

**JUHEND SPETSIALISTIDELE  
TÖÖTUBADE  
„KUULA MU LUGU“  
RAAMES ESILEKERKIVATE  
PROBLEEMIDE TUVASTAMISEKS  
JA LAHENDAMISEKS**





Juhend spetsialistidele töötubade „Kuula mu lugu“ raames esilekerkivate probleemide tuvastamiseks ja lahendamiseks

Juhendit on koordineerinud Heraklioni prefektuuri naisühenduste liit (UWAH) tihedas koostöös partneritega programmis „[SINCALA II – toetades omastehooldajaid: kogupere ja elukaare lähenemine](#)“.

Välja töötanud Heraklioni prefektuuri naisühenduste liit (UWAH):

- Eleni Gerakaki, sotsiaalteadlane, vaimse tervise spetsialist
- Stavroti Karpetaki, psühholoog

Koostöös projekti partneritega:

- Mari Puniste ja Hiie Taal, Naiste Tugi- ja Teabekeskus
- Olena Solohub, Tartu Ülikool
- Mahi Kozori ja Magda Tsolaki, Kreeka Alzheimeri tõve ja sellega seotud haiguste ühing
- Licia Boccaletti, Anziani e Non Solo
- Rita Tavares de Sousa, Maria João Azevedo ja Hélder Ferraz, Centro de Atendimento e Servicos 50+, Associacao
- Špela Glišović Krivec, David Krivec, Izidora Koštomaj, Spominčica (Forget-me-not) - Alzheimer Slovenia

Fotod: Unplash

Levitatakse litsentsi Creative Commons alusel (Autorile viitamine + Mitteäriline eesmärk + Tuletatud teoste keeld).



*Materjali sisu eest vastutavad ainuisikuliselt autorid. Riiklik asutus või Euroopa Komisjon ei vastuta teabe sisu kasutamise eest.*



## Sisukord

Eessõna	4
Projekt SINCALA	4
Kellele ja miks on see juhend mõeldud?	4
Juhendi struktuur: kuidas juhendit kasutada	4
Juhendi õppe-eesmärgid ja ülesanded	5
1. peatükk: Omastehooldajad	7
Teoreetiline osa	7
1.1 Omastehooldajate identiteet	7
1.2 Omastehooldaja väljakutsed	11
1.3 Hooldajate oskused	19
Praktilised elemendid	23
1. Eneseabi omastehooldajana – meie enda nn vaidlused ja toetused.	23
2. Johari aken	23
3. Isiklikud seosed	24
4. Loo oma lugu (spetsialistid, vabatahtlikud, eakad)	24
2. peatükk: Eakate väärkohtlemise ennetamine ja austuse säilitamine	26
Teoreetiline osa	26
2.1 Eeldused ja stereotüübid eakate väärkohtlemise kohta	26
2.2 Eakate vastu suunatud vägivalda ja soolise vägivalda vormid ja tunnused	27
2.3 Eakate väärkohtlemise eri liigid	28
2.4. Hooletussejätmine, tahtlik või tahtmatu väärkohtlemine	34
2.5 Eakate vastu suunatud vägivalda keerukus	35
2.6. Perevägivald hooldussuhtes: võimudünaamika muutus, oht	36
2.7. Eakate väärkohtlemise riskitegurite ja ohumärkide tuvastamine hooldajatega töötades	38
2.8 Täiskasvanute kaitse	39
2.9 Perevägivalda toetus ja olemasolevad hooldajatoetused	40
Praktilised elemendid	42
1. Kriitiliste sündmuste tehnika (Flanagani kriitiliste sündmuste tehnika, 1957)	42
2. Soolised stereotüübid ja tõed vanaduses	42
3. Rollimäng	43
4. Tunnistage väärkohtlemist abivajaja ja hooldaja suhtes ja koostage turvaplaan	46
5. Töö põhireeglite ülevaade	49
6. Projektiivsed tehnikad: Enda tajumine omastehooldajana (Machoveri projektsioonitesti „Joonista inimene“ variatsioon).	49



7. Tavad ja väärtused	49
3. peatükk: õppetunnid „Kuula mu lugu“.	52
Teoreetiline osa	52
3.1 Näited seminaridel tõstatatud küsimuste ja võimalike lahenduste kohta	52
3.2 Kuidas käsitleda konkreetselt võimalikke tuvastatud vägivalda/hooldajate läbipõlemise juhtumeid ja kultuurilisi erinevusi	54
Praktilised elemendid	55
4. peatükk: Euroopa kontekst	56
Teoreetiline osa	56
4.1 Rahvastiku vananemine ELis, mõju ühiskonnale	56
4.2 Euroopa poliitika elanikkonna vananemisele reageerimiseks	58
4.3 Parimad tavad, võrgustikud, psühhosotsiaalsed sekkumised ja muud kasulikud vahendid	58
Praktilised elemendid:	61
Elukorralduskuju varieerumine:	61
5. peatükk: riiklik kontekst	62
5.1 Omastehooldus Eestis	62
5.2 Omastehoolduse juriidilised alused	63
5.3 Mida teha, kui lähedane vajab hooldust?	64
Viited	67



# Eessõna

## Projekt SINCALA

---

Käesolev juhend on koostatud projekti SINCALA raames, mis on 2020. aasta novembris käivitatud 30-kuuline programmi Erasmus+ projekt. SINCALA eesmärk on levitada teavet vägivallaga seotud probleemide tuvastamiseks ja lahendamiseks omasteholduses ning pakkuda omasteholdajatele koolitusi ja veebipõhiseid haridusprogramme. Käesolev juhend toetab nende koolitamist ja püüab anda vanemaealiste ja nende omasteholdajatega töötavatele spetsialistidele suuniseid, mis aitavad neil tuvastada ja käsitleda selliseid probleeme nagu läbipõlemine, eakate väärkohtlemine või muud lähisuhtevägivalla vormid.

## Kellele ja miks on see juhend mõeldud?

---

Juhend on mõeldud tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandetöötajatele, kes töötavad eakate ja nende omasteholdajatega, arvestades, et nad ei oska sageli tuvastada eakate väärkohtlemisega seotud ohumärke. Käesolev juhend on käsiraamat, mis annab suunised, kuidas reageerida vägivallale omasteholduses. Samuti aitab see töötubade läbiviijatel tuvastada ja käsitleda probleeme, mis kerkivad esile töötubade „Kuula mu lugu“ raames, ning on aluseks avatud e-õppele ja veebimaterjalidele. Osalejad võivad olla erineva taustaga ja erinevate eelteadmistega. Neid erinevusi tuleb kogu käsiraamatu vältel silmas pidada, sest eesmärk on see, et kõik jõuaksid samale teadmiste ja arusaamade tasemele.

## Juhendi struktuur: kuidas juhendit kasutada

---

Iga peatükk koosneb teoreetilisest osast ja praktilistest elementidest. Täpsemalt öeldes on peatükkides ühendatud teemakohane teoreetiline teave ja harjutused spetsialistidele, et hõlbustada nende tööd omasteholdajatega.

Teoreetiline osa sisaldab teavet omasteholdajate, väärkohtlemise ennetamise ja austuse säilitamise kohta ning kõigis partnerriikides (Eesti, Itaalia, Portugal, Kreeka ja Sloveenia) katsetatud töötubade ning Euroopa ja riiklikku konteksti kohta. Riiklikku konteksti käsitleva riigipõhise teabe koostasid järgmised projektipartnerid: Naiste tugi- ja teabekeskus, NTKK (Eesti), Tartu Ülikool, TÜ (Eesti), Heraklioni prefektuuri naisühenduste liit, UWAH ja Kreeka Alzheimeri tõve ja sellega seotud haiguste ühing, Alzheimer Hellas (Kreeka), Anziani e Non Solo (Itaalia), Centro de Atendimento e Servicos 50+, Associacao (Portugal) ja Spominčica -Forget-me-not - Alzheimer Slovenia (Sloveenia).

Praktilised elemendid sisaldavad spetsiaalselt sihtrühmale väljatöötatud harjutusi. Need harjutused varieeruvad vastavalt õppe-eesmärgile. Need võivad koosneda juhtumiuuringutest, aruteluküsimustest, rollimängudest, audiovisuaalsest materjalist ja muust.



## Juhendi õppe-eesmärgid ja ülesanded

Käesolev juhend on suunatud sotsiaal- ja tervishoiutöötajatele, kes töötavad eakate ja nende omasteholdajatega, et aidata neil tuvastada ja käsitleda vägivallaga seotud probleeme omasteholduses. Juhendi eesmärk on pakkuda spetsialistidele vahendeid ja lähenemisviise, mida nad saaksid integreerida oma töös omasteholdajatega läbipõlemise, hooletussejätmise, väärkohtlemise ja muu vallas. Tänu käsiraamatule saavad sotsiaal- ja tervishoiutöötajad ning omasteholdajad omandada pädevusi, mis on seotud mõistmise, teadmiste, rakendamise, hindamise ja sünteesiga.

Pärast käesoleva juhendi **1. peatüki** läbimist tunnevad õppijad järgmisi teemasid:

- Hooldaja rolli ja tähtsuse uurimine ja arutamine.
- Sügavamad teadmised ning erinevate rollide, olukordade ja raskuste tuvastamine, mida hooldajad võivad kogeda sõltuvalt sugulussuhtest hooldatavaga.
- Hooldajate ettevalmistamine koduseks hoolduseks ja turvalisemate keskkondade loomine nii hooldatavatele kui ka omasteholdajatele.
- Hooldaja vajaduste väljaselgitamine ja nendega tegelemine.
- Väljakutsete ja emotsioonide äratundmine, mida hooldaja võib kogeda.
- Igapäevaste strateegiate väljatöötamine, et ennetada ja leevendada võimalikke raskusi (hooldaja stress, kurnatus).
- Vastupidavuse tundmine ja määratlemine spetsiaalsete pedagoogiliste meetodite abil.
- Hooldust vajava inimese vananemise ja haiguse aspektide mõistmine.
- Teadmiste parandamine eakate poolt hooldajate vastu suunatud vägivalla tuvastamise kohta.
- Põhjalikumad teadmised ning hooldajate koormuse ja läbipõlemise ning vägivalla ja väärkohtlemise seose äratundmine.
- Hooldaja suhtlemis-, loovuse- ja ajaplaneerimisoskuste hindamine ja parandamine.
- Hooldaja enesekehtestamise uurimine ja hindamine.
- Hooldajate enesehooldusega seotud nõuannete mõistmine ja arutamine.
- Alzheimeri tõve või dementsusega inimestega tegelemine ja nende vajaduste rahuldamine.

Pärast käesoleva juhendi **2. peatüki** läbimist tunnevad õppijad järgmisi teemasid:

- Eakate väärkohtlemise eelduste ja stereotüüpide mõistmine ja äratundmine.
- Eakate väärkohtlemise vormide ja tunnuste tuvastamine (hooletussejätmise, tahtliku ja tahtmatu väärkohtlemise käsitlemine).
- Soolise vägivalla tuvastamine hooldussuhetes (perevägivalla uurimine).
- Praktilised teadmised ning riskitegurite ja ohumärkide eristamine, sellise vägivalla ohvrite tuvastamine ja toetamine.
- Täiskasvanute kaitse tagamine.



Pärast käesoleva juhendi **3. peatüki** läbimist tunnevad õppijad järgmisi teemasid:

- Selliste väljakutsete kirjeldamine, millega kogu pere võib silmitsi seista.
- Lahenduste rakendamine vägivalda ja hooldaja läbipõlemise vastu võitlemiseks hooldussuhtes.
- Kogu peret hõlmava läheneme määratlemine ja näidete esitamine ning teadlikkuse suurendamine.
- Perekonnanahanduse katkemise äratundmine, perede seas esilekerkivate probleemide tuvastamine ja lahendamine.
- Uute ja uuenduslike terapeutiliste lähenemisviiside ja uuenduslike meetodite pakkumine ja koostamine, et parandada teenuseid perekonna kontekstis.
- Selliste tehnikate valdamine ja demonstreerimine, mis aitavad toime tulla depressiivsete sümptomite, emotsionaalse stressi ja muude hooldajate koormustega, ning meetodeid hooldatava heaolu tagamiseks.

Pärast käesoleva juhendi **4. peatüki** läbimist tunnevad õppijad järgmisi teemasid:

- Üldise ülevaate andmine ning teabe ja statistiliste andmete taastootmine eakate kohta Euroopas.
- Sellistele probleemidele osutamine, millega teised riigid ja organisatsioonid puutuvad kokku seoses omastehooldajate toega, nendekohaste teadmiste parandamine ning olemasolevad lahendused.
- Parimate tavade, võrgustike ja poliitika mõistmine omastehooldajate toetamiseks Euroopas.

Pärast käesoleva juhendi **5. peatüki** läbimist tunnevad õppijad järgmisi teemasid:

- Teadlikkuse suurendamine, teema läbivaatamine ja selgitamine riiklikul tasandil (poliitika, õigusaktid, kommunikatsioonikanalid, kodused tugiteenused, hooldajate võrgustikud, omastehooldajate koolitamine / teadlikkuse tõstmine, programmid ja teenused).
- Teemakohaste väärtuslike allikate paljundamine.



# 1. peatükk: Omastehooldajad

## Teoreetiline osa

---

### 1.1 Omastehooldajate identiteet

#### 1.1.1 Kes on omastehooldajad?

Demograafiline püramiid on muutumas, sest keskmine eluiga ja seega ka eakate arv suureneb plahvatuslikult, mis tekitab palju küsimusi. Inimesed elavad kauem, kuid madalama elukvaliteediga. Krooniliste ja invaliidistavate haiguste all kannatavate inimeste arvu suurenemine ja pikaajalise hoolduse puudumine on tekitanud uusi vajadusi (Sakakibara, Kabayama, & Ito, 2015). Arvestades, et tervishoiuteenused ja ametlik hooldus ei kasva samas tempos kui eakate vajadused, vastutavad omastehooldajad hoolduse ja toetuse osutamise eest kodus mitmel tasandil (Silva, Teixeira, Teixeira, & Freitas, 2013; Zwaanswijk, Peeters, Beek, Meerveld, & Francke, 2013).

Erinevate autorite sõnul on omastehooldaja määratluses, kuigi mõningate erisustega, mõned ühised aspektid seoses pakutava toetuse liigiga. Selles mõttes on omastehooldaja pereliige, sõber või naaber, kes toetab tasuta füüsiliselt, emotsionaalselt, rahaliselt ja mitteametlikult haiget või füüsilise puudega inimest (Bove, Zakrisson, Midtgaard, Lomborg, & Overgaard, 2016; Horrel, Stephens, & Breheny, 2015; Vaigankar *et al.*, 2013). Eurocarers lihtsustab seda mõistet, määratledes seda kui „isikut, kes osutab (tavaliselt) tasustamata hooldust kellelegi, kellel on krooniline haigus, puue või muu pikaajaline tervise- või hooldusvajadus, väljaspool professionaalset või ametlikku raamistikku“ (Eurocarers, 2021).

Kultuuriliselt on perekond üldiselt hoolduse esmane lahendus (Vaigankar *et al.*, 2013). Kogu Euroopas osutavad hooldust enamasti sugulased (Gonçalves-Pereira, & Sampaio, 2011; Jayani & Hurria, 2012; Bruggen *et al.*, 2016; McCabe, You, & Tatangelo, 2016). Thompsoni ja Rogeri (2014) andmetel on see protsent 60-80% ning Hawraniku ja Straini (2007) andmetel 75-90%. Samas on globaliseerumine toonud kaasa ka muutusi hooldamise kättesaadavuses ja motivatsioonis, kuna seda mõjutavad geograafiliselt hajutatud sugulased ja väljaspool kodu töötavad naised (Horrel *et al.*, 2015).

Pereliikmetest hooldajate sotsiaal-demograafiliste näitajate uuringute tulemused ei ole ühesed. Vanuse osas näitavad uuringud, et hooldajateks on valdavalt keskealised inimesed (Jayani & Hurria, 2012; Silva, Teixeira, Teixeira, & Freitas, 2013). Mõned autorid viitavad siiski nooremate hooldajate arvu suurenemisele (Blanton, 2013). Mis puudutab sugulussuhet hooldatavaga, siis esimesel kohal on abikaasad, millele järgnevad kohe lapsed (Buscemi *et al.*, 2010; Zwaanswijk *et al.*, 2013). Teiste uurijate puhul on vahekord vastupidine, kus lapsed on esmased hooldajad ning järgnevad abikaasad (Bruggen *et al.*, 2016; Horrell *et al.*, 2015). Soolise kuuluvuse osas näitavad uuringud naiste ülekaalu peamiste hooldajate seas (Buscemi *et al.*, 2010; Roberto &





Jarrott, 2008; Silva *et al.*, 2013; Zwaanswijk *et al.*, 2013). Campbelli (2010) järgi on tütreid tõenäolisemalt oma vanemate hooldajad kui nende vennad, kes toetuvad hooldajarolli täitmisel oma naistele, kui nad on abielus. Kuigi pikka aega peeti hooldamist peamiselt n-ö naiste tööks (Anderson, 1987), on mõned autorid maininud meeste kasvavat rolli pereliikmete hooldajana (Blanton, 2013; Campbell, 2010; Hawranik & Strain, 2007; Roberto & Jarrott, 2008). Hooldajad on heterogeenne rühm ja nende reaktsioon hooldamisele korreleerub nende vanuse, soo ja suhetega hooldust vajava isikuga.

### *1.1.2 Miks on omastehooldajad olulised?*

Omastehooldajad on olulised, sest nad tagavad ja pakuvad enamiku hooldusest Euroopas – 80%. Hoolduse liigid hõlmavad isiklikku hooldust, raha haldamist, transporti, emotsionaalset tuge ja muud hooldust (Bove *et al.*, 2016). Hooldajad on ühiskonnale hindamatu väärtusega, sest nad võimaldavad hooldataval inimesel kauem kodus viibida, pakkudes inimväärset ja väärikat hooldust. Enamikul omastehooldajatel on palju kogemuslikke teadmisi hoolduse osutamise kohta, mis on saadud kokkupuutest erinevate tervishoiu- ja sotsiaaltöötajatega, mida tuleks tunnustada ja arendada. Omastehooldajad on väga olulised, sest nad toetavad oma lähedasi isikliku hügieeni, kodutööde, emotsionaalse toe ja meditsiinilise hooldusega. Nad on nende eestkõnelejad, kes saavad hooldust ja kes ei saa või ei taha ise rääkida.

Omastehooldajad on sotsiaalsest ja humanitaarsest seisukohast väga hinnatud, sest enamik omastehooldajaid hooldavad haavatavaid rühmi, näiteks puuetega, dementsusega, krooniliste haiguste või muude haigustega inimesi. Nad ei tee seda mitte isiklikust huvist, vaid seetõttu, et teised vajavad seda toetust. Lisaks humanitaarsele mõõtmele on omastehooldamine ka ametlike hoolduskulude suur kokkuhoid. Selle tasustamata hoolduse majanduslik väärtus on protsendina ametlikest pikaajalise hoolduse kogukuludest ELis 50–90% (Eurocarers, 2021). Hooldus ja selle mõju neile, kes seda rolli täidavad, ja neile, kes hooldust saavad, seovad kodaniku-, poliitilisi ja sotsiaalmajanduslikke õigusi (Eurocarers, 2021), mis õigustab omastehooldajate tähtsust meie ühiskonnas.

### *1.1.3 Omastehooldajate erinevad rollid ja kogemused*

Hooldusprotsess võib väljenduda väga erinevates kogemustes ja vaatenurkades. Sugulase eest hoolitsemisel võib olla hooldajale nii positiivne kui ka negatiivne mõju. Hooldamisega kaasnevad positiivsed aspektid hõlmavad kiindumuse ja läheduse tundeid hooldussuhtes ning isikliku rahulolu ja elueesmärgi tunnet (Penning & Wu, 2016; Litwin, Stoeckel, & Roll, 2014). Üldiselt on hooldamise mõju hooldajale siiski üsna negatiivne, kuna kroonilise haigusega inimese hooldamine on pidev, raske ja stressirohke. Seetõttu mõjutab see tõenäoliselt negatiivselt hooldajate vaimset tervist ja heaolu (Penning & Wu, 2016).



Hoolimata mõju tüübist - olgu see positiivne või negatiivne - võib seda mõjutada suguluse tüüp. Penningi ja Wu (2016) sõnul on hooldamine küll üldiselt stressirohke, kuid „kõrgemas eas vanema eest hoolitsemine tundub olevat eriti stressirohke ja avaldab sellest tulenevalt hooldatavate vaimse tervisele ja heaolule negatiivsemat mõju kui kõrgemas eas abikaasa või muu pereliikme eest hoolitsemine“. Jayani ja Hurria (2012) järgi mõjutab hooldaja roll kõige rohkem tütreid. Bruggen jt (2016) uuringus, milles osales 2701 hooldajat, jõuti järeldusele, et täiskasvanud lastel on rohkem probleeme, millega on ka keerulisem toime tulla.

Mitmed aspektid võivad aidata ennustada, kui suures ulatuses hooldamine hooldajatele mõjub. Nende hulka kuuluvad hooldatava isikuomadused ja tema hooldusvajaduse aste (Roberto & Jarrott, 2008). Oluline on haiguse tüüp – kognitiivse haiguse, näiteks dementsuse puhul on negatiivne mõju olulisem kui positiivne (Bruggen *et al.*, 2016; Thompson & Roger, 2014; Roberto & Jarrott, 2008). Loevad ka hoolduse kestus ja selle kulgemise ettearvamatus (Thompson & Roger, 2014; Zwaanswijk *et al.*, 2013) ning eelnev suhe hooldajaga – hooldamise protsess näis süvendavat juba olemasolevaid sidemeid ja raskusi peresuhetes (Blanton, 2013; Campbell, 2010).

Projekti SINCALA raames tehtud varasemate tööde põhjal võib väita, et üldiselt tajuvad täiskasvanud lapsed oma rolli oma vanemate hooldajana kui vastutasu selle eest, mida vanemad on nende jaoks elu jooksul teinud. Oma vanemate hooldajaks olemise kogemuse keskmes on sugulussuhe. Juhtudel, kus vanemate ja laste vaheline suhe oli niigi keeruline, teatati aga peamiselt negatiivsetest tajudest ja tunnetest seoses hooldajarolliga, mida mõjutab juba olemasolev suhe vanematega. Nagu eelnevalt mainitud, mõjutab ka haiguse tüüp hooldajate poolt tajutud koormust (Bruggen *et al.*, 2016) ja pereliikmete vahelisi suhteid. Selles mõttes muutub dementsuse diagnoosi korral hooldust puudutavate otsuste tegemine perekonnaküsimuseks. See võib põhjustada raskusi õdede-vendade vahel, kellel on erinev arusaam vanema haigusest ja vajadustest.

Roberto ja Jarrotti (2008) teises uuringus ilmneb, et naistel on suurem depressioon ja kehvem sotsiaalse suhtlemise kvaliteet. Kuigi abikaasa hooldajaks saamine näib olevat abikaasade jaoks loomulik samm, mida motiveerib kas armastus/emotsionaalne side või kohusetunne/abielulise vastutuse tunne, osutavad nad ka hooldamisega seotud raskustele ja väljakutsetele. Abikaasa eest hoolitsemine on rahaliselt ja emotsionaalselt koormav. Pidev hirmu ja jõuetuse tunne abikaasa turvalisuse ja heaolu pärast tundub olevat enamikule hooldajatele tuttav. Mõned negatiivsed ja keerulised aspektid, mida abikaasad mainisid, olid koormus, pidev väsimus, partneri kaotamise ja hooldajaks, mitte enam abikaasaks, muutmise tunne ning vangistatuse tunne.

#### 1.1.4 Ettevalmistused koduseks hoolduseks

Nagu eespool mainitud, võimaldab omastehooldajate pakutav hooldus hooldataval kauem kodus viibida. Kodus vananeva lähedase abistamine võib tähendada kõike, alates vanema juures käimisest kuni igapäevase kontrollimiseni, et aidata abikaasat pesemisel. Mida peavad omastehooldajad teadma, kui nad valmistuvad koduseks hoolduseks? Kodu täielikuks



ettevalmistamiseks vajalikud sammud varieeruvad sõltuvalt hooldusvajadusest. Oluline on siiski analüüsida keskkonda ja otsida asju, mis võivad saada takistuseks või ohuks. Kui hooldataval on raskusi liikumisega või kui tema nägemine või kuulmine on kahjustatud, on oluline kaaluda võimalusi, kuidas muuta kodu vähem ohtlikuks. Näiteks võivad omastehooldajad kaaluda lihtsate paranduste tegemist kukkumiste ennetamiseks (nt eemaldada vaibad, mille peal pereliige võib komistada; tagada, et maja on hästi valgustatud jne).

Kui füüsilised piirangud on tõsisemad, võib olla vaja teha struktuurimuudatusi, näiteks paigaldada ratastoolirambid või laiendada ukseavasid. Dementsusega inimese hooldamine võib tähendada muid erilisi väljakutseid. Riskide vähendamiseks võivad omastehooldajad muu hulgas kaaluda kaugjuhtimisega ukسلukkude paigaldamist ja pliidi väljalülitamist, kui seda ei kasutata.

Lisaks on mõned asjad, mida iga omastehooldaja saab arvesse võtta, kui valmistub lähedase hooldamiseks kodus.

Nad peavad õppima pereliikme haiguse või puude ja selle eest hoolitsemise kohta. Mida rohkem teavet omastehooldajal on, seda paremini suudab ta kohandada eluaset hooldatava vajadustega, oskab ette näha teatud käitumist või hoiakuid ning vähendada sellest tulenevalt ärevuse ja stressi taset.

Nad peaksid edendama pereliikme iseseisvust ja sõltumatust nii kaua kui võimalik, kaasates teda lihtsatesse igapäevatoimingutesse.

Oluline on koostada ja säilitada ajakohastatud ravimite nimekiri koos nime, annuse, väljakirjutava arsti ja muu asjakohase teabega. See on dokument, mida saab kaasa võtta arsti vastuvõtule ning veenduda, et kõik juriidilised dokumendid on korras.

### *1.1.5 Hooldajate vajaduste rahuldamine*

Hooldajad on hoolduse oluline ja keskne osa ning neid kaasatakse kõigesse alates meditsiinilistest otsustest (nt ravimite valimine) kuni emotsionaalse toeni. Hoolimata nende olulisest rollist, jäetakse hooldajate vajadused sageli tähelepanuta. Hooldajate vajadusi mõjutavad mitmed aspektid, näiteks sugulussuhe. Projekti SINCALA raames välja töötatud töö põhjal vajavad hooldaja rollis olevad lapsed teavet ja koolitust, teiste sugulaste tuge ja rahalist toetust. Ka abikaasadel on vajadus hooldatava isiku haiguse kohase teabe ja rahalise toetuse järele. Lapselapsed mainivad vajadust psühholoogilise toe järele.

Ka hooldajate sotsiaalkultuuriline kontekst võib mõjutada nende vajadusi. Erinevad kontekstid võivad mõjutada hoolduse tüüpi (ja seda, kes seda pakub). Näiteks on riike, kus patsiendid ja hooldajad tuginevad väljakujunenud ametlike teenuste võrgustikule, nagu päevahoid, koduhooldus ja pikaajalise hoolduse asutused. Teistes riikides, kus neid teenuseid on vähe või need puuduvad, vastutavad hoolduse eest peamiselt sugulased. Kõik see mõjutab järelikult hooldajate vajadusi. Kirjandusest selgub, et hooldajate vajadused võivad varieeruda alates haiguse kulgu käsitleva teabe saamisest, toetavatest tervishoiuresurssidest ja



tervishoiuteenuste kättesaadavusest (arenenud riigid) kuni vajadusteni, mis on rohkem seotud igapäevaste tugitegevustega, hirmuga, et ei pakuta nõuetekohast hooldust, peredünaamikaga, terviseseisundit käsitleva teabe puudumisega, täieliku pühendumisega hooldusele, rahaliste kulutuste ja muuga (arengumaad) (Bierhals, Santos, Fengler, Raubustt, Forbes, & Paskulin, 2017).

Hooldatava seisund/olukord mõjutab oluliselt hooldajate vajadusi. Näiteks võib dementsusega lähedase eest hoolitsemine olla koormav ning paljud hooldajad kannatavad halvenenud elukvaliteedi, piiratud sotsiaalse kaasatuse ja toetuse, depressiooni ja ärevuse all (Queluz, Kervin, Wozney, Fancey, McGrath, & Keefe, 2019; Laks, Goren, Dueñas, Novick, & Kahle-Wroblewski, 2016; Tomomitsu, Perracini, & Neri, 2014; Sörensen & Conwell, 2011). Kui võrrelda dementsete inimeste hooldajaid ja teiste hooldajaid, oli esimestel oluliselt viletsam subjektiivne heaolu ja füüsiline tervis (Queluz *et al.*, 2019; Pinto & Barham, 2014). Selles mõttes on dementsusega inimese hooldajate kõige sagedamini mainitud vajadused seotud hooldajate tervisega, eelkõige emotsionaalse tervisega (Queluz *et al.*, 2019).

Kuigi hooldajate vajadusi mõjutavad mitmed erinevad aspektid, on need üldiselt seotud hooldajate emotsionaalse tervisega, teistelt saadud ametliku või mitteametliku abiga ning teabega hooldatava haiguse/olukorra kohta. Mitmesugused vajadused ja keerulised hoolduskontekstid rõhutavad hooldajate eriliste vajaduste mõistmise ja hindamise tähtsust. Seega on rohkema teabe saamine väga oluline. See võib hõlmata erinevaid valdkondi: enesehooldus, suhtlemine teiste hooldamisega seotud isikutega, sotsiaalne suhtlemine (kommunikatsioon, empaatia jne) ja üldine teave (haiguse areng ja tagajärjed, olemasolev sotsiaalne toetus jne).

## 1.2 Omastehooldaja väljakutsed

### 1.2.1 Emotsioonid, mida hooldajad kogevad

Nagu eelmises punktis mainitud, on omastehooldajad üksikisikud, tavaliselt pereliikmed, kes pakuvad krooniliste haigustega või elu lõpujärgus olevate lähedaste tasustamata hooldust ja tuge (Milligan, 2017). Hoolduse nõudmised on perede lõikes erinevad, kuna need sõltuvad abi vajava inimese tervislikest seisunditest. Hoolduse intensiivsus sõltub haiguse raskusastmest ja sellest, kui kaugemale on lähedase haigus arenenud (Simmons University, 2016). Lisaks hõlmab omastehooldamine kahte mõõdet (Thomas *et al.*, 2002). Esimene on materiaalne mõõde, mis on seotud hooldamisega seotud füüsilise tööga. Teine on emotsionaalne mõõde, mis on seotud hooldamise tunnetuslike aspektidega. Uuringud näitavad, et omastehooldajate ja hooldatava vahelised hooldussuhted on väga emotsionaalsed ning et omastehooldajad on oma hooldamisrolli tõttu altimad psühhopatoloogiale kui elanikkond üldiselt (Milligan, 2005).

Mis puutub hooldamisega seotud füüsilisse töösse, siis seisavad omastehooldajad tavaliselt silmitsi oma ülesannete tagajärgedega (Day & Anderson, 2011). Nad peavad toime tulema märkimisväärse koormusega, mida hooldamine hõlmab, ja selle tulemusena on nad kurnatud.



Selline väsimus võib põhjustada märkimisväärset füüsilist kurnatust, millega kaasneb süsteemsete sümptomite muutuv muster, sealhulgas unetus, väsimus või kaalumuutused.

Peamised emotsionaalsed väljakutsed, mida eakad ja nende omastehooldajad alguses kogevad ja millega tuleb tegeleda, on ebakindlus tuleviku suhtes, ootamatult tekkinud probleemid, rollimuutused suhetes ja kodus ning kohanemine hooldamisest tingitud elumuutustega (Bom, Bakx, Schut, & van Doorslaer, 2019). Selles hooldamise etapis on tavaline, et hooldajad kogevad eitamist ja neil on raskusi olukorra aktsepteerimisega, mida võidakse tajuda ähvardava ja ohtlikuna. Lisaks võivad terviseprobleemid hilisemas eas põhjustada surma, sügavat puuet, võimalikke vigastusi ja haiglaravi ning eakate muutunud eluväljavaated võivad põhjustada hirmu, ärevust ja äärmuslikku emotsionaalset stressi nii hooldatavate kui ka hooldajate jaoks. Insuldi saanud patsientide uuringutes leiti, et laialt on levinud märkimisväärne emotsionaalne stress depressiooni, ärevuse, šoki ja traumajärgsete sümptomite näol ning see jääb krooniliseks nii patsientide kui ka omastehooldajate puhul (McCurley *et al.*, 2019).

Hooldajad ütlevad tavaliselt, et professionaalsed teenused on suunatud eakate vajadustele, mitte hooldajate vajadustele, ning et nad tunnevad end tervishoiusüsteemi poolt hüljatuna (Milligan, 2005). Selline olukord toob kaasa viha, pettumust, pahameelt ja kurbust. Lisaks võib professionaalsetest tervishoiuteenustest abi otsimine omastehooldajatel põhjustada süütunnet, reetmise, kurbuse ja ebaõnnestumis tundeid, kuna nad ei suuda eakate piisavat hooldamist jätkata kodus. Süütunnet ja kahetsust võib tekitada ka see, kui omastehooldajad kogevad abitust, lootusetust, apaatiat või empaatiavõimetust. Need seisundid võivad põhjustada madalat rahulolu ja elukvaliteeti, mis mõjutab paljusid eluvaldkondi. Täpsemalt võivad viha ja pettumust põhjustada vigade arvu suurenemine tööl ja vähenenud tööga rahulolu, mis on tingitud hooldamisega seotud nõudmistest (Milligan, 2005).

Omastehooldajad tunnevad sageli viha ja pettumust. Sageli ei taha nad neid tundeid teistega jagada, sest kardavad, et neid peetakse „moraalselt kõlbmatuks“, kui nad näiteks kurdavad oma töökoormuse üle ja ütlevad, et nad ei suuda hooldatavat enam taluda (Milligan, 2005). Lisaks sellele, et nad ei saa oma tundeid vabalt väljendada, seisavad nad sageli silmitsi sotsiaalse isolatsiooniga. Esiteks kulutavad nad suurema osa oma ajast hooldatava eest hoolitsemisele ja seetõttu jääb neil vähe aega sotsiaalsete suhete arendamiseks. Teiseks ei pruugi omastehooldajate sõbrad ja perekond olukorda mõista, sest nad ei ole kunagi nende olukorras olnud. Selle väärarvamuse tõttu võivad nad omastehooldajat isoleerida. See jätab omastehooldajad üksi ajal, mil nad vajavad kõige rohkem pere- ja sõprusvõrgustikke, kes võiksid pakkuda neile emotsionaalset tuge, mis tugevdaks nende vankumatust ja võimet jätkata hooldamist (Milligan, 2005). Samuti võivad kannatada suhted hooldatavaga. Mõned hooldajad märgivad, et hooldatavad elavad sageli nende peal välja oma pettumuse ja viha, mis toob kaasa konflikti nende ja hooldatava vahel (Price, Surr, Gough, & Ashley, 2020).

Väärrib märkimist, et Harding ja Higginson (2001) leidsid hooldajate seas suurt ambivalenttsust. *Ambivalenttsust* määratletakse kui samaaegset tõmmet ja vastumeelsust mingi tegevuse



suhtes, mis takistab seda kogevat isikut otsuste tegemisel ja tegutsemisel. Nooremad hooldajad teatasid suurest ambivalentsusest seoses valikuga hooldamise ja muude sotsiaalsete ja ametialaste tegevuste vahel. Seetõttu tuleb mis tahes sekkumisel arvestada nende rahuldamata vajaduste ambivalentsust (Harding & Higginson, 2001) ja seda, kuidas see võib üle kanduda hooldamisele ja hooldatavale pakutavale toetusele.

Omastehooldaja heaolu on ülioluline, kui patsientide eest tuleb hoolitseda kodus (Lee, Brennan ja Daly, 2001). Mõned hooldajad tunnistavad, et nende hooldusrollidest tulenevad positiivsed emotsioonid ja isiklik areng, näiteks uhkus, parem õppimine ja suurem empaatiavõime. Eelkõige väljendavad mõned hooldajad uhkust ja tänulikkust selle üle, et nad saavad oma lähedastele midagi tagasi anda. Lisaks tunnevad omastehooldajad end turvaliselt ja kindlalt, kui nad vastutavad oma lähedaste hooldamise eest. See on tingitud sellest, et kodus valitsev õhkkond tekitab turvalisuse, armastuse ja hoolitsuse tunde, samuti soojuse ja kaasatuse tunde, mis tuleneb omastehooldajate ja hooldatavate omavahelistest suhetest. Samuti märgitakse, et positiivne suhtumine hooldamisse aitas neil rasketest perioodidest üle saada: see roll andis neile tunde, et neid väärtustatakse ning et see on isikliku saavutuse ja rõõmu allikas. Hooldajate võime leida oma kogemustes positiivset tähendust, näiteks tähendusel põhinev toimetulek, oli seotud hooldajate kõrgema elukvaliteediga. Omastehooldajad võivad selle protsessi kaudu arendada ka empaatiavõimet ning psühhosotsiaalse vastupidavuse valdkondi, nagu tähelepanelikkus, toimetulek, lähedane side ja enesetõhusus (Shaffer, Riklin, Jacobs, Rosand, & Vrancecau, 2016).

### *1.2.2 Stress, kurnatus, koormus ja läbipõlemine: märgid ja haavatavus*

Kodus kellegi eest hoolitsemine võib olla väga keeruline ja paljunõudev. Sageli ületab hooldamine hooldajate füüsilist ja vaimset võimekust, mis viib kroonilise stressini, mida kirjanduses nimetatakse hooldajate koormuseks (Zarit, 2002). Stress ja kurnatus on omastehooldajate seas igapäevane ning on leitud, et emotsionaalne kurnatus on tihedalt seotud depersonaliseerumise, ärevuse ja depressiivsete sümptomitega. Seetõttu on väga oluline õppida tundma hooldaja stressi märke, et vältida kõrge kurnatuseni jõudmist. Kuidas jõuab hooldaja kurnatuseni? See võib tuleneda omastehooldaja kalduvusest mitte paluda abi või püüda teha rohkem, kui ta suudab, kuna ta tunneb end hooldamisega seoses ülekoormatuna ja tal puudub füüsiline, vaimne, emotsionaalne või rahaline toetus (Pathak, 2020). Seega võib hooldatavale osutatud tähelepanu tõttu enda eest hoolitsemine tähelepanuta jääda. Lisaks võivad hooldajate kurnatuseni viia ka muud elemendid. Näiteks võib hooldajatel olla raskusi oma hooldajarolli lahutamiseга abikaasa, lapse või sõbra rollist.

Lisaks võivad hooldajad hellitada lootusi ja uskuda, et nende hool mõjutab positiivselt hooldatava inimese tervist ja õnnetunnet. See võib aga olla ebareaalne, näiteks patsientide puhul, kellel on progresseeruv haigus, näiteks Parkinsoni või Alzheimeri tõbi. Hooldaja võib pettuda, sest tal puuduvad raha, vahendid ja oskused, et oma lähedase hooldamisega hästi toime tulla, või ta võib enda kanda võtta liiga palju, osaliselt seetõttu, et peab hooldamist oma ainsaks tööks (Pathak, 2020).



Omasteholdajad töötavad sageli ka täistööajaga (või nad on üliõpilased, kui nad on noored hooldajad). Laste kasvatamine ja oma perede rahaline toetamine muudab hooldamise mitmetasandiliseks väljakutseks. Nende kohustuste tasakaalustamine võib tõsiselt mõjutada omasteholdajate tervislikku seisundit (Souza Alves *et al.*, 2019). Hooldamine võib tõsta stressitaset nii palju, et see jõuab hooldaja läbipõlemiseni, nimelt emotsionaalse, vaimse ja füüsilise kurnatuse seisundini, mille all kannatavad nii omasteholdaja kui ka inimene, keda ta hooldab (Smith, 2020). Läbipõlemist võib mõnikord tajuda kui liigset väsimust või kurnatust, mida esineb aeg-ajalt. Väsimust on aga sageli võimalik leevendada, kui teha pausi, magada veidi rohkem või püüda aktiivselt lõõgastuda, samas kui läbipõlemist ei ole nii lihtne leevendada (Caring, N.A.). USAs kuuluvad hooldajad riigi kolme kõige stressirohkema rühma hulka, kusjuures 70% pereliikmete hooldajatel ilmneb depressiooni tunnuseid, mis on väga kõrge määr võrreldes inimestega, kes ei ole omasteholdajad (Caring, N.A.). Selles ulatuses kipuvad hooldajate läbipõlemist kogevad isikud seisma silmitsi meeletu väsimusega, mis mõjutab mitmeid eluvaldkondi. Läbipõlemine võib tekkida seetõttu, et omasteholdajad keskenduvad sageli nii intensiivselt hooldatava inimese vajadustele, et nad võivad unustada omaenda tervise ja heaolu.

Läbipõlemine võib põhjustada suhtumise muutumist positiivsest ja hoolivast suhtumisest negatiivseks ja hoolimatuks. Hooldajad hakkavad kogema väsimust, stressi, ärevust, depressiooni ja isegi süütunnet, kui nad tajuvad, et kulutavad aega pigem iseendale kui oma haigele või eakale lähedasele (Pathak, 2020). Kui neid märke ei arvestata ja omasteholdajad abi ei otsi, jõuavad nad lõpuks läbipõlemiseni, millel on samuti omad märgid ja sümptomid (Souza Alves *et al.*, 2019). Näiteks on hooldajatel palju vähem energiat kui varem, nad on pidevalt kurnatud, isegi pärast magamist või puhkepausi, ning jätavad oma vajadused tähelepanuta, sest nad on liiga hõivatud või ei hooli enam. Kuigi nende elu keerleb hooldamise ümber, pakub see neile vähe rahuldust ja neil on raske lõõgastuda, isegi kui abi on olemas. Nad võivad muutuda hooldatava suhtes üha kannatamatumaks ja ärritunumaks ning lõpuks tunnevad nad end abituna ja neid valdab lootusetus (Smith, 2020). Lisaks kutsuvad hooldajate emotsionaalne ja füüsiline kurnatus esile tundeid, et nad tahavad endale või hooldatavale haiget teha (Pathak, 2020).

Omasteholdajad võivad hakata eemalduma sõpradest ja pereliikmetest, kaotada huvi varasemalt meeldivate tegevuste vastu, muutusi võib esineda söögiisus, kehakaalus või mõlemas ning ka unemustrites. Nähtav märk läbipõlemisest on märkimisväärne kehakaalu muutus. Nad võivad oluliselt kaalust alla võtta, sageli seetõttu, et neil ei ole aega piisavalt või toiteväärtuslikult toituda, kuid neid mõjutab ka ärevus, mis kipub söögiisu vähendama. Teisest küljest on neil võimalik ka kaalutõus, sest nad hakkavad kogunenud stressiga toimetulekuks kiiresti ja ebatervislikult toitu sööma ning kogu aeg vahepalu tarbima. Samuti kipuvad nad sagedamini haigestuma, saavad kroonilisi selja- või kaelavalusid või neil tekib kõrge vererõhk. Vaimne ja emotsionaalne stress alandavad immuunsust ja võivad põhjustada füüsilisi häireid, mis avalduvad tavapärasest sagedamini, püsivamalt või tugevamalt.



Kui hooldajad leiavad end ootamatult või sagedamini nutmas või meeleheidet tundmas, võib see olla veel üks ohumärk, eriti arvestades, et neil on suur depressiooni tekkimise oht (Caring, N.A.). Veel üks läbipõlemise sümptom on see, kui hooldajatel hakkavad tekkima unehäired. Hooldamine võib olla füüsiliselt kurnav ja seega võiks eeldada, et hooldajad jäävad magama kohe, kui nende pea puudutab patja, kuid tööga kaasnev emotsionaalne koormus võib hoopis viia unetute öödeni, mis võib muutuda nõiaringsiks.

Mis puutub läbipõlemiseni jõudvate hooldajate sotsiaalsesse ellu, siis hakkavad nad end sotsiaalselt isoleerima, nähes päeva jooksul ainult oma hooldatavaid (Caring, N.A.). Nad võivad seda teha, kui nende hooldatava käitumismuutused panevad neid piinlikkust tundma või nad tunnevad, et nad ei leia aega väljas käimiseks, sest nad panustavad kogu oma aja ja energia hooldamisse. Samal ajal võivad hooldajad hakata saama kaebusi teistelt pereliikmetelt, kes võivad samuti hakata väljendama muret nende heaolu pärast. Hooldajad võtavad sageli kogu hoolduskoormuse enda peale, ilma et nad abi küsiks. Loomulikult halvendab see üksnes olukorda, sest suurendab olukorrast tulenevat üldist stressi.

Väärib märkimist, et hooldamine on seotud stressi, läbipõlemise, hoolduskoormuse, piiratud tegevuste, hirmu, ebakindluse, üksinduse, surmaga silmitsi seismise ja toetuse puudumisega (Leite *et al.*, 2017). Selline olukord asetab hooldaja bioloogilise ja psühholoogilise haavatavuse tingimustesse, samal ajal kui eakas on niigi haavatavas olukorras. *Haavatavus* viitab nende vastuvõtlikkusele füüsilisele ja emotsionaalsele stressile, mis tuleneb nende hooldustegevusest konkreetses kohtades. Kaks tegurit, mida omastehooldajad kirjeldavad haavatavust tekitavatena, on tundmatus keskkonnas viibimine ja eaka vanusest tingitud terviseprobleem.

### 1.2.3 Kaitsvad tegurid ja hooldajate toimetulekstrateegiad

Sotsiaaltöötajad, poliitikakujundajad, rahastajad ja huvirühmad peaksid seadma prioriteediks kaitsvate tavade ja tõhusa keskkonna kujundamise ja rakendamise. Eelkõige tuleks teha jõupingutusi individuaalse ja perekondliku vastupanuvõime suurendamiseks, mida on võimalik saavutada erinevate protsesside kaudu. *Vastupidavus* on suhteline vastupanu ebaõnnestumistele või riskidele ning seda peetakse hilisemas elus heaolu seisukohalt oluliseks. Seda kujundavad sotsiaalmajanduslik, psühhosotsiaalne ja sotsiaalne toetus ning kultuurilised asjaolud. Neid asjaolusid ehk teisisõnu kaitsetegureid nimetatakse sageli sisemisteks omadusteks, näiteks enesehinnang ja enesetõhusus, ning välisteks ressursideks, näiteks sotsiaalne toetus ja rahalised vahendid. Eakate eest hoolitsedes ja neid toetades võivad omastehooldajad mängida olulist rolli nende vastupanuvõimes. Täpsemalt võib vastupanuvõime tekkida siis, kui omastehooldaja saab materiaalselt ja emotsionaalselt tuge laiemalt perekonnalt ja ühiskonnalt ning eakas säilib enesetõhususe ja kogu perekonna kaasatuse koos eluetapiga sobivate elurollidega. Omastehooldajad peavad toime tulema ebaõnnestumiste ja haavatavusega ning ületama takistusi, et saavutada positiivsemaid tulemusi pereringis (Leite *et al.*, 2017).





Ghanas omastehoolduse kohta tehtud uuringus (Agyemang-Duah, Abdullah, Mensah, Arthur-Holmes, & Addai, 2020) leiti, et tugevat vastupanuvõimet saab luua isiklike ja keskkonnaga seotud ressursside kaudu. Täpsemalt öeldes on isiku ja ühiskonna omadused toeks hädade, haavatavuse ja koormuse ajal. Laiem perekond, kirikukogudus ja naabrid aitavad arendada vaimust ja vastupanuvõimet, mis võivad eakale ja hooldajale anda jõudu, tuge ja lohutust. Uuringu tulemused viitavad sellele, et hooldajad uskusid, et eakate eest hoolitsemine on Jumala kutse, mis saab tasutud, ning et eakate abistamine viib vaimse tugevuse arendamiseni, et seista vastu negatiivsetele mõtetele hoolduskohustustest loobumise kohta. Samuti näib, et alternatiivsete hooldajate puudumine julgustas hooldajat oma hooldajarolli aktsepteerima (Agyemang-Duah *et al.*, 2020).

Nagu eespool mainitud, on teada, et hooldamine mõjutab omastehooldajate heaolu ning seda on seostatud depressiooni ja ärevuse taseme tõusu, kehva enesehinnangulise füüsilise tervise, immuunsüsteemi nõrgenemise ja suurenenud suremusega (Dharmawardene, Givens, Wachholtz, Makowski, & Tjia, 2016). Hooldamisega toime tulemiseks vajavad hooldajad teavet toetusmehhanismide, teenuste osutamise ja ravivõimaluste kohta (Dharmawardene *et al.*, 2016). Kuigi professionaalsete hooldajate toetus on omastehoolduse puhul ebapiisav, tasub märkida, et tervishoiuteenuste osutajad peaksid omastehooldajaid koolitama, et anda neile põhiteadmised, kuidas pakkuda eakate heaolu jaoks olulisi teatud teenuseid. Lisaks saavad professionaalsed hooldajad suurendada omastehooldajate teadmisi vananemisprotsessist, hooldamisest ja eakate väärkohtlemisest, soodustada hooldamisega seotud tunnete väljendamist ning tugevdada toimetulekuoskusi ja strateegiaid hooldamisel.

Ühe ülevaate (Kamalpour *et al.*, 2020) kohaselt on omastehooldajate jaoks kaks peamist potentsiaalset kasu, mida veebipõhised tervisekogukonnad võivad pakkuda eakatele vastupidavuse toetamiseks. Esimene selline kasu põhineb ideel, et hooldajad pakuvad ja saavad sotsiaalset tuge, sealhulgas teadmiste ja kogemuste jagamist, mõtestatud ja altruistlikke tegevusi, emotsionaalset tuge ning materiaalsel ja immateriaalsel rahalist toetust. See tuleneb arusaamast, et veebipõhised tervisekogukonnad võivad hooldajatele pakkuda informatiivset, emotsionaalset ja rahalist tuge ning võimaldada neil osaleda heategevuses. Teine kasu põhineb hooldajate enese ja moraalse mõjuvõimu suurendamisel, sealhulgas eneseteostuse suurendamisel ja hooldajate heaolu parandamisel. See põhineb arusaamal, et veebipõhistes tervisekogukondades osaledes muutuvad hooldajad tugevamaks ja enesekindlamaks. Neil võib olla vähem stressi ja emotsionaalset segadust, kuna nendes kogukondades teadmiste vahetamine võib hooldajate heaolu positiivselt mõjutada, leevendades hooldamise kahjulikke mõjusid (Kamalpour *et al.*, 2020).

Omastehooldajate veebipõhiste tervisekogukondade võimaliku kasu ja eakate täiskasvanute vastupanuvõime vahelise seose osas võtame arvesse üheksat eakate vastupanuvõime tegurit, mida soovitati Boltoni, Praetoriuse ja Smith-Osborne'i süstemaatilises ülevaates (viide Kamalpour *et al.*, 2020). Vastupidavustegurid on keskkonna- ja isikuomadused, mis on seotud positiivsete tulemustega raskuste korral. Veebipõhiste tervisekogukondade eelised mängivad olulist rolli vastupidavustegurite puhul, näiteks välise kontakti puhul, mis võib pakkuda sotsiaalset tuge ja juurdepääsu kapitalile ning anda eakatele enesehinnangu paranemise kaudu



jõudu. Muud vastupidavustegurid, mida veebipõhised tervisekogukonnad võivad soodustada, on füüsiline ja vaimne enese eest hoolitsemine. Kasulikud tegevused ja ressursid hõlmavad tervisliku seisundi ja aktiivsuse säilitamist, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kättesaadavust, hoolduse kättesaadavust, uudishimu ja altruismi propageerimise, vabatahtliku töö ja generatiivsuse kaudu. Kõik need asjad aitavad eakatel olla vastupidavamad ja iseseisvamad, mis on seotud valikute ja käitumise kontrollimisega. Seost ei leitud teiste vastupanuvõime teguritega, nagu mõtestatus, sitkus, positiivne väljavaade, varasem kogemus raskustega ja enesearusaamine, sest need tegurid on peamiselt sisemised, mitte keskkonnast tulenevad (Kamalpour *et al.*, 2020).

Omasteholdajate vajadused ei ole kindlasti tähtsusetud ja nõuavad suurt tähelepanu. Omasteholdajad võivad välja töötada mitmeid strateegiaid, et hooldamisvajadustega toime tulla ja neid leevendada ning oma vajadusi rahuldada.

Enese eest hoolitsemine on omasteholdajate jaoks väga oluline. Eksperdid soovitavad stressi vähendamise meetodeid, nagu piisav puhkus ja tasakaalustatud toitumine, samuti süütundeta vaba aja võtmine ja tervishoiuvajadustele tähelepanu pööramine. Vaba aega võttes ning oma soove ja vajadusi kuulates hoolitsevad hooldajad ka oma identiteedi eest ning vastavad sellega küsimusele elu mõttest või eesmärgist (Simmons University, 2016).

Hooldamisega mitteseotud huvide säilitamine ja kohtade ja sõprade küllastamisele aja pühendamine rahuldab nende suhtlemisvajadust ning aitab mõtteid juhtida muudele tegevustele, et lõõgastuda ja värskendada end eelseisva ülesande jaoks. Haavatavust võivad vähendada hooldajate tegevuse, näiteks sotsiaalse suhtluse ja hobide, jätkamine. Samuti võib aidata patsiendi hooldamises oma osaluse üle kontrolli säilitamine, rahulolu hooldatavale pakutava abiga ning positiivsed tunded hooldamise suhtes.

Töö ei tohiks olla seotud ka hooldusega, sest see on tegevus, mis kujutab endast inimlikku vajadust. Inimesed kasutavad seda isikliku identiteedi kujundamiseks ja oma igapäevaelu korraldamiseks. Töötades tunnevad täiskasvanud inimesed end kasulikuna, loovad teistega sidemeid ning laiendavad oma sotsiaalset kapitali. Töötamine toob hooldajale ka rahalist sõltumatust. Töö julgustab inimesi olema ühiskonnas aktiivsed.

Regulaarne kehaline aktiivsus võib parandada ka nende sotsiaalset võrgustikku ja vaimset tervist (von Känel *et al.*, 2011; Paluska & Schwenk, 2000). Kui nad ei ole harjunud füüsilise tegevusega, võivad nad otsustada alustada jalutuskäiguga linnas. Kõndimine stimuleerib verevoolu ja toimetab rakkudesse hapnikku. Täiskasvanu soovitatav päevane kehaline aktiivsus on vähemalt 30 minutit.

Tugirühmad koos eakate omasteholdajatega võivad rahuldada integratsioonivajadusest tulenevat kaasamise ja pühendumise vajadust. Omasteholdajad kogevad sageli stigmatiseerimist, isolatsiooni ja tõrjutust, kui nad hooldavad kroonilise haigusega inimest. Need rühmad pakuvad hooldajatele platvormi oskuste vahetamiseks ning toimetuleku- ja enese eest hoolitsemise strateegiate jagamiseks, vähendavad isolatsiooni, kaasates hooldajad sotsiaalsesse tegevusse, ning pakuvad psühhosotsiaalset tuge ja probleemide lahendamise



oskusi. Eakaid hooldavatele sugulastele suunatud tugirühmad aitavad ka süütunde, häbi ja viha väljendamisel (Proot *et al.*, 2003).

Teine hea viis omastehooldajate koormuse kergendamiseks ja elus tasakaalu leidmiseks on mõtteviisi muutmine. Näiteks selle asemel, et küsida endalt, miks nad sellesse olukorda sattusid, oleks hea proovida hoopis harjutada olukorra aktsepteerimist (Smith, 2020). Kui nad hoolivad abivajajast, siis peab olema ka mõni muu põhjus kui pelgalt vajadus või hädavajadus. Hooldajatel on parem keskenduda oma hooldamise valikule, mitte end haletseda või otsida kedagi, keda süüdistada. Samamoodi võiksid hooldajad püüda keskenduda hooldamise positiivsetele aspektidele, näiteks lähedasega tekkinud tugevamale sidemele või teekonna jooksul õpitud asjadele, ning säilitada oma huumorimeelt (Smith, 2020).

Hooldajate jaoks võib olla positiivne keskenduda ainult nendele asjadele, mille üle neil on otsene kontroll, ning samal ajal tähistada oma hoolduskogemusest tulenevaid väikesi võite, näiteks armastuse ja turvatunde tagamisele. Ilma armastuseta ei saa kõik teised vajadused eksisteerida. Samal ajal toob armastus kokku omastehooldajad ja kroonilise haigusega inimesed. Armastus toob kokku ka inimesed, kes aitavad üksteist keerulistes olukordades.

Abi ja lohutus ekspertidelt võib olla ülioluline, sest iga inimene vajab turvalist ja sooja keskkonda, kus teda aktsepteeritakse. Omastehooldajad vajavad lohutust, kui nende mure on üle jõu käiv, sest sageli mõistetakse neid valesti, kuna ei tunta perekonna olusid.

Emotsionaalse intelligentsuse arendamine võib samuti kasulik olla, sest paremad teadmised ja teadlikkus tunnetega toimetuleku strateegiate kohta võivad omastehooldajaid aidata. Eesmärk on saavutada suurem kontroll selle üle, mis tundeid vallandab ja kuidas neile reageerida. Esimene samm emotsionaalse teadlikkuse suunas on õppida tundeid ja nende allikaid kindlaks tegema ja kirjeldama.

Üha enam aktsepteeritakse meditatiivseid sekkumisi, et vähendada stressi ja parandada heaolu suurenenud haavatavusega inimeste seas. Sellised sekkumised võivad hõlmata mitmesuguseid tehnikaid, sealhulgas avatud teadvust, meditatsiooni, ärksameelsust ja mantral põhinevaid liikumistraditsioone, nagu jooga või *tai chi*. Selliseid programme on testitud hooldajate peal ja need õpetavad neile, kuidas tulla toime stressi, valu ja haigusega, pöörates hetkest hetkesse tähelepanu igapäevaelu aspektidele teadlikult, erapooletult ja reaktsioonivabalt. Omastehooldajate puhul täheldati märkimisväärset meeleolu paranemist seoses depressiooni ja ärevuse, stressi, kurnatuse ja hoolduskoormusega (Dharmawardene *et al.*, 2016).

#### 1.2.4 Eakate vägivald hooldajate vastu

Vananemine võib eakate seas kaasa tuua ka uusi käitumuslikke muutusi. Mõned omastehooldajad teatavad hooldatavate või sugulaste ootamatutest käitumuslikest muutustest. Eakas võib omastehooldaja suhtes vaimselt või füüsiliselt vägivaldseks muutuda kognitiivseid võimeid mõjutavate haiguste tõttu, näiteks nagu dementsus. Sageli teatavad omastehooldajad, et nad igatsevad inimest, keda nad tundsid enne diagnoosimist. Hooldajatel



on raske toime tulla inimesega, kes on nende suhtes vägivaldne dementsuse või muu kroonilise haiguse tõttu. Mõned sugulased teatavad, et dementsed inimesed solvavad neid korduvalt. Samuti juhtub, et eakas lööb öösel hooldajat füüsiliselt, kui ta on deliiriumis. Isikud võivad oma hooldajaid igapäevaselt füüsiliselt rünnata. Omastehooldajal võib olla raske sellega toime tulla.

Paljudel juhtudel teatavad omastehooldajad, et nad võivad kuulda solvanguid, kuid ei suuda taluda füüsilist vägivalda. Kui eakal ei ole diagnoositud dementsust, kuid ta käitub hooldaja suhtes siiski vägivaldselt, soovitakse ta viia perearsti juurde, kes teeb dementsuse või mõne muu haiguse teste. Hooldaja saab vägivallaga toime tulla ka nii, et tuvastab tegurid, mis vallandavad hooldatavas vägivaldset käitumist, ja püüab neid ennetada.

Isiksuse muutused võivad dementsusega inimestel olla väga tugevad. Nad võivad äkki ärrituda või isegi vägivaldseks muutuda, kui nad puutuvad kokku võõraste inimestega, kui nad ei saa ülesannetega hakkama või kui nad seisavad silmitsi kiirete keskkonnamuutustega. Sugulased peavad olema tähelepanelikud dementsega inimese võimalike vägivallapuhangute suhtes. Ebameeldivaid ja keerulisi olukordi saame ennetada suhtlemistehnikaga, milleks on dementsusega patsiendi tähelepanu mujale suunamine. Tähelepanu kõrvalejuhtimisega, näiteks teisele ülesandele või vestlusteemale, saame ennetada äkilisi emotsioone. Eristada tuleb agitatsiooni ja vägivalda. *Agitatsioon* kujutab endast psühhomotoorset rahutust, psühholoogilist ja füüsilist rahutust ning psühhomotoorset erutust. See on vaimse erutuse seisund, millega kaasneb psühhomotoorne aktiivsus. Tavaliselt väljendub see psühhomotoorse ja verbaalse hüperaktiivsusega koos solvangute, ähvarduste, karjumise ja füüsilise vägivallaga. See võib ulatuda kergest rahutusest kuni äärmuslikuni koos mõttetute psühhomotoorse tegevusega. On suur oht, et dementsusega inimene on agressiivses seisundis füüsiliselt agressiivne ja vigastab ennast, hooldajat või meditsiinipersonali. Kuigi piirid ei ole sageli selged, ei tohiks rahutut patsienti segi ajada vägivaldse patsiendiga. Vägivallaga, mis ei ole meditsiinilisest seisundist tingitud, käsitletakse seadustest tulenevalt ning rahutut patsienti peab ravima meditsiinipersonal.

## 1.3 Hooldajate oskused

### 1.3.1 Ressursside hindamine ja otsimine

Omastehooldaja peaks koos spetsialistiga abiprotsessi käigus osalema vajaduste ja teenuste otsimises ja hindamises. Vajaduste ja teenuste kiire hindamise abil saame piisavalt teavet omastehooldaja probleemi või mure kohta ning saame kindlaks teha tema jõuallikad. Jõuallikad on ressursid, mis annavad hooldajale jõudu ja aitavad teda rasketel hetkedel. Kogukonna erandeid ja unikaalseid ressursse otsime olulise mõiste abil, mida koostöövestlustes nimetatakse võimendamiseks.



### 1.3.2 Hooldajate suhtlemisoskuse, loovuse ja ajaplaneerimise arendamine

Vestlus koosneb algusest, tuumast ja lõpust. Dementsusega inimeste jaoks on kõik kolm vestluse etappi keerulised. Omastehooldaja saab määrata, milline suhtlemismeetod on hooldatavaga kõige tõhusam. Hooldaja peab kroonilise haiguse või dementsusega inimesega vesteldes olema väga loominguline ja leidlik. Eakatega suhtlemisel on hea, kui hooldaja tunneb inimest hästi ja oskab tema käitumist oodata või ette näha. Kui hooldaja räägib dementsusega inimesega, ei tohiks ta teda parandada ega kritiseerida, sest see võib soodustada inimese rahutust, viha või abituse tunnet.

Hooldaja võib parandada suhtlemisoskusi ka siis, kui osaleb aktiivselt spetsialistide korraldatud eneseabirühmas, et jagada teiste sarnaste elukogemustega inimeste kogemusi (Machiels *et al.*, 2017). Suhtlemisel peab hooldaja olema kannatlik ja andma inimestele aega, et nad saaksid iseendaga kontakti. Abiks võib olla rääkimiseks sobiva turvalise koha valimine. Ta peab rääkima võimalikult selgelt, valjusti ja aeglaselt. Oma kohaloleku ja suhtlusviisi valikuga hoolitseb omastehooldaja peamiselt selle eest, kuidas ta hooldatavat mõjutab. Käituda tuleks empaatiliselt ja rahustavalt. Hooldajad võivad kasutada lühikesi ja lihtsaid lauseid ning konkreetseid nimi- ja tegusõnu, et vältida abstraktseid mõisteid, ja ainult ühte (positiivset) vestlustemat. Samuti võivad nad vestluses kasutada muusikat ja erinevaid loomingulisi tehnikaid (Deshmukh *et al.*, 2018).

Suur osa suhtlusest on aga seotud mitteverbaalse suhtlusega. Hooldaja võtab hooldatavaga näost näkku kontakti. Käepigistus, kallistus ja füüsiline lähedus on hooldatava jaoks üldiselt väga olulised, sest ta tunneb end sageli segaduses, abituna ja võimetuna oma tundeid väljendama.

### 1.3.3 Enesekehtestamine

Enesekehtestamine on teistega harmoonias elamiseks oluline omadus. See võimaldab meil oma arvamusi, tundeid ja vajadusi lugupidavalt väljendada. Hooldajate jaoks on veelgi olulisem end kehtestada. Enesekehtestamise ja emotsionaalse väljenduse treeningud edendavad suhtlemisoskust ja võivad oluliselt kaasa aidata inimese isiklikule arengule. Kindel suhtlemine on õnneliku elu oluline võti. Inimesed muudavad oma käitumist ja suhtlemist vastavalt oma varasemale elukogemusele, vestluspartneri seisundile ja omaenda tunnetele olukorras. Siiski on oluline teada, et inimesed püüavad olla ühiskonnas mõistetud ja aktsepteeritud.

Eksperdid nimetavad nelja suhtlemisviisi, milleks on agressiivne, passiivne, manipuleeriv ja end kehtestav suhtlemine. Enesekehtestamine on käitumis-, mõtlemis- ja suhtlemisviisi, mille puhul väljendame oma vajadusi, emotsioone, soove ja arvamusi selgelt ja otsustavalt, nii verbaalselt kui ka füüsiliselt, rõhutades seejuures austavat väljendusviisi. End kehtestav suhtlemine tähendab turvalist ja lugupidavat suhtlemist. Hooldajate jaoks on end kehtestav suhtlemine vajalik pädevus, sest see tuleneb turvalisest kiindumusest: „Mul on kõik korras, sul on kõik korras“. End kehtestav käitumine põhineb austusel vestluspartneri ja enda vajaduste vastu.



End kehtestav suhe omastehoolajate ja eakate vahel on lugupidav suhe, kus mõlemad saavad turvaliselt oma tundeid ja arvamusi väljendada.

End kehtestava suhtlemise puhul teeme ja võtame vastu komplimente, otsime uusi võimalikke lahendusi, kasutame sobivat kehakeelt ning võtame vastutuse oma käitumise ja mõtete eest. Enesekehtestamine tähendab, et usume oma otsustusvõimesse, väljendame oma mõtteid ja tundeid vestluses selgelt ning võtame vastutuse oma käitumise eest.

Omastehoolajad võivad eakaga vesteldes kasutada end kehtestavaid suhtlemistehnikaid. Kui omastehoolaja ei ole eaka sooviga nõus, võib ta kindlalt ja lugupidavalt öelda „ei“. Soovitame kasutada ainsuse esimest pööret ja väljendada oma sisemisi tundeid: „Ma arvan, et ...“. End kehtestavas suhtlemises oleme üksteise suhtes sallivad. Meie arvamused on võrdsed ja keegi ei ole vähem tähtis kui teine. Me võime kasutada kindlaid väljendeid nagu „Ei, aitäh“, „Ma mõtlen selle peale“ ja „Ma vajaksin abi“. End kehtestava käitumise puhul aktsepteerime nii oma positiivseid kui ka negatiivseid omadusi ja püüame oma käitumist parandada. Võtame vastu teiste inimeste kiitust ja täname neid selle eest.

#### *1.3.4 Kuidas aidata Alzheimeri tõvega ja/või dementsusega inimest?*

Toimetulek kroonilise haigusega ei ole lihtne. Dementsusega elamine ei muuda mitte ainult dementsuse diagnoosiga inimeste, vaid ka nende pereliikmete elu. Seepärast on väga oluline avada vestlus ja rääkida pereliikmetega sellest, kuidas korraldada elu ümber nii, et see arvestaks kõigi vajadusi ja soove. Me saame aidata dementsel inimest, kui koostame koos temaga isikliku plaani. See võib olla dokument, mis hõlmab diagnoositud isiku eesmärke ja soove. Isiklikus plaanis ei fikseeri me mitte ainult dementsuse all kannatava inimese tervisega seotud küsimust, vaid registreerime ja hindame ka inimese eesmärke ja soove tema eluks. Näiteks „Mida ta tahab kogeda?“. Isikliku plaani kirjutamisel on inimene oma loo peategelane. Lisaks on ta kaasatud kõikidesse vestluse etappidesse. Isiklik plaan võib olla ka vahendiks isikliku hooldusteenuse planeerimisel. See on hea lähtekoht pereliikmete dementsusega seotud vestlusele nende ootustest, dilemmadest ja muredest.

Me saame aidata ka dementsusega inimest:

- keskenduda inimesele, mitte haigusseisundile;
- püüda säilitada üksteisega häid suhteid;
- olla dementsusega inimesega suhtlemisel võimalikult kannatlikud ja loovad;
- uskuda võimesse, mis dementsel inimesel veel olemas on. Laseme dementsusega inimesel teha seda, milleks tal on veel jõudu, võimet ja energiat;
- räägime haigusest sugulaste, sõprade ja naabritega. See vähendab dementsuse stigmatiseerimist ja teavitab lähedasi haiguse kulgemisest. Naabrid võivad aidata meil dementsusega inimest jälgida;
- mõistame vestlust paremini, kasutades lühikesi lauseid, korrates teavet ja pöörates tähelepanu meie mitteverbaalsele suhtlusele;



- tunneme end mõistetuna, kui võtame aega, et neid hästi tundma õppida.

### 1.3.5 Alzheimeri tõve ja/või dementsuse all kannatava isiku poolt tuvastatud muud vajadused.

Dementsusega inimesed väidavad, et nad vajavad järgmist (Orrel, 2008; WHO, 2012, Khanassov, 2016; Curnow, 2021):

- põhilist diagnoosi ja lähtepunkti, et saada ülevaade sellest, kuidas nad saavad oma elu jätkata;
- professionaalset multidistsiplinaarset ja psühholoogilist tuge;
- lootust;
- õigust olla kaasatud ühiskonda;
- haiguse enda kulgemise mõistmist;
- teiste inimeste teadmiste destigmatiseerimist dementsuse kohta;
- teiste inimestega arvestamist – dementsusega inimesel oli enne haigust dementsusega mitteseotud elu;
- kaastunnet.
- muusikat;
- fotosid mälestustest;
- enese eest hoolitsemise vajadusi.





## Praktilised elemendid

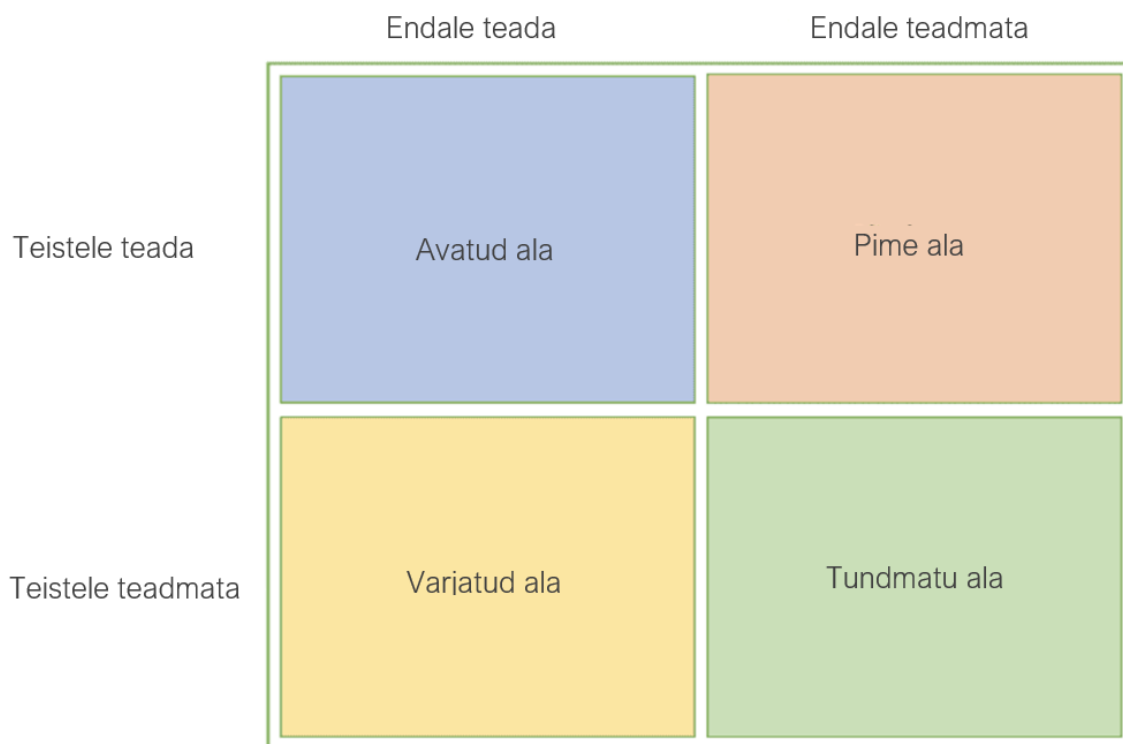
Selles peatükis leiame näiteid omastehooldajate õppimise tegevuse hõlbustamise kohta: kuidas toetada hooldatavat ja ennast hooldussuhetes. Peatükk on mõeldud juhendajatele, et kasutada harjutusi ja näiteid hooldussuhete kohta õppimise hõlbustamiseks.

### 1. Eneseabi omastehooldejana – meie enda nn vaidlused ja toetused.

Kirjeldus: Juhendaja palub osalejatel mõelda lähedaste hooldamise hetkedele, mis tekitasid neile emotsionaalset survet ja ebamugavust. Juhendaja julgustab neid arendama oma mõtteid ja ütleva, miks need mõtted alguse said. Näiteks: „*Ma pidin oma dementse ema kodus n-ö luku panema, et sisseoste teha, ja kahetsen seda*“. Seejärel küsib juhendaja: „*Mis tundeid see tekitab? Kuidas seda tegu kirjeldate? Kas seda võiks pidada väärkohtlemise vormiks?*“ Seejärel kutsub juhendaja osalejaid üles vastama järgmistele küsimustele, sõnastades nende negatiivsed ja süüdistavad mõtted ümber positiivselt, näiteks järgmiselt: „*Kuidas saaks seda tegevust vältida? Milliseid võimalikke raskusi või ohte selle teo/otsusega välditi?*“

### 2. Johari aken

Kirjeldus: Juhendaja palub osalejatel joonistada paberile ruut, mis jagatakse neljaks osaks.



Juhendaja palub osalejatel täita ruudud vastavalt sellele, mida nad enda kohta teavad. Seejärel jätab juhendaja neljanda ruudu vabaks (üleval paremal). Selle ruudu täidavad teised osalejad ([https://en.wikipedia.org/wiki/Johari\\_window](https://en.wikipedia.org/wiki/Johari_window)).





Juhendaja palub osalejatel kirjutada vähemalt kaks positiivset mõtet enda kohta erinevale paberile. Seejärel palub juhendaja neil kirjutada üks positiivne mõte iga teise rühmaliikme kohta ja asetada see paberileht selle isiku neljandasse ruutu, kellele kohta mõte käib. Kasutada võib sõnu, väljendeid, metafoore, pilte, laulu või mida iganes. TÄHELEPANU: juhendaja peab arvestama, et see oleks positiivse tooniga. Seejärel annab ta osalejatele piisavalt aega, et nad saaksid akent uurida. Seejärel palub juhendaja osalejatel pärast teabe saamist oma akent uuesti ümber kujundada, nagu nad seda vajalikuks peavad. Ta julgustab osalejaid oma mõtteid väljendama ja oma tunnetest rääkima. Juhendaja palub neil teistega jagada, kuidas nad end pärast harjutust tunnevad, milliseid omadusi nad ära tunnevad, mida nad sooviksid rohkem arendada ja kuidas seda saavutada. Juhendaja küsib neilt, kuidas nad end selliselt esitlevad. Juhendaja uurib ka seda, milliseid erinevaid vaatenurki neil enda kohta on ja mis on neid üllatanud või hämmastanud. Juhendaja küsib, mis oleks see, mida nad varjaksid või mida nad ei tahaks lõpuks meeskonnaga jagada. Lisaks julgustab ta neid mõtlema, kas on midagi, mille puhul nad paluksid abi oma emotsioonidega toimetulekuks, ja kui on, siis kellelt nad abi paluksid.

Harjutuse lõpetuseks teeb juhendaja arutelu kokkuvõtte ja julgustab osalejaid mõtlema oma tuleviku üle, kasutades enda positiivseid külgi, saades ideid nii teiste inimeste lisatud ideedest kui ka teiste osalejate akendest. Juhendaja palub osalejatel näha oma võimalusi ja kasutada neid selles, mis nad on ja milleks võivad saada. Lõpuks võib juhendaja arutada kõike muud, mida ta soovib rühmaga jagada.

Oluline on anda osalejatele aega, et nad saaksid end tühjaks rääkida.

### **3. Isiklikud seosed**

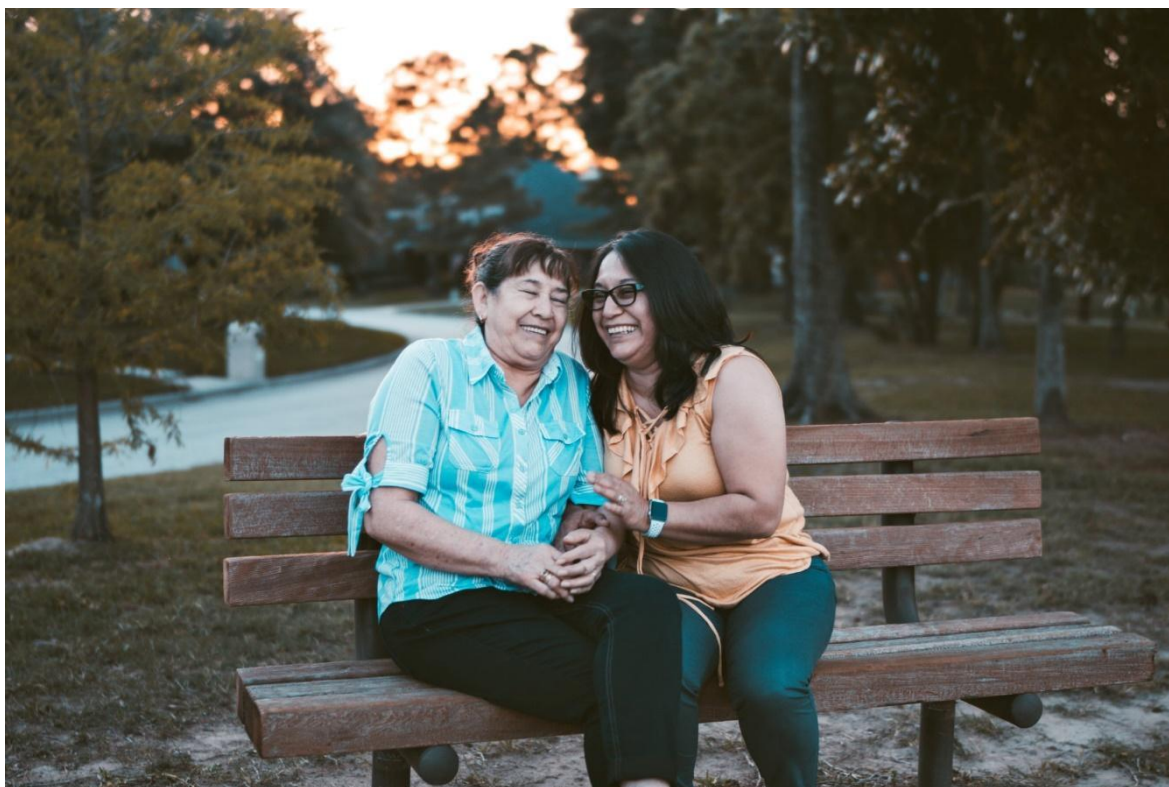
Juhendaja palub osalejatel moodustada ringi ja kirjutada oma nimed ringi. Seejärel palub juhendaja osalejatel lisada selle ringiga seotud seosed ja anda igaühele neist nimi. Ringide (isikute) puhul, mis võivad olla autonoomsed, kasutatakse rohelist värvi. Nende jaoks, kes on pooleldi sõltuvad, paluge kasutada oranži värvi, samas kui nende jaoks, kes on täielikult sõltuvad, laske kasutada punast värvi. Pärast seda, kui olete võtnud aega mustri moodustamiseks, võtke paar minutit, et jälgida selle kuju. Milliseid emotsioone see kuju osalejates tekitab? Mida nad seda vaadates mõtlevad? Mida tähendavad rõngad nende jaoks, kui need moodustuvad? Millist seost nad sooviksid, kas nad sooviksid, et see puuduks, ja miks nad sooviksid, et see puuduks? See tähendab, et kui seosed puuduksid, mis oleks sellest kasu? Mis kujuga oleks rõngad? Mida tähendaks see uus vorm nende jaoks?

### **4. Loo oma lugu (spetsialistid, vabatahtlikud, eakad)**

Juhendaja palub osalejatel moodustada ringi. Üks inimene ringist hakkab ütleva fraasi, mida järgmine inimene lõpetab. Osalejad täiendavad fraasi vastavalt oma kogemustele ja teadmistele. Lugu peaks teatama väärkohtlemisest, eakate väärkohtlemisest. Nelja ringiga



lõpeb meie lugu. Rühma juhendaja kirjutab loo, mille ta osalejatele ette loeb. Igaüks räägib oma loost, tuues välja oma kogemused, tunded ja mõtted.





## 2. peatükk: Eakate väärkohtlemise ennetamine ja austuse säilitamine

### Teoreetiline osa

---

#### 2.1 Eeldused ja stereotüübid eakate väärkohtlemise kohta

Arvestades hooldajate arvukaid rolle ja vajadusi, selgub, et hooldamine on nõudlik olukord, mis on seotud mitmete füüsiliste ja emotsionaalsete väljakutsetega. Need väljakutsed seavad hooldajad haavatavasse olukorda ja võivad põhjustada hoolduskoormust. Enda eest hoolitsemine ja muud toimetulekustrateegiad on omastehooldajate jaoks olulised, et tulla toime hooldamisega seotud nõudmistega. Siiski võivad need väljakutsed mõjutada hooldaja käitumist ning viia perevägivalla ja eakate väärkohtlemiseni.

Eakate väärkohtlemise levikut on raske hinnata, sest sellest teatatakse sageli liiga vähe. Olemasolevad uuringud eakate väärkohtlemise kohta annavad hinnangu, et selle levimus jääb ülemaailmselt vahemikku 1% kuni 35%. WHO andmetel on umbes iga kuues 60-aastane ja vanem inimene viimase aasta jooksul kogenud kogukonnas väärkohtlemist. Eakate väärkohtlemise kasv on tõenäoline, sest paljudes riikides vananeb elanikkond kiiresti. WHO eeldab siiski, et need arvud võivad kajastada vaid väikest osa tegelikest juhtumitest ning mõned eksperdid usuvad, et eakate väärkohtlemise kohta esitatakse kuni 80% ulatuses liiga vähe andmeid.

Rahvastiku vananemine muudab maailma. Kõik inimesed vananevad erinevalt. Stereotüübid ja eelarvamused vanuse ja eakate väärkohtlemise kohta on laialt levinud ja võivad kahjustada paljusid inimesi. Stereotüübid võivad olla positiivsed või negatiivsed ning inimesed mõtestavad neid kui uskumuste kogumit konkreetse rühma ja selle liikmete isiklike omaduste ja tunnuste kohta. Näiteks peetakse eakaid sageli muutustele vastupidavateks, paljusid haigusi põdevateks ja uute asjade õppimise võimetuteks.

Ühest küljest levivad stereotüübid vanemaealistest kui vanamoodsatest, ahnetest, seniilsetest, kangekaelsetest ja teistest sõltuvatest inimestest. Teisest küljest peetakse neid lahketeks, tarkadeks ja õnnelikest vanavanemateks. Tänu korduvale kokkupuutele mitme allikaga, nagu perekond, sõbrad ja meedia, on stereotüübid internaliseeritud kogu eluea jooksul. Tasapisi muutuvad need põhjalikult juurdunud eelarvamusteks ja iseaktiveerivateks mõteteks. Isegi kui inimene on stereotüüpsetest omadustest teadlikuks saanud, on neist vabanemine keeruline. Võimalus teha kiireid hinnanguid nähtavate tunnuste põhjal, näiteks juuste värvi või näokortsude arvu põhjal, võib evolutsioonilisest vaatepunktist lähtudes olla inimese sisemiste võimete tõhusaks kasutamiseks, näiteks ohuga silmitsi seistes. Kahjuks on inimeste stereotüüpide alla seadmisel palju puudusi ning see võib põhjustada sotsiaalset,



psühholoogilist ja füüsilist stressi ja kahju (Shepherd & Brochu, 2020). Negatiivsed uskumused eaka võimete kohta võivad negatiivselt mõjutada tema tervist. Madridi rahvusvahelise vananemisalase tegevuskava (2002) kohaselt on „eakatel naistel suurem füüsilise ja psühholoogilise väärkohtlemise oht, mis tuleneb diskrimineerivatest ühiskondlikest hoiakutest ja naiste inimõiguste mittetäitmisest“.

WHO on öelnud: „Võib-olla kõige salakavalam eakate vastu suunatud väärkohtlemise vorm seisneb negatiivsetes hoiakutes ja stereotüüpides eakate ja vananemisprotsessi enda suhtes, hoiakutes, mis kajastuvad noorte sagedases ülistamises. Kuni eakad on ühiskonnas alavääristatud ja marginaliseeritud, kannatavad nad eneseidentiteedi kaotuse all ja jäävad väga vastuvõtlikuks diskrimineerimisele ja igasugusele väärkohtlemisele“ (WHO, 2002a).

Teine eakate poolt kogetud üleoleva kohtlemise vorm on eakate heatahtlik diskrimineerimine. See on sageli juhuslik ja võib tunduda süütu, kuid võib olla eriti kahjulik. Inimesed eeldavad sageli, et eakad on haprad ja vajavad kaitset. Sellised oletused võivad tähendada, et pereliikmed või hooldajad arvavad, et nad teavad, mis on eaka huvides ja et nad käituvad õigesti. Kui eakatel ei lasta ise otsuseid teha, on see paternalistlik ja ohustab eakate autonoomiat ja iseseisvust (Stovell, 2020).

Stereotüüpne mõtlemine ja eeldused aitavad kaasa sellele, et eakate väärkohtlemine jääb enamasti varjatuks. Väärkohtlemise puhul on eakate enese avalikustamine iseenesest väga raske, sest sellega kaasneb häbi ja süütunne. Ühiskond, mis ülistab noorust ja kus eakaid kujutatakse nõrkadena, muudab eakate vastu suunatud vägivaldast rääkimise veelgi keerulisemaks.

## 2.2 Eakate vastu suunatud vägivald ja soolise vägivald vormid ja tunnused

*Action on Elder Abuse'i* poolt välja töötatud eakate väärkohtlemise määratluses seisab: „Eakate väärkohtlemine on ühekordne või korduv tegu või asjakohase tegevuse puudumine, mis toimub mis tahes suhte raames, kus on usalduse ootus, mis põhjustab eakale kahju või stressi.“ Maailma Terviseorganisatsioon on selle vastu võtnud (WHO, 2002b) ja see on ülemaailmselt tunnustatud.

Eakate väärkohtlemine on kas millegi tegemine või tegemata jätmine (mida tavaliselt kirjeldatakse kui hooletussejätmist) ning see võib olla kas tahtlik või tahtmatu. Väärkohtlemine võib olla füüsiline, psühholoogiline (emotsionaalne või verbaalne agressioon), rahaline või muu materiaalne väärkohtlemine. Ei ole oluline, millise väärkohtlemise liigiga eakas silmitsi seisab. Kahtlemata põhjustab see tarbetuid kannatusi, vigastusi ja/või valu. Samuti võib väärkohtlemine põhjustada inimõiguste kaotamist või rikkumist ning vähendab üldiselt elukvaliteeti (WHO, 2002a). Eakate naiste vastu suunatud vägivald tuleneb samadest normidest ja soolisest ebavõrdsusest kui muu naistevastane vägivald. Lisaks sellele on diskrimineerivate ühiskondlike hoiakute ja naiste inimõiguste kaitse puudumise tõttu vanemate naiste füüsilise ja psühholoogilise väärkohtlemise oht tunduvalt suurem kui vanemate meeste puhul.



### 2.3 Eakate väärkohtlemise eri liigid <sup>1</sup>

- Füüsiline väärkohtlemine – eakale valu või vigastuste tekitamine, füüsilise sunni kasutamine ning füüsiline või narkootikumide abil ohjeldamine.
- Psühholoogiline või emotsionaalne väärkohtlemine - eakale vaimse valu tekitamine.
- Rahaline või materiaalne väärkohtlemine – eakate rahaliste vahendite ja/või ressursside ebaseaduslik kasutamine või väärkasutamine.
- Seksuaalne väärkohtlemine – igasugune seksuaalne kontakt vanema inimesega, milleks ei ole nõusolekut.
- Hooletussejätmine – hooldajate või muude vastutavate isikute suutmatus kaitsta eakat kahju eest; eakate vajaduste rahuldamata jätmise seoses esmase arstiabi, toitmise, vedeliku, hügieeni, riietuse, igapäevaste põhitegevuste või peavarjuga, mille tulemuseks on tõsine oht nende tervisele ja turvalisusele.
- Institutsiooniline väärkohtlemine – korduv või regulaarne väärkohtlemine mis tahes institutsioonilises keskkonnas, kus teenuse kasutajad puutuvad kokku spetsialistidega (väljaspool oma kodu).

#### *Füüsiline vägivald*

*Füüsiline vägivald* on määratletud kui füüsilise jõu kasutamine eaka vastu, mis võib põhjustada kehavigastusi, püsivaid tervisekahjustusi või füüsilist valu.

Vormid	Kraapimine, hammustamine, löömine Põletamine Asjade inimese pihta viskamine Relvade või muude esemete kasutamine valu tekitamiseks Lükkamine, peksmine Kurdistamine või lämmatamine Sundtoitmine või näljutamine Isiku füüsiline ohjeldamine
--------	---

<sup>1</sup> Järgnevad väärkohtlemise erivormid, tunnused ja tagajärjed põhinevad teosel Perttu, S., Laurola, H. 2020 How to Identify and Support Older Victims of Abuse: A training curriculum for professionals, volunteers, and older people. Välja antud Tartu Ülikooli poolt programmi Erasmus+ projekti raames: „Training to Identify and Support Older Victims of Abuse (TISOVA)“. Põhjalikumaid selgitusi ja lisaviiteid leiab käsiraamatust aadressil [https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova\\_Training-handbook\\_ENG.pdf](https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova_Training-handbook_ENG.pdf). Kuna käesolev käsiraamat keskendub omastehooldusele, siis lähemalt ei käsitleta institutsioonilist väärkohtlemist.



Märgid	<p>Hooldaja/sugulane on ülemäära kaitsev või kontrolliv, räägib vastuolulisi lugusid, viivitab hoolduse otsimise või vigastusest teatamisega, ei jäta eakat järelevalveta; eakat kirjeldatakse kui „õnnetustele kalduvat“ või, et tal on ka varem esinenud vigastusi.</p> <p>Vigastused erinevates paranemisstaadiumides: luumurrud, välja väänamised või nihestused, marrastused, haavandid, lööbed, villid, põletused, rebendid, tursed; kinnisidumise tunnused, kaalulangus, juuste väljalangemine, kehv hügieen.</p> <p>Teadvuse puudumine, uimasus, ebamäärasus, segasus, unisus.</p> <p>Võpatamine või hirmunud käitumine, rahutus, katatoonia, sagedased hooldus- või ravivajadused väiksemate haiguste puhul, seletamatu viha, hirm või endassesulguv käitumine hooldaja või sugulase läheduses.</p> <p>Ülemäärane sedatsioon, vähenenud füüsiline või vaimne aktiivsus, uimasus või segasus.</p> <p>Vähenenud või puuduv ravivastus määratud ravile võib olla tingitud ravimite alaannusatmisest või retseptide väljaostmata jätmisest.</p> <p>Ümberringi laiali olevad tabletid võivad olla märgid uimastite ja/või alkoholi väärkasutusest.</p> <p>Meditiinilised aruanded ravimite üleannustamise, puudevate või manustamata jäetud retseptiravimite, halva ravijuhtimise, korduvate õnnetuste või erakorralise meditsiini osakonda pöördumise ja sagedaste kukkumiste kohta.</p>
Tagajärjed	<p>Verevalumid, haavad, marrastused, muljumised, verevalumid.</p> <p>Hambaprobleemid.</p> <p>Vähenenud kuulmine või kurtus.</p> <p>(Püsiv) puue.</p> <p>Suurenenud enneaegse surma oht.</p> <p>Füüsiline valu ja valulikkus.</p> <p>Vähenenud nägemine või pimedus.</p> <p>Ajukahjustused.</p>

### *Psühholoogiline vägivald*

*Psühholoogiline vägivald*, mida nimetatakse ka emotsionaalseks vägivallaks, koosneb süstemaatilistest, mittefüüsilistest tegevustest, mille eesmärk on tekitada eakale vaimset valu, ahastust ja kannatusi.



Vormid	<p>Emotsionaalne manipuleerimine või muu julm käitumine.</p> <p>Juurdepääsu keelamine teenustele, religioossetele ja/või kultuurilistele üritustele.</p> <p>Inimese sundimine osalema religioossetes tegevustes ja järgima religioosseid reegleid ja tavasid vastu tema tahtmist.</p> <p>Ahistamine, jälitamine.</p> <p>Mitteverbaalne suhtlus, nagu näoilmed ja kehakeeled, mis on mõeldud hirmutamiseks, alandamiseks, manipuleerimiseks või solvamiseks.</p> <p>Suuline hirmutamine, karjumine.</p> <p>Solvangud, söimamine.</p> <p>Alandamine, ähvardused, halvustamine.</p> <p>Käitumise kontrollimine.</p> <p>Hülgamine.</p>
Märgid	<p>Abituse, häbi, jõuetuse tunne.</p> <p>Huvi kadumine enda või keskkonna vastu</p> <p>Puudub silmakontakt arsti, hooldaja või mõne teise isikuga.</p> <p>Närvilisus või muud muutused käitumises hooldaja või teise inimese läheduses.</p> <p>Paranoiline käitumine või segadus, mis ei ole seotud haigusega.</p> <p>Trauma tunnuste ilmumine, nt edasi-tagasi kiikumine.</p> <p>Depressioon, kurbus, nutusus.</p> <p>Muutused enesehinnangus, enesekindluse puudumine.</p> <p>Ebatavaline passiivsus või viha.</p> <p>Agitatsioon, desorientatsioon.</p> <p>Isoleerimine.</p> <p>Endassetõmbumine, apaatia.</p> <p>Hirm.</p> <p>Vastumeelsus avameelselt rääkimisele.</p> <p>Unetus/unepuudus.</p>
Tagajärjed	<p>Pikaajalised trauma sümptomid.</p>



	<p>Traumajärgne stressihäire (PTSD).</p> <p>Suurenenud suremuse ja enesetapu oht.</p> <p>Depressioon ja ärevus.</p> <p>Dementsus.</p> <p>Uimastite kuritarvitamine.</p>
--	---

### *Majanduslik vägivald*

*Majanduslik vägivald* on „eakate rahaliste vahendite või muude ressursside ebaseaduslik kasutamine või väärkasutus“ (WHO, 2008).

Vormid	<p>Eaka raha ja vara kasutamise kontrollimine.</p> <p>Vargus, sunni või pettuse kasutamine, et (püüda) saada eaka raha või vara.</p> <p>Eaka raha, vara või omandi ebaseaduslik kasutamine või väärkasutus.</p> <p>Testamendi, vara või pärandiga seotud ära kasutamine ja surve avaldamine.</p> <p>Pettused ja internetipettused.</p>
Märgid	<p>Isik väljendab muret, et tal ei ole piisavalt raha, et katta oma põhivajadusi.</p> <p>Isik on segaduses oma kontodelt kadunud rahaliste vahendite pärast.</p> <p>Segadus seoses varade, omandi ja sissetulekuga.</p> <p>Isik teatab, et mööbel, ehted, krediitkaardid, dokumendid või muud esemed on kadunud.</p> <p>Arvukad tasumata arved või viivised, mida eakas peaks suutma endale lubada või mida keegi teine peaks tasuma.</p> <p>Mugavuste puudumine, nt televiisori või sobivate riiete puudumine, mida eakas peaks saama endale lubada.</p> <p>Hiljuti allkirjastatud testament või testamendi muudatused, kui eakas ei ole võimeline seda koostama või allkirjastama.</p> <p>Eakas annab „vabatahtlikult“ ebasobiva rahalise hüvitise vajaliku hoolduse ja seltsi eest</p> <p>Eaka võetud laenud või hüpoteegid.</p> <p>Kui finantsasutustes käies või sularahaautomaati kasutades on teine isik kaasas ja see isik ei soovi lubada eakaga tehingu teemadel rääkida.</p>





### Seksuaalne vägivald

Seksuaalne vägivald eakate suhtes esineb siis, kui toimepanija käitub nende suhtes seksuaalselt, sealhulgas seksuaalset laadi füüsilise kontakti kaudu, ilma nende nõusolekuta.

Vormid	<p>Soovimatu seksuaalne kontakt, nt sobimatu puudutamine, seksualiseeritud suudlemine.</p> <p>Eaka sundimine seksuaalakti või pornograafilise materjali vaatamiseks.</p> <p>Eaka sundimine vastu tahtmist lahti riietuma, sunniviisiline alastivõtmine.</p> <p>Eaka suguelundite piirkonna tugev või ebasobiv puhastamine või katsumine.</p> <p>Seksuaalrünnakud ja kehavigastused.</p> <p>Eaka seksuaalaktiks sundimine.</p> <p>Sunnitud seksuaalvahekord/vägistamine.</p> <p>Seksuaalsed fotod.</p> <p>Seksuaalsed märkused/ettepanekud.</p>
Märgid	<p>Kuseteede infektsioonid.</p> <p>Puudutamise kartus.</p> <p>Seletamatu suguhaigus.</p> <p>Suurenenud seksuaalne või agressiivne käitumine.</p> <p>Depressioon või endassetõmbumine.</p> <p>Unetus.</p> <p>Ärevus või liigne hirm hooldaja läheduses.</p> <p>Suurenenud huvi seksuaalküsimuste vastu.</p> <p>Seletamatu inkontinentsus (põis või soolestik).</p> <p>Raskused kõndimisel või istumisel või valu tualetis käimisel.</p> <p>Verejooks, verevalumid, marrastused, infektsioonid, anogenitaalpiirkonna, reite ja rindade hellus.</p>
Tagajärjed	<p>Hirm ja soovimatus elada kodus.</p> <p>Võimetus öösel magada (nt õudusunenäod või mälusähhvatused).</p> <p>Raske psühholoogiline trauma, häbi, süütunne, enesesüüdistamine.</p>



	<p>Krooniline valu, pikaajalised füüsilised ja terviseprobleemid.</p> <p>Depressioon, ärevus, närvilisus.</p> <p>Alkoholi ja muude ainete suurenenud kasutamine.</p> <p>Umbusaldus teiste suhtes.</p> <p>Enesetapumõtted, enesetapukatse või enesetapu sooritamine.</p>
--	---

### Hooletussejätmine

*Hooletussejätmine* on määratletud kui eaka põhivajaduste rahuldamata jätmine vastutavate isikute poolt.

Vormid	<p>Isik on hüljatud, jäetud pikaks ajaks järelevalveta või lukustatud üksi majja.</p> <p>Ebapiisav või ebasobiv ravimikasutus; inimene on keset päeva uimastite liigse mõju all.</p> <p>Isikule ei ole tagatud vajalikud abivahendid, nt prillid, kuulmis- või kõndimisvahendid.</p> <p>Liikumatus, inimene jääb peaaegu alati voodisse.</p> <p>Ebapiisav toit ja jook.</p> <p>Isolatsioon – vaimsete, füüsiliste ja sotsiaalsete kontaktide puudumine.</p> <p>Puhaste ja sobivate riiete puudumine.</p> <p>Kinnisidumine – isik on seotud tooli või voodi külge.</p> <p>Ebapiisav arsti- või hambaravi.</p> <p>Kokkupuude ebatavaliste, ebatavaliste ja ebahügieeniliste tingimustega.</p>
Märgid	<p>Valu, ebamugavustunne, mitu suurt lamatist.</p> <p>Seletamatu kaalulangus, alatoitumine, dehüdratsioon, kõhukinnisus.</p> <p>Halb hügieen, hoolitsemata välimus; eakas on määrdunud, lõhnab tugevalt uriini järele.</p> <p>Kehv või närviline suhtlus eaka ja hooldajate/perekonna vahel.</p> <p>Ravimite liiga suur või väike tarvitamine.</p> <p>Alajahtumine või ülekuumenemine.</p> <p>Endassetõmbumise, depressiooni, passiivsuse tunnused.</p>



	Vajalike abivahendite puudumine. Hooldajate/perekonna vähene hoolivus või liigselt tähelepanelik käitumine teiste inimeste seltsis.
Tagajärjed	Depressioon. Emotsionaalsed kannatused. Nakkushaigused. Enneaegne suremus.

#### 2.4. Hooletussejätmine, tahtlik või tahtmatu väärkohtlemine

Eakate hooletussejätmine on kõige levinum eakate väärkohtlemise liik (Ananias & Strydom, 2014). Hooletussejätmiseks loetakse voodihaige eaka vajaliku toitmise, riietuse ja hügieeni tagamata jätmist ning vigastatud eaka järelevalveta jätmist. Tahtmatu hooletussejätmine tähendab, et hooldajal puuduvad vajalikud oskused ja teadmised, et hoolitseda inimese eest, kes ei suuda oma vajadusi abita rahuldada (Lin, 2020). Tahtlikuks hooletussejätmiseks loetakse seda, kui eakat tahtlikult vigastatakse ja hooletusse jäetakse või kui teised ei saa eakat piisavalt hooldada.

On juba selgitatud, et hooletussejätmisel on teatud vormid, tunnused ja tagajärjed. Siiski ei ole mainitud emotsionaalse väärkohtlemise alaliiki, mida nimetatakse suhtlemisega seotud hooletussejätmiseks. See on teise inimese psühholoogiline solvamine (Sorenson, 2006, viidatud Lin, 2020). Tahtmatu suhtlemisega seotud hooletussejätmine toimub siis, kui omastehooldajad pööravad eakale vähe tähelepanu, kuna neil on palju tööd, ja kui nad püüavad minimeerida mõlema poole ärritust, mis tulenevad suhtlemisbarjääridest. Tahtliku suhtlemisega seotud hooletussejätmise korral püüavad omastehooldajad tahtlikult vältida füüsilist ja emotsionaalset sidet eakatega, sest nad näevad selles võimalikku lahendust korduvale frustratsioonile eakatele abi pakkumisel (Lin, 2020).

Kuigi suhtlemisega seotud hooletussejätmist ei ole ametlikult tunnustatud kui eakate väärkohtlemise vormi, on tunnustatud selle olemasolu (Lin, 2020). Erinevalt teistest hooletussejätmise vormidest jätkavad seda kasutavad omastehooldajad eakate igapäevaste vajaduste rahuldamist, kuid ei suhtle nendega. Näiteks võivad omastehooldajad vältida või eirata eakate vajadusi suhete või sotsiaalse suhtlemise järele. Vestlust vältides või võimalikult vähe suheldes võivad omastehooldajad tekitada eakatele isolatsiooni tunnet. Eakad ei pruugi olla võimelised tõhusalt suhtlema, olgu see siis asutustes või kodus või vananemisega seotud haiguste või muude terviseprobleemide tõttu. Võimalik vastus sellele võib olla vestluse minimeerimine või mõtestatud vestluste pidamise püüe. Kuigi seda on kirjanduses kirjeldatud ja arutatud, ei ole omastehoolduse kontekstis suhtlusega seotud hooletussejätmise rolli ja mõju empiirilisel ja ulatuslikult testitud (Lin, 2018).



Ilmselt on jätkuvalt vaja tõhusat sekkumist eakate väärkohtlemise ja hooletussejätmise osas (Ananias & Strydom, 2014). Konkreetselt tuleb välja töötada ja rakendada sotsiaalse ja emotsionaalse toe, puhkeaja ja päevahoiu tagamist, et aidata vähendada hooldajate stressi. Lisaks võib hooldajatega tugirühmade sekkumiste väljatöötamine vähendada hooldamiskoormust ja sotsiaalset isolatsiooni ning lisaks pakkuda hooldajatele psühhosotsiaalset tuge, probleemide lahendamise oskusi ja toimetulekustrateegiaid. Nii saab eakate väärkohtlemise ja hooletussejätmise riskiteguritega asjakohaselt tegeleda (Ananias & Strydom, 2014).

## 2.5 Eakate vastu suunatud vägivalda keerukus

Eakate vastu suunatud vägivalda nähtuse kirjeldamisel kasutatakse tavaliselt terminit „eakate väärkohtlemine“. Arutelu käib selle üle, millisesse valdkonda see mõiste kuulub ja kas eakate vastu suunatud vägivalda tuleks käsitleda eraldi valdkonnana või perevägivalda ühe liigina, sest see on sarnane teiste perevägivalda liikidega, kuid samas ka erinev.

Lisaks piisavate vanuse ja soo järgi liigendatud andmete esitamisele on üks peamisi probleeme see, et eakate vastu suunatud vägivald on tundlik ja sageli tabuteema. See hõlmab inimesi, kes on usalduspositsioonil – pereliikmeid, ametnikke ja laiemat kogukonda. Lisaks sellele ei taha eakad sageli sellistest kogemustest rääkida, sest seda peetakse ohuks perekonna prestiižile või häbenetakse, et nad langesid oma laste või teiste sugulaste vägivalda ohvriks ja neid on ära kasutatud. Samuti ei pruugi eakad tunnustada, et nad on väärkohtlemise või hooletussejätmise ohvrid.

Vägivaldal ja hooletussejätmisel on eakatele emotsionaalne ja füüsiline mõju. Kui keegi, keda nad usaldavad, teeb neile haiget või kasutab neid ära, võib eakas tunda end süüdi, olla šokeeritud, tunda piinlikust või häbenenud. Mõnikord võivad eakad tunda, et nad peavad aitama ja hoidma oma abikaasat või lapsi, isegi kui esineb vägivalda või väärkohtlemist. Samuti ei pruugi eakad mõelda vägivalda tagajärgedele ega mõjudele iseendale (Perttu, 2018).

Meie ühiskond soosib noori ning vanemad inimesed on sageli tõrjutud, eiratud ja elus tagaplaanile jäetud (Shepherd & Brochu, 2020). Isolatsioon on kõige olulisem tegur, mis aitab kaasa eakate haavatavusele. Isoleeritud eakad jäävad ilma juurdepääsust teabele või teenustele ning satuvad kõrgendatud vägivalda ohtu, sealhulgas seksuaalse ja koduse väärkohtlemise, ärakasutamise ja diskrimineerimise ohtu (UNFPA, 2012).

Eakate vastu suunatud vägivald ei ole üksnes sotsiaalne probleem. Teine kriitiline küsimus, mis tuleb tõstatada, puudutab kirjaoskamatus ja digitaalset kirjaoskamatus (Vágvölgyi *et al.*, 2016). Eelkõige iseloomustab see kirjaoskamatus omastehooldajaid ning seda võib pidada võimalikuks takistuseks juurdepääsule teabele (paberil ja digitaalselt), näiteks hooldajate ja hooldatavate õigustele seoses haiguste, ravimite ja toiduga. Kuna üks osa kogu elanikkonnast on selle väärkohtlemise suhtes eranditult haavatav, võib tegemist olla inimõiguste rikkumisega. Seetõttu on vaja kehtestada erimeetmed tagamaks, et see rühm ei oleks vägivalda suhtes rohkem ohustatud kui teised rühmad.



Tõele ei vasta väide, et eakate eest hoolitsevad alati nende laiemad perekonnad ja sugulased. Vägivald ja väärkohtlemine võtavad erinevaid vorme erinevates poliitilistes, majanduslikes, sotsiaalsetes ja kultuurilistes kontekstides ning ei piirdu ühegi konkreetse konteksti või piirkonnaga. Eakad võivad olla vägivalla, väärkohtlemise ja hooletussejätmise suhtes haavatavamad suurenenud sõltuvuse, isoleerituse ja nõrkuse tõttu. Füüsilist väärkohtlemist, sealhulgas seksuaalset väärkohtlemist, peetakse kõige tõsisemaks ja sellest teatatakse kõige harvemini nii ohvrite kui ka teenustesüsteemide poolt. Samal ajal on eneseraporteeritud väärkohtlemise levinuimad liigid psühholoogiline ja rahaline väärkohtlemine.

Kogukonnad vajavad sügavamalt arusaamist eakate väärkohtlemise keerukusest, võttes arvesse mitme omavahel seotud süsteemi vastastikmõju ja mitmeid riskitegureid, mis aitavad kaasa eakate väärkohtlemisele ja hooletussejätmisele. Näiteks elavad paljud eakad ikka veel laiemates, mitme põlvkonnaga leibkondades ja saavad omastehooldust oma täiskasvanud lastelt, partneritelt ja teistelt pereliikmetelt. Kuid ka perestruktuurid on oluliselt muutumas, kuna täiskasvanud lapsed ei ela enam vanematega samades linnades sotsiaalmajandusliku kliima, suure elukalliduse ja töö leidmise surve tõttu.

Eakate lastel on oma lapsed, kelle eest nad peavad hoolitsema. Puuduvad vahendid ja ressursid, et hoolitseda põlvkondade eest üles- ja allapoole ning toetada nii oma vanemaid kui ka lapsi, kas rahaliselt, füüsiliselt või emotsionaalselt (nn keskmine või võileivapõlvkond). Keskmise põlvkonna liikmed on keskealised täiskasvanud, kellel on elusolev üle 60-aastane vanem ja alla 18-aastane laps või üle 18-aastane laps, kes vajab toetust. Nad on sõna otseses mõttes keskel ja neid tõmmatakse mitmesse suunda, mis võib viia omastehooldaja tahtmatu vägivallani.

## 2.6. Perevägivald hooldussuhtes: võimudünaamika muutus, oht

Hooldamine tuleneb sageli pikaajalistest perekondlikest suhetest (Gimeno, Val, & Cardoso Moreno, 2021). Hooldussuhted toovad kaasa mitmeid elumuutvaid mõjusid hooldaja elule, sealhulgas märkimisväärseid negatiivseid mõjusid. Kui need pikaajalised mõjud ilmnevad, muutub tavaliselt dünaamika, kuna sotsiaalne keskkond jätkab tavapärase elu, jättes hooldava rolli kandjad üha enam isoleerituks ning tema elus hakkab domineerima hooldamine. Sellest hoolimata ei tule enamiku hooldajate jaoks kõne allagi, et nad kaaluksid selle rolli võtmata jätmist (Lin, 2020). Siiski tasub rõhutada, et võimuvahekorrad on täiskasvanute suhtes keerulised ja peened ning võimu üle peetakse pidevalt läbirääkimisi ja see liigub inimeste vahel. Võimuvahekorra häired on tõenäolised kogu muutuste ajal pikaajalistes intiimsetes ja perekondlikes täiskasvanute suhetes (Isham, Hewison, & Bradbury-Jones, 2019).

Peamisi motive hooldaja rolli võtmiseks tuleb vaadelda laiemas perekondlikus ja ühiskondlikus kontekstis (Gimeno *et al.*, 2021). Eakate eest hoolitsemine tuleneb tavaliselt suhte jätkumisest ja hooldaja soovist jälgida ja kaitsta eaka tervist, kuna tal on selle inimese kohta põhjalikud teadmised, mis võimaldab tal inimest paremini hooldada. Sageli tuleneb hooldamine



kohusetundest ja pühendumisest eakale. See peegeldab ühiskonna ootusi, mida hooldaja on endale sisendanud, ja tema kahtlusi institutsioonilise hoolduse kvaliteedi suhtes. Siiski on eriti oluline arvestada vahet hooldajate abistamise, näiteks perekondlike lisakohustuste võtmise, ja peamise hooldajana tegutsemise vahel, mis tähendab, et nad tunnevad end vastutavana selle inimese heaolu eest (Mendes, Mestre, Santana, Reis, & Lopes, 2019).

Hooldaja ja hooldatava vaheline suhe on dünaamiline ja arenev tervik, kuna asjaosalised liiguvad läbi eluetappide ja eaka võimalikul haigusel on oma kulg (Isham *et al.*, 2019). See dünaamiline protsess on ebastabiilne ja see ei ole vastupidav, kuna hooldamise ja haigusega seotud väljakutsed on enamiku perede jaoks intensiivsed ja keerulised ning võivad viia ettearvamatus ja ebakindluseni suhtes. Protsess muutub keerulisemaks nende eakate hooldajate puhul, kelle tervislik seisund halveneb varasema suhte kaotuse ja leinamise tõttu. Hooldusnõuded muutuvad olulisemaks ning pakilisemate alternatiivide kaalumise võib põhjustada stressi ja koormust, mis tõenäoliselt mõjutab mõlemat osapoolt. Stress on hooldussuhte lahutamatu osa, mis võib muuta mõned hooldussuhted pingeliseks ja tekitada erimeelsusi. Seetõttu võib eaka hooldamine mõjutada negatiivselt tema hooldaja füüsilist, psühholoogilist, psühhosotsiaalset, sotsiaalset ja rahalist tervist, mis omakorda võib viia perevägivalda ja eakate väärkohtlemiseni (Isham *et al.*, 2019).

Portugali ja Brasiilia hooldajate sotsiaalsete representatsioonide (Mendes *et al.*, 2019) kohaselt põhineb eakate vastu suunatud vägivald lugupidamatul käitumisel ja alandamisel ning vägivald peegeldab sisuliselt domineerivat sotsiaalset suhtumist vananemisse. Hooldaja potentsiaalselt kahjulikku käitumist võib vaadelda kui hoiatavat märki või tahtlikule või tahtmatule väärkohtlemisele eelnevat elementi (Beach *et al.*, 2005).

Paljude üldtunnustatud teoreetiliste lähenemisviisidega on püütud selgitada eakate väärkohtlemise põhjuseid. Siiski pakub selle keerulise probleemi kohta põhjalikumad seletust ökoloogiline teooria (Ananias & Strydom, 2014). Selle kohaselt puudutavad teatavad eakate väärkohtlemise võimalikud riskitegurid eakat ohvrit/abisaajat, toimepanijat/hooldajat, hooldamise konteksti ja laiemat ühiskondlikku konteksti. Mis puutub väärkohtlemise eaka ohvri individuaalsetesse omadustesse, siis on eaka väärkohtlemisega seotud sellised muutujad nagu sugu, kronoloogiline vanus, perekonnaseis, tõsised kroonilised terviseprobleemid, kognitiivsete häirete olemasolu, vaimse või emotsionaalse haiguse olemasolu, ainete kasutamine, probleemne käitumine, sotsiaalne isolatsioon ja üksildus. Täpsemalt öeldes on ohvri puhul tõenäolisem, et tegemist on kõrges vanuses eaka mehe või naisega, kes kuritarvitab alkoholi, kelle käitumine on keeruline ja kes kannatab raske füüsilise, kognitiivse või psüühilise häire all (Ananias & Strydom, 2014). Seoses hooldatava individuaalsete omadustega on eakate väärkohtlemisega seotud sugu, kronoloogiline vanus, psühholoogilised ja emotsionaalsed probleemid ning ainete kuritarvitamine (Pillemer & Sutor, 1992). Seega on eakate väärkohtlemise toimepanija suurema tõenäosusega mees- või naishooldaja, kes kannatab psühholoogiliste või emotsionaalsete probleemide all ja tarvitab aineid.

Lisaks hõlmab eaka ja hooldaja vaheline suhtlus hoolduse kontekstis riskitegureid (Pillemer & Sutor, 1992). Eakate väärkohtlemisega seotud muutujateks on hooldajate vähene kogemus ja vastumeelsus, toetuse puudumine, eakate ja hooldajate varasemad suhted, sõltuvus,



hooldajate stress, rahalised raskused ja elukorraldus. Seega on kogemusteta või vastumeelne hooldaja, ebapiisav tugisüsteem, varasemad halvad suhted, omavaheline sõltuvus ning hooldaja ja eaka vaheline kooselu elemendid, mis loovad soodsa pinnase väärkohtlemisega seotud käitumisele (Pillemer & Sutor, 1992). Samuti tasub märkida, et laiemad ühiskondlikud tegurid, nagu eakate diskrimineerimine ja ajalooline ebasoodne olukord, võivad muuta eakad väärkohtlemise suhtes haavatavaks (Ananias & Strydom, 2014).

Lisaks riskiteguritele on perekonnas ja ühiskonnas tegureid, mis võivad vähendada eakate väärkohtlemise juhtumeid (Ananias & Strydom, 2014). Eakaid hakkavad tõenäoliselt vähem väärkohtlema eelkõige hooldajad, kes säilitavad hea vaimse ja füüsilise tervise ning saavad piisavat tasu, toetust ja mingisugust koolitust, et tulla toime hooldamisega seotud stressiga. Lisaks sellele peetakse ühiskonna seisukohalt eakate väärkohtlemise eest kaitsvateks teguriteks kogukondi, mida iseloomustab tugev kogukonnatunne, vaimsus ja vastupidavus, lojaalsus perekonnale ning emaduse ja eakate väärtustamine (Ananias & Strydom, 2014).

## **2.7. Eakate väärkohtlemise riskitegurite ja ohumärkide tuvastamine hooldajatega töötades**

Nagu eespool mainitud, võivad mitmed riskitegurid kahjustada hooldaja üldist tervist ja suurendada eaka võimalusi sattuda väärkohtlemise ja hooletussejätmise ohvriks. Emotsionaalset kurnatust ja eakate väärkohtlemist võivad põhjustada hooldajakogemuse puudumine, vastumeelsus, ametlikud või mitteametlikud tugisüsteemid ning halvad varasemad suhted hooldatava ja hooldaja vahel (Pillemer & Sutor, 1992). Lisaks võivad eakate sõltuvus, rahalised raskused ja koos elamine viia isikliku aja puudumiseni, mis võib põhjustada füüsilisi ja käitumuslikke probleeme. Seetõttu peavad praktikud mõistma mitte ainult riskitegureid, vaid ka hooldamisega seotud ohumärke, et säilitada enese eest hoolitsemine ning tuvastada, ennetada ja minimeerida mõjusid, mis võivad viia väärkohtlemisega seotud käitumiseni. Selleks, et selgelt mõista hooldamise mõju omastehooldajatele, on vaja teada trauma ja stressireaktsioonide vahetut mõju eakatele (Van Durme, Macq, Jeanmart, & Gobert, 2012).

Omastehooldajatega töötades võivad paljud läbipõlemise füüsilised, käitumuslikud ja psühholoogilised ohumärgid aidata praktikutel tuvastada võimalikku vägivalda eakate vastu (Van Durme *et al.*, 2012). Füüsilistest ohumärkidest on kõige sagedasemad kurnatus, unetus, peavalu, suurenenud vastuvõtlikkus haigustele, selja ja kaela valulikkus, ärritunud soolestik, seedetrakti häired, lööve, nahaprobleemid, öine hammaste kiristamine, südamepekslemine ja hüphondria. Samuti peame pöörama suuremat tähelepanu hooldaja suurenenud alkoholi- ja uimastitarbimisele, hooldatava vältimisele, meelelahutuse puudumisele, sõprade ja pereliikmete kokkusaamiste vältimisele seltskondlikel üritustel, otsuste tegemise võime halvenemisele, probleemidele isiklikes suhetes, raskustele seksi ja intiimsusega, eaka eest hoolitsemise vähenemisele, söögiisu halvenemisele või suurele söögiisule ning töölt lahkumisele mõtlemisele. Psühholoogilisel tasandil võivad hooldajarolliga seotud väljakutsed ja raskused avaldada kahjulikku mõju ja mõjutada enesehinnangut, mis on seotud hooldamisstressi, abituse, enese süüdistamise ning võimalik, et eakate väärkohtlemise ja hooletussejätmisega. Need negatiivsed emotsioonid võivad olla oluliseks depressiivsete



sümptomite ja hooldaja koormuse allikaks, mis toob kaasa suurenenud riski muutuda eakate suhtes vägivaldseks (D' Aust, Brewster, & Rowe, 2015). On leitud, et kõige sagedamini mainitud emotsioon on hooldajate depressioon, millele järgnevad viha, ärevus, pahameel, ärrituvus, vaenulikkus ja enesetapumõtted (Lin, 2020).

Huvitaval kombel tundus dementsete patsientide ja nende hooldajate uuringus (Gimeno *et al.*, 2021), et käitumishäirete, nagu agressiivsus ja ärrituvus haiguse keskstaadiumis, esinemine võib olla seotud ka hooldajate koormuse ja eakate väärkohtlemisega. Teised tuvastatavad ohumärgid töös omastehooldajatega, kes võivad muutuda vägivaldseks, on seotud hooldajate kognitiivsete funktsioonidega, kuna on hooldajad, kellel on raskusi konkreetsetele ülesannetele keskendumisega, kes tunnevad end maailma ja tuleviku suhtes masendunult, ja lootusetuna. Lisaks on madala eluga rahulolu tasemega seotud nii hooldamise suur ulatus kui ka madalad sotsiaalsed ressursid. Oluline on mainida, et madal eluga rahulolu võib viia hooldajate potentsiaalselt kahjuliku käitumiseni, mida võib pidada eakate väärkohtlemise või hooletussejätmise varajaseks ohumärgiks (Borg & Hallberg, 2006).

Seega võib hooldamine kahjustada omastehooldaja elukvaliteeti mitmel tasandil ning viia vägivaldse ja agressiivse käitumiseni. Eelkõige põhjustab eaka eest hoolitsemine tõenäoliselt hooldajate kannatusi, halba tervislikku seisundit ja potentsiaalselt kahjulikku käitumist hooldatava suhtes. Sellega kaasnevad suured emotsionaalsed, rahalised ja sotsiaalsed pinged. Vastavalt insuldipatsientide uuringutele (Oliva-Moreno *et al.*, 2018; Bugge, Alexander, & Hagen, 1999) on koormus kahtlemata keeruline mõiste, mis mõjutab hooldaja tervist ja käitumist. Kuigi koormus ei olnud seotud hooldatava elukoha ja teenuste pakkumisega, leiti, et eaka abistamisele kulutatud aja suur osakaal, insuldi raskusaste ning hooldaja kehv füüsiline ja vaimne tervis suurendavad eakate väärkohtlemise ja hooletussejätmise riski (Pinquart & Sørensen, 2007). Seetõttu on oluline kaaluda, kui suurt koormust kogevad hooldajad eakate hooldamisel.

## 2.8 Täiskasvanute kaitse

*Täiskasvanute kaitse* tähendab täiskasvanu õiguse kaitsmist turvalisele elule, kus ei esine väärkohtlemist ja hooletussejätmist. Selliste olukordade ennetamiseks peavad institutsioonid ja spetsialistid olema selgelt teadlikud oma rollist täiskasvanute kaitsmisel, olgu see siis ennetav või reageeriv roll. On inimesi, kes on oma vajaduste tõttu suuremas ohus sattuda väärkohtlemise või hooletussejätmise ohvriks, nimelt hooldus- ja abivajadustega inimesed, näiteks eakad või puuetega inimesed ja suhtlemisraskustega inimesed. Mõlemal juhul võib nende inimeste haavatavus takistada neid tuvastamast väärkohtlemist ja sellest teatamast. Mõnikord ei pruugi inimesed isegi teadvustada, et neid väärkoheldakse, eriti kui neil on kognitiivsed häired (Stevens, 2013).

Mõned isikuomadused või elutingimused suurendavad tõenäosust, et keegi satub väärkohtlemise või hooletussejätmise ohvriks (Pillemer, Burnes, Riffin & Lachs, 2016). Isiklike omaduste hulka võivad kuuluda vanus, füüsiline või vaimne puue, haridusalased erivajadused





ja mis tahes vaimne või füüsiline haigus. Need asjaolud võivad hõlmata isoleeritust või üksildust, rahalisi vahendeid, tööd ja elamistingimusi.

Täiskasvanute kaitse eesmärgid on järgmised (*Somerset Safeguarding Adults Board*):

- Vältida kahju tekkimist ning vähendada hooldus- ja toevajadustega täiskasvanute väärkohtlemise või hooletussejätmise ohtu.
- Lõpetata väärkohtlemine või hooletussejätmine, kus see on võimalik.
- Kaitsta täiskasvanuid nii, et nad saaksid teha valikuid ja kontrollida, kuidas nad tahavad elada.
- Edendada lähenemisviisi, mis keskendub asjaomaste täiskasvanute elujärje parandamisele.
- Tõsta üldsuse teadlikkust, et kogukonnad tervikuna võtaksid koos spetsialistidega oma osa väärkohtlemise ja hooletussejätmise ennetamisel, tuvastamisel ja sellele reageerimisel.
- Anda inimestele kättesaadaval viisil teavet ja tuge, et aidata neil mõista väärkohtlemise eri liike, kuidas tagada turvalisus ja mida teha, kui on vaja väljendada muret täiskasvanu turvalisuse või heaolu pärast.
- Tegeleda sellega, mis on põhjustanud väärkohtlemise või hooletussejätmise.

Kahjuks võib väärkohtlemine toimuda mis tahes kontekstis: hooldusolukordades, õenduses, hooldekodus või päevahoiuasutustes, haiglates ja kinnipidamisasutustes, tugiteenuste pakkumisel inimese enda kodus ja muudes kohtades, näiteks avalikes kohtades või varem ohutuks peetud kohtades (Department of Health, 2000). Paljud täiskasvanud Euroopa üldiselt vananevas elanikkonnas seisavad silmitsi piirangutega, mis tulenevad puudest või ebapiisavatest isiklikest võimetest. Haavatavad täiskasvanud seisavad silmitsi probleemide ja raskustega oma õiguste kaitsmisel, oma huvide kaitsmisel ja õiguskaitse kättesaadavuse tagamisel. Selles mõttes on väga oluline rakendada algatusi, mis tagavad nende inimeste kaitse.

## 2.9 Perevägivalda toetus ja olemasolevad hooldajatoetused

### *Ohvriabi*

Eakate ohvrite abistamisel peab nende ohutus olema alati esmatähtis. Sekkumine ei tohiks olukorda halvendada. Kui aga olukord on eluohtlik, peavad spetsialistid ohvri kaitsmiseks viivitamatult tegutsema. Oluline on meeles pidada, et vaimselt pädevatel eakatel on õigus teha valikuid, mis võivad teistele tunduda mõtlematu või kahjulikuna. Sellised otsused ei tähenda, et eakal puudub vaimne võimekus.

Oluline aspekt on kultuuritundlikkus, mis on oluline usalduse loomiseks ohvri ja spetsialisti vahel. See aitab kaasa suhtlemisele ja sekkumise aktsepteerimisele. Spetsialistid peaksid olema teadlikud oma uskumustest, väärtushinnangutest ja eelarvamustest, et mõista teiste



inimeste eluviise. Sellest hoolimata ei saa kultuurilised või usulised tõekspidamised kunagi õigustada ebaseaduslikku käitumist. Lõpuks peavad kõik sekkumised keskenduma kliendi vajadustele, isegi kui väärkohtlemine on tahtmatu või klient on väärkohtleja.

Kliendi olukorra erinevaid aspekte tuleb analüüsida ja käsitleda. Spetsialistid peavad austama eakate õigust konfidentsiaalsusele. Siiski ei tohiks see olla takistuseks meetmete võtmisel. Konfidentsiaalsus peab olema tasakaalus tegevusetuse võimalike tagajärgede ja võimalike riskidega. Spetsialistid ei saa kasutada konfidentsiaalsust selleks, et õigustada väärkohtlemisele reageerimata jätmist. Asjakohase teabe jagamine kolleegidega võib siiski olla õigustatud, et aidata neil oma kohustusi paremini täita.

Kui eakas avaldab väärkohtlemise asjaolusid või juhtumeid, peaksid spetsialistid püüdma koguda võimalikult palju teavet, et saada ülevaade juhtunust. Nad peaksid kasutama järgmisi küsimusi (Perttu & Laurola, 2020):

- Uurige väärkohtlemist või hooletussejätmist: mida, kuidas, millal, kui sageli?
- Kes on toimepanija(d)?
- Kas eakas on olukorra tõttu abi otsinud? Kui jah, siis mis juhtus?
- Kas eakal on keegi, keda ta usaldab ja kelle poole saab väärkohtlemise kordumisel pöörduda?
- Kuidas näeb eakas olukorda: kas ta soovib muutusi ja abi? Kui jah, siis millist?
- Mis paneks neid end praeguses olukorras turvalisemalt tunda?
- Kas neil on vaja turvaplani?

### *Toetus omasteholdajatele*

Stress, mis kaasneb aja ja energia pühendamise ja kellegi teise heaolule, võib olla füüsiliselt või vaimselt koormav. Hooldamine võib vanusest olenemata olla isoleeriv kogemus. Peamine läbipõlemine ja depressiooni põhjustav tegur on aga abituse tunne. Omasteholdajate toetamiseks peavad neid ümbritsevad inimesed olema tundlikud ja mõistvad. Kuigi lähedase eest hoolitsemine võib olla väga rahuldust pakkuv, ei tohiks hooldaja unustada omaenda vajadusi. Väga oluline on julgustada hooldajat võtma aega enda jaoks ja seadma esikohale oma tervist. Hooldajad seisavad sageli kõigi probleemidega silmitsi iseseisvalt ja ei taha abi ning väidavad, et kõik on kontrolli all. Samal ajal suureneb stressitase ja abituse tunne süveneb. Seetõttu on oluline julgustada neid otsima lisatuge.

Perekonnaliikmete hooldajale tuge pakkudes on vaja mõista, et see, mida kõrvaline isik peab abiks, ei pruugi tegelikult abiks olla. Seega, kuigi kavatsused on head, on piiratud ette valmistatud söökide või asjakohast teavet sisaldavate brošüüride arv. Jacobsi (2017) sõnul on „logistiline, rahaline ja eriti emotsionaalne toetus väga oluline, et toetada hooldajat, kes võitlevad pikaajalise hooldamisega. Selleks, et need jõupingutused tõepoolest tulemusi annaksid, tuleb neid siiski hoolikalt kohandada vastavalt konkreetse hooldaja olukorrale, isiksusele ja eelistustele. See eeldab, et tulevased abilised uuriksid hooldajate vajadusi ja reageeriksid paindlikult nende soovidele.



## Praktilised elemendid

### 1. Kriitiliste sündmuste tehnika (Flanagani kriitiliste sündmuste tehnika, 1957)

Kirjeldus: Rühma juhendaja loeb osalejatele ette loo eakate väärkohtlemisest. Seejärel palub juhendaja osalejatel jaguneda väikesteks rühmadeks ja otsustada, millist rolli (kaudset või otsest, kaasatud või mitte) nad tahaksid hiljem mängida. Juhendaja palub osalejatel väljendada oma mõtteid, arvamusi ja tundeid ette loetud juhtumi kohta. Juhendaja palub neil väljendada kõiki oma mõtteid, juhtides tähelepanu sellele, et valesid mõtteid ei ole ja rühmas on ohutu end väljendada täpselt nii, nagu nad üksi olles.

Märkus: Juhendaja ei tohiks osalejatele öelda, et lugu on olemasolevast väärkohtlemisest. Ta laseb osalejatel väljendada, mida nad loost arvavad, neis esinevaid käitumisviise, vägivalda vorme või võib-olla jagada mõnda isiklikku kogemust. Harjutuse lõpus jätkab juhendaja osalejate vahel avatud dialoogi, milles ta tutvustab kogu teoreetilist raamistikku.

Teoreetiline raamistik (rääkige järgmistel teemadel):

- Mis on vägivald?
- Vägivalda ja väärkohtlemise vormid.
- Vägivalda ja väärkohtlemise tunnused.
- Ohvrite õigused.
- Spetsialistide õigused ja kohustused vägivalda ja väärkohtlemise juhtumite avalikustamisel.
- Ravi ja kaitse viisid.
- Eakate väärkohtlemise mitmed riskid.

### 2. Soolised stereotüübid ja tõed vanaduses

Kirjeldus: Harjutus viiakse läbi rühmades (4–5 inimest). Juhendaja annab igale rühmale ühe fraasi, ühise ja stereotüüpse arusaama soorollidest (iga organisatsioon võib kasutada riigis levinud näiteid, nt eakate väärkohtlemine puudutab peamiselt vanemaealisi naisi, vanad mehed on töötanud palju rohkem kui tänased mehed, varasema aja meestel olid kõrgemad väärtused, vanasti naised teadsid, kuidas oma perekonda ülal pidada, väärkohtlemist varem ei esinenud jne).

Rühmal on 15 minutit, et mõelda neile antud lause üle ja esitada argumente selle seisukoha toetuseks, isegi kui nad ei ole sellega nõus. Juhendaja julgustab osalejaid esitama argumente, mis põhinevad ühiskonnas levinud väidetel ja seda fraasi toetavatel tõenditel. Seejärel on osalejatel 5 minutit, et esitada oma argumente suurele rühmale (kõigile osalejatele) ja toetada oma seisukohta. Seejärel jagatakse osalejad taas rühmadesse ja neile antakse 20 minutit, et esitada argumente, mis vaidlustavad neile antud fraasi, sõnastades samal ajal vähemalt ühe argumenti, mis ei nõustu suure rühma teiste rühmade poolt toetatud fraasiga. Pärast selle



rühmatöö lõppu ühinevad kõik osalejad taas suure meeskonnaga. Neil on oma mõtete esitamiseks 10 minutit. Arutage suures rühmas (kõik osalejad koos) kõike. Osalejad peavad oma seisukohti toetama ja otsustama, milline on nende lõplik seisukoht ja kas nende lõplik seisukoht on muutunud seoses rühmatöö ja arutelu käigus öelduga.

### 3. Rollimäng

Kirjeldus: Juhendaja palub vabatahtlikel võtta rollid vastavalt stsenaariumile (juhtum käsitleb hooletussejätmist ja väärkohtlemist vanaduspõlves), mille juhendaja neile ette loeb. Esimene vabatahtlik mängib eakat abivajajat, teine hooldajat ja ülejäänud osalejad jälgivad nende omavahelist suhtlemist. Juhendaja teavitab rollitäitjaid, loeb neile ette stsenaariumi ja nad mängivad enda võetud rolli. Pärast stsenaariumi lugemist paluge vaatejatel väljendada oma mõtteid, rääkides sellest, milline tundus neile suhe, kuidas nad iseloomustaksid seda suhet ja nende suhtlemist ning milliseid väärkohtlemise või hooletussejätmise märke nad täheldasid. Juhendaja küsib neilt, kuidas nad reageeriksid, kui iga osaleja oleks sellises olukorras. Lõpuks palub juhendaja peategelastel rääkida, kuidas nad end oma rolli mängides tundsid ja millised on nende domineerivad emotsioonid.

Peategelased püüavad vastata ka järgmistele küsimustele:

- Kuidas võiks seda suhet iseloomustada?
- Millised on selle suhtluse/kommunikatsiooni põhijooned? Kirjutage need üles.
- Mida peaks hooldaja tegema? Milliseid tegevusi hooldaja praegu teeb või milliseid ei tee?
- Millised on probleemid või raskused, millega hooldaja silmitsi seisab?
- Kuidas mõjutavad need väljakutsed või raskused hooldaja professionaalse rolli täitmist?
- Kuidas võiks abisaaja reageerida?
- Millise asutuse/organisatsiooni/organi või muude spetsialistide poole võiks abi ja toetuse saamiseks pöörduda?
- Kuidas saaks parandada abivajaja ja hooldaja vahelisi suhteid?

Võimalikud rollimängu stsenaariumid:

#### **Esimene stsenaarium:**

Arutelu eaka toitmise ajal tema hooldaja poolt:

Eakas: Mul on raske seda toitu süüa. Mu hambad valutavad.

Hooldaja: See on toit, mida olen tänaseks valmistanud. Palun söö.

Eakas: Mulle ei meeldi see.

Hooldaja: Ma ei kavatse toitu ära visata. Ma ei valmistanud asjata süüa. Sa pead seda sööma!



Eakas: Ma ei kavatse midagi süüa. Ma ütlesin, et ma ei suuda tahket toitu närida.

Hooldaja: Mind ei huvita. Sa kas sööd seda või jääd nälga.

Samal ajal kui vanem naine suure vaevaga toitu sööb, jätab hooldaja ravimipudelid järsku lauale, pööramata tähelepanu sellele, kas naine võttis õiged annused rohtu või mitte. Ta jätkab erinevate majapidamistööde tegemist.

Hooldaja: Ma olen sinust väsinud! Sa kurdad kogu aeg kõige üle! Niipea, kui ma leian midagi muud, ma lahkun! Sa ei suuda ise midagi teha! Vaatame, mida sa ilma minuta teed!

Hirmunud vanem naine reageerib oma hooldaja pobisemisele vaikselt oma toitu süües. Ta tunneb end väga kurvast, kuid ei ütle midagi. Pideva hülgamise ohu all õigustab vanem naine jätkuvalt hooldajat.

Eakas: Laps, mul on kahju. See on minu süü! Ma olen vana ja mõnikord käitun nii, nagu ma ei austaks su pingutusi. Palun, ära jäta mind üksi.

#### **Teine stsenaarium:**

Proua Maria on 73-aastane. Kuu aega tagasi kukkus ta aeda koristades ja lõi oma puusa ära. Ta pidi palkama naise, kes teda hooldab ja aitab, sest ta ei suuda üksi isegi voodist üles tõusta. Hooldaja räägib sageli järsku või jätab proua Maria tähelepanuta.

Vanemaealine naine istub toolil ja vaatab televiisorit, samal ajal kui hooldaja on hõivatud oma mobiiltelefoniga.

Eakas: Ma tahan vett.

Hooldaja: Vesi on kõrval, joo.

Eakas: Ma ei ulatu klaasini.

Hooldaja: Proovi. See on piisavalt lähedal. Ära oota, et ma kõik sulle kätte annan.

Proua Maria üritab enda kõrval olevalt laualt klaasi kätte saada. Laud läheb ümber ja sellel olevad asjad kukuvad põrandale.

Hooldaja: Sa oled täiesti kasutu! Sa ei saa üksi midagi teha. Ma ei suuda kogu aeg sinu paska üles korjata.

Eakas: Vabandust, vabandust.

Hooldaja: Ole tasa. Ma ei saa sulle kõike anda. Ma olen siin, et aidata sul asju teha; ma ei ole su teenija!

Eakas: Palun, ma olen janune. Kas saaksid mulle vett tuua?

Hooldaja: Ma ei taha isegi sinu häält kuulda! Sa pead ootama, kuni ma koristan.



Proua Maria on janune, kuid jääb wait ja jätkab hooldaja ees vabandamist.

### **Kolmas stsenaarium:**

Proua Mania on 66-aastane. Ta on juba mõned aastad ilmutanud dementsuse märke. Ta on üsna iseseisev ja teeb asju ise, kuid sageli on tal raskusi ja ta vajab abi. Seetõttu palkasid tema lapsed hooldaja, kes külastab teda päeva jooksul paar korda, et kontrollida, kas tal on midagi vaja ja kas kõik on korras. Hooldaja aga sageli ei käi, andes lastele valeinfot ja öeldes, et kõik on korras, isegi kui ta ei ole proua Mania kodus käinud. Ta püüab sageli veenda proua Maniat, et ta on teda juba külastanud ja ta lihtsalt ei mäleta seda.

Eakas: Palun kontrolli, kas ma võtsin keskpäeval oma ravimid? Ma ei mäleta. Ma ootasin keskpäeval, aga sa ei tulnud. Kas sinuga juhtus midagi?

Hooldaja (ravimikarpi isegi kontrollimata): Proua Mania, sa võtsid keskpäeval oma ravimid. Ma andsin need pärast seda, kui me söömise lõpetasime.

Eakas: Kas sa andsid need mulle? Aga sa ei olnud keskpäeval siin.

Hooldaja: Sa ilmselt ei mäleta seda praegu. Keskpäeval istusime kaua koos.

Eakas: Ma ei mäleta sellest midagi.

Hooldaja: See ei ole oluline, proua Mania. Ära muretse. Mõnikord juhtub seda. Seepärast tuletan sulle meelde. Ära muretse.

Eakas: Palun ära räägi seda mu lastele. Nad on minu pärast väga mures ja ma ei taha neid veel rohkem kurvastada.

Hooldaja: Ära muretse. Ma ei ütle neile seekord midagi, kuid võib-olla pean neile tulevikus teada andma.

Eakas: Jumal tänatud, et sa olemas oled.

Hooldaja saab proua Manialt sageli väikeseid rahasummasid. Ta teavitab tema lapsi, öeldes neile, et naabrite lapsed, kes teavad proua Mania olukorda, külastavad teda ja küsivad temalt raha. Ta isegi veenab neid, et naise seisund halveneb, mistõttu on vaja teda sagedamini külastada, et kaitsta teda sarnase käitumise eest. Külastuste sageduse suurenemise tõttu nõuab ta ka oma palga suurendamist. Lapsed usaldavad hooldajat täielikult, sest tal on head soovitusel eelmistelt peredelt, kellega ta on töötanud, ja nad nõustuvad kõigega, mida ta soovib. Lisaks mõjutab neid kõigega nõustuma tema ja nende ema vahel loodud näiliselt hea side.



#### 4. Tunnistage väärkohtlemist abivajaja ja hooldaja suhetes ja koostage turvaplaan

Kirjeldus: Juhendaja loeb osalejatele ette juhtumiuuringu, mis käsitleb eaka väärkohtlemist hooldajate poolt (hea on kasutada mitut juhtumiuuringut, milles kirjeldatakse abivajajate vastu suunatud vägivalda erinevaid vorme, nt füüsilist, psühholoogilist, rahalist, hooletussejätmist või liigset hooldust). Juhendaja palub osalejatel teatada kõigist väärkohtlemise tunnustest ja vormidest. Seejärel palub juhendaja osalejatel koostada abivajaja isikliku turvaplaani, võttes arvesse nende rolli hooldajana. Täpsemalt palub juhendaja osalejatel iga väärkohtlemise ja vägivalda tunnuse puhul välja pakkuda parandusvõimalused ja meetmed, mida tuleb võtta, et tagada ohvri kaitse ja turvalisus.

Küsimused, millele tuleb vastata:

- Millist vägivalda kasutatakse?
- Kes on ohver ja kes on toimepanija?
- Mis põhjustab ohvrile vägivalda?
- Kuidas reageerib ohver vägivallale?
- Kuidas reageerib vägivallatseja vägivallale? Kas vägivallatseja tunnistab vägivalda sellisena, nagu see on? Kas vägivallatseja nimetab vägivalda sellisena, nagu see on? Kas vägivald on kaudne või tahtmatu?
- Kuidas mõjutab vägivald kõiki asjaosalisi?
- Kas keegi saab abi paluda?
- Milliseid meetmeid võetakse vägivalda kasutamise korral vägivalda eest kaitsmiseks?
- Kuidas saab vägivalda tulevikus ära hoida?

#### Juhtumiuuringud on järgmised:

##### *Maria juhtum*

Proua Maria on 69-aastane. Ta ei ole kunagi abielus olnud ega viibinud eemal oma perest ja sugulastest. Proua Marial on kognitiivsed häired ning tema eest hoolitsemiseks ja kaitsmiseks on alati peetud vajalikuks, et ta oleks inimeste läheduses. Ta kasvas üles peres, kus kõik hoolitsesid tema vanema venna eest, kellel on diabeet, ja eriti proua Maria oli see, kes alati hoolitses venna ravimite ja hoolduse eest. Pärast nende vanemate surma jäi proua Maria alaliselt ühte majja oma vanema venna Nikosega, kes on 76-aastane ja vallaline. Proua Maria hoolitseb oma venna eest, andes talle samal ajal ka suure osa oma pensionist. Ta usaldab oma venda täielikult ja usub, et ta on ainus, kes temast hoolib ja ainus, kes tema eest igati hoolitseb. Härra Nikos kasutab suure osa õelt saadud summast hasartmängude mängimiseks. Samas ei paku ta oma enda pensionist mingit osa nende maja ja elamise vajaduste katteks ega loomulikult ka oma ravimite ostmiseks, mida peab proua Maria kohustuseks tagada. Proua Marial on maja ülalpidamisega majanduslikult väga raske toime tulla. Isegi kui naine palub oma vennalt abi, siis ta mitte ainult ei keeldu, vaid räägib temaga pidevalt agressiivselt ja solvab teda.



Lisaks on härra Nikos mitu korda kutsunud majja prostituute ja sundinud oma õde end selleks ajaks oma tuppa lukustama ja neid mitte segama. Kuu aega tagasi tõukas härra Nikos tulises vaidluses proua Mariat, kes kukkus ja vigastas puusa ja selgroogu, mille tulemuseks oli tema liikumisvõimetus ja pidev hooldusvajadus. Proua Maria ütles haiglas arstidele, et tema õnnetus juhtus tema hooletusest ja ta ei vaja täiendavat abi, sest ta on kindel, et vend hoolitseb tema eest ja nad saavad ise hakkama, nagu alati. Härra Nikos ei anna aga proua Mariale mingit abi. Ta jätab kogu õe pensionist saadava raha endale, sest nagu ta väidab, hoolitseb ta nüüd majas kõige eest, kuid samas ei osta talle vajalikke ravimeid. Ta väidab, et tal pole nendeks piisavalt raha.

Pealegi on härra Nikos jätnud proua Maria hooletusse, pakkumata talle korralikku toitu ja hoolitsemata tema hügieeni eest. Naabrid on sageli kuulnud proua Mariat valust nutmas ja oma venda anumas, et ta annaks talle vett või süüa, kuid tundub, et härra Nikos ei vasta tema soovidele ja vajadustele. Samuti lööb härra Nikos oma õde, eriti kui too kurdab ja karjub. Hiljutised arstlikud läbivaatused on näidanud proua Maria seisundi halvenemist ja võimalik, et tema liikumisvõime on püsivalt kahjustada saanud.

### *Helmi juhtum*

Helmi on 68-aastane ja elab väikelinnas, oma majas, millel on ilus lilleaed. Tema abikaasa suri paar aastat tagasi. Neil oli õnnelik abielu ja kaks last. Mõlemal on oma pere ja nad elavad 200 km kaugusel pealinnas. Nad püüavad ema külastada nii tihti kui võimalik, kuid pika vahemaa ja täiskohaga töö ning laste tõttu toimub see enamasti sünnipäevadel ja pühadel. Helmi näib olevat veidi hajameelne; ta kaotab oma asju (prillid, telefon ja raamatud) ära. Pärast paari korda, kui lapsed ei saanud teda telefoni teel kätte, palkasid nad hooldaja, kes kord nädalas Helmit kontrollib. Nad kohtusid 42-aastase Taivoga ja palkasid ta kohaliku hooldekodu kaudu. Taivo pidi Helmit kord nädalas külastama, tooma talle toitu ja muud vajalikku.

Mõni nädal möödub ja muidu alati rõõmsameelne Helmi tundub oma lastega telefoni teel rääkides õnnetu ja häiritud. Tütar, kes aeg-ajalt Helmi külastab, märkab, et ta ei ole enam nii jutukas, tundub väsinud ja tema lillepeenrad, mis on tavaliselt tema uhkus ja rõõm, on hooldamata. Ta üritab Helmiga rääkida, kuid too väidab, et on lihtsalt väsinud. Kui Taivo abi kohta küsitakse, väldib ta silmsidet ja vahetab teemat. Paar nädalat hiljem oli Helmi tütar väga mures, sest ema ei olnud kaks päeva kõnedele vastanud. Ta läheb Helmi juurde. Uksele ei vasta keegi, kuid see on lukustamata ja ta astub sisse. Ta hüüab ema ja kuigi keegi ei vasta. Ta saab aru, et keegi on köögis. Helmi istub köögilauas ja tema kõrval on tühi viinapudel – ta on purjus. Tütar on üllatunud, sest teab, et ema ei joo alkoholi, võib-olla ainult natuke šampanjat pidudel. Tütar aitab Helmi magamistuppa ja märkab, et voodipesu on räpane ja näha on ka vere jälgi. Helmi kainestub ja hakkab nutma ning vabandab segaduse pärast. Tütar püüab teda rahustada, keedab kohvi ja palub Helmil selgitada, mis juhtus. Helmi on väga vastumeelne, kuid tunnistab lõpuks, et Taivo väärkohtleb teda. See algas juhuslikest puudutustest. Siis tahtis ta aidata naisel duši all käia, kuigi naine oli väga hästi võimeline seda üksi tegema. Ja siis lõpuks, eile õhtul, ründas ta Helmit seksuaalselt.





### *Anna juhtum*

Proua Anna on 67-aastane ja elab üksi külas asuvas majas. Tal on kaks last, kes töötavad ja kellel on oma pere. Nad töötavad kaua ja neil on vähe aega ema külastamiseks. Nad räägivad üsna tihti telefonitsi. Viimase kolme aasta jooksul on ta hakanud üha sagedamini asju unustama. Kaks kuud tagasi unustas ta köögivalgustuse sisse lülitada ja oleks peaaegu maja põlema pannud. Õnneks möödus majast üks proua Anna sugulane, kes nägi, et ta istus aias ja köögist tuli suitsu. Sugulane teavitas tema lapsi ja nad otsustasid palgata kellegi, kes nende ema eest hoolitseks. Nii otsustasid nad palgata naise eest hoolitsema ühe külas elava nõbu. Ka proua Anna tundis oma nõbu hästi ja oli selle otsusega nõus. See naine ei teadnud eaka hooldamisest midagi. Ta rääkis proua Annaga sageli järsult, karjus ta peale, kui oli talle midagi mitu korda öelnud, ning unustas või sattus segadusse ja jättis proua Anna ise oma ravimeid võtma (mõnikord võttis ta neid rohkem kui üks kord). Lapsed käisid koos emaga arsti juures, kes teatas, et ema tulemused ei ole head ja põhjus vajab uurimist.

### *Vasilise juhtum*

Härra Vasilis on 67-aastane ja tal on mitu aastat diagnoositud hulgiskleroos. Ta oli 43 aastat abielus proua Elinaga ja neil on kaks ühist last. Nende poeg on abielus ja tal on oma pere, samas kui nende tütar on lahutatud ja naases mõned aastad tagasi vanematekoju. Nende juures elab nende alaealine lapselaps, kes on seitsmeaastane. Viimase viie aasta jooksul on härra Vasilise tervislik seisund halvenenud, mistõttu ta vajab üha enam tuge ja hoolt, nii psühholoogilist kui praktilist. Proua Elina oli härra Vasilise eest hoolitsemise täiesti enda kanda võtnud. Lisaks püüdis ta ka nende tüdrit toetada (nt alaealise tütre hooldamisel, rahalise abi, psühholoogilise toetuse andmisel jne). Kaks aastat tagasi suri proua Elina ootamatult. Sellest ajast alates on nende tütar Marianna hoolitsenud härra Vasilise eest.

Marianna on aga olnud oma isaga äkiline, süüdistades teda tahtmatutes asju teha ja temalt kõige ära tegemise ootamises. Selle tulemusena jääb härra Vasilis sageli ilma toiduta, piiratud kindlasse ruumi, tal ei ole lubatud liikuda või jääb päevadeks pesemata ja ootab, et tütar teda aitaks. Marianna on veennud oma isa, et ta annaks talle kogu oma vara ja rahaasjade haldamise, et ta saaks isa eest korralikult hoolitseda. Hr Vasilis on mitu korda oma tütre ja pojaga rääkinud, öeldes, et selline suhtumine ei ole õige ja et võib-olla oleks parem palgata õde, kes tema eest hoolitseks. Marianna süüdistab teda liialduses, samas kui poeg Michael ütleb talle, et ta peaks mõtlema oma lastele ja mitte avaldama Mariannale rohkem survet. Viimane pingutab niigi kõigi nimel kõvasti ja tal on oma probleemid, millega tegeleda. Vanemad on need, kes lapsi peavad aitama. Marianna ütles hiljuti oma isale, et kui ta jätkab kaeblemist ega hinda seda, mida ta pakub, paneb ta isa hooldekodusse.

Hr Vasilis tunneb end oma kaebuste ja tervisliku seisundi pärast süüdi ning püüab oma tütrele vabandusi otsida. Mõni aeg tagasi tõi Marianna isale mingid väidetavalt arsti poolt välja kirjutatud ravimid, mis tema sõnul aitavad tal end paremini tunda, rohkem puhata ja mitte nii



palju "näägutada teiste kallal, kes pole süüdi". Härra Vasilis usaldab oma tüdarta ja järgib tema juhiseid. Päevade möödudes magab hr Vasilis pikemalt, sööb vähem ja tunneb end väsinuna. Tema tervis halveneb ja üha enam tuleb ette päevi, mil ta ei ole võimeline oma keha liigutama ega midagi ette võtma.

## 5. Töö põhireeglite ülevaade

Kirjeldus: Juhendaja julgustab osalejaid mõtlema ja looma oma ideaalse hooldaja kuvandit. Juhendaja palub meeskonnaliikmetel kirjeldada ja kirja panna käitumismustreid, põhilisi tööpõhimõtteid, teenistusreegleid, raskusi ja väljakutseid, millega nad tööl kokku puutuvad. Selle harjutuse kaudu on võimalik uurida eakate hooldajatele omaseid norme ja stereotüüpe, uurida kriitiliselt arusaamu hooldajate vastutusest ja kohustustest ning raskusi hooldajate ja hooldatavate vahelise usaldussuhte loomisel ja arendamisel. Samuti saavad nad keskenduda sobivatele viisidele ja meetoditele eakate hooldamisel ja kaitsmisel, vältides käitumist ja tavasid, mis hõlmavad meetodeid, mis mõjutavad negatiivselt terve suhte kujunemist ja viivad väärkohtlemiseni.

## 6. Projektiivsed tehnikad: Enda tajumine omastehooldajana (Machoveri projektsioonitesti „Joonista inimene“ variatsioon).

Kirjeldus: Juhendaja aitab osalejatel avastada oma rolli ja selle mängimist, paludes neil tajuda end hooldajana. Seejärel palutakse neil vastata kirjalikult või suuliselt mõnele küsimusele:

- Kus on hooldaja?
- Millised on hooldaja kohustused? Mida ta teeb?
- Mida peaks hooldaja tegema ja mida ei tohiks ta teha?
- Mida hooldaja tunneb?
- Milline on keskkond?
- Kes on veel koos hooldajaga?
- Mida tunneb hooldaja teistega seoses?
- Kuidas ta kogeb oma kontakti teistega ja kuidas ta seda ideaalis sooviks kogeda?

Juhendaja küsib osalejatelt, kas nad sooviksid veel midagi mainida.

## 7. Tavad ja väärtused

Kirjeldus: Juhendaja loeb osalejatele ette järgmised ettepanekud ja palub neil nendega nõustuda või mitte nõustuda (kasutades Likerti skaalat). Kui juhendaja on lausete lugemise lõpetanud, arutab ta vastuseid kogu rühmaga.



	Avaldused	Tõsi	Vale	Sõltub juhtumist
1	Teadvustamata väärkohtlemine on väärkohtlemine.			
2	Väärkohtlemine võib alata vanemas eas.			
3	Naisi ja mehi võidakse väärkohelda vanemas eas, eriti kui nad on puudega või sõltuvad teistest.			
4	Eakate väärkohtlemine on kuritegu.			
5	Psühholoogiline/emotsionaalne väärkohtlemine ei ole nii oluline kui füüsiline väärkohtlemine.			
6	Eakate väärkohtlemine ja hooletussejätmine on haruldane.			
7	Dementsuse või muude häiretega eaka agressiivne käitumine sotsiaalhooldaja suhtes on hooldaja väärkohtlemine.			
8	Eakate väärkohtlemine on alati seotud ainete kasutamise või psüühikahäiretega.			
9	Vanemad naised on väärkohtlemise suhtes haavatavamad kui vanemad mehed.			
10	Väärkohtlemine võib põhjustada vanemaealiste ohvrite enneaegset suremust.			



11	On juhtumeid, kus eaka vabaduse ja/või õiguste piiramine on vajalik ja seda ei saa pidada väärkohtlemiseks.			
12	Kui eakas ei ütle, et teda miski häirib, tähendab see, et ta ei tunne ebamugavust, ja kindlasti ei ole see väärkohtlemine.			
13	Eaka nõrkustele või raskustele sageli viitamine on nali ja loob lähedase suhte hooldaja ja eaka vahel.			
14	Eakal on lihtne oma tundeid väljendada ja tunnistada, et teda väärkoheldakse.			
15	Paljudel juhtudel on eakate hooldajate väärkohtlemine suurem kui nende poolt põhjustatud väärkohtlemine.			
16	On normaalne, et hooldajad reageerivad mingil hetkel agressiivsemalt, kui eakad reageerivad pidevalt negatiivselt ja käituvad halvasti.			
17	Hooldaja võib olla paremini kursis eaka vajadustega, mistõttu on mõnikord vaja asju peale suruda.			
18	Asjade peitmisega või eakate otsese ligipääsu piiramisega on võimalik neid kaitsta võimalike ohtude eest.			



## 3. peatükk: õppetunnid „Kuula mu lugu“.

### Teoreetiline osa

---

Siinkohal on oluline märkida, et Kreeka Alzheimeri tõve ja sellega seotud haiguste ühing (Alzheimer Hellas) koordineeris omastehooldajate jaoks mõeldud narratiivset seminari tihedas koostöös partneritega projektis SINCALA II. Töötati välja kolm spetsiaalset töötuba: üks abikaasadele, üks täiskasvanud lastele ja üks lapselaste/noortele hooldajatele. Igas töötoas käsitleti sihtrühma küsimusi seoses vanuse ja sugulussuhtega hooldatava isikuga. Iga töötuba koosnes kolmest kuni viiest umbes 90-minutilise seansist, mida testiti hooldajatega. Töötuba „Kuula mu lugu“ piloteeriti 2021. aasta septembrist novembrini Eestis, Kreekas, Itaalias, Portugalis ja Sloveenias. Kokku kaasati 68 osalejat: 22 abikaasat, 32 last, kaheksa lapselast ja kuus kroonilise haigusega inimeste muud hooldajat. Osalejad võtsid narratiivipõhise lähenemisviisi kõigis riikides väga hästi vastu ja mõistsid seda. Mõnes kohas toimus läbiviimine ainult veebipõhiselt (koroonapandeemia ja piirangute tõttu). Mõlemal meetodil (st veebipõhine ja silmast-silma toimuv) on nii plusse kui ka miinuseid. Kui veebipõhine viis on tõhus lahendus koroonapandeemiaga seotud probleemide lahendamiseks, ajaplaneerimiseks ja sekkumise detsentraliseerimiseks, siis näost-näku viis võimaldab suuremat kaasatust ja osalemist. Laste rühm oli kõige ligipääsetavam ja enesekindlam.

Seevastu abikaasade ja lapselaste rühmad vajasisid rohkem aega, et aktsepteerida lähenemist ning oma tundeid ja kogemusi avada. Itaalias tunnistati soolisi erinevusi: laste rühm koosnes ainult naissoost osalejatest. Abikaasade rühmas olid mehed ja naised võrdselt esindatud.

#### 3.1 Näited seminaridel tõstatatud küsimuste ja võimalike lahenduste kohta

Enamikus riikides olid osalejad esialgu vastumeelsed oma arvamuste ja tunnete jagamisel. Seetõttu tuli neid motiveerida ja suunata. See saavutati sellega, et koolitajad jagasid oma seisukohti ja arusaamu teistega, mis motiveeris hiljem osalejaid sama tegema. Peamised tegurid, mis aitasid inimesi osalemiseks motiveerida, olid vastastikuse kogemuse aspekt ja inimeste empaatiavõime.

Üldiselt olid kõigis riikides sageli käsitletud teemad süütunne, viha ja üksindus, toetuse puudumine ja vajadus abi paluda, vajadus oma tundeid teistega jagada, hooldamise mõju hooldaja identiteedile ning dementsusega seotud terviseprobleemide/raskuste ületamine. Peamised teemad, mida lastega arutati, olid hoolduskohustus, inimese hooletussejätmine nende suhtes (ka verbaalne väärkohtlemine), eitamine, uriinipidamatus, käitumine hügieeni eest hoolitsemisel, raskused töö- ja hoolduskohustustega toimetulekul, rahalised raskused, mure hooldatava tervise halvenemise pärast, süütunne ja madal enesehinnang. Abikaasad rääkisid muutunud armastusest, muutustest suhetes, halvast unekvaliteedist seoses hooldamisega, hirmust tuleviku ja hooldatava haiguse progresseerumise ees, institutsioonilisest hooldusest ja isiklikest võitlustest seoses hooldatava sooviga jääda koju ning



teiste pereliikmetega otsuste osas kokkuleppimisest. Lapselapsed rääkisid ka sotsiaalsest elust, ebakindlusest olukordade lahendamisel hooldatavaga, käitumismuutustest ja muutustest inimsuhetes.

Rühmades kasutati järgmisi stiimuleid: „Luuletus sõpradele“ (Borges), „Sa õpid“ (Borges), „Väike prints“ (De Saint-Exupéry), „Vanamees ja meri“ (Hemingway), „Moby Dick“ (Melville) – 82. peatükk / „Sümfoonia“ (Tone Pavček), „Lihtsad sõnad“ (Ivana Malkoč), „Vari“ (Božo Rustija), „Lood vestluseks: koletis põllul“ (Tone Pavček), hetkes olemine ja Kreeka mütoloogia, Theseuse lugu (Aegeuse surm). 71% osalejatest olid valitud kirjandusega rahul ja ütlesid, et see meeldis neile. Kuid nagu eespool mainitud punktides mainiti, mõned (29%) väitsid, et see oli piisav.

Tõstatatud teemad olid järgmised:

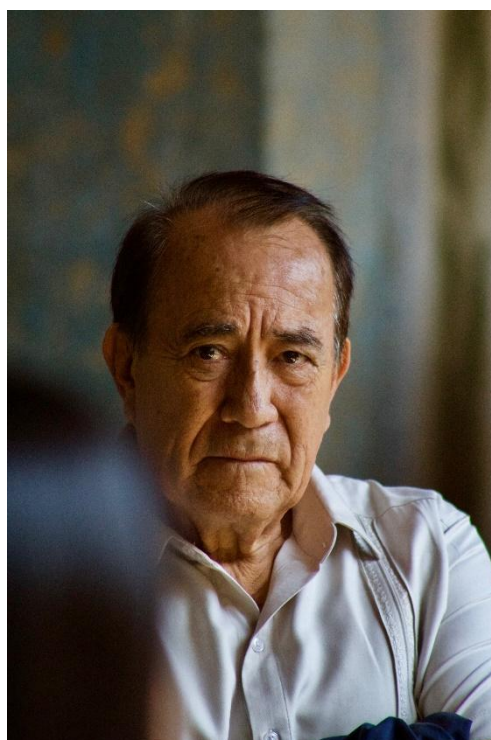
- Raskused tõeliste sõprussuhete arendamisel ja sõpruse tajumine teistsugusena kui see, mida on kirjeldatud stiimulina kasutatud luuletuses (mida peetakse ebareaalseks). Mõned viitasid sellele, et nad on kaotanud sõbrad hooldamise tõttu, kuid leidnud uusi sõpru (näiteks hooldajatele mõeldud tugirühmades).
- Väljakutsed, mis on seotud vananemisega, oma eluga leppimisega ja mõne eesmärgi saavutamata jätmisega. Osalejad mõtisklesid ka oma eakate hooldatavate üle ja selle üle, kuidas neil võivad vanusest hoolimata endiselt olla eesmärgid ja ambitsioonid. Tekstis kajastati ka võitluste ideed ja seda, kuidas mõnikord kujundavad võitlused elus meie identiteeti.
- Teiste kui peeglite ja kuulajate tähtsus – kui väga vajame oma elus teisi inimesi. Seda, et sageli pühendame oma elu millelegi, kuid võib-olla mõistame siis, et see ei olnud see, mida me tahtsime teha. Näiteks on mõned olude sunnil sunnitud hakkama hooldajaks ja peavad selle rolli ülevõtmiseks loobuma teistest eesmärkidest.
- Hooldajate kogetud isolatsiooni oht on seotud hirmuga teiste inimeste hinnangu ees, kes ei ole samas olukorras ja kellel võib olla raskusi nende tunnete mõistmisega. Samal ajal rõhutasid nad läheduse tähtsust, et neil oleks keegi, kellega nad saaksid vabalt oma emotsioone ja mõtteid jagada. Kõik osalejad nõustusid, et neil on raske oma kannatusi jagada aja nad ei ole sellega harjunud.
- Raskus aktsepteerida oma lähedaste haigust ja sellega kaasnevaid muutusi. See hõlmab abituse tunnet, mida nad kogesid oma hooldustegevuse ajal. Üks hooldaja ütles: „Väga raske on näha, kuidas armastatud inimene aina sügavamale vajub.“
- Andestamine, peamiselt see, kui raske tundub olevat endale andestada. Hooldajad kipuvad olema enda suhtes kriitilised, keskendudes sellele, millega nad ei saanud hakkama, ja jättes tähelepanuta kõik igapäevased ülesanded, mida nad täidavad. See teema viis vestluseni vihast ja sellest, et nad annavad endale õiguse olla vihane, ilma et tunneksid end süüdi.



### 3.2 Kuidas käsitleda konkreetselt võimalikke tuvastatud vägivalda/hooldajate läbipõlemise juhtumeid ja kultuurilisi erinevusi

Nagu eespool mainitud, tegelevad omastehoodajad tavaliselt hooldamise tagajärgedega, mis viib eakate väärkohtlemise ja hooldajate läbipõlemiseni. Väärib märkimist, et omastehoodajatega töötades on olemas erinevaid viise, kuidas selliste võimalike juhtumitega toime tulla. Omastehoodajate koolitamine peaks olema nendega töötavate spetsialistide jaoks esmatähtis. Haridus näitab teadmisi omastehoodajate poolt osutatava hoolduse kohta. See aitab kaasa haiguse mõistmisele ja paremate viiside õppimisele, kuidas toime tulla selle protsessiga ning selle tagajärgedega omastehoodajate elukvaliteedile (Souza Alves *et al.*, 2019).

Arvestades toimetulekustrateegiate olulist rolli hooldamise stressi reguleerimisel ja hilisemas koormuses, peaks nende juhtumitega tegelemine hõlmama mitmete toimetulekumeetodite kohast koolitust (Gérain & Zech, 2019). Üldiselt näib, et laialtlevitud toimetulekustrateegiate kasutamine toob kaasa väiksema subjektiivse koormuse ning läbipõlemisele näivad vähem altid olevat hooldajad, kellel on sellised strateegiad nagu enesekindel ja optimistlik lähenemine või positiivne ümberhindamine ja aktiivne toimetulek. Lisaks peaksid spetsialistid kindlaks tegema omastehoodajate läbipõlemisega seotud psühholoogilised protsessid, et tuvastada need, millel on kõige suurem mõju, ja need, mis on sekkumiseks kõige paljulubavamad. Kuigi mõned psühholoogilised tegurid on rohkem seotud omaduste elementidega (nt isiksus), mida oleks raske muuta, võiksid teised olla suunatud sekkumistele, et aidata kurnatud hooldajatel või ennetada tulevasi probleeme. Seetõttu peaksid spetsialistid tegelema omastehoodajate tunnetuste, häiritud mõtete ja tajutud pädevusega, mis mängivad hoolduskogemuses olulist rolli ning on koormuse ja läbipõlemise ennustajad (Gérain & Zech, 2019).



Samuti peaksid spetsialistid keskenduma sügavama arusaama arendamisele sellest, kuidas suhte kvaliteet mõjutab hooldajate läbipõlemist ning milline seos on hinnangu ja suhte kvaliteedi vahel. Kui positiivsed suhted võivad leevendada osa subjektiivsest koormusest, võivad hooldajate hinnangut mõjutada ka muud elemendid, nagu tajutud õiglus, ebaõiglus või rollimuutused (Souza Alves *et al.*, 2019). Seega tundub hooldajate koormuse ja eakate väärkohtlemise tihedat vastastikust seost arvestades mõistlik, et spetsialistid teevad rohkem jõupingutusi hooldajate koormuse leevendamiseks ja rakendavad varajasi sekkumisi nende emotsionaalsete probleemidega tegelemiseks (Tan *et al.*, 2018). Seega võib hooldajate



sümptomite ohjamine ja psühholoogilise heaolu parandamine leevendada omastehooldajate koormust ja emotsionaalset stressi. Lisaks võiksid pere- või partnerikeskne sekkumine koos spetsiifiliste sümptomite juhtimise komponentide ja emotsionaalse toetusega olla võimalus, mida pakutakse nii patsientidele kui ka nende hooldajatele. Tundub, et kõiki neid strateegiaid saab erinevates kultuurikontekstides tõhusalt rakendada.

## **Praktilised elemendid**

---

Juhendaja kasutab juhtumiuuringuid (audio ja mitte kirjalikult, arvestades kõrge vanusega seotud raskusi), audiovisuaalset materjali ja filme (nt „The Notebook“, „Rain Man“, „Love from the Beginning“), et arutada peatüki konkreetseid teemasid.

Juhendaja rõhutab punkte, mis on osalejate jaoks olnud emotsionaalselt valusamad

Kirjeldus:

A) Osalejatel palutakse tõmmata paberile kaks paralleelset joont, kuhu nad märgivad oma elu olulised punktid ja sündmused, mis on nende mällu jäänud ja mis on nende elus olulist rolli mänginud. Ülemisele reale märgivad nad sündmused kronoloogilises järjekorras, teisele reale märgivad nad sündmused, alustades neist, mis olid nende jaoks kõige olulisemad (sõltumata kronoloogiast).

B) Paluge osalejatel mõelda ja kirja panna kõik mõtted, mis neile selle tagasivaate tegemisel pähe tulevad. Millised emotsioonid domineerivad? Millised emotsioonid on nende arvates nende elus veel olemas ja millest nad on tüdinud? Näiteks milliseid emotsioone nad praegu vähemal määral tunnevad? Miks nad täna nii tunnevad? Millised olulised elusündmused või olukorrad aitasid kaasa sellele muutusele nendes emotsioonides/tunnetes? Kuidas on see muutus mõjutanud nende elu ja karjääri või töökogemust?





## 4. peatükk: Euroopa kontekst

### Teoreetiline osa

---

#### 4.1 Rahvastiku vananemine ELis, mõju ühiskonnale

Vananemisprotsess esitab üksikisikutele uusi nõudeid, väljakutseid ja muudatusi igapäevaelus. Eksperdid viitavad erinevatele vananemise teooriatele, sealhulgas bioloogilistele, sotsioloogilistele ja psühholoogilistele (Jylhävä J *et al.*, 2017; Wurm *et al.*, 2010). Arenenumates riikides suureneb pidevalt eakate osakaal, mistõttu muutub vananemisprotsess tulevikus intensiivsemaks. Vananemisprotsessi mõistmiseks tuleb seda vaadelda inimese rakkude vananemise seisukohalt, mis omakorda toob kaasa füüsilisi ja kognitiivseid muutusi ning kohandusi inimese elus.

##### *Demograafilised muutused ELis*

ELi 27 liikmesriigi elanikkond vananeb: 1. jaanuaril 2019 oli see hinnanguliselt 446,8 miljonit inimest, kellest 15,2% moodustasid noored (0–14-aastased) ja 64,6% tööealised (15–64-aastased). Vanemaealiste (65-aastased ja vanemad) osakaal oli 20,3%, mis tähendab eelmise aastaga võrreldes 0,3% suurust kasvu ja 2,9% suurust kasvu võrreldes kümne aasta taguse ajaga. Seoses 65-aastaste ja vanemate isikute osakaaluga kogu elanikkonnast esinesid kõige suuremad arvud Itaalias (22,8%), Kreekas (22,0%), Portugalis ja Soomes (mõlemad 21,8%). Seevastu Lirimaa (14,1%) ja Luksemburgis (14,4%) oli see osakaal kõige väiksem.

Teine demograafiline aspekt, mida arvestatakse, on teistest sõltuvus. Eakate sõltuvuse määra kasutatakse selleks, et uurida tööealise elanikkonna poolt vanematele täiskasvanutele antava toetuse taset. Seda määra väljendatakse eaka elanikkonna suhtelise suurusega võrreldes tööealise elanikkonnaga. ELi 27 liikmesriigi puhul oli see 2019. aasta 1. jaanuaril 31,4%. Seega oli iga 65-aastase või vanema inimese kohta veidi üle kolme tööealise inimese, samas kui maailma keskmine oli 14%.

Eakate suhtelise osakaalu kasvu võib seletada pikaealisuse suurenemisega, mis on ilmnenud juba mitu aastakümnet, kuna oodatav eluiga on tõusnud. Teisest küljest on rahvastiku vananemisele kaasa aidanud aastate vältel püsivalt madal sündimus, mille tulemusena on noorte osakaal kogu rahvastikus vähenenud. Eurostati 2100. aasta prognooside kohaselt jätkub ELi 27 liikmesriigis elanikkonna vananemine. Järgnevatel aastakümnetel suureneb eakate arv märkimisväärselt.

Veel üks rahvastiku vananemise aspekt on eaka elanikkonna enda järkjärguline vananemine, kuna väga eakate suhteline tähtsus kasvab kiiremini kui mis tahes muu vanuserühm ELi 27 liikmesriigi elanikkonna hulgas. Prognooside kohaselt suureneb vähemalt 80-aastaste osakaal ELi 27 liikmesriigi elanikkonnas aastatel 2019–2100 kaks ja pool korda, 5,8% juurest 14,6% juurde (Eurostat, 2021).



### *Demograafiliste muutuste mõju*

Demograafilised muutused Euroopas ei hõlma mitte ainult radikaalseid muutusi Euroopa rahvastiku vanuselises koosseisus, mida iseloomustab rahvastiku ja tööjõu vananemine ning tööealise elanikkonna vähenemine, vaid need mõjutavad ka põlvkondadevahelisi suhteid. Perekonnad muutuvad väiksemaks (vähem õdesid-vendi), de-institutsionaliseeruvad üha enam (vabaabielud) ja enam ei elata koos, tekivad uued sugulussidemed. Lisaks muudavad perekondade lagunemise ja taasühinemise mudelid perekonnad ja sugulussuhted üha keerulisemaks, mitmekesisemaks ja muutlikumaks.

Põlvkondadevahelisi suhteid ja perekonna heaolu käsitlevad uuringud, mis on läbi viidud elanikkonna vananemise kontekstis, näitavad, et vertikaalsed perekonnad, kus on rohkem kui kolm põlvkonda, ei ole veel sagedased. Siiski võib lähitulevikus oodatav „kahekordne vananemine“ pilti muuta. Lisaks näitavad uuringud selgelt, et vananemisprotsessi ei saa taandada vanuselise koosseisu muutustele. Sellised muutused toovad kaasa muutusi perekonna- ja sotsiaalsetes struktuurides, mis mõjutavad üksikisikute majanduslikku ja subjektiivset heaolu, näiteks töö- ja hoolduskohustuste tasakaalustamisel. See võib viia töötavate inimeste suurema hooldusteenuse pakkumiseni ja suurema tööjõupakkumiseni inimeste poolt, kes muidu peaksid hooldamiseks tööst loobuma (Euroopa Liit, 2014).

Erilised väljakutsed tulenevad vanavanurite osakaalu kiirest kasvust. See rühm vajab tõenäoliselt rohkem hooldust ja on suurema sotsiaalse tõrjutuse ohuga kui nooremad vanemaealised. Enamikus Euroopa riikides võib täheldada hoolduse osutamise nihkumist institutsioonilisest keskkonnast koduhooldusteenustele, kusjuures institutsiooniline hooldus lükkub hilisemasse vanusesse (CEB, 2014) ning nõudlus omastehoolduse järele prognooside kohaselt suureneb. Rahvastiku vananemine Euroopas mõjutab omastehoolduse nõudlust ja pakkumist, kusjuures omastehooldajate osakaal suureneb vanusega. Kuigi Euroopa täiskasvanud elanikkonna hulgas on omastehoolduse osakaal 17,0%, siis üle 50-aastaste vanuserühmas on sama näitaja 13,5–25,6%. (Tur-Sinai *et al.*, 2020).

Uuringute kohaselt prognoositakse, et abikaasade või partnerite poolne hooldus suureneb, peamiselt meeste suremuse prognoositud vähenemise ja leskede arvu tõenäolise vähenemise tõttu. Eakate hooldust nende täiskasvanud laste poolt võib mõjutada laste tulevane kättesaadavus, võime või valmisolek hooldada. Seda võivad mõjutada demograafilised ja sotsiaalmajanduslikud tegurid, nagu näiteks ellujäänud lasteta inimeste arvu prognoositav vähenemine, eakate ja nende laste kooselu vähenemine ja keskealiste naiste tööturul osalemise jätkuv tõus. Prognooside kohaselt suureneb nn hoolduslõhe (omastehooldajate kättesaadavus võrreldes nõudlusega) demograafiliste suundumuste tõttu. Eakate, eriti vanavanurite arv kasvab kiiremini kui noorema põlvkonna inimeste arv (Pickard, 2015).



## 4.2 Euroopa poliitika elanikkonna vananemisele reageerimiseks

Euroopa Liit on tegelenud demograafilise vananemise probleemiga erinevate poliitikameetmete kaudu, keskendudes peamiselt vananemise mõjule tööturule ning tervishoiule ja pikaajalisele hooldusele. Käesoleva jaoks on eriti olulised allpool esitatud meetmed.

*ELi töö- ja eraelu tasakaalustamise direktiiv jõustus* 2019. aasta augustis. Direktiiviga kehtestatakse rida seadusandlikke meetmeid, mille eesmärk on ajakohastada kehtivat ELi õiguslikku ja poliitilist raamistikku, eesmärgiga toetada muu hulgas paremini hooldajate töö- ja eraelu tasakaalu, kehtestades töötajatele, kes osutavad isiklikku hooldust või abi sugulasele, õiguse saada viis päeva puhkust aastas ning laiendades õigust taotleda paindlikku töökorraldust.

*Euroopa sotsiaalõiguste samba heakskiitmisega 2017. aastal* sätestatakse 20 aluspõhimõtet, mis kujutavad endast tugevat sotsiaalset Euroopat. Nende hulgas on asjakohane mainida III peatükki, mis sisaldab põhimõtteid, mis viitavad järgmisele: õigus vanaduspensionile, õigus õigeaegsele taskukohasele, kvaliteetsele ennetavale ja ravivale tervishoiuteenusele, õigus puuetega inimeste kaasamisele ja õigus taskukohasele ja kvaliteetsele pikaajalise hoolduse teenusele, eelkõige koduhooldusele ja kogukonnapõhiste teenustele.

2021. aasta jaanuaris algas *uue rohelise raamatu koostamine Euroopa vananeva ühiskonna väljakutsete ja võimaluste kohta*, mille eesmärk on võtta elutsüklil põhinev lähenemisviis, mis kajastab vananemise universaalset mõju kõikidele põlvkondadele ja eluetappidele. Seejuures rõhutatakse, kui oluline on leida õige tasakaal meie heaolusüsteemide jätkusuutlike lahenduste ja põlvkondadevahelise solidaarsuse tugevdamise vahel.

## 4.3 Parimad tavad, võrgustikud, psühhosotsiaalsed sekkumised ja muud kasulikud vahendid

### *Psühhosotsiaalsed sekkumised eakate hooldajate toetamiseks*

Psühhosotsiaalsed sekkumised rõhutavad pigem psühholoogilisi või sotsiaalseid kui bioloogilisi tegureid. Seetõttu võivad need hõlmata psühholoogilisi ravimeetodeid, tervisekasvatust ja sekkumist, mis keskendub sotsiaalsetele aspektidele, näiteks sotsiaalsele toetusele ja võrgustike loomisele. Kuigi psühhosotsiaalsed sekkumised ei ole alati tõenduspõhised, kasutatakse neid laialdaselt eakate hooldajate toetamiseks. Käesolevas peatükis tutvustame mõningaid kõige levinumaid.

### **Psühhopedagoogika**

Mõiste „psühhopedagoogika“ hõlmab mitmesuguseid sekkumisi, mida tavaliselt viiakse läbi rühmas, ja mis ühendavad harivaid tegevusi muude toetavate meetmetega, et aidata patsientidel ja nende perekondadel paremini mõista haiguse tagajärgi ja nendega toime tulla. Kuigi see sai alguse psühhiaatria valdkonnas, eelkõige skisofreeniahaigete puhul, kasutatakse



seda nüüdseks erinevate haiguste, sealhulgas psühhiaatriliste haiguste, dementsuse, vähktõve jms puhul.

Kasutatavad mudelid erinevad oluliselt kestuse, sisu ja tehnikate poolest. Bhattacharjee *et al.* (2011) sõnul võib neid liigitada informatiivseteks, oskustepõhisteks, toetavateks ja kombineeritud mudeliteks. Esimene mudel keskendub patsientide ja pereliikmete teavitamisele haigusest ja selle juhtimisest. See mudel on lähedane teraapilise hariduse mudelile. Oskustepõhise mudeli eesmärk on panna kasutajad arendama konkreetseid käitumisviise, mis võimaldavad neil paremini toime tulla haiguse tagajärgedega. Kolmas mudel põhineb tugirühmadel, mis jagavad emotsioone ja kogemusi. Selle mudeli eesmärk on eelkõige toetada osalejaid, et nad omandaksid võtteid, mis võimaldavad neil emotsionaalsest vaatenurgast kogetuga paremini toime tulla. See mudel sarnaneb vastastikuse abi rühmade mudeliga. Lõpuks ühendab kombineeritud mudel kõigi kolme eelneva mudeli elemente.

### **Raviharidus**

WHO (1998) määratluse kohaselt on ravihariduse eesmärk „aidata patsientidel ja perekondadel mõista haigust ja ravi, teha koostööd tervishoiuteenuse osutajatega, elada tervislikult ning parandada või säilitada elukvaliteeti“. See on soovitatav pika nimekirja krooniliste haiguste puhul alates vähktõvest kuni psüühikahäirete, diabeedi, luu- ja lihaskonna haigusteni, nagu reumatoidartriit jt.

Raviharidus erineb oluliselt psühhopedagoogikast, sest see on rohkem suunatud patsiendi ja/või tema hooldaja teavitamisele ja koolitamisele selle kohta, kuidas haigusega tervishoiu seisukohast kodus toime tulla (ravimite kasutamine, hooldustavade täitmine jne). Siiski peetakse silmas, et patsient peab haigusega toime tulema kodus, ning arvestatakse ka psühholoogilisi ja emotsionaalseid aspekte.

Laggeri jt (2008) sõnul on selle mudeli keskmes oskuste täpne ülekandmine tervishoiutöötajalt patsiendile. Tuleb rõhutada, et ravihariduse puhul on koolitajateks enamasti tervishoiutöötajad. Samas märgivad samad autorid, et nendel spetsialistidel puuduvad sageli pedagoogilised oskused, et struktureerida sobivat koolitust.

Hooldaja vajadus seda tüüpi sekkumise järele on seotud mure ja ärevusega patsiendi heaolu pärast ning vajalike oskuste puudumisega asjakohase hoolduse osutamiseks (Robinson *et al.*, 1998). Tegelikult on oma pereliikme nõuetekohaseks hooldamiseks vajalike oskuste puudumisel tagajärjed nii patsiendi kui ka hooldaja tervisele.

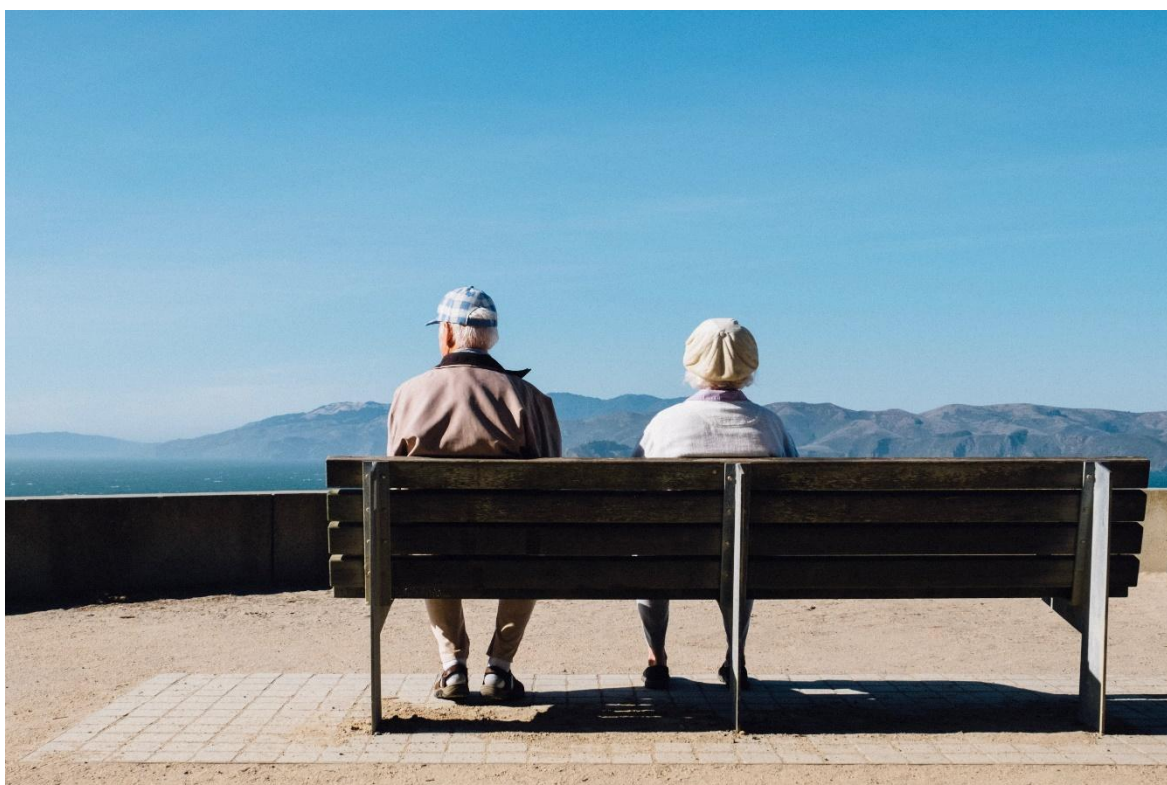
### **Vastastikuse abi rühmad**

1930ndatel aastatel Ameerika Ühendriikides Anonüümsete Alkohoolikute kogemuse põhjal sündinud vastastikuse abi rühmad (MAG) on inimeste rühmad, mis tulevad kokku, et tagada



vastastikune toetus ühise probleemi ületamiseks. Tänapäeval on olemas vastastikuse abi rühmi, mis tegelevad erinevate probleemidega: puue, sõltuvus, kroonilised haigused ja perehooldus. Sekkumine põhineb ideel, et vastastikune abi algab eneseabist, hetkest, mil inimene tunnistab probleemi olemasolu ja võtab meetmeid, et otsida mingisugust tuge. Vastastikune abi tekib siis, kui abistaja ja abivajajate vahel toimub ühise probleemiga seotud faktide, kogemuste ja emotsioonide jagamine.

Eneseabirühmade osalejatele pakutav kasu on eelkõige emotsionaalne. Eakaaslastega kogemuste jagamine hõlbustab toimetulekut. See vähendab negatiivseid emotsioone, aitab mõista, et inimene ei ole olukorras üksi ja vähendab seega stigmatiseerimise tunnet. See annab inimesele tunde, et teda mõistetakse, aitab luua sotsiaalseid sidemeid ja võimaldab leida ka positiivseid eeskujusid, mille poole püüelda (Reay-Young, 2001).





## Praktilised elemendid:

---

### Elukorralduskuju varieerumine:

Kirjeldus: Juhendaja palub osalejatel moodustada elukaar, mis sisaldab kõiki olulisi sündmusi, kogemusi ja mälestusi, mis on seotud vananemisega seotud küsimustega ja nende käsitlemise viisidega (tavad, poliitik, hooldusteenused jne), millest osalejad on teadlikud. Juhendaja on teadlik olulistest pöördepunktidest ja ajaloolistest muutustest, mida ta lisab. Seejärel arutab juhendaja osalejatega neid muutusi ja seda, kuidas nad on neid oma elus arvesse võtnud ja kasutanud (nt kas või kuidas nad on neid kasutanud mõne seaduse või pakutava teenuse puhul).

### Eesmärgid:

- Soolise vägivalla vormide tunnustamine vanemas eas.
- Teadmised tahtmatust vägivallast, mis võib esineda vanemas eas.
- Vanaduses esineva vägivalla tunnused ja nende äratundmine.
- Hooldajate teadmiste ja teadlikkuse suurendamine soolise vägivalla põhjustest ja mõjudest vanaduspõlves.
- Isiku kui hooldaja rolli tunnustamine.
- Eakate (hooldajate ja hooldatavate) hooldamisega seotud probleemide ja raskuste tuvastamine.
- Hooldaja võime parandamine astuda tervislikku suhtesse hooldaja ja hooldatava vahel.



## 5. peatükk: riiklik kontekst

### 5.1 Omastehooldus Eestis

Eestis on tuhandeid inimesi, kes erinevatel põhjustel (nt teenustele on järjekorrad, sobivat teenust ei ole, teenusel on kõrge hind jms) oma lähedasi hooldavad. Sageli aga on lähedaste hooldajad (hoolduskoormusega inimesed) hooldussituatsioonis üksi, neil puuduvad praktilised oskused nii hooldamisega seoses kui ka teadmised oma õigustest ja abi võimalustest. Prognoosid näitavad, et Eestis kasvab aastaks 2070 vanemaealiste (65+) osakaal rahvastikust 10,5% ja tööealise elanikkonna osakaal langeb, seega on suurimaks väljakutseks arendada välja pikaajalise hoolduse süsteem, mis vastaks selle tööjõuturule ja abivajadusele. Tulevikus vajab hooldust suurem hulk erivajadustega inimesi, sest võrreldes Euroopa keskmisega esineb Eestis 65+ vanusegrupis rohkem liikumispiiranguid, aga ka vaimse tervise probleeme, samuti suurendab nõudlust hoolduse järele vanemate inimese kõrgem vaesusrisk (Haljasmets jt (2021).

#### Mõisted

Omastehooldaja – igas vanuses inimene, kes hooldab (enamasti tasustamata) väljaspool formaalset hoolekandesüsteemi oma pereliiget või lähedast, kes haigusest, puudest või muust erivajadusest tingituna vajab kõrvalabi oma igapäevaelu toimingutes.

Hoolduskohustus – Perekond on kohustatud hoolitsema oma abivajavate liikmete eest (PS §27) arvestades sotsiaalkaitstesüsteemi isiku ja perekonna omavastutusega (SÜS § 11).

Ülalpidamiskohustus – Ülalpidamist on kohustatud andma täisealised esimese ja teise astme ülenejad ja alanejad sugulased (PKS § 96); Tasu sotsiaalteenuse eest, mis on olemas sotsiaalteenuse mahust, teenuse maksumusest ning teenust saava isiku ja tema perekonna majanduslikust olukorrast (SHS § 16).

Viimase kümne aasta jooksul on omastehoolduse teema Eestis üha aktuaalsemaks muutunud. Perioodil 2018-2021 rahastati esmaseid hoolduskoormuse vähendamise meetmeid kokku 16,4 miljoni euro ulatuses. 2016. aastal said omavalitsused taotleda toetust omastehooldajate tugiteenuste, näiteks koduhoolduse või tugiisikuteenuse arendamiseks. Lisaks oli Euroopa Sotsiaalfondi projektidele ette nähtud 5,3 miljonit eurot.

2019. aasta jaanuaris toimus Riigikogu sotsiaalkomisjoni erakorraline istung omastehooldaja koormuse teemal. Kuna hooldus- ja õendusabiteenuste hinnad on paljudele peredele üle jõu käivad, on sageli ainsaks väljapääsuks ühe pereliikme tööst loobumine. See tendents võib kaasa tuua paljude perede sissetulekute edasise languse ning hooldajate ja ülalpeetavate elukvaliteedi languse.

Riigikogus võeti 13. aprillil 2022 vastu sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise seadus, mille eesmärk on aidata kaasa kvaliteetsema hoolekandeline abi pakkumisele, luua õigusselgust, lihtsustada asjaajamist ning tagada puudega inimestele kiirem ja terviklikum abi. Näiteks Tartu eakate hooldus on Eesti eakate hooldussüsteemile omaselt kolme tahuline süsteem. Linnavalitsuse andmeregistri andmetel tegid 2014. aasta lõpu seisuga kõige



olulisema osa hooldustööst mitteformaalsed omastehoidajad (78% hooldusvajadusega vanematest inimestest said abi omastehoidajatelt), järgnes hooldusravi (13%) ja koduhooldusteenused (9%) (Tarum, Kutsar, 2015). Sotsiaalministeeriumi arvutuste kohaselt vajaks Eestis näiteks koduteenust hinnanguliselt 20 000 inimest. (Sotsiaaltöö 2/22).

Hoolduskoormus on ligikaudu 47 000 inimesel (30 000 naist ja 17 000 meest). Tööjõu-uuringuga on tuvastatud omastehoiduse oluline mõju tööturule (seetõttu on tööturult eemal 8000 inimest ja 5000 töötab osaajaga) (Riigikantseli, 2017). Tarum ja Kutsar (2017) leidsid, et 80% haparate vanemate inimeste eest hoolitsevad lähedased – omastehoidajad. Nad on uurinud, kas see on tingitud sellest, et hoidajad ise tunnevad solidaarsust ja valivad omastehoiduse või on selle põhjuseks alternatiivide puudumine. Uurimistulemused näitasid, et omastehoidajate valikut töö ja hoolduse vahel kujundab kolmekordne surve:

1. seaduslikult toetatud perekondlik poliitika, mis takistab ametlike eakate hooldusteenuste ja maksutoetuste arendamist;
2. vanema põlvkonna enda tugevad pojalikud normid, st sisendatud kohustuslik perekondlik solidaarsus;
3. omastehoidajate isiklik positsioon on omaks võtnud kohustusliku perekonna solidaarsuse normi, mida võimestavad tugevad subjektiivsed pojalikud normid.

Sellest tulenevalt ei jää omastehoidajatel muud üle, kui leida oma lahendused perehoolduseks ning nad nentisid, et vanemate pereliikmete hooldusvajaduste suurenemisel võib see nende tööleasumist mõjutada (Tarum, Kutsar, 2017).

Ideaalis võiks koormus olla jaotatud riigi, abivajaja enda ning lähedaste vahel. Üheks lahenduseks võiks olla ka ravikindlustuse sarnane hoolduskindlustuse süsteem. Aega ja ressursse aitaks kokku hoida info liikumine erinevate andmebaaside vahel ning andmete kogumise parandamine, mis aitaks vältida topelt toetusi. Efektivse hoolduse tagamiseks oleks väga oluline andmete riskasutuse tagamine ja seeläbi koostöö tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel (Haljasmets jt 2021).

## 5.2 Omastehoiduse juriidilised alused

**Eesti Vabariigi põhiseadus** - § 10 järgi on põhiseaduse üheks aluspõhimõtteks inimväarikuse põhimõte – see tähendab, et esmavajadused ehk vajadused toidule, riietele, hügieenile, tervishoiule, transpordile, eluasemele oleksid rahuldatud ning tal oleks võimalik ilma häbita osaleda aktiivselt igapäevaelus. Põhiseaduse normid viitavad, et toimetulekuraskuses inimene ei või jääda üksi. Temaga tuleb olla solidaarne ehk tal on õigus abile ja toetusele. PS § 27 lg 5 sätestab, et perekond on kohustatud hoolitsema oma abivajavate liikmete eest; PS § 28 lg 2 ütleb, et igaühel on õigus riigi abile vanaduse, töövõimetuse, toitjakaotuse ja puuduse korral; PS § 28 lg 4 järgi on lasterikkad pered ja puuetega inimesed riigi ja kohalike omavalitsuste erilise hoole all. PS §-s 10 sätestatud sotsiaaliigi põhimõttest tuleb üldine ühiskonnasolidaarsuse nõue.

**Perekonnaseadus** - § 96 lg 1 ülalpidamist on kohustatud andma täisealised esimese astme ülenejad ja alanejad sugulased (edaspidi ülalpidamiskohustuslased). Ülalpidamiskohustust ei mõjuta muudatused hooldusõiguses. Lg 2: teise astme ülenejad sugulased on ülalpidamiskohustuslased oma alaealiste alanejate sugulaste suhtes.





**Sotsiaalhoolekande seadus** (SHS) reguleerib olukordi, suhteid, nõudeid, mis on seotud hoolekandelise abi vajaduse välja selgitamisega, abi pakkumisega, abi saamise ja osutamise tingimustega jne. § 3 Sotsiaalhoolekande põhimõtted: (1) Sotsiaalhoolekandelise abi andmisel: 1) lähtutakse esmajärjekorras isiku vajadusest; 2) eelistatakse abimeetmeid, mis on suunatud võimaluste leidmisele ja isiku suutlikkuse suurendamisele korraldada oma elu võimalikult iseseisvalt; 2) pakutakse esmajärjekorras sellist abi ja tuge, mis võimaldab isikul elada kodus või saada kodusarnast keskkonda ja elukorraldust pakkuvat teenust; 3) nõustatakse isikut abimeetme valikul ja kohandamisel ning vajaduse korral abi kasutamisel vastava erialase ettevalmistusega spetsialisti poolt; 4) lähtutakse abimeetme rakendamise tulemuslikkusest abi vajava isiku ning vajaduse korral pere ja kogukonna seisukohast; 5) kaasatakse abi andmise kõikidel etappidel abi vajavat isikut ning vajaduse korral ka tema perekonnaliikmeid, kui isik on selleks nõusoleku andnud; 6) tagatakse abimeetmed isikule võimalikult kättesaadaval moel. Lisaks § 5 lg 1 sätestab, et isikule on kohustatud sotsiaalteenuste, sotsiaaltoetuste, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi andmist korraldama isiku rahvastikuregistrisse kantud elukoha järgne kohaliku omavalitsuse üksus.

### 5.3 Mida teha, kui lähedane vajab hooldust?

#### Abivajaduse hindamine

- Esmalt tuleb ühendust võtta kohaliku omavalitsusega, kus hooldust vajav lähedane rahvastikuregistri andmetel elab, ning teatada tema abivajadusest.
- Abivajaduse hindamise teeb sotsiaaltöötaja. Sotsiaaltöötaja võib tulla koju, külastada haiglas või on lähedane ise võimeline sotsiaaltöötaja juurde minema – sobiv viis tuleb eelnevalt kokku leppida.
- Hindamise tulemusel selgub, millist abi ja kui suures ulatuses lähedane igapäevaseks toimetulekuks vajab.
- Hooldusvajadusega inimese abivajaduse hindamise juures on KOV-I kohustus hinnata ka talle hooldust pakkuva lähedase (hoolduskoormusega inimene) toetusvajadust ning pakkuda talle sobivat tuge.

#### Sobiliku abi otsustamine

- Kohalik omavalitsus peab sobiva sotsiaalteenuse (nt hooldekodu) võimaldamise otsuse tegema kümne tööpäeva jooksul peale nõuetekohase taotluse saamist. Otsuse aluseks on eelnevalt tehtud abivajaduse hindamine.
- Eelisjärjekorras tuleb pakkuda abi ja tuge, mis võimaldab inimesel elada kodus või saada kodusarnast keskkonda ja elukorraldust toetavat teenust.
- Küsige sotsiaaltöötajalt, milliseid teenusepakkujaid piirkonnas on, kuidas toimub teenusele saamine ja milliseid lisatoiminguid tuleb teha. Näiteks üldhooldusteenuse puhul soovivad osad hooldekodud perearsti tõendit inimese terviseseisundi kohta.
- Küsige sotsiaaltöötajalt infot, millist abi ja teisi lahendusi kohalik omavalitsus pakub, kui sobivat teenuseosutajat (nt hooldekodu kohta) koheselt ei leita, kuid abi on vaja kohe.
- Kohaliku omavalitsuse tehtud otsus sobiva teenuse saamise või mitte saamise kohta peab olema kirjalik ning arusaadavalt ja selgelt põhjendatud.
- Kui te ei ole tehtud otsusega nõus, on teil õigus 30 päeva jooksul esitada vaie kohaliku omavalitsusele.



## Abi korraldamine

- Kohalik omavalitsus peab igal juhul teie lähedast abistama, pakkuma vajadusel ajutisi lahendusi, et lähedase toimetulek tagada. Pereliige ei ole kohustatud lähedase abistamiseks puhkust võtma ega töölt ära tulema.
- Kui kohe sobivat hooldekodu kohta ei leita, peab kohalik omavalitsus pakkuma alternatiivseid teenuseid, näiteks koduteenust sellises ulatuses, et lähedase toimetulek on tagatud, määrama hooldaja, paigutama inimese ajutisele tasulisele hooldusteenusele öendushaiglasse jms.
- Kui kohalik omavalitsus keeldub abistamast, jättes olukorra lahendamise lähedaste õlule või pakutav abi ei lahenda tekkinud olukorda (nt õigeaegselt või täielikult), küsige kohalikul omavalitsuselt kirjalikku selgitust ja teavitage sellest sotsiaalkindlustusametit e-post: [info@sotsiaalkindlustusamet.ee](mailto:info@sotsiaalkindlustusamet.ee).
- Sotsiaalkindlustusameti ülesanne on teostada järelevalvet kohaliku omavalitsuse osutatavate sotsiaalteenuste ja muu abi andmise kvaliteedi üle.
- Juhul kui inimene leiab, et kohaliku omavalitsuse abi pole vajalik, võib pöörduda ise sobiva hooldekodu poole ja teenusele saamise tingimused ning teenusele asumise aeg kokku leppida.
- Hooldekodu valikul tuleks võimalusel sõita asutusse kohale ning veenduda, kas valitud hooldekodu vastab ootustele ning abivajaja tegelikele vajadustele.

## Abi eest maksmine

- Sotsiaalteenuse eest tasub inimene ise, kuid kohalik omavalitsus peab hindama, kas inimene (abivajaja) on võimeline seda tasuma.
- Kui inimesel endal puuduvad piisavad rahalised vahendid, peavad teda üldjuhul abistama ülalpidamiskohustusega inimesed: eaka inimese puhul tema abikaasa (sh lahutatud abikaasa, kui inimese abivajadus tekkis enne abielu lahutamist). Lapselaps ei ole edaspidi kohustatud vanavanema hoolduskulude eest tasuma, samuti on vanavanemad vabastatud täisealiste laste ülalpidamiskohustusest.
- Kohalik omavalitsus peab arvestama, et ülalpidamise andmine ei tohi kahjustada ülalpidaja tavapärast toimetulekut.
- Kohalik omavalitsus ei saa sobiva sotsiaalteenuse eest tasumiseks nõuda pereliikmetelt nende eluaseme maha müümist ja peab võtma arvesse ka ülalpidajate muid kohustusi. Ka pensionieas pereliikmete puhul peab arvestama nt sissetuleku suurust, kulutusi eluasemele ja muid ülalpidamiskohustusi.
- Mõnel juhul on lähedased ülalpidamise andmisest osaliselt või täielikult vabastatud, kuna ülalpidamise nõudmine on ebaõiglane.
- Kui lähedased ei ole võimelised eakat sotsiaalteenuse eest tasumisel abistama, peab kohalik omavalitsus teenuse inimesele igal juhul tagama ning võtma teenuse eest tasumise osaliselt enda kanda. Selle kohta tuleb teha kohalikul omavalitsusel põhjendatud otsus.
- Kohalikul omavalitsusel on õigus makstud summa hiljem ülalpidamiskohustusega lähedastelt tagasi nõuda, kui selgub, et neil on olnud piisavad võimalused oma lähedast teenuse eest tasumisel abistada.
- Kui teil pole võimalik ülalpidamiskohustust täita, kuid kohalik omavalitsus leiab, et peate elatist maksma, saab lõpliku otsuse ülalpidamiskohustuse täitmisest vabastamise, täitmise ajalise piiramise või elatise vähendamise kohta teha kohus. Eesti elanikel, kelle keskmine brutosissetulek on kuni 1200 eurot kuus (erandiks on lapse õigusi



puudutavad perekonnaasjad, mille puhul on sissetuleku piirmäär kuni 1700 eurot), on võimalik kasutada tasuta õigusabi. Lisainfo: <http://www.juristaitab.ee/>

#### Lisainfo:

- Eakate toimetulek ja hoolekanne:  
<https://www.eesti.ee/et/perekond/eakad/eakate-toimetulek-ja-hoolekanne>
- Hooldekodude nimekiri:  
<https://www.eesti.ee/et/asutuste-kontaktid/hoolekandeadasutused/hooldekodud>
- „Omastehooldaja käsiraamat“ 2012, MTÜ Inkotuba. Eesti keelne „Omastehooldaja käsiraamat“ on tasuta, seda saab küsida Inkotubadest (vene keelne versioon tasuline) ja ka vabalt alla laaditav internetis. Käsiraamat on praktiline abivahend mitte ainult kodus lähedase hooldajale, vaid ka kõigile meditsiini- või sotsiaaltöö spetsialistidele, kes oma igapäevatöös omastehooldajatega kokku puutuvad. Käsitletakse teemaseid nagu kodune hooldamine, nahk ja hügieen, pidamatus hooldus ja uriinipeetus, toimetulek halvatusega, ergonoomika, söömine ja seedimine ning lisaks kateteriseerimine, stoom, koduõendusteenus, omastehooldajate toetamine/nõustamine – kogemusi jagavad oma ala spetsialistid Eestis.



## Viited

- Anderson, R. (1987). The unremitting burden on carers. *British Medical Journal*, 294(6564), 73-74.
- Agyemang-Duah, W., Abdullah, A., Mensah, C. M., Arthur-Holmes, F., & Addai, B. (2020). Caring for older persons in rural and urban communities: perspectives of Ghanaian informal caregivers on their coping mechanisms. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 28, 729-736.
- Ananias, J., & Strydom, H. (2014). Factors contributing to elder abuse and neglect in the informal caregiving setting. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 50, 268-284.
- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, S., Weiner, M. F., & Lance, C. E. (2005). Risk Factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 255-261.
- Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, 14, 33-39.
- Bierhals, C. C. B. K., Santos, N.O., Fengler, F. L., Raubustt, K.D., Forbes, D.A., & Paskulin, L.M.G. (2017). Needs of family caregivers in home care for older adults. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, 2870-2878.
- Blanton, P. W. (2013). Family caregiving to frail elders: Experiences of young adult grandchildren as auxiliary caregivers. *Journal of Intergenerational Relationships*, 11(1), 18– 31.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2019). The Impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*, 59, 629-642.
- Borg, C., & Hallberg, I. R. (2006). Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20, 427-438.
- Bove, D. G., Zakrisson, A-B., Midtgaard, J., Lomborg, K., & Overgaard, D. (2016). Undefined and unpredictable responsibility: a focus group study of the experiences of informal caregiver spouses of patients with severe COPD. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 483 – 493.
- Bruggen, S. V., Gussekloo, J., Bode, C., Touwen, D. P., Engberts, D. P. & Blom, J. W. (2016). Problems experienced by informal caregivers with older care recipients with and without cognitive impairment. *Home Health Care Services Quarterly*, 35(1), 11 – 24.
- Bugge, C., Alexander, H., & Hagen, S. (1999). Stroke patients' informal caregivers patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Stroke*, 30, 1517-1523.



Buscemi, V., Font, A. & Viladricht, C. (2010). Focus on relationship between the caregivers unmet needs and other caregiving outcomes in cancer palliative care. *Psicooncología*, 7(1), 109 – 125.

Campbell, L. D. (2010). Sons who care: Examining the experience and meaning of filial caregiving for married and never-married sons. *Canadian Journal on Aging*, 29(1), 73 – 84.

Caring. (N.A.). A Caregiver's Guide to Coping with Stress and Burnout. Retrieved 20 July 2021, from <https://www.caring.com/caregivers/burnout/>

CEB - Council of Europe Development Bank (2014). *Ageing Populations In Europe: Challenges And Opportunities For The Ceb*.

Curnow, E., Rush, R., Maciver, D., Górska, S., & Forsyth, K. (2021). Exploring the needs of people with dementia living at home reported by people with dementia and informal caregivers: A systematic review and Meta-analysis. *Ageing & mental health*, 25, 397-407.

D' Aoust, R. F., Brewster, G., & Rowe, M. A. (2015). Depression in informal caregivers of persons with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 14–26.

Day, J. R., & Anderson, R. A. (2011). Compassion fatigue: An application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1-10.

Department of Health (2000), No Secrets: The Development of Multi-agency Responses to the Abuse of Vulnerable Adults. The Stationary Office, London.

Deshmukh, S. R., Holmes, J., & Cardno, A. (2018). Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1-29.

Dharmawardene, M., Givens, J., Wachholtz, A., Makowski, S., & Tjia, J. (2016). *A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals*. *BMG supportive & palliative care*, 6, 160-169.

Eesti Vabariigi põhiseadus, saadaval: <https://www.riigiteataja.ee/akt/115052015002?leiaKehtiv>

Eurocarers (2021a). About carers. Available at <https://eurocarers.org/about-carers/>, accessed on 24<sup>th</sup> May 2021.

Eurocarers (2021b). Strategy. Available at <https://eurocarers.org/strategy/>, accessed on 24<sup>th</sup> May 2021.

European Union (2014). *Population ageing in Europe*.

Eurostat (2021). *Population structure and ageing*. Available from: Population structure and ageing - Statistics Explained (europa.eu)

Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in psychology*, 10, 1-13.



Gimeno, I., Val, S., & Cardoso Moreno, M. J. (2021). Relation among caregivers' burden, abuse and behavioural disorder in people with dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*, 1263-1278.

Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Rev Port Saúde Pública*, *29*(1), 3-10. DOI: 10.1016/S0870-9025(11)70002-5

Haljasmets, K., Pedjasaar, M., Pall, K., Kaldmaa, K., Tarto, L., Pedjasaar, V., Salu, J. (2021). Pikaajalise hoolduse tulevik. Uuring. Tallinn: Arenguseire Keskus.

Harding, R., & Higginson, I. (2001). Working with ambivalence: informal caregivers of patients at the end of life. *Support Care Cancer*, *9*, 642-645.

Hawranik, P. G. & Strain, L. A. (2007). Giving voice to informal caregivers of older adults. *GJNR*, *39*(1), 156 – 172.

„Hooliva riigi poole – Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süseemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks“, Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne, Riigikantselei 2017, saadaval: [https://www.elvl.ee/documents/21189341/22261833/07\\_+Pkp+7+Hoolduskoormuse\\_rakkeru\\_hma\\_lopparuanne.+Riigikantselei+2017.pdf/61c41a54-b73f-4d4a-ab5a-99926002ac4c](https://www.elvl.ee/documents/21189341/22261833/07_+Pkp+7+Hoolduskoormuse_rakkeru_hma_lopparuanne.+Riigikantselei+2017.pdf/61c41a54-b73f-4d4a-ab5a-99926002ac4c)

Horrell, B., Stephens, C., & Breheny, M. (2015). Online research with informal caregivers: Opportunities and challenges. *Qualitative Research in Psychology*, *12*(3), 258–271. <https://doi.org/10.1080/14780887.2015.1040318>

Isham, L., Hewison, A., & Bradbury-Jones, C. (2019). When older people are violent or abusive toward their family caregiver: A review of mixed-methods research. *Trauma, Violence, & Abuse*, *20*, 626-637.

Jacobs, B., J., (2017). How to Really Help a Family Caregiver. Retrieved 20 July 2021, from: <https://www.aarp.org/home-family/caregiving/info-2017/comforting-busy-caregivers-fd.html>

Jayani, R. & Hurria, A. (2012). Caregivers of older adults with cancer. Seminars in Oncology Nursing, *28*(4), 221 – 225. *Journal of Geriatric Psychiatry*, *31*, 176–185.

Jylhävä, J., Pedersen, N. L., & Hägg, S. (2017). Biological age predictors. *EBioMedicine*, *21*, 29-36.

Kamalpour, M., Aghdam, A. R., Watson, J., Taqir, A., Buys, L., Eden, R., & Rehan, S. (2020). Online health communities, contributions to caregivers and resilience of older adults. *Health & Social Care in the Community*, *29*, 328-343.

Khanassov, V., & Vedel, I. (2016). Family physician–case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: a systematic mixed studies review. *The Annals of Family Medicine*, *14*, 166-177.



- Lagger, G., Chambouleyron, M., Lasserre-Moute, A. & Giordan, A., (2008). Education thérapeutique. *Médecine*, 223-226.
- Laks, J., Goren, A., Dueñas, H., Novick, D., & Kahle-Wroblewski, K. (2016). Caregiving for patients with Alzheimer's disease or dementia and its association with psychiatric and clinical comorbidities and other health outcomes in Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 176–185.
- Lee, H. S., Brennan, P. F., & Daly, B. J. (2001). Relationship of empathy to appraisal, depression, life satisfaction, and physical health in informal caregivers of older adults. *Research in Nursing & Health*, 24, 44-56.
- Leite, B. S., Camacho, A. C. L. F., Joaquim, F. L., Gurgel, J. L., Lima, T. R., & de Queiroz, R. S. (2017). Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 682-688.
- Lin, M.-C. (2018). Elder Abuse and neglect: Examining caregiver characteristics and perceptions of their elderly care receiver's under-accommodative behavior. *Journal of Family Communication*, 18, 252-269.
- Lin, M.-C. (2020). Communication neglect, caregiver anger and hostility, and perceptions of older care receivers' cognitive status and problem behaviors in explaining elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 32, 235-258.
- Litwin H., Stoeckel K. J. & Roll A. (2014). Relationship status and depressive symptoms among older co-resident caregivers. *Aging & Mental Health*, 18, 225–231.
- Machiels, M., Metzelthin, S. F., Hamers, J. P., & Zwakhalen, S. M. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 66, 37-46.
- McCabe, M., You, E. & Tatangelo, G. (2016). Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs. *The Gerontologist*, 56(5), 70 – 88.
- McCurley, J. L., Funes, C. J., Zale, E. L., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J. M., ... Vranceanu, A.-M. (2019). Preventing chronic emotional distress in stroke survivors and their informal caregivers. *Neurocritical Care Society*, 30, 581-589.
- Mendes, F., Mestre, T., Santana, E., Reis, L., & Lopes, M. (2019). *Violence against the elderly: Social representations of Portuguese and Brazilian caregivers*. In J. García-Alonso, & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology* (pp. 295-306). Switzerland: Springer Nature.
- Mets, K., (2022) „Sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise seadus toob uuendusit“, Sotsiaaltöö ajakiri nr 2/22 lk 9-15
- Milligan, C. (2017). *Geographies of care: space, place and the voluntary sector*. Routledge.
- Milligan, C. (2005). From home to 'home': situating emotions within the caregiving experience. *Environment and planning A*, 37, 2105-2120.



Oliva-Moreno, J., Peña-Longobardo, L. M., Mar, J., Masjuan, J., Soulard, S., Gonzalez-Rojas, N., ... Alvarez-Sabín, J. (2018). Determinants of informal care, burden, and risk of burnout in caregivers of stroke survivors: The CONOCES study. *Stroke*, *49*, 140-146.

Orrell, M., Hancock, G. A., Liyanage, K. C. G., Woods, B., Challis, D., & Hoe, J. (2008). The needs of people with dementia in care homes: the perspectives of users, staff and family caregivers. *International Psychogeriatrics*, *20*, 941-951.

Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health. *Sports medicine*, *29*, 167-180.

Pathak, N. (2020, October 06). Recognizing Caregiver Burnout. Retrieved 20 July 2021, from <https://www.webmd.com/healthy-aging/caregiver-recognizing-burnout#2>

Penning, M. J. & Wu, Z. (2016). Caregiver Stress and Mental Health: Impact of Caregiving Relationship and Gender. *The Gerontologist*, *56*, 1102–1113.

Perekonnaseadus, saadaval: <https://www.riigiteataja.ee/akt/13330603?leiaKehtiv>

Perttu, S., (2018): WHOSEFVA Training Materials.

Pickard, L. (2015). A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032. *Ageing & Society*, *35*, 96-123.

Pillemer, K., & Suitor, J. J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, *47*, 165-172.

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, *56*, S194-S205.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, *62*, 126-137.

Pinto, F.N. & Barham, E.J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, *17*(3), 525-539.

Price, M. L., Surr, C. A., Gough, B., & Ashley, L. (2020). Experiences and support needs of informal caregivers of people with multimorbidity: a scoping literature review. *Psychology & Health*, *35*, 36-69.

Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Crebolder, H, F. J. M., Goldsteen, M., Luker, K. A., & Widdershoven, G. A. M. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scandinavian journal of caring sciences*, *17*, 113-121.

Queluz, F., Kervin, E., Wozney, L., Fancey, P., McGrath, P.J. & Keefe, J. (2019). Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: a scoping review. *International Psychogeriatrics*, *32*, 35 – 52.





Reay-Young, R. (2001). Support groups for relatives of people living with a serious mental illness: An overview. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 5, 147-168.

Roberto, K. A. & Jarrott, S. E. (2008). Family caregivers of older adults: A life span perspective. *Family Relations*, 57, 100 – 111.

Robinson, K. D., Angeletti, K. A., Barg, F. K., Pasacreta, J. V., McCorkle, R., & Yasko, J. M. (1998). The development of a family caregiver cancer education program. *Journal of Cancer Education*, 13, 116-121.

Sakakibara, K, Kabayama, M, Ito, M. (2015). Experiences of “endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *BMC Res Notes*, 8, 827. DOI 10.1186/s13104-015-1829-x

Shaffer, K. M., Riklin, E., Jacobs, J. M., Rosand, J., & Vranceanu, A.-M. (2016). Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 36, 154-159.

Shepherd, B. F., & Brochu, P. M. (2021). How do stereotypes harm older adults? A theoretical explanation for the perpetration of elder abuse and its rise. *Aggression and Violent Behavior*, 57, 1-7.

Silva, A.L., Teixeira, H.J., Teixeira, M.J., Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scand J Caring Sci.*, 27(4), 792-803. doi: 10.1111/scs.12019

Simmons University. (2016). The Emotional Cost of Caregiving. Retrieved 20 July 2021, from <https://online.simmons.edu/blog/emotional-cost-of-caregiving/n>

Smith, M. (2020). Caregiver Stress and Burnout. Retrieved 20 July 2021, from <https://www.helpguide.org/articles/stress/caregiver-stress-and-burnout.htm>

Somerset Safeguarding Adults Board (N.A.). What is adult safeguarding? Retrieved 20 July 2021, from: <https://ssab.safeguardingsomerset.org.uk/protecting-adults/what-is-safeguarding/>

Sotsiaalhoolekande seadus, saadaval: <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005?leiaKehtiv>

Souza Alves, L. C., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., de Carvalho Pelegrini L. N., Vale, F. A. C. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 13, 415-421.

Stevens, E. (2013). Safeguarding vulnerable adults: Exploring the challenges to best practice across multi-agency settings. *Journal of Adult Protection*, 15, 85-95



Stovell, J., (2020). Challenging assumptions on the International Day of Older Persons. Retrieved 20 July 2021, from: <https://www.helpage.org/blogs/jemma-stovell-22620/challenging-assumptions-on-the-international-day-of-older-persons-1120/>

Sörensen, S. & Conwell, Y. (2011). Issues in dementia caregiving: Effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 491–496.

Tan, J. Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M., & Yorke, J. (2018). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European journal of cancer care*, 27, 1-11.

Tarum, H., Kutsar, D., (2017). Compulsory intergenerational family solidarity shaping choices between work and care: perceptions of informal female carers and local policymakers in Estonia. *International Journal of Social Welfare*, 27 (1), 40 – 51

Thomas, C., Morris, S., & Harman, J. (2002). Companions through cancer: the care given by informal carers in cancer contexts. *Social Science and Medicine*, 54, 529 - 544.

Thompson, G. N. & Roger, K. (2014). Understanding the needs of family caregivers of older adults dying with dementia. *Palliative and Supportive care*, 12, 223 – 231.

TISOVA Project (2020). How to Identify and Support Older Victims of Abuse: A training curriculum for professionals, volunteers and older people. Available at [https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova\\_Training-handbook\\_ENG.pdf](https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova_Training-handbook_ENG.pdf)

Tomomitsu, M. R. S. V., Perracini, M. R., & Neri, A. L. (2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(08), 3429-3440.

Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V., & Lamura, G. (2020). How many older informal caregivers are there in Europe? Comparison of estimates of their prevalence from three european surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 9531-9548.

United Nations, (2002). Madrid International Plan of Action on Ageing, Issue 3, UN.

UNFPA and HelpAge International (2012). Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge Report. Retrieved 20 July 2021, from: <https://www.helpage.org/resources/ageing-in-the-21st-century-a-celebration-and-a-challenge/ageing-in-the-twentyfirst-century-chapter-2/>

Vágvölgyi, R., Coldea, A., Dresler, T., Schrader, J., & Nuerk, H. C. (2016). A review about functional illiteracy: Definition, cognitive, linguistic, and numerical aspects. *Frontiers in psychology*, 7, 1617-1630.

Vaingankar, J.A., Subramaniam, M., Picco, L., Eng, G.K., Shafie, S., Sambasivam, R., Zhang, Y.J., Sagayadevan, V., Chong, S.A. (2013). Perceived unmet needs of informal caregivers of



people with dementia in Singapore. *Int Psychogeriatr*, 25(10), 1605-19. doi: 10.1017/S1041610213001051

Van Durme, T., Macq, J., Jeanmart, C., & Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 490-504.

Von Känel, R., Mausbach, B. T., Dimsdale, J. E., Mills, P. J., Patterson, T. L., Ancoli-Israel, S., ... & Grant, I. (2011). Regular physical activity moderates cardiometabolic risk in Alzheimer's caregivers. *Medicine and science in sports and exercise*, 43, 181-189.

WHO (1998). Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group. World Health Organization, Copenhagen.

WHO (2002a). The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. World Health Organization, Geneva.

WHO (2002b). World report on violence and health. World Health Organization, Geneva.

WHO (2008). A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. World Health Organization, Geneva.

WHO (2012). Alzheimer's Disease International. Dementia: A Public Health Priority. World Health Organization, Geneva.

Wurm, S., Wiest, M., & Tesch-Römer, C. (2010). Theorien zu Alter (n) und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53, 498-503.

Zarit, S.H. (2002). Caregiver's burden. In: Andrieu, S., Aquino, J.P. (Eds.), Family and Professional Caregivers: Findings Lead to Action. Serdi Edition and Fondation Médéric Alzheimer, Paris, pp. 20-24

Zwaanswijk, M., Peeters, J.M., van Beek, A.P., Meerveld, J.H., Francke, A.L. (2013). Informal caregivers of people with dementia: problems, needs and support in the initial stage and in subsequent stages of dementia: a questionnaire survey. *Open Nurs J.*, 7, 6-13. doi: 10.2174/1874434601307010006



[WWW.SINCALA.EU](http://WWW.SINCALA.EU)  
#SINCALAPROJECT