



Erik Dudorin

TRAUMAJÄRGSE LIIKUMISPUUDEGA INIMESTE TOIMEVÕIMEKUS

LÕPUTÖÖ

Teenusmajanduse instituut

Sotsiaaltöö õppekava

Juhendaja: Meeli Männamäe

Mõdriku 2023

Autori deklaratsioon ja lihtlitsents

Mina,

...Erik Dudorin.....

tõendan, et lõputöö on minu kirjutatud. Töö koostamisel kasutatud teiste autorite, sh juhendaja teostele on viidatud õiguspäraselt.

Kõik isiklikud ja varalised autoriõigused käesoleva lõputöö osas kuuluvad autorile ainuisikuliselt ning need on kaitstud autoriõiguse seadusega.

Juhendaja (nimi, allkiri)Meeli Männamäe.....

Lõputöö on kaitsmisele lubatud ...24.mai 2023... instituudi direktori korraldusega nr 1-14/53. kuupäev ...03.mai 2023.....

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina,Erik Dudorin.....

(*autori nimi*)

sünnikuupäev: ...04.01.2000.....

annan Tallinna Tehnikakõrgkoolile (edaspidi kõrgkool) tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

...TRAUMAJÄRGSE LIIKUMISPUUDEGA INIMESTE TOIMEVÕIMEKUS

(*lõputöö pealkiri*)

1. reprodutseerimiseks paber kandjal kõrgkooli raamatukogus avaldamise ja säilitamise eesmärgil;
2. elektroonseks avaldamiseks kõrgkooli repositooriumi kaudu;
3. kui lõputöö avaldamisele on instituudi direktori korraldusega kehtestatud tähtajaline piirang, lõputöö avaldada pärast piirangu lõppemist.

Olen teadlik, et nimetatud õigused jäävad alles ka autorile ja kinnitan, et:

1. lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid ega muid õigusi;
2. PDF-failina esitatud töö vastab täielikult kirjalikult esitatud tööle.

Tallinnas03.05.2023.....

(*kuupäev*) (*autori allkiri*)

SISUKORD

KASUTATUD MÕISTED	5
SISSEJUHATUS	6
1 TEOREETILINE RAAMISTIK	8
1.1 Puue ja liikumispuue	8
1.2 Puudele lähenemised ja mudelid	9
1.3 Heaoluteooria olemus	11
1.4 Kriisiteooria olemus ja etapid	12
2 LIIKUMISPUUDEGA SEOTUD PROBLEMAATIKA	16
2.1 Liikumispuude põhjused ja trauma mõjud	16
2.2 Erivajaduste võimalik mõju inimese toimevõimekusele ja heaolule	17
2.3 Füüsiline ja sotsiaalne ligipääsetavus	19
2.4 Toetused, teenused ja toetavad võimalused liikumispuudega inimestele	20
3 EMPIIRILISE UURINGU METOODIKA	24
3.1 Probleemi püstitus, eesmärk ja ülesanded	24
3.2 Uurimismetoodika ja kasutatav instrument	24
3.3 Valim ja anonüümsuse tagamine	25
4 EMPIIRILISE UURINGU TULEMUSED JA ANALÜÜS	27
4.1 Ülevaade üldandmetest	27
4.2 Traumakogemuse ja liikumispuude mõju heaolule	28
4.3 Toimevõimekuse muutus ajas ja teadlikkus kättesaadavatest teenustest	32
4.4 Teenuste ligipääsetavus ja kvaliteet	37
4.5 Intervjuude tulemuste analüüs	44
4.6 Autori ettepanekud	47
KOKKUVÕTE	49

SUMMARY	50
VIIDATUD ALLIKAD	51
Lisad.....	56
Lisa 1. Ankeetküsimustik.....	56
Lisa 2. Intervjuu teemad	58

KASUTATUD MÕISTED

Funktsioneerimine - millegagi tegevuses olemine, liikumine, talitus (Eesti Keele Instituut, 2009).

Kriis - protsess, mille käigus inimene uutes olukordades kasutab varasemaid teadmisi, saab uusi teadmisi ning õpib uue olukorraga toime tulema (Payne, Roberts: Crisis intervention, 2005).

Trauma - inimese keha funktsioonide kahjustust tekitav asjaolu (Sotsiaalministeerium, 2022).

Liikumispuue - Liikumispuue on puue, mis avaldub inimese keha liikumisfunktsioonide kahjustustena, häiretena või liikumisvõime puudumisele (Lõoke, 2016).

Heaolu - inimese võime tunda ennast hästi kui järgmised punktid on rahuldatud: Positiivne emotsioon, Kaasamine, Suhted, Tähendus ja Saavutus (Seligman, 2022).

Toimevõimekus - Toimevõimekus on inimese võime iseseisvalt analüüsida enda ümber toimuvat ning tehes järeldusi arendada enda käitumist, mõtlemist ja elukorraldust (Narusson, 2019).

Institutsionaalne diskrimineerimine – Asutuste poolne inimeste diskrimineerimine, mis väljendub füüsilise ja/või sotsiaalse ligipääsetavuse puudumises (Council of Europe, 2022).

Ligipääsetavus - Ligipääsetavus on inimese võime loodud keskkonnas saada ligi taristule, infole ja kommunikatsioonile (Epikoda, 2022).

PTSH - ehk posttraumaatiline stressihäire tavaliselt väljendub traumaatilise kogemuse järjekordses üleelamises, olukordade vältimises mis meenutavad trauma kogemust ja depressioonina või tuju langusena (Beck & Coffey, 2007).

SISSEJUHATUS

Urija pöördus Eesti Puuetega Inimeste Koja poole, et saada mõtteid, millisest teemast teha uuring. Suheldes e-maili teel 6. oktoobril 2021 pakkus Eesti Puuetega Inimeste Koja ekspert teemaks teenuste kättesaadavuse trauma tagajärjel liikumispuude saanud inimestele Eesti maakondades. Öeldes, et uurida teenuste kättesaadavust ainult Harjumaal ja Tartumaal ei oma mõtet, kuna võrreldes teiste maakondadega on nendes maakondades teenused hästi kättesaadavad.

Põhjuseks, miks teistes maakondades teenused on raskemalt kättesaadavad on, et Eesti Vabariigis toimuvad erinevad rahvastiku asustusega seotud probleemid. Esimeseks probleemiks on inimeste kolimine väiksematest maakondadest suurematesse, nagu Harjumaa ja Tartumaa. Selline sisene migratsioon vähendab teiste maakondade maksude laekumist ja spetsialistide arvu. Teiseks probleemiks on demograafiline kriis. Peamiseks põhjuseks on vananev rahvastik ning väike hulk noori, kes saaksid vanemat põlvkonda asendada. Väiksem hulk noori tähendab, et jääb vähem tulevasi spetsialiste ja maksulaekumisi. Suurenev arv pensioniealisi aga vähendab maksude laekumist ning tekitab lisakulutusi, kuna vaja osutada teenuseid ja maksta pensione. Kulude suurenemine, spetsialistide nappus ja maksude vähenemine, kõik vähendab teenuste kättesaadavust. (Riigikontroll, 2020)

Lõputöö eesmärgiks on analüüsida trauma tagajärjel liikumispuude saanud inimeste heaolu ja toimevõimekust ning teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised uurimisküsimused:

1. Milline on liikumispuude määratlus, elu jooksul puude tekkimise põhjused, puudest tulenevad erivajadused?
2. Millised on traumajärgse liikumispuudega inimestele olemasolevad teenused ning abimeetmed toetamaks nende toimevõimekust kriisi- ja heaoluteooria kontekstis?
3. Kuidas on traumakogemus ja liikumispuue mõjutanud vastajate heaolu?
4. Kuidas hindavad küsitletavad oma toimevõimekust ajas ja kui teadlikud on inimesed neile kättesaadavatest teenustest?
5. Milline on ligipääsetavus teenustele ja kasutajate rahuolu teenuste kvaliteediga?

6. Kuidas seostuvad uuringu tulemused kriisi- ja heaoluteooriaga?

Lühitutvustus peatükkidesse:

- I. Teoreetilise raamistiku peatükis seletatakse lahti erinevaid mõisteid ja teooriaid, mille abil on kergem mõista ja analüüsida järgmistes peatükkides uuritud teemasid.
- II. Liikumispuudega seotud probleematika peatükis käsitletakse inimese heaolu enne ning peale puude saamist.
- III. Empiirilise uuringu metoodika peatükis kirjeldatakse metoodikat, kuidas kogutakse andmeid, kuidas analüüsitakse neid, milline on valim ning kuidas tagatakse anonüümsus.
- IV. Ankeedi ja intervjuude tulemuste analüüsi peatükis tuuakse välja tulemused ning analüüsitakse neid.

1 TEOREETILINE RAAMISTIK

Teoreetilises raamistikus seletatakse lahti mida tähendab puue üldiselt, mis on liikumispuue. Millised on elu jooksul tekkinud liikumispuude võimalikud põhjused. Millised raskusastmed on liikumispuudel. Puudele lähenemise mudelid, heaoluteooria ja kriisisekkumise teooria olemused, mille abil saab analüüsida kogutud andmeid.

1.1 Puue ja liikumispuue

Puue on tagasipöördumatu või raskesti tagasipöördatav seisund mille tõttu inimesel on tekkinud piirangud. Puuet ei ole võimalik ravi või ravimite abiga tagasipöörata. Näiteks inimesel võib olla üks või mitu keha struktuuri puudulikust ning häiret, mille tõttu võib vajada kõrvalabi või abivahendeid. (Sotsiaalkindlustusamet, 2022)

Puuet saab defineerida viit moodi: Kõrvalekaldena normist - kus isiku füüsiline, anatoomiline või psühholoogiline funktsioon ei vasta ühiskonnas sätestatud normidele. Kõrvalekalle iseenesest ei tähenda puuet, kuna puue määratakse spetsialisti poolt. Kliinilise seisundina - Spetsialist on inimesel tuvastanud teatud sümptomite olemasolul haiguse, mille tulemusena inimene saab puude. Funktsionaalse piiranguna igapäevastes tegevustes – Inimesel on piiratud või puudulikud võimed sotsiaalsetes või enesekesksetes tegevustes. Deviantsusena – Inimese käitumine ei vasta ühiskonnas sätestatud normidele. Ebasoodsate tingimustena – Inimesel enda puude tõttu on vähem ressursse, kui tervel inimesel. (Narusson & Medar, 2014, lk 6-13)

Tööeline isik on alates 16 eluaastast kuni pensionieani olev isik. Tööelistel inimestel on kolm puude raskusastet: keskmine, kus igapäevases tegutsemises või ühiskonnaelus osalemises esineb raskusi. Raske, kus igapäevane tegutsemine või ühiskonnaelus osalemine on piiratud. Sügav, kus igapäevane tegutsemine või ühiskonnaelus osalemine on täielikult takistatud. (Sotsiaalkindlustusamet, 2022)

Liikumispuue on puue, mis avaldub inimese keha liikumisfunktsioonide kahjustustena, häiretena või liikumisvõime puudumisele. Liikumispuude võib ajutiselt saada iga inimene näiteks luumurru korral. Pikaks ajaks või kogu eluks võib liikumispuude saada haiguste või tõsisemate traumade korral. (Lööke, 2016)

Puuet võib mõista kui inimese võimetust sooritada teatud tegevusi, mis oleksid puudeta inimese jaoks sooritatavad (Council of Europe, 2022). Vastavalt teisele lõigule võib järeldada, et puue vastab eelmainitud punktidele, aga liikumispuude korral puudub deviantne käitumine, kuna liikumispuudega inimesel on füüsilised piirangud mitte psühholoogilised.

Liikumispuue võib tekkida mitmel erineval viisil, enamasti põhjused jagunevad kaheks suureks grupiks- traumajärgseteks ja haigusejärgseteks. Traumad, mis võivad tekitada liikumispuuet on: ajutraumad, kaelakahjustused, seljaaju kahjustused. Lisaks otsesele traumale liikumispuuet võivad tekitada muul põhjusel sooritatud liigese amputatsioon. Haigused, mis võivad põhjustada liikumispuuet on näiteks: Alzheimeri ja Parkinsoni tõbi, multipleksskleroos, insult, lihashaigused, liigesehaigused. Samuti põhjuseks võivad olla geneetilised haigused. (Sotsiaalministeerium, 2022)

Enne süvenemist teooriatesse on vaja mõista kuidas ühiskond varem nägi puuet ning kuidas see vaade on aja jooksul muutunud. Arusaam kuidas varem nähti puuet aitab paremini mõista tänapäeval puude käsitlemiseks kasutatavaid teooriaid. Järgmine alapeatükk kirjeldab meditsiinilist, funktsionalistlikku ja sotsiaalset mudelit.

1.2 Puudele lähenemised ja mudelid

Enne funktsionalistlikku ja sotsiaalset mudelit oli kasutusel meditsiiniline mudel. Tegemist on mudeliga mis põhineb indiviidil ja tema haigusel. Kuna varem meditsiiniline mudel oli pikka aega kasutuses, siis see mõjutas teenuste sisu ning kvaliteeti. Kuna meditsiinilise mudeli järgi puue on inimese probleem, siis teenused olid koostatud selliselt, et inimene pidi enda pingutustega, raviasutuse teenustega ning ravimitega saama oma haigusest üle. Meditsiiniline mudel ei võtnud piisaval määral arvesse füüsilise keskkonna ning sotsiaalseid mõjutegureid, mis uuemates mudelites aitasid paremini leevendada puude mõju inimese igapäevaelule. (Narusson & Medar, 2014, lk 6-13)

Lisaks ravile ning hooldusele raviasutuste teenused aitasid inimesel kohaneda puudega ning muutsid inimese käitumist. Meditsiiniline mudel on aluseks ka raviasutuste töö kvaliteedi hindamiseks. Kui raviasutuse töö kvaliteet on madal siis poliitilisel tasandil tervishoiupoliitikat muudetakse või reformitakse probleemi lahendamiseks. (Maailma Tervise Organisatsioon, 2005)

Meditsiinilise mudeli kõrvale 1950. aastatel oli loodud funktsionalistlik perspektiiv, mille abil saab seletada sotsiaalse maailma süsteemi (Narusson & Medar, 2014, lk 6-13). Tegemist on ühe peamise perspektiiviga sotsioloogias, mis sai alguse Emile Durkheim töödest (Crossman, 2020). Enda töödes Emile Durkheim uuris kuidas ühiskond suudab funktsioneerida ning tagada endas korda (Crossman, 2020). Seega Emile Durkheim uuris ühiskonna makro tasandit, mitte igapäevaelu mikro tasandit ja märkas seda, et ühiskonna osad ei saa ilma üksteiseta funktsioneerida (Crossman, 2020). Aastal 1951 Talcott Parsons lõi sotsioloogilise paradigma, millele tugineb sotsiaaltöös ja rehabilitatsioonis kasutatav funktsionalistlik perspektiiv (Narusson & Medar, 2014, lk 6-13). Parsonsi paradigma väidab seda, et kogu sotsiaalne maailm sõltub selle sees olevatest osadest, mille iga õige funktsioneerimine tagab süsteemi tööd (Narusson & Medar, 2014, lk 6-13).

Teoriast tuleb välja, et kui inimene kaldub mingitel põhjustel oma rollist välja, siis süsteem funktsioneerib hullemini, kuna üks selle vitaalsetest osadest ei saa oma rolli täita. Sellise probleemi lahendamiseks süsteemis on erinevad sotsiaalsed institutsioonid, mis aitavad rollist välja läinud inimesel sellesse rolli tagasi minna. Tervishoiu valdkonnas olevad spetsialistid sellisel juhul mõjutavad inimese haiguse kulgu, et ta saaks oma rolli naasta. Funktsionalistlik perspektiiv keskendub inimese parendamisele, et ta saaks täita ootuspäraseid sotsiaalseid rolle. (Narusson & Medar, 2014, lk 6-13)

Ühiskonnas elavad puudega inimesed, tundes enda vastu diskrimineerimist asutasid aastal 1960 sotsiaalpoliitilise liikumise, mille abil tekkis selline arusaam nagu sotsiaalne perspektiiv puude käsitlemisel. Liikumine kavatses näidata, et ühiskonnas olev süsteem on paigast ära, kuna puudega inimesed on teiste ühiskonna liikmete poolt alla surutud ning marginaliseeritud. Liikumine nõudis enda õiguste kaitsmist ning võimalust omada samaväärset iseseisvust ja vastutust nagu teistel tegevus- ja osaluspiiranguteta ühiskonna liikmetel. Perspektiiv väidab seda, et puue pole ainult indiviidi probleem, vaid ka ühiskonnas olevate piirangute olemasolu. (Narusson & Medar, 2014, lk 6-13)

Sotsiaalne perspektiiv puude käsitlemisel ei eita indiviidi meditsiinilist puuet, aga rõhutab vajadust muuta ühiskonda. Perspektiiv ei ürita samuti muuta ka puudega indiviidi. Ühiskond ning keskkond peab muutuma selliseks, mis võimaldaks puudega inimestel samaväärselt teiste ühiskonna liikmetega osaleda ühiskonna elus. Perspektiiv rõhutab ka seda, et puudega inimesed on ühiskonna

võrdväärsed liikmed, kellel on kohustused ja õigused ning võimalus aktiivselt osaleda ühiskonna elus. (People With Disability Australia, 2022)

Teades kuidas ühiskond varem nägi puuet peaks aitama mõistma kirjeldatavaid teooriaid paremini. Järgmises peatükis seletatakse mis on heaoluteooria ning mis osadeks ta jaguneb. Lisaks seletatakse miks heaolu on inimese jaoks tähtis.

1.3 Heaoluteooria olemus

Heaolu üritas defineerida Dr Seligman ning nimetas seda teooriat PERMA heaolu teooriaks. PERMA tuleb sõnadest *Positive emotion* (positiivne emotsioon), *Engagement* (kaasamine), *Relationships* (suhted), *Meaning* (tähendus) ja *Accomplishment* (saavutus). Igal isikul on enda arusaam heaolust. Vastavalt sellele teadmisele üritatakse heaolu suurendamiseks inimesele mitte öelda mida ta peab tegema, vaid aidata leida mis võiks heaolu tõsta. (Seligman, 2022)

Seligman defineerib PERMA blokke nii: (Seligman, 2022)

- Positiivset emotsiooni saab suurendada näiteks: mineviku kogemuste kohta, praeguse olukorra kohta ning tuleviku kohta. Positiivse emotsiooni suurendamine on piiratud inimese võimega kogeda positiivseid emotsioone ning ainsa meetodina ei ole piisavalt tõhus.
- Kaasamises inimene rakendab oma oskusi näiteks tööülesannete täitmiseks ning sellel ajal inimesel kaob eneseteadvus ja ajataju. Sellisel hetkel oskused on piisavad ülesande täitmiseks ning ülesande enda täitmine on auhinnaks.
- Suhted on üks suurimaid heaolu mõjutajaid, kuna inimesed on sotsiaalsed olevused. Suhted mitmekordistavad olemasolevaid positiivseid või negatiivseid tundeid. Tunne, et inimene on teise inimesega ühenduses tekitab elule eesmärgi ja mõtte. Üksteise toetamine sellises ühenduses kõige paremini aitab kui inimesel on madal tuju.
- Tähendust suurendab kui inimene tunneb, et kuulub mingisse gruppi, mis on enam kui tema ise. Sellisteks gruppideks võivad olla asutused, pere, usk jne.
- Saavutuse tunnet mõjutab olukord kui inimene tehes midagi on saavutanud mingit tulemust. Tulemus iseenesest ei tähenda, et peab olema positiivne, aga mingi tegevusse käigus tulemuse saavutamine tekitab positiivse tunde.

Majandusliku olukorra paranemine kui inimene on vaene tõstab märgatavalt selle isiku heaolu. Kui inimese majanduslik olukord on piisav kõikide esmatarbe kaupade ostmiseks ja kodu omamiseks siis majanduslik kasv vähesel määral mõjutab heaolu. Mida kõrgem on inimese majanduslik olukord seda suurem tähtsus heaolu kujunemisel on suhetel, tööga rahul olemisel ja tähendusel. (Seligman, 2022)

Füüsiline heaolu säilib kui inimene on võimeline igapäevastest tegevustest maksimum võtta. Kui inimesel tekib igapäeva tegevusi täites liigne väsimus ja stress siis füüsiline heaolu langeb. Puudega inimese puhul aidata võiks enese eest hoolitsemine ning enda olukorra teadvustamine. (Australian National University, 2022)

Tuginedes heaoluteooriale saab paremini mõista kriisiteooriat. Kriisiteooria tugineb inimese heaolu tasakaalule ning pakub lahendusi kuidas säilitada see tasakaal. Järgmises peatükis seletatakse lahti mis on kriis ning seletatakse lahti kaks kriisisekkumise mudelit.

1.4 Kriisiteooria olemus ja etapid

Varasemates kriisi kontseptsioonides kriisi hetke vaadeldi kui inimese tasakaalust välja langemisena. Inimese tasakaalust välja langemine tähendas aga seda, et inimene ei ole võimeline toime tulla uute sündmustega. Uuemates kontseptsioonides, nagu näiteks Robertsi kriisisekkumise mudelis kriisi vaadeldakse kui protsessi, mille käigus inimene uutes olukordades kasutab varasemaid teadmisi, saab uusi teadmisi ning õpib uue olukorraga toime tulema. Kui inimese katsed kasutada varasemaid teadmisi uues olukorras ning uue olukorraga kohanemine kukuvad läbi, siis inimene satub aktiivsesse kriisi faasi. Aktiivse kriisi faasis inimene tunneb tugevaid emotsioone, mis võivad muutuda füüsilisteks valudeks. Roberts täiendab Caplani väidet, et aktiivse kriisi periood kestab neli kuni kuus nädalat sellega, et tegemist on organiseerimatuse perioodiga. Organiseerimatuse perioodis on tähtis, et inimene saaks ise või teiste abiga paremini hakkama, kuna läbikukkumisel kriisis oleva inimese seisund võib viia tõsisemate raskusteni ja ootamatu käitumiseni. (Payne, 2005, lk 103-105)

Roberts on loonud seitsme tasandalise kriisisekkumise mudeli, kus on järgmised punktid: Kriisihinnangu kavandamine ja läbiviimine kus vaja koostada hinnang. Luua kiiresti suhe kus suhte loomiseks on vaja tõelist austust üksteise vastu ja vastuvõtlikust. Vaja selgitada ka välja kas

kohale tulnud inimene on see kes vajab abi või keegi selle inimese sotsiaalsest võrgustikust. Teha kindlaks peamised probleemid kus töötaja peab mõistma probleemi, et leida kriisi tekke põhjuseid. Tegeleda tunnetega ja emotsioonidega kus lisaks probleemi enda lahendamisele on vaja pöörata tähelepanu inimese tunnetele. Leevendades emotsionaalset seisundit inimesel on kergem probleemiga toime tulla. Luua ja uurida alternatiive kus vaja vaadelda eelnevaid inimese probleemi lahendamise meetodeid. Inimesega vaja suhelda nagu ta oleks oma probleemi ekspert, kellega koos analüüsida eelnevaid meetodeid ja millised võivad olla praegused lahendused. Tähtis on positiivsete olukordade esile toomine ja nende kinnitamine. Töötada välja ja koostada tegevusplaan kus tuuakse välja kuidas tegeleda sarnaste olukordadega, anda ülesandeid ebarealistlike uskumuste muutmiseks ja nende asendamiseks realistlikega. Jätkuplaani ja -kokkuleppe koostamine kus inimesele luuakse tunne, et kriisi olukorra tekkel ta saab naasta ning saada abi. (Payne, 2005, lk 106-108)

Teine populaarne kriisi kontseptsioon on Reidi ja Epsteinini ülesandekeskne juhtumitöö, kus igas juhtumis inimene koos töötajaga lahendavad probleemi. Selleks, et probleemi oleks võimalik lahendada inimene peab olema teadlik enda probleemist ning nõus enda olukorda muutma. Parim probleemi lahendus on selline, kus töötaja minimaalselt suunab inimest ning inimest ümbritsev tutvusringkond aitab probleemi lahendada. Ülesandekeskse juhtumitöö mudelit rakendatakse formaalsemates olukordades, kus on vähem sõbralikust ning rakendatakse töös, kus inimene vajab näiteks abi puude tekkest tingitud sotsiaalsete probleemide lahendamises. Sellisteks formaalsemateks probleemideks võivad olla: isikute vaheline konflikt, rahulolematuse enda sotsiaalsete suhetega, probleemid formaalsete asutustega, rolli täitmise raskused, suutmatus langetada otsust, ressursside puudus igapäeva elu toiminguteks ja aktiivne stress. (Payne, 2005, lk 108-115)

Selleks, et töötaja saaks aidata lahendada inimese probleemi töötaja peab mõistma inimese käitumist, uurides välja soove ning uskumusi. Inimese uskumused mõjutavad tema soove ning soovide täitmise lahendamise viise. Inimese suhted teda ümbritsevate inimestega muudavad uskumusi. Uskumuste muutmiseks suhte käigus töötaja peab: aitama inimesel aru saada kui õiged tema praegused uskumused on, aidata anda ülevaade piiratud uskumuste mõjust ja nende ulatusest, aidata leevendada pingeid kahe vastastiku uskumuse vahel. Peale inimese uskumuste mõistmist on vaja luua hinnang, kus selgitatakse välja tegevuse täitmiseks vaja minevaid nõudeid, millised

takistused võivad esile tulla ning millised on piirangud mida ei saa muuta. (Payne, 2005, lk 108-115)

Reid tõi välja millises järjekorras ja mida peaks tegema hinnangu probleemi täpsustamise faasis: tuvastada võimalikud probleemid, leppida kokku kuidas esialgselt põhiprobleeme vaadelda, vaidlustada lahendamatu probleeme, tuua välja lisaprobleeme vastavalt teada saadud soovidele, vajadusel kaasata teisi töötajaid, juhul kui inimest sunnitakse kohale tulla siis koostöös hinnata miks inimene tuleb, uurida välja kus ja millal tekivad probleemid, soovituslikult kirjalikul viisil täpsustada probleemi, uurida probleemide taseme selged lähtejooni ning otsustage milliseid muudatusi soovitakse. Doel ja Mars kirjutasid mida on vaja teha lepingu koostamise faasis: Leppida kokku koostöös ja tuua välja üks või mitu kliendi probleemi, jagada probleemid tähtsuse järjekorras, määratleda soovitud tulemus, koostada esimesed ülesanded, leppida kokku kui tihti kohtuda ning kui pikk on kohtumine, Reid lisab, et eelistab suulisi lepinguid kuna nad tekitavad vähem pinget. Ülesande planeerimises on Reidi sõnul vaja: leida alternatiivseid ülesandeid, teha kokkulepe, kavandada kuidas ülesanne ellu viia meetodeid ja teha ülesandest kokkuvõte. Ülesande elluviimise faasis on vaja: luua salvestamise süsteem kui tegemist on korduvate või raskete tegevustega, leida strateegia ülesande elluviimiseks, leppida millised stiimulid võivad ülesande lõpetada, luua motivatsioon inimesele aidates ülesandest aru saada ning tuua välja kuidas selle täitmine võib teda aidata, õppida vajalikke oskusi läbi olukordade simuleerimise, analüüsida takistusi ning neid eemaldada, planeerida kuidas töötaja võtab ülesande täitmisest osa. Enne lõpufaasi töötaja peab tegelema ka enda ülesannetega: töötama inimestega kes on seotud abivajajaga määrata milliseid preemiaid saab inimene kui edukalt saab ülesandega hakkama, töötaja ja abivajaja peavad koos vaatama üle saavutatud tulemusi. Lõpufaasis töötaja ja abivajaja peavad: arutada milline probleem oli ja milline on nüüd ning määrata kas arutatav probleem oli kõige tähtsam, hinnangud kõikidelt osapooltelt, planeerida tulevikku, vajadusel leida veel probleeme kui olukord pole lõplikult paranenud, määrata millal võib jätkuda, liikumine pikaajalise taastumisele või uus kokkusaamine kui vaja kontrollida saavutatud tulemuse säilimist, vajadusel pöörduda teiste asutuste poole abi jaoks. (Payne, 2005, lk 108-115)

Teoreetilises raamistikus seletati lahti mitmeid alapeatükke. Esimeses alapeatükis seletati lahti mis on puue ning liikumispuue. Puue tähendab, et inimesel on teatud füüsilised ja/või vaimsed piirangud. Liikumispuue on piirang mille tõttu inimene ei saa liikuda ilma abivahendita ning vajab

kohandatud keskkonda. Liikumispuuet võivad põhjustada füüsilised traumad ja erinevad haigused. Teises alapeatükis seletati kuidas ühiskond läheneb puudega inimese juurde. Varem puudega inimese poole lähenati negatiivselt ning tegeleti ainult meditsiiniliste teenuste osutamisega. Alates 1960. aastatest hakati nõudma, et ühiskond suhtuks puuetega inimestesse samamoodi nagu teistesse. Hakati lisaks meditsiinilistele teenustele rohkem pöörama tähelepanu sotsialiseerimisele, keskkonnale.

Heaolu teooria alapeatükis seletati, et heaolu koosneb mitmest erinevast osast ning kõikidel inimestel on erinev arusaam heaolust. Heaolu saavutamiseks on tähtis, et inimene tunneks rõõmu kui on suhtes, tehes mingit tööd, saavutades oma tegevustega midagi ning kuulub gruppi. Kriisiteooria alapeatükis on kirjas, et kriis ei ole lihtsalt inimese vaimne tasakaalust välja viimine, vaid ka varasemate teadmiste rakendamine uues olukorras. Kui inimese teadmised on ebapiisavad olukorra lahendamiseks, siis ta satub kriisi ning vajab abi.

Kriisi lahendamiseks on kaks meetodit: ühes puudub kindel struktuur ning on vähem formaalsusi, teises on rohkem formaalsust ning kindlad reeglid ja ülesanded. Teoreetilise raamistiku peatükk aitab luua arusaama kuidas suhtuti varem puuetega inimestesse, mis on puue ning millised teooriaid rakendatakse, et neid aidata.

2 LIIKUMISPUUDEGA SEOTUD PROBLEMAATIKA

Liikumispuudega seotud problemaatika peatükis räägitakse mis on traumajärgne kriisi seisund, selle mõju ja kuidas kriisiga toime tulla. Kuidas liikumispuue muutis heaolu ning kuidas heaolu on võimalik paremaks muuta. Selgitatakse välja millised on probleemid füüsilises ligipääsetavuses. Kuidas puue mõjutab sotsiaalset kontakti teistega? Millised teenused ja toetused on liikumispuudega inimestele kättesaadavad.

2.1 Liikumispuude põhjused ja trauma mõjud

Sagedasem trauma, mis toob endaga kaasa liikumispuude on liiklusõnnetus. Roots 1995-2001 tehtud uuringus tuldi järeldusele, et 10% kergete vigastustega inimesi saavad liikumispuude (Malm, Krafft, Kullgren, & Ydenius, 2008). Liikumispuuet põhjustas sagedamini lülisamba kaelaosa ning ülemiste ja alajäsemete kahjustused (Malm, Krafft, Kullgren, & Ydenius, 2008). Liiklusõnnetus võib inimesel tekitada posttraumaatilise stressihäire, mis esineb umbes 30% inimestest peale ühte kuud kui liiklusõnnetus on toimunud (Beck & Coffey, 2007). Posttraumaatiline stressihäire tavaliselt väljendub traumaatilise kogemuse järjekordses üleelamises, olukordade vältimises mis meenutavad trauma kogemust ja depressioonina või tuju langusena (Beck & Coffey, 2007). Lisaks posttraumaatilise stressihäirele liiklusõnnetust kogenenud inimestest 69% taluvad kroonilist valu, mis vähendab tegutsemisvõimet ning heaolu (Beck & Coffey, 2007).

Teraapiad mis võivad aidata inimest kes on kogenud liiklusõnnetust: (Beck & Coffey, 2007)

1. Kognitiivkäitumuslik teraapia - Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, ja Fennell nimetavad teraapia ülesanneteks: muuta inimese negatiivseid hinnanguid traumale ja selle tagajärgedele, vähendada trauma taaskogemist triggerite tõttu ja vähendada probleemset käitumist.
2. Toetav psühhoteraapia – Blanchardi uuringu järgi teraapia on keskendunud inimese traumakogemuse normaliseerimises võrreldes teiste varem kogetud traumadega. Selline teraapia aitas 48% juhtudel.

Kukkumised on teine sagedasem trauma mis tekitab liikumispuuet. Aastal 2010 tehtud uuringus selgus, et tahtmatu vigastuste seas puuet tekitas 80% puhul justnimelt kukkumine. Liiklusõnnetused ei ole selles uuringus arvesse võetud ning uuriti inimesi kes on vanemad kui 50a ning kes ei ela heaoluriikides. Peamisteks põhjusteks on: kodus olevad libedad põrandad ja halb valgustus, ning avaliku keskkonna eripärad, nagu halb ehitusprojekt ja ebatasased kõnniteed. Lihtsam viis kukkumiste ennetamiseks oleks tasakaalu, vastupidavuse, painduvuse ja jõu treeningud. (Williams, et al., 2015)

Vettehüpped pea ees on neljas peamine seljaaju vigastuste põhjus meeste ja viies naiste seas. Iga kolmas selline õnnetus toimub randades kus jookstakse lainete suunas ja siis hüpatakse. Suurimaks riskigrupiks on noored, kes hüppavad vette basseinides, randades, jõgedes ja muudes veekogudes kus on oht tabada maapinda. Herdon Murray pakkus probleemi lahendamiseks hüpata ette jalad ees, mis kümne aasta jooksul vähendas seljaaju vigastusi kaks korda. Murray lisas, et Jaapanis kooli ujumise tundides pea ees hüppamine oli keelatud, mis omakorda viis seljaaju kahjustuste arvu nullilähedani. (Murray, 2015)

Aastatel 2003 ja 2004 USA-s tehtud uuringus selgus, et tööõnnetused põhjustasid puuet kõige rohkem 51 kuni 61 aastaste meessoost tööliste seas. Tööõnnetused põhjustasid puuet 15,3% inimestest vanuses 51 kuni 61 aastat. Nooremate seas see protsent oli 6,1%. Tõenäosus, et puue tekkis luu- ja lihaskonna ning sidekudede vigastustest on 78,3%. Puudega meeste hulk mille põhjustas tööõnnetus on 24,2% ning naiste hulk 10,6% vanusegrupis 51 kuni 61 aastat. (Robert T. Reville, 2003/2004)

Liikumispuude põhjuste ning selle tagajärjel tekkinud trauma lahti seletamise abil saab paremini mõista kuidas täpsemalt puue mõjutab inimese heaolu ja toimevõimekust. Järgmises peatükis seletatakse lahti toimevõimekuse mõiste ning kuidas puue mõjutab seda. Lisaks tuuakse välja kuidas puue mõjutab heaolu.

2.2 Erivajaduste võimalik mõju inimese toimevõimekusele ja heaolule

Toimevõimekus on inimese võime iseseisvalt analüüsida enda ümber toimuvat ning tehes järeldusi arendada enda käitumist, mõtlemist ja elukorraldust. Bandura sõnul toimevõimekuse arendamiseks inimesel on vaja: kavatsust muutuda, käituda sellisel viisil mis ei kahjusta arengut,

oskust leida toimivaid meetodeid ja juhtida ennast nende elluviimiseks ning eneseanalüüsimis oskust. Heaolu on seisund, kus inimene on saavutanud elamisväärse elu ning igapäevaelus leidnud võimalusi kuidas tulla hästi toime. Selleks, et parandada inimese toimevõimekust ja lõpuks heaolu on vaja lisaks inimese enda soovidele ka väliskeskkonna tegureid ja positiivseid suhteid inimestega. Rehabilitatsioonis on tähtis, et inimese ja spetsialisti vahel tekkiks partnerlus, kus mõlemad teevad koostööd ühise eesmärgi saavutamiseks. Selleks, et partnerlus oleks edukas peab olema täidetud kolm punkti: üksteise mõistmine, usk üksteise väärtuslikkusse ja üksteise eest hoolitsemine. (Narusson, 2019)

Erivajadus mõjutab negatiivselt inimese toimevõimekust sellisel moel, et inimesel langeb tuju ning tekib depressioon. Kergel kujul erivajadus mõjutab vaimset tervist umbes samal tasemel kui raskemal kujul erivajadus ning ei sõltu vanusegrupist. Tööealistel inimestel aga suurem risk langeda depressiooni diskrimineerimise tõttu, kuna nendel on palju laiem sotsiaalne võrgustik kujunenud. Noorematel ja vanematel vanusegruppidel need võrgustikud on väiksemad. (Namkung & Carr, 2020)

Aastal 2006 tehtud uuringus saadi tulemuseks, et puudega inimeste heaolu tugevalt sõltub nende sotsiaalsest võrgustikust ja riigilt saadavalt toetustest ja pensionitest. Heaolu väheneb kuna puudega inimeste vähene võimekus ei lase osaleda tööturul. Tööhõive määr tööealistel puudega inimestel on 14%. Tööturul mitteosalemine vähendab sissetulekut, mis omakorda ei võimalda vaatamata soodustusele soetada abivahendit nii, et eelarvesse ei tekiks auk. Vähene võimekus nõuab eluaseme ümberkorraldamist ja kõrvalist abi. Kui puudub võimalus saada kõrvalist abi siis heaolu veelgi väheneb. Alates 16 kuni 74-aastates puuetega inimestest kolmandik elab üksi ning nendest 15% ei saa mingit abi sotsiaalsest võrgustikust. (Masso & Pedastsaar, 2006)

Saades teada mis on toimevõimekus ning heaolu saab täpsemalt mõista ligipääsetavuse probleeme liikumispuudega inimesel. Järgmises peatükis räägitakse lahti mis on ligipääsetavus ning milliseid lahendusi rakendatakse probleemi lahendamiseks. Samuti saab näha milline seos on ligipääsetavusel koos heaoluga ja toimevõimekusega.

2.3 Füüsiline ja sotsiaalne ligipääsetavus

Ligipääsetavus on inimese võime loodud keskkonnas saada ligi taristule, infole ja kommunikatsioonile. Tegemist on laia mõistega kuna erinevad puudeliigid tekitavad inimestel erinevaid vajadusi ligipääsetavuse osas. Selleks, et tagada kõikidele inimestele ligipääsetavus kaasaegses ühiskonnas on loodud universaalsisain. ÜRO defineerib universaalsisaini kui keskkonna, informuimi ja toodete jms teenuste loomist sellisel viisil, et neid oleksid võimelised kasutama kõik ühiskonna liikmed. (Epikoda, 2022)

Tulenevalt liikumispuude mõistest võib eeldada, et kõige rohkem saab kahjustada inimese füüsiline ligipääsetavus. Samas puudeta inimeste poolne puudehalvustamine võib takistada puudega inimeste sotsiaalset ligipääsetavust. Selline halvustamine väljendub stereotüüpses mõtlemises, allasurumises, kuritarvitavas käitumises ja institutsionaalse diskriminatsioonina. Puudehalvustamine mõjutab ka füüsilist ligipääsetavust ja väljendub näiteks selles, et ühiskond ei näe mõtet kaasavas planeerimises kuna puudega inimestel on olemas nende jaoks mõeldud kohad. Diskrimineerimine samuti võib väljenduda alateadlikult, kui näiteks puudeta inimene kasutab puudega inimese parkimiskohta kuna tegemist ainukese vaba kohaga mis on mugavalt kättesaadav. Puudega inimene aga nähes, et sobivat parkimiskohta tema jaoks pole suure tõenäosusega naaseb tagasi koju. (Council of Europe, 2022)

Ligipääsetavuse rakkerühma aruandes tuldi järeldusele, et enne 1993 aastat ehitatud hoonetel on raskesti lahendatavad füüsilise ligipääsetavuse probleemid, kuna näiteks paljulevinud 5-korrulistes kortermajades puuduvad liftid ning piisav ruum nende paigaldamiseks. Peale 1993 aastat ehitatud hoonete planeerimisel on aga vähe tähelepanu pööratud füüsilisele ligipääsetavusele, kuigi rohkem kui enne 1993 aastat ehitatud hoonetes. Peamiseks probleemiks hoonete ehitamisel on kõikide eri sihtrühmade ligipääsu ja kasutajamugavust reguleerivate nõuete puudumine ning ühiskonna vähene teadlikus puudega inimestest. Asula sisestel teedel on olemas ligipääsetavuse nõuete määrus, mis aitab uutel teelõikudel luua võrdse ligipääsetavuse kuid on raskesti rakendatav varem ehitatud teedel. Väljaspool asulaid puuduvad kohustuslikud ligipääsetavusenõuded, kuid kohalikud omavalitsused võivad muuta määruse kohustuslikuks. Peamiseks probleeme tekitavaks asjaoluks teetaristu loomisel on endiselt autoga liiklejate vajaduste suurem prioriteet, kuna ruumi puuduse korral pigem vähendatakse autota liiklejale mõeldud ruumi. Rakkerühm pakub enne 1993

a ehitatud hoonetel korrigeerida trepiastmeid ja sissepääsu hoone trepikotta nt panduse abil, teha teekond vabaks näiteks jalarestidest, teha pind vähem libisemaks, ukсед peavad olema avatavad ühe käega, liftid tehtud laiemaks. Uuematel hoonetel eelmainitud lahendused peavad olema projektis ning lisaks sellele fonolukud peavad olema 1,3m tasemel ning varustatud olema audiovisuaalse funktsiooniga, lift peab olema kõikides majades kus on kolm ja enam korruseid. (Ligipääsetavuse rakkerühm, 2021)

Nähes millised sotsiaalsed ning füüsilised takistused tekkivad liikumispuudega inimestel võib eeldada, et selle probleemi lahendamiseks kasutatakse erinevaid meetodeid. Peatükis sai räägitud millised seadusandlikud muutused on rakendatud ning millised soovitusel on tehtud olukorra parendamiseks. Järgmises peatükis kirjeldatakse millised meetodid eelmainitud probleemide lahendamiseks rakendatakse personaalsel tasemel.

2.4 Toetused, teenused ja toetavad võimalused liikumispuudega inimestele

Toetused puudega inimeste jaoks jagunevad vastavalt, millised toimetulekuraskused või piirangud on keskmise, raske ja sügava puudeastme puhul. Vanaduspensionistidele toetuste suurus on järgmised: 12,79 eurot, 26,85 eurot ja 40,91 eurot kuus. Tööealine isik võib saada toetust alates 16,62 eurost kuni 53,70 euronini kuus. Lapsevanem kellel on tuvastatud puue, saab toetust 19,18 eurot kuus. Õppetoetust 10 korda aastas alates 6,39 eurot kuni 25,57 eurot ning täienduskoolitustoetus 3 aasta jooksul kuni 613,68 eurot. (Sotsiaalkindlustusamet, 2022)

Puudega lapse, puudega pensionistide isiku ja puudega tööealise isiku toetused on mõeldud selleks, et tagada puudega inimese iseseisvat toimetulekut ning katta puudest tulenevaid lisakulutusi. Puudega lapsevanema toetus makstakse lapsevanemale kui tema laps õpib koolis kuni 19 eluaastani, et toetada õpinguid. Õppetoetust makstakse puudega õpilasele vastavalt koolis õppimisega seoses tekkinud lisakuludega ning täienduskoolituse toetus on mõeldud tasemeõppe koolituskulude hüvitamiseks. (Sotsiaalkindlustusamet, 2022)

Teenused, mida saavad liikumispuudega isikud:

- Riiklikud:

1. Taastusravi kasutatakse liikumispuudega inimese puhul selleks, et kohaneda puudega ning säilitada olemasolevaid funktsioone. Ravi abiga on võimalik töövõimet ja toimetulekut kas ambulatoorselt või statsionaarselt parendada. Statsionaarset ravi vajab liikumispuudega inimene vahetult peale kogetud traumad selleks, et stabiliseerida seisundit. Ambulatoorse ravi teenused, mida võivad liikumispuudega inimesed saada: füsioteraapia, psühhoteraapia seanss, raviujumisseanss, tegevusteraapia ja massaažiseanss. Kui teenus asub haigekassa tervishoiuteenuste loetelus ja on täidetud teatud tingimused siis haigekassa hüvitab teenuse kulusid. (Eesti Haigekassa, 2022)
2. Sotsiaalne rehabilitatsioon on teenuste kogum kus inimene aktiivselt võtab osa talle antud tegevustest. Tegevused millega peab tegelema aitavad inimesel õppida ja arendada igapäevaoskusi, osaleda ühiskonnas ja valmistada ette tööeluks arvestades inimese seisundit ja piire. Sotsiaalses rehabilitatsioonis on järgmised teenused: Tegevusteraapi teenus, Loovteraapi teenus, Sotsiaaltöötaja teenus, Psühholoogi teenus, Eripedagoogi teenus, Logopeedi teenus, Füsioteraapi teenus, Kogemusnõustaja teenus, Arsti teenus ja Õe teenus. Vastavalt inimese individuaalsele olukorrale ja probleemidele valitakse vajalikud teenused ning nende maht. Teenused võivad olla nii individuaalsed kui ka pere või gruppide jaoks. (Sotsiaalkindlustusamet, 2022)
3. Tööalane rehabilitatsioon – saab töötukassast, ning aitab puudega inimest tööeluks valmistuda ning toetab tööle asumisel ja töötamisel. (Töötukassa, kuupäev puudub)
4. Töötukassa lisaks pakub: (Töötukassa, kuupäev puudub)
 - 1) Töökoha kohandamist – kus osaliselt või täielikult hüvitatakse töökoha kohandamist vastavalt abivajadusele
 - 2) Tööalane abivahend – abivahend mida antakse tasuta, et inimene oleks võimeline sooritama talle püstitatud tööülesandeid.
5. Abivahendite loetelu mida saavad inimesed on kirjas sotsiaalkaitseministri määruse lisas. Abivahendi saamiseks peab olema tuvastatud puue või olema eriarsti tõend. Alaealised puudega lapsed saavad soodustust 90%, vanaduspensioniealised puudega isikud vastavalt olukorrale 40% kuni 90%, tööealised puudega isikud 40% kuni 90% ning 18 kuni 26 aastased õppivad isikud saavad 90% soodustust abivahendite soetamisel. (Sotsiaalkindlustusamet, 2022)

6. Puudega isiku kaart väljastatakse kõikidele puudega isikutele, et ametlikult tõendada oma puuet ja selle raskusastet. Sellise kaardi abil teenuste pakkujad saavad tõendi, et vastav isik kvalifitseerub soodsamale teenustele. Lisaks puudega isiku kaardile peab kaasas olema ka isikut tõendav dokument. (Sotsiaalkindlustusamet, 2022)
- Kohaliku omavalitsuse poolt pakutavad teenused: (Riigiportaal, 2022)
 1. Tugiisikuteenus – täisealise inimese/lapse motiveerimine, juhendamine ja iseseisva toimetuleku parendamiseks.
 2. Täisealise isiku hooldus – puudega täisealise inimese abistamine enda õiguste eest seismisel
 3. Üldhooldusteenus, kus puudega isikut abistatakse väljaspool kodu, näiteks hoolekandeesutuses.
 4. Koduteenus – täisealist isikut aidatakse igapäevatoimingutes kodus
 5. Isikliku abistaja teenus – puudega täisealise inimese abistamine igapäevastes toimingutes
 6. Varjupaigategenus – täisealisele inimesele ajutise öömaja võimaldamine
 7. Turvakoduteenus – lapsele või täisealisele inimesele ajutise eluaseme, turvalise keskkonna ja kriisiabi võimaldamine
 8. Sotsiaaltransporditeenus – puudega inimesele sobiva sõiduki kasutamise võimaldamine
 9. Eluruumi tagamine – sobiva eluruumi kasutamise võimaluse loomine inimesele või perele, kes seda ise pole võimeline tagama
 10. Võlanõustamisteenus – võlgnevus- ja toimetulekuprobleemiga inimese nõustamine võlgnevuste lahendamisel ja ennetamisel
 - Näited toetavatest võimalustest Eesti Invaspordi Liidu andmetel: Bowling, Boccia, Istevõrkpall, Kelguhoki, Kergejõustik, Koroona/Novus, Laskmine, Lauatennis, Ratastoolicurling, Ratastoolikorvpall, Ratastoolitennis, Sõudmine, Ujumine, ERT saalihoki. Need spordialad on korraldatud sellisel moel, et liikumispuudega inimesed võistlevad omavahel ning kasutavad erinevaid abivahendeid. (Eesti Invaspordi Liit, 2022)

Kui teoreetilise raamistiku peatükk fokuseeris teooriate ning puude mõiste seletamisele, siis problemaatika peatükis kirjutati millised probleemid on liikumispuudega inimestel praegu ning

millised on lahendused. Põhjuste ja trauma mõjude alapeatükist räägiti kui tihti tekitavad puude liiklusõnnetused, kukkumised, vette hüppamised ja tööõnnetused. Lisaks sai teada kui tihti inimestel kes elasid üle liiklusõnnetuse said PTSH ning mis neid inimesi võiks aidata. Toimevõimekuse ja heaolu alapeatükis seletati kuidas saadud liikumispuue mõjutab neid ning kui tihedalt need mõisted on omavahel seotud.

Ligipääsetavuse peatükis keskenduti Eestis olevatele probleemidele, mis vähendavad ligipääsetavust. Toodi välja lahendused vanade ehitiste jaoks ning millised uued nõuded peavad olema kui projekteeritakse midagi uut. Teenuste ja toetuste peatükis on loetelu milliseid toetusi annab välja riik ning kuidas teenused on jagatud Riigi, KOV-i ja erinevate teenuste pakkujate vahel.

Liikumispuudega seotud probleematika peatükis saab teada millised on jooksvad probleemid liikumispuudega inimestel ja nende probleemide lahendamise raskused. Lõpus on loetelu teenustest ja toetustest, mis praegusel hetkel on kasutuses Eestis, et lahendada liikumispuudega inimeste probleeme.

3 EMPIIRILISE UURINGU METOODIKA

Peatükis seletatakse lahti, millist metoodikat ja instrumenti kasutatakse. Peatüki abil saab teada, miks olid tehtud konkreetsed valikud autori arvates ning nende meetodite efektiivsus teiste allikate arvates.

3.1 Probleemi püstitus, eesmärk ja ülesanded

Probleemiks on teenuste kättesaadavus liikumispuuetega inimestele väljaspool suuremaid linnu nagu Tallinn ja Tartu. Selle tegelikkusest lähtuva probleemi tõi välja Eesti Puuetega Inimeste Koja ekspert, kui töö autor oli nimetatud asutuses sotsiaaltöö praktikal.

Lõputöö eesmärgiks on analüüsida trauma tagajärjel liikumispuude saanud inimeste heaolu ja toimevõimekust ning teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised uurimisküsimused:

1. Kuidas on traumakogemus ja liikumispuue mõjutanud vastajate heaolu?
2. Kuidas hindavad küsitletavad oma toimevõimekust ajas ja kui teadlikud on inimesed neile kättesaadavatest teenustest?
3. Milline on ligipääsetavus teenustele ja kasutajate rahuolu teenuste kvaliteediga?
4. Kuidas seostuvad uuringu tulemused kriisi- ja heaoluteooriaga?

Peatükis sai räägitud töö lahendatavast probleemist, ülesandest ja eesmärgist. Järgmises peatükis kirjeldatakse lahti, millist metoodikat hakatakse kasutama ning milliste instrumentide abil. Lisaks põhjendatakse miks valitud meetodid on tõhusad.

3.2 Uurimismetoodika ja kasutatav instrument

Uuringu koostamisel kasutatakse kombineeritud uurimismetoodikat, mis tähendab, et kasutatakse struktureeritud küsimustega koostatud küsimustikku ning lisaks nendele ekspertintervjuud. Struktureeritud küsimused kvantitatiivses uuringu osas aitavad saada konkreetseid vastuseid ja mõõta tulemusi ning koostada statistikat. Kvalitatiivne uuringu osa aitab seletada ja seoseid luua kvantitatiivse uuringu tulemustega. Kvantitatiivne uurimismetoodika aitab leida põhjus-

tagajärgede seoseid ning näidata kui oluline on konkreetne probleem (Õunapuu, 2014, lk 54-56). Kvalitatiivse ja kvantitatiivse uurimismetoodikate kombineerimine aitab luua paremaid tulemusi tasakaalustades üksteist (Better Evaluation, kuupäev puudub).

Kvantitatiivse uuringu läbiviimise instrumendiks on Google Forms-i abil koostatud ankeetküsimustik. Mainitud instrument valiti uuringu läbiviija poolt sellepärast, et: digitaalsete küsimustike koostamine võtab vähem ressursse, kergesti edasi saadetak, täitja nutiseadme või arvutiga saab kiirelt ankeeti täita, tulemus on koostajale koheselt nähtav, tulemusi on kerge muuta statistikaks ning analüüsida, kerge tagada anonüümsust. Küsimustel saab valida ainult ühte varianti ning esialgsed tulemused on sektordiagrammide kujul. Andmete analüüsiks kasutatakse Microsoft Excel rakendust, et oleks võimalik analüüsida andmeid elukoha, soo ja ea järgi. Saadud tulemusi analüüsitakse kirjeldava statistika kujul ning tuuakse välja probleemsed valdkonnad. Lisaks uuritakse kui negatiivselt üle elatud trauma mõjutas heaolu, kuidas muutus toimevõimekus, kas oli vajadus kriisiga toimetulemiseks pöörduda psühholoogi poole ja kas saadud abi oli tõhus. Tulemused väljendatakse arvude ja protsentidega, tõlgendatakse ja leitakse seoseid nii vastuste kui teoreetiliste alustega.

Intervjuu teemad ekspertidele koostatakse tulenevalt kvantitatiivse uuringu tulemuste parema tõlgendamise- ja -analüüsi vajadusest, et saada tervikpilt ja vastused uurimisküsimustele. Intervjuude teemad analüüsitakse sisuliselt, otsides seoseid kvantitatiivse analüüsiga, otsitakse erinevusi, sarnasusi ja üldistusi.

Saades teada millist metoodikat ja instrumente kasutatakse ning nende eeliseid, on võimalik paremini autori analüüsi mõista. Selleks, et analüüsi oleks võimalik lõplikult mõista kirjeldatakse järgmises peatükis uuringu valimit ja seletatakse kuidas tagatakse anonüümsus.

3.3 Valim ja anonüümsuse tagamine

Uuringu läbiviimiseks oli uuringu link saadetud Eesti Puuetega Inimeste Koja juhi poolt antud allasutuste juhtidele. Kuna teemaks tuli „Teenuste kättesaadavus trauma tagajärjel liikumispuude saanud inimestele“ siis ankeetküsimustik saadeti inimestele, kes on liikumispuude saanud peale traumad. Valim koosnes neljast suurest gruppist: tööelistest (I grupp 18-30a, II grupp 31-45a, III grupp 46-64a) ja vanaduspensionistidest (IV grupp). Grupid I ja II loetakse nooremateks

vanusegruppideks ning grupid III ja IV loetakse vanemateks gruppideks. Enne seda jaotatakse inimesed elukoha järgi- Suures asulas, Väikses asulas, Väljaspool asulaid. Need omakorda jagunevad meesteks ja naisteks, ning alles siis toimub jagunemine viieks ea grupiks. Uuring on üleriigiline, nagu soovis Puuetega Inimeste Koda. Kõikidel gruppidel on sarnane ankeetküsimustik ning küsimustik saadetakse nendele, kes on Eesti Puuetega Inimeste Koja andmebaasis. Kes oli nõus vabatahtlikult uuringus osalema vastasid küsimustikule. Anonüümsus tagatakse sellega, et Eesti Puuetega Inimeste Koja töötajad ei saa teada, kes olid nõus vastama uuringule kuna polnud valitud väike grupp kes saavad küsimustikku täita. Uuriija tasemel anonüümsus on tagatud sellisel viisil, et iga vastaja ei vasta oma nime alt. Lisaks tulemustes on näha ainult vastanute arvu ning puuduvad avatud küsimused, mille abil saaks tuvastada isikut. Samuti uurija ei kogu vastajate e-posti aadresse.

Uuringu läbiviimiseks loodi kontakt erinevate Eesti Puuetega Inimeste Koja allasutustega ning partneritega. Kontakt loodi esialgu meili teel, kus kirjeldati uuringu üldine eesmärk, läbiviija tutvustus ning lisati Google forms-i ankeetküsimustiku link. Kinnitamaks, et asutused said meili kätte uuringu läbiviija on helistanud kõikidele allasutuste ja partnerite juhtidele. Kokku 18 asutusega 25-st oli võimalik luua kontakti ja veenduda, et nad said uuringu lingi kätte. Näitena võiks tuua välja selliseid asutusi nagu: Võru Ratastooliklubi invaspordiklubi, Viljandimaa Invaühing, Jõgevamaa Puuetega Inimeste Koda.

Ekspertintervjuudele vastajaid oli kaks, nendeks valiti liikumispuudega isikuid, kes oma tööga üritavad aidata teisi liikumispuudega inimesi. Vastajad on anonüümsed, nad kodeeritakse vastavalt - E1 ja E2. Intervjuu eelis on see, et on võimalik otse suhelda sihtgrupiga ning saada konkreetsemaid vastuseid küsimustele, võrreldes statistikaga (Clements, 2022). Intervjuud tehti Microsoft Teams rakenduse abil videokõne vormis. Intervjuud olid läbiviidud: E1-ga 12.04.2023 ning E2-ga 14.04.2023. Iga intervjuu puhul autor lindistas intervjuu, et koostada transkriptsiooni. Intervjuude vastused analüüsiti, kasutades sisuanalüüsi. Transkriptsiooni abil autor lõi seoseid kvantitatiivse uuringuga ning tõi välja iseloomulikud tsitaadid. Iseloomulikud tsitaadid tuuakse välja jutumärkides ning kaldkirjas.

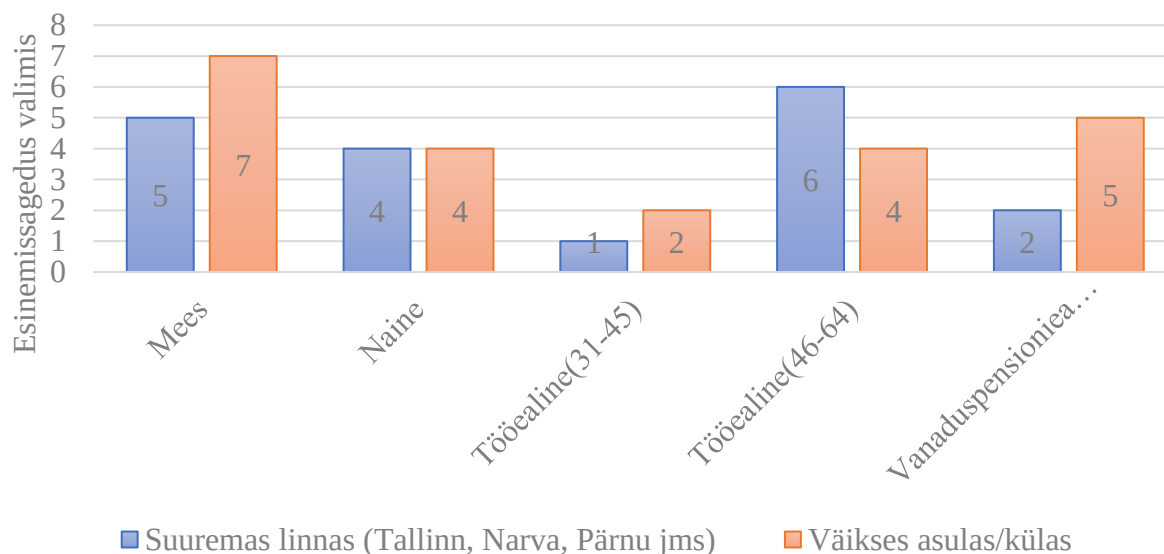
.

4 EMPIIRILISE UURINGU TULEMUSED JA ANALÜÜS

Selles peatükis tuuakse välja uuringu tulemusi ning seletatakse lahti kuidas tulemused aitavad kirjeldada mõju heaolule, toimevõimekust ajas ning teenuste kvaliteeti. Uuring oli saadetud läbi Eesti Puuetega Inimeste Koja üksuste ning allasutuste kaudu üle Eesti. Lisaks küsitluse tulemuste põhjal tehtud intervjuude abil selgitatakse küsitluse tulemusi.

4.1 Ülevaade üldandmetest

Küsitlusele vastas 20 inimest ning vastanute osakaalud on välja toodud alloleval joonisel Joonis 1. Valimi kirjeldus.



Joonis 1. Valimi kirjeldus

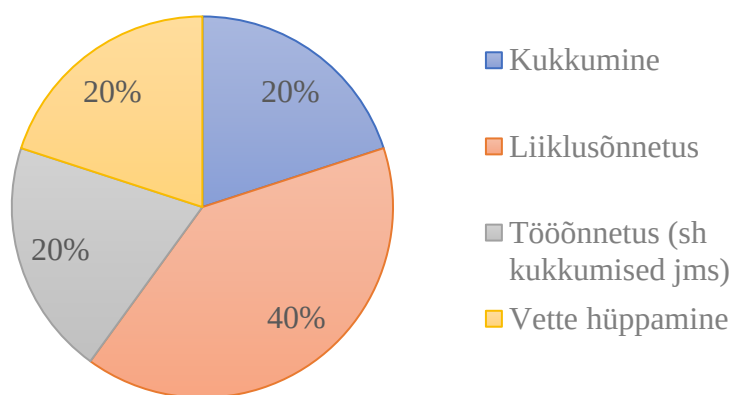
Suuremates asulates elas vastajate seas peaaegu võrdselt nii mehi kui naisi ning väiksemates asulates enamus vastajaid olid meessoost. Üldiselt mehi oli vastajate rohkem kui naisi. Tööealised vastajad (II) elasid enamasti väikestes asulates ja suuremates asulates neid oli vähe. Kõige enam oli vastajaid (III), kellest enamus elas suuremates asulates ning väiksemates asulates. Enamuselt teisel kohal olid (IV), kellest enamus elas väiksemates asulates ning suuremates asulates elas vähemus sellises eas vastajat.

Saadud tulemustest võib järeldada, et tööelised enamasti elavad suuremates asulates, aga vanaduspensioniealised väiksemates asulates. Põhjus, miks tööelised (II) elavad enamasti väiksemates asulates võib olla selles, et vastajaid selles eas on vähe ning tulemused võivad anda vale ettekujutuse reaalsusest. Ea grupp (IV) elavad enamasti väiksemates asulates arvatavasti sellepärast, et olles nooremad said endale lubada maja soetamist või otsides odavamat elukohta ostsid odava korteri.

Peatükk rääkis uuringu üldandmetest ning andis üldise ülevaate tulemustest, mida järgmistes peatükkides Excel rakenduse abil hakatakse analüüsima. Järgmises peatükis räägitakse, kuidas traumakogemus ja liikumispuue on mõjutanud heaolu.

4.2 Traumakogemuse ja liikumispuude mõju heaolule

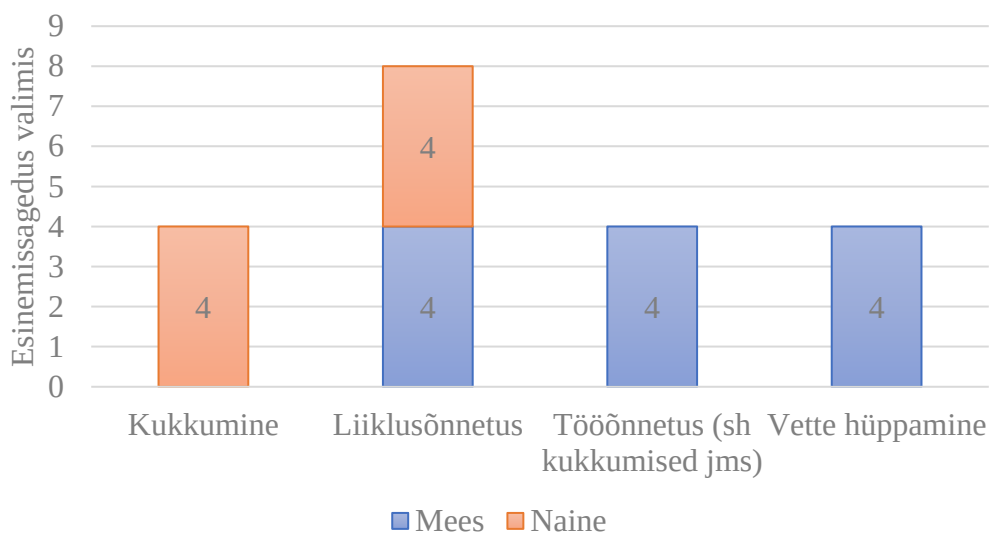
Heaolu muutuste välja selgitamiseks vastajatelt küsiti milline trauma tekitas neil liikumispuude ning Joonis 2. Liikumispuude tekitanud traumad näitab millised traumad kõige sagedamini tekitasid liikumispuude. Samuti küsiti kas vastajad said jätkata erialase tööga ning enamus vastasid eitavalt. Osaliselt said tööga jätkata ainult väike osa vastajatest ning said jätkata nagu varem vähemus vastajatest. Saadud traumakogemus väga mõjutas enamikke vastajaid ning osaliselt mõjutas osa vastajatest. Üle elatud kogemus ei mõjutanud ainult väga väheseid vastajaid. Liikumispuude mõju heaolule oli enamasti negatiivne üle poolele vastajatest ning väga negatiivne osale. Liikumispuue ei ole mõjutanud või on mõjutanud positiivselt mõlema puhul väga väikest osa vastajatest.



Joonis 2. Liikumispuude tekitanud traumad

Tulemustest võib järeldada, et üldiselt raskemad traumad nagu tööõnnetused ja liiklusõnnetused (kokku 60%) on sarnane vastajate hulgaga kes ei saanud jätkata tööga ning sarnane vastajatega keda väga mõjutas saadud traumakogemus. Saadud liikumispuue aga üldiselt mõjutab negatiivselt või väga negatiivselt vastajaid ning ei sõltu üle elatud trauma kogemusest ja trauma liigist. Huvitav on see, et mõningaid vastajaid saadud liikumispuue ei mõjutanud või mõjutas positiivselt. Sellist asjaolu tuleks küsida intervjuueeritavatelt.

Kui jagada saadud tulemusi soo järgi, siis saab järeldada Joonis 3. Trauma liik soo järgi, et kõige sagedamaseks liikumispuude tekitajaks naiste seas on kukkumised ja liiklusõnnetused. Meeste seas liikumispuude põhjused olid võrdselt jaotatud liiklusõnnetuse, tööõnnetuse ja vette hüppamise vahel. Tööga valdavas osas ei saanud jätkata mehed ning vähesel määral naised. Osaliselt said jätkata valdavas osad naised ning ainult üks mees. Jätkata erialase tööga said võrdselt nii mehed kui ka naised, mõlemaid. Üle elatud traumakogemus kõige enam on mõjutanud mehi (kaheksa) ja naisi (neli). Osaliselt on traumakogemus mõjutanud enamasti mehi (neli) ja naisi (kaks). Ei mõjutanud ainult üht naist. Saadud liikumispuue on väga negatiivselt võrdselt mõjutanud nii mehi kui ka naisi, mõlemaid kolm. Negatiivselt enamasti mehi (üheksa) ning naisi kolm. Ei mõjutanud või mõjutas positiivselt saadud liikumispuue ainult naisi, mõlemaid üks.



Joonis 3. Trauma liik soo järgi

Vaadates saadud tulemusi soo järgi võib näha, et naiste seas enamasti on liikumispuude põhjusteks vähem riskantsemad ja endast sõltuvad olukorrad nagu kukkumised ja liiklusõnnetused. Meeste seas on põhjusteks riskantsemad tegevused, mis suurema tõenäosusega võisid lõppeda ka surmaga nagu tööõnnetused ja vette hüppamised. Riskantsemate põhjuste tagajärjel on näha, et mehed enamasti ei saanud jätkata erialase tööga. Riskantsemad põhjused samuti avaldusid meeste seas suurema tõenäosusega saada PTSH kuna traumakogemus valdavalt mõjutas neid väga negatiivselt. Naisi keda väga negatiivselt mõjutas traumakogemus on enamasti üle elanud liiklusõnnetuse, mis tihti tekitab PTSH. Liikumispuue on mehi enamasti mõjutanud kas negatiivselt või väga negatiivselt kuna enamus mehi ei saanud jätkata erialase tööga. Naisi on saadud liikumispuue mõjutanud vähesel määral kuna pooled naissoost vastajad sai jätkata tööga osaliselt või täielikult.

Jagades tulemused vanusegruppide järgi on näha, et enamus kukkumise tulemusel liikumispuude saanud inimesed on (IV) grupist (kolm) ja (III) grupist (üks). Liiklusõnnetuste tulemusena enam sai liikumispuude (III) grupp (neli), (IV) grupp (kolm) ja (II) grupp (üks). Tööõnnetused olid sagedasemad (III) grupi seas (kolm) ja (IV) grupi seas (üks). Vette hüppamised põhjustasid võrdselt liikumispuuet nii (II) grupi kui ka (III) grupi seas, mõlemates kaks vastajat. Erialase tööga ei saanud enamasti jätkata (II) grupist (kolm), (III) grupist (kuus) ja (IV) grupist (viis). Tööga said jätkata ainult kaks (III) grupist ning osaliselt (III) grupist ja (IV) grupist kaks. Üle elatud traumakogemus väga mõjutas kõiki ea grappe, enamasti (III) grupist (kaheksa) ja (IV) grupist (neli), (II) grupi seas kogemus väga mõjutas ainult ühte vastajat. Osaliselt mõjutas enamasti (IV) gruppi (kolm) ja (II) gruppi (kaks). Osaliselt mõjutas ja ei mõjutanud ka (III) gruppi, mõlemas üks vastaja. Liikumispuude mõju oli väga negatiivne enamasti (III) grupi seas (neli) ja (IV) grupi seas (kaks). Negatiivselt mõjutas liikumispuue kõiki (II) grupi vastajaid (kolm), viis vastajat (III) grupist ning neli (IV) grupis olevat vastajat. Positiivselt mõjutas ühte (III) grupist ning ei mõjutanud ühte (IV) grupi vastajat.

Riskantsemate tegevustega, vette hüppamisega ja tööga, enamasti tegelesid nooremad kui said liikumispuude ning vanemad said enamasti liikumispuude kukkumiste tõttu. Liiklusõnnetustes osalesid kõik ea grupid ning enamasti vanemad inimesed. Tööealised (III) grupist üldiselt on kõikides riskantsemates tegevustes ja liiklusõnnetustes rohkem esile tulnud, kuna selles grupis on olnud ka rohkem vastajaid. Teised grupid on väiksemad või üldse pole esile toodud, seega ei saa tulemuste põhjal kindlalt väita, et (III) grupp on suurem liikumispuuet saav grupp.

Kõik ea grupid ei saanud enamasti jätkata erialase tööga peale liikumispuude saamist. Jätkata said ainult (III) grupist ning osaliselt (IV) grupi vastajad. Traumakogemus on väga mõjutanud enamasti (III) gruppi kuna see grupp on rohkem esile tulnud ka riskantsemates olukordades ning liiklusõnnetustes, võrreldes teiste ea gruppidega. Koos (III) grupiga on suur mõju traumakogemus avaldanud ka (IV) grupile, arvatavasti sellepärast, et peale kukkumist nad võisid pikka aega olla abitus seisundis enda kodus. Samuti liiklusõnnetuse üle elamine võib tihti olla traumeeriv. Vanaduspensioniealisi keda on kogemus osaliselt mõjutanud on eelmainitud olukordades arvatavasti saanud kodus varem abi ja/või tugevama närvikavaga näiteks liiklusõnnetustes. Väga negatiivselt ja negatiivselt on saadud liikumispuue mõjutanud kõiki ea gruppe, mis on loogiline kuna endine liikumisvõime on kaotatud ja pole võimalik samuti tegutseda nagu varem. Saadud liikumispuue on mõjutanud positiivselt ühte (III) grupi vastajat ning ei mõjutanud (IV) grupi vastajat. Põhjuse väljaselgitamiseks peaks küsima intervjuueeritavalt miks teatud ea gruppides vastati sellisel moel.

Saadud tulemuste põhjal võib väita, et üle elatud trauma ja saadud liikumispuue mõjutab inimese heaolu negatiivselt. Heaoluteooria järgi (Seligman, 2022) on igal inimesel enda arusaam heaolust, ning mõju on järgmine:

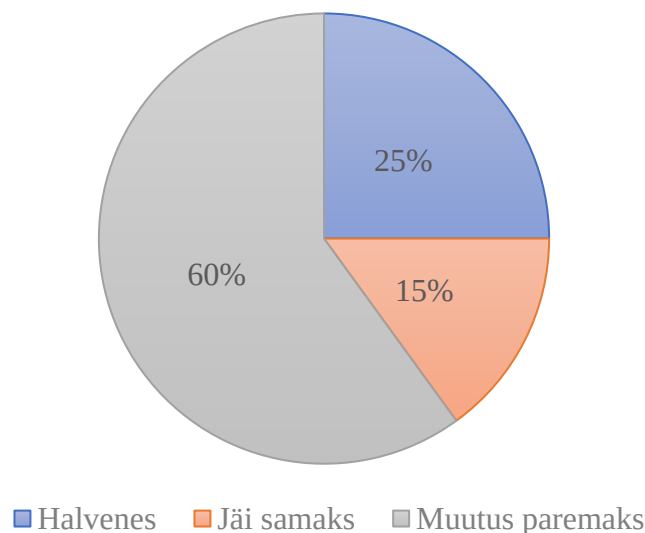
1. Üle elatud trauma ei tekita positiivseid emotsioone ning olukorra meelde tuletamine tekitab negatiivseid emotsioone. Saadud liikumispuue igapäevaselt tuletab meelde, et inimene enam ei saa liikuda nagu varem, mis samuti tekitab negatiivseid emotsioone.
2. Kaasamine on raskendatud kuna paljud vastajad ei saanud jätkata erialase tööga ning varasemate oskuste rakendamine on piiratud. Olukorrad kus saab aktiivselt tegutseda ning kaotada ajataju on vähenenud ning on suur tõenäosus, et aeg vähese tegevuse tõttu liigub aeglaselt.
3. Suhted vastajate seas on enamasti samal või osaliselt halvemal tasemel. Vastajad on Puuetega Inimeste Koja ühenduses või teistes ühendustes, mis võimaldab neil suhelda inimestega kellel sarnane olukord. Kuna vastajate seas puudusid nooremad ea grupid, siis on suur tõenäosus, et nad ei ole üldse mingites ühendustes ning on omaette.
4. Tähenduse tunne vastajate endi seas on suure tõenäosusega heal tasemel, kuna kuuluvad organisatsiooni, mis neid ühendab. Nooremad ea grupid tõenäoliselt ei kuulu sellistesse gruppidesse ja parimal juhul kuuluvad pere hulka, kes neid toetaks.

5. Saavutuse tunne vastajate seas on tõenäoliselt kõrge, kuna liikumispuue oluliselt raskendab igapäevaelu, seega igapäevane liikumine mööda elukohta, eriti väljaspool elukohta võib juba olla suureks saavutuseks.

Peatükk andis täpsema vaate vastajate heaolu muutustele ning mis võis põhjustada neid muutusi. Peatükis tuli üldiselt juttu toimevõimekusest ning kvaliteedist. Toimevõimekust ajas seletab täpsemalt lahti järgmine peatükk.

4.3 Toimevõimekuse muutus ajas ja teadlikkus kättesaadavatest teenustest

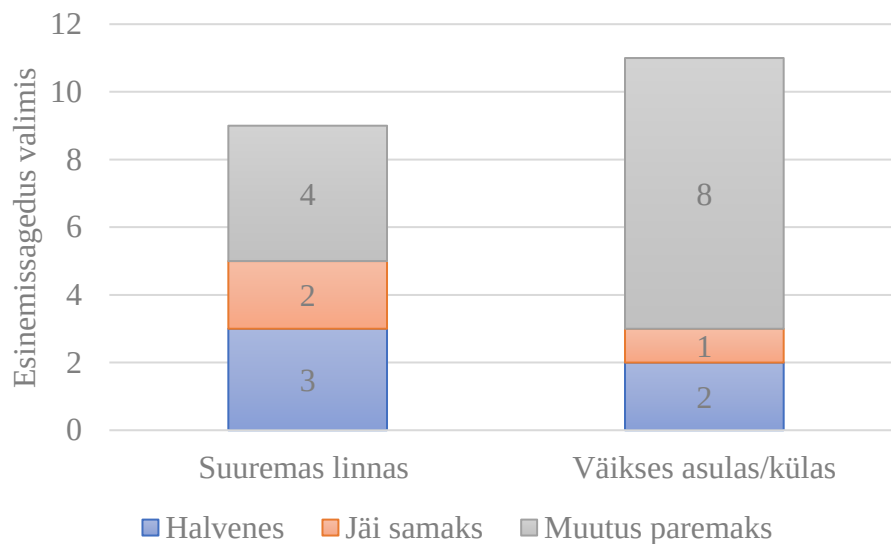
Vastajatelt küsiti kuidas nende toimevõimekus ajas üldiselt on muutunud, ning Joonis 4. Üldine toimevõimekuse muutus ajas näitab seda. Vastajate seas puudusid inimesed, kes ei teadnud neile kättesaadavaid teenuseid. Enamus vastajaid teadsid osa nendest ning kolmandik teadsid kõiki neile kättesaadavaid teenuseid. Vastajatelt samuti küsiti kuidas oli neile osutud teenus struktureeritud ning pooled vastasid, et teenusel oli kindel struktuur ja reeglid ning ülejäänud vastasid, et oli sõbralik keskkond ja puudus kindel struktuur. Kui vastajatelt küsiti millised olid nende ootused teenusele siis tulemused on vastupidised ehk pooled soovivad, et teenusel oleks sõbralik keskkond ning puuduksid kindlad reeglid.



Joonis 4. Üldine toimevõimekuse muutus ajas

Üldiste tulemuste põhjal on näha, et enamike vastajate seas on toimevõimekus ajas muutunud paremaks ning enamus tunnevad neile kättesaadavaid teenuseid. Kogemused teenuste struktuuriga ja ootused on aga pöördvõrdelised, mis otseselt ei tähenda, et kõik vastajad tahtsid teist teenuse struktuuri kogedes algul esimest struktuuri vormi. Võib eeldada, et tegu on kokku sattumusega ning ainult osa vastajatest ei jäänud rahule teenuste struktuuriga, mis võis negatiivselt mõjutada toimevõimekust. Arvatavasti isikute seas, kelle toimevõimekus ajas muutus halvemaks on rohkem vastajaid, kes kogedes esimest struktuuri tahtsid kogeda teist struktuuri.

Vaadates tulemusi Joonis 5. Toimevõimekuse muutus ajas elukoha järgi on näha, et enamus vastajaid kelle toimevõimekus on muutunud paremaks elavad väikestes asulates/külades. Teadlikus kättesaadavatest teenustes on suuremates asulates peaaegu võrdne ehk osa teab viis vastajat ning kõiki neli. Väikestes asulates aga tunneb kõiki teenuseid kõige vähem (kolm) ning on kõige rohkem neid kes tunneb osa nendest (kaheksa). Väikestes asulates enamus vastajaid ütlesid, et teenustel oli kindel struktuur (seitse) ning neli vastasid, et oli sõbralik keskkond ja puudus kindel struktuur. Suuremates linnades enamasti (viis) oli teenustel sõbralik keskkond ning puudusid reeglid ja kindel struktuur reeglitega oli neljal vastajal. Ootused nagu üldosas olid samuti pöördvõrdelised võrreldes kogemusega.



Joonis 5. Toimevõimekuse muutus ajas elukoha järgi

Elukohajärgsete tulemuste põhjal võib väita, et inimesed kes elasid väiksemates asulates kogesid rohkem teenuseid kus oli kindel struktuur ja reeglid ning selle tulemusena nende toimevõimekus on paranenud. Suuremates linnades inimesed enamasti kogesid sõbralikku keskkonda (viis) mis on võrdne nende inimeste arvu summaga, kelle toimevõimekus ajas on halvenenud (kolm) ja jäänud samaks (kaks). See näitab, et sõbraliku keskkonna struktuuriga teenuseid kogenenud inimeste toimevõimekus halvenes või jäi samaks. Samuti inimesed kes teadsid kõiki teenuseid suurema tõenäosusega kogesid sõbraliku keskkonnaga struktureeritud teenuseid. Kuna kogemused ja ootused struktuurile olid jätkuvalt pöördvõrdelised siis võib oletada, et toimevõimekuse muutus ajas asulate põhjal sõltub teenuse struktuurist, ehk kindlate reeglitega struktureeritud teenus aitab parandada ajas inimeste toimevõimekust. Saadud järeldusi ei saa kindla tõena vastu võtta valimi väikse mahu tõttu.

Vaadates toimevõimekuse muutust ajas soo ning elukoha järgi on näha, et suuremates asulates muutus ajas paremaks ainult meeste toimevõimekus (neli) ning halvenes ainult naistel (kolm), samaks on toimevõimekus aga jäänud meestel ja naistel võrdselt, mõlemal üks vastaja. Väiksemates asulates enamuste toimevõimekus muutus paremaks meeste seas oli viis ja naiste seas oli kolm. Halvenes mõlema soo puhul võrdselt, mõlemal üks ja jäi samaks ühel meessoost vastajal. Suuremates asulates kõiki teenuseid teadsid enamasti mehed (kolm) ning üks naine. Osa teenuseid tundsid enamasti naised (kolm) ja kaks meest. Väiksemates asulates enamus tundis ainult osa teenuseid, enamasti mehed (kuus) ja kaks naist. Kõiki teenuseid tundsid enamasti naised (kaks) ja üks mees. Suuremates asulates sõbralikku keskkonda kogesid enamasti mehed (neli) ning üks naine. Kindlat struktuuri kogesid aga enamasti naised (kolm) ja üks mees. Väikestes asulates elavad inimesed enamasti kogesid kindlat struktuuri ning mehi viis ja naisi kaks. Sõbralikku keskkonda võrdselt kogesid nii mehed kui naised, mõlemas kaks. Suuremates asulates kindlat struktuuri soovisid kolm meest ja kaks naist. Sõbralikku keskkonda aga võrdselt mehed kui ka naised, mõlemas kaks. Väikestes asulates enamus soovib sõbralikku keskkonnaga teenust kellest enamus mehi (viis) ja kaks naist. Kindlat struktuuri võrdselt soovisid nii naised kui mehed, mõlemad kaks.

Tulemused soo ja elukoha järgi näitavad, et suuremates linnades elavad mehed kogedes sõbralikku keskkonda on näinud enda toimevõimekuse paranemist ajas. Samas naised kogedes kindlat struktuuri on näinud ajas langust enda toimevõimekuses. Vaatamata tulemustele mõned mehed on

ikka soovinud kogeda kindlamate reeglitega teenust, samal ajal naistest ainult osa soovis vahetada esimest struktuuri teise vastu. Naiste valiku põhjuseks arvatavasti see, et nad teadsid osa teenuseid ning kogedes tundmatud teenust said teada midagi uut ning soovisid jätkata või teadlikult valida teise struktuuriga teenust. Mehed aga enamasti teades kõiki teenuseid olid valmis teenuse struktuuri kogema ja ei pidanud vajalikuks muuta teenuse struktuuri. Väiksemates asulates elavad mehed enamasti kogesid kindlate reeglitega struktuuri ja naised võrdselt sõbraliku keskkonnaga teenuseid kui ka kindlate reeglitega teenuseid. See vähesel määral negatiivselt mõjutas toimevõimekust ajas võrreldes suuremates linnades olevate vastajatega ning põhjuseks arvatavasti vähesem teadlikust kõikidest teenustest ja elu väiksemates asulates kus vaja rohkem iseseisvust. Vähesem teadlikus võrreldes suuremate asulatega samuti võis põhjustada ka suuremat soovi vahetada teenuse struktuuri vaatamata toimevõimekuse paranemisele.

Vaadates toimevõimekuse muutust ajas vanusegruppide ja elukoha järgi on näha, et suuremates linnades halvenes toimevõimekus enamasti (III) grupi seas (kaks) ja (IV) grupi seas (üks). Samaks on jäänud võrdselt (III) grupi ja (IV) grupi seas, mõlemas üks vastaja. Paremaks muutunud enamasti (III) grupi (kolm) seas ja ühel (II) grupi vastajal. Väiksemates asulates elavate toimevõimekus on halvemaks muutunud ainult kahel (IV) grupi vastajal. Samaks on jäänud ühel (II) grupi vastajal. Kõikides ea gruppides on toimevõimekus enamasti muutunud paremaks - täpsemalt (IV) grupis oli kolm, (III) grupis oli neli ja ühel (II) grupi vastaja. Suuremates linnades tundsid kõiki teenuseid enamasti (III) grupi liikmed (kolm) ja üks (II) grupi liige. Osaliselt tundsid teenuseid kõik (IV) grupi liikmed (kaks) ning teine pool (III) grupi liikmeid (kolm). Väiksemates asulates tundsid kõiki teenuseid kaks (IV) grupi liiget ja üks (III) grupi liige. Osaliselt tundsid teenuseid kolm (IV) grupi liiget, kolm (III) grupi liiget ja kaks (II) grupi liiget. Suuremates linnades kogesid sõbralikku keskkonda enamasti neli (III) grupi liiget ja üks (II) grupi liige. Kindlat struktuuri kogesid enamasti (III) grupi liikmed (kaks) ja kaks (IV) grupi liiget. Väiksemates asulates kogesid sõbralikku keskkonda enamasti (IV) grupi liikmed (kaks) ja (III) grupi liikmed (kaks). Kindlat struktuuri kogesid kolm (IV) grupi liiget, kaks (III) grupi liiget ja kaks (II) grupi liiget. Suuremates linnades soovisid sõbralikku keskkonda kaks (III) grupi liiget, üks (II) grupi liige ja üks (IV) grupi liige. Kindlat struktuuri soovisid aga neli (III) grupi liiget ja üks (IV) grupi liige. Väiksemates asulates soovisid sõbralikku keskkonda neli (III) grupi liiget ja kolm (IV) grupi liiget. Kindla struktuuriga teenust soovisid kaks (II) grupi liiget ja kaks (IV) grupi liiget.

Tulemused ea grupi ja elukoha järgi näitavad, et suuremates linnades elavate nooremate ea gruppide toimevõimekus on muutunud paremaks, samas vanemate oma on langenud. Nooremate ea gruppides enamasti esines sõbraliku keskkonna kogenemine ning vanemate puhul kindla struktuuri olemasolu. Enamus nooremaid kes kogesid sõbralikku keskkonda soovis jätkata kuid osa soovis kindla struktuuriga teenust. Põhjuseks arvatavasti see, et teadlikus teenustest nooremate seas oli kõrgem kui vanemate seas seega nooremaid kes soovis vahetada teenuse struktuuri oli vähem võrreldes vanemate vastajatega. Väiksemates asulates peaaegu pooled elavatest vanaduspensioniealistest kogesid toimevõimekuse langust ajas mida võis põhjustada vähesem teadlikus teenustest ning ootuste ja kogemuste vastuolu sattudes teenusele. Enamus vanaduspensioniealisi aga kogesid toimevõimekuse tõusu mida võis põhjustada kõikide endale kättesaadavate teenuste teadmine ning kindla struktuuriga teenustel osalemine. Kuna enamus vastajaid väiksemates asulates teadsid osa neile kättesaadavatest teenustest, siis ka soov kogeda esimese struktuuri asemel teist oli suurem võrreldes suuremates linnades elavate vastajatega.

Saadud tulemuste põhjal võib väita, et kõikidest teenustest teadlikud vastajad enamasti kogesid toimevõimekuse paranemist ajas. Vastajad, kes olid vähem teadlikumad kogedes sõbraliku struktuuriga teenuseid kogesid aga toimevõimekuse langust ajas. Kui sellised vastajad kogesid kindla struktuuri ja reeglitega teenuseid, siis nende toimevõimekus ajas paranes, kuid nad oleksid tahtnud tulevikus kogeda sõbraliku struktuuriga teenuseid. Toimevõimekuse teooria abil (Narusson, 2019) võib väita, et vastajad kes olid teadlikumad teenustest on ka varem olnud need, kes oleksid valmis ennast muutma, otsida uusi meetodeid ja juhtida ennast.

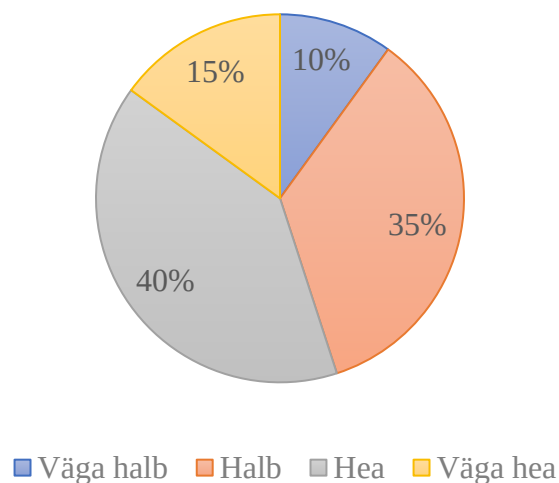
Kriisiteoorias olev ülesandekeskne juhtumitöö alapeatükk aitab selgitada, miks vähem teenustest teadlikud inimesed suutsid parandada oma toimevõimekust ajas kogedes kindlate reeglitega teenust. Põhjuseks on (Payne, 2005, lk 108-115) see, et kindlate reeglitega teenuses töötaja peab mõistma inimest ning selleks uurima teda, selgitades välja uskumusi, soove, soovide täitmiste lahendamiseviise. Analüüsides andmeid ülesandekeskse meetodi abil (Payne, 2005, lk 108-115) töötaja annab inimesele parema ülevaate olukorrast juhendab teda ning see tunduvalt aitab inimesel parandada enda toimevõimekust. Võib järeldada, et sõbraliku keskkonnaga teenused ja kindlate reeglitega teenused on mõlemad efektiivsed, kuid esimene teenuse tüüp nõuab inimeselt paremat enesekontrolli ja üldiselt kõrgemat toimevõimekust. Üldiselt madalama

toimevõimekusega isikud, aga vajavad kindlamate reeglitega teenuseid, mis aitavad neid juhendada.

Nähes, kuidas erinevate teenuste teadmisega inimesed kogesid teenuseid erinevalt võib näha kuidas see mõjutab inimeste toimevõimekust ning edaspidi ka heaolu. Täpsemalt järgmises peatükis räägitakse sellest kuidas ligipääsetavus ja teenuste kvaliteet toimevõimekust ja heaolu võib mõjutada.

4.4 Teenuste ligipääsetavus ja kvaliteet

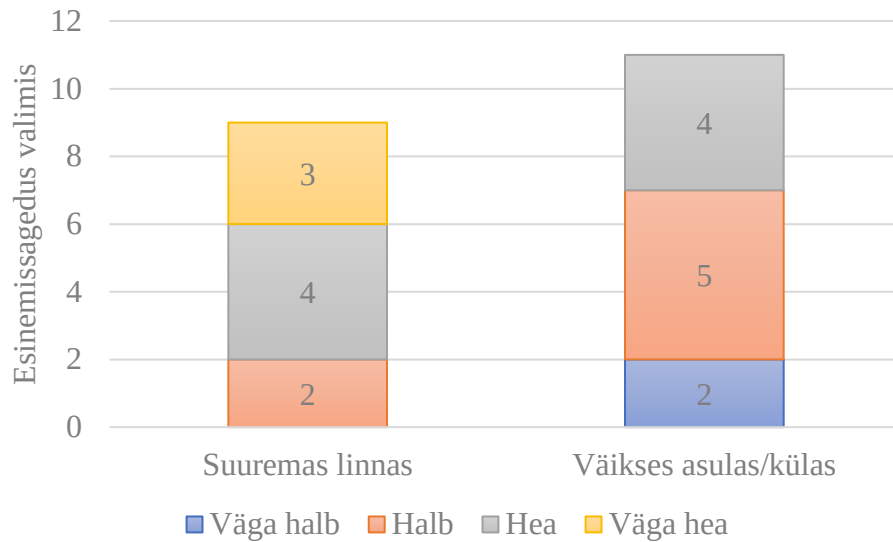
Vastajatelt küsiti milline oli ligipääsetavus teenustele ning Joonis 6 Üldine ligipääsetavus teenustele näitab, et üle poole vastajatel oli ligipääsetavus teenustele hea ja väga hea. Osutatud abi oli poole vastajate jaoks tõhus, enamuse vastajate jaoks osaliselt tõhus ning ainult vähestele osutatud abi polnud tõhus. Osutatud abi kättesaadavus oli poolte vastaja jaoks osaliselt kättesaadav, täielikult kättesaadav osale vastajatest ning enamasti polnud kättesaadav vähestele vastajatele. Vabatahtlikke teenuseid nagu näiteks psühholoog ei kasutanud kolmandik vastajatest. Vastajate seas sellise abi tõhusus oli tõhus väga vähestele, osaliselt tõhus peaaegu pooltele vastajatele ning mitte tõhus osale vastajatele. Vabatahtlikke teenuste kättesaadavus oli täielikult kättesaadav 20% vastajatest, osa teenuseid oli kättesaadav 25% vastajatest ning enamus teenuseid polnud kättesaadav 20% vastajatest.



Joonis 6 Üldine ligipääsetavus teenustele

Üldiste tulemuste abil on näha, et inimesed kelle jaoks ligipääsetavus oli madal (natukene alla poole) oli ka suure tõenäosusega üldiselt abi kättesaadavus madal (üle poole). Madal ligipääsetavus ja madal abi kättesaadavus võis ka põhjustada selle, miks kolmandik vastajatest ei kasutanud lisaks vabatahtlikke teenuseid, nagu näiteks psühholoogi. Inimesed kes kasutasid vabatahtlikke teenuseid aga enamasti vastasid, et abi on vähesel määral kättesaadav (kokku natukene alla poole), mis võis negatiivselt mõjutada ka üldist nende teenuste tõhusust (osaliselt või mitte tõhus kokku üle poole).

Vaadates tulemusi elukoha on Joonis 7 Ligipääsetavus elukoha järgi näha, et enamasti ligipääsetavus oli halb või väga halb väikestes asulates, aga suuremates linnades hea või väga hea. Osutatud abi tõhusus linnades oli enamasti osaliselt tõhus (kuus) ja tõhus (kolm). Väiksemates asulates osutatud abi oli enamasti tõhus (seitse), osaliselt tõhus kolme vastaja seas ja mitte tõhus ühe vastaja seas. Osutatud abi kättesaadavus aga suuremates linnades oli enamasti kättesaadav (viis) ja osaliselt kättesaadav nelja vastaja seas. Väiksemates asulates oli abi kättesaadavus enamasti osaline (kuus) ning enamus polnud kättesaadav kolmele vastajale. Täielikult oli kättesaadav abi ainult kahele vastajale. Suuremates linnades vabatahtlikke teenuseid ei kasutanud kaks vastajat. Enamus vastajatest vastas, et abi oli osaliselt tõhus (neli). Mitte tõhus oli abi kahele vastajale ning tõhus ühele vastajale. Väikestes asulates peaaegu pooled vastajaid ei kasutanud vabatahtlikke teenuseid (viis). Peaaegu pooltele (viis) oli abi osaliselt tõhus ning mitte tõhus ühe vastaja jaoks. Suuremates linnades elavad vastajad märkisid, et teenused on kättesaadavad (kolm), osa on kättesaadav (kaks) ning enamus pole kättesaadav (kaks). Väikestes asulates elavad vastajad märkisid, et teenused on kättesaadavad (üks), osa pole kättesaadav (kolm) ja enamus pole kättesaadav (kaks).



Joonis 7 Ligipääsetavus elukoha järgi

Jagades tulemusi elukoha järgi on näha, et suuremates linnades on paremini läbimõeldud ligipääsetavus ning samuti abi kättesaadavus on paremal tasemel. Väikestes asulates on olukord vastupidine ning selle põhjuseks võib olla vähene rahvaarv ning vähesem rahvastikutihedus. Kõik see tekitab rahalisi raskusi mis omakorda ei võimalda väiksematesse asulatesse tuua kõiki teenuseid ning takistab olemasolevatel parandada enda ligipääsetavust. Need probleemid samuti mõjutavad inimeste otsust kasutada vabatahtlikke teenuseid, kuna neid kas ei ole väiksemates asulates või ligipääsetavus on liiga madal. Kvaliteedi mõttes on teenuste tõhusus väiksemates asulates palju kõrgem võrreldes suuremates linnades olevate teenustega kuid vabatahtlikke teenuste tõhusus mõlema elukoha järgi on peaaegu sama. Põhjuseks arvatavasti see, et väiksemates asulates üldiselt puuduvad vastavad teenused või on madala kvaliteediga, kuid on olemas suuremates linnades. Suuremates linnades kvaliteet on vabatahtlikel teenustel kõrgem, kuid vähesel määral.

Jagades tulemusi soo ja elukoha järgi on näha, et suuremates linnades pooled naised (kaks) vastasid ligipääsetavuse puhul, et see on halb, üks naine vastas, et hea ja veel üks naine vastas, et väga hea. Enamus mehi (kolm) vastas, et ligipääsetavus oli hea ja kaks vastas, et väga hea. Väikestes asulates mehed vastasid, et ligipääsetavus on väga halb (kaks), halb (kolm) ja hea (kaks). Pooled naised (kaks) vastasid, et ligipääsetavus on halb ning teine pool (kaks) vastas, et ligipääsetavus on hea. Suuremates linnades elavad mehed vastasid, et osutatud abi tõhusus oli osaliselt tõhus (kolm) ja

tõhus (kaks). Naised vastasid, enamasti, et abi oli osaliselt tõhus (kolm) ja tõhus (üks). Väiksemates asulates elavad mehed enamasti vastasid, et osutatud abi oli tõhus (neli), osaliselt tõhus (kaks) ja mitte tõhus (üks). Enamus naisi vastasid, et abi oli tõhus (kolm) ja üks naine vastas, et abi oli osaliselt tõhus. Suuremates linnades elavad mehed enamasti vastasid, et abi on kättesaadav (neli) ning üks vastas, et abi on osaliselt kättesaadav. Naised vastasid enamasti, et abi on osaliselt kättesaadav (kolm) ja kättesaadav (üks). Väiksemates asulates elavad mehed vastasid, et osa abist pole kättesaadav (neli), enamus pole kättesaadav (kaks) ja kättesaadav (üks). Pooled naised (kaks) vastasid, et osa abist pole kättesaadav, üks vastas, et enamus pole kättesaadav ning üks vastas, et abi on kättesaadav.

Suuremates linnades vabatahtlikke teenuseid ei kasutanud võrdselt mehed ja naised, mõlemas üks. Mehed ja naised samuti vastasid võrdselt, et teenused olid osaliselt tõhusad, mõlemas kaks. Mittetõhusad olid teenused sarnaselt meestele ja naistele, mõlemas üks. Väikestes asulates üle poole meestest (neli) ei kasutanud vabatahtlikke teenuseid. Mehed (kolm) ja naised (kaks) peaaegu võrdselt vastasid, et teenused olid osaliselt tõhusad. Mitte tõhusad olid teenused ühele naisele. Suuremates asulates oli vabatahtlikke teenuste kättesaadavus kättesaadav (kolm) ja üks vastas, et osa polnud kättesaadav. Naised vastasid, et enamus pole kättesaadav (kaks) ja üks vastas, et osa on kättesaadav. Väikestes asulates elavad mehed võrdselt (igas üks vastaja) vastasid, et kättesaadavus on hea, osaline ning enamus polnud kättesaadav. Enamus naisi (kaks) vastas, et osa pole kättesaadav ning üks vastas, et enamus pole kättesaadav.

Tulemuste põhjal on näha, et suuremates linnades ligipääsetavus on üldiselt paremal järjel, kuid meeste seas, naised on kriitilisemad ligipääsetavuse suhtes. Samasugune trend on ka saadud abi kättesaadavuses, kus mehed on kättesaadavusega rohkem rahul, kui naised. Põhjuseks arvatavasti see, et kuigi suuremates linnades on ligipääsetavus keskmiselt paremal järjel, teenusele kohale jõudmine võtab füüsiliselt rohkem energiat, mida meeste seas on enamasti rohkem. See tuleb eriti välja ratastooli kasutamisel, kus meestel on füüsiline eelis naiste ees. Väiksemates asulates elavad mehed on aga kriitilisemad ligipääsetavuse suhtes võrreldes naistega. Naistel on arvatavasti kriitika langenud, kuna väiksemates asulates näiteks ratastooliga on palju raskem teenusele kohale jõuda ning kasutatakse autot suurte vahemaade katmiseks. Auto kasutamine võrdsustab naiste ja meeste ligipääsetavust ja võimekust jõuda teistele teenustele väikestes asulates. Põhjuseks miks mehed on rohkem kriitilisemad võib seisneda selles, et on vähem võimalusi kasutada ratastooli,

kuna kuskile jõudmiseks on vaja kasutada autot või muud transporti. Üldise abi tõhusus nii meeste ja naiste seas suuremates linnades oli osaliselt tõhus, kuid väiksemates asulates mõlemate soode puhul tõhus. Sarnaselt eelnevalt mainitule vabatahtlike teenuste tõhusus oli osaliselt tõhus ja sarnane trend on suuremates ja väiksemates asulates, kuid enamus vastajaid väikestest asulatest ei kasutanud selliseid teenuseid.

Jagades tulemusi ea ja elukoha järgi on näha, et suuremates asulates elavatel (III) grupi liikmetel oli ligipääsetavus väga hea kahel vastajal, hea kolmel vastajal ja ühel halb. Grupil (IV) oli sama palju (mõlemas üks) neid kellel ligipääsetavus oli väga hea ja neid kellel ligipääsetavus oli halb. Vanusegrupis (II) oli ligipääsetavus hea ühel. Väiksemates asulates oli ligipääsetavus (III) grupi seas hea kahel, halb ühel ja väga halb ühel. Grupi (IV) seas oli ligipääsetavus hea ühel vastajal, halb kolmel vastajal ja väga halb ühel vastajal. Ea grupis (II) oli ligipääsetavus pooltel (üks) hea ja teisel poolel (üks) halb.

Abi tõhusus suuremates linnades elavatel enamuse (viis) (III) grupi vastajate seas oli osaliselt tõhus ja tõhus ühel vastajal. Vanaduspensioniealistest pooled (üks) vastasid et abi tõhusus oli osaliselt tõhus ja teine pool (üks) vastas, et abi oli tõhus. Vanusegrupis (II) teenused olid tõhusad (üks vastaja). Väiksemates asulates elavad (III) grupi liikmed vastasid, et saadud abi oli tõhus kolme vastaja puhul ja osaliselt tõhus ühe vastaja puhul. Enamus (IV) grupi liikmeid (kolm) vastasid, et abi oli tõhus, osaliselt tõhus ühe vastaja seas ja mitte tõhus ühe vastaja seas. Vanusegrupis (II) pooled (üks) vastasid, et abi oli tõhus ja teine pool (üks) vastas, et abi oli osaliselt tõhus.

Abi kättesaadavus suuremates linnades näitab, et pooled (kolm) (III) grupi liikmetele abi on kättesaadav ning teisele poolele (kolm) abi oli osaliselt kättesaadav. Grupist (IV) pool (üks) vastasid, et abi on kättesaadav ning teine pool (üks) vastasid, et abi on osaliselt kättesaadav. Vanusegrupis (II) vastati, et abi on kättesaadav. Väiksemates asulates elavatest (III) grupi liikmetest pooled (kaks) vastasid, et abi on kättesaadav, üks vastas, et osa abist pole kättesaadav ning üks vastas, et enamus abist pole kättesaadav. Grupist (IV) enamus (neli) vastas, et osa teenuseid pole kättesaadav ning üks vastas, et enamus pole kättesaadav. Vanusegrupis (II) pooled (üks) vastasid, et osa on kättesaadav ning teine pool (üks) vastas, et enamus ei ole kättesaadav.

Vabatahtlikud teenused olid (III) grupi liikmete seas tõhusad ühele vastajale, osaliselt tõhusad kolmele vastajale, mitte tõhusad ühele vastajale ja ei kasutanud selliseid teenuseid üks. Grupist

(IV) pooled (üks) ei kasutanud antud teenuseid ja teine pool (üks) kasutas ning nad olid osaliselt tõhusad. Vanusegrupis (II) kasutas sellist teenust üks vastaja ning see polnud tõhus. Väiksemates asulates elavatest (II) grupi liikmete seast keegi (kaks) ei kasutanud vabatahtlike teenuseid ning enamused (kolm) (IV) grupist. Teenuseid kasutasid kõik (III) grupi liikmed ning osaliselt tõhusad nad olid kolmele vastajale ning mitte tõhusad ühele vastajale. Grupis (IV) olevad vastajad, kes kasutasid (kaks) antud teenuseid olid tõhususeks valinud osaliselt tõhus. Vabatahtlike teenuste kättesaadavus suuremates linnades (III) grupi liikmete seas oli hästi kättesaadav (kaks), osa pole kättesaadav (kaks) ning enamused pole kättesaadav (üks). Ainus (üks) (IV) grupist kes kasutas selliseid teenuseid vastas, et enamused pole kättesaadavad ning teine ei kasutanud selliseid teenuseid. Ainus (üks) (II) grupist vastas, et teenused on kättesaadavad. Väiksemates asulates elavad (III) grupi liikmed vastasid, et teenused on kättesaadavad (üks), osa pole kättesaadavad (kaks) ja enamused pole kättesaadavad (üks). Grupist (IV) üks vastas, et teenused on osaliselt kättesaadavad ning üks vastas, et enamused pole kättesaadavad.

Suuremates linnades elavad ea grupid on vastanud, et ligipääsetavus on heal või väga heal tasemel, va vanaduspensioniealised, kellest pooled (üks) vastasid, et ligipääsetavus on halb. Suure tõenäosusega need pensionärid samuti vastasid, et ligipääsetavus on madal ning ei kasutanud vabatahtlikke teenuseid. Põhjuseks on madal ligipääsetavus ja kättesaadavus, mis omakorda võis vähendada võimalust ning soovi kasutada vabatahtlike teenuseid. Ülejäänud ea grupid (sh pooled vanaduspensioniealised) on kõrgelt või väga kõrgelt hinnanud nii teenuste kvaliteeti kui ka ligipääsetavust mis positiivselt mõjutas ka vabatahtlike teenuste kasutamist. Enamik selliste teenuste kasutajatest on hinnanud kõrgelt teenuste kvaliteeti.

On näha, et linnades on üldiselt heal tasemel nii ligipääsetavus, teenuste kättesaadavus ja kvaliteet kõikide ea gruppide jaoks, va pooltele (üks) pensionäridele. Kuna vastajaid on vähe, siis arvatavasti vanaduspensioniealistest alla poole oleks hinnanud eelmainitud omadusi negatiivselt. Väiksemates asulates elavad vastajad kõikides ea gruppides on vastanud, et ligipääsetavus ja teenuste kättesaadavus on madal või väga madal. Selline madal ligipääsetavus ja kättesaadavus negatiivselt mõjutas kõikide ea gruppide puhul vabatahtlike teenuste kasutamist või kvaliteeti.

Enamused, kes ei kasutanud vabatahtlike teenuseid olid vanaduspensioniealised ning nooremad vastajad. Vanaduspensioniealiste seas põhjuseks võib olla näiteks vähesem elukoha kohandatus

ning vanusega põhjustatud jõu kadu, mille abil oleks kergem ratastooli abiga liikuda. Elamine pensionilt samuti võib olla põhjuseks, kuna raskendab kohandatud isiklikku transporti omamist. Väikestes asulates on ka väiksem võimekus transpordiable, mis on tasuline. Noorematel põhjuseks võiks olla üldine enesetunde halvemine ning motivatsioonipuudus. Kuna keegi noorematest ei kasutanud vabatahtlikke teenuseid, milleks enamasti on psühholoogid, siis võib arvata, et selles ea grupis on kõrge masenduse tunne. Lisaks heaolu tulemustes võib näha, et nooremate vastajate seas keegi ei saanud jätkata tööga, liikumispuue on mõjutanud negatiivselt heaolu ning osa on traumakogemus väga mõjutanud. Antud ea grupis puude põhjuseks olid enamasti vette hüppamised ja liiklusõnnetused, mis mõlemad suure tõenäosusega võivad tekitada PTSH. Vaatamata teenuste kättesaadavuse ja ligipääsetavuse probleemidele enamus väikestes küldes olevatest vastajatest hindasid teenuste tõhusust kõrgelt, kõrgemalt kui suuremates linnades elavad vastajad. Täpsemalt põhjust peaks küsima intervjuueeritavatelt, kellel on isiklike kogemusi väiksemates asulates osutuvate teenustega. Uuringu läbiviija oletab, et põhjuseks võiksid olla vähene inimeste arv, mis põhjustab suuremat tõenäosust igapäevaelus kokku saada teenuste pakkujatel koos inimestega, kellele osutati abi. Selline üksteise teadmine ning maine võib tekitada suuremat vajadust teha oma tööd paremini võrreldes suuremate linnadega, kus suure rahvaarvu tõttu inimesed võivad mujal mitte kohtuda.

Saadud tulemuste põhjal võib väita, et suuremates asulates on kõrgem ligipääsetavus teenustele ja teenuste kättesaadavus, kuid alati mitte parema kvaliteediga. Väiksemates asulates on olukord vastupidine ja kuna ligipääsetavus ja kättesaadavus on madal, siis enamik inimesi ei kasuta vabatahtlikke teenuseid, nagu psühholoogi. Puudekäsitlemise sotsiaalse mudeli (Narusson & Medar, 2014, lk 6-13) järgi on näha, et puue pole indiviidi probleem, vaid ühiskonna, mis pole suutnud tagada teenustele vastavat ligipääsetavust ning teenuste kättesaadavust. Teooria teise osa (People With Disability Australia, 2022) järgi selliste ühiskonna muutustega on võimalik tagada puudega inimeste kohustuste täitmist ja õiguste tagamist sarnastel tingimustel, koos puudevabade inimestega. Funktsionalistliku perspektiivi vaates (Narusson & Medar, 2014, lk 6-13) tagades puudega inimese võimekust täita kohustusi on võimalik viia inimene tagasi oma rolli ühiskonnas, mis aitab süsteemil paremini funktsioneerida.

Peatükis tuuakse välja kus on ligipääsetavuse ja kvaliteediga probleemid ning üritati seletada miks. Toodi välja millised üldiselt ühiskonnas on probleemid, mis negatiivselt mõjutavad

liikumispuudega inimeste ligipääsetavust ja teenuste kvaliteeti. Järgmises peatükis üritatakse eelnevatele peatükkide teemadele vastata intervjuude abil ning lisaks seletada kvantitatiivse uuringu saadud tulemusi, mida autor ei osanud seletada.

4.5 Intervjuude tulemuste analüüs

Intervjueeritud oli kaks inimest – E1 ja E2. Intervjueeritav E1 on suuremas asulas elav (II) grupi eas olev meesterahvas. Intervjueeritav E2 on väiksemas asulas elav (III) grupi eas olev naisterahvas. Traumad põhjustas E1 puhul vette hüppamine ning E2 autoavariisse sattumine. Mõlemad on aja jooksul leidnud töö, millega saavad tegeleda ning elavad täisväärtuslikku elu.

Uurides intervjueeritavate heaolu kohta autor sai teada, et mõlema puhul saadud liikumispuue on väga negatiivselt mõjutanud nende heaolu. Intervjueeritavad vajavad igapäevast tuge tegutsemisel ning peavad oma tegusid ette planeerima. Näiteks E2 on öelnud: *„Näiteks ei saanud ma osaleda koolis lastevanemate koosolekutel, jätkata oma endist tööd (enne avariid töötasin lasteaia õpetajana). Põhjuseks oli see, et elasin kortermaja viiendal korrusel ja majas puudus lift.“* Heaolu on lisaks negatiivselt mõjutanud E1 tema sõnul nii: *„Kuna käisin toona alles keskkoolis siis pigem jäin ka sõpradest rohkem eraldatuks ja suhteliselt koduseks.“* Samal ajal E2 oli olemas tugev sotsiaalne võrgustik, mille abil ta sai traumaga ja saadud puudega paremini hakkama võrreldes E1-ga, kellel kadusid väljaspool kodu olevad sõbrad, aga jäi suur ning toetav pere. Tuginedes heaolu teooriale (Seligman, 2022) on näha, et PERMA blokkidest suhted on tõesti üks suurimatest heaolu mõjutajatest. Väljendub (Seligman, 2022) see intervjueeritavate vastustest, kui autor sai teada, et E2 puhul tugev sotsiaalne võrgustik aitas heaolu säilitada ning E1 puhul sõpradest rohkem eraldumine negatiivselt mõjutas heaolu, vaatamata suure pere toe olemasolule.

Toimevõimekus on algul olnud madalal tasemel mõlemal intervjueeritaval, kuna pidi õppima igapäevategevusi tegema teistmoodi. Füüsilises toimevõimekuses on E1-l endiselt probleeme, kuid vaimne osa on muutunud paremaks: *„Vajan küll füüsilise poole pealt endiselt palju kõrvalist abi, kuid mentaalse poolepealt on kasvanud võimekus võimalikult iseseisvalt hakkama saada.“* Mõlemad intervjueeritavad on ajas rohkem tundma õppinud neile kättesaadavaid teenuseid ning aktiivselt kasutavad neid. Nad tõid välja selle, et teenused on aidanud nende toimevõimekuse paranemises ning seda, et ajas on teenused arenenud. Näiteks E2 on öelnud: *„Esimesest kriisist üle saamisel oli väga oluline osa taastusravil käimisel ja seal sotsiaalsel suhtlusel, läbi mille sain*

nõ õppida teistelt samas olukorras olevatelt inimestelt erinevaid võtteid ja nippe, kuidas sooritada erinevaid tegevusi ratastoolis.“ Üldse mõlemal oli toetav perekond, mis aitas kaasa toimevõimekuse paranemises. Väljakutsete võtmine lõi olukorra E1-le, kus pidi iseseisvalt hakkama saama teiste abiga, ning ajas see tõstis toimevõimekust ja üldist eluga hakkama saamist (näiteks eriala omandamine ja erialasele tööle asumine). Intervjueeritava E2 puhul võib oletada, et tal oli tegemist vabamate reeglitega teenustega, kuna sai palju suhelda teiste inimestega, kellel sarnane olukord ning, et tegemist võib olla (Payne, 2005, lk 106-108) kriisisekkumise teooriaga. Kriisisekkumise (Payne, 2005, lk 106-108) teooria toob välja selle, et kriisis olev isik on enda ala ekspert ning autori arvates võis E1 puhul see tõsta tema toimevõimekust, kuna tekkis vajadus iseseisvalt rohkem tegutsema.

Ligipääsetavuse ja teenuste kättesaadavuse osas mõlemad intervjueeritavad vastasid, et tänaseks päevaks nad on suhteliselt heal tasemel ja ajas muutunud paremaks. Paremaks võiks ligipääsetavuses E1 sõnul olla: *„Liikumispuude puhul on ka oluline kohandatud madalapõhjaline ühistransport. Bussitransporti vaadates teeb mõnevõrra keerulisemaks asjaolu, et bussijuht peab tulema kaldteed avama ja seda ei tehta alati just kõige parema meelega. Ideaalne oleks nii nagu on hetkel meie rongiliiklus, kus saab ratastooliga rongipeale ja maha ilma kõrvalist abi vajamata.*“ Kvaliteedi suhtes E1 oli rohkem positiivsem E2-ga võrreldes ja tõi välja detaile mis võiksid olla paremad. Kvaliteet E2 sõnul on aga madalamal tasemel ning on vajadus ühtsete kvaliteedi standartide järgi, et tagada ühtlane kvaliteet. Väiksemates asulates on ebaühtlus kvaliteedis rohkem esile toodud E2 sõnul kuna: *„Seda mõjutavad omavalitsuse võimekus ja poliitiline eelistus.*“ Tuginedes sotsiaalsele perspektiivile (Narusson & Medar, 2014, lk 6-13) mõlemad intervjueeritavad esindavad lisaks traumajärgseid puudega inimesi ka eksperte süsteemi sotsiaalsetes institutsioonidest, mis aitavad inimestel langenust rollist tagasi minna.

Intervjueeritavad on teinud ettepanekuid töö autorile, kuidas ennetada ja vähendada trauma tulemusel saadud liikumispuudeid. Intervjueeritav E2 on pakkunud elukestva ennetustöö, kus kõikidele eagruppidele tuletatakse meelde mis on õige, kahjulik ning millised on tagajärjed. Intervjueeritav E1 on pakkunud sarnast lahendust, kuid pööras rohkem tähelepanu nendele, kes on juba saanud liikumispuude trauma tulemusena. Tema mõte oli järgmine: *„Ma arvan, et parim viis ennetusmeetmena kasutada just neid õnnetuse läbi elanud inimesi, kes jagaksid oma lugu koolides.*“ Töö autor on koolis kogenud E1 pakutavat ideed, mis omakorda muutis suhtumist

riskantsematesse tegevustesse (alkoholi mõju all auto juhtimine) nähes, millised võivad olla tagajärjed.

Autoril, tehes kvantitatiivset uuringut, olid tekkinud küsimused saadud tulemuste kohta ning ta küsis arvamusi intervjueeritavalt. Intervjueeritavate arvates alla 31 aastaseid uuringus ei osalenud, kuna: info lihtsalt ei jõudnud kohale, samaaegselt tuleb mitmeid uuringuid ning eelistatakse alternatiivseid variante, kus saaks jooksvalt juurde küsida. Küsides abi uuringu läbiviimiseks erinevatelt asutustelt, on autorile ühe asutuse juht öelnud, et nende asutuses on ainult eakad ning noored pole huvitatud sellistesse asutustesse minemast. Huvi puudus võiks sellisel juhul ka olla põhjuseks autori arvates.

Põhjuseks, miks uuringus ei osalenud inimesed väljaspool asulaid võib olla selles, et sellistel inimestel on madalamal tasemel ligipääsetavus võrreldes asulates elavate inimestega. Ligipääsetavus on madalamal tasemel ka sotsiaalsel tasemel, kuna info sellistesse kohtadesse jõuab hiljem kohale kui asulates. Lühidalt öeldes, väljaspool asulaid elavad liikumispuudega inimesed on isoleeritud rohkem võrreldes nendega kes elavad asulates.

Küsid intervjueeritavalt, kuidas võib liikumispuue mõjutada inimese heaolu positiivselt, oli näha E1 ja E2 puhul üllatanud pilku. Mõlemad vastasid, et ükski puue ei saa mõjuda positiivselt, aga E1 tõi välja asjaolu, et vaatamata puude tekkele inimesel on ikka olemas minimaalne tugi. Tugi seisneb erinevates teenustes, püsivas sissetulekus toetuste näol ja ravikindlustuse näol. Autor oletab, et liikumispuude positiivne mõju heaolule seisneb selles, et inimesel on tekkinud saavutuse tunne, mis võis varem puududa, vastavalt heaolu teooria saavutuse blokile.

Suuremates linnades teenuste kvaliteeti hinnati madalamalt kui väiksemates asulates. Põhjuseks intervjueeritavad tõid välja selle, et suuremates asulates elavad inimesed on teadlikumad teenustest ning aktiivsemalt kasutavad neid, seega nähes probleeme inimesed sagedamini räägivad probleemidest. Suure probleemi esile toomiseks on E2 öelnud sellise väite: *„Väikestes kohtades on teenuste kättesaadavus oluliselt piiratud võrreldes suuremate kohtadega. Sellest saab järeldada, et inimene on õnnelik ka vähese üle, mida talle pakutakse. Suuremas asulas on ka suhtlusvõrgustik suurem, mis tagab suurema teadlikkuse. Seega võib siit järeldada, et viukestes asulates elavad inimesed ei oska seista piisavalt palju oma õiguste eest.“* Autori arvates tegemist

on suure probleemiga, kuna väiksemates asulates elavad inimesed võivad kannatada madala kvaliteedi tõttu, mille põhjuseid on samuti E2 varasemates lõikudes välja toonud.

Intervjueeritavatelt on ka küsitud mida oleks vaja muuta, et liikumispuudega inimeste heaolu oleks kõrgemal tasemel, kui praegu. Suureks murekohaks toodi välja ligipääsetavus ning teenustest teadlikud, kuna paljud lihtsalt ei tea teenuste olemasolust midagi. Näiteks E1 arvates tuleks pakkuda rohkem soodsaid transpordi võimalusi ning koolitada tööandjaid, et nad suudaksid võtta liikumispuudega inimest tööle. Teenuste, toetuste ja võimaluste standardiseerimise on toonud välja E2. Tema arvates praegune süsteem on liialt keeruline abivajajale, kuna on vaja pöörduda mitmete asutuste poole. Lahenduseks E2 arvates oleks ühtne süsteem, kus oleks võimalik iga isiku elukaart korraldada teenuste ja toetustega.

Peatükis toodi välja intervjueeritavate vastused nende heaolu, toimevõimekuse ning teenuste kvaliteedi ja ligipääsetavuse kohta. Lisaks vastati autori küsimustele, mis tekkisid kvantitatiivse uuringu tulemustest, millele autor ei osanud leida seletust. Järamises peatükis autor avaldab arvamust, mida võiks muuta, et probleemid heaolu, toimevõimekuse, ligipääsetavuse ja teenuste kvaliteediga paraneksid.

4.6 Autori ettepanekud

Autori ettepanekud liikumispuudega inimeste heaolu ja toimevõimekuse parandamiseks:

1. Teavitustööd riiklikul tasandil näiteks koolides, et suurem hulk inimesi teaks selliste inimeste olukorrast ja ei hülga neid raskemate hetkede ajal. Tugeva sotsiaalse võrgustikuga inimesel on suurem tõenäosus säilitada toimevõimekust ning parandada heaolu.
2. Teavitustöö riiklikul tasandil teenustest ning ka millise kvaliteediga nad peaksid olema. Sellisel juhul liikumispuudega inimesed on rohkem teadlikumad oma võimalustest ning õigustest, suudavad rohkem enda eest seista ja ei ole passiivsed.
3. Kohaliku omavalitsuste sotsiaaltöötajate abiga luua kontakti, eriti nendega kes asuvad väljaspool asulaid, et ei kaoks sotsiaalne võrgustik. Kuna uuringus sellise elukohaga vastajaid polnud, siis on suur oht, et need inimesed võivad olla isoleeritud.

Autori ettepanekud liikumispuudega inimeste teenuste kvaliteedi ja ligipääsetavuse parandamiseks:

1. Autor on samal arvamusel intervjueeritava E2-ga, et riigil on vaja luua ühtne standartide ning teenuste ja toetuste saamise süsteem. Autor nähes praktikate käigus kui mitmesse kohta palutakse abi vajajal pöörduda, et saada erinevaid tõendeid ning teenuseid/toetusi, arvab, et selline süsteem tõstaks Eesti sotsiaalsüsteemi efektiivsust.
2. Autori arvamus klapib intervjueeritava E1 arvamusega, et bussid peaksid olema samamoodi madala põrandaga, nagu rongid. Täpsemalt öeldes autor arvab, et tuleks samuti luua ühtne ehitusnõuete kogumik mitte ainult uutele hoonetele, vaid ka juba olemasolevatele. Kuna tegemist suurte rahaliste kuludega, siis autor pakuks, et riik toetaks selliste vanemate hoonete elanikke toetuste, kui ka soodsate laenude tingimustega.

KOKKUVÕTE

Puuetega inimeste üldarv Eestis langeb, mis on positiivseks muutuseks. Samal ajal tööõnnetuste ja liiklusõnnetuste arv aastatel 2020 ja 2021 on suurenenud, mis tõstab puude tekkimise riske. Liikumispuue on üks suurtest puudega inimeste gruppidest ja nende inimeste vajadused korrigeerivad ligipääsetava keskkonna arengut. Peale taasiseseisvumist Eestis vähesel määral tegeldi liikumispuudega inimeste ligipääsetavuse probleemidega. Aastal 2021 Ligipääsetavuse rakkerühm pakkus lahendusi kuidas vanadel hoonetel parandada seda probleemi ning millised nõuded peaksid olema uute hoonete planeerimisel. Pakutud lahendused peaksid aitama kaasata liikumispuudega inimesi ühiskonda, mis tõstaks nende inimeste heaolu ja vähendaks vaimseid probleeme. Sellisel moel on võimalik lahendada sotsiaalse ligipääsetavuse probleemi, kui puudeta inimesed harjuvad igapäevaselt elama koos liikumispuudega inimestega.

Lõputöö eesmärgiks oli anda ülevaade traumajärgse liikumispuudega inimeste heaolust, toimevõimekusest ning teenuste ligipääsetavusest ja kvaliteedist. Eesmärgi täitmisel selgus, et vaatamata olukorra paranemisele on olemas arenguruumi. Heaolu puhul on tähtis sotsiaalse võrgustiku säilitamine, kuna E1 näitest tuleb välja, et isegi vähene võrgustiku nõrgenemine võib negatiivselt mõjutada heaolu. Toimevõimekuse positiivne muutus ajas sõltub teenuste kvaliteedist ning sotsiaalsõrgustiku olemasolust. Samal ajal teenuste kvaliteet sõltub sellest millise struktuuriga oli teenus ning milline oli inimese teadlikkus. Vähem teadlikumad inimesed olles kindlate reeglitega teenustes kogesid paremaid tulemusi, kui ilma kindlate reegliteta teenustes. Inimeste teadlikkusest sõltub kui kriitiliselt hinnatakse saadud teenust, mis omakorda mõjutab teenuste kvaliteedi hinnangut.

Üldisteks ettepanekuteks oleks tõsta teadlikkust teenustest, ning luua ühiseid standardeid. Teadlikkuse puhul rõhk peaks olema väiksematel asumatel, kus tase on madalam ning eriti väljaspool asulaid elavatel inimestel, kuna vastajaid polnud. Intervjueeritavad põhjendasid sellise elukohaga inimeste puudumist asjaoluga, et info ei jõua kohale. Standardite puhul oleks vaja panna rõhku transpordile ja olemasolevate hoonete renoveerimis standarditele ning teenuste kvaliteedi standarditele. Lõputöö eesmärk ja uurimisküsimused said täidetud.

SUMMARY

The total number of disabled people in Estonia is decreasing, which is a positive change. At the same time, the number of work accidents and traffic accidents in 2020 and 2021 has increased, which increases the risks of disability. Mobility impairment is one of the large groups of disabled people, and their needs correct the development of an accessible environment. After regaining independence in Estonia, the problems of accessibility for people with mobility disabilities were dealt with to a small extent. In 2021, the Accessibility Task Force offered solutions on how to improve this problem in old buildings and what requirements should be in planning new buildings. The proposed solutions should help to include people with mobility disabilities in society, which would increase their well-being and reduce mental problems. In this way, it is possible to solve the problem of social accessibility, if abled people get used to living with disabled people daily.

The aim of the thesis was to provide an overview of the well-being, functional capacity and accessibility and quality of services for people with post-traumatic mobility impairments. When the goal was fulfilled, it became clear that despite the improvement of the situation, there is room for improvement. Maintaining a social network is important for well-being, as the example of E1 shows that even a slight weakening of the network can negatively affect well-being. A positive change in performance over time depends on the quality of services and the existence of a social network. At the same time, the quality of services depends on the structure of the service and the awareness of the person. Less knowledgeable people experienced better outcomes in services with specific rules than in services without specific rules. How critically the received service is evaluated depends on people's awareness, which in turn affects the assessment of service quality.

General suggestions would be to raise awareness of services and create common standards. In terms of awareness, the emphasis should be on smaller settlements, where the level is lower, and especially on people living outside the settlements, as there were no respondents. The interviewees justified the absence of people with such a residence by the fact that the information does not reach the place. In the case of standards, it would be necessary to emphasize transport and renovation standards of existing buildings, as well as service quality standards. The aim and tasks of the thesis were met.

VIIDATUD ALLIKAD

- Australian National University. (2022). *Physical Wellbeing*. Kasutamise kuupäev: 21. August 2022. a., allikas Australian National University: <https://www.anu.edu.au/covid-19-advice/health-wellbeing/strategies-for-wellbeing-at-home-or-on-campus/physical-wellbeing>
- Beck, J. G., & Coffey, S. F. (2007). *Assessment and treatment of PTSD after a motor vehicle collision: Empirical findings and clinical observations*. Kasutamise kuupäev: 10. August 2022. a., allikas National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396820/>
- Better Evaluation. (kuupäev puudub). *Combine qualitative and quantitative data*. Kasutamise kuupäev: 17. Märts 2023. a., allikas Better Evaluation: <https://www.betterevaluation.org/frameworks-guides/rainbow-framework/describe/combine-qualitative-quantitative-data>
- Clements, J. (13. Oktoober 2022. a.). *What Are The Benefits Of Using Interviews In Research?* Kasutamise kuupäev: 14. Aprill 2023. a., allikas MOS Legal Transcription Company: <https://www.legaltranscriptionservice.com/blog/what-the-benefits-of-using-interviews-in-research/>
- Council of Europe. (2022). *Puuded ja puude halvustamine*. Kasutamise kuupäev: 12. Juuli 2022. a., allikas Council of Europe: <https://www.coe.int/et/web/compass/disability-and-disablism>
- Crossman, A. (23. jaanuar 2020. a.). *Understanding Functionalist Theory*. Kasutamise kuupäev: 23. Juuni 2022. a., allikas ThoughtCo: <https://www.thoughtco.com/functionalist-perspective-3026625>
- Eesti Haigekassa. (2022). *Taastusravi*. Kasutamise kuupäev: 7. August 2022. a., allikas Haigekassa: <https://www.haigekassa.ee/taastusravi>

- Eesti Invaspordi Liit. (2022). *Spordialad*. Kasutamise kuupäev: 19. August 2022. a., allikas Eesti Invaspordi Liit: <http://www.eil.ee/est/Spordialad>
- Eesti Keele Instituut. (2009). *Funktsioneerimine*. Kasutamise kuupäev: 21. August 2022. a., allikas Eesti keele seletav sõnaraamat: <http://eki.ee/dict/ekss/index.cgi?Q=funktsioneerimine&F=M>
- Epikoda. (2022). *Ligipääsetavus ja universaalne disain*. Kasutamise kuupäev: 18. Juuli 2022. a., allikas Epikoda: <https://epikoda.ee/spetsialistile/ligipaasetavus>
- Hango, K. (2013). *ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon ja puuetega inimeste õigused Eestis*. Tallinn: Eesti Puuetega Inimeste Koda. Allikas: https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/03/raamat_veeb.pdf
- Ligipääsetavuse rakkerühm. (2021). *Ligipääsetavuse Rakkerühma Lõpparuanne*. Tallinn: Riigikantselei. Tsiteeritud 5. August 2022. a.
- Lõoke, A. (2016). *Liikumispuue*. Kasutamise kuupäev: 29. Juuli 2022. a., allikas Eesti puuetega inimeste koda: https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2016/12/Teema_LIIKUMISPUUE_Eesti-Liikumispuudega-Inimeste-Liit.pdf
- Maailma Tervise Organisatsioon. (2005). *Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon*. Kasutamise kuupäev: 27. Juuli 2022. a., allikas Sotsiaalkindlustusamet: https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Rehabilitatsioon/rfk_punane_raamat_eestikeelne.pdf
- Malm, S., Krafft, M., Kullgren, A., & Ydenius, A. (2008). *Risk of Permanent Medical Impairment (RPMI) in Road Traffic Accidents*. Kasutamise kuupäev: 9. August 2022. a., allikas National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3256772/>
- Masso, M., & Pedastsaar, K. (2006). *Puuetega inimeste toimetuleku ja vajaduste uuring*. Kasutamise kuupäev: 12. Juuli 2022. a., allikas Sotsiaalministeerium: <https://www.sm.ee/sites/default/files/content->

editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/puuetega_inimeste_uuringu_raport_1_.pdf

Murray, H. (2. Juuli 2015. a.). *Go in Feet First — Don't Dive*. Kasutamise kuupäev: 20. August 2022. a., allikas Facing Disability: <https://facingdisability.com/blog/go-in-feet-first-dont-dive>

Namkung, E. H., & Carr, D. (2020). *The Psychological Consequences of Disability over the Life Course: Assessing the Mediating Role of Perceived Interpersonal Discrimination*. Kasutamise kuupäev: 9. August 2022. a., allikas Natsional Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7450392/>

Narusson, D. (2019). *Personal-recovery and agency-enhancing client work in the field of mental health and social rehabilitation: Perspectives of persons with lived experience and specialists*. Kasutamise kuupäev: 4. August 2022. a., allikas DSpace: https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/65258/narusson_dagmar.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Narusson, D., & Medar, M. (2014). Puude kontseptuaalne käsitus. rmt: L. Sakkeus, M. Medar, & K. Pöder, *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine* (lk 6-13). Tallinn: Statistikaamet. Tsiteeritud 7. August 2022. a.

Õunapuu, L. (2014). Kvantitatiivse uurimistöö olemus. rmt: *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes* (lk 54-56). Tartu: Tartu ülikool. Kasutamise kuupäev: 20. August 2022. a., allikas http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf

Payne, M. (2005). Roberts: Crisis intervention. rmt: M. Payne, *Modern social work theory* (lk 103-108). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Payne, M. (2005). Task-centered casework: Reid and Epstein. rmt: M. Payne, *Modern social work theory* (lk 108-115). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- People With Disability Australia. (2022). *Social model of disability*. Kasutamise kuupäev: 2. August 2022. a., allikas People with disability Australia: <https://pwd.org.au/resources/disability-info/social-model-of-disability/>
- Riigikontroll. (2020). *Esmatähtsate avalike teenuste tulevik*. Tallinn: Riigiteataja. Kasutamise kuupäev: 13. August 2022. a., allikas https://www.riigiteataja.ee/aktilisa/3131/1202/0003/RK_11112020_ettek.pdf
- Riigiportaal. (2022). *Sotsiaalteenused*. Kasutamise kuupäev: 19. August 2022. a., allikas Eesti: <https://www.eesti.ee/et/puudega-inimesed/toetused-ja-teenused-puudega-inimesele/sotsiaalteenused#kohalikuomavalitsusekorraldatavadsotsiaalteenused1>
- Robert T. Reville, R. F. (2003/2004). Social Security Bulletin. *The Fraction of Disability Caused at Work*, 65(4). Kasutamise kuupäev: 20. August 2022. a., allikas <https://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v65n4/v65n4p31.html>
- Seligman, M. (2022). *PERMA™ THEORY OF WELL-BEING AND PERMA™ WORKSHOPS*. Kasutamise kuupäev: 21. August 2022. a., allikas Positive Psychology Center: <https://ppc.sas.upenn.edu/learn-more/perma-theory-well-being-and-perma-workshops>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2022). *Abivahendi vajajale*. Kasutamise kuupäev: 19. August 2022. a., allikas Sotsiaalkindlustusamet: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/abivahendi-vajajale>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2022). *Puude raskusastme tuvastamine*. Kasutamise kuupäev: 17. Juuli 2022. a., allikas Sotsiaalkindlustusamet: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/puude-tuvastamine#T%C3%B6%C3%B6alise%20inimese%20puude%20tuvastamine>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2022). *Puudega inimesele*. Kasutamise kuupäev: 6. August 2022. a., allikas Sotsiaalkindlustusamet: <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/puudega-inimesele>

Sotsiaalkindlustusamet. (2022). *Sotsiaalne rehabilitatsioon*. Kasutamise kuupäev: 7. August 2022. a., allikas Sotsiaalkindlustusamet: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon>

Sotsiaalministeerium. (2022). *Liikumispuudega inimeste ligipääsetavus füüsilisele keskkonnale*. Kasutamise kuupäev: 17. Juuli 2022. a., allikas Kompetentsikeskus: <https://kompetentsikeskus.sm.ee/et/vordsed-voimalused/ligipaasetavus/ligipaasetavuse-parandamine/ligipaasetavus-fuusilisele-keskkonnale/liikumispuudega-inimeste-ligipaasetavus-fuusilisele-keskkonnale>

Statistikaamet. (2022). *Statistika andmebaas*. Kasutamise kuupäev: 17. Juuni 2022. a., allikas Statistikaamet: https://andmed.stat.ee/et/stat/sotsiaalelu__tervishoid__puudega-inimesed__uldandmed/THV21/table/tableViewLayout2

Tööinspeksioon. (2022). *Tööõnnetused*. Kasutamise kuupäev: 17. Aprill 2022. a., allikas Tööinspeksioon: <https://www.ti.ee/et/statistika/tooonnetused>

Töötukassa. (kuupäev puudub). *Teenused ja hüved*. Kasutamise kuupäev: 14. Aprill 2023. a., allikas Eesti Töötukassa: <https://www.tootukassa.ee/et/teenused/vahenenud-toovoimega-inimestele>

Transpordiamet. (2021). *Liiklusõnnetuste statistika*. Kasutamise kuupäev: 20. Mai 2022. a., allikas Transpordiamet: <https://www.transpordiamet.ee/liiklusonnetuste-statistika>

Williams, J. S., Kowal, P., Hestekin, H., O'Driscoll, T., Peltzer, K., Yawson, A., . . . Chatterji, S. (23. Juuni 2015. a.). BMC Medicine. *Prevalence, risk factors and disability associated with fall-related injury in older adults in low- and middle-income countries: results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE)*, 13(147). Kasutamise kuupäev: 21. August 2022. a., allikas <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0390-8>

LISAD

Lisa 1. Ankeetküsimustik

1. Kas Teie liikumispuue on tekkinud trauma tagajärjel? Jah, ei
2. Kus Te elate?
Suuremas linnas (Tallinn, Narva, Pärnu jms), väikses asulas/külas, väljaspool asulaid maal.
3. Teie sugu? Mees, Naine
4. Millises vanusegrupis Te olete?
I Tööealine(18-30),
II Tööealine(31-45),
III Tööealine(46-64),
IV Vanaduspensioniealine
5. Kas saite jätkata erialase tööga peale liikumispuude teket?
Jah, Ei, Osaliselt
6. Milline trauma tekitas Teil liikumispuude?
Liiklusõnnetus, Füüsilise vägivalla üleelamine, Tööõnnetus (sh kukkumised jms), Vette hüppamine, Kõrguselt kukkumine, Kukkumine
7. Kuidas üle elatud traumakogemus mõjutas Teie heaolu (näiteks tekkis PTSH)?
Ei mõjutanud, Osaliselt mõjutas, Väga mõjutas
8. Kuidas saadud liikumispuue mõjutab Teie heaolu? (füüsilised piirangud, kiusamine jms)
Väga negatiivselt, Negatiivselt, Ei mõjuta, Positiivselt
9. Kuidas on ajas muutunud Teie toimevõimekus (näiteks peale rehabilitatsiooni või lihtsalt aja jooksul)?
Halvenes, Jäi samaks, Muutus paremaks
10. Millisel määral Te olete teadlik endale kättesaadavatest teenustest?
Tean kõiki teenuseid, Tunnen osa nendest, Ei tunne ühtegi
11. Milline on üleüldse ligipääsetavus teenustele? (transport, pikad vahemaad, igal pool trepid jms)
Väga halb, Halb, Hea, Väga Hea
12. Millisel kujul oli Teie kriisiga toimetulemiseks olev teenus struktureeritud?

Teenusel oli sõbralik keskkond ning puudus kindel struktuur, Teenusel oli kindel struktuur ja reeglid

13. Kuidas peaks Teie arvates olema struktureeritud teenus, mis on mõeldud kriisiga toimetulemiseks?

Teenusel peab olema sõbralik keskkond ning puuduma kindel struktuur, Teenusel peab olema kindel struktuur ja reeglid

14. Kui tõhus oli Teile osutatud vaja olev abi (haiglas viibimine, liikumisvahendi soetamine jms)?

Tõhus, osaliselt tõhus, Mittetõhus

15. Milline on sellise abi kättesaadavus?

Enamus abist pole maakonnas kättesaadav, Osa abist pole maakonnas kättesaadav, Abi on kättesaadav

16. Kui tõhusad olid Teie poolt kasutatud vabatahtlikud teenused (psühholoogi poole pöördumine, töövõimekuse parendamine jms)

Tõhusad, Osaliselt tõhusad, Mittetõhusad, Ei kasutanud selliseid teenuseid

17. Kuidas hindate selliste teenuste kättesaadavust?

Enamus teenuseid pole maakonnas kättesaadavad, Osa teenuseid pole maakonnas kättesaadavad, Teenused on kättesaadavad, Ei kasutanud selliseid teenuseid

Lisa 2. Intervjuu teemad

- Üldandmed: Naine, mees, vanus, linnas maal, mitu aastat traumast (abivahendid), millega tegeleb, on tegelenud
- Uurimisküsimuste põhjal:
 - 1) Kuidas traumakogemus ja liikumispuue on mõjutanud Teie heaolu ning millise traumaga oli tegu? (pereelu, töö, vaba aeg, füüsis, vaim, sotsiaalsus)
 - 2) Kuidas on ajas muutunud Teie toimevõimekus? Hakkkamasaamine?
 - 3) Mis aitas esimesest kriisist üle saada, mis edaspidi?
 - 4) Milline on Teie teadlikkus endale kättesaadavatest teenustest? Mida kasutate?
 - 5) Hinnake füüsilist ja sotsiaalset ligipääsetavust teenustele. Hinnake nende kvaliteeti oma kogemuse põhjal ja ühiskonnas laiemalt
 - 6) Milline võiks olla ennetustöö, et liikumispuuet tekitavaid traumasid oleks vähem?
- Ekspertide arvamused kvantitatiivse uuringu tulemuste põhjal:
 - 1) Miks võisid inimesed nooremad kui 31 aastat mitte osaleda uuringus, mis oli digitaalselt läbiviidud?
 - 2) Miks uuringus võisid mitte osaleda inimesed, kes elavad väljaspool asulaid?
 - 3) Kuidas saadud liikumispuue võiks positiivselt mõjutada inimese heaolu, kes on 46-65 aastat vana ja vanaduspensioniealine?
 - 4) Miks teie arvates väikestes asulates elavad inimesed hindasid teenuste kvaliteeti kõrgemalt kui suuremates linnades elavad inimesed, kuigi kättesaadavus ja ligipääsetavus on suuremates linnades paremal tasemel?
 - 5) Mida teha liikumispuudega inimeste heaolu parandamiseks teie arvates esmaselt?
 - 6) Mida oleks vaja ühiskonnas ja riigis muuta, et puudekäsitlese sotsiaalne mudel toimiks paremini?