjunud ning võib reageerida ootamatult, kui ravimi manustamisest äkki loobuda.

Ravimite koostoimed. Kui on tarvis võtta samal ajal mitut ravimit, tuleb pöörata tähelepanu võimalusele, et üks ravim mõjustab teise saatust organismis, toime tugevust või iseloomu. Ravimid võivad suurendada või vähendada üksteise imendumist, kiirendada või aeglustada üksteise lammutamist ja eritumist.

Viis „õiget“ ravimite manustamisel kliendile:

- õige klient
- õige ravim
- õige doos
- õige viis
- õige kellaaeg

17.3. Psühhiaatrias tarvitatavad ravimid

Psüühika- ja käitumishäirete raviks kasutatavaid ravimeid nimetatakse psühhofarmakonideks ning nendega ravimist psühhofarmakoteraapiks. Psühhofarmakone võib liigitada järgnevalt: trankvilisaatorid (rahustid), antidepressandid, psühhostimulaatorid, neuroleptikumid e antipsühhootikumid, tümestabilisaatorid, nootroopsed ained.

Antipsühhootikumid. Skisofreenia ravis kasutatavaid ravimeid nimetatakse neuroleptikumideks e antipsühhootikumideks. Kuna skisofreenia puhul on häiritud keemiliste ühendite ringlus ajus närvirakkude vahel (eriti dopamiin), siis ravimitega püütakse korrigeerida rakkudevahelist sidet.

Klassikalised e tüüpilised antipsühhootikumid (nim ka esimese põlvkonna antipsühhootikumideks) on kasutusel alates 1950. aastatest. Klassikaliste antipsühhootikumidena tuntuks saanud ravimid on olnud kasutusel ka tänapäeval. Nende ülesandeks on dopamiini retseptorite blokeerimine ajus.

Klassikalised antipsühhootikumid on kloorpromasiin, haloperidool, levomepromasiin. Need ravimid mõjuvad skisofreenia positiivsetele sümptomitele (hallutsinatsioonid, luulumõtted). Ravimite toimel leevenduvad põhihaiguse sümptomid, kuid esinevad ravimite kõrvalnähud. Kõrvalnähud ei ole kõigil ühesugused, vaid sõltuvad võetava ravimi tüübist ja hulgast, võtja east, organismi ainevahetusest, teistest ravimitest

ning inimese üldisest tervisest. Klassikaliste antipsühhootikumide puuduseks loetakse ka nende vähest mõju haiguse negatiivsetele sümptomitele nagu motivatsioonipuudus, tundedkülmus, isoleerumine jne.

Nüüdisajal eelistatakse uuemaid ravimeid, mida nimetatakse **atüüpilisteks antipsühhootikumideks**. Need ravimid võeti kasutusele 1990. aastatel. Nende eelis on tõhusus. Nende toime lisaks dopamiini retseptorite blokeerimisele on ka serotonergiliste retseptorite mõjutamine ajus. Positiivne on, et nad mõjuvad ka negatiivsetele sümptomitele ning neil esineb kõrvaltoimetena vähem kontrollimatuid liigutusi, tõmbusi ja värinaid. Kõrvaltoimetest päris vabad nad siiski pole.

Uuemad antipsühhootikumid on klosapiin (leponex), olansapiin, risperidoon, sertindool ja quetiapiin, aripiprasool.

Kasutamise eelised: sellel grupil on väiksem ekstrapüramidaaltrakti (motoorika ja liigutustega seotud) kõrvaltoimete risk, võimalik soodsam mõju negatiivsetele sümptomitele ja nendega seotud ilmingutele (depressioon ja vaenulikkus), vähesem ebasoodne mõju kognitiivsetele võimetele ning mõnedel juhtudel kognitsiooni (taju, mälu mõtlemine) paranemine. Klosapiinil (leponex) on tõhus mõju positiivsetele sümptomitele, kui tegemist on haigetega, kes ei allu tüüpiliste antipsühhootikumide ravile. Samuti on klosapiin tõhus nii positiivsetele kui ka negatiivsetele sümptomitele, mis ei allu teiste antipsühhootikumide ravile.

Ravimite kõrvaltoimed

Suured ravimiannused kutsuvad esile väsimuse, mõttetgevuse aeglustumise, emotsionaalse tuimenemise, limaskestade kuivuse. Sagedased kõrvaltoimed on veel kaalutõus ja hormonaalhäired, suhkruhaigus.

Neuroloogilised kõrvalnähud:

- Ravimparkinsonism – avaldub lihasrigiidsuses (liigestes kehv liikuvus), treemoris (käte ja jalgade värisemine), ebanormaalses kehaasendis, esineb jalgu lohustav vimmas kõnnak. Tüüpiliselt tekib parkinsonism esimese kolme kuu jooksul pärast ravi alustamist, kuid võib esineda ka pärast ravi katkemist või annuse tõstmist.
- Bradükineesia – iseloomulik miimikavaesus või puudumine, žestide vähesus, maskitaoline nägu ning aeglane monotoonne kõne. Samal ajal võib esineda emotsionaalne tuimenemine, kõne vaesumine ning jõuetus.
- Düstoonia – näo- ja teiste lihasgruppide tõmbused, mis sageli väljenduvad kaelalihaste tõmblusena, silmamunade pöördumisena, keelelihaste kangusena, vastutahteliste grimassidena. Ravi alustamise esimestel päevadel võib vallanduda varane akuutne (äge) düstoonia, mis on sageli valulik ja hirmutav. Sellisel juhul tuleb seisundit ravida.
- Akatiisia – kärsitusetunne, seesmine pinge, ärevus, rahutus, hirm ning suurenenud motoorne aktiivsus, mis väljendub vajadusena liikuda, võimetusena paigal püsida, istumise- ja tõusmise vaheldumine, tammumine, enda kiigutamine, edasi-tagasi käimine. Inimese jaoks häiriv, võib põhjustada ravi katkestamist, agressiivset käitumist.
- Pahaloomuline neuroleptiline sündroom – neuroleptilise ravi tõsine tüsistus, mis võib lõppeda surmaga. Soodustavaks teguriks on mõni kaasuv somaatiline haigus, füüsiline kurnatus, madal kehakaal, mitmete ravimite koos tarvitamine. Sümptomiteks on keha temperatuuri tõus, teadvusehäired, lihaste jäikus, südameklõppimine, higistamine, kusepidamatus. Seisund vajab kohest sekkumist ja neuroleptikumidega ravi kohest lõpetamist.

Ravimite väga pikaajalise tarvitamise tagajärjel tekib **hilisdüskineesia**, mis väljendub pidevate vastutahteliste liigutustena eriti näopiirkonnas – keeles, lõuas ja näos, nt keele suust välja ajamine, pidev suu liikumine, keele ebaloosulised liigutused, põskede punnitamine, mäluvad liigutused või lõua liigutused küljele. Lisaks sellele kaasnevad kehatüve ja jäsemete ebanormaalsed tahtmatud liigutused. Tavaliselt ei ole kliendid ise oma liigutustest teadlikud. Ebameeldivate kõrvaltoimete vähendamist leevendatakse tsüklodooli ja akinetooniga. Nende ravimitega kaasneb kuritarvitamise oht, mistõttu tuleks neid kasutada lühiajaliselt.

Muud kõrvaltoimed: limaskestade kuivus, südame pekslemine, vähenenud higistamine, väsimus, jõuetus, unisus, menstruaaltsükli häired, meestel gümekomastia, kehakaalu tõus, verepildi muutused, võimendunud päikesetundlikkus, allergiline lööve, läätse ja sarvkesta tuhmumine, pigmendiladestus silma võrkkestale, nägemise hägustumine, seksuaalfunktsioonide häired, kognitiivsed häired (tähelepanu, kontsentratsioonivõime, mälu häired).

Antipsühhootikumide manustamisviisid:

- suu kaudu: tabletid, tilgad
- süstelahustena: kasutatakse akuutsetel juhtudel (mõju koheselt)
- depoo süstelahustelahustena: mõju pikaajaline (1–4 nädalat)

Järsk ravimite ärajätmine kestva ravi järel annab ärajäämanähud: iiveldus, oksendamine, gastriit, peavalu, tahhükardia, unisus, treemor.

Ravimite üleannustamine. Üleannustamise sümptomid on üldiselt väljendunud nagu võimendunud kõrvatoimed: koos hingamispuudulikkusega ja eluohtliku seisundina. Üleannustamine võib lõppeda surmaga, kui on eelnevalt olemas meditsiiniline probleem või ravimeid manustati samal ajal alkoholiga.

Suurimaks probleemiks antipsühhootikumide tarvitamisel on ravi järjepidevuse katkemine.

Atüüpiliste antipsühhootikumide suhtes oli patsientidel parem ravisoostumus (ravimite võtmine on vastavuses arsti vm tervishoiutöötajaga kokkulepitud soovitustega), kuna esineb vähem kõrvatoimeid.

Antipsühhootilise raviga mittesoostumine on psühhootiliste häiretega patsientide relapside ennetatav põhjus ning siin on suur osa patsiendi õpetamisel.

Oluline teave tegevusjuhendajale:

- uriin võib värvuda roosast punakaspruunini ilma, et sellest oleks kliinilist tähendust
- suukuivuse puhul anda lonksudena vedelikku, nätsu, karamelli vms
- vältida vedela neuroleptikumi sattumist nahale
- termoregulatsioon võib halveneda, oht ülekuumenemiseks või jahutmiseks
- alkoholi keeld
- suitsetamisel intensiivistub metabolism
- päikesetundlikkuse tõttu katta päikese käes viibides nägu ja keha

Teatada arstile/õele, kui kliendi kehatemperatuur äkiliselt tõuseb või tekib roidumus, põhjuseeta verejooks ja verevalumid, iiveldus, oksendamine, uriinipeetus, lihaspinged, tõmbused lihastes, tume uriin, ikteeriline (kollakas) nahk ja skleerad, lööve nahal, koordinatsioonihäired.

Elekterkonvulsioonravi (EKR)

Elekterkonvulsioonravi eesmärgiks on kutsuda esile generaliseerunud krampihoog, mille kestvus on 25–150 sekundit. Ravi teostatakse narkoosi all, juhtides koljusse elektrivoolu.

EKRi rakendatakse esimese valiku meetodina kui on vajalik kiire paranemine: suitsiidirisk, katatoonia, alatoitumus, rasked agiteeritusega (rahutusega) kulgevad psühhootid. Teise valiku ravimeetodina kasutatakse EKR **raske depressiooni, mania, katatoonia, skisofreenia** korral. EKRiga võib leevendada rasedate, vanurite või kehalist haigust põdevate inimeste rasket depressiooni, kelle ravimitega ravimine ei sobi või põhjustab kõrvalnähtusid.

EKR ravikuuri standardset pikkust ei ole olemas. Enamikul juhtudest on vaja 6–12 lülitust, aga on patsiente, kes vajavad 3–4 või kuni 20 lülitust. Harva on saavutatud täielik paranemine 1–2 lülitusega.

EKRi kõige tavalisem kõrvaltoime on mööduv mälukaotus, mis väljendub raskusena meelde jätta uut infot.

Antidepressandid. Antidepressantide peamiseks toimeks on antidepressiivne toime, mis avaldub depressiooni sümptomite leevenemises ja kadumises. Antidepressandid on eriti näidustatud **mööduka ja raske depressiooni** korral ning üha enam on neid hakatud kasutama ärevushäirete ravis. Antidepressantide ja antipsühhootikumide kooskasutamine on näidustatud **raske psühhootiliste sümptomitega depressiooni** korral.

Kõrvaltoimed: suukuivus, uriinipeetus, kõhukinnisus, arütmia, ortostaatiline hüpotensioon, unisus, kaalutõus, seksuaalsed raskused, toksilisus üledoseerimisel.

Enam kasutusel olevad antidepressandid: Ciprex, Prozac (Deprenon, Deprimaks, Nycoflox, Salipax), Fevarin, Seroxat (Zolof), Cipramil, Efexor, Saroten, Amitriptylin, Imipramin, Noritren, Remeron, Coaxil.

Trankvilisaatorid (rahustid). Trankvilisaatoritel on võime pärssida emotsionaalset pinget, ärevust ja hirmu. Toime saadakse suhteliselt väikeste annustega. Suuremate annuste puhul ilmnevad ka teised toimed – lihaseid lõõgastav toime, sedatiivne toime (reageerimise kiirust, täpsust, tähelepanu, kognitiivseid funktsioone, kärsitust ja rahutust pärssiv toime). Eelistatakse lühiajalise toimega trankvilisaatoreid (lorasepaam, alprosolaam). Trankvilisaatorite kasutamine pinge, ärevuse ja hirmu vähendamiseks rohkem kui kaks nädalat pole sõltuvusohu tõttu otstarbekas. Nädalaid ja kuid (ka väikestes annustes) trankvilisaatorite kasutamine võib tekitada sõltuvust. Mõnepäevased ärajäämanähud võivad esineda mis tahes psühho-farmakoni pikemaajalise kasutamise katkestamisel (tsipramiil, fluoksetiin, haloperidool, diasepaam jt).

Trankvilisaatorite nimetused: lorasepaam, alprosolaam, sedukseen, diasepaam.

18. GRUPITÖÖ KLIENDITÖÖS

18.1. Grupitöö

Grupitöö eripära. Grupitöö on viimasel aastakümnel kiiresti taaselustunud ja muutunud aitamistöös hinnatud meetodiks. Koos tegutsemine on inimestele loomumane ja meelepärane. Koos tehes sujuvad asjad sageli paremini ja kiiremini, samas eeldab see ühist eesmärki ja tööjaotust. Grupitöös mõjutavad inimesed üksteist ja see mõju võib olla positiivne nii arengule kui ka tervislikule seisundile. Seda kinnitavad ka uuringud. Näiteks on leitud, et erinevates sotsiaalse rehabilitatsiooni programmide gruppides osalenud klientide hospitaliseerimisjuhtumid on harvemad kui nende puhul, kes gruppides ei osale.

Tähtis on ka teine pool – professionaalidena õpime tundma oma kliente, keda püüame aidata. Grupitöö käigus kliente suhtlemas ja tegutsemas nähes saame nende kohta olulist informatsiooni.

M. Corey ja G. Corey on nimetanud gruppi interpersonaalseks laboratooriumiks, mis näitab inimestele, et nad ei ole üksi ja neil on lootust oma elu teistmoodi üles ehitada.

Seega on grupitöö kui meetod sageli väga tõhus ka töös erivajadusega inimestega.

Grupp on hulk inimesi, kes isiksustena on erinevad ja moodustavad heterogeense kogumi, kuid nad kõik on kokku tulnud eesmärgiga midagi ühiselt saavutada.

Grupp on tervik, mille toimimisel on oma seaduspärasused.

Grupile on iseloomulikud järgmised tunnused:

- kollektiivne taju (tajume end kui gruppi) – jagatud ettekujutused, mõtted, ideed (on midagi, mis meid ühendab)
- võimalus rahuldada teatud vajadusi
- vastastikune sõltuvus – iga grupiliikme iga tegevus mõjutab teisi.
- sotsiaalne organiseeritus – oma normid, rollid, reeglid, võimusuhted jne.
- interaktsioon – mõjutame üksteist suhtlemise kaudu.
- kohesiivsus – seotus, kokkuhoidmine.

Erinevat liiki grupid tegevusjuhendaja igapäevatöös

Grupi tüübi võib määratleda grupi orientatsiooni ja tegevuse sisu järgi:

- **Grupid oskuste ja teadmiste omandamiseks.** Selliste gruppide eesmärgiks on igapäevaoskuste õpetamine ja arendamine (koristamine, laua katmine, enese eest hoolitsemine) ning kindlate tööoskuste õpetamine (nt korvipunumine, puidu töötlemine jne).
- **Vaba aja ja meelelahutusgrupid.** Need on kas mingile kindlale tegevusele orienteeritud (käsitöö, laulmine, näitlemine) või ka lihtsalt ühisele vaba aja sisustamisele suunatud (teatrikülastused, tantsuõhtud) grupid.
- **Eneseabigrupid.** Nendes gruppides kohtuvad sarnase probleemiga inimesed ning oluline on just vastastikune toetus. Tugi, mida saadakse omasugustelt, on väga tähtis ja vahel muutuse tekitamiseks hädavajalik. Selliste gruppide puhul on grupijuhi roll toetada grupi loomist. Kui grupp on käivitunud, muutub see sageli mitteformaalseks ja võib ilma grupijuhi sekkumiseta toimida pikki aastaid.
- **Probleemilahendusgrupid.** Nendesse kuuluvad lisaks klientidele ka nende lähedased ja võrgustiku liikmed (tegevusjuhendaja, sotsiaaltöötaja, arst).
- **Sotsialiseerimisgrupid.** Eesmärgiks on toetada toimetulekut ja kohanemist erinevates keskkondades.
- **Teraapiagrupid.** Need grupid eeldavad grupijuhi teraapiaalast väljaõpet. Eesti erihoolekandetasustes tegutseb kõige enam kunsti-, muusika-, liiva- ja hipoteraapia grupe.

Mõttehetk

Püüa grupi tunnuste kaudu analüüsida ühte gruppi, kuhu oled kuulunud või kuulud.

18.2. Grupidünaamika

Mis on grupidünaamika? Iga grupp areneb ja muutub oma tegutsemise käigus – see ongi grupidünaamika. Grupid arenevad ja muutuvad sageli üsna etteaimataval viisil, kuigi enamik grupiliikmeid ei ole sellest teadlikud. Küll aga peab grupi arengu seaduspärasustega olema kursis grupijuht.

Grupi arengu peamiseks mõjutajaks on grupiliikmete isiklikud ja grupi kui terviku vajadused, mis pidevalt muutuvad.

Erinevad autorid liigitavad grupi arengut erinevalt. S. Morris on välja toonud viis grupi arengufaasi:

1. Kujunemine.
2. Vastupanu.
3. Kohanemine.
4. Tegutsemine.
5. Lõpetamine.

Grupi arengufaasid

Kujunemisfaas

See etapp on omane äsja kokku tulnud grupile või grupile, kuhu on tulnud uusi liikmeid. Selles faasis ei teadvustata veel kuigi tugevalt, milleks grupp on kokku tulnud. Grupi eesmärgid on tagaplaanil ja olulised on grupiliikmete isiklikud vajadused. Uuritakse, mis toimub, kuidas käituvad teised, oluline on suhete loomine ning enda koha leidmine grupis. Iga grupiliige püüab endale leida grupis sellise koha, et ta sobituks teistega.

See faas on läbitud, kui grupiliikmetel on reeglid selged ja grupis on tekkinud teatud suhetevõrgustik.

Grupijuhil on selles faasis aktiivne roll ja temast sõltub palju.

- Tutvusta ennast kui inimest. Isegi kui kliendid teavad sind juba varasemast ajast, on oluline rääkida just sellest, mis haakub sinu ja algava grupitööga (kuidas on sinust saanud näiteks käsitööhuviline, kes on sind õpetanud, mida sulle kõige enam teha meeldib jne).
- Aita grupiliikmetel omavahel tuttavaks saada. Selleks sobivad hästi erinevad tutvumismängud (vt lähemalt peatüki lõpus).
- Kontakti loomine ja tutvumine on väga olulised. Jäta selleks piisavalt aega!
- Lepi grupiga kokku reeglites (kuidas me käitume, mida võib ise võtta, mida mitte, kuidas toimub üksteise aitamine, abi küsimine, mis on rühma jaoks konfidentsiaalne jne). Hea on paika panna ka teatud rituaalid – nt kuidas alustame, tervitame, kuidas lõpetame.
- Lase igal grupiliikmel rääkida oma eesmärkidest. Täpsusta koos grupiga ühised eesmärgid.
- Anna positiivset tagasisidet (tore, et olete tulnud ja tahate koos aega veeta!) ja tähtsusta kõike, mis soodustab tööõhkkonda.

Konfliktifaas

Kui üksteist on rohkem tundma õpitud, selguvad ka vaadete, huvid ja ootuste võimalikud vastuolud. Seda võivad grupiliikmed väljendada vaenulikkuse, viha ja teiste negatiivsete emotsioonidega. Võivad kujuneda alagrupid, kus hakatakse omavahel võistleva (vahel ka võitlema) positsiooni pärast grupis. Mõnikord vastandatakse ennast grupijuhile, mis võib väljenduda agressiivses käitumises (aktiivne vastuhakk või passiivne ignoreerimine).

Grupijuhina saad teha järgmist.

- Tuletada endale meelde, et see, mis grupis toimub, on normaalne ja pole isiklikult sinule suunatud vastupanu. Tähtsaim reegel, mida grupijuht selles faasis järgima peab, on – mitte võtta isiklikult!
- Tekkinud probleemid ja pinged lahti arutada neid grupis käsitledes. Seda võib teha aruteludes või mänguliselt.
- Mitte astuda grupiga otsesesse jõukatsumisse, selgitamaks, kes peale jääb.
- Aidata grupil välja töötada sellised reeglid, mis on demokraatlikud ja aitavad eesmärgi saavutada. Vajadusel tuleb reegleid muuta või juurde luua.

Kohanemisfaas

Selles faasis hakkavad ühised eesmärgid tähtsust omandama. Osa grupisuhteid on juba välja kujunenud, tekib vajadus saada grupiliikmetelt tagasisidet ja kuulata teiste arvamusi, toetatakse üksteist.

Grupijuhina saad tähelepanu pöörata järgnevale

- mitte katkestada grupiga tegelemist, kuigi pärast konfliktifaasi võib tunduda, et nüüd kõik toimib
- mõelda taas sellele, kuidas grupiliikmeid juhtida ja motiveerida
- reageerida kiiresti ja kindlalt, kui keegi rikub reegleid või käitub ebasoovitavalt
- tunnustada kõike, mis on tunnustamist väärt

Tegutsemisfaas

See on koostöö tegemise faas, kus kasutatakse ära kogu grupi potentsiaal. See tähendab, et igale grupiliikmele on antud talle kõige sobivam töö, tegevus ja tegutsemisviis. Valitseb meie-tunne ja üksteisega arvestamine. See ei tähenda, et grupis enam vastuolusid ei teki. Vastuolud küll tekivad, aga neid osatakse lahendada ja tavaliselt toimub see üsna kiiresti ning valutult. Kui grupp on jõudnud tegutsemisfaasi, oled ära teinud suure töö ja sinu kui juhi roll muutub üha passiivsemaks. Oluline on hoida grupil n-ö silm peal ja olemas olla. Tähtis on ka teada, et selles faasis ei ole hea, kui grupiga liitub või grupist lahkub korraka mitu (uut) liiget.

Kui see siiski toimub, on grupijuhi jaoks oluline teada, et grupi areng liigub faasi või paari võrra tagasi.

Grupitöö lõpetamise faas

Kui grupp on jõudnud tegutsemisfaasi ja selle kaudu oma eesmärgi saavutanud, on aeg grupitööd lõpetama hakata. Tavaliselt on see grupiliikmetele tugevaks stressoriks.

Grupi lõpetamise vajalikkusele viitavad mitmed märgid:

- grupiliikmed hakkavad ilmutama pahurust ja tüdimust
- tegutsemine grupis ei anna enam lisaväärtust
- teemad ja probleemid hakkavad korduma
- mõned, eriti aktiivsemad grupiliikmed hakkavad puuduma
- osalejad aimavad väga täpselt, milliseid seisukohti keegi esindab ja see teeb arutelu mõttetuks

Lõpetamist toetavad rituaalid. Grupi lõpetamiseks sobivad mitmed rituaalid, näiteks pidulik tunnistuste kätteandmine, ühine kohvilaud, hiljem ka kokkutulekud. Juhina saad olla aktiivne nende korraldamisel ja osalemisel.

Mõttehetk

Meenuta mõnda täienduskoolitust, millest oled osa võtnud. Püüa määratleda ja kirjeldada erinevaid faase selle grupi arengus.

18.3. Grupitöoks vajalikud tingimused

T. Kadažane on kirjeldanud nelja grupitöoks vajalikku tingimust.

Need on:

- turvalisus
- igaüks saab grupist midagi
- igaüks annab grupile midagi
- keegi hoolib

Turvalisus. Kõigi osalejate jaoks peab grupp olema nii füüsiliselt kui ka emotsionaalselt turvaline. Erivajadustega inimestel, nii nagu lastelgi, on turvalisuse vajadus veelgi suurem kui teistel. Siin kehtib põhimõte – kui grupp pole kõigile selle liikmetele turvaline, siis pole see turvaline kellelegi. Turvatunne ei sõltu ainult grupijuhhi käitumisest, vaid kõikide grupiliikmete nähtavast ja ka varjatud mõjust üksteisele. Kui grupis on osaleja, kes käitub kiuslikult, pahatahtlikult või ka agressiivselt ja selline käitumine on pidev, muutub grupp ebaturvaliseks kõikidele, kes sinna kuuluvad, kaasa arvatud ebasobivalt käituva osalejale endale.

Igaüks saab grupist midagi. Teine tingimus on, et iga grupiliige saab midagi enda jaoks. See *midagi* võib olla väga erinev (heakskiit lähedastelt, ühiselt valmistatud toidu söömine, Jüriga kohtumine, kuuluvus-, tähelepanu- või tunnustusvajaduse rahuldamine jne) Esimese asjana küsib grupis osaleja just seda (vahel ka otseselt teadvustamata): mida annab mulle selles grupis olemine?

Seega on oluline, et grupp looks ja annaks iga grupiliikme jaoks midagi.

Igaüks annab midagi. Inimene peab tundma end grupis olulisena. Sageli võib just see grupi juhtimisel fookusest välja jääda. Grupiga töötades panustame palju sellele, mida meie teeme, korraldame, anname, aga sama oluline on, et iga grupis osaleja saaks anda oma panuse ja tunda, et tema panus on vajalik. Üks võimalus on grupis sellest rääkida, kes mida teeb, mille eest vastutab (pane enne kogunemist toolid ringi, aitab kellelgi õigel ajal kohale jõuda jne).

Keegi hoolib. Iga grupiliige peab teadma ja tundma, et ta on grupis oluline. Eeskätt on see lihtne soe ja hooliv suhtumine. Märgatakse, kui keegi puudub, tundub kurb või käitub viisil, mis pole tavaline.

Kõik need tingimused – *turvalisus, igaüks saab midagi, igaüks annab midagi* ja *keegi hoolib* – loovad motivatsiooni grupis tegutsemiseks. Et grupitöö toimiks ja oleks võimalik jõuda eesmärkideni, on väga oluline, et juht suudab eelnimetatud tingimused luua.

Grupitööl on alati oma kindel eesmärk. Selleks on mingi muutuse tekkimine (osata paremini midagi teha, olla julgem suhtleja, saada iseendast paremini aru jne).

Psühhoteraapiat uurinud autorid on arvamusel, et psühhoteraapia protsessis on olulisimaks muutuse toetajaks suhe terapeudi ja klientide vahel. Kuna erinevaid meetodikaid kasutavad psühhoteraapia koolkonnad on osutunud võrdsest edukaks, on püütud leida see läbiv element, mis neid erinevaid lähenemisi ühendab. On leitud, et selleks on kliendi ja nõustaja suhe.

Humanistliku suunaga koolkonnad kirjeldavad nõustamissuhet kui sügavat empaatilist suhet üksteisega võrdsete inimeste vahel. Selles suhtes on nende käsitlustes läbivaks jooneks inimlikkus.

Corey ja Corey rõhutavad, et hea abistaja peab meeles, et tema isiksus on kõige olulisem vahend, mida ta oma töös kasutab.

Seepärast on oluline mitte ainult teada, mida on vaja teha, vaid osata ka iseenda kaudu mõelda ja tunnetada, kuidas seda kõike teha. Ausus ja ehedus on inimestega suheldes ja aitamistööd tehes olulised märksõnad.

18.4. Grupi juhtimine ja raskustega toimetulek

Juhtimisstiil

Oluline on, et kõik grupiliikmed aktsepteeriks grupi juhti. Veel enam – toetaksid teda grupitöö juhina. Juhtimisstiili saab määratleda skaalal autoritaarne–osalev. Autoritaarne stiil on direktiivne, see tähendab, et rühmajuht on see, kes ütleb, mida ja kuidas tehakse. Ta toetub juhistaatusele ja asjatundlikkusele.

Töös puuetega inimestega ei peaks autoritaarset stiili sugugi kartma ega eirama. Selle stiili plussiks on, et inimesed tunnevad end kaitstuna ja turvaliselt ning see mõjub rahustavalt. Samas ei sobi see grupiliikmetele, kes on harjunud iseseisvalt ning loovalt tegutsema.

Osalev stiil eeldab võimu jagamist grupiliikmetega. Rühmajuht on pigem innustaja ja toetaja rollis. Autoritaarse kohtlemisega harjunud kliendid võivad aga sellise juhtimise puhul muutuda hirmunuks ja ärevaks ning osutada vastupanu, kui neil tuleb iseseisvalt tegutseda.

Seega võib öelda, et pole õiget ega vale juhtimisstiili ning enamik grupijuhte jääb ilmselt kuhugi kahe äärmuse vahele – vajadusel grupitegevust autoritaarselt suunates, vajadusel tegutsema julgustades ja toetades. Hea grupijuht on paindlik ja valib juhtimisstiili vastavalt grupi vajadustele.

Raskused ja nendega toimetulek

Aeg-ajalt grupitöös esile kerkivad probleemid on normaalne nähtus. Oluline on aru saada, mis ja miks toimub ning grupijuhi rollist lähtuvalt tegutseda.

Millised probleemid võivad ette tulla ja kuidas käituda?

- Gruppi on sattunud inimene, kes sinna ei sobi.

Oluline on, et gruppi ei satuks inimesi, kellele grupis töötamine ei sobi ning kelle arenguks ja õppimiseks on vajalik individuaalne lähenemine. Kui grupp on moodustatud kiirustades ja sinna kuulub inimesi, kellele ei sobi grupis tegutsemine, siis võib see kasu asemel tuua kahju kõigile.

Mida sellisel juhul teha? Esmalt on tähtis aru saada, miks see inimene gruppi ei sobi. Vahel võivad põhjuseks olla varjatud eesmärgid, nt on inimene tulnud n-ö oma asja ajama, oma isiklike probleeme lahendamaks, mis aga ei lähe kokku grupi eesmärgiga. Sellisel juhul võib abi olla individuaalsest vestlusest ja edasistest kokkulepetest. Kui probleem on selles, et inimese oskused on viletsamad kui teistel, võib abi olla mõnest individuaalsest järelaitamistunnist. Kui aga tegemist on kliendiga, kes on väga ärev või reageerib pidevalt üliemotsionaalselt, siis on soovitatav temaga nelja silma all arutada, mida teha. Sageli avaldavad sellised kliendid ise soovi grupist lahkuda. Sellisel juhul on hea, kui grupikohtumised saab asendada individuaalsete kohtumistega.

- Välised takistused ja segajad.

Alati ei lähe asjad nii nagu plaanitud. Kui takistused on ka grupile nähtavad, siis tuleb neid grupiga jagada. Avatud ja aus suhtlemine on hea õhkkonna jaoks äärmiselt vajalik. Segajaks võib olla mis iganes, näiteks ehitusmüra tänaval või gruppi saabuv nuttev osaleja. Vaid väga väheste takistuste ja segajate puhul on mõistlik neid eirata, sest enamasti ootavad grupiliikmed juhi reaktsiooni. Üks viis on teadvustada ja aktsepteerida (õuemüra on täna tõesti kohutav, aga me ei saa selle vastu midagi teha). Kui tegemist on osalejate tugevate emotsioonidega, tuleb sellele alati reageerida – lubada rääkida, olla omaette või lahkuda, samas avaldamata survet ja võimalusel hiljem silmast-silma rääkida.

- Uus rühmaliige.

Kui suletud grupiga liitub uus liige, on oluline grupijuhi aktiivne tegutsemine.

Juba enne uue liikme tulekut on hea gruppi sellest informeerida, samuti arutada, kuidas uus tulija vastu võtta ja mida teha, et koostöö sujuks. Taas on oluline tutvumine.

- Ülekanne.

Ülekandeks nimetatakse seda, kui klient kannab mingi varasema suhte kogemuse üle käesolevasse kliendi-aitaja suhtesse. Tunded, mis kliendis tekivad, võivad olla nii positiivsed kui ka negatiivsed – tõelisest meeldimisest kuni lausa vihkamiseni. Selline kogemus võib mõjutada hoiakut grupijuhi suhtes. Protsess võib alguse saada ainuüksi välimuse põhjal. Ülekanne muutub segavaks, kui see toob kaasa tugevaid emotsioone ja/või vastupanu.

Samas tuleb grupijuhil alati arvestada, et teatud reaktsioonid võivad olla ka konkreetsest olukorrast lähtuvad. Võib juhtuda, et toimub ka vastuülekanne. See tähendab aitajapoolseid kliendile suunatud emotsionaalseid reaktsioone. Nii ülekande kui ka vastuülekande puhul on tegemist projitseeritud tunnetega, mis on tõsiseks takistuseks igasuguses aitamistöös. Sellistel juhtudel vajab grupijuht ilmselgelt ja kiiresti juhendatud läbitöötamist (supervisiooni).

■ Vastupanu.

Vastupanu on kliendi selline käitumine, mis takistab tema liikumist eesmärkide suunas. Yong on mitmele autorile toetudes koostanud loetelu vastupanu tavalisematest avaldumisviisidest:

1. Klient kritiseerib protsessi ja grupijuhti.
2. Klient hilineb, ei pea kinni kokkulepetest.
3. Klient vaikib.
4. Klient teoretiseerib või filosofeerib.
5. Klient katkestab kokkusaamised enne kokkulepitud tähtaega või teatab ootamatust paranemisest, mis tegelikult on kaitse edasiste muutuste eest.
6. Klient kasutab ülevoolavat huumorit ja /või lollitab.
7. Klient vastab pidevalt „ma ei tea“.
8. Klient ei soovi lõpetada ja tahab pikendada kokkusaamiste aega.
9. Klient urgitseb aitaja eraelus.
10. Klient esitab mitteasjakohast materjali, et aitajat intrigeerida.
11. Klient püüab hoida aitamisprotsessi ja igapäevaelu lahus (ei püüa rakendada muutusi, töö tulemusi).
12. Klient ei tee kodutöid, ei järgi juhiseid ega nõuandeid.

Kõiki neid avaldumisviise ei saa loomulikult alati vastupanuna tõlgendada, eriti kui tegemist on erivajadustega klientidega.

Vastupanu võib tekkida sellest, et klient ei ole gruppi tulnud vabatahtlikult.

Vastupanu põhjused võivad olla ka kliendipoolsed: puudub suhtlemisjulgus või häirivad negatiivsed emotsioonid, näiteks häbi ja hirm. Vahel kardetakse ka muutust, mida grupitöö võib kaasa tuua. Kliendile võib vastumeelne olla grupijuht, tema käitumine, välimus. Vastupanu võib tekkida ka näiteks kliendi lähedaste negatiivse suhtumise tõttu grupitöös osalemisel.

Kliendi vastuseis vajab igal juhul grupijuhi sekkumist, kuid see ei peaks kindlasti olema surve ega hukkamõist, vaid püüd mõista. Parimad viisid probleemiga toimetulekuks sünnivad tavaliselt heas koostöös.

Mõned soovitused.

- Kaasa kliendi jaoks olulisi inimesi (pereliikmeid, sõpru), kes saavad toetada ja teda motiveerida.
- Ole paindlik ja realistlik. Kui sinu ootused ületavad kliendi omi, lõpeb see tavaliselt konfliktiga. Sinu tegevusel on professionaalsed piirid, aidata ei saa sunniviisil.
- Käsitle kliendiga tema vastupanu kui normaalset nähtust. Püüa näidata kliendile, et vastupanul võib olla ka positiivne pool (näiteks määratlenda ennast grupis).
- Aita kliendil toime tulla tema negatiivsete reaktsioonidega.
- Räägi kliendiga veel kord sellest, millist kasu ta võib grupitööst saada.
- Analüüsi oma sekkumist. Jälgi, et selles ei oleks survet ja sundust, see suurendab vastupanu veelgi.
- Püüa luua olukord, kus tõrges klient saab aidata kedagi teist. Just see võib sageli kaasa tuua muutuse kliendi suhtumises. Sama võib teha ka rollimängu kasutades.
- Grupiväline kontekst

Grupitöö leiab alati aset mingis laiemas kontekstis. Näiteks võib tekkida olukord, kus grupi tegevusi tuleb läbi viia samas hoones ja samades ruumides, kus kulgeb klientide igapäevaelu, kelle tegevusjuhendaja sa oled. See on küllalt komplitseeritud olukord, sest tekivad topeltrollid. See omakorda loob olukorra, kus on koos mitmed keerukad vastastikused suhted ja suhtumised, mis võivad grupitööd oluliselt mõjutada.

Selline asutusesisene grupp võib tekitada teatud segaduse ka klientide omavahelistes suhetes. Grupijuhi kohustus on ühelt poolt luua turvaline õhkkond grupi sees, vajadusel kaitsta ka võimalike väliste häirijate suhtes. Teiselt poolt tuleb grupitööd tehes arvestada kogu asutuse eesmärkide ja huvidega.

■ Grupis on infot, mida ei saa enda teada jätta

Grupis võib tekkida olukordi, mille puhul grupijuht ei saa grupis ilmnenu asjaolusid ja informatsiooni enda teada jätta. See puudutab eelkõige olukorda, kus gruppi kuuluv inimene võib endale või teistele kahju teha. Sellisel juhul on väline sekkumine hädavajalik.

Grupijuhi kohustus on siinkohal edastada kiirelt info oma juhendajale või juhtkonnale.

Millele pöörata tähelepanu enne grupitöö alustamist

Kui oled otsustanud alustada mingi eesmärgi nimel oma klientidega grupitööd, siis on oluline, et sellele eelneks põhjalik ja piisav ettevalmistus. Et vältida võimalikke vigu nii palju kui võimalik, tuleks mõtiskleda palju üle.

Miks olen otsustanud alustada grupitööd? Kellele on see mõeldud?

Kui eesmärgiks oleks kaevata auk ja selleks on olemas üks labidas, siis oleks grupi loomine selle ülesande täimiseks täiesti üleliigne. Küll on grupp toetav, kui eesmärgiks on näiteks igapäevaste toimetuleku- või sotsiaalsete oskuste arendamine.

Grupi komplekteerimise juurde peaks kuuluma eelnev individuaalne lähenemine – kas konkreetsele inimesele sobib töö grupis, kas ta sobib just sellesse gruppi? Tavapärane on, et enne grupi algust kohtutakse osalejatega individuaalselt. Selle eesmärk on aru saada osalejate motiividest ja veenduda, et gruppi ei satuks „valed“ inimesed. Kui tegevusjuhendajana oma kliente juba eelnevalt piisavalt tuntakse, siis ei ole individuaalne kohtumine alati vajalik. Grupijuhina tuleb teada, kes on grupiliikmed ja kuidas nad gruppi sattusid (vabatahtlikult, suunatuna raviarsti poolt vms). On oluline, et just grupijuht ise saaks grupi komplekteerimisel sõna sekka öelda.

Meeles tasub ka pidada, et grupitöö ei sobi kõigile ja seda ei pea tegema kõigi klientidega.

Mõttehetk

Mida võimaldab grupitöö töötades erivajadusega inimestega?

Mida võimaldab konkreetne planeeritav grupitöö?

Grupitöö:

1. Toetab.....
2. Õpetab.....
3. Võimaldab.....
4. Suurendab/vähendab.....
5. Arendab.....
6. Muudab.....
7.

Mis on selle grupitöö eesmärk? Kuhu tahan jõuda? Mida on vaja saavutada?

Grupitöö algab eesmärgi ehk soovitud tulemuste määratlemisest.

Järgnevalt on toodud mõned grupitöö võimalikud eesmärgid:

- praktiliste oskuste omandamine
- teadmiste andmine
- juba omandatud oskuste lihvimine
- suhtlemisjulguse suurendamine (eneseväljendamine, teiste mõistmine)

- suhtlemishuvi suurendamine
- teiste suhtes sallivuse suurendamine
- käitumisviisi muutmine

Mida täpsemalt ja positiivsemalt suudame määratleda, mida tahame, ning mida enam häälestame end otsima ja märkama võimalusi, seda tõenäolisemalt ka saavutame selle, mida soovime.

Kui me ei tea oma eesmärki, siis me ei saa selle suunas ka liikuda. Lihtsam on liikuda selle poole, mida me tahame, kui eemale millestki, mida me ei taha. Positiivselt määratletud eesmärk motiveerib ja innustab alati enam kui negatiivne eesmärk.

Eesmärk peab olema ka saavutatav. Kui eesmärk on liiga suur, tuleb see jagada mitmeks väiksemaks, kergemini saavutatavaks eesmärgiks.

Mõttehetk

Püüa sõnastada oma grupitöö eesmärk nii täpselt kui võimalik. Keskendu sellele positiivsele, mis on pärast grupitööd kliendi jaoks teist.

Mida on vaja veel teha?

Enne alustamist tuleb leida vastus veel järgmistele küsimustele:

- Kus grupitöö toimub? Kas see koht on sobiv ja kõigile ligipääsetav? Kas seal on piisavalt ruumi teha seda, mida plaanin? Kas temperatuur on sobiv? Kuidas paigutan mööbli?
- Millal grupitöö toimub? Kas see on osalejatele sobivaim aeg? Kas kestus on kliendile sobiv? Kas peaksin seda arutama osalejatega? Milline oleks parim kohtumiste intervall?
- Milliseid vahendeid vajan? Kas ma oskan neid vahendeid kasutada või vajan abi? Kas on vaja midagi osta või laenutada? Kas selleks on ressursse?
- Kas juhin gruppi üksinda või kellegagi koos? Mida saame teha, et meie koostöö toimiks?

Kasulikke harjutusi grupitöö läbiviimiseks

- *Tutvumiseks ja pingevaba õhkkonna loomiseks:* osalejad liiguvad ruumis ringi ja teretavad üksteist kättpidi. Öelda võib oma nime või nimetada looma, kelle sarnaseks end peetakse. Eriti põnev on seda teha, kui ruumis on ka mööblit, näiteks saab kätt anda üle toolide ja laudade.
- Iga osaleja joonistab midagi paberile ja tutvustab end joonistuse kaudu. Tutvumisel võib kasutada ka pantomiimi – iga osaleja tutvustab end vaid kehakeelt kasutades.
- *Tervitamisharjutus:* esmalt tervitatakse kõiki kaaslasti kättpidi, seejärel küünarnukkidega, puusadega, põlvedega. Osalejad võivad ise erinevaid tervitusviise pakkuda.
- *Hea loovusharjutus tühimuse ja väsimuse korral:* vali üks ese (nt raamat, potilill, mänguasi), mida osalejad saavad käest kätte anda. Iga grupiliige ütleb eset käes hoides, mida ta näeb selles head ja kuidas võiks seda grupis ära kasutada.
- Osalejad seisavad ringis, ühel osalejal on pall. Ta viskab selle kellelegi edasi ja esitab küsimuse. Palli püüdjast vastab ning viskab koos uue küsimusega järgmisele. Küsimused võivad olla seotud grupis õpituga või ka seotud üksteise tundmaõppimisega.
- Toolid asetsevad ringis, osalejad istuvad toolidel, ainult üks osaleja seisab, sest tal ei ole tooli. Ta seisab ringi keskel ning tema ülesanne on endale ringis koht saada. Selleks peab ta ütlema, kes vahetavad kohad ja napsama selle käigus ka endale istekoha. Näiteks: „kohad vahetavad kõik, kes on naised/mehed“, „kohad vahetavad need, kellele meeldib jäätis“, või „kohad vahetavad need, kes ei taha siin olla“. Kellele tooli ei jätku, läheb ringi keskele ja jätkab mängu.
See harjutus aitab osalejatel oma soove ja tundeid väljendada, arendab loovust ning annab ühtlasi grupijuhile infot.
- *Harjutus kontakti loomiseks ja koostööoskuste arendamiseks:* lõika katki mõned postkaardid. Tükke peab kokku olema sama palju kui osalejaid. Sega tükid ja palu igal rühmaliikmel võtta üks tükk. Leida tuleb teised sama postkaardi tükkidega kaaslased, et saaks kaardi kokku panna. Selle alusel saad

moodustada väiksemad grupid. Harjutuse lihtsam variant on, kui kaardid on erinevad, raskem variant, kui kaardid on ühesugused, aga erinevalt lõigatud.

- Võta ühevärvilised umbes meetripikkused nöörid. Võta nööride keskelt kinni nii, et otsad jäävad rippu. Nööride otsi peab olema sama palju kui osalejaid. Iga osaleja võtab kinni ühest nööriotsast, seejärel lasse nöörid lahti. Moodustuvad paarid nendest, kes hoiavad kinni ühest nööri. Paar teeb nüüd midagi koos (tantsib, kallistab, tutvustab ennast, arutleb mingil teemal). Harjutust võib korrata, moodustades uusi paare, ülesanne võib olla sama või erinev.

Harjutus sobib tutvumiseks, paaride moodustamiseks ja koostööoskuste arendamiseks.

- Anna igale osalejale tükike plastiliini (hea, kui saab värvi ise valida). Palu kõigil voolida ühisel teemal (nt kuidas ma end praegu tunnen, milline oli tänane päev, kingitus grupikaaslasele). Sõltuvalt eesmärgist võib pärast voolimist suures ringis arutada, kes mida tegi ja kuulata igaühe kommentaare oma tööle. *Harjutus aitab rahuneda ja keskenduda, väljendada mõtteid ja tundeid. Sobib hästi ka ootuste ja tagasiside küsimiseks.*

19. PROBLEEMSE KÄITUMISE JUHTIMINE

19.1. Probleemse käitumise olemus

Mida mõista probleemse käitumise all? Tõenäoliselt võivad erinevate inimeste arvamused siinkohal sõltuvalt isiklikest piiridest, arusaamadest ja taluvuslävest erineda. Mis ühele on talutav või ei pälvi erilist tähelepanu, võib teise jaoks olla täiesti vastuvõetamatu. Seega – kuidas mõista üheselt, mis on probleemne käitumine psüühilise erivajadusega inimeste kontekstis?

Käitumist võib probleemseks pidada juhul, kui selle tagajärjel inimene ise, teda ümbritsevad inimesed ja/või keskkond saavad kannatada või vigastada kas emotsionaalselt, vaimselt või füüsiliselt.

Väga oluline on meeles pidada, et igasugune käitumine on kommunikatsioon, millel on tähendus. Igal käitumisel on eesmärk ja funktsioon. Seega räägime probleemse käitumise kontekstis pigem tähenduslikust käitumisest.

Probleemne käitumine võib avalduda:

- **verbaalse agressioonina** – vandumine, sõimamine, narrimine, mõnitamine, ässitamine, aga ka kiljumine, karjumine, pidev häälitsemine jms
- **füüsilise agressioonina** – teiste inimeste löömine, lükkamine, hammustamine, juustest tirimine, peksmine, sülitamine, asjade loopimine ja lõhkumine jms
- **ennasthävitava käitumisena** – erineval moel enese vigastamine: löömine, hammustamine, pea tagumine, silmade torkimine, suitsiidikatse, hinge kinni hoidmine, ülesöömine, pidev oksendamine, toidust keeldumine jms
- **endasse tõmbumisena** – ükskõiksus ümbritseva suhtes, kliendi keeldumine rääkimast, püsti tõusmast, kõndimast, tegevustest osa võtmast jms

Kahju võib olla otsene (füüsiline valu, kehavigastused, lõhutud ja rikutud esemed) või kaudne (hirm, eba-kindlus, viha, süütunne, abitus). Sageli esinevad erinevad probleemse käitumise ilmingud koos – näiteks verbaalne ja füüsiline agressioon, endasse tõmbumine ja ennasthävitav käitumine või verbaalne ja füüsiline agressioon ning ennasthävitav käitumine.

19.2. Probleemse käitumise põhjused

Kui probleemse käitumise intsident on juhtunud, öeldakse sageli, et see juhtus „tühjalt kohalt“ või „ilma põhjusest“. Probleemne käitumine ei juhtu **kunagi** ilma põhjusest. Me ei pruugi sellel hetkel teada, mis selle põhjustas, kui see ei tähenda, et põhjust ei oleks.

Tähenduslikul käitumisel võib olla kolm peamist põhjuste kategooriat:

- meditsiinilis-bioloogilised põhjused
- individuaal-psühholoogilised põhjused
- keskkonnaga seotud põhjused

1) Meditsiinilis-bioloogilised ehk diagnoosi-, häire- või puudega seonduvad tegurid

Käitumise põhjuseks on orgaaniline kahjustus või füüsiline häire. Paljude diagnoosidega kaasneb probleemne käitumine (nt autism, skisofreenia, orgaanilised psüühikahäired, dementsus, vaimupuue, pervasiivsed arenguhäired, teatud spetsiifilised sündroomid). Samuti võivad probleemse käitumise põhjuseks olla somaatilised haigused ja valu.

Skisofreenia mõjutab inimese kognitiivseid ja emotsionaalseid funktsioone ning seetõttu ka tema käitumist (vt „Psüühikahäired“). Skisofreeniaga inimesel võib esineda pettekujutlusi ja sundmõtteid ning ta võib kuulda häält, mis käsivad tal teha midagi agressiivset. Samuti võib inimene muutuda paranoiliseks teatud inimeste suhtes ja uskuda, et need inimesed soovivad talle halba (näiteks teda tappa).

Autismi puhul on inimesel raskusi enda teistele arusaadavaks tegemisega, aga ka teistest arusaamisega (vt ptk „Vaimupuue“). Nad ei saa aru teiste inimeste kehakeelest (nt näoilmetest). Samuti on neil väga konkreetne mõtlemine ning nad võtavad keeles kasutatavaid väljendeid ja metafoore sõna otseses mõttes. See võib tekitada arusaamatusi ja hirmugi (nt väljendid jalga laskma või ninapidi vedama). Paljud autistid on kõnetud ning see teeb suhtlemise veelgi keerulisemaks.

Näiteks Lesch–Nyhani sündroomi puhul sisaldab juba diagnoosi kirjeldus endas ka ennasthävitatavat käitumist (vt ptk „Vaimupuue“).

Somaatilistest haigustest põhjustatud vaevused ning füüsiline valu võivad sageli just hoolekandenasutustes jääda piisava tähelepanuta. Kui inimesel on kommunikatsiooniraskused või ta on kõnetu – kuidas annab ta teada sellest, et tal on valu? Ta võib käituda endale ebaiseloomulikult ja muutuda isegi agressiivseks kui tal on näiteks pea- kõhu- või hambavalu. Alati kui selgitatakse probleemse käitumise põhjust, tuleb kindlaks teha, kas tegemist ei ole füüsiliste vaevustega.

2) Individuaal-psühholoogilised ehk isiksuseomadustest ja vaimsest tasemest tulenevad tegurid

Nende tegurite alla kuuluvad vaimse ehk kognitiivse arengu tase, emotsionaalse arengu tase, temperament, iseloom. Mida häirunumad on inimese vaimsed võimed, seda suurem on tõenäosus, et tema käitumine võib probleemseks kujuneda. Väga oluline on emotsionaalse arengu tase. Teades, millises emotsionaalse arengu faasis inimene on, võime näha, milliseid tundeid ta on võimeline tundma ja väljendama ning vastavalt sellele ka temaga suhtlema (vt emotsionaalne areng ja selle mõju käitumisele). Vaimse arengu taseme teadmine võimaldab mõista, millised võimed ja piirangud inimesel on. Samuti – nii nagu „tavalised“ inimesed on erineva iseloomu ja temperamendiga, on seda ka puudega inimesed. Seetõttu on ka meie klientide hulgas nii rõõmsameelseid, elavaid, uudishimulikke kui ka rahulikke, kinniseid, melanhoolseid või pahuramaid inimesi.

Probleemne käitumine avaldub eelkõige siis, kui inimene **ei ole suuteline või ei oska oma vajadustest teisel viisil teada anda**. Mida madalam on inimese vaimne ja emotsionaalne vanus, seda keerulisem on tal ennast teistele arusaadavaks teha ning seda suurem on võimalus erinevate probleemsete käitumisilmingute tekkimiseks. Probleemne käitumine tuleneb sageli sellest, et inimene ei saa ümbritsevast maailmast ja tema ümber toimuvast aru ning on seetõttu pidevalt väga suures stressis. Tema kognitsioon ja emotsionaalne areng on liiga erineval tasemel. Inimese jaoks võib olla väga frustreriv ja ärritav, kui ta ei suuda väljendada oma soove. Töötades vaimupuude või kroonilise vaimuhaigusega inimestega pea alati meelest kommunikatsiooniraskusi!

3) Keskkonnast tingitud põhjused

Keskkonnast tingitud põhjused on nii sotsiaalse kui ka füüsilise keskkonna sobimatus isiku vajadustega. See võib tähendada inimese üle- või alastimuleerimist, võimete üle- või alahindamist (ja vastavalt kas liiga kõrgete või madalate nõudmiste esitamist), ümbritsevate inimeste negatiivset suhtumist või ebapädevaid töövõtteid.

Et mõista probleemse käitumise funktsiooni, tuleb püüda näha maailma nii, nagu see konkreetne inimene maailma näeb ja mõistab. Oma käitumisega võib näiteks autistlik inimene üritada teada anda, et:

- ta on segaduses või hirmul tundmatu olukorra või sündmuse tõttu
- igapäevases rutiinis ja korduvates tegevustes on muudatus või kõrvalekalle
- ta ei saa aru selgitusest või juhendamisest
- ta ei tea, kuidas olukorrale sobivalt käituda
- ta ei suuda arusaadavaks teha oma vajadusi ja tundeid
- ta on ülitundlik teatud ärritaja(te)le (nt hääled, lõhnad, puudutused)
- tal on hirm kindlate situatsioonide või objektide ees
- temalt nõutakse üle jõu käiva ülesande täitmist

- Probleemne käitumine ilmneb sageli siis, kui inimene ei saa aru talle esitatud nõudmistest ning **on segaduses**. Eriti kehtib see vaimupuudega inimeste kohta. Sageli kasutame nendega rääkimisel liiga keerulist sõnastust ning eeldame, et meist saadi aru. Kujutle, et oled võõras riigis, kus keegi ei räägi sinule arusaadavas keeles! Kui inimesed karjuvad su peale selles võõras keeles ja on ilmselgelt su peale pahased, siis on väga raske aru saada, miks nad ärritunud on. Ka sina oleksid sellises olukorras segaduses ja hirmunud.

Sarnane segadustunne võib tekkida ka siis, kui **muudetakse raviskeemi**. Enamasti on inimestel mingi ettekujutus sellest, kuidas mõjub talle ravim, mida ta võtab. Psühholoogilised uuringud on näidanud, et inimene satub kergesti segadusse ja ärevusse, kui talle ei ole selgitatud uute määratud ravimite kõrvalmõjusid. Kui annad kellelegi adrenaliini ja ütled talle, et see on aspiriin, on sellel väga erinev mõju, mida inimene ei mõista. See võib olla väga hirmutav. Sama võib juhtuda vaimupuudega inimestega – ravimid on sageli rutiin ja määratud heade kavatsustega, kuid arusaadava selgituseeta võivad põhjustada rea inimesele mõistetamatuid seisundeid. See viib vaimupuudega inimese segadusse ning võib mõnikord põhjustada ka agressioonipuhanguid, kuna ta ei saa aru, mis temaga toimub.

Väga sage probleemset käitumist põhjustav tegur on **tegevusetus**. Kui inimestel ei ole midagi teha, keskenduvad nad oma probleemidele ja leiavad ise endale tegevust, mis ei pruugi olla ümbritsevatele vastuvõetav. Uuringud on selgelt välja toonud, et vaimupuudega inimeste probleemne käitumine väheneb oluliselt, kui lisada nende päevakavasse rohkem tegevusi. Luues struktureeritud päeva uute kogemuste ja elamustega, on sellel tohutu suur positiivne mõju käitumisele. Kui inimesel on igav, siis saab ta agressiivse käitumisega rohkelt tähelepanu. Sellisel juhul tuleks talle pakkuda tähelepanu positiivsemas ja sobivamas vormis. Eesmärgipäraste tegevustega tegelemine viib mõtted oma probleemidelt eemale.

Muudatused igapäevarutiinis võivad viia probleemse käitumiseni just autistlike ja vaimupuudega inimeste puhul. Kindel rutiin aitab neil toime tulla ja mõista oma keskkonda. Muudatused rutiinis tekitavad aga segadust ja stressi.

Keskkonna mõjud on samuti probleemse käitumise põhjustajaks. Need võivad olla näiteks:

- liiga piiratud isiklik ruum, et end turvaliselt tunda
- liigne palavus
- tugev müra, valjud hääled
- asetus (istekoht) ruumis

Probleemse käitumise esinemisel tegeletakse sageli vaid tagajärgedega: nt pea vastu seina tagumise korral pannakse kiiver pähe – kuid see ei lõpeta pea tagumist ega anna selgitust sellest, MIKS inimene pead vastu seina lööb. Tagajärgedega tegeledes võib probleemse käitumise ka ajutiselt lõpetada, kuid tavaliselt tuleb see varsti tagasi, kuna käitumise põhjused on välja selgitamata ja eesmärgid kõrvaldamata.

Probleemse käitumise korral esinevad põhjused eelkõige kombinatsioonis – näiteks on inimesel diagnoos, millega kaasneb teatud probleemset käitumist. Võib-olla on tema kognitiivsetes tegevuseeldustes palju häireid ning tema võimeid hinnatakse pidevalt üle või näidatakse temaga suheldes välja halvaks panu.

19.3. Emotsionaalne areng ja selle mõju käitumisele

Nii nagu füüsiline areng, toimub ka emotsionaalne areng etapist etappi. Selleks, et hakata täitma järgmist arenguetappi, tuleb läbida eelmine. Kohane on madala emotsionaalse arenguga täiskasvanu võrdlus normarengus lapsega, sest nende emotsionaalne iga on sama.

Emotsionaalse arengu etapid:

- I etapp: adaptatsioonifaas (0–6 kuud)
- II etapp: esimene sotsialiseerumisfaas (6 kuud–1,5 aastat)
- III etapp: esimene individualiseerimisfaas (1,5–3 aastat)
- IV etapp: ego struktuuri faas (3–7 aastat)
- V etapp: eneseteadlikkuse faas (7–12 aastat)

Emotsionaalne areng koosneb rohkematest etappidest ning toimub läbi kogu inimese elu, kuid vaimupuude puhul on kindlaks tehtud, et enamik inimesi ei jõua kunagi viiendasse etappi. Psüühikahäirega inimestel, kellel on vajadus kasutada erihooldekandeteenuseid, on haiguse tõttu toimunud emotsionaalse ja sageli ka kognitiivse arengu tagasilangus. Mõnel kliendil võib remissiooni (tervenemise) perioodil olla emotsionaalne vanus n-ö normtasemel ning haiguse perioodil tugevasti tagasi langeda. Seetõttu piirdume siinkohal viie esimese faasi kirjeldamisega.

I Adaptatsiooni ehk kohanemisfaas (0–6 kuud)

Esimest elukuud nimetatakse autistlikuks, kuna laps ei märka veel keskkonda. Teisest elukuust alates algab tihe sümbiootiline side hooldajaga. Laps annab teatud signaale, et saada tähelepanu hooldajalt, kes tema vajadusi rahuldab. Algab sensoorse integratsiooni korrastamine, mis seisneb ruumi, aja ja inimeste integreerimises. Õppimine toimub reflektorsete tegevuste baasil, esimene tegutsemine on oma reaktsioon teiste reaktsioonile. Järgmistel kuudel suureneb suhtlemine ümbritsevate inimestega, laps pöörab rohkem tähelepanu hooldajale, füüsiline kontakt muutub intensiivsemaks, vastasmõju suureneb. Tekib hirmutunne valjude häälte, valguse ja sammude suhtes. Laps ei tule toime rohkete sensoorsete ärritajate korrastamisega ega oska seda kasutada endale rasketes olukordades. Oluliseks arenguülesandeks on oma keha avastamine. Suhtlemine teistega toimub ainult füüsilisel tasemel. Emotsioonidest esinevad ainult hirm, viha, erutus ja rahulolu. Viha on kontrollimatu ja väljendub agressioonina enda vastu.

II Esimene sotsialiseerumise faas (6k–1,5a)

Sellel perioodil avastab laps inimese, kes tema eest hoolitseb, samuti toimub füüsilise kontakti ja füüsilise keskkonna avastamine. Lapsel tekib kiindumustunne ja alguse saab emotsionaalse vabaduse rajamine. Ta suudab eristada võõraid omadest ning perioodi teisel poolel saab aru ka enda ja teiste füüsilistest piirangutest. Algab füüsiline distantseerumine emast, et avastada ümbritsevat maailma. Kuigi laps soovib emast eemalduda, on turvatunne väga oluline ning selle säilitamiseks vajab ta mingit turvaobjekti käes (näiteks pehme mänguasi, taskurätt või ükskõik milline muu ese, mida ta saab käes hoida ja kaasas kanda) ja muutumatut päevastruktuuri. Muutused päevarutiinis põhjustavad hirmu ja frustratsiooni. Emotsioonidest esineb hirm (eriti kui on hooldajast eraldatud), kiindumus ja viha millegi kaotamine korral. Agressioon on kontrollimatu ja suunatud eelkõige füüsilisele keskkonnale.

III Esimene individualiseerimisfaas (1,5–3a)

Selles faasis saab alguse isiksuse ja personaalsuse ülesehitamine. Kommunikatsioon teistega toimub distantstilt ning oma võimalusi tehakse teistele selgeks äärmiselt põikpäisel viisil. Et hiljem olla koostööaldis, peab laps algul olema põikpäine ja negatiivne. Laps näeb ennast ja tahab ennast teistele näidata individuaalsena. Ta soovib, et keskkond arvestaks tema individuaalsusega. Samas ei suuda ta teiste käitumist peegeldada ega paindlik olla. Lapse käitumine on pidev võitlus sõltumatuse eest, kuid sealjuures vajab pidevat turvatunnet ja kaitset. Meeleolu on võitlus tahan/ei taha ja olla iseseisev/sõltuv vahel. Laps tahab ise keskkonda uurida, kuid vajab selleks hooldaja lähedalolekut. Ta saab aru, et temal ja teistel on vahe, kuid ei reageeri kui isiksus, ta ei suuda veel vahet teha heal ja halval. Viha korral on agressioon kontrollimatu ja suunatud teistele inimestele. Perioodi lõpuks hakkab laps aeglaselt aktsepteerima sotsiaalseid väärtusi, alguse saab koostöö areng. Laps teab paljude tunnete nimesid, kuid ei tule ise nende tunnetega toime ega suuda veel neid kontrollida.

Paljud vaimupuudega inimesed on oma sotsiaal-emotsionaalses arengus jäänud esimesse individualiseerimise faasi, nende käitumist iseloomustavad järgmised märksõnad:

- pidev tähelepanu otsimine
- äärmine põikpäisus
- frustratsiooni korral peavad saama kohe oma energia maha laadida
- agressioon on suunatud teistele inimestele
- ülim vajadus keskkonda uurida ja avastada
- meeldib mängida esemete, materjaliga
- tegevustes äärmiselt destruktiivsed
- sotsiaalsed oskused ja kommunikatsioon on suunatud autoriteetidele.

IV Ego struktuuri faas (3–7 aastat)

Selles faasis keerleb kogu elu lapse MINA ümber, ta on omandanud teadmise, et MINA olen tähtis. Laps märkab erinevaid detaile, kuid tervikut ta veel hoomata ei suuda, seetõttu toimubki erinevate, seoseta asjade kuhjumine. Eakaaslastele pööratakse suuremat tähelepanu, kuid domineerib pidev soov teistega mõõtu võtta ja parem olla. Samas on laps segaduses, sest soov edu saavutada esineb koos hirmuga ebaõnnestuda. Eneseregulatsioon ja eneseteadlikkus on veel piiratud, kuigi enesekindlus areneb varem kui eneseteadlikkus. Laps hakkab perioodi teisel poolel aktsepteerima sotsiaalse käitumise reegleid. Ta samastab end autoriteediga ja kuulab ka autoriteedi sõna. Algab loovuse ja fantaasia areng. Lapsel on tekkinud sotsiaalsed kontaktid, kuid nende alustamiseks on vaja täiskasvanut. Esineb nõrk koostöö eakaaslastega, kuid laps ei suuda panna end teiste olukorda ega olla kaastundlik. Perioodi lõpuks kujuneb välja häbitunne, mistõttu näiteks agressiooni suunamine teistele inimestele hakkab toimuma varjatult.

V Eneseteadlikkuse faas (7–12 aastat)

Kõik, mis sai alguse eelmises faasis, areneb edasi. 12aastaselt kujuneb välja süütunne ja hakkab arenema eneseteadlikkus. Frustratsiooni korral on laps võimeline oma tundeid mingil määral kontrollima, agressioon on eelkõige verbaalne. Enamik vaimupuudega inimesi eneseteadlikkuse faasi ei jõua.

19.4. Probleemse käitumise eesmärgid

Iga inimese käitumisel on oma kindel eesmärk. See kehtib ka inimeste puhul, kelle kognitiivsetes tegevuseeldustes on väga palju häireid. Probleemse käitumise korral võib käitumise eesmärgiks olla:

- enesestimulatsioon
- suhtlemisviis
- abi palumine
- nõudmistest põgenemine
- tähelepanu küsimine

Enesestimulatsioon

Probleemne käitumine enesestimulatsiooni eesmärgil juhtub siis, kui inimene on leidnud mingi käitumismustri, mis annab kohe meeldivat tagasisidet.

Näiteks: paljud sügava vaimupuudega inimesed on õppinud endal okserefleksi esile kutsuma, hinge kinni hoidma või haavu veriseks kratsima, sest tegevusega kaasnev tunne on neile meeldiv. Eriti puudutab see inimesi, kellel on aistingu- ja tajusüsteemid kesknärvisüsteemi kahjustuste tõttu häiritud – siis võib juhtuda, et nad tunnevadki ainult enesehävitamisega kaasnevaid ekstreemseid aistinguid.

Enesestimulatsioon võib olla suunatud ka teistele inimestele või esemetele. Näiteks selja tagant ligi hiilimine ja kellegi ehmatamine, näpistamine või löömine, et tekitada teises inimeses reaktsioon. Samuti võib enesestimulatsiooni eesmärgil lõhkuda akna või vaasi. Stiimuliks on neil juhtudel vastavalt kas kiljatus, karje või klaasi klirin, mida inimene enda stimuleerimiseks esile kutsub.

Suhtlemisviis

Kui probleemse käitumise eesmärgiks on suhtlemisviis, kasutab inimene mingit ebameeldivat, teisi häirivat käitumist, et ennast ümbritsevale arusaadavaks teha. Näiteks rebib end töötajat käest lahti, et õue minna. Probleemne käitumine võib olla õpitud suhtlemisviis, kuna samamoodi on alati tema endaga suheldud ning inimene ei oska teisiti. Probleemne käitumine on suhtlemisviisiks sageli väheste suhtlemis- või kommunikatsioonioskuste tõttu.

Abi palumine

Probleemse käitumisega võib inimene soovida ka tähelepanu juhtida sellele, et ta on hädas. Eriti abi palumise kontekstis on kohane meelde tuletada, et tegemist on tähendusliku käitumisega. Näiteks võib inimene oma pead vastu seina taguda, sest tal valutab hammas ning ta pole suuteline ennast sõnadega väljendada. Kui inimene kaasklientidele kallale tormab, võib see tähendada, et ta ei tule toime liigse stimulatsiooniga ülerahvastatud ruumis.

Nõudmistest põgenemine

Nõudmistest põgenemise korral on inimene õppinud järgima mingit ebameeldivat käitumismustrit, et pääseda talle suunatud nõudmistest või kohustusest. Näiteks võib inimene kaaslast hammustada, sest siis viiakse ta oma tuppa ning ta ei pea enam koos grupiga olema. Samuti võib inimene teatud korralduse saamisel rünnata töötajat või kaaslast selleks, et teda kardetaks ja seetõttu vabastataks ka korralduse täitmisest. Tavaliselt on inimene sellisel moel nõudmistest põgenemise mooduse avastanud kogemata, kas ise teatud viisil reageerides või on selle ära õppinud kellegi teise eeskuju järgides.

Tähelepanu küsimine

Kõige sagedasemaks probleemse käitumise eesmärgiks on tähelepanu küsimine. Sel juhul on inimene õppinud teatud viisil käituma, et temale tähelepanu pöörataks, kusjuures ei ole mingit vahet, kas käitumisele pööratav tähelepanu on positiivne (nt kiitmine) või negatiivne (nt karistamine). Siiski tuleb ettevaatlik olla, et probleemse käitumise eesmärgiks liiga kergesti tähelepanu küsimist ei peetaks.

19.5. Probleemse käitumise analüüs eesmärgi väljaselgitamiseks

Et mõista inimese käitumist, tuleb välja selgitada, mis on tema probleemset käitumist vallandavad tegurid. Niipea, kui oleme välja selgitanud, miks inimene nii käitub, võime näha ka tema käitumismustreid. Selleks tuleb tema käitumist hoolikalt jälgida ja dokumenteerida.

Probleemse käitumise eesmärgi väljaselgitamiseks on võimalik kasutada nn A-B-C analüüsi. See on meetod, mis põhineb olukorra detailsel jälgimisel. Oluline on tähele panna iga väiksematki märki ja reaktsiooni nii kliendi käitumises kui ka tema keskkonnas. Analüüsi eesmärgiks on olukorrast tervikpildi saamine ilma, et nähtut liigselt tõlgendataks. Analüüsi tegemiseks jälgib vaatleja (ise mitte sekkudes) klienti tema keskkonnas. Kõik märgatud nüansid tuleb üles kirjutada, sest olulised pisiasjad ununevad kiiresti ning see, mis hetkel ei tundunud oluline, võib hiljem analüüsides osutuda tähtsaks informatsiooniks. Üleskirjutamisel on väga tähtis KIRJELDADA, mida nähakse, mitte anda nähtule oma hinnangut või tõlgendust!

A	SÜNDMUSED VAHETULT ENNE PROBLEEMSE KÄITUMISE TEKIMIST
Kirjeldus	Kell on 11.50. Töötajad valmistuvad lõunasöögiks ja aitavad juba osal klientidel söögisaali minna. Jüri istub koos viie kaaskliendiga elutoas. Televisoor mängib valju häälega, kuid Jüri ei vaata seda vaid niheleb. Aeg-ajalt paneb ta sõrmed kõrvadesse. Malle ja Olga vaatavad seriaali, Margus kõigutab ennast diivanil, Kersti kord istub, siis kargab püsti ja vaatab koridori söögisaali poole, siis istub tagasi – nii mitmed korrad. Vello teeb klotsidest torni, kuid see läheb ümber ja Vello hakkab klotsiga vastu lauda taguma.
B	PROBLEEMSE KÄITUMISE ÜSIKASJALIK KIRJELDUS: MIDA TA TEEB?
Kirjeldus	Jüri kargab püsti ja lükkab Kersti pikali. Kersti lööb ennast vastu lauda ära ja hakkab karjuma. Jüri katab kätega kõrvad.
C	KESKKONNA REAKTSIOONI KIRJELDUS. KUIDAS REAGEERISID TEISED INIMESED TEMA ÜMBER? MILLISED SÜNDMUSED JÄRGNESID?
Kirjeldus	Malle ja Olga vaatavad seriaali edasi. Margus tõmbab ennast kerra ja paneb käed silmade ette. Vello jätab kolkimise ja põgeneb koridori. Üks töötajatest jookseb kohale, aitab Kersti püsti, vaatab, kas temaga on kõik korras. Töötaja küsib, mis juhtus. Kersti ütleb, et Jüri lõi teda. Töötaja ütleb Jürile, et nii ei tohi, kui ta nii teeb, siis ei saa ta pärast õue. Siis kutsub töötaja kõik elutoas olijad sööma. Jüri trügib esimesena minema.

Näide A-B-C analüüsist

Mis oli Jüri käitumise eesmärk? Millised tegurid mõjutasid Jüri käitumist? Millised olid hoiatavad märgid enne käitumise ilmnemist? Mis oli Jüri käitumise vallandaja? Mida tuleks teha teisiti sellises olukorras, kuidas saaks taolist olukorda vältida?

19.6. Sekkumised ja juhtimisvõtted probleemse käitumise vähendamiseks

Probleemse käitumise juhtimise aluseks on käitumisteraapia. Käitumisteraapia käigus selgitatakse välja ebasobivad käitumismustrid ning treenitakse nende asemele uued ja sobivamad. Käitumisteadlased on välja selgitanud, et premeerimise järel toimub käitumine sagedamini, sest sellele järgnevad positiivsed tagajärjed (nt kiitus). Ignoreerimise tagajärjel käitumise sagedus väheneb, sest sellele järgneb oodatava tasu ärajäämine (nt ei kiideta). Käitumishäired suurenevad või vähenevad vastavalt sellele, kas seda käitumist kinnitatakse (premeeritakse) või kinnitajaid kõrvaldatakse (ignoreeritakse).

Enne sekkumisvõtete rakendamist tuleb välja selgitada käitumise põhjused ja eesmärgid. Kui rakendada vale sekkumisvõtet, võib probleemset käitumist suurendada või inimesele koguni kahju tekitada (nt kui abi palumise korral rakendatakse ignoreerimistehnikat).

Probleemse käitumise sekkumisvõtted on keskkonna kohandamine, ebameeldiva käitumise ignoreerimine, meeldiva käitumise premeerimine ja kliendi juhendamine tegevuse sooritamisel algusest lõpuni ja aegmaha-tehnikate kasutamine.

Keskkonna kohandamine

Keskkonna kohandamine tähendab inimesele ümbritseva ruumi, olukorra ja ülesande arusaadavaks tegemist. See hõlmab nii sõnalist suhtlemist, alternatiivseid kommunikatsioonivorme kui ka orientatsiooni toetamist (vt ptk „Klienditöö meetodid“). Võtmesõnaks on siin **selgus**. Kui inimene ei saa aru, mis parasjagu toimub ega tea, mis hakkab järgmisena juhtuma, on ta hirmul, ärevuses ning kaitse seisundis. Ümbritsevate jaoks probleemne käitumine on tema hirmu ja ärevuse väljendus. Seetõttu tuleb alati enne uue tegevuse alustamist sellest rääkida ning vajadusel tegevused üksikult lahti seletada.

Keskkond kohandatakse sobivaks vastavalt inimese eripärale – stimulatsiooni kas suurendatakse või vähendatakse. Oluline on ka inimese asukoht ruumis (ärevust tekitab nt asend seljaga teiste poole), madalama kognitsiooniga inimesega suhtlemisel tuleb kasutada selgeid, lühikesi lihtlaused. Vältida tuleb ebaselgeid ja üksteisele vastukäivaid juhtnööre ning jälgida, et kliendile esitatud nõudmised oleksid talle jõukohased. Agressioon võib juhtuda tõenäolisemalt stressirohkes ülerahvastatud ja kärarikas keskkonnas. Seetõttu tuleb tagada klientidele meeldiv, mugav ja rahulik keskkond.

PEA MEELES!

- Korralduste andmisel kasuta lihtsaid ja lühikesi lauseid ning väljenda end selgelt. Väldi paljusõnalisust.
- Väldi „ära“ ja „ei tohi“ kasutamist! Ütle, mida klient tegema peab, mitte mida ta tegema ei pea. Selle asemel, et öelda: „Ära tee raamatut katki“, ütle: „Vaata raamatut ettevaatlikult“. Nõnda annad juhiseid soovitud käitumisviisiks, mitte vastupidi.
- Anna aega korralduse täitmiseks, vajadusel toeta ja julgusta!
- Kõik kliendiga töötavad inimesed peavad kasutama samu juhtimisvõtteid (meeskonnatöö).

Ignoreerimine

See on strateegia, millega ignoreeritakse pigem ebasobivat käitumist kui inimest ennast. Reageeringud, millega teised vastavad probleemsele käitumisele, nagu näiteks tähelepanu või objekti või tegevuse andmine, võivad soodustada ebasoovitava käitumise jätkumist ilma, et me ise sellest aru saaksime. Planeeritud ignoreerimine tähendab, et ebasoovitavale käitumisele ei pöörata vähimatki tähelepanu ega reageerita kuidagi – ei kommentaaride, kehakeele, näoilmete ega silmsidega. Ignoreerimist tuleb kasutada koos teiste strateegiatega, nagu nt premeerimine, et anda inimesele võimalus õppida tundma teisi mooduseid, kuidas saada seda, mida ta tegelikult soovib. Teisisõnu – et ignoreerimine toimiks, peab olema valmis reageerima ja **tunnustama sobivat käitumist** ning samas **mitte reageerima ebasobivale käitumisele**. Ignoreerimismeetodi kasutamisel on väga oluline olla selles järjekindel. Tea, et kui alustad selle meetodi kasutamist, siis võib inimese ebasobiv käitumine esialgu hoopis võimenduda, enne kui see taandub. Sulle võib tunduda, et kõik läheb hullemaks, kuid väga tähtis on mitte alla anda! Ebasobiva käitumise suurenemist nimetatakse „kustumispurskeks“. Selle taga on järgmine mõttekäik: niisugune käitumine on senini hästi toiminud, võib-olla peaksin rohkem pingutama, et saada sama reaktsiooni nagu varem. Järjekindlus on selles staadiumis väga oluline – muidu õpib ta hoopis, et saavutab soovitud tulemuse halva käitumise suurendamisega ning võimendab oma käitumist samamoodi ka järgmistel kordadel. Planeeritud ignoreerimist saab kasutada väga erinevate käitumisprobleemide korral, kuid seda ei tohi kunagi kasutada siis, kui sellega kaasneb risk kahjustada inimest ennast või teisi!

Premeerimine

Premeerimistehnikat kasutati esmakordselt töös skisofreeniaga inimestega ning hiljem avastati, et see meetod töötab suurepäraselt ka vaimupuudega inimestel.

Premeerimise meetod, tuntud ka kui žetonimajandus (i.k. *token*), lähtub eeldusest, et inimene õpib meel-samini läbi kiituse kui karistuse. See on universaalne strateegia, mida saab kasutada ükskõik millise diagnoosiga inimeste (ja ka n-ö normlaste) probleemse käitumise juhtimiseks.

Premeerimissüsteemi käivitamiseks on vaja tunda inimest ning saada täpne ülevaade tema elust. Seejärel tuleb sõnastada käitumisprobleem, mida soovitakse lahendada ning leida positiivsed kinnitajad, **mis selle inimese puhul toimivad**. Tuleb leida tema arengutasemele vastav ja teda motiveeriv preemia. Järgmisena tuleb määrata kindlaks ajaperiood, mille jooksul inimene **reaalselt** on võimeline probleemivabalt

käituma. Ajaperioodi määramise aluseks on tavaliselt inimese emotsionaalne arengutase ning kognitiivsete tegevuseelduste tase (vt ptk „Tegevusvõime“). Kui need tasemed on madalad, peab ajaperiood olema lühike, sest ei saa eeldada, et nt kaheaastane laps suudab kaks tundi pahandust tegemata olla. Klienditöö seisneb määratud perioodide jälgimises ning inimese premeerimises žetooniga (millegagi, mis tähistab head käitumist teatud perioodi jooksul) kindlaks määratud korras.

NB! Madala arengutasemega inimese puhul tuleb premeerida kohe, et ta saaks aru, mille eest see on ning suudaks seostada preemiat oma käitumisega. Kõrgema vaimse ja emotsionaalse tasemega inimese puhul võib premeerida ka päeva või nädala lõpus, kui ta on selle aja jooksul soovitud käitunud.

Premeerimine ei ole inimese äraostmine talle meeldivate asjadega („Annan sulle kommi, kui päevakeskusesse lähed“), vaid „tasu“ selle eest, et inimene on käitunud soovitud. Preemia saab pärast head käitumist, mitte enne.

Tegevuse lõpuleviimine

Inimene on õppinud probleemse käitumismustri, et pääseda talle esitatud nõudmisest või kohustusest. Tegevuse lõpuleviimine on tegevuse, nt pesemise või koristamise läbiviimine hoolimata sellest, et klient nt karjub või lööb kedagi tegevuse käigus. Meetodi ideeks on mitte lõpetada pooleliolevat tegevust (nt viia klient söögilaua juurest ära kui ta oksendab), vaid jätkata, kui ta saab edasi süüa. Sel juhul ei jää talle sellest tegevusest negatiivset tunnet. Katkestatud tegevus annab signaali, et see tegevus on halb, negatiivne. Samuti annab see signaali, et kui käitun teatud viisil, ei pea ma seda tegevust tegema või lõpule viima.

Aeg maha (*time out*)

Selle meetodiga võetakse aeg maha positiivsest kinnitusest ning eemaldatakse inimene füüsiliselt konkreetsest kohast ja situatsioonist. Kui seda meetodit on õigesti kasutatud, annab aeg maha võimaluse rahuneda ja piirata väliseid erutavaid stimulatsioone. Kliendile tuleb öelda, miks aeg maha võetakse – vajadusel toetatakse sõnalist selgitust visuaalsete vihjetega, näiteks piktogrammidega – et selgitada, mis hakkab toimuma ja miks. Väga oluline on, et koht, mida kasutatakse aja mahavõtmiseks, oleks ebahuvitav, kuid turvaline (ei ole ohtu, et inimene võiks ennast vigastada) ja töötajale hästi nähtav, et klienti jälgida. Aeg-maha kestus ei tohi olla üle viie minuti ning igat rahunemismärki tuleb kiita. Pärast aeg-maha perioodi tuleb inimene suunata rahulikku neutraalsesse tegevusse ja tunnustada kohe iga soovitava käitumise ilmingut.

Karistamine

Karistamine tähendab ebameeldivat reageeringut, et vähendada ebasobivat käitumist. See võib olla karjumine, isegi löömine või füüsiline ohjeldamine. Karistamine ei ole lubatud sekkumisvõte. **Kliendi ohjeldamist ja eraldamist tohib kasutada ainult seaduses ettenähtud juhtudel ja korras ning seda ei ole lubatud kasutada karistusena!** Karistamise kohta tehtud uuringud on näidanud, et **see strateegia ei toimi**. Karistamine ei aita kaasa positiivse käitumise õppimisele ega ole efektiivne, sest ei tegele probleemse käitumise algpõhjusega. Karistamine võib käitumist vähendada lühiajaliselt, kuid sageli asendub see kiiresti mõne teise ebasoovitava käitumisega, sest käitumise põhjus ei ole likvideeritud. Ainus, mida karistamine õpetab, on see, et agressiivsus on lubatud ning võib viia selleni, et inimene hakkab ka ise agressiivselt reageerima tolle isiku suhtes, kes teda karistab. Karistamine paneb karistatavat end halvasti tundma ning tekitab temas viha, mis aga hoopis võimendab tema probleemset käitumist. Madala kognitsiooniga inimene ei pruugigi luua seost oma käitumise ja karistamise vahel ega mõista, miks temaga nii käitutakse. Siinkohal tasub meenutada, et igasugune käitumine on tähenduslik ning inimene püüab oma teguviisi abil suhelda. Klienditöötajana on meie ülesanne välja selgitada, mis on selle käitumise põhjus ning mida inimene sellega öelda soovib. Karistamine on ebaefektiivne viis käitumise positiivseks muutmiseks.

Sekkumine

- kirjelda käitumist
- kirjelda sündmusi enne ja pärast käitumist
- tee kindlaks kliendi kognitiivne ja sotsiaal-emotsionaalne tase (*vt ptk „Inimese areng elukaarel“*)
- püstita reaalne eesmärk
- kooskõlasta sekkumisviisi meeskonnaga ja koosta tegevusplaan
- vii plaan ellu

PEA MEELES!

Tegurid, mis aitavad kaasa probleemse käitumise ennetamisele ja lahendamisele ning on aluseks käitumise juhendamisel.

Järjekindlus – üks olulisim väärtus, mida silmas pidada ükskõik millise käitumisstrateegia rakendamisel, on järjekindlus. Klienti ümbritsevate inimeste toetuse ja kaasatagemiseta on püsivaid tulemusi raske saavutada. Kui kasutatav meetod osutub liiga raskeks, et seda järjepidevalt rakendada, tasub see meetod üle vaadata ning teha vajalikud muudatused.

Üldistamine – uute õpitud oskuste kasutamine uues olukorras võib psüühilise erivajadusega inimestele olla raske. Seetõttu on väga tähtis aidata ja toetada neid oma uute oskuste kasutamisel ja toimetulekul erinevates olukordades.

Ergutuste ja toetamise vähendamine – meie ülim eesmärk iga käitumisse sekkumise korral on alati kliendi maksimaalne iseseisvus, elukvaliteet ja toimetulek. Seetõttu on oluline, et iga ergutus ja toetamine, välja arvatud suuline kiitus, väheneks tasapisi nii palju kui võimalik, siiski säilitades soovitud positiivse muutuse käitumises.

Arusaadav keskkond – et kliendile ennast mõistetavaks teha, tuleb temaga suhelda tema tasandilt. Seetõttu on väga oluline teada inimese vaimset ja emotsionaalset taset. Samuti peab keskkond, kus inimene iga päev viibib, olema temale võimalikult mõistetavaks ja turvaliseks kohandatud. Kindlasti tuleb jälgida, et ei esitataks liiga kõrgeid nõudmisi, mida inimene ei ole võimeline täitma.

Kindel päevastruktuur – harjumuspärased igapäevased tegevused annavad kliendile turvatunde. Kindel päevastruktuur ja orientatsioonitabel on üliolulised ja ennetavad suure osa probleemse käitumise ilminguid. Teades, mis järgmiseks tuleb ja toimuma hakkab, saab inimene tunda end kindlalt ja turvaliselt. Eriti vaimupuudega ja autistlikele inimestele on etteennustatavus tegevustes väga tähtis turvatunde tagaja.

Kliendile arusaadavad tegevused, sisustatud aeg e stimuleerimine – kui klient ei saa üldse või piisaval määral stiimulit (puudub organiseeritud tegevus), hakkab ta ise oma aega täitma ning võib seda teha ennast või teisi kahjustaval või ebameeldival viisil. *Tegevusetus on üks olulisemaid probleemse käitumise põhjustajaid.* NB! Tegevuse kestvuse planeerimisel arvesta inimese võimeid ja arengutaset. Mida madalam kognitsioon, seda lühemat aega suudab ta keskenduda. Tegevusele pühendumise aeg sõltub olulisel määral ka sellest, kas tegevus on inimesele *huvipakkuv ja jõukohane*.

Meeskonnatöö – kõik kliendiga töötavad inimesed peavad kasutama samu kokkulepituid meetodeid/võtteid, et need toimiksid. Kui kas või üks töötaja käitub teisiti, viib see kliendi segadusse ning tühistab teiste töötajate ühise pingutuse. Seega on klienditöö planeerimisel väga olulisel kohal meeskonna koosolekud, kus arutatakse iga kliendijuhtumit ning *koos* tehakse kokkulepped käitumiste juhtimiseks.

Kliendi arengutase – inimese areng erinevates valdkondades ei pruugi olla tasakaalus ega eakohane. Seetõttu on oluline vaadelda *iga arenguvaldkonda eraldi*.

■ **Füüsiline areng – kronoloogiline iga**

See valdkond näitab ühelt poolt kas inimese kehaline areng on eakohane ning teisalt tema elukogemust. Inimese elukogemus on oluline aspekt, mida silmas pidada – see annab teada, milline on tema kogemus juhendamisest ehk temaga käitumisest. Samuti peab juhendaja oma suhtumises lähtuma kliendi kronoloogilisest eest (sellest, kui vana ta reaalselt on), mitte tema välimusest ja vaimsetest võimetest. Seega, kui meil on tegemist 40aastase liitpuudega naisega, kes näeb välja nagu viieaastane tüdruk, siis tuleb temasse suhtuda kui täiskasvanud naisesse. Näiteks ei ole sobilik teda riietada nagu lasteaialast, panna tutte pähe ja kõnetada kui titte.

■ **Kognitiivne areng – vaimne iga**

See valdkond näitab õpitud oskusi ja seda, kuidas ta ümbritsevast aru saab. Kognitiivsest arengutasemest lähtub see, mida kliendile õpetatakse ja milliseid oskusi harjutatakse. Näiteks kui inimese kognitiivne areng jääb üheaastase lapse tasemele, ei ole mõtet temaga noa ja kahvliga söömist harjutada.

■ **Emotsionaalne areng – emotsionaalne iga**

Emotsionaalne areng ei ole kunagi kõrgem, kui kognitiivne areng – vastupidi, emotsionaalne areng on vaimsest arengust enamasti madalam. Seetõttu hinnatakse sageli üle inimese võimet olukordadest aru saada ning neis toime tulla. Juhendamisel tuleb aluseks võtta emotsionaalne arengutase. Ülehindamine ehk liiga kõrgete nõudmiste esitamine tekitab kliendile suurt stressi.

Enamasti tulevad muutused aeglaselt – oluline on seada realistlikud eesmärgid ning olla järjekindel. Mõnikord tekib „väljajuuritud“ probleemse käitumise asemel uus. Mõnel juhul tuleb teatud probleemset käitumist lihtsalt aktsepteerida, kuid sel juhul tuleb jälgida, et käitumisest põhjustatud kahju oleks viidud miinimumini.

20. VAIMUPUUE JA SEKSUAALSUS

Miks on vaja vaimupuude puhul tegeleda seksuaalsusega? See on sage küsimus, mida töötajad/lapsevanemad spetsialistidele esitavad. Kas poleks lihtsam antud teemat üldse vältida ja hoidagi oma hoolealust jäädavalt lapse rollis? Enamikul juhtudest on selge, et partnerit leida pole võimalik, rääkimata pere loomisest. Samas näeme vaimupuudega inimest arenemas ning üks osa sellest on seksuaalareng. Vaimupuude puhul ei saa alati väita, et seksuaalareng jõuab sama kaugele kui inimestel tavaliselt, kuid nad on võimelised ja paratamatult läbivad teatud faasid. Õigete juhendamisevõtete kasutamisel toimub faaside läbimine kergemini ning inimese käitumine saab meile mõistetavamaks.

Vaimupuudega inimesed on äärmiselt haavatav kliendirühm. Tegemist on inimestega, kelle füüsiline areng on sageli toimunud häireteta, kuid vaimne tase ehk kognitsioon ei ole mingist arenguetaapist edasi jõudnud. Sageli on täiskasvanud inimeses peidus väike laps, kellel puudub sügavam teadlikkus omaenda kehast. Tavaliselt ei ole vaimupuudega inimene saanud haridust seksuaalvaldkonnas, pigem on nendega sellel teemal naljatletud või pilgatud. Lähtuvalt abivajadusest on nad elu jooksul kogenud palju hoolitsust, neid on pidevalt puudutanud erinevad inimesed ning seetõttu on väga raske vahet teha heal ja halval puudutusel. Statistiliselt on kindlaks tehtud, et 60% vaimupuudega inimestest on oma elu jooksul kogenud seksuaalset väärkohtlemist. Seda kõike saab vältida neile seksuaalkasvatuse korraldamisega.

Vaimupuudega inimestele seksuaalkasvatuse korraldamisel saavad oluliseks järgmised osapooled:

- klient ise, tema arengutase, soovid ning vajadused;
- kliendi lähedased, nende soovid ja ootused
- kliendiga töötav personal, nende valmisolek ja võimalused
- asutuse juhtkond oma nägemuse ja võimaluste loomisega
- klienti ümbritsev füüsiline ja sotsiaalne keskkond

Seksuaalkasvatuse läbiviimisel on kõik osapooled võrdselt olulised ning nende koostöö on vältimatu, sest tegelema hakatakse valdkonnaga, mis mõjutab kogu inimese oleviku ja tuleviku elutegevust. Seksuaalkasvatust ei ole võimalik pakkuda ainult kodus või õppeasutuses, samuti on võimatu piiritleda aega, kaua õpe kestab.

Kui on ühiselt otsustatud, et vaimupuudega inimene saab kasu seksuaalkasvatuse korraldamisest, siis tuleb arvestada seksuaalsuse juhendamisega terve tema elukaare jooksul!

20.1. Seksuaalareng

Inimese normaalse seksuaalarengu mõistmine on aluseks, et aru saada vaimupuudega kliendi seksuaalkäitumisest. Vaimupuudega inimesed on täiskasvanud, kes omavad täiskasvanu keha koos emotsioonidega, mida nad ei suuda tõlgendada. Mõnikord näevad lähedased/töötajad kliendil seksuaalkäitumist, kuid sageli märgatakse seda kui probleemset käitumist. Seksuaalarengut on võimalik jaotada etappideks, kus iga järgnev etapp nõuab eelmise läbimist.

Oraalne faas (0–14 kuud)

Perioodi algul ei suuda inimene ennast teistest eristada, seetõttu puuduvad suhetes piirid, oluline on tugev side hoolitsejaga. Klient kogeb maailma läbi puudutuste, kogu oma keha on üks suur lõbuallikas, mida liigutades/puudutades tundma õpitakse. Suu on kõige olulisem keskkonna avastaja. Lisaks tundub üks kehaosa mõnusam kui teised. Toimub suguelundite, kehaeritiste avastamine, katsutakse ka teiste inimeste kehaosi. Esineb ereksioon ja erutus, kuid eneserahuldamine puudub, nauditakse alastiolekut. Perioodi lõpul algab enda eristamine teistest, oma mõju avastamine, mis on aluseks mina-identiteedi arengule.

Anaalne faas (14–36 kuud)

Inimene kogeb, et alakehast tulevad head tunded – kakamine on mõnus. Sellesse perioodi jäävad mängud kehaeritistega, mille suhtes igasugune võõristus puudub. Algab potilkäimine, mis omakorda rõhutab alakehast tulevate tunnete tähtsust. Minaareng võimendab inimese põikpäisust ja kangekaelsust, soovid on tihti ebaselged, kuid raudselt vastupidised teistele soovidele ja ettepanekutele. Probleemilahendus toimub katse-eksituse meetodil ning tegutsetakse enne mõtlemist. Mängitakse/tegutsetakse kas omaette või teiste läheduses. Domineerivad sensoorsed mängud/tegevused, kus erinevaid materjale, vahendeid tundma õpitakse (liiva söömine, prahi pähe kallamine jmt).

Genitaalne faas (3–4 aastat)

Algab seksuaalidentiteedi areng koos soorolli käitumisega. Poisid ja tüdrukud käituvad erinevalt vastavalt oma rollimudelile, nad on teadlikud oma soost ja samastavad ennast isa/emaga. Huvi genitaalide vastu viib masturbeerimise avastamiseni. Puudub häbitunne, mistõttu hellitatakse suguelundeid ka avalikult. Tuntakse uhkust oma keha üle, seda eksponeeritakse teistele. Pannakse tähele erinevusi poiste ja tüdrukute vahel. Teatakse erinevate kehaosade ja tegevuste nimesid, kuid hakatakse kasutama ebatsensuurseid väljendeid nende kohta. On tekkinud mõningane teadlikkus rasedusest ja sünnitamisest. Käitumine ei põhine enam kirel või hetkeemotsioonil, inimene on õppinud, et võib teha valikuid. Samuti suudetakse samastada tegevust ja keskkonda, igapäevategevustes on rituaalid väga olulised. Tegutsetakse koos teistega, tekib võime osaleda rolli- ja fantaasiamängudes.

Intuitsioonifaas (4–6 aastat)

Teadlikkus oma seksuaalidentiteedist on olemas, kuid veel puudub arusaamine, millist käitumist see eeldab. Esinevad stereotüüpsed mõtted oma soorollist, uudishimu teiste kehade vastu jätkub. Tekivad esimesed tugevad sõprustunded eakaaslastega ning toimub esimene armumine autoriteeti. Füüsiline kontakt on oluline (kallistamine, süle pugemine), kuid mitte avalikult. Faasi lõpus hakkab arenema häbitunne, mistõttu alastiolekut, eneserahuldamist ja seksiteemalisi vestlusi ei sooritata enam avalikult. Käitumisele iseloomulik piiride katsetamine, kõnes palju ropendamist ja seksiga seotud sõnu. Maailma tõlgendatakse omal viisil, seda ei suudeta veel seostada tegelike põhjustega. Üha rohkem on näha tegutsemist koos teistega, esineb ka seksimänge (üksteise keha avastamine), kuid mitte avalikult.

Hiline faas (6–8 aastat)

Armumine on tähtis, kuid see pole seotud füüsilise kontaktiga. Osatakse öelda erinevaid tundeid armumise korral, proovitakse suudlemist. Saab selgemaks sõpruse ja armumise vahe, jätkuvad seksimängud eakaaslastega ja kõige seksuaalsusega seotu avastamine. Eelistatakse tegutseda koos samasoolistega. Uudishimu seksuaalsuse vastu on suur, mis sunnib täiskasvanute seksuaalkäitumist pidevalt registreerima, kuid seda kirjeldades sukeldutakse kohe fantaasiamaailma, sest reaalsust hoomata on veel raske. Keskkel kohal on ropud luuletused, naljad, pildid jms, kuid seksi kohta küsitakse vähem. Võib tunduda, et inimene teab seksist väga palju, kuid tegelikult see nii ei ole.

Eristamise faas (8–10 aastat)

Algab loogilise mõtlemise areng, ollakse võimeline mõtlema põhjus-tagajärg seoseid loovalt ja seetõttu ka füüsilisi ja emotsionaalseid tundeid seostada. Eksisteerivad erinevad fantaasiad armumisest, palju fantaseeritakse täiskasvanute seksist. Tugev soorolli käitumine: poisid tegutsevad koos poistega jms, mistõttu tekib kergesti armumine samasoolisse. Samas rõhutatakse käitumises kogu aeg heteroseksuaalsust, homoseksuaalsus on midagi mõeldamatut. Teatakse ja saadakse aru teooriast, kuidas sünnitamine toimub, kuid seda ei seostata oma seksuaalsusega, seksist kõneldakse vastikustundega.

Puberteedi algusfaas (10–12 aastat)

Algab abstraktse mõtlemise areng, mistõttu püütakse ennast pidevalt kõrvalt läbi teiste inimeste silmade jälgida. Domineerivad ebakindlad ja segased tunded: „kas ma ikka olen normaalne?“, sest oma keha muutumisega on raske leppida. Häbenetakse oma keha, tundeid ja fantaasiaid. Armumine on väga tähtsal kohal, tekivad reaalsed iidolid ning süveneb huvi suhete vastu vastassugupoolega. Esimese tõelise suudluse kogemine. Oma seksuaalsusest ei taheta rääkida, kuid täiskasvanute seksi vastu on huvi suur. Seksist kõneledes domineerivad endiselt roppused. Selles faasis võib laste arengukiirus olla väga erinev, mõned mängivad veel leludega, teised käivad kohtamas.

Seksuaalsus on osa arengust, kõigil on õigus saada selles valdkonnas haridust. Täiendavad teadmised toetavad seksuaalarengut. Teadmiste kaudu kujuneb terve suhtumine suhetesse, oma kehasse ja sellega seotud tunnetesse. See on osa kasvamisest, millega kaasneb enesekindlus ja positiivne pilt iseendast.

20.2. Vaimupuudega inimeste seksuaalsuse juhendamine

Vaimupuudega inimese seksuaalsuse juhendamise sisu lähtub eelnevalt kindlaks määratud seksuaalse arengu faasist. Juhendamine põhineb aga kliendi arengul teistes valdkondades, eelkõige tema sotsiaalemotsionaalsel arengul.

Seksuaalkäitumise juhendamise eesmärgid:

- seksuaalse arengu toetamine
- seksuaalse väärkohtlemise ennetamine
- valehäbi vähenemine, oskuste suurenemine
- selguse saavutamine seksuaalsusest ja suhetest
- adekvaatse minapildi kujunemine
- hirmude ja tabude vähenemine
- teadmiste saamine sotsiaalsetest väärtustest ja normidest
- haiguste vältimine
- hügieeni eest hoolitsemise oskuste suurenemine

Vaimupuudega inimeste seksuaalsuse juhendamisel on kõige olulisemateks märksõnadeks *kehateadlikkuse treening* ja *keskkonna riskide vähendamine*. Kehateadlikkuse treening on peamine meetod vaimupuudega inimeste seksuaalsuse juhendamisel.

Seksuaalkasvatust saab pakkuda vaid neile vaimupuudega klientidele, kes on oma seksuaalses arengus läbinud vähemalt anaalse ja oraalse faasi. Kui nende areng jääb madalamale, ei ole nad selleks õpetuseks valmis ning neil ei ole seda ka vaja. Seksuaalsusega tegelemisel on oluline teada võimalikest takistustest, mis tulenevad osapoolte erinevast suhtumisest teemasse.

Kehateadlikkuse treening

Seksuaalsuse juhendamisel võib üheks eesmärgiks olla keha kui terviku hoomamine, keha kui seksuaalse objekti tunnetamine, sugutunnuste eristamine, suguelundite ehituse, funktsioneerimise ja nimetuste teadmine.

Vaimupuudega inimestel on tihti kehaskeemi häired, mis takistavad neil arusaamist omaenda kehast. Neil on raske mõista oma keha kui tervikut. Sama kehtib ka füüsilise puudega klientide puhul. Kehaskeemi häire korral ei pruugi inimene üldse tunnetada või tunnetab vaid vähesel määral teatud kehaosade olemasolu. Puudub ka selge arusaam kehaosade funktsioonidest, ulatuvusest ja suurusest.

Keha sooliste tunnuste äratundmise, suguelundite olemasolu ja funktsioonide teadvustamise hindamiseks saab kasutada joonistamisülesandeid, kus tuleb valida enda sooga sobiv figuur ning lisada sellele sootunnused. Suguelundite nimede, ehituse ning funktsioonide õppimiseks on samuti olemas palju erinevat foto- ja pildimaterjali, kasutada saab ka mulaaže. Paljudele vaimupuudega inimestele võib kehaskeemiga tegelemine olla kõige lihtsam peegli ees. Peegli ees võib seista nii riides kui ka alasti. Peegli peale saab

hapukoore või sõrmevärvidega joonistada oma kehakontuure. Samuti saab peegli ees seistes arutleda üldisemate küsimuste üle – kui suur või väike, paks või peenike ma olen, ning millises suhtes üksteisega on minu kehaosad. Alasti peegli ees seistes saab klient teadlikumaks oma suguorganitest, nende asukohast, ehitusest ning seeläbi ka oma soost. Ülesanded peegli ees toetavad adekvaatse minapildi tekkimist. Paljud vaimupuudega inimesed, kes on oma seksuaalarengus jõudnud puberteedi algusfaasi, võivad häbeneda oma keha, nad kahtlevad pidevalt oma „normaalsuses“ ja pelgavad/naeruväärustavad kõike, mis on keha muutumisprotsessiga seotud.

Eesmärgiks võib olla arusaamine oma kehaga seotud tunnetest ning erineva eesmärgiga puudutustest.

Kehateadlikkuse suurenemine on aluseks, et teadvustada piire, kust ja kuidas on sünnis inimest puudutada või mitte. Sageli on vaimupuudega inimesel väga raske aru saada, miks ta töötajat kallistada võib, kuid rindu silitada ei tohi. Selguse loomiseks saavad töötajad tähistada piirkonnad oma kehal erinevate värvidega. Roheline märk õlal võib tähistada puudutuseks sobivat kohta, punane märk rinnal annab märku piirkonnast, mida katsuda ei tohi.

Samuti valmistab vaimupuudega inimestele raskusi vahet teha hügieenitoimikutega kaasnevatel puudutustel ja seksuaalse erutuse eesmärgil suguelundite silitamisel. Siinkohal tuleb vaimupuudega inimesele selgitada tegevuse eesmärgi erinevust. Vastava konteksti märkamine ja äratundmine on õpetamise aluseks. Kui klient on harjunud, et igapäevastel hügieenitoimingutel keegi tema intiimseid kehapiirkondi puudutab, siis on oluline eristada, kes seda teha võib ja kes mitte.

Sarnased puudutused võivad olla erineva tähendusega ja toimuda erineval eesmärgil. See on vaimupuudega inimestele sageli arusaamatu, näiteks et suudelda võib väga erinevalt ning see ei pruugi alati viidata inimese seksuaalsetele tunnetele. Eristama õppimisel saab kasutada pildimaterjali, mis illustreerib tegevuse tähenduse muutumist lähtuvalt olukorrast ja eesmärgist. Koos vaimupuudega inimesega pilte vaadates ja arutledes saab luua selguse seni liiga abstraktsetena tunnetatud olukordades.

Emotsioonide juhendamine ühe seksuaalkasvatuse eesmärgina.

Tegevus, mida tavaliselt liigitatakse meeldivaks, ei pruugi meeldivana tunduda kõikidele inimestele. Kallistamine, mis üldjuhul on positiivne tegevus ja peaks inimeses häid tundeid tekitama, võib erinevate partnerite puhul tekitada ka vastupidist tunnet. Oluline on vaimupuudega inimesele õpetada teiste inimeste kehakeele ja näoilmete märkamist ning tõlgendamist. Selleks saab samuti kasutada erinevaid pilte ja fotosid või videolõike.

Keskkonnariskide märkamine ja vähendamine

Keskkonna kohandamine on lahutamatu osa vaimupuudega inimese seksuaalkasvatusest. Lisaks on see ainuke viis midagi ette võtta ka siis, kui inimene ei ole seksuaalkasvatuse saamiseks valmis, st ei ole oma seksuaalarengus läbinud oraalset või anaalset faasi. Sellisel juhul on hoopis oluline keskkonna kohandamine arengut toetavaks. Tegeleda tuleb nii füüsilise kui ka sotsiaalse keskkonnaga.

Füüsilise keskkonna kohandamisel lähtutakse märksõnast „stimulatsioon“. Raske või sügava vaimupuudega inimene vajab oma arengu toetamiseks stimuleerivat keskkonda, mis sisaldab erinevaid ärritajaid. Inimene saab areneda ainult siis kui on, mida vaadata, kuulata, katsuda või suhu panna. Samas tuleb jälgida, et erinevaid ärritajaid pakutakse kontrollitult, sest paljude sensorsete ärritajate korrastamisega klient toime ei tule, pigem tekitab see hirmu. Materjalide, esemete ja vahendite valikul lähtutakse sensoorse integratsiooni teooriast – erinevad tekstuurid, kujud, värvid, helid jne. *Seksuaalkasvatuse pakkumisel* on keskkonna teema oluline, kuna tekitatakse huvi oma keha ja selle uurimise vastu – inimene peab saama teadlikuks kus, millal ja kelle juuresolekul ma võin oma keha alasti võtta, vaadelda, hellitada.

Sotsiaalse keskkonna kohandamine põhineb turvatunde ja selguse loomisel, aga ka igavuse ärahoidmisel. Turvatunde ja selguse saamiseks vajab klient kindlat päevastruktuuri ning ühtset juhendamist. Seda toetab kliendile loodud päevaplaan, mis jagab tema päeva kindlateks ajaperioodideks (vt ptk „Klienditöö meetodid/Reaalsusele orienteeritud tehnikad“). Päevaplaani saab lisada ka need hetked, kui kliendile võimaldatakse uurida enda keha, katsuda erinevaid kehaosi ja saada tagasisidet kehast tulevatest tunnetest. Kui inimene kannab 24 tundi ööpäevas mähkmeid, siis oleks mõistlik lasta tal pool tundi ka ilma mähkmeta olla, et iseendaga tegeleda. Enda katsumist ja oma kehaeritistega mängimist ei saa võtta kui midagi perversset ja laiduväärset, sest taoline käitumine on antud arengufaasis olevale inimesele loomulik. Turvatunnet ja selgust toetab muuhulgas ühtsete töö- ja hooldusvõtete kasutamine, mida on võimalik saavuta-

da vaid personali omavaheliste läbirääkimiste ja kokkulepeteni jõudmise tulemusena. *Seksuaalkasvatuse pakkumisel* on sotsiaalse keskkonna korraldamisel olulisim kõikide töötajate teadlikkuse tagamine toimuvast ja kokkulepitud reageerimine kliendi seksuaalsusele viitavale käitumisele. Töötajad, kes tunnevad, et ei ole valmis kliendi seksuaalsusega tegelema, peavad teadma, mida talle seksuaalsusega seotud küsimuste korral öelda, et midagi ei jääks selgusetuks ega pooleli. Kokku peab leppima ka selles, kes on uute teadmiste andja, teistele jääb teadev ja toetav roll.

Takistused seksuaalkasvatuse korraldamisel

Vaimupuudega inimestele seksuaalkasvatuse pakkumisel kogevad töötajad tihti takistusi, mis nende entusiastlikke püüdlusi kahandavad või enneaegselt lõpetavad. Eelkõige on need takistused seotud sihtrühma eripäraga. Sageli on klientidele kujunenud harjumuseks, et hooldamise ajal nende erinevaid kehaosi puudutatakse. Väga raske on juhendada inimest erineva eesmärgiga puudutusi eristama, kui ta on harjunud paljude puudutustega intiimsetes kehaosades. Tihti katkeb töötaja kannatus enne, kui ta oma töö vilju märkab.

Samuti on sellele sihtrühmale väga keeruline selgitada privaatsuse mõistet. Enamasti jääb see kliendile arusaamatuks, sest põhineb häbitundel, mis on alles välja kujunemata. Seega võivad töötajad neile privaatsuse luua ja tagada, kuid vaimupuudega inimesed ei oska saadud teadmisi ja võimalusi kuidagi igapäevaelus kasutada ega hinnata. See frustreerib töötajaid ja paneb neid kahtlema oma panuse mõttekuses.

Õpetatavatest klientidest elab suur osa asutustes või osakondades rühmadena, kus alati on välja kujunenud oma liider ehk domineeriv klient. Seda inimest tavaliselt kardetakse, tema käitumisega lepitakse. Enamik kliente pole õppinud enda eest seisma, sest neid on alati lastena koheldud. Personal on domineerijast teadlik, kuid olukorraga nii harjunud, et probleemi enam ei märka. Tavaliselt on domineerijast kujunenud klient, kes töötajaid aitab ja vajadusel teiste klientide eest hoolitseb. Seksuaalkasvatuse korraldamisel tuleb selline situatsioon kohe lõpetada, kuid töötajad ei soovi suurt segadust ja kardavad seetõttu muutust läbi viia. Palju rahulikum ja kindlam on jätkata nii, nagu alati on olnud.

Vaimupuudega kliendid võivad spontaanselt tulla personalile oma muret kurtma või seksuaalsuse kohta küsima, kuid tavaliselt sunnitakse nad wait, sest töötajatel on alati kiire ja keegi ei viitsi neid ära kuulata. Kui kliendi jutt ka ära kuulatakse, pööratakse see ruttu naljaks või narrimiseks. Seetõttu on päris tavaline, et asutuses jäävad tähelepanuta nii väärkohtlemise juhtumid kui ka kliendi küsimused seksuaalsusest.

Üheks takistuseks seksuaalkasvatuse korraldamisel võib osutuda vaimupuudega inimeste madal tegevusvõime tase, mis ei tulene otseselt nende võimekusest vaid elukogemusest. Paljudel vaimupuudega inimestel on õpitud abitus, nad on harjunud, et nende eest tehakse kõik ära ja see tundub neile normaalne. Väga keeruline on sellisele sihtrühmale seksuaalkasvatust korraldada. Tihti on omaalgatus ja motivatsioon ise midagi korda saata vähene või puudub üldse.

Viimaseks takistuseks võib osutuda probleem, mis tuleneb vaimupuudega inimeste madalast kognitiivsest tasemest. Vaatamata valitud õppematerjali mitmekesisusele ja erinevate õppevormide kasutamisele tuleb töötajatel tõdeda, et kõike, mida kliendid loevad, kuulevad või näevad, ei suuda nad ikkagi seostada oma kehaga. Visualiseeritud õppematerjali jälgitakse tähelepanelikult ja huviga, samuti püütakse õppe käigus vastata juhendajapoolsetele küsimustele, kuid hiljem teadmisi/oskusi üle kontrollides võib sageli jõuda järeldusele, et kogu informatsioon on vahepeal kuhugi kadunud või muutunud üldiseks ja ebamääraseks.

20.3. Vaimupuudega inimeste seksuaalsuse spetsiifilised aspektid

Autism ja seksuaalsus

Autistid kogevad reaalsust teisiti kui tavainimesed. Nad loovad seoseid lähtuvalt konkreetsusest ja nn „raudsest loogikast“, seetõttu tuleb enne seksuaalkasvatuse planeerimist klienti igakülgsest hinnata, sest muidu võib juhtuda, et õpe osutub hoopis kahjulikuks. Hindamise käigus on vajalik saada ülevaade kõikidest probleemidest, mis mõjutavad autistide igapäevaelu.

Autistidel on suured probleemid stimulatsiooniga toimetulekul. Nad kogevad aistinguid sarnaselt tavainimestega, kuid nende kesknärvisüsteem tõlgendab saadud informatsiooni teisiti, samuti kipub saadud informatsioon kuhugi kaduma. Võib näiteks juhtuda, et kliendil kaob ootamatult teadmine ja oskus riietuda. See on omane kõigile autistidele, vaimupuude olemasolu ei oma siin mingit tähtsust. Töötajatel ja omastel on seda väga raske mõista, sest tavaliselt on tegemist igapäevaste harjunud tegevustega. Seetõttu saab töös autistidega äärmiselt oluliseks *visualiseerimine*, siis on autistil alati võimalus vaadelda erinevate tegevuste järgnevust ning nähtut kopeerida.

Autistid kogevad keskkonda teisiti kui tavainimesed, nad seostavad vale informatsiooni kogemusega ja vastupidi. Nad ei suuda tõlgendada sotsiaalseid suhteid, ega saa aru, miks inimesed midagi teevad või ei tee. Nad on täiesti võimetud asetama end teiste olukorda. Seetõttu võib juhtuda, et autistile meeldib teistele haiget teha. Selle põhjus ei ole julmus ega soov teisi piinata vaid hoopis tahtmine pisaraid näha, sest pisarad meeldivad talle. Seetõttu on igasuguse suhtlemisega ja suhetega seotud õpetuse korraldamine autistidele väga keerukas.

Autistidel puudub häbitunne, nad võivad avalikult masturbeerida. Taolise käitumise korral on kõigepealt vaja kindlaks teha, kas tegemist on seksuaalse või kompulsivse (sund-) käitumisega. Järgnevalt tuleks rääkida omaste, töötajate ja lähedastega ning kokku leppida, kuidas ja kus klienti juhendatakse. Õpetamist ja juhendamist planeerides tuleb arvestada kliendi elu kõiki võimalikke aspekte, et mitte uusi probleeme tekitada. Näiteks kui on ühiselt otsustatud, et klient tohib masturbeerida ainult vannitoas ja teda juhendatakse ainult vannitoas ennast rahuldama, võib klient oskuse omandamisel mis iganes vannituppa sattudes (basseinis, külas olles) kohe masturbeerima hakata. Seos on tekitatud vannitoa ja enda rahuldamise vahel.

Tööd autistidega segavad rituaalid, mida nad on ise loonud, et muuta oma elu ettearvatavaks. Rituaalid on autistidele vajalikud, kompulsivsus kuulub nende käitumismustrisse, seda ei ole võimalik välja õpetada ega harjutada. Kui otsustatakse juhendada autisti teatud kompulsivsest käitumisest loobuma, siis peagi asendab ta selle uuega, sest kompulsivne käitumine annab autistile turvatunde. Väga raske on eristada seksuaalkäitumist kompulsivsest käitumisest, sest lähedased ja töötajad ei suuda olukorda analüüsides mõelda nii konkreetselt kui autist. Näiteks võib autist mõõda tänavat kõndides üritada silitada blondide juustega möödujate päid. Kõigile tundub see seksuaalse käitumisena. Kui aga käitumist lähemalt uurida, selgub, et naised ei oma siin mingit tähtsust, autistile lihtsalt meeldivad blondid juuksed, nende silitamisest on kujunenud tema kompulsivne käitumine. Õpetamisel ja juhendamisel ei ole antud juhul seksuaalsusega mingit pistmist, autistile antakse lihtsalt blond pats, mida juhendatakse silitama vaid oma toas.

Autistid ei talu muutusi keskkonnas, sest uus visuaalne pilt ümbritsevast ei sobi kokku sellega, kuidas kesknärvisüsteem pilti tõlgendab. Kui muudad keskkonda, võtad alati ära tüki turvalisust. Aastatega on autistid õppinud usaldama oma keha, kuid puberteedieas hakkab autisti keha muutuma ning hormoonid mõllama. Kui olla kursis autistliku käitumisega, võib ette aimata, mis reaktsioonid on tulekul.

Et autistid loovad seoseid üks-üheselt, tuleb seksuaalkasvatuse korraldamisega olla äärmiselt ettevaatlik, sest tulemusi ei saa iial ette ennustada. Näiteks masturbeerib autist voodis, mille tulemusena saavad tekk ja linad märjaks. Ema palub tal järgmine kord olla ettevaatlikum, et valge vedelik ei satuks voodirietele. Mõne aja möödudes kuuleb ema autisti magamistoast valuoiged, tuppa minnes näeb ta, et autist on oma peenise otsa nõõriga kinni sidunud, sest ta üritas ema soovi täita.

Autistide puhul on mõtet rääkida seksuaalkasvatuse korraldamisest ainult siis, kui neil esineb *probleemne seksuaalkäitumine*, kuid kindlasti on vajalik kõiki autiste ette valmistada olukorraks, kus keha hakkab muutuma ehk puberteedieaks. Selleks sobib kõige paremini kehateadlikkuse treening, milles kasutatakse arenguperspektiivide teadvustamiseks näiteks pildimaterjali.

Kui autistil esineb probleemne käitumine, mida võib tõlgendada ka seksuaalkäitumisena, siis tuleb kõigepealt uurida:

- Kas kliendi käitumine on seksuaalne või kompulsivne?
- Millises faasis on klient oma emotsionaalses arengus? (vt ptk „Probleemse käitumise juhtimine“)
- Millise autismivormiga on tegemist? (vt ptk „Vaimupuue. Autism“)
- Milline on kliendi domineeriv aisting? (vt ptk „Vaimupuue. Autism“)
- Millises etapis on klient oma seksuaalarengus?

Kui on selge, et autisti käitumine siiski viitab seksuaalsusele, siis tuleb uurida, millisesse seksuaalarengu etappi see käitumine võiks sobida. Autistidel on neid arenguetappe väga raske läbida, sest enamasti lisandub autismile veel vaimupuue. Tavaliselt jõutakse autismi puhul ainult esimestesse etappidesse, mis ei võimalda teistes etappides kirjeldatud ülesannetega toime tulla. Ülesanne ise ei pruugi olla üle jõu käiv, kuid probleemiks saab koherentsus: autistid ei saa aru asjade tähendustest, neil puudub kujutlusvõime, lisatähenduste ja enese mõju hoomamine on puudulik ning häires on arusaamine sotsiaalsetest suhetest.

Autismi puhul mõjutavad seksuaalsust tema äraspidine nägemus oma kehast ja maailmast, aistingute kasutamine ja kogemine tavapärasest erinevalt, läbivad probleemid õppimisel, asjade meeldejätmisel ja meeldejäetu kasutamisel ning lisaks emotsionaalsusega ja käitumisega seotud probleemid. Kõik see võib seksuaalkäitumise ilmnemisel põhjustada seda, et väljendunud käitumine on probleemne, näiteks:

- hüpermasturbeerimine
- masturbeerimine esemetega
- teiste inimeste katsumine, lakkumine, suudlemine
- pidev ja avalik seksist rääkimine
- tunnete vale tõlgendamine
- oskamatus suhteid luua, hoida ja lõpetada
- oht saada väärkoheldud

Seksuaalkasvatuse korraldamisel autistidele on suur tähtsus *õigel ajastamisel*. Pidevalt on vaja jälgida, mida ja millal täpselt õpetada. Õppe jooksul on oluline dokumenteerida kliendi käitumist, et muutuste korral kohe sekkuda. Teiseks on oluline *personaalne juhendamine*, sest autistidele ei ole võimalik korraldada seksuaalkasvatust rühmas. Seksuaalkasvatus on autistide puhul hierarhiline, iga järgneva etapi alustamine eeldab eelneva etapi läbimist.

Autistide seksuaalkasvatuse etapid:

1. Eristamisoskuste õpetamine.
2. Isikliku hügieeni eest hoolitsemise oskuste õpetamine.
3. Kehaosade tundmaõppimine.
4. Masturbeerimise õpetamine.

-
5. Selge, ühemõtteline seksiope.
 6. Emotsionaalsuse juhendamine.
 7. Intiimsete suhete loomise õpetamine.

Enamiku autistide puhul lõpeb õpe masturbeerimise õpetamisega, sest lähtuvalt sotsiaal-emotsionaalsest arengust ei ole teised inimesed neile olulised, rääkimata paarisuhte loomisest. Viimased kolm etappi saavad läbida need vähesed autistid, kellel vaimupuue puudub või ei ole see märkimisväärne.

Autistide juhendamine on omastele/töötajatele alati väga raske, seksuaalsuse juhendamine on seda aga eriti, sest see puudutab juhendaja isiklikke emotsioone. Emotsioonid, mis iga juhendaja tööd autistiga saavad on ühelt poolt pidev häbitunne autisti käitumise pärast ja teiselt poolt hirm, et autisti võidakse ära kasutada ja väärkohelda. Samuti on äärmiselt raske leppida tõsiasjaga, et juhendatava emotsioonid, mis viitavad intiimsusele või lähedusele, puuduvad täiesti või on häires.

Vaimupuue ja homoseksuaalsus

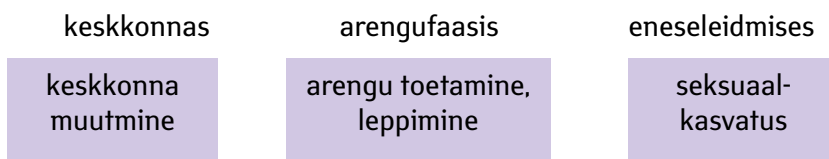
Vaimupuudega inimestel on samad ihad ja seksuaalsoovid kui normintellektiga inimestel. Tavaliselt vaadatakse inimese puuet ja sellega kaasnevaid probleeme, seksuaalsus jääb tihti tähelepanuta. Üldiselt kiputakse „normaalseks“ lugema heteroseksuaalsust. Homoseksuaalsuse korral hakkavad tähtsat rolli mängima töötajate ja omaste väärtused ning normid. Suur osa on asutuse nägemusel, kultuuril ja eelarvamustel. Vaimupuudega homoseksuaal kuulub toepeltvähemuse hulka. Ühelt poolt takistab vaimupuue oma homoseksuaalsust teadvustamast, teiselt poolt otsustavad omaksed/töötajad, kuidas vaimupuudega inimese elu välja peaks nägema, mis on talle sobilik ja mida talle õpetada.

Homoseksuaalsuse korral on vaimupuudega inimese juhendajal (omastel, töötajatel) suur roll kogu muutumisprotsessis, sest ainult tema võib tabud murda. Homoseksuaalsusest tuleb rääkida kui normaalsest ilmingust. Alustuseks saab luua turvalise keskkonna, kus klient üldse julgeks oma tunnetest rääkida. Homoseksuaalne vaimupuudega inimene peab läbima sama protsessi, mis normintellektiga gei, kusjuures õpetamismetoodika on sama mis vaimupuudega inimeste üldises seksuaalkasvatuses, põhinedes seksuaal- ja sotsiaal-emotsionaalse arengu etappidel. Erinevused ilmnevad õppetehnikas, mistõttu vaimupuudega homoseksuaalide seksuaalsust ja selle tehnilist poolt saab juhendada ainult homoseksuaal.

Tihti ei suuda pere leppida tõsiasjaga, et nende lähedasel on vaimupuue, liiatigi veel mõttega, et vaimupuudega lähedane on homoseksuaal. Samuti soovivad vaimupuudega inimesed ise „olla normaalsed“. „Normaalne olla“ aga tähendab paarisuhteid vastassugupoolega. Seetõttu hakkavad paljud vaimupuudega homoseksuaalid elama topeltelu, omades avalikult tüdruk-/poissõpra, kuid varjatult tekitatakse olukordi, kus ollakse ikkagi omasoolise seltskonnas. Homoseksuaalsuse tunnistamist võib segada asutuse jäik või religioosne nägemus seksuaalsuhetest.

Hoolekandenasutustes võib näha palju homoseksuaalseid suhteid, mis ei põhine inimese tegelikul seksuaalsel orientatsioonil. Iga inimene vajab lähedust, kuid elades osakonnas või asutuses, mis on mõeldud ainult ühest soost inimestele, lähtutakse paaride tekkel olemasolevatest võimalustest. Töötaja ülesandeks on täpsustada, kas põhjus peitub keskkonnas, tõelises eneseleidmises või hoopis seksuaalse arengu faasis. Inimese seksuaalarengus on faas (eristamise faas), kus armumine samasoolisse on igati normaalne, vaimupuudega inimene võib olla sellesse faasi kinni jäänud.

Homoseksuaalse käitumise põhjused:



Joonis 34. Homoseksuaalse käitumise põhjused ja juhendamise võimalused

Homoseksuaalse käitumise põhjuse kindlaks tegemine on aluseks juhendamise planeerimisele. Samuti tuleb iga homoseksuaalse paari puhul eelkõige jälgida, et tegemist oleks võrdse suhtega, kus mõlemad osapooled on rahul ja teadlikud sellest, mis toimub ning mida see tähendab.

Probleemne seksuaalkäitumine

Probleemse käitumise esinemisel ei uurita tavaliselt inimese seksuaalsust, kuigi arutluse all on käitumise mõjutamine ja muutmine. Ühiseks sooviks on, et käitumine kaoks nii ruttu kui võimalik. Seetõttu lepitakse kiiresti kokku reeglites, töövõtetes ning hakatakse plaani ellu viima. Tavaliselt leitakse lahendused, mis pakuvad ajutiselt leevendust – lisaannus rahusteid, vabaduse piiramine, fikseerimine. Tihti aga unustatakse, et iga käitumine, sh probleemne, on kommunikatsioonivorm. Üks probleemse käitumise põhjus võib olla inimese seksuaalsus. Vaimupuudega inimene ei käitu probleemsete teiste narrimiseks, ta lihtsalt ei oska oma soove ja vajadusi teisiti väljendada.

Probleemse seksuaalkäitumise korral soovib klienditöötaja *sellest aru saada, seda ära hoida, seda kontrollida*. Selleks, et käitumist mõista, peab töötaja õppima aru saama kommunikatsioonist, st käitumise põhjustest ja eesmärgist. *Üksikasjalikult tuleb vaadelda olukorda, keskkonda ja seksuaalsust*. Seks ja orgasm vabastavad energiat ja aitavad lõõgastuda. Mida teha, kui oma peenise katsumine tundub mõnus, kuid oskus edasi tegutseda ja rahuldust saada puudub? Vaimupuudega inimesele on see äärmiselt frustreriv, ta ei oska ise energiat vabastada ning see kuhjub. Tulemusena võib inimene hakata oma peenist peksma, pead taguma või mööblit lõhkuma. Loomulikult reageerivad töötajad sellele, sest nende sooviks on ennast hävitav käitumine lõpetada, kuid nad ei tule selle peale, et tõeliseks käitumise põhjuseks on oskamatus onaneerida.

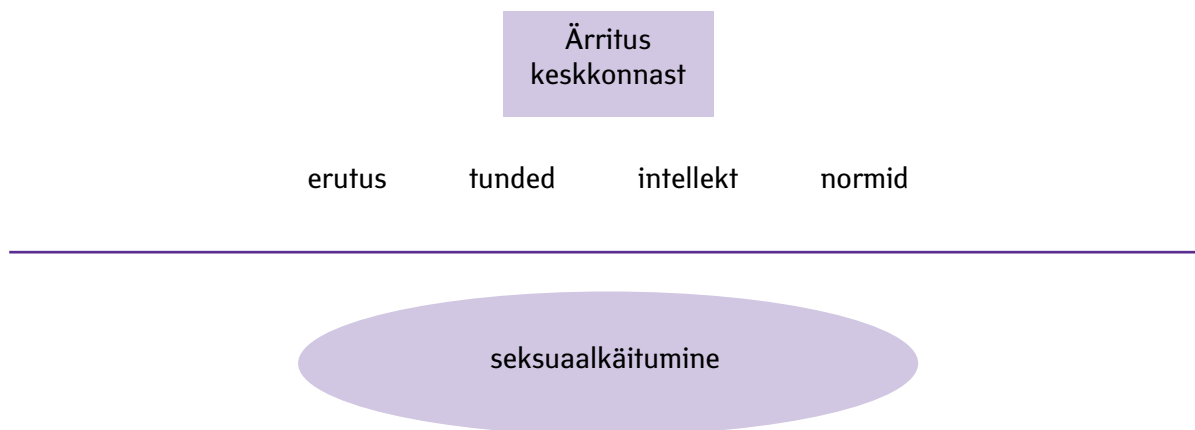
Isegi normaalse intellektiga teismelistel on väga raske leppida oma keha muutumise ja identiteediga, vaimupuudega inimeste puhul võime me seda piinarikast protsessi ainult ette kujutada. Siinkohal võib anda neli nõuannet, et paremini mõista ja aru saada vaimupuudega inimesest.

1. Proovi end asetada kliendi olukorda!
2. Vaatle kogu situatsiooni üksikasjalikult!
3. Dokumenteeeri kõike, mida näed! Ka pisiasjad ja tühised seigad võivad osutuda olulisteks.
4. Selgita välja kliendi emotsionaalse arengu tase ja seksuaalarengu etapp, kuhu ta on kinni jäänud!

Nõuandeid järgides tuleb endale vaimupuudega inimese probleemse käitumise analüüsimisel esitada järgmised küsimused:

1. Kas kliendi käitumises on märke, mis viitavad seksuaalsusele?
2. Kui märke leidub, siis millele on need suunatud ja kuidas väljenduvad?
3. Kuidas keskkond reageerib kliendi käitumisele, milline on kaasklientide ja töötajate suhtumine?

Seksuaalkäitumise tingib alati seksuaalne ärritus, millele reageerimise kujundavad neli valdkonda inimeses. Nendeks valdkondadeks on inimese intellekt, emotsionaalne tase, normide ja väärtuste tunnetamine ja füüsiline erutus. Inimese seksuaalkäitumise kujunemist nende valdkondade koosmõjul illustreerib alljärgnev joonis:



Joonis 35. Seksuaalkäitumise kujunemine

Vaimupuudega inimestel on tavaliselt kolm esimest valdkonda häiritud. Kui intellekti ehk kognitiivset valdkonda saab toetada, midagi olemasoleva arusaamise piires juurde õpetada, emotsionaalsust saab juhendada ning norme on võimalik õpetada, siis jääb siiski *füüsiline erutus*, mis põhineb instinktil ja mida muuta ei saa. Tihti kaalub vaimupuudega inimestel füüsiline erutus üle kõik muud valdkonnad, sest seksuaalärritajaid on liialt palju. Sellisel juhul saavad ainsateks sekkumisteks olla keskkonna kohandamine või kui keskkonna kohandamisega ei ole võimalik ärritavaid tegureid likvideerida, vähendada, kontrolli alla saada, siis medikamentoosne ravi.

Seksuaalne väärkohtlemine

Ahistamine võib sisaldada järgmisi tegevusi:

- kaasamine seksuaaltegevusse või katsed kaasamiseks seksuaaltegevusse
- hirmutavate ettepanekute tegemine või mulje jätmine järgnevast seksuaalsest suhtest
- kõik tegevused, mille algatab ahistaja eesmärgiga saada seksuaalset rahulolu

Ahistamine on füüsiline või emotsionaalne surve või vägivaldailming. Võib juhtuda, et puudub piisav üksteisemõistmine või tegevus ei vasta ealistele teadmistele, kuid ahistamine mõjutab alati kellegi elu – see

katkestab inimese normaalse arengu! Antud kogemus ei kao inimese elust kuhugi, seda elatakse ikka uuesti ja uuesti läbi ning kogemus väärkohtlemisest hävitab inimese vabadustunde. Ahistamine tuleb selle avastamisel lõpetada nii kiiresti kui võimalik, sest igast ahistatavast võib saada tulevikus ahistaja. Samas ei ole ahistamise korral kunagi tegemist üksikjuhtumiga, sinna on alati kaasatud rohkem osapooli. Ahistamist ei saa lõpetada üks inimene (töötaja), sellega peab tegelema terve meeskond, koostöö politseiga on vajalik juba varajases staadiumis.

Mida teha kui on saabunud signaalid kellegi ahistamisest?

Siinkohal aitaks töötajat, kui asutuses oleks välja töötatud kindel protokoll (eeskiri), mida järgida. Tavaliselt Eesti tingimustes see nii ei ole, seega peab töötaja lähtuma omaenda intuitsioonist ja kutse-eetikast, kuid kasuks tulevad järgnevad nõuanded:

- informeeri juhtkonda iga kahtluse korral
- ära jäta ühtki töötajat tema kahtlusega üksi
- ära luba kunagi ohvrile, et see jutt jääb teievaheliseks saladuseks
- kontrolli oma tundeid, sest need mõjutavad ohvrit
- kinnita ohvrile, et see on väga hea, et ta ahistamisest rääkis
- informeeri peret/lähedasi nii kiiresti kui võimalik
- kindlusta, et ohver ei peaks oma lugu mitu korda rääkima
- usu, mida ohver räägib, kuigi juttu lisanduvad kogu aeg uued detailid
- räägi kõigi osapooltega ja arutlege läbi kõik võimalused

Väärkohtlemisele viitavad märgid

Väärkohtlemist on võimalik ära tunda vastavate ilmingute või märkide järgi. *Ilming* on tõestusmaterjal, see võib olla füüsiline, psüühiline, verbaalne või käitumuslik väljendus, mis viitab seksuaalsele väärkohtlemisele.

Ilmingud keskkonnas:

- suletud pered/osakonnad/asutused, mille elust ei teata palju
- domineeriv isik peres/osakonnas, kes kõike kontrollib
- ohvril on palju kohustusi, muuhulgas ka toimepanija suhtes
- ohver idealiseerib toimepanijat, sest on toimepanija eriline armastus
- kummalised vannitoa ja magamamineku rituaalid
- toimepanija loob ise olukordi, kus saaks ahistada

Füüsilised ilmingud:

- valu, veri, eritised genitaalidel
- suguhaigused
- rasedus
- spermajäljed
- kummalised objektid vagiinas
- vigastused genitaalide või suu piirkonnas

Verbaalsed ja mitteverbaalsed ilmingud:

- klient räägib spontaanselt toimumust
- klient kirjutab toimumust
- klient joonistab toimumust
- klient mängib toimumust

Psühholoogilised ja käitumuslikud ilmingud:

- depressiivsus, kurbus
- vältiv käitumine
- negatiivne minapilt
- ootamatu häbitunne
- teatud paikade vältimine
- teatud inimeste vältimine
- jäik motoorika
- klient on kahtlustav, ei usalda enam kedagi
- klient ei väljenda enam tundeid;
- kliendil äkki kummaline väljanägemine (riided tagurpidi, mähe on nihkunud)
- klient lõhub riideid

Üks ilming ei ole veel tõestusmaterjal, iga kliendi puhul võivad ilmingud olla erinevad. Vahel võib seksuaalset väärkohtlemist esineda ka ilma ühegi ilminguta!

Ohvri juhendamine

Ilmingute esinemisel on esimene keskkonna reaktsioon tavaliselt emotsionaalne, kuid seda ohver ei vaja. Talle on hoopis olulisem turvatunde ja struktuuri säilitamine. Vaimupuudega inimese elu on niigi segane, nad ei mõista töötajate emotsioone, kuid vajavad toetust ja ootavad, et suhtlemine töötajaga oleks nii normaalne kui võimalik. Las klient räägib oma loo, kuid seda ei tohi üle küsida ja täpsustada, sest see võib hiljem segada politseitööd. Valede küsimuste esitamine võib põhjustada suurt kahju ja segada tõese informatsiooni saamist. Seetõttu on parem kui klienti küsitleb inimene, kes on talle võõras. Informeerida tuleb kõiki, kes peaksid olukorrast teadlikud olema, sealhulgas tegevusplaani koostajat. Pärast väärkohtlemise esinemist, tuleb kliendile kindlasti koostada uus tegevusplan, täpsustatud kokkulepetega.

Kliendi elu peab jätkuma nii normaalselt kui võimalik, struktuur ja selgus on kõige tähtsamad. Seetõttu ei tohi kliendi päevarutiini muuta, tegevusi ära jätta vms. Tuleb teada saada koht, kus väärkohtlemine aset leidis ning üritada see keskkond kliendile jälle turvaliseks muuta. Samuti ei tohi ohver enam toimepanijaga kohtuda, mida on Eesti hoolekandetingimustes sageli äärmiselt keeruline korraldada. Töötaja, kes klienti juhendab, peab oma töövõtetes arvestama sellega, et ohver on peale väärkohtlemist alati hirmunud.

- Ära puutu klienti ootamatult!
- Ära lähene talle selja tagant!
- Uinumine on kõige raskem hetk päevas, küsi, kuidas saaksid seda kliendile kergemaks teha (jätad tule põlema, istud mõne hetke voodi serval, annad kliendile kaisulooma jne).
- Teata öövalvele, et nad ei siseneks kliendi tuppa ilma koputamata!
- Ütle klienti hooldades, mida järgnevalt tegema hakkad!
- Küsi kliendilt, kas võid teda puudutada!
- Töötajad ei tohi ohvrist omavahel rääkida kui viimane seda kuuleb või näeb!
- Ära räägi ohvrist teiste ees!
- Kliendil on õigus otsustada, kes ahistamisest peavad teadma!
- Ära piina klienti lisaküsimustega, ära nõua, et ta oma lugu kordaks!

Toimepanija juhendamine

Toimepanijaks loetakse inimest:

- kes tabati teolt
- keda süüdistatakse
- keda kahtlustatakse

Iga toimepanija on samuti ohver (kui tegemist on vaimupuudega inimesega), kes lihtsalt ei oska teisiti käituda. Ta ei suuda end panna teise inimese olukorda ega saa aru, mida teistele teeb.

Töötajate esmaseks ülesandeks on välja uurida, mis tegelikult juhtus. Võibolla mõni klient lihtsalt eksperimenteerib oma seksuaalsusega. Informatsiooni hankimisel on olulisel kohal diagnostiline intervjuu, kindlasti on vaja informeerida politseid, sest äkki nad soovivad samuti osapooli küsitleda. Toimepanijat tuleb hinnata, et saada ülevaade kliendi eneseteadlikkuse arengust. Kui eneseteadlikkus on madal, siis vajab klient pidevat järelvalvet ja juhendamist terve elu vältel.

Kui olukorrast on saadud tervikpilt, tuleb toimida järgmiselt:

1. Koosta uus plaan, mille alusel klienti edaspidi juhendada!
2. Juhenda toimepanijat, ära süüdistada ega mõista kohut!
3. Eralda väär tegu inimesest!
4. Ära süüdistada kedagi, kuni ta pole süüdi mõistetud!

Töötaja ülesanne on juhendada toimepanija käitumist. Ka toimepanija peab avastama ja teadlikuks saama oma kehast, ja õppima eristama head halvast. Juhendamine on võimalik, kui toimepanija on oma emotsionaalses arengus vähemalt esimeses individualiseerimise faasis. Ta peab suutma seostada olukordi ja tunda kaastunnet. Vaimupuudega inimestel on need omadused vaevu arenenud. Seega ei suudeta tavaliselt oma käitumist parandada ja personali ülesandeks jääb nende pidev jälgimine kogu ülejäänud elu.

Põhjused, miks vaimupuudega inimesest saab ahistaja:

- nad ei suuda end panna teise olukorda
- nende eneseteadlikkus on vähe arenenud
- nad ei oska oma impulsse kontrollida
- nad on jäänud ilma pedagoogilisest ja emotsionaalsest tähelepanust
- neil on negatiivne minapilt
- nad sõltuvad teistest inimestest, iseseisvaid otsuseid nad vastu ei võta

Väärteo vaimupuudega toimepanijast on kergem aru saada ja teda on lihtsam juhendada, kui teame *ahistajatüüpide*st.

- Naivne inimene – ta ei saa aru, mida on teinud. On näinud telekast ja tahtis ka proovida, motiiviks on uudishimu.
- Mittesotsiaalne inimene – teda narriti lapsepõlves, tal on madal enesehinnang, ta ei loo suhteid endaaalistega, tunneb ennast kindlalt suhetes noorematega. Seksuaalkäitumist ei esita agressiivselt.
- Nii-öelda „sotsiaalne inimene“ – vaimupuudega inimeste puhul kõige sagedam. On olnud ise ohver, emotsionaalselt tähelepanuta jäetud. Sotsiaalselt väga hästi käituv ja korrastatud välimusega, väga kena inimene, kes pidevalt töötajaid aitab.
- Seksuaalselt agressiivne inimene – vaimupuudega inimesed on tavaliselt vähem agressiivsed kui normintellektiga inimesed. Siia võivad kuuluda osa kerge vaimupuudega inimesi, kuid neil peab ilmnema ka muu agressiivne käitumine. Inimesed, kes on jäänud väga kauaks ilma tähelepanuta.
- Seksuaalsete sundustega inimene – vaimupuudega inimeste hulgas väga vähe, sest selleks on vajalik kõrge intellekt.
- Impulsiivne inimene – madal intellekt, tegutsevad instinktide sunnil.

Loomulikult ei ole olemas täiuslikku keskkonda, mis hoiaks ära kõik väärkohtlemised, kuid paljud ahistamisjuhtumid jääksid toimumata, kui veidigi keskkonda kohandada – koos on sarnase tasemega kliendid, jälgimine on tagatud, seksuaalseid väljendusi ja vajadusi nähakse, nendele reageeritakse, otsitakse lahendusi.

21. TERAAPILISED TEGEVUSED TEGEVUS- JUHENDAJA TÖÖS

Teraapilise tegevuse eesmärk on parandada kliendi seisundit või seda säilitada. Iga tegevus võib olla teraapiline, kui on teada, mida see mõjutab ja kuidas selle mõju eesmärgipäraselt jätkata. Oluline on vahet teha teraapilisel tegevusel ja teraapial. Teraapiline tegevus annab mõningase terapeutilise efekti, see ei ole teraapia, mis annab spetsiifilise terapeutilise efekti. Eri teraapiate elemente ja meetodeid saab kasutada erinevates teraapilistes tegevustes. Teraapia on protsess, kus klient ning terapeut töötavad koos eelnevalt kokkulepitud eesmärkide saavutamise nimel. Teraapiline tegevus on samuti eesmärgistatud, kuid puudub traditsiooniline teraapiasuhe kliendi ja töötaja vahel.

Suures osas lähtub tegevusjuhendaja oma töös tegevusteraapia filosoofiast, kus inimest nähakse loomult aktiivseks, kollektiivseks, elamusi otsivaks ja tegutsemist vajavaks. Tegevusteraapia eesmärgiks on inimese tegevusvõime (mitte teovõime) edendamine kui see on haiguse, vanuse, trauma või puude tagajärjel langenud. Teraapiliste tegevuste eesmärgiks on tegevusvõime toetamine.

Tegevusteraapias kirjeldatakse tegevust kolmes põhilises valdkonnas – **mäng, igapäevaelu toimingud ja töö**.

- *Mäng* on kõige varasem tegevuslik käitumine ja eksisteerib kogu elu. Mäng hõlmab sportimist, mängimist ennast, fantaasiat ja loovust, lõbutsemist
- *Igapäevaelu toimingud* on tegevused, mis iseloomustavad inimese peamist elustiili. Siia kuuluvad sellised tegevused nagu hoolitsemine enda hügieeni eest, koristamine, rahaplaneerimine, ressursside hindamine (sealhulgas ka rahaliste), reisimine, poeskäimine jne.
- *Töö* hõlmab laiemas tähenduses tegevusi, mida teevad palgatöölised, vabatahtlikud, hobide harrastajad (kui hobi on tööks muutunud). Töö all võib mõista ka õppimist.

Käesolevas peatükis keskendutakse nimetatutest mängule ning vaadeldakse, milliseid võimalusi see annab teraapisteks tegevusteks.

Mäng ja loovus. Mäng on elus tarvilike toimingute eelharjutus, käitumisviiside kogum, mille elemente teatud vabadusega kombineeritakse. Mängu motiiv peitub tegevuses endas – mängides saadakse teavet, mäng pakub suhtlemisvõimalusi, tegutsemisrõõmu, eneseteostust, võimalust näidata algatusvõimet, kasutada olemasolevaid teadmisi ja oskusi. Mängudel on tihe side ümbritseva elu ja tegelikkusega, nad on mängijate elu peegeldus. Mänguga kaasnevad emotsioonid eemaldavad mängijatelt kasvatusliku kesta, mistõttu avaldub tahtmatult tegelik mina. Suurem osa mängudest nõuab kompleksseid tegevusi ja loovust.

- Loovus on võime näha uusi suhteid, produtseerida ebatavalisi ideid ning kalduda kõrvale traditsioonilisest mõttemudelist. Loovus on probleemide lahendamise protsess, mille käigus saadakse n-ö originaalne produkt: tuntud meetodi, materjali uudne rakendamisviis, uus materiaalne ese, ebatavaline idee või lahendusviis. Loovas tegevuses tuntakse heameelt tegevusest ja oma võimete realiseerimisest, mitte üksnes selle sooritamise kaasnemast tasust. Rõhuasetust tulemusele peetakse tänapäeval loovuse uuringutes kõige tähtsamaks: loov on uudne, sobiv, kasulik, korrektne, hinnatav vastus teatud ülesandele. Loovus ja spontaansus pole üksnes inimese sünnipäraseks omadused, vaid neid saab suurel määral arendada ja treenida.
- Loomeprotsess on inimese hinge ja vaimu jaoks parandava toimega. Igasugune loov tegevus õpetab suhtlemist, tunnete läbitöötamist, eneseteadvustamist ja oma impulsside kontrollimist. Spontaansus ja erutus seisund on omavahel seotud, mida suurem on ärevus, seda vähem on inimene spontaanne ja vastupidi. Loovust arendades on võimalik ka ärevusega paremini toime tulla.
- Loovaid teraapiaid on mitmesuguseid. Nende üldine eesmärk on negatiivsete emotsioonide läbitöötamine, eneseväljenduse kaudu muutuse tekitamine käitumuslikes ja mõtteprotsessides. Selle alla kuuluvad muusikateraapia, kunstiteraapia, biblioteraapia, draamateraapia, tantsuteraapia jne. Igast loovast teraapiast saab kasutada elemente teraapiliseks tegevuseks.

21.1. Muusikateraapia ja selle elemendid teraapilistes tegevustes

Muusika on kõne-eelne keel ehk eluslooduse vanim keel. Helide tekitamine, nende tajumine, tõlgendamine ja nende kaudu enese väljendamine on olnud üks ürgsemaid kommunikatsiooniviise looduses. Erineva iseloomu ja võnkesagedusega helid mõjutavad elusolendeid väga erinevalt, mõjudes kas rahustavalt, hoiatavalt, hirmutavalt, ärritavalt või lummavalt. Muusikal on olnud tähtis roll kõigis kultuurides nende algusest alates ning see on ühtlasi ka kultuurilise identiteedi üks kandja. Vanakreeka filosoof Platon on öelnud: „Muusika on moraalne seadus. Ta annab hinge universumile, tiivad vaimule, lennu kujutlustele, sarmi kurbusele ja elu kõigele“. Tänapäeva arusaamade järgi on muusika üks kaunitest kunstidest, mille materjaliks võivad olla muusikalised helid, mürad ja mitmesugused looduslikud või tehiskujud helid.

Muusika koosneb paljudest komponentidest, mis nii eraldi kui ka koostoimes mõjutavad kuulajaid nii füüsiliselt, sotsiaalselt kui ka vaimselt.

- **Meloodia** ehk viis on helide kaunikõlaline järjestus, mis moodustab terviku – see on ühehäälselt väljendatud muusikaline mõte. Just meloodia järgi tunneb enamik inimesi heliteose ära. Meloodia stimuleerib inimese mõtletegevust. Sageli toob kunagi kuulnud meloodia taaskuulamine meelde toonased mõtted, meeleolud, aistingud ja tunded.
- **Harmoonia** ehk kooskõla iseloomustab muusika funktsionaalseid järgnevusi. Muusika harmoonilisus mõjutab inimeste tundeelu ja emotsioone. Euroopalike tõekspidamiste järgi mõjub mažoorne muusika julgustavalt, jõudu andvalt ja stimuleerivalt, minoorne aga võib olla toeks mures ja kurbuses.
- **Rütm ja tempo** mõjutavad inimese organismis toimuvaid rütmilisi protsesse. Kiiretempoline rütmikas muusika ergutab, julgustab ja stimuleerib. Aeglane seevastu lõõgastab ja rahustab. Enamikule inimestele mõjub kõige rahustavamalt muusika rütmiga 60 lööki minutis, sest see toetab rahunenud inimesele omast pulsisagedust. Tempoka ja rütmikordustega muusika saatel liikumine aitab pingeid maandada. Ilma kindla rütmi ja tempota muusika nõrgendab ajataju ning aitab inimesel lõõgastuda.
- **Tämber** on heliomadus, mis kirjeldab kõlavärvi. Igale instrumendile või häälele on iseloomulik uniikaalne tämber. Täheldatud on, et kriiskav intensiivne tämber ärritab ja mahe rahustab. Akustilistest muusikainstrumentidest väidetakse rahustava toimega olevat flööti ja teised puupuhkpillid, samuti ka keelpillid, kui neil musitseeritakse tagasihoidliku intensiivsusega. Klaveri tämbrit peetakse aga ärritavaks. Sama meloodia, mängituna erinevatel muusikainstrumentidel või helikõrgusel, võib mõjuda väga erinevalt.
- **Helikõrgus** on muusika üks olulise mõjuga põhiomadusi. Seaduspäraseks peetakse, et kõrged helid ärritavad ning ergutavad, madalad aga mõjuvad rahustavalt. Oluline on seejuures koosmõju teiste muusikaelementidega. Näiteks võib rahulik ja aeglane muusikapala mõjuda ärritavalt, kui selles on kasutatud valdavalt kõrgeid helisid.
- **Dünaamika** iseloomustab muusika kõlajõu muutusi, eelkõige helitugevuses. Järsud dünaamilised muutused muusikas mõjuvad reeglina virgutavalt, samas liiga äkilised muutused võivad tunduda ehmatavana. Sujuvate dünaamiliste liikumistega muusika mõjub enamasti lõõgastavalt. Üldine tõekspidamine on, et muusika kuulamise valjus peab olema valitud vastavalt oodatavale mõjule. Samas tuleb hoiduda liialdustest: liiga vali heli võib kuulmisorganeid kahjustada, liiga vaikne heli nõuab aga kuulmise liigset pingutamist.

Muusika komponentide koostoime järgi võib muusika tinglikult jagada kaheks: **stimulatiivne ja sedatiivne muusika**.

Stimulatiivset muusikat iseloomustavad kiire tempo, rõhutatud rütm, vahelduv dünaamika, äkilised muutused, lai diapaseon, suhteline valjus. Sedatiivsele muusikale on omased aeglane tempo, harmoonia ja meloodia rõhutamise, mahe tämber, *legato*-liikumised, kitsas diapaseon, järkjärgulisus, etteaimatavad muutused.

Enamik uuringuid on näidanud, et stimulatiivne muusika suurendab hingamis- ja südame löögisagedust, sedatiivne muusika aga vähendab neid. Stimulatiivne muusika suurendab muskulaarset aktiivsust, sedatiivse muusika abil on aga võimalik lihastoonust alandada.

Muusika ravitoimet on kasutatud juba väga ammustest aegadest alates, mil šamaanid, nõiad ja posijad oma laulude, loitsude ja trummimänguga püüdsid inimesi vabastada haigusi ja vaegusi põhjustavate kurjade jõudude kütkeist. Nad valisid muusikainstrumenti, meloodia või rütmi teadlikult vastavalt sellele, millise haigusega oli tegemist. Juba siis täheldati muusika mõju pulsisagedusele, seetõttu sai selle abil ravida ka kõrgvererõhutõbe. Vilepillimänguga raviti närvivalu, kurtidele anti kuulmine tagasi pasunapuhumisega. Isegi maohammustustest tekkinud mürgistusi raviti muusikaga, lastes salvatul tantsida kindla muusika saatel, kuni mürk kehast kadus. Kuna kõik inimesed ei reageeri samale muusikale ühtviisi, siis ei ole olemas kindlat retsepti muusika ravi eesmärgil kasutamiseks. Muusika toime inimesele sõltub paljudest samal ajal mõjuvatest faktoritest, eelkõige muusika elementide omadustest. Sama tähtsad on ka inimesega seotud tegurid (vanus, sugu, vaimne tase, isiksuslikud omadused, hetke tervislik ning emotsionaalne seisund, eelnevad kogemused muusikast, ootused muusika suhtes, tekkivad assotsiatsioonid) ning keskkonnategurid (kultuuriline keskkond ja taust, ümbritsev keskkond ja ärritajad muusika kuulamise hetkel). *Muusika mõju* on psühhofüsioloogiline – õigesti valitud muusikahelid tekitavad inimeses nii vaimset kui ka füüsiliselt parema enesetunde. Milline muusika kellegi jaoks tundub rõõmus või kurb, innustav või tasakaalustav, ergutav või rahustav, on aga väga individuaalne.

Muusikateraapia on muusika ja/või selle elementide kasutamine kvalifitseeritud muusikaterapeudi poolt, et aidata kliendil paraneda haigusest või häirest; et avastada varjatud ressursse ja potentsiaale tervise taastamiseks või säilitamiseks. Muusika ise on seejuures protsessi edasiviiv vahend, mitte eesmärk.

Muusikateraapia protsess annab inimesele võimaluse kuulata ja avastada ennast muusika kaudu, muusikaline haridus või pillimänguoskus ei ole seejuures vajalikud. Muusikateraapia on sobilik teraapiavorm igas eas inimesele (alates looteeast kuni kõrge eani välja), samuti sobib see erinevate häirete või haiguste puhul (nt psüühikahäired, füüsilised puuded, sensoorsed häired, arenguhäired, sõltuvusprobleemid, suhtlemisraskused, elukriisid, lein, läbipõlemine jne). Muusikateraapiat kasutatakse nii toetusravina kui ka haiguste ennetamiseks.

Muusikateraapia hõlmab mitut lähenemisviisi ja meetodit, mis põhinevad kas muusika kuulamisel või musitseerimisel. Muusika kuulamisel põhinevaid meetodeid leotakse enamasti muusikateraapia passiivmeetoditeks, kus terapeut valib kuulamiseks kindla muusika, andes kliendile eesmärgistatud ülesandeid. Kliendi alateadvusest teadvusesse tõusnu on materjaliks teraapiatööle. Kuulamise meetoditest enamkasutatavad on juhendatud kujutlusmatkad ja lõõgastumine muusika abil.

Musitseerimisega seotud meetodeid nimetatakse muusikateraapia aktiivmeetoditeks. Musitseerimisvahendeiks võivad olla muusikainstrumentid, hääled või muud helitekitajad. Seejuures on tähtis musitseerimise protsess iseenesest, mitte kaunis esteetiliselt auditav muusika. Musitseerimisel saab inimene võimaluse rakendada oma loovust, mis on väga oluline vaimse tervise säilitamisel ja parandamisel. Muusikateraapias kasutatakse enamasti rütmipille, mille käsitlemine on lihtne ja igaühele jõukohane.

Muusikateraapia elemente saab iga tegevusjuhendaja oma igapäevatöös edukalt kasutada. Näiteks valides teadlikult taustamuusika individuaal- või gruppitgevustele, toetab muusika tegevuste eesmärkide saavutamist ja loob vajaliku meeleolu ning annab stimulatsiooni. Samuti saab rühmategevusi rikastada muusikateraapia aktiivmeetodi elementidega. Seejuures on oluline teada mõningaid erisusi ja põhimõtteid muusikaelementide kasutamisel erinevate kliendigruppidega.

- **Vaimupuudega** kliendid tunnetavad muusikat kui huvitavate ja meeldivate helide jada. Eriti meeldivad neile loodusest pärit helid ja hääled, sest vaimupuude puhul on häiritud inimese abstraktne mõtlemine ning tuttavad hääled loodusest pakuvad äratundmisrõõmu. Vahel võib olla muusika abil kontakti saamine vaimupuudega inimesega palju kergem kui verbaalselt. Kuna selle kliendirühma puhul on paljud tegevused seotud kas millegi uue õppimisega või õpitu säilitamisega, siis protsessis kasutatavad muusikalised elemendid peaksid olema õppimist toetavad, eduelamusi pakkuvad ja motiveerivad. Muusikateraapia elemente kasutades saab parandada vaimupuudega inimeste sotsiaalseid oskusi ja motoorset võimekust, õpetada ära tundma ja väljendama tundeid, treenida aistinguid ja tähelepanuvõimet, toetada pingete väljaelamist.
- **Skisofreenia diagnoosiga** kliendid moodustavad umbes poole erihooldekodude klientuurist. Selle haiguse puhul võib inimene muutuda passiivseks ja kinniseks, tema enesehinnang märgatavalt alandada ning sotsiaalsed oskused taanduda. Madala tahteaktiivsuse korral ei ole klient nõus tegevustes osalema, eriti vastumeelne võib olla grupitöö. Põhjused võivad seejuures olla nii haiguse sümptomid kui ka haigusest tingitud isiksusemuutused. Muusikateraapia võtete ja elementide abil võib aga leida

tee kliendi sisemaailma ning tuua sealt esile asju, mida klient ei oska või ei taha verbaalselt väljendada. Muusika kaasabil saadakse parem kontakt ning saavutatakse suurem usaldus, väheneb kliendi ebakindlustunne, paraneb enesehinnang. See omakorda soodustab sotsiaalsete oskuste arengut ning pingevabamat suhtlemist. Muusika ja tegevuste valimisel ja planeerimisel tuleb selle kliendigrupi puhul ettevaatlik olla, sest klient võib muusikat tõlgendada väga omapäraselt ja ootamatult. Seepärast on oluline saada alati kliendilt tagasisidet, kuidas muusika talle tundus.

- **Dementsuse diagnoosiga** kaasnevad inimese kognitiivse võimekuse tagasilangus, desorienteeritus, psüühika- ning käitumishäired. Protsess on pöördumatu ja progresseeruv. Muusikateraapia meetoditega on võimalik mõjutada kliendi agiteeritust või passiivsust, pakkuda talle vaheldust ja positiivseid kogemusi, vähendada masendust ja aeglustada mälu halvenemist. Põhilisteks meetoditeks on kliendile ammu tuttava muusika kuulamine ja laulmine ning muusikaga meeleolu mõjutamine. Näiteks ei pruugi dementsuse all kannatajad ära tunda oma kõige lähedasemaid inimesi, kuid nende muusikaline mälu on sageli säilinud, nad suudavad veatult laulda oma noorpõlve laule. See toob aga alateadvusest esile ammused mälestused, meenuvad tollased olukorrad ja inimesed. Kuni dementsuse inimene suudab liikuda, on soovitatav kombineerida omavahel muusikat ja liikumist, et tagada kliendile ka optimaalne füüsiline koormus. Hästi sobivad selleks laulumängud ja tantsimine.

21.2. Kunstiteraapia ja selle elemendid teraapilistes tegevustes

Kunst on üks võimalikest eneseväljendusviisidest. See väljendusviis on kättesaadav kõigile, mitte ainult neile, kel on olemas kunstianne. Eri valdkondades töötavad professionaalid (nt terapeut, õpetaja, juhendaja, sotsiaaltöötaja, grupijuhendaja jne) võivad kasutada kunsti ühe vahendina oma töös. Kunst leiab kasutust näiteks järgmistes grupitegevustes: kunstiteraapia, avatud kunstistuudio, kunstiring, sotsiaalsete oskuste treening, emotsionaalsete oskuste treening jne. Kõik need viisid, kuidas neis tegevustes inimest näha ning millised on tegevuse eesmärgid, mõjutavad tegevuse iseloomu ja koha valikut.

Kunstilisel käelisel tegevusel võib olla kolm eesmärki.

- *Oluline on lõpptulemus*, teos ise, mida kasutatakse näiteks eksponeerimiseks või kinkimiseks. Valmimise protsess on vähem tähtis, kliendiga protsessi ajal toimuvad muutused pole eraldi käsitletavat.
- *Oluline on uute oskuste omandamine*. Oskus käsitseda kunstitarbeid ja vahendeid, oskus tasapinnal edasi anda perspektiivi, valgust, varju, oskus vormida ja töödelda materjali. Hinnangu saab juhendajalt/õpetajalt vastavalt tulemusele, mis vastab kokkulepitud kriteeriumitele.
- *Oluline on kunstiteraapia*. Teraapias on oluline protsess, mille käigus terapeut toetab kliendi püüdeid luua selgust probleemides, mõtetes ja tunnetes. Lõpptulemusena võib valmida korralik kunstiteos või lihtsalt armas asjake. Hinnanguid annab ainult teose tegija ning võrrelda saab sama autori erinevaid töid.

Tegevusjuhendaja võib kasutada oma töös esimest ja teist eesmärki ning saab toetada kliendi soovi ise midagi valmistada või õpetada talle uusi oskusi.



Joonis 36. Avatud stuudio pooleliolevad kunstitööd



Joonis 37. Mosaiki valmistamine glasuuritud plaatidest

Kunstilised tegevused sobivad nii psüühilise haigusega kui ka vaimupuudega klientidele. Selle kaudu saab õpetada tundma enda emotsioone, neid vaos hoidma ja väljendama ning ka parandada sotsiaalset suhtlemist.

Joonistamine ning muu käeline tegevus on väga konkreetne. Käelisel tegevusel on selged piirid, on silmaga näha, kust paber (või ükskõik milline muu materjal) algab ja lõpeb. Joonistada ja tegutseda saab vaid olevikus, siin ja praegu.

Kunstiga tegeledes võib inimene jõuda väga sügavale enda sisse, kohtuda seal isiklike ja intiimsete asjadega. See, kui sügavale jõutakse, oleneb inimese kognitiivsest võimekusest. Pildi abil võib tugevaid tundeid väljendada ilma kedagi kahjustamata.

Pildi tegemine on loomingu protsess, mis arendab ja tugevdab identiteeditunnet. Kunst pakub häid võimalusi, kui sõnu ei ole, nendest ei piisa või nad on kulunud.

Kunsti on hea kasutada teraapilise tegevusena, sest

- igaüks võib ühineda kunstigrupiga endale sobival ajal ja osaleda vastavalt oma tasemele – oluline on tegevuse protsess
- sellel on oluline osa suhtlemisel ja eneseväljendusel, eriti kui sõnadest ei piisa ja kõne on vaevaline
- see vallandab loovuse
- see on hea vahend töötamiseks fantaasia ja alateadvusega
- lõpp-produkt jääb alles ja seda saab alati uuesti vaadata
- see on nauditav ja grupis saab jagada nii ideid kui ka meeldivaid muljeid

21.3. Kirjanduse elemendid teraapilistes tegevustes

Kirjanduse teraapilise kasutamise mõte on väga vana. Juba ammu ajast on sõna kasutatud ravimina. Vanade tarkade ja ennustajate mõjuvõim seisneski selles, et nad valitsesid sõna, teadsid loitse ja ravisid nende abil. Tänapäeval kasutatakse kirjandusteraapiat kui meetodit, mis tugineb kogemuse jagamisele teraapiaprotsessis. Kasutatakse valmis või ise loodud kirjalikku või suulist ainet. Materjaliks võib olla juba valmis või isekirjutatud luuletus, aforism, novell, romaan, päevik, elulugu, essee, ajaleheartikkel, muinasjutt, näidend, film, video jne. Kirjandus on inimestega olemuslikult seotud. Kõik, mida ollakse elu jooksul lugenud, on meis olemas ning seda saab hiljem taas esile kutsuda ja asetada teistsugusele taustale, mille tulemusena on võimalik luua seoseid.

Luule kasutamist terapeutilistel eesmärkidel soovitatakse frustrereitud, pidurdatud ja piiratud eneseväljendusega inimeste puhul; neile, kes on loomevõimelised, kuid vajavad stimuleerimist; üksildastele, elust eemaletõmbunud, ka rigiidsetele inimestele. Ka luuletuste kirjutamine on terapeutiline. Luule kirjutamise eesmärk on võimaldada inimestel oma elu paremini taluda ja nautida. Inimene avab end luules ja kirju-

tatud luuletused annavad ülevaate tema arengust ja elutsüklist. Luuletust luues muutub ka inimese alateadvus. Vaimsete häiretega eakate juures on edukalt kasutatud luuleteraapiat. Täheldatud on, et poeesia aitab kergemini toime tulla kaotuse ja surmaga.

21.4. Vaba aja tegevused kui teraapilised tegevused

Vaba aja tegevustes osalemine julgustab kliente aktiivselt osalema kogukonnas pakutavatel üritustel. Vaba aja tegevused aitavad vähendada stressi, suurendada üldist heaolutunnet, saada uusi sotsiaalseid kontakte, arendada ja kasutada erinevaid oskusi, suurendada eneseusaldust ja parandada enesehinnangut. Osalemine kogukonna üritustel aitab rakendada õpetatud või treenitud oskusi.

Vaba aja tegevused võivad sõltuvalt oma olemusest suurendada üldist vastupidavust, motoorika kontrolli, eneseusaldust ja vähendada stressi. Vaba aja tegevusteks võivad olla näiteks kirikus käimine, laulmine, instrumendi mängimine, filmide vaatamine, kontserdil käimine, kalastamine, matkamine, väljas einestamine, toidu valmistamine, tantsimine jne.

Vaba aja tegevusi võib jaotada järgnevalt:

Aktiivsed tegevused. Vaba aja aktiivseid tegevusi kasutatakse funktsionaalsete oskuste parandamiseks (lihasjäudlus, tasakaal, koordineatsioon, liikuvus, paindumus). Kui õppida uusi oskusi ja modifitseerida vanu, siis võib kompenseerida neid oskusi, mis on kadunud. Aktiivsed tegevused võivad olla sport ja meeskondlikud spordialad (pallimängud), aiandus, suusatamine, *bowling*, ujumine, aeroobika, kepikõnd jne.

Passiivsed tegevused. Aitavad vähendada stressi ja parandada motoorset funktsioneerimist. Passiivsed tegevused on lugemine, lauamängud, kirjutamine, käsitöö, filmide vaatamine, arvutimängud.

Kasutatud kirjandus

1. Allen, J. (2000). Using Validation Therapy to Manage Difficult behaviors.
<http://www.ec-online.net/community/Activists/difficultbehaviors.htm> (6.09.2010)
2. American Occupational Therapy Association. (1994). Uniform Terminology for Occupational Therapy – Third Edition. The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 48(11).
3. Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. (1998). Psühhiaatiline Rehabilitatsioon. Tartu: Eesti Psühholoogilise Rehabilitatsiooni Assotsiatsioon.
4. Bakk, A., Grunewald, K. (1999). Vaimupuudega inimeste hoolekandest. Tallinn: Koolibri
5. Barris, R., Kielhofner, G., Watts, J.-H. (1988). Occupational Therapy in Psychosocial Practice. Thorofare, NJ: Slack
6. Belbin Team Role Theory. Belbin Associates
<http://www.belbin.com/rte.asp> (6.09.2010)
7. Belle-Kusse, P., Zadoks, J. (2008). Change of Mind. A Unique Support for Carers and People with Acquired Brain Injury. Van Belle & Zadoks
8. Berne, E. (2001). Suhtlemismängud: mängud ja manipulatsioonid inimsuhetes. Puhja: Väike Vanker
9. Blankers, R., Hage, C. (2002). Intellectual Disability and Problem Behavior. Käsikiri.
10. Blankers, R., Hage, C. (2004–2010). Koolitusmaterjalid. Käsikiri
11. Bolton, R. (2002). Igapäevaasokused: kuidas ennast kehtestada, teisi kuulata ja konflikte lahendada. Puhja: Väike Vanker
12. Christiansen, C., Baum, C. (1991). Occupational Therapy Overcoming Human Performance Deficits. McGraw Hill Professional
13. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. (2006). UNO
<http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (17.09.2010)
14. Corey, M., Corey, G. (1998). Becoming a Helper. Third Edition. Pacific Grove CA: Brooks/Cole
15. Corey, G. (1996). Student Practice Manual for Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Fifth Edition. Pacific Grove CA: Brooks/Cole
16. Creek, J. (1997). Occupational Therapy and Mental Health. Edinburgh: Churchill Livingstone.
17. Curtis, L.C., Hodge, M. (1994). Old standards, new dilemmas: Ethics and boundaries in community support services. Psychosocial Rehabilitation Journal. 18(2), pp 13-33
18. Evans, L. (1982). Total Communication. Structure and strategy. Washington DC: Gallaudet University Press.
19. Gleitman, H. (1995). Psychology. Fourth Edition. New York: Norton.
20. Hage, C., Blankers, R. (2004). Sexuality and Prevention of Sexual Abuse by People with a Mental and Physical disability. Õppematerjal. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
21. Hagedorn, R. (1997). Foundations for Practice in Occupational Therapy. Second Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.
22. Haldre, L. (2004). Seksuaalvägivalla ohvrite käitumine, sümptomaatika ja ravi. Rmt.: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühingu (STLIEÜ) VI konverents „Seksuaalsus ja elukvaliteet”. Tartu: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühing
23. Hallap, M., Padrik, M. (2008). Lapse kõne arendamine. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
24. Hanley, I.G., McGuire, R.J., Boyd, W.D. (1981). Reality orientation and dementia: a controlled trial of two approaches. Br J Psychiatry. 138, pp 10-14
25. Harro, J., Kivastik, T., Pokk, P. (1997). Ravimiteave kõigile. Tartu: Eesti Farmakoloogia Selts

26. Heijkoop, J.C.M. (1977). A Non- Aversive Treatment of Self-Injurious behavior in the Natural Environment. Paper at the international Congress of behavior Therapy. Uppsala, Sweden
27. Hinsie, L. E., Campbell, R.J. (1973). Psychiatric Dictionary. Fourth Edition. New York: Oxford University Press.
28. Holvikivi, J. (1995). Toimintaterapia, tie omatoimisuuten. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino OY.
29. Hoolekande kontseptsioon. (2004). Tallinn: EV Sotsiaalministeerium.
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekanne/hoolekande_kontseptsioon.pdf (1.04.2010)
30. Iivonen, A., Jauhiainen, M., Pikkarainen, P. (2003). Õendusoskused. Tallinn: Medicina
31. Imboden, J.B., Urbaitis, J.C. (1978). Practical Psychiatry in Medicine. New York: Appleton-Century-Crofts.
32. Inimõigused ja sotsiaaltöö. (1995). Õpik sotsiaaltöökoolidele ja sotsiaaltöötajatele. ÜRO Inimõiguste Keskus; Tallinn: Inimõiguste Instituut
33. Kadajane, T. (2001). Koolisotsiaaltöö käsiraamat. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
34. Katajainen, A., Lipponen, K., Litovaara, A. (2004). Jõuvarud käiku. Tallinn: Medicina
35. Kielhofner, G. (1995). A Model of Human Occupation. Second Edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
36. Koemets, E., Tamm, L., Alango, A., Indre, K. (1981). Psühholoogia ja pedagoogika alused. Tallinn: Valgus
37. Kohti oma toimeisyyttä. Opas aivohalvatuspotilaan ohkaamisesta. (1998). Kofy f.y. Proteesisäätö
38. Koolitusprogramm Eesti sotsiaalhoolekande töötajatele. (1998). Kopenhagen: PLSConsult
39. Kreegipuu, M. (2004). Kognitiiv-käitumisteraapia algkursus. Tallinn: EKKA Kognitiiv-käitumisteraapia algkool. Käsikiri.
40. Krips, H. (2005). Suhtlemisoskustest õpetamisel ja juhtimisel. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
41. Krull, E. (2000). Pedagoogilise psühholoogia käsiraamat. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
42. Laste- ja noortepsühhiaatria. (2006). Tallinn: Medicina
43. Laste tserebraalparalüüsi arendusravi juhend. (2008). Koost.: K. Elstein, Ü. Kruus, R. Pettai, T. Stelmach, V. Sander, E. Jaanson, H. Maas, K. Jesse, B. Kaasik, M. Männamaa, M. Käämer. Lege Artis
http://www.legeartis.ee/failid/File/Laste%20tserebraalparalüüsi%20arendusravi%20juhend_01.01.2008.pdf (6.09.2010)
44. Letcher, P.B., Peterson L.P., Scarbrough D.R.N. (1974). Reality Orientation: A Historical Study of Patient Progress. Hospital & Community Psychiatry. Vol 25(12), Dec., pp 801-803
45. Liebman, M. (1996). Art Therapy for Groups. Cambridge: Brookline
46. Lindgren, H.C., Suter, W. N. (1984). Pedagoogiline psühholoogia koolipraktikas. Tartu: Tartu Ülikool
47. Lindqvist, M. (2008). Aitaja vari. Tartu: Väike Vanker
48. Lindqvist, M. (1989). Ammatina ihminen: hoidon etiikasta ja arvoista. Helsinki: OTAVA
49. Linnamägi, Ü., Asser, T. (2000). Dementsussündroom ja selle põhjused. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
50. Linnamägi, Ü., Braschinsky, M., Saks, K., Vörk, E., Lääts, T. (2008). Käsiraamat dementsete haigete hooldajale. Tallinn: Eesti Alzheimeri Tõve Ühing
51. Mangs, K., Martell, B. (2000). Psühhoanalüütiline arengukäsitus: 0–20 eluaastani. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
52. Maslow, A. H. (2007). Motivatsioon ja isiksus. Tallinn: Mantra Kirjastus

53. Masso, M., Pedastsaar, K. (2007). Puuetega inimeste toimetulek ja vajadused. Poliitikaanalüüs. Sotsiaalministeeriumi toimetised nr 1.
<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V2ljaanded/Toimetised/2007/01.pdf> (6.09.2010)
54. Meditsiinisõnastik. (2004). Tallinn: Medicina
55. Meer van K., Neijenhof van J. (1994). Elementary Social Skills. Maastricht, The Netherlands: Uniprint
56. Melberg Schwier, K., Hingsburger, D. (2000). Sexuality: Your sons and daughters with intellectual disabilities. Baltimore: Brooks Publishing
57. Melsas, M. (2008). Kommunikatsioonivõimalused. Õppemetoodiline materjal pedagoogidele ja sotsiaalse tugivõrgustiku spetsialistidele hooldusõppes põhihariduse omandanud õppijate kaasamiseks kutseõppesse.
<http://www.kaokeskus.ee/ul/Kommunikatsioonivoimalused.doc> (6.09.2010)
58. Mental Health Case Management Association of Ontario Training Resource Guide. (1993). Toronto: MHCMA.
59. Mesibov, G.B., Schopler, E., Shea, V. (2005). TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders. Issues in Clinical Child Psychology. New York: Kluwer Academic/Plenum
60. Miller, E. (1987). Reality Orientation with Psychogeriatric Patients: the limitations.
Clinical Rehabilitation 1, 231-233
61. Mosey, A.C. (1986). Psychosocial Components of Occupational Therapy. New York: Raven
62. Märgistatuse vähendamine: kogukonna integratsiooni takistuste ületamine ühiskondliku ja kutsealase hariduse kaudu. Osavõtja töövihik. (S.a.). Ontario: Vaimse Tervise Juhtumikorraldamise Assotsiatsioon
63. Neal, M., Briggs, M. (2001). Validation Therapy for Dementia. Cochrane Review. Cochrane Library, issue 4. Oxford: Update Publications
64. Neal, M., Briggs, M. (2003). Validation therapy for dementia.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917907> (6.09.2010)
65. Niskanen, P., Sorri, P., Ojanen, M. (1997). Kuidas aidata aitajat. Tartu: Tartu Ülikool
66. Nordeman, M. (2000). Arenguhälve ja seksuaalsus. Seksuaalsed vajadused ja nende avaldumismvormid. Tallinn: Eesti Pereplaneerimise Liit
67. Objects of reference. (2004). Quick Guide. University of Edinburgh
<http://callcentre.education.ed.ac.uk/downloads/quickguides/aac/objects.pdf> (6.09.2010)
68. Occupational Therapy: Overcoming Human Performance Deficits. (1991). Ed. by C. Christiansen, C. Baum. Thorofare NJ: SLACK Incorporated.
69. O'Connor, J., Seymour, J. (2002). Introducing NLP: Psychological Skills for Understanding and Influencing People. London: Harper Gollins
70. Paavel, V., Kõrgesaar, J., Sarjas, A., Sõmer, S., Vasar, V. (2000/2001). Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. Käsiraamat. EV Sotsiaalministeerium, Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus, Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing.
71. Pehk, A. (1996). Muusade kunst aitab elada: muusika psühhofüsioloogilisest toimest ja selle teraapilistest rakendusvõimalustest. Tallinn. Tallinna Pedagoogikaülikool
72. Petry, K., Maes, B., Vlaskamp, C. (2002). Description of the Support Needs for People with Profound Intellectual and Multiple Disabilities using the 2002 AAMR system: an Overview of Literature.
<http://www.multiplus.be/informatiedocs/descriptionETDD.pdf> (6.09.2010)
73. Psühhiaatria. (2000). Tallinn: Medicina.
74. Psühhofarmakoretaapia: õppematerjal perearstidele. (1997). Koost.: L. Mehilane. Tartu: Tartu Ülikool

75. Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring (2009). Saar Poll OÜ, EV Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikool
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/PIU2009_loppraport.pdf (23.08.2010)
76. Practice Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Mental Health Problems in Adults with Intellectual Disability. (2001). The European Association for Mental Health in Mental Retardation. Brighton: Pavilion The Ironworks Cheapside
77. Practice Guidelines and Principles: Assessment, Diagnosis, Treatment, and Related Support Services for Persons with Intellectual Disabilities and Problem Behavior. European Edition. (2007). Gouda: Centre of Consultation and Expertise.
78. Promoting the development of Young Children with Cerebral Palsy. A guide for Mid-Level Rehabilitation Workers. (1993). Geneva: World Health Organization.
79. Psühhiaatria. (2000). Tallinn: Medicina
80. Psühhiaatriliste probleemide kognitiivne käitumisravi: praktiline käsiraamat. (1993). Tallinn: Fontes PMP
81. Psüühilise erivajadusega inimestele riikliku hoolekande teenuseid osutavate asutuste erialalisjuhtimisalane audit (2000/2001). Tallinn: Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus.
82. Rahu, A. (2003). Psüühilise erivajadustega inimeste toimetulek Tallinna näitel. Magistritöö. Tallinn: Tallinna Pedagoogikaülikool
83. Rahvusvaheline haiguste ja tervisega seotud probleemide statistiline klassifikatsioon: RHK-10. (2005). Tallinn: Sotsiaalministeerium
84. Rammul, I. (2004). Seksuaalsus ja psüühikahäired. Rmt.: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühingu (STLIEÜ) VI konverents „Seksuaalsus ja elukvaliteet“. Tartu: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühing
85. Ramsing Ösgur, B. (2010). Loengumaterjalid. The Nordic Centre of Welfare and Social Issues
86. Raskin, N.J., Rogers, C.R. (1995). Person-centered therapy. In R.J. Corsini, D. Wedding, (Eds.), Current Psychotherapies. Fifth Edition. Itasca: Peacock. Pp 128-161.
87. Reed, K.L., Sanderson, S.R. (1983). Concepts of Occupational Therapy. Second Edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
88. Rogers, B. (2008). Taasleitud käitumine. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
89. Roomeldi, M. (2004). Psühhoterapia seksuaalse väärkohtlemise ohvritele. Rmt.: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühingu VI konverents „Seksuaalsus ja elukvaliteet“. Tartu: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühing
90. Roots, H. (2005). Loenguid organisatsiooniteooriast. Tallinn: Sisekaitseakadeemia
91. Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (1999). Õenduse alused. Tartu: Elmatar
92. Rüütel, E., Elenurm, T., Pehk, A., Tomberg, M., Visnapuu, P. (2001). Loomismäng: muusika-, sõna-, liikumis-, kunsti- ja värviharjutusi rühmatöoks. Tallinn: Tallinna Pedagoogikaülikooli kirjastus
93. Saarma, J. (2000). Psühhopaatoloogia. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
94. Sacks, O. (2003). Mees, kes pidas oma naist kübaraks. Lood ebaharilikest patsientidest. Tallinn: Tänapäev
95. Siimon, A., Türk, K. (2003). Juhtimine: põhimõisted ja seosed. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
96. Smith, B. J., Barker, H.R. Jr. (1972). Influence of a Reality Orientation Training Program on the Attitudes of Trainees Toward the Elderly. Gerontologist. Autumn, 12(3), pp 262-264
97. Soots, A. (1999). Terapeutiline suhtlemine. Tartu: Avahoolduse Arenduskeskus; Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon

98. Sotsiaalala töötaja eetikakoodeks (2005). Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon
<http://www.eswa.ee/index.php?picfile=67> (16.09.2010)
99. Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse ja nendega seonduvate seaduste muutmise seaduse seletuskiri. (2008). Tallinn: EV Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/erivajadus/Sotsiaalhoolekande_erihoolekande_muudatuste_seletuskiri_2009.pdf (17.08.2010)
100. Sotsiaalministeeriumi poolt eraldatavad abivahendid. EV Sotsiaalministeerium
<http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele/sotsiaalteenused-puudega-inimesele/abivahendid.html> (6.09.2010)
101. Sotsiaaltöö teooria ja praktika: lähtealuseid isikliku, perekondliku ja ühiskondliku elu tugevdamiseks. (1995). Koost.: R. Kreem. Tartu: Eesti Sotsiaaltöötajate Koondis Lääneriikides
102. Stewart, C., O'Kane, D., McCart, J. (2006). Management of Aggression and Physical Intervention Skills Training. Belfast Health and Social Services Trust. Käsikiri
103. Strongman, K. T. (2009). Psühholoogia igapäevaelus. Tallinn: Pegasus
104. Suominen, S. (2002). Hengilökohtainen palveluohjaus. Omaiset Mielenterveystön tukena. Helsinki Uudenmaan yhdistys ry.
105. Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatriakliiniku ravijuhised
<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/> (6.09.2010)
106. Teiverlaur, M. (2007). Luuleteraapia. Tallinn: Külüm
107. Tervis, töö ja sotsiaalelu 2000–2008. (2009). Tallinn: EV Sotsiaalministeerium
108. The Different Creative Therapies. (2007).
<http://www.creativetherapies.co.uk/our-work/the-different-therapies/> (6.09.2010)
109. Townsend, M.C. (1997). Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing. Fourth Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
110. Trillingsgaard, A., Jorgensen, O. S. (1997). Autism. Kirjutistesari autismist. Tallinn: Tallinna Pedagoogiline Seminar.
111. Trombly, C.A. (1995). Occupational Therapy for Physical Dysfunction. Fourth Edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
112. Tubbs, S.L., Moss, S. (2000). Human Communication. Eight Edition. McGraw-Hill Higher Education
113. Understanding and managing behaviour problems in children and young people with autistic spectrum disorders. (2008).
http://www.ich.ucl.ac.uk/gosh_families/information_sheets/behaviour_problems_autism/behaviour_problems_autism_families.html#impairments (12.04.2010)
114. Vadi, M. (2001). Grupid organisatsioonis. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
115. Vadi, M. (2004). Organisatsioonikäitumine. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
116. Vaimupuudega inimeste normaliseeritud elutingimused: teoreetiline taust ja praktiline kogemus. (2003). Koost.: K. Grunewald. Tallinn: Eesti Vaimupuudega Inimeste Tugiliit
117. Veisson, M., Püss, A., Tammemäe, T., Kõiv, A. (2008). Lapsevanematele erivajadusega lastest. Tartu: Atlex
118. Veldi M. (2006). Unehäirete mõju meeleolule, unehäirete ravi. Lege Artis, Nov, lisaväljaanne 35.
119. Velikovic, T.D., Perat, M.V. (2005). Basic Principles of the Neurodevelopmental Treatment. Medicina 42(41), pp 112–120
120. Walburg, W-R. (1998). Vaimupuudepedagoogika alused. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
121. Wetterberg, L. (1992). Psühhiaatria taskuraamat. Stockholm: Karolinska Instituut
122. Wheble, J., Hong, C.S. (2006). Apparatus for enhancing sensory processing in children. International Journal of Therapy and Rehabilitation. Vol 13(4), pp 177-181

- 123. Wichowski, H. C. (2004). Your Patient Has Schizophrenia – Handle with Care. Nursing. Vol. 34/11
- 124. Wilken, J. P., Hollander, D. (2004). Handbook of the Comprehensive Rehabilitation Approach. Tallinn
- 125. Wilken, J.-P., Hollander, D. (2004). Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni käsiraamat. Tallinn
- 126. Wilken, J.-P., Hollander, D. (2005). Rehabilitation and Recovery. A Comprehensive Approach. Amsterdam: SWP Publishers
- 127. Wisnes Slettahjell, A.E. (2007). Käsiraamat hooldusõdedele. Tallinn: TEA Kirjastus

Normatiivaktid

- 128. Eesti Vabariigi põhiseadus. RT 1992, 26, 349. Viimati muudetud RT I 2007, 33, 210
- 129. Erihoolekandeteenuse osutaja kogutavate ja säilitatavate dokumentide loetelu kehtestamine. Sotsiaalministri 8. jaanuari 2009. a määrus nr 4. RTL, 2009 4, 55
- 130. Perekonnaseadus. RT I 2009, 60, 395. Viimati muudetud RT I 2010, 34, 181
- 131. Psühhiaatrilise abi seadus. RT I 1997, 16, 260. Viimati muudetud RT I 2009, 49, 331
- 132. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. RT I 1999, 16, 273. Viimati muudetud RT I 2010, 38, 231
- 133. Sotsiaalhoolekande seadus. RT I 1995, 21, 323. Viimati muudetud RT I 2010, 41, 240
- 134. Tsiviilkohtumenetluse seadustik. RT I 2005, 26, 197. Viimati muudetud RT 2010, 38, 231

Veebilehed

- 135. ACE Centre website.
www.ace-centre.org.uk (17.09.2010)
- 136. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
www.aamr.org/ (6.09.2010)
- 137. Easyinfo website.
www.easyinfo.org.uk (6.09.2010)
- 138. Eesti Patsientide Esindusühingu koduleht
www.epey.ee (1.04.2010)
- 139. EV Sotsiaalministeeriumi koduleht
www.sm.ee (1.04.2010)
- 140. Neuro Developmental Treatment Association website.
www.ndta.org (6.09.2010)
- 141. Rehabilitatsiooni infoportaal.
www.rehabilitatsioon.invainfo.ee (6.09.2010)
- 142. Riigiportaal eesti.ee
www.eesti.ee/est/teemad/inimoigused/mis_on_inimoigused/ (16.09.2010)
- 143. The Validation Training Institute website.
www.vfvalidation.org (6.09.2010)



