

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduskond  
Psühholoogia osakond

Äli Roodemäe

## **HILISKURDISTUNUTE PSÜHHOSOTSIAALSED PROBLEEMID**

Lõputöö

Juhendaja: Maie Kreegipuu, MSc

Kaasjuhendaja: Regina Toom, MA

Läbiv pealkiri: Hiliskurdistunute psühhosotsiaalsed probleemid

Tartu 2004

**SISUKORD**

Sisukord	2
Kokkuvõte	3
<i>Abstract</i>	4
Sissejuhatus	5
Hiliskurdistunute psühhosotsiaalsed probleemid	5
Tinnitus ja psühhosotsiaalsed probleemid	12
Meetod	13
Katseisikud	13
Protseduur	14
Küsimustikud	14
Tulemused	15
Hiliskurdistunute jaotused	15
Abi ja toe otsimine ja saamine, suhtlusringkond ning suhtlemisstrateegiad	17
Hinnang kuulmiskaotusega kohanemisele ja suhetele ning enesemääratlus	19
Tinnitus ja sellega kohanemine	21
Üldised toimetuleku viisid	22
Enesehinnang	27
Arutelu	28
Tänuõnad	30
Allikad	31
Lisad	34
Lisa 1. Küsimustik – kohanemine kuulmiskaotusega ja enesemääratlus	34
Lisa 2. Küsimustik – tinnitus ja sellega toimetulek	37
Lisa 3. BCOPE	40
Lisa 4. R-EHI	41

## KOKKUVÕTE

Käesoleva uurimuse eesmärk oli teada saada, millised psühhosotsiaalsed probleemid esinevad Eesti hiliskurdistunutel, milline on nende enesehinnang ja reageerimisviis probleemidele, milliseid suhtlemisstrateegiaid nad kasutavad ja millest oleneb nende toimetulek kuulmiskaotusega. Uurimisel selgus, et hiliskurdistunud kasutavad toimetulekuks erinevaid viise ja on neis erineval määral edukad. Üldiste toimetuleku viisidena kasutati enim mõtete kõrvalejuhtimist, planeerimist ja aktsepteerimist. Oluliselt kõrgema enesehinnanguga olid hiliskurdistunud, kes suhtlesid teiste samasuguste probleemidega inimestega ja osalesid vaegkuuljate-kurtide ühingus, kelle kurtus oli kestnud üle 10 aasta, kes hindasid oma kuulmiskaotuse ulatust sügavaks või täielikuks ning kes polnud kogenud enese kõrvalejäämist suhtlemisest ja otsustamisest ega tajunud suhete muutumist lähedastega seoses oma kuulmiskaotusega. Edukalt kuulmislangusega seotud probleemidega kohanenud ning teiste samasuguste probleemidega inimestega suhelnud hiliskurdistunud kasutasid enim erinevaid toimetuleku viise. Paljud hiliskurdistunud olid kogenud puudujääke professionaalses abistamisprotsessis. Valdav osa pöördunuist leidis saadud professionaalse abi olnud eba piisava, kus ilmnis mõlemapoolne informeerituse ja üldiste suhtlemisuskuste nappus. Inimesed, keda tinnitus häiris ja kes selle tõttu tundsid end vaikuses ebamugavalt, kasutasid enam (negatiivsete) emotsioonide väljaelamist, mis kannab probleemi emotsionaalset komponenti.

Märksõnad: hiliskurdistunute psühhosotsiaalsed probleemid, kohanemine kuulmiskaotuse ja tinnitusega, kurdistunute suhtlemisstrateegiad, kurdistunute toimetuleku viisid ja enesehinnang.

## **Psychosocial problems of late-deafened persons**

### **ABSTRACT**

The purpose of this research was to determine the psychosocial problems among Estonian late-deafened persons, their self-esteem, reactions to problems, communication strategies and to find out what subsistence with the loss of hearing depends on. It turned out, that the late-deafened persons use different ways to manage in life and their success in using those ways is also different. The general coping ways used were mental disengagement, planning and acceptance. The overall self-esteem was significantly higher among those late-deafened, who participated in deaf or hard of hearing association and communicated with other people having similar problems, who had lost their hearing more than 10 years ago and defined as having profound or total hearing loss and who had not experienced retiring from communication and decision-making nor sensed the changes in relations with people close to them due to their hearing loss. Those, successfully adapted with the hearing loss related problems and who had communicated with persons with the same kind of problems, also used more and different types of coping ways. Many of the late-deafened persons had experienced shortage in the professional helping process. The majority of them found the professional help being inefficient with a reciprocal lack of information and communication skills. People, troubled by tinnitus and therefore feeling uncomfortable in silence, used more venting of (negative) emotions that carry the emotional component of the problem.

Keywords: psychosocial problems of late-deafened persons, coping with hearing loss and tinnitus, communication strategies of the late-deafened persons; coping ways and self-esteem of the late-deafened persons.

## SISSEJUHATUS

### Hiliskurdistunute psühhosotsiaalsed probleemid

Kuulmise puudumine mõjutab sügavalt kurdistunud inimese elu, toob kaasa muutusi kogemustes ja inimestevahelistes suhetes ning kommunikatsiooniviisides. Raske mõlemapoolne kuulmislangus mõjutab oluliselt inimese suhtlemist ja sotsialiseerumist, enesehinnangut, valikuid ning toimetulekut igapäevaelus.

Termin **kurt** tähistab inimest, kelle kuulmislangus takistab igapäevasel suulisel suhtlemisel vajalikul määral toetuda üksnes kuulmisele (s.t. koos või ilma kuuldeaparaadita) ja kes peab lisaks kasutama nägemise teel keskkonnast ja inimestelt saadavat infot. **Vaegkuulja** on inimene, kes saab heli võimendavatest abivahenditest piisavat abi, et igapäevaelus suhtlemisel peamiselt kuulmisele toetuda. Termin **Kurt** (siin ja edaspidi on lääne kirjanduse eeskujul kasutatud suurt algustähte kultuurilise eripära alusel identifitseerunud kurtide grupi kohta, et neid eristada üldkurtidest) tähistab inimest, kes kuulub kurdikogukonda, kasutab viipekeelt emakeelena ja jagab uskumusi, hoiakuid, tavasid, väärtusi ja kogemusi teiste Kurtidega. **Hiliskurdistunu** on inimene, kes on jäänud kurdiks postlingvaalselt ehk pärast kõnekeele omandamist (al. 3.5 eluaastast). Ta ei mõista kõnet visuaalse abita, seega ei saa toetuda üksnes kuulmisele kommunikatsiooni vastuvõtu tähenduses. Selle asemel tuleb hiliskurdistunutel enamasti toetuda mõnele visuaalsele meetodile; näiteks suultlugemine (*speechreading*, *lipreading*), sõrmkõne (*finger-spelling*, *cued speech*), viipekeel (*sign language*) või tekstide lugemine. Mõned hiliskurdistunud säilitavad kõneoskused. Sel juhul võib kõnes esineda moonutusi tonaalsuses ja valjuses, kuna raskendatud on kontroll häälikumoodustamise ja kõnetugevuse üle (ALDA, 2001; Andrews, Leigh ja Weiner, 2004; Toom, 2002). Backenroth (1998) on lisaks nimetanud kurtust informatsiooni- ja kommunikatsioonipuudeks.

Ameerika Täiskasvanud Hiliskurdistunute Ühingu (ALDA) 1995.a. andmetel on **hiliskurdistumise põhjus** 40% juhtudest mõni haigus või ravimi tagajärg, 13% kirurgiline, 5% traumaatiline vigastus ja 42% progresseeruv, teadmata põhjustel kuulmislangus. Viimast põhjust on kurdistunud sageli seostanud ülemäärase müra, pärilikkuse või vananemisega. Kuulmiskaotus võib toimuda äkki või areneda süvenevalt aastate jooksul (Aguayo ja Coady, 2001). Olenemata kuulmislanguse põhjustest ja tekkekiirusest jagavad hiliskurdistunud ühist kogemust olla üles kasvanud kuuljate maailmas ning siis jääda kurdiks (enamasti täiskasvanueas), mis paneb nad oluliselt erinevasse olukorda võrreldes kurdina sündinud inimestega.

Kuulmiskahjustust **esineb üldpopulatsioonis** 9,4-10,5%-l meestest ja 6,8%-l naistest ning see on üks kuuest levinuimast kroonilisest seisundist kaasaegses ühiskonnas. Kuulmisprobleem levib nt. Ameerika ühiskonnas kiiremini, kui populatsioon vananeb. Sügavat kaasasündinud neurosensorset kurtust esineb 0.11-0.14% üldpopulatsioonist. Ligikaudu kolmveerand kurtidest on kaotanud kuulmise vanuses üle 19. aasta. Meestel on kõigis vanusegruppides suurem tõenäosus kuulmiskahjustuseks, kui naistel. Vahe suureneb vanusega alates 18. eluaastast. Täiskasvanute populatsioonis on kuulmiskahjustuse esinemissagedus väiksem kõrgharidusega inimeste seas, samuti on väiksem esinemissagedus seotud suurema peresissetulekuga (Aguayo ja Coady, 2001; Andrews, Leigh ja Weiner, 2004; Backenroth 1998;). Tõenäoliselt mõjutab viimast tendentsi asjaolu, et kuulmiskahjustusega inimestel ongi olnud vastavalt vähem võimalusi omandada kõrgharidus ja saada tasuvam töökoht. Üldpopulatsiooniga võrreldes külastavad hiliskurdistunud sagedamini ka raviasutusi (Andrews, Leigh ja Weiner, 2004; Barnett ja Franks, 2002).

Eesti Kurtide Liidu andmetel on **Eestis kurte** (kelle peamiseks omavaheliseks suhtlemisvahendiks on eesti viipekeel ning kes suhtlemisel kuuljatega vajavad või eelistavad viipekeeletõlgi vahendust) 2000.a. seisuga ligikaudu 2000. Meditsiinilisest kriteeriumist lähtudes on nende hulgas kurte umbes 1400-1500. Eesti Kurtide Liidu liikmeid on 850, mis moodustab ainult osa kuulmispuudega inimestest (Toom, 2002). Need näitajad ei peegelda seega hiliskurdistunute osakaalu Eesti üldpopulatsioonist, kuna hiliskurdistunutest osa on sulandunud Kurtide hulka, osa vaegkuuljate sekka ning osa kohta puuduvad täpsed statistilised andmed nii kurtide-vaegkuuljate ühingutel kui ka tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeesutustel (või millele oli võimatu juurde pääseda kehtiva isikuandmete kaitse seaduse ning sellega põhjendatud ametnike vastutulematuse tõttu) (Postimees, 2004).

Kliiniliste uuringute põhjal on **patsientide teadmised** oma kuulmiskahjustusest ja sellega seotud faktoritest sageli väga piiratud. Selle põhjuseks võivad olla puudulik infovahetus, energia vähesus aktiivseks informatsiooniotsinguks või kartus võimalike vastuste ees, mis võivad esile tuua teadvustatud ohutunde oma identiteedi suhtes. Kaldutakse arvama, et need inimesed keelduvad ja pole võimelised läbi töötama oma ärevust või pole nad mõne kaasneva kroonilise haiguse tõttu valmis vastu võtma uusi teadmisi (Erlandsson, 1998).

Tuginedes paljude uurijate varasematele kogemustele täiskasvanute kuulmiskahjustuse ja tinnituse uurimisel, saab käsitletavad teemad jagada kolme fookusgruppi. Need on: **uskumused ja ootused** häire/kahjustuse või traumaatilise sündmuse kohta, ootused hoole ja rehabilitatsiooni suhtes; **psühhosotsiaalsed tagajärjed** kodus, tööl ja vabal ajal, s.h. piiratuse ja märgistatuse kogemus, patsientide hoiakud ja „olulised teised“ ning **isikupärased ressursid**, näiteks püstita-

tavad eesmärgid, võtmetegurid nõustamisprotsessis ja elu koos kahjustusega pikas plaanis (Erlandsson, 1998).

**Eriksoni** psühhosotsiaalse arengu teooria järgi **5.staadiumis** noorukid (vanuses 12-18 aastat) otsivad vastust küsimusele „Kes ma olen?“ ning omandavad eduka lahenduse korral eakaaslaste ja edukate täiskasvanute eeskujul saavutustunnetuse ning leiavad oma rolli ühiskonnas. Edukas identiteedi leidmine loob baasi enesekindlusele ja eneseteadvusele ning julguse küpseks täiskasvanuks saamisele (vastandina häbelikkusele, kahtlusele ja segadusele endas). **6.staadiumis** (vanuses 19-39 aastat) eduka lahendusena suhetes partnerite ja sõpradega luuakse ja arendatakse välja lähedussuhted ning negatiivse lahendusena satutakse isolatsiooni. **7. staadiumis** (vanuses 40-64 aastat) on olulised perekond ja lähisõbrad; kus eduka lahendusena saavutatakse loovus, produktiivsus ja hoolivus ning negatiivse lahendusena muututakse enesekeskseks, endassetõmbunuks ja kibestunuks (Erikson, 1972). Need kõik on ühtlasi olulisteks teguriteks ka kurdistunu kohanemises kuulmiskaotusest tingitud psühhosotsiaalsete probleemidega.

Andrews, Leigh ja Weiner (2004) on kurtide identiteedi arengu kirjeldamiseks kasutanud Neil **Glickmani** kultuurilise ja rassilise identiteedi arengustaadiumite teooriat seoses kurtide identiteedi arenguga. Selle järgi **1.staadiumis** kultuuriliselt kuulja staatus (kurdistunu, kellel on meditsiinilise kriteeriumi järgi kuulmiskahjustus, mida saab ravida või audioloogiliselt rehabiliteerida) vähendab vajadust abiteenuste ja viipekeele järele. Indiviid omandab kuuljatele omased kõnelemis-, arusaamis- ja käitumisviisid, mis toetavad kuuljate ühiskonda integreerumist. **Hiliskurdistunud täiskasvanud** on üks tüüpiline näide sellest staadiumist. Samuti oraalsed kurdid, kes on üles kasvanud kõneldud keele keskkonnas, kes suhtlevad eeskätt kuuljate eakaaslastega ning võivad kuuluda organisatsioonidesse (nt. koolid), mis toetavad kõneldud keelt (auditiv-verbaalset meetodit) laste arendamiseks ja õpetamiseks. Glickman pidas seda staadiumit mõnel määral kurtuse eitamiseks ja seadis kahtluse alla selle eluterve psühholoogilise mõju. **2.staadiumis** olevad kurdid asuvad kuuljate ja kurdikultuuri äärealal ning pole võimelised täielikult kummassegi integreeruma. **3.staadiumis** sulanduvad kurdistunud kurdikultuuri, määratlevad end Kurdina ning käituvad-suhtlevad Kurtide poolt aktsepteeritud moel. **4.staadiumis** toimub kurdistunute deintegreerumine, kus kurdistunu omandab bikultuurilise identiteedi – ta jagab nii kuuljate kui Kurtide väärtusi, hoiakuid, tavasid ja kogemusi ning samas tunnistab nii viibeldud kui ka kõneldud keelt.

Bat-Chava (2000) on tsiteerinud **Tajfeli sotsiaalse identiteedi** teooriat, mille järgi saavutavad vähemusgrupi liikmed (vaegkuuljad, hiliskurdistunud, Kurdid) positiivse sotsiaalse identiteedi kahel moel: 1) individuaalse mobiilsuse teel püütakse leida juurdepääs enamusgrupile (kuuljate

ühiskonda) või 2) koostöös vähemusgrupi liikmetega tuuakse esile sotsiaalseid muutusi enamusgrupis (nt. viipekeele tunnustamine iseseisva keelena). Hiliskurdistunud noorukid liituvad sagedamini kurdikultuuriga, kuna nad saavad sealt positiivset tagasisidet ja tuge oma enesehinnangule, saavutustundele ja ettekujutusele endast.

Enamus hiliskurdistunuid ei pea end kurdiks, vaid loevad end kuuljate hulka kuuluvaks, kelle seas nad on arenenud ja üles kasvanud (Sliney, 1995). Paljud hiliskurdistunud on omandanud kõneoskused ja pole kogenud suulisel suhtlemisel raskusi enne kuulmise kaotamist. Vaegkuuljad ja hiliskurdistunud kalduvad elama „kuuljate maailmas“ ja säilitama isiklikke sidemeid kuuljate inimestega, samas enamus prelingvaalseid kurte kuuluvad kurdiühiskonda ja –kultuuriruumi (Seppa, 1997). Täiskasvanud, kes moodustavad ülekaaluka enamuse kõikidest kuulumislangusega inimestest, ei näe end ühiskonnast erinevana, kuna neil on juba välja kujunenud oma töökspidamised, nad on lõpetanud õpingud ja jõudnud enesemääratluses selgusele enne kuulmise kaotust. Kuulmiskaotus seab neile takistusi soovide ja eesmärkide teostamisele ja ühiskonnas täisväärtuslikult osalemisele (Ross, 2003).

Noorukid enne varajast täisiga, põhihariduse omandamise ajal, või hiljem kurdistunud hakkavad enamasti ka hilisemas elus edukalt suhtlema kõnekeeles. Seevastu enne kõnekeele omandamist (alla 3,5-aastaselt) kurdistunud hakkavad enamasti kasutama emakeelena viipekeelt. Seega oleneb kurdistumise ajast keelebarjääri tekkimise ja sotsiaalse isoleerituse ulatus. Hilisemas täiskasvanueas kurdistunutel on töökohad, perekonnad, kinnistunud harjumused, väärtused ja oskused ning välja kujunenud isiksus, milles kuulumislangusele pole kohta. Samas väidavad hiliskurdistunud sageli, et kuulmiskaotus on neilt röövinud identiteeditunnetuse ja algatanud identiteedikriisi. Vanemas eas kurdistunud leiavad end sagedamini olevat sotsiaalselt isoleeritud, suhtlemis- ja sotsialiseerumiskeskustes oma kuulumishäire tõttu. Ligikaudu 10% hiliskurdistunutest on psühhosotsiaalselt isoleeritud omaenda gruppi. Üksildus kurtide seas võib olla nende enda valiku või sunnitud asjaolude tulemus (Backenroth 1998; Kaland ja Salvatore, 2002).

Paljud hiliskurdistunud õpivad ära viipekeele teise suhtlemiskeelena või kasutavad suhtlemisel samaaegselt viipeid ja kõnet. Mil määral nad kasutavad viiplemist ja kõnet igapäevaelus on varieeruv ning oleneb nende sotsiaalsest tugivõrgustikust ja tööst. Mõned hiliskurdistunud sulanduvad Kurtide hulka ja hakkavad jagama kurdikultuuri, enamasti suultlugemiskeskuste ja viiplemise kerguse tõttu nende jaoks. Mõned liituvad kurdikogukonnaga selle toetava võrgustiku, Kurtide klubides ja spordiühingutes osalemise võimaluse pärast. Teised hiliskurdistunud aga eelistavad jääda suhtlema peamiselt kuuljate inimestega. Hiliskurdistunud toetuvad suhtlemisel



valdavalt suultlugemisele, kuigi paljud neist peavad suultlugemist väsitavaks ja ebapiisavaks suhtlemisvahendiks (Andrews, Leigh ja Weiner, 2004).

Ainult 20% hiliskurdistunutest kasutab aktiivselt viiPLEmist ja sõrmendamist. Ülejäänud suhtuvad viipekeele õppimisse ja kasutamisse ilmse vastumeelsusega, eelistavad suultlugemist ja püüavad nii võimalikult kaua jätkata harjumuspäraseid suhtlemistehnikaid. Siin peitub ka soov saada endiselt osa tavakuuljate maailmast, kus ollakse üles kasvanud ja loonud kooli-, sõprus-, pere- ja töösidemed mistõttu ei ühineta kergelt kurtide kogukonna ja kurdikultuuriga (Cowie ja Douglas-Cowie, 1992).

Kuulmiskaotuse rehabilitatsiooni ja psühhosotsiaalsete probleemidega **kohanemise edu** oleneb peale meditsiinilise ja tehnilise abi ka indiviidi isiksuslikest jpt. teguritest. Edu mõjutavad näiteks: vanus, kuulmishäire tekkimise aeg, selle konfiguratsioon, põhjus ja kestus, kuulmisabivahenditega saavutatav kuulmislävi ja kõnest arusaamine, teised puuded, isiku IQ, suhtlemisvajadused ja suultlugemisoskused ning sotsiaalmajanduslik seisund. Olulised on ka indiviidi optimistlik või pessimistlik vaatepunkt, realistlikud või ebarealistlikud ootused ning sotsiaalne tugisüsteem (Kaland ja Salvatore, 2002; Waggoner, 2002).

Holte ja Dinis (2001) on leidnud, et enamus edukalt kohanenud kurte toovad oma **edu** peamiseks **põhjenduseks** soovi ületada probleeme ning motivatsiooni eesmärkide saavutamiseks. Veel on kohanemise edu põhjendatud kõva töö; koolist ja spetsialistidelt saadud teadmiste ja oskuste; huumorimeele; mõistva perekonna, sõprade ja erinevate sotsiaalsete gruppide toega. Kurdid peavad oluliseks aktiivset suhtlemist ja osalemist mitmesugustes peresisestest või -välistes vestlustes ja tegevustes, erinevate kogemuste omandamist, kindlate eesmärkide seadmist ning lähedaste, kooli- ja töökaaslaste teavitamist ja juhendamist oma kurtuse osas. Veel peavad kurdid tähtsaks tööandja aktsepteerivat suhtumist neisse kui individuaalsete erinevuste, võimete ja saavutustega isiksustesse.

Kurtidel ja vaegkuuljatel on üldiselt madalam **enesehinnang** võrreldes normaalkuuljatega, nõrgem psüühilise stressi taluvus ja neil esineb enam väärkohandumuslikku käitumist (Obrzut, Maddock ja Lee, 1999). Kõrgem enesehinnang kurtidel noorukitel ja täiskasvanutel on seotud paljude teguritega (nt. kurdid vanemad, viipekeeles suhtlemine ühe kurdi vanemaga, viipekeele kasutamine koolis) (Bat-Chava, 1993). Varasemates uuringutes on leitud kurtide kõrgem enesehinnang seoses kultuuriliselt Kurdi, samuti bikultuurilise identiteediga, võrreldes kuuljatega või ebakindla identiteediga kurdistunutega. Madalam enesehinnang on ka nendel täiskasvanud kurdistunutel, kes tunnevad end olevat saamatud kõnekeeles suhtlemises, võrreldes nende kurti-

dega, kes hindasid end suulises suhtlemises võimekaks (Andrews, Leigh ja Weiner, 2004). Enesehinnang on tihedalt seotud tagasisidega, mida kurdistunu saab vanematelt, õpetajatelt, lastelt, töökaaslastelt ja teistelt olulistelt isikutelt. Selline tagasiside võib aset leida verbaalsetes vastustes, tegevustes ja mitmete teiste asjaolude muutuses (Obrzut, Maddock ja Lee, 1999).

Varasemates uuringutes pole leitud olulisi enesehinnangu erinevusi sõltuvalt soost, vanusest ega haridustasemest. Viimane loetelu kinnitab enesehinnangu pigem globaalset kui spetsiifilist iseloomu. On leitud, et kõrgema enesehinnanguga inimesed kalduvad üldiselt olema kõrgema akadeemilise edukusega, üldise toimetulekuvõimega, selgema identiteediga, vähem vastuvõtlikumad väliskeskonna poolt tingitud stressile ja kõrgema suhtlemisvalmidusega (Pullmann, 1997).

Kurdid pole tingimata passiivsed kuulva enamuse negatiivse hinnangu vastuvõtjad. Pigem omandavad nad **psühholoogilisi mehhanisme**, mis toetaksid nende positiivset enesehinnangut. Näiteks võrreldakse end kurtide eakaaslastega, aga mitte kuuljatega või väärtustatakse viipekeelt jt. kurdi-kultuuri tunnuseid (Bat-Chava, 1993).

Kui lasta inimesel otsida kordaminekuid, siis ta enamasti neid leiab ja ka näeb olukordi selles valguses. Negatiivne keskendumine kuulmiskaotusele aga kahjustab isiku enesehinnangut ja seega järgnevat kohanemiskäitumist, põhjustades motivatsiooni langust, endassetõmbumist või agressiivset käitumist (Holte ja Dinis, 2001; Luckner ja Stewart, 2003). Indiviidi emotsionaalne sümptomite, põhjuste ja haigusprotsessi tulevikuväljavaadete tõlgendus võib negatiivse variandina viia komplitseeritud düsfunktsioonini ja saada takistuseks edasisele psühholoogilisele kohanemisele. Indiviid võib kuulmiskahjustuse tagajärjel tunda küündimatust ja ebavõrdsust nii tööl kui pereelus. Võidakse kogeda kasvavat isoleeritust suhtlemisraskuste tõttu, millele oma osa annab kuulmislangusele lisanduv tinnitus. Lõpuks võivad kannatada inimese identiteet ja eneseusaldus (Erlandsson, 1998).

Mis juhtub inimesega kes pidevalt kogeb läbikukkumisi ja takistusi sotsiaalses kontekstis oma kuulmishäire tõttu? Ta hakkab vältima keerukaid olukordi põgenemistena oma negatiivse enese-kujutuse eest, mis sellistes olukordades esile kerkib. Nii valivad kuulmislangusega inimesed konfliktide lahendamiseks sageli just selle tee. Enese häbimärgistamine on valdav progresseeruva kuulmiskaotusega inimeste seas. Indiviid saab teadlikuks, et tee kurtusele on negatiivselt sildistatud, sest ühiskonnas sageli naeruvääristatakse märke kuulmatusest. Nii nagu teiste suurte muutuste puhul elus, võib ka kuulmiskaotus soodustada vanade, unustatud konfliktide ja emotsionaalselt valusate kogemuste taas üleskerkimist minevikust (Erlandsson, 1998).

Kuuljate inimeste tüüpiline **suhtumine kurtidesse** põhineb arusaamal, et nad on kuulmatuse tõttu puudega ning võimetud või piiratud kõnekeeles suhtlema. Hoolimata faktist, et kurdid on läbi sajandite leidnud erinevaid viise suhtlemiseks, ei sobi need viisid kõneldud keele parameetritesse, millega kuuljate ühiskond on harjunud. Isegi kui kurt kasutab suhtlemiseks kõnet, pole ta sageli hõlpsalt mõistetav. Kuna kurdistunud ei saa sageli jälgida kuuljate arutlusi, vaadatakse nende peale kui vaikuse maailmas olijatele. Sellele on andnud stereotüüpse negatiivse rõhu ka möödunud sajandi meedia ja kino-/teatrikunst, kus kurte kujutati sageli ühiskonnast pagendatud ja üksildaste, melanhoolsete tegelastena vaikuse maailmas või eksitavalt iseseisvate ja perfektsete suultlugejatena (Andrews, Leigh ja Weiner, 2004).

Andrews, Leigh ja Weiner (2004) tsiteerivad Vernoni ja Andrews'i leidu, et kurdistunud kogevad sageli negatiivset ja **paternalistlikku hoiakut** professionaalide poolt, kellega nad on kokku puutunud. Nad kirjeldavad, et autoritaarse isiksusega inimesed kalduvad vastanduma enda grupist erineva grupiga, pidades kurtust erinevaks ja nõrgemaks pooleks. Nõrkus omakorda tekitab ärevust, mida autoritaarsed isikud projitseerivad väljapoole teistele, kellega nad tunnevad ebamugavust. Seega püüavad nad rõhutada oma üleolekut ja kalduvad kurtidele takistusi seadma otsustaja-rolli võtmiseks. Seda tõlgendavad nad „hea tahte aktina“ või „armulikkusena“ töös kurtidega (Pollard, 1996).

**Toetusgrupp** (näiteks vaegkuuljate, kurtide ühing) ei kujunda ümber identiteeti, vaid aitab hiliskurdistunul omaks võtta vaegkuulja / kurdi staatust ning sellega kaasnevate psühhosotsiaalsete probleemidega toime tulla. Ühelt poolt, kuna hiliskurdistunutel on vähe teadmisi sellistes ühingutes pakutava toe ja teabe kohta, siis nad ei moodusta omaette identiteediga gruppe ega ühine kergesti kurdikogukonnaga. Teiselt poolt, nad soovivad jääda endisesse sotsiaalsesse rolli, suhelda harjumuspäraselt oma perekonna, sõprade, kooli- ja töökaaslastega ning jätkuvalt end igakülgselt teostada kuuljate ühiskonnas (Ross, 2003).

Elu jooksul tekkinud kahjustusega inimese jaoks on oluline eemärk leida endale uus identiteet. Oluliste identiteedi aspektide kaotus võib olla palju traumeerivam ja tõsisem, kui ainuüksi võimetus suhelda. Sellepärast peaks igasuguse **rehabilitatsiooni** peamine eesmärk olema indiviidi identiteedi ja enesehinnangu tugevdamine (Hétu, 1996). Meador ja Rogers on leidnud, et professionaalse abistaja spetsiifilisteks erioskusteks on empaatilisus ja tähelepanelikkus, mis kindlustaks kliinilises, sotsiaalses suhtes, nõustamisprotsessis abistaja võimet kinnitada ja tugevdada kuulmiskahjustusega inimese uut rolli. Kliendikeskse lähenemise järgi on eesmärk aidata patsiendil saavutada suuremat enese-aktsepteerimist (*sense of self-regard*) ning tunnetada oma „mina“ ja „ideaalmina“ kooskõllalisemana (Erlandsson, 1998).

## Tinnitus ja psühhosotsiaalsed probleemid

Tinnitus (lad.k. *tinnire*) on aju pseudokuulmisaisting, mida iseloomustab kõrge või madala heli-kõrgusega müra ja mida kirjeldatakse müriseva-vasardava-undava-sumiseva-vilistava-sisiseva-siristava häälena peas või kõrvas. Müra võib olla pidev või katkendlik-perioodiline; võib esineda nii ühes kui ka mõlemas kõrvas ning võib olla kuuldav kogu päeva jooksul, kuid ka ainult vaiksuses, eraldatud ruumis või öösiti (Osborne, 2003; Vesterager, 1997).

Tinnituse esinemissagedus kasvab kuulmislangusega inimeste hulgas 70-85%-ni. Tinnituse all kannatajatest ligikaudu 25 % muretseb ja otsib oma probleemile meditsiinilist abi (Langer-Roedel, 2003). Euroopa üldpopulatsioonis esineb tinnitust 7-14%-l ning oluliselt häirivat tinnitust ligikaudu 1-2.4%-l inimestest (Kellerhals ja Zogg, 2000; Vesterager, 1997). Ligikaudu 10-15 %-l tinnituse tõttu kõrva-nina-kurgu-spetsialisti poole pöördunuist ei esinenud kuulmislangust (Erlandsson, Hallberg ja Axelsson, 1992)

Tinnitus võib küll näida kuulmislangusest väiksema probleemina, kuid on sageli kogu frustratsiooni kandjaks, mida inimene kogeb oma olukorras ning psühhosotsiaalsetes tingimustes seoses kuuulmislangusega. Paljudes uurimustes on leitud, et tinnituspatsiendid, kes kaebavad kõige enam emotsionaalset distressi, on just need, kellel pole rasket või ei esine üldse kuulmislangust. Hallberg ja Erlandsson (1993) analüüsisid audioloogilisi ja psühholoogilisi parameetreid võrreldes raskeid tinnitusprobleeme kaebavaid ning tinnitusele professionaalset abi mitte otsinud patsiente. Nad leidsid, et mittehäiriva tinnitusega patsientidel oli oluliselt kõrgem kuulmislävi (s.t. halvem kuulmine), kui tinnitust kaebavatel patsientidel.

Äkilise algusega tinnituse ja selle käes tõsiselt kannatavate indiviidide emotsionaalsetes reaktsioonides on leitud üllatavalt tugevaid seoseid. Seos ärevuse ja tinnituse vahel on üks võtme-faktoritest teoreetilises, tinnituse taluvuse või ähvardavuse psühholoogilises mudelis. Siiski vaadeldakse enamasti ärevust pigem distressi tagajärjena kui patsientide kõrgenenud tähelepanuna tinnituse suhtes (Erlandsson, 1998).

Kroonilist, ravile raskelt alluvat tinnitust on võrreldud ka kroonilise valuga (s.t. valu, millele ei leitud meditsiinilist põhjust). Kirsch, Blanchard ja Parnes (1989) on leidnud sarnasusi kroonilise peavaluga ning raske tinnitusega patsientide psühholoogilise profiili ja depressioonitaseme vahel.

Püsiv, võimetuks tegev tinnitus on komplikatsioon, mis sageli näib olevat väga resistentne professionaalse abistaja ja patsiendi ühispingutustele olukorra leevendamiseks. Paljud patsiendid jäävadki pikemas plaanis abita ja tunnevad endiselt distressi. Suurest osast tinnitusega inimestest

aga ei kujune sümptomi all „kannatajat“ ja seega ei saa nad ka professionaalse abi vajadusega „patsiendiks“ (Erlandsson, 1998).

Tõsiasi, et mõnedel inimestel võib esineda tinnitust ilma, et see neid vaevaks, on andnud alust otsida indiviidi tinnitusetaju suuruse ja raskuse võimalikke psühholoogilisi põhjusi. Võimalik, et ebamugavus, ärevus ja depressioon pikaajalise stressi ja ülekoormuse tulemusena võivad toimida tinnituse päästik-faktoritena. Sümptom, mis piirab isiku võimalusi elada „normaalset“ elu ning tõstab tema ärevust ja distressi, kannab endas olulist sõnumit psühholoogilises perspektiivis. Konkreetne probleem, mis sunnib inimest abi otsima, võiks olla just ülemäärane ärevus mitte kardetava kehalise haiguse, vaid vaimse murdumise (*mental breakdown*) riski pärast. Sellises riskiolukorras oleva indiviidi jaoks on võimalus väljendada teistele oma hirme ja tundeid (valu või) müramaailma suletuse kohta (isegi teadmata, kuidas sellest välja saada) elupäästev vajadus (Erlandsson, 1998).

Ärevus võib väljenduda mitmetel viisidel, jõudmata alati teadvusesse kui selge märk distressist. Ärevust, millel on selge sisukas põhjus, on kergem mõista ja aktsepteerida, kui haiguspetsiifilist, vahelduvat ärevust, kus põhjus jääb ebamääraseks või teadmata. Pingeline tinnitus kannab seega sõnumit millestki, mis tekitab inimeses tasakaalu(stama)tust ja on olemas indiviidi tähelepanust. Vahelduv, üldine ärevus, ilma selge sõnumita inimese jaoks, asetab tinnituse tähelepanu fookusesse peaeesmärgiga vähendada sisemist kannatust (Erlandsson, 1998).

Hiliskurdistunute psühhosotsiaalsed probleemid ning nendega toimetulek on seni Eestis väheuuritud, kuid aktuaalne valdkond. Käesoleva uurimuse eesmärk oli teada saada, millised psühhosotsiaalsed probleemid esinevad Eesti hiliskurdistunutel, milline on nende enesehinnang ja reageerimisviis probleemidele, milliseid suhtlemisstrateegiaid nad kasutavad ja millest on nende toimetulek kuulmiskaotusega.

## MEETOD

### Katseisikud

Plaanis oli uurida 19-40±5-aastasi inimesi, kes olid kuulmise kaotanud pärast kõnekeele omandamist (vanuses üle 3.5 aasta). Uurimuses osutusid kättesaadavaks 25 hiliskurdistunut (15 naist, 10 meest), vanuses 18 kuni 67 aastat ( $M=44.0$ ;  $SD=16.58$ ), kes olid kuulmise kaotanud vanuses 3 kuni 53 ( $M=17.6$ ,  $SD=14.7$ ) ja kellel kuulmishäire oli kestnud 3 kuni 60 aastat ( $M=26.5$ ;  $SD=19.4$ ). Uuritavad jaotusid vanuse alusel 2 gruppi (edaspidi „nooremad“ ja „vanemad“

hiliskurdistunud) vastavalt: 18-34-aastased ( $n=10$ ,  $M=25.9$ ,  $SD=5.86$ ) ning 43-67-aastased ( $n=15$ ,  $M=56.1$ ,  $SD=7.58$ ).

### **Protseduur**

Uuringuks saadi hiliskurdistunute kohta kontaktandmeid Eesti Kurtide Liidust (EKL), Eesti Vaegkuuljate Ühingust (EVKÜ), samuti nende organisatsioonide maakondlikest allühingutest ning uuritavate endi käest nn. lumepallimeetodil. Lisaks avaldati ajalehes Tartu Postimees (31.03., 07.04. ja 16.04.2004) kuulutus uuringus osalejate värbamiseks. Uuritavad andsid (posti, *e-maili*, SMS või isikliku kontakti teel) nõusoleku uuringus osalemiseks. Seejärel saadeti neile posti teel küsimustike komplektid koos margistatud ümbrikena vastuste tagastamiseks. Välja saadeti 32 küsimustikku kodusel aadressil ajavahemikul 12.03.–25.04.2004.a. Tagastati 28 täidetud ankeeti ajavahemikul 22.03.–03.05.2004, millest 3 osutusid analüüsiks kasutuskõlbmatuks. Lõplikuks valimi suuruseks kujunes 25 hiliskurdistunut.

Andmed sisestati Exceli tabelina ja statistiline töötlus toimus programmiga SPSS 12.0 for Windows. Andmete analüüs põhineb peamiselt sagedusdiagrammidel. Tegurite vahelisi seoseid uuriti ja näitajate erinevuse statistilist olulisust hinnati t-testi ja ühemõõtmelise dispersioonanalüüsi (ANOVA) abil. Erinevust peeti oluliseks, kui  $p < .05$  ja need andmed on esitatud tulemuste osas paksus kirjas. Arvutati ka skaalade reliaablus.

### **Küsimustikud**

**Küsimustikud** (Lisa 1 ja 2) sisaldasid avatud ja suletud küsimusi kuulmiskaotusega toimetuleku, enesemääratluse, suhtlemisstrateegiate ja tinnituse kohta ning need koostati seminaritöö (Roodemäe, 2004) käigus. Lisaks koguti andmeid hiliskurdistunute kuulmislanguse sügavuse ja põhjuse, kurdistumise ea ja kurtuse kestuse ning sotsiodemograafiliste näitajate (sugu, vanus, perekonnaseis, haridustase) kohta.

Lisaks paluti uuritavatel kirjeldada oma mõtteid, tundeid või isiklike kogemusi seoses **joonistusega** (Lisa 2). Selle eesmärgiks oli projektiivselt teada saada hiliskurdistunute hinnanguid, hoiakuid või kogemusi põhiteemadel: spetsialist, visiit, kuulmatus, tinnitus ning milliseid mõtteid ja tundeid see pilt (<http://www.zimfamilycockers.com/Ringing.jpg>) kurdistunutes üldse äratada võiks. Teine eesmärk oli pakkuda lihtsalt vaheldust suhteliselt mahuka küsimustiku vastamisele enne, kui asuti BCOPE ja R-EHI testi juurde.

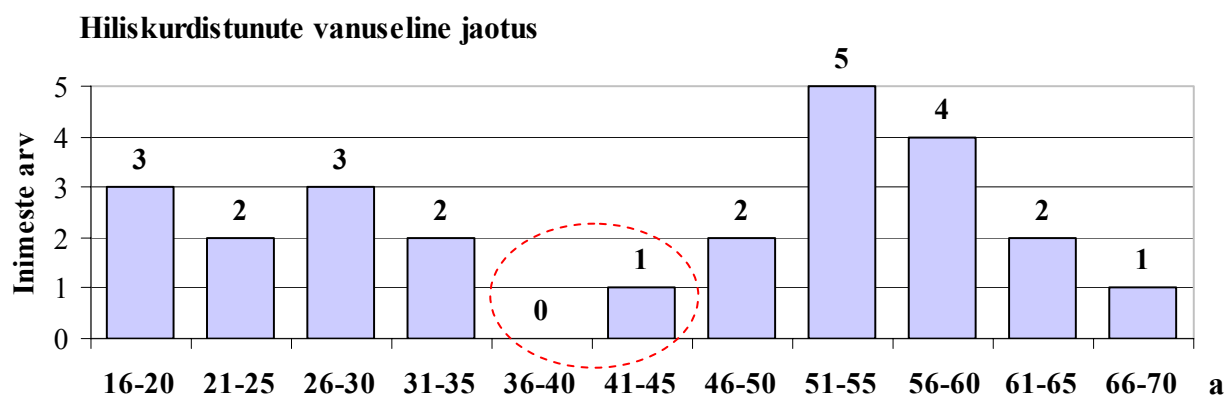
Toimetuleku viiside test **BCOPE** (Brief COPE, Carver, 1997; eesti keeles Kallasmaa, 1997; Kallasmaa ja Pulver, 2000) (Lisa 3) koosneb 28 väitest, mis mõõdavad 14 erinevat stressiga toimetuleku strateegiat (planeerimine, aktiivne tegutsemine, instrumentaalse sotsiaalse toetuse otsimine, keskendumine positiivsele, huumor, mõtete kõrvalejuhtimine, aktsepteerimine, emotsionaalse sotsiaalse toetuse otsimine, enesesüdistamine, tunnete väljaelamine, vältimine, mõnuainete kasutamine, religioon ja loobumine). Vastati skaalal 1 (ei kasutanud üldse) kuni 4 (kasutasin väga palju) (Zobel-Roosiväli, 2003). Käesolevas töös paluti hiliskurdistunutel vastamisel lähtuda oma seisukohast, kuidas nad tulevad toime kuulmiskaotusega seotud psühhosotsiaalsete probleemidega.

Hiliskurdistunute üldist enesehinnangut (eneseaustuse ja -aktsepteerimisega seotud tundeid) uuriti Rosenbergi enesehinnangu indeksiga **R-EHI** (Rosenberg Self-Esteem Scale, Rosenberg, 1965; eesti keeles Pullmann, 1997; Pullmann ja Allik, 2000). Test (Pullmann, 1997) (Lisa 4) koosneb 10 enesehinnangulisest väitest, millest viis on sõnastatud positiivselt ning viis negatiivselt, vältimaks üldist kalduvust nõustuda suvalise esitatud väitega. Vastati skaalal 0 (vale / ei kehti kunagi) kuni 4 (õige / pidevalt kehtiv). Skooride summeerimisel negatiivsed väited pöörati. Saadud kõrgem skoor esindab kõrgemat enesehinnangut, madalam vastavalt madalamat.

## TULEMUSED

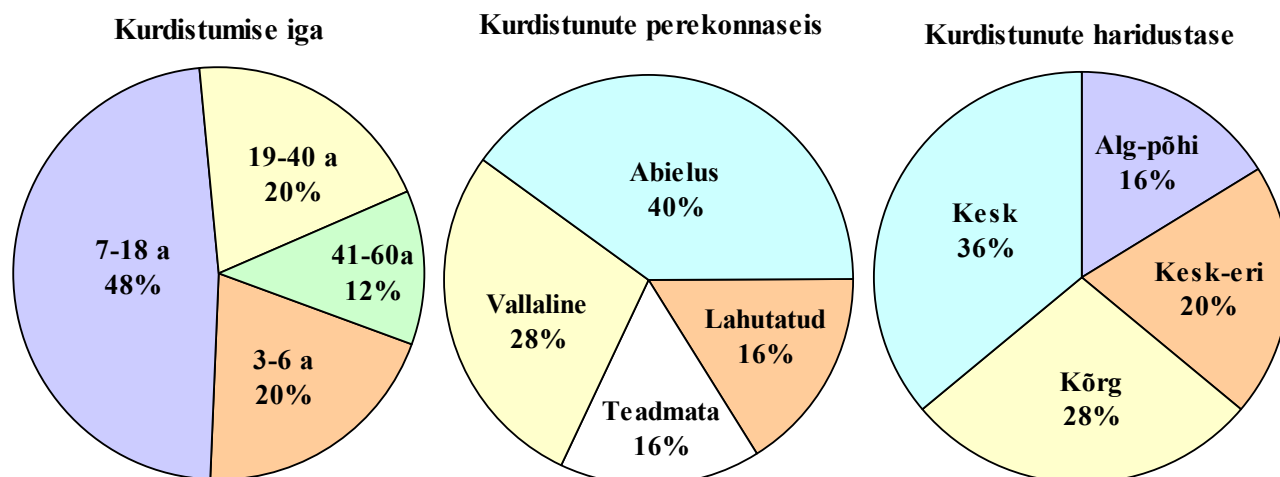
### Hiliskurdistunute jaotused

Mõtteliseks vanuse ülempiiriks käesolevas uuringus oli 60. eluaasta. Nagu selgus ka uuritavate **vanuselisest jaotusest** (Joonis 1), kaldub vahepealne grupp hiliskurdistunuid, vanuse 36-45.a. ümbruses, mitte looma sotsiaalseid kontakte ja osalema ühingutes, kuna nad on ilmselt hõivatud oma isikliku elu ja tööga. Seda kinnitasid ka kurtide ja vaegkuuljate ühingute juhid, öeldes: „See grupp ja üldse hiliskurdistunud on üsna kinnine kontingent, kes ei tule kodunt välja ega suhtle aktiivselt teiste ühinguliikmetega.”

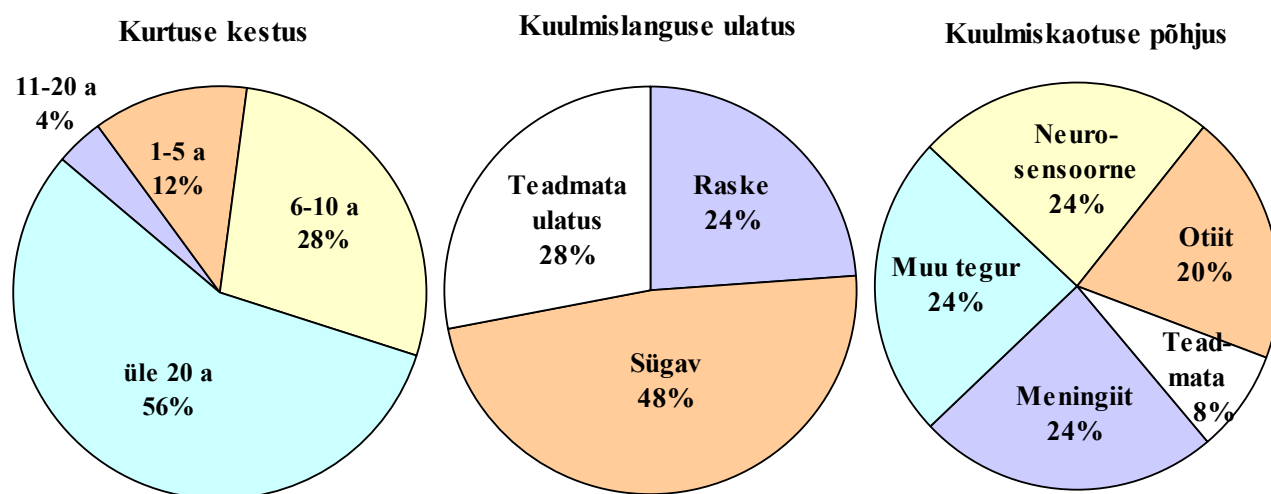


**Joonis 1.** Uurimuses osalenud hiliskurdistunute jaotus vanusegruppide kaupa (n=25)

Lisaks saadi andmeid kurdistumise ea, perekonnaseisu, haridustaseme (Joonis 2), kurtuse kestuse, astme ja põhjuse kohta (Joonis 3), spetsialistidelt abi otsimise ja abi piisavuse (Joonis 4), „olulistelt teistelt” saadud toe (Joonis 5), kurdistunute suhtlusringkonna (Joonis 6) ning suhtlemisel abivahendite kasutamise ning suhtlemisstrateegiatega kohta (Joonis 7).



**Joonis 2.** Hiliskurdistunute jaotused kurdistumise ea, perekonnaseisu ja haridustaseme järgi



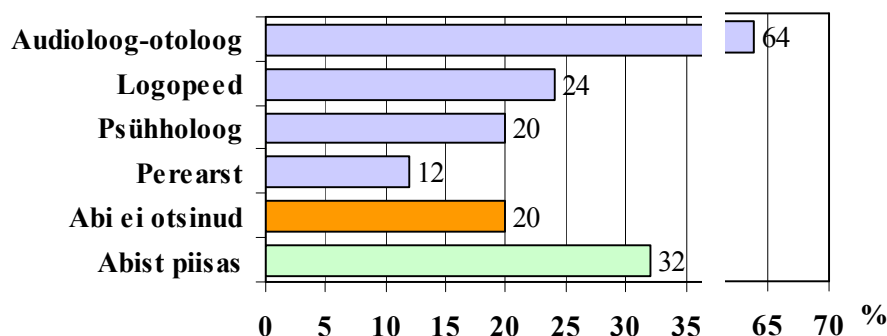
**Joonis 3.** Hiliskurdistunute jaotused kurtuse kestuse, astme ja põhjuse järgi

Selgus et hiliskurdistunud ei tea kuigi täpselt oma kuulmiskaotuse põhjust ega ulatust. 28% uurituist ei teadnud (või ei olnud vastanud) oma kuulmislanguse ulatust ning 8% ei teadnud selle põhjust ning lisaks 24% olid põhjuseks märkinud ebamääraselt (näiteks: arvatavasti püstijalu põetud gripp, suur müra tööl, kahtlustatav kõrvapõletik, kuulmisfunktsiooni halvenemine).



**Abi ja toe otsimine ja saamine, suhtlusringkond ning suhtlemisstrateegiad**

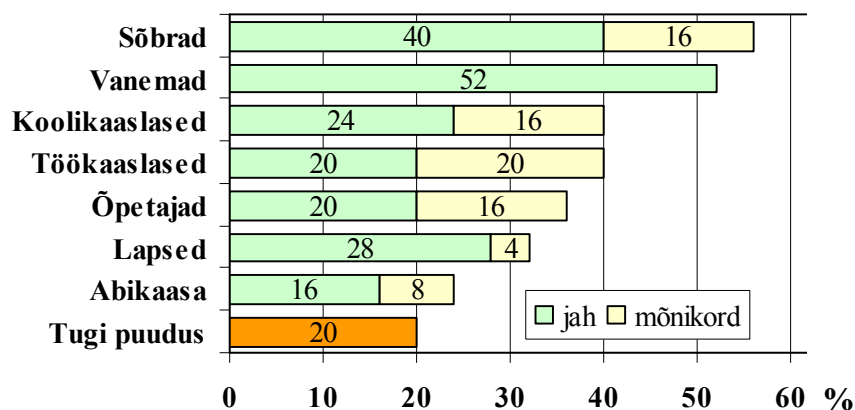
**Abi otsimine spetsialistidelt ja abi piisavus**



**Joonis 4.** Abi otsimine spetsialistidelt ja abi piisavus kuulmislangusega kohanemiseks

**Abi piisavust** (Joonis 4) põhjendati: „Olen abi saanud, sest olen ise aktiivselt abi otsinud ja infot kogunud. Eluga toimetulekuks tuli ise lahendusi otsida. Kasutan viipekeeletõlgi abi. Aitavad elukogemused. Pole osanud rohkemat tahta.“ **Abi ebapiisavust** põhjendati: „Oleks vaja olnud psühholoogilist abi palju varem, kui kuulmislangus alles tekkis. Abi oleks vaja olnud ka vanematele. Puudus viipekeeletõlketeenusest, et abini jõuda. Audioloog laiutas käsi – abistada polnud võimalik. Psühholoogiline abi polnud tol ajal kättesaadav. Kuuldeaparaat ei aita mind ja logopeed suudab vaid ajutiselt kõnet parandada. Ükski abi ei korva kuulmise kaotust. Suhtlemisoskuste vähesus ja kuuldeaparaadiga kohanematus. Info vähesus. Ei tea, kelle poole pöörduda ja kuidas kuulmisprobleemiga praktiliselt toime tulla. Püüan ise hakkama saada.” Abi mitte otsimist ei põhjendatud.

**Hiliskurdistunute tugi "olulistelt teistelt"**

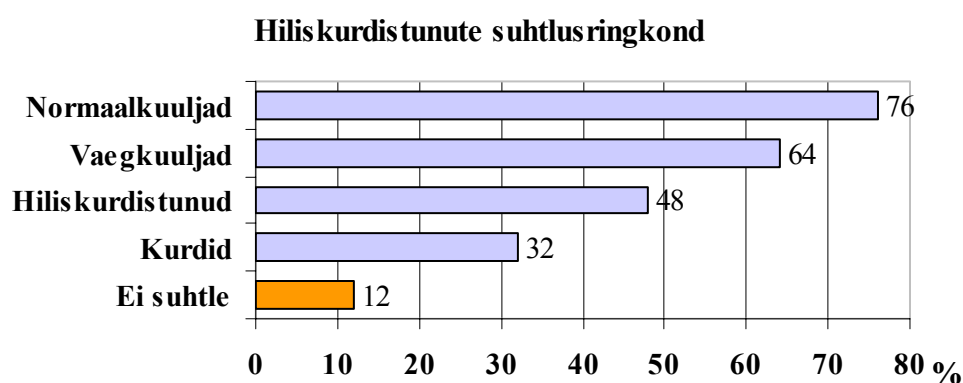


**Joonis 5.** „Oluliste teiste” toetus kuulmiskaotusega kohanemisel

**Toetust** (Joonis 5) kirjeldati: „Vaegkuuljast abikaasa jagas oma kogemusi, rääkis kuidas ta oma hirmudest üle sai. Vanemad viisid mind kurtide kooli, kurtide-vaegkuuljate ühingusse. Vanemad ja õpetajad püüdsid õpetada suultlugemist ja treenida kuulmist. Vanemad ja sõbrad on olnud emotsionaalseks toeks, kuid ka vahendanud olulisi teateid. Sõpradega jagame ühiseid huvisid ja

kurdikultuuri, suhtleme viipekeekles. Lapsed teatasid näiteks uksekella või telefoni helisemisest. Lapsed hoiavad elu küljes kinni. Koolikaaslased jagasid oma konspekte ja aitasid suhelda. Töökaaslaste poolt mõistev ja kannatlik suhtumine. On olnud nii naljakaid olukordi ja tõgamist kui ka riidu ja solvumist. Kui aru ei saanud, võeti paber ja pliiats appi. On püütud selgemini hääldada ja kõneleda näoga minu poole, kasutatud kehakeelt ja viipeid.” **Toetuse puudumist põhjendati:** „Pole tuge otsinud ja nad ei oskaks aidata ka. Olen püüdnud ise hakkama saada.”

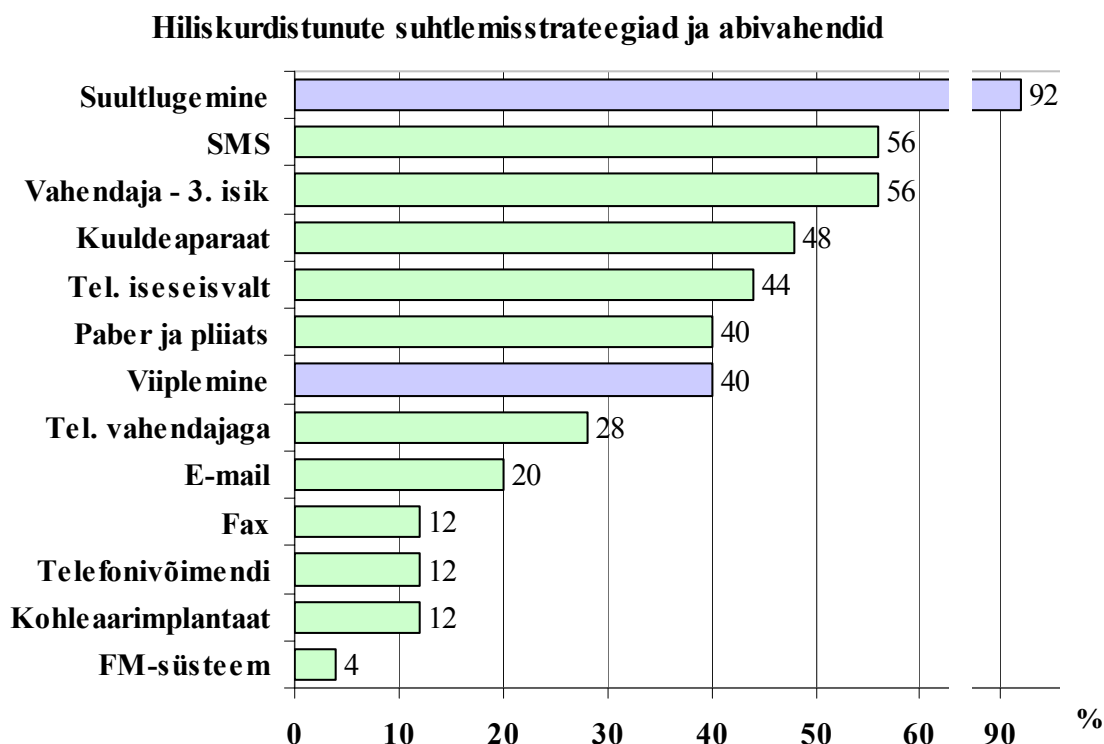
**Kurtide-vaegkuuljate ühingus** osales aktiivselt 48% uurituist. Mitteosalemist põhjendati: „Pole teadmisi ühingute kohta ja ei oska teavet leida. Ei tunne selleks vajadust. Ei ole aktivist. Vaevalt, et see mulle midagi juurde annab. Pole aega ega võimalust kodu ja töö kõrvalt tegeleda. Kodu lähedal pole ühtegi sellist ühingut.”



**Joonis 6.** Hiliskurdistunute suhtlusringkond

**Suhtlusringkonda** (Joonis 6) kirjeldati: „Suhtlen kõigiga, ei tee vahet. Suhtlen enamasti normaalkuuljatega, sest kuulun nende maailma. Kurtidega on olnud vähe kokkupuuteid. Suhtlen enamasti kurtidega, kelle hulgas on ka hiliskurdistunuid. Suhtlen vaegkuuljate ja kurtidega, kuna õppisin vaegkuuljate koolis; kuna ühingu üritustest võtame koos osa ja jagame viipekeelt. Olen vaegkuuljate-kurtide ühingu aktiivne liige.” 12% (3 inimest) uurituteist väitis, et ei suhtle üldse, mida põhjendasid lisanduva muu puudega ja selle tõttu kontakti leidmise raskusega.

Uuritavate hulgas polnud isikuid, kel puudusid või kes ei kasutanud suhtlemisel mingeid abivahendeid ega strateegiaid. Hiliskurdistunutest valdav osa (Joonis 7) 92% (23 in.) kasutasid suhtlemiseks suultlugemist ja 40% (10 inimest) kasutasid suhtlemiseks viipekeelt, mida nad olid õppinud koolis või kurtide ühingus.



Joonis 7. Abivahendite ja suhtlemisstrateegiate kasutamine suhtlemisel

### Hinnang kuulmiskaotusega kohanemisele ja suhetele ning enesemääratlus

**Kõige enam on aidanud** kuulmiskaotusega kohanemisel: „vanemad ja sõbrad; suhtlemine teiste inimestega; kuulmisabivahendid; viipekeele õppimine ja oskamine; viipekeeletõlgid; logopeed õpetas suult lugema; optimism; soov elus edasi jõuda; kuulmislanguse aeglane kulg; oma koha leidmine elus; ise enda aitamine; teiste hoolivus ja mõistev suhtumine; lemmikloomad; osalemine Kurtide ühingus.” Kuulmiskaotusega kohanemisel on **kõige enam takistanud**: kontaktide ja suhtlemise puudumine teiste inimestega; infopuudus, eriti maapiirkonnas; vähene enesekindlus ja madal enesehinnang; eraldatus vanematest ja kodust kooli ajal. „Inimeste suhtumine, et kui sa ei kuule, oled muidu ka „puudulik”. Ei saa alati ise suhelda inimestega, kellega sooviks. Töö, mida ei saa teha oma kuulmatuse ning jääkkuulmist kahjustava müra tõttu. Kõige raskem on suhelda ametiasutustes, sest sealne personal pole koolitatud, kuidas selliste inimestega käituda. Tavakoolis kaasõpilaste julmus.”

**Kuulmiskaotusega ja sellega seotud probleemidega kohanemist** pidas edukaks 72% uurituist ja seda põhjendati: info kogumisega, haridusliku edasijõudmisega, abi otsimise ja saamisega spetsialistidelt, vanematelt ja sõpradelt saadava toega. ”Tulen igapäevasuhtlemisega toime abivahendite ja viipekeelega abil. Olen säilitanud kõnekeelet ja loen hästi suult. Mul on koht kurdi-kogukonnas ja uus tutvusringkond. Olen üle saanud kurdistumise järgsest alaväärsustundest ja

arglikkusest ning kurtuse kui paratamatusega leppinud.” **Kohanemisedu puudumise** põhjuseks peeti: „Ema keelas mul igasuguse kohanemise ära, sisendas minule ja endale, et mu „vigasus” on vaid ajutine nähtus. Ei saa kõikjal ja alati hakkama. Suhtlemisraskuse tõttu ei ole leidnud oma kohta ühiskonnas. Saan suheldud ainult tuttavate inimestega. Tööprobleemid. Ei taha oma kuulumatusega leppida.”

**Suhete muutumist** lähedaste, sõprade ja tuttavatega väitis 52% hiliskurdistunutest: „Varem olin suur suhtleja, pärast kuulumise kaotamist jäin üksi. Pärast kurdistumist suhted katkesid ning taastuma hakkasid pikkamööda aastaid hiljem. Suuliselt ei saa sõbrad minuga enam nii kergesti kontakti. Olen sõpru kaotanud. Väldin kuuljaid, kelle jutust ei saa aru. Olen hakanud suhetest eemale hoidama. Kuuljate hulgas tunnen end tõrjutuna, võõraste hulgas on ebamugav. Häbenen ja kardan valesti aru saada ja valesti vastata. Tihti vajan ülerääkimist – mõned tüdinevad, loobuvad sellest. Olen hakanud varasemaga võrreldes palju rohkem kasutama *e-maili*, SMS-i ja interneti jututuba. Olen leidnud uued sõbrad ja saanud tuttavaks samasuguste probleemidega inimestega.”

**Kõrvalejäetust** suhtlemisest ja otsustamisest oli kogunud 56% uurituist ning kirjeldasid seda: „Oma kodus olin tõrjutud ja ei saanud kaasa rääkida. Kui toimuvad vestlused, ei saa ma nendest osa võtta – mind nagu polekski seal. Olen selles osaliselt ise süüdi, sest olen häbenemise tõttu suhetest eemale hoidnud. Ka teised hoiavad minust eemale, sest kardetakse arusaamatusi. Vanemad otsustavad kõik minu eest. Kuuljate hulgas ei suuda ma ka tõlgi abil võrdselt kaasa rääkida otsustamisel. Masendas ütlus minu kohta – „Temaga ei saa rääkida, sest ta ei kuule midagi“. Tunnen tõrjutust ühiskonnas. Olen tihti jäänud üksi.”

**Positiivset** leidis **kurtuses**-kuulmiskaotuses 44% hiliskurdistunutest, kes kirjeldasid seda: „Müra, ebameeldivate hääte ja ebameeldiva jutu puhul saan oma kuuldeaparaadi välja lülitada. Ma saan nüüd töövõimetuspensionini. Mul on vaikusel kergem keskenduda oma tegevustele. Mu taktiilne tundlikkus on paranenud. Seoses kurdistumisega olen õppinud suultlugemist, viipekeelt ja leidnud uusi sõpru. Vahel on isegi lohutav, kui ei kuule enda kohta käivaid alandavaid repliike ja tühja klatši.” Ülejäänud 56% uuritavate hinnang kurtusele oli **negatiivne**: „Piiiranguid on rohkem, valikuvabadust vähem. Inimeste eelarvamused. Tundub nagu arvaksid paljud kuuljad, et vaegkuuljatel ei tohiks olla „normaalset” elu (ülikool, abielu). Ei kuule kõnet, muusikat, loodus-hääli. Kuulumise kaotuses ei saa olla midagi positiivset. Pole olnud võimalust haridust omandada. Eriala ja töökohtade valik väike. Kuuljad suhtuvad vaegkuuljatesse sageli kui rumalatesse ja saamatutesse.”

**Nõu vajab** lisaks 40% uurituist: juriidilises (ametiasutustes suhtlemise), psühholoogilises ja sotsiaalvallas – kuidas tulla toime emotsioonide ja suhetega ning kuidas „omasugustega” kontakti leida. Lisaks sooviti lisateadmisi kuuldeaparaadi jt. abivahendite hankimise ja kasutamise kohta.

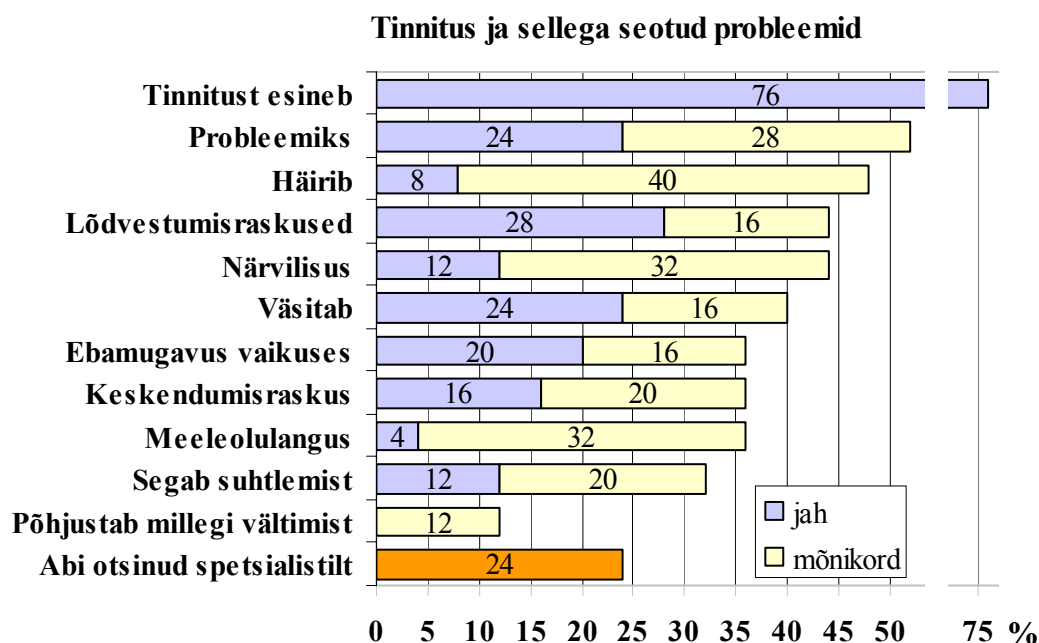
**Enesemääratluses** lähtusid hiliskurdistunud säilinud kuulmisjärgist ja sellega seoses toimetulekust suhtlemisel kuulmisabivahendite abil ning oma asendist ühiskonnas. 64% uurituist pidas ennast vaegkuuljaks ning kurdiks 36% (9 in.) uurituist. Viimastest 78% (7 in.) kasutas suhtlemisvahendina viipekeelt.

**Pilti** kommenteeris 76% (19 in.) uurituist, ülejäänutel ei tekkinud pildiga seoses mõtteid või soovi kommenteerida. **Kirjeldati** järgmist: „Naljakas, tabav, tragikoomiline. Tohter enamasti tinnituse kohta piisavalt ei seleta, vaid annab mõista, et „Unusta ära!”, et pead sellega lihtsalt elama ja mitte midagi pole teha. Tola tunne tekib, kui abi ega seletust ei saa – kumb see loll on? Naerma paneb pilt tabava esituse ja äratundmisrõõmu tõttu. Arst ei suudaks niikuinii aidata – nad on täiesti kasutatud sellistes asjades. Arsti juures tunnen end tihti tolana, kui arst arvab, et ma ei saa millestki aru. Võib-olla ma ei saa aru, mida ta räägib, aga karjuda pole vaja, häält kuulen piisavalt. Kurdi peale karjuda pole mõtet – ta niikuinii ei kuule. Issand, kuidas ma teiega rääkima pean? Ega helin pole mu oma pandud, et võib karjuda ja alandada mind. Olen isegi õnnetu. Arst näeb ilmselt helina põhjusena „kuljuseid”. Paistab, et tegemist on möödarääkimisega. Helin kõrvades on kenam, kui karjuv arst – kumb see hull on? Arsti kabinet: patsient kaebab et peas on helin; arst vastab: „Ära siis kuula! Oli teil asja ka?”; patsient ohkab ja läheb ära. Olen puudega inimene ja arst peaks minuga sõbralikumalt, delikaatsemalt suhtlema ja asju selgitama, ma ei ole narr. Karjuv tohter – peab ikka taktitunnet olema! Terve see ilmaelu on üks klounaad. Võtku patsient müts maha! Teil on kaelaradikuliit või veresoonte lupjumine, või-olla ka kõrvad haiged. Kui pea kohiseb, siis las kohiseb! Kahtlemata tekib pärast kurdistumist depressioon, kuid see on mööduv, kellel kiiremini, kellel aeglasemini; sõltuvalt sellest, millised võimalused on lülitada tagasi aktiivsesse ellu. Halvim, mis võib juhtuda, on virisemine, enesehaletsus ja teiste peale lootmine, et teised aitaksid eluga toime tulla. Kui paluda rääkida kõvemini ja aeglasemalt, muutub enamasti suultlugemine võimalikuks. Helinad ei ole muutunud probleemiks. Tobe pilt!”

### **Tinnitus ja sellega kohanemine**

Hiliskurdistunutest väitis 24<sub>+28</sub>% (13 in.) endal olevat probleemiks tinnituse (Joonis 8), millele oli spetsialistilt abi otsinud 24% (6 in.). **Abi otsiti** perearstilt, kõrvaarstilt, neuroloogilt ja psühhiaatril. Abi saamiset kirjeldati: „Abi pole saanud mitte mingisugust. Arst ütles, et minu probleemile ei olegi lahendust. Ei tunta huvi selle vastu. Arstid ei ole oma otsustes kindlad.” Teised,

kellele tinnitus probleemiks ei olnud, vastasid, et nad on sellega harjunud, et tinnitust esineb ainult mõnikord või nad ei pööra sellele tähelepanu.



**Joonis 8.** Tinnitus ja sellega seotud probleemid

**Probleemi kirjeldati:** „Alguses arvasin, et lähen hulluks. Vahel tundub tinnitus nii vali, et mõtlen, et teisedki võiks seda kuulda. Segab kuulamisel; häirib; tüütab; takistab keskendumist; teeb enesetunde halvemaks; õhtuti ei saa magama jääda; ei puhka korralikult välja. Tugev kohin summutab nõrgemad helid, mida kuulata tahaksin. Vahel sunnib ringi vaatama, kust heli tuleb. Minu jaoks ei olema täielikku vaikust. Ei tea, kust abi otsida.” **Tinnitusega toimetulekut** kirjeldati: „Püüan sellest mitte välja teha; sellele mitte mõtelda. Pööran tähelepanu mujale. Tegelen millegi huvitavaga. Panen muusika kõvemini mängima, reguleerin kuuldeaparaadi valjemaks. Üritan end „välja lülitada”. Olen sellega leppinud. Ei tulegi toime.” Tinnituse tõttu kasutas 12% uuritutest (3 in.) **millegi vältimist**: tugev müra ja vibratsioon, väsimus, ülemäärased emotsioonid, kofeiiniga joogid. Tinnitust üldse ei esinenud 24%-l (6 in.) uurituist.

### Üldised toimetuleku viisid

BCOPE 14 skaalat on reastatud keskmiste järgi (Tabel 1). Kõige enam väitsid hiliskurdistunud end kasutavat mõtete kõrvalejuhtimist, planeerimist ja aktsepteerimist. Kõige vähem arvasid nad end kasutavat üldiselt kohanemisele mitte kaasaaitavateks peetavaid strateegiaid nagu loobumine, mõnuainete kasutamine ja vältimine. Cronbachi  $\alpha$  koefitsiendid olid BCOPE 14 skaalal vahemikus .64 (mõtete kõrvalejuhtimine) kuni .96 (mõnuainete kasutamine). Skaalade väidetevaheline korrelatsioon oli vahemikus  $r=.41$  kuni  $.86$ .

**Tabel 1.** Toimetuleku strateegiate keskmised, standardhälbed ja skaalade reliaabluskoeffitsiendid

BCOPE skaalad	M	SD	Cronbach'i $\alpha$	r Spearman
Mõtete kõrvalejuhtimine	6.0	1.4	.64	.55
Planeerimine	5.6	1.6	.69	.61
Aktsepteerimine	5.1	1.5	.87	.76
Aktiivne tegutsemine	5.0	1.6	.87	.79
Positiivsele keskendumine	4.2	1.6	.76	.57
Instrumentaalse sotsiaalse toetuse otsimine	4.1	1.5	.90	.79
Tunnete väljajelamine	4.0	1.4	.73	.63
Huumor	3.9	1.5	.74	.66
Enesesüüdistamine	3.8	1.2	.78	.61
Emotsionaalse sotsiaalse toetuse otsimine	3.6	1.3	.72	.41
Vältimine	3.5	.8	.74	.60
Religioon	3.0	1.5	.83	.57
Mõnuainete kasutamine	2.9	1.4	.96	.86
Loobumine	2.7	1.2	.70	.48

Märkused: **M** – keskmine skoor, **SD** – standardhälve, **r** – skaala väidetevaheline korrelatsioon

Dispersioonanalüüsil (ANOVA) (Tabel 2) selgusid olulised **vanuselised** erinevused toimetuleku strateegiate kasutamises, kus „nooremad” otsisid „vanematest” enam emotsionaalset sotsiaalset tuge, elasid rohkem tundeid välja ja kasutasid vähem huumorit.

**Kurtuse kestus** mõjutas toimetulekuviiside kasutamist nii, et üle 10 aastat kurdid olnud inimesed kasutasid probleemilahenduses enam planeerimist ja huumorit, kui kuni 10 aastat kurdid olnud inimesed. Ilmselt tulenes see asjaolu harjumisest, leppimisest või kohanemisest oma olukorraga.

Oluline **sooline** erinevus ( $F=4.88$ ,  $p<.05$ ) ilmnes ainult religiooni skaalal, kus naised kasutasid meestest enam usulist kohanemisstrateegiat. Kuna meeste-naiste jaotused ( $n_{mees}=10$ ,  $M=2.20$ ,  $SD=.42$  ja  $n_{naine}=15$ ,  $M=3.37$ ,  $SD=1.77$ ) olid Levene' testi järgi oluliselt erinevad ( $F=9.01$ ,  $p<.01$ ), siis keskmiste võrdlus siin mõtet ei oma. Lisaks tuli välja nõrgem sooline erinevus tunnete väljajelamise, mõtete kõrvalejuhtimise ja enese süüdistamise skaalal. Naised kaldusid enam tundeid välja elama ja oma mõtteid probleemidelt kõrvale juhtima; mehed aga kasutasid enam enesesüüdistamist. Need erinevused polnud siiski statistiliselt olulised. Muude toimetuleku strateegiate kasutamine oli meestel-naistel veel sarnasem ja neid näitajaid välja toodud pole.

Inimesed, kes olid kogenud oma kurdistumisega seoses **suhete muutumist** „oluliste teistega”, kasutasid toimetulekuviisidena vähem huumorit ja elasid tundeid enam välja. BCOPE testis on tunnete väljajelamise skaala sisuks just negatiivsed tunded (halva tuju korral kirumine ja sellekohaste tunnete väljajelamine). Võiks oletada ka vastupidist seost, et inimese vähesem

humoorikus ja negatiivsete emotsioonide väljendamine peegeldub suhete muutumises teiste inimestega.

Hiliskurdistunud, kes tundsid end olevat **kõrvalejäänud** suhtlemisest ja otsustamisest, kasutasid samuti enam tunnete väljaelamist. Seos võib olla eelmise kirjeldusega samasuunaline.

Inimesed, kes väitsid end olevat **edukalt kohanenud** oma kuulmiskaotusega ja sellest tulenevate psühhosotsiaalsete probleemidega, kasutasid enam huumorit, keskendusid enam positiivsele, elasid vähem välja oma tundeid, otsisid enam instrumentaalset sotsiaalset toetust ja planeerisid enam võrreldes enesekohaselt mitte-edukat kohanemist väitnud hiliskurdistunutega.

Inimesed, kes oskasid leida midagi **positiivset** oma **kuulmatuses**, keskendusidki enam positiivsele ja kasutasid toimetulekuks enam huumorit.

**End** kurdina **määratlenud** hiliskurdistunud kaldusid enam kasutama enesesüüdistamist, kui end vaegkuuljana määratlenud inimesed.

Vaegkuuljate-kurtide **ühingus** aktiivselt **osalenud** hiliskurdistunud kasutasid probleemidega toimetulekuks rohkem planeerimist, huumorit ja aktiivset tegutsemist ning keskendusid enam positiivsele.

Hiliskurdistunud, kes **suhtlesid** teiste **vaegkuuljate, kurtide ja hiliskurdistunutega**, kasutasid probleemide lahendamise viisidena ühise joonena kõige enam planeerimist ja aktiivset tegutsemist. Seevastu inimesed, kes **normaalkuuljatega** ei suhelnud (või ei saanud suhelda oma kuulmatuse tõttu), kasutasid teistest enam enesesüüdistamist.

Suhtlemisvahendina **viipekeele kasutajad** juhtisid enam oma mõtteid probleemidelt kõrvale ning kasutasid enam planeerimist ja aktiivset tegutsemist. Suhtlemisel **vahendaja** abile toetuvad inimesed kaldusid enam kasutama (olukordade, probleemide) aktsepteerimist. **Telefoni isesisvalt kasutavad** hiliskurdistunud toetusid enam huumorile (oletatavalt näiteks kohmetustekitavates, naljakates või probleemsetes olukordades). Inimesed, kes **telefonisuhtlemisel** kasutasid **vahendaja** abi, toetusid toimetulekul enam emotsionaalsele sotsiaalsele toele (milleks valmisolek oletatavalt loob omakorda ühe eelduse vahendaja abivalmidusele).

Hiliskurdistunud, kelle jaoks **tinnitus** oli **probleem**, kasutasid vähem aktiivset tegutsemist ning planeerimist (kujunenud paratamatu või lootusetu hoiaku tõttu tinnitusesse). Inimesed, kes olid **tinnitusele spetsialistilt abi otsinud**, kasutasid toimetuleku viisina enam vältimist. Inimesi, keda



**tinnitus häiris** ja kes selle tõttu tundsid end **vaikus**es **ebamugavalt**, kasutasid enam (negatiivsete) emotsioonide väljaelamist. Need, kellel tinnitus põhjustas **meeleolulangust**, kasutasid toimetulekuks vähem huumorit.

Hiliskurdistunud, kelle **enesehinnangu** skoor R-EHI skaalal oli **üle keskmise** (hiliskurdistunute grupisises võrdluses), kasutasid toimetuleku viisidena enam positiivsele keskendumist, huumorit ja planeerimist ning vähem (negatiivsete) tunnete väljaelamist.

**Tabel 2.** Erinevate tegurite mõju toimetuleku strateegiate kasutamisele

<b>TOIMETULEKU STRATEEGIAD</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>* Vanus</b>								
		<b>„nooremad”</b>			<b>„vanemad”</b>			
Emotsionaalse sotsiaalse toe otsimine		4.40	1.51		3.07	.80	8.36	<b>.008</b>
Tunnete väljaelamine	10	4.90	1.37	15	3.40	1.17	8.51	<b>.008</b>
Huumor		3.10	1.29		4.40	1.35	5.76	<b>.025</b>
<b>* Kurtuse kestus</b>		<b>kuni 10 a</b>			<b>üle 10 a</b>			
Planeerimine	10	4.70	1.70	15	6.20	1.15	6.98	<b>.015</b>
Huumor		3.10	1.37		4.40	1.30	5.76	<b>.025</b>
<b>* Muutunud suhted</b>		<b>jah+mõnikord</b>			<b>ei</b>			
Huumor	14	3.21	1.25	11	4.73	1.27	8.88	<b>.007</b>
Tunnete väljaelamine		4.57	1.51		3.27	1.01	6.03	<b>.022</b>
<b>* Kõrvale jäänud</b>		<b>jah+mõnikord</b>			<b>ei</b>			
Tunnete väljaelamine	16	4.50	1.41	9	3.11	1.05	6.57	<b>.017</b>
<b>* Edukas kohanemine</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Huumor		4.44	1.29		2.43	.55	15.6	<b>.001</b>
Positiivsele keskendumine		4.72	1.36		2.71	.95	12.6	<b>.002</b>
Tunnete väljaelamine	18	3.50	1.25	7	5.29	1.11	10.9	<b>.003</b>
Instrumentaalse sotsiaalse toetuse otsimine		4.50	1.51		3.14	.69	5.16	<b>.033</b>
Planeerimine		6.00	1.28		4.57	1.81	4.96	<b>.036</b>
<b>* Positiivse leidmine kurtuses</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Positiivsele keskendumine	11	4.91	1.64	14	3.57	1.22	5.47	<b>.028</b>
Huumor		4.45	1.51		3.43	1.28	3.38	<b>.079</b>
<b>* Enesemääratlus</b>		<b>vaegkuulja</b>			<b>kurt</b>			
Enesesüüdistamine	16	3.44	.96	9	4.44	1.42	4.45	<b>.046</b>
<b>* Ühingu osalemine</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Planeerimine		6.50	1.09		4.77	1.48	10.9	<b>.003</b>
Huumor	12	4.58	1.08	13	3.23	1.48	6.69	<b>.016</b>
Aktiivne tegutsemine		5.67	1.37		4.31	1.55	5.36	<b>.030</b>
Positiivsele keskendumine		4.83	1.64		3.54	1.20	5.13	<b>.033</b>
<b>* Suhtlemine vaegkuuljatega</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Planeerimine		6.44	1.09		4.11	1.05	26.7	<b>.000</b>
Aktiivne tegutsemine		5.69	1.30		3.67	1.23	14.5	<b>.001</b>
Positiivsele keskendumine	16	4.75	1.44	9	3.11	1.17	8.50	<b>.008</b>
Huumor		4.38	1.26		3.00	1.41	6.30	<b>.020</b>
Mõtete kõrvale juhtimine		6.44	1.53		5.22	1.48	5.22	<b>.032</b>

(Järgneb)

**Tabel 2.** (Järg) Erinevate tegurite mõju toimetuleku strateegiate kasutamisele

<b>TOIMETULEKU STRATEEGIAD</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>* Suhtlemine kurtidega</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Planeerimine	8	6.75	1.04	17	5.06	1.48	8.43	<b>.008</b>
Aktiivne tegutsemine		6.13	.99		4.41	1.54	8.16	<b>.009</b>
<b>* Suhtlemine hiliskurdistunutega</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Planeerimine		6.75	.97		4.54	1.20	25.5	<b>.000</b>
Aktiivne tegutsemine		6.00	1.21		4.00	1.29	15.6	<b>.001</b>
Positiivsele keskendumine	12	5.15	1.47	13	3.23	.93	15.8	<b>.001</b>
Mõtete kõrvalejuhtimine		6.83	1.12		5.23	1.17	12.3	<b>.002</b>
Instrumentaalse sotsiaalse toetuse otsimine		4.83	1.53		3.46	1.05	6.94	<b>.015</b>
Huumor		4.50	1.38		3.31	1.32	4.89	<b>.037</b>
<b>* Suhtlemine normaalkuuljatega</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Enesesüüdistamine	19	3.53	1.12	6	4.67	1.21	4.54	<b>.044</b>
<b>* Viiplemine</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Mõtete kõrvalejuhtimine		6.90	1.20		5.40	1.18	9.55	<b>.005</b>
Planeerimine	10	6.60	1.35	15	4.93	1.34	9.27	<b>.006</b>
Aktiivne tegutsemine		5.90	1.45		4.33	1.40	7.33	<b>.013</b>
<b>* Vahendaja</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Aktsepteerimine	14	5.71	1.49	11	4.27	1.10	7.17	<b>.013</b>
<b>* Telefon iseseisvalt</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Huumor	11	4.55	1.29	14	3.36	1.39	4.77	<b>.039</b>
<b>* Telefon vahendajaga</b>		<b>jah</b>	<b>ei</b>					
Emotsionaalse sotsiaalse toe otsimine	7	4.71	1.60	18	3.17	.86	9.94	<b>.004</b>
<b>* Tinnitus probleemiks</b>		<b>jah+mõnikord</b>			<b>ei</b>			
Aktiivne tegutsemine	13	4.31	1.38	12	5.67	1.56	5.36	<b>.030</b>
Planeerimine		5.00	1.68		6.25	1.34	4.65	<b>.042</b>
<b>* Tinnitusele spetsialistilt abi otsimine</b>		<b>jah</b>			<b>ei</b>			
Vältimine	6	3.67	1.03	19	2.63	.83	6.33	<b>.019</b>
<b>* Tinnitus põhjustab meeleolulangust</b>		<b>jah+mõnikord</b>			<b>ei</b>			
Huumor	9	3.11	1.27	16	4.31	1.40	4.52	<b>.045</b>
<b>* Tinnitus häirib</b>		<b>jah+mõnikord</b>			<b>ei</b>			
Tunnete väljaelamine	12	4.67	1.37	13	3.38	1.26	5.94	<b>.023</b>
<b>* Tinnitus vaikuses ebameeldiv</b>		<b>jah+mõnikord</b>			<b>ei</b>			
Tunnete väljaelamine	9	4.78	1.39	16	3.56	1.32	4.72	<b>.040</b>
<b>* REHI skoor</b>		<b>üle keskmise</b>			<b>alla keskmise</b>			
Positiivsele keskendumine		5.08	1.32		3.17	1.12	15.1	<b>.001</b>
Huumor	13	4.65	1.32	12	3.00	1.04	12.5	<b>.002</b>
Planeerimine		6.38	1.12		4.75	1.55	9.28	<b>.006</b>
Tunnete väljaelamine		3.31	1.25		4.75	1.29	8.07	<b>.009</b>

Märkused: **M** – keskmine skoor, **SD** – standardhälve, **F** – *f*-statistik, **p** – statistilise olulisuse nivoo ( $p < .05$ ), **n** – katseisikute arv ( $n_{\text{kokku}}=25$ ). Tabelis toodud (Levene' testi järgi homogeensete) gruppide olulised erinevused

## Enesehinnang

Hiliskurdistunutel vanuses 18 kuni 67 aastat ( $n=25$ ,  $M=44.0$ ;  $SD=16.58$ ) olid R-EHI skoorid vahemikus 9 kuni 37 ( $M=25.8$ ,  $SD=6.80$ ). Skaala sisereleiaabluse koefitsient sellel valimil oli Cronbach'i  $\alpha=.87$  ja keskmine väidetevaheline korrelatsioon  $r=.40$ .

Anaalüüsi t-testiga selgus statistiliselt oluliselt kõrgem enesehinnang (Tabel 3) nendel hiliskurdistunutel, kes suhtlesid teiste hiliskurdistunute ja vaegkuuljatega ning osalesid aktiivselt vaegkuuljate-kurtide ühingus, kelle kurtus oli kestnud üle 10 aasta, kes hindasid oma kuulmiskaotuse ulatust sügavaks või täielikuks ning kes polnud kogenud enese kõrvalejäämist suhtlemisest ja otsustamisest ega tajunud suhete muutumist lähedaste-sõprade-tuttavatega seoses oma kuulmiskaotusega. Veel selgus, et sugu, vanus („nooremad” vs. „vanemad” täiskasvanud), kurdistumise iga, haridustase, abielulisus, enesemääratlus (kurt vs. vaegkuulja) ega spetsialistidelt saadud abi piisavus ei omanud enesehinnangule statistiliselt olulist mõju.

**Tabel 3.** Erinevate tegurite mõju enesehinnangule

Tegurid	Rühmitav tunnus	n	M	SD	t	p
<b>Suhtlemine hiliskurdistunutega</b>	jah	12	30.0	4.99	3.71	<b>.001</b>
	ei	13	21.9	5.91		
<b>Suhtlemine vaegkuuljatega</b>	jah	16	28.8	4.91	3.59	<b>.002</b>
	ei	9	20.4	6.62		
<b>Kurtuse kestus</b>	kuni 10 a	10	21.3	6.80	-3.13	<b>.005</b>
	üle 10 a	15	28.7	5.01		
<b>Kõrvale jäänud suhtlemisest</b>	jah	13	22.8	6.83	-2.41	<b>.025</b>
	ei	9	29.2	4.99		
<b>Muutunud suhted</b>	jah	14	23.1	6.93	-2.37	<b>.026</b>
	ei	11	29.1	5.17		
<b>Ühingus osalemine</b>	jah	12	28.8	5.59	2.29	<b>.031</b>
	ei	13	23.0	6.82		
<b>Kuulmislanguse ulatus</b>	raske	6	22.5	5.86	-2.23	<b>.041</b>
	sügav	12	28.8	5.61		

*Märkused: M – keskmine skoor, SD – standardhälve, p – statistilise olulisuse nivoo, t – t-statistik, n – katseisikute arv ( $n_{kokku}=25$ )*

## ARUTELU

Kui esinduslik oli valim hiliskurdistunutest? Arvestades asjaolusid, et küsitluses osalenutest 4/5 olid need vabatahtlikud hiliskurdistunud täiskasvanud, kes olid kättesaadavad kurtide-vaegkuuljate ühingutel olevate kontaktandmete abil; mis omakorda eeldas, et need inimesed olid nende ühingute liikmed ning suhteliselt aktiivsed suhtlejad-tegutsejad.

Sarnaselt varasemate uuringutega ei ilmnud olulisi enesehinnangu erinevusi sõltuvalt soost, vanusest ega haridustasemest, mis kinnitab enesehinnangu pigem globaalset kui spetsiifilist iseloomu (Pullmann, 1997). Käesolevas uurimuses ei leidnud kinnitust varasemates uuringutes leitud tendents, et kõrgema akadeemilise edukusega (haridustasemega) inimestel on kõrgem enesehinnang.

Osaliselt leidis kinnitust, et enesehinnang on tihedalt seotud tagasisidega, mida kurdistunu saab vanematelt, õpetajatelt, lastelt, töökaaslastelt ja teistelt „olulistelt isikutelt” (Obrzut, Maddock ja Lee, 1999). Kuigi uurimuses ei ilmnud „teistelt olulistelt” isikutelt kuulumislangusega kohaneamiseks saadud toe otsesest mõju enesehinnangule, mõjutasid seda oluliselt ( $p < .05$ ) kõrvalejätuse tunne vestlustest ja otsustamisest ning muutunud suhted „oluliste teistega”.

Kurtide-vaegkuuljate ühingus osales aktiivselt alla poole (48%) uuritud hiliskurdistunutest soovi, vajaduse, võimaluse või informeerituse puudumise tõttu, sarnaselt Ross'i (2003) uuringuga. Samas leidis kinnitust, et teiste samasuguste probleemidega inimestega (hiliskurdistunud, vaegkuuljad) suhtlevatel hiliskurdistunutelt oli grupisesel võrdlusel oluliselt kõrgem enesehinnang ( $p < .01$ ). Seega on suhtlemine endasarnaste inimestega üks hiliskurdistunute positiivset enesehinnagut toetav psühholoogiline toimetuleku mehhanism (Bat-Chava, 1993).

Enesehinnang sõltus oluliselt kurtuse ulatusest ( $p < .05$ ), kus leidis kinnitust, et vaegkuuljatel (endal rasket kuulmislangust (III aste) märkinud inimestel) oli oluliselt madalam enesehinnang kui kurtidel (endal sügavat kuulmislangust (IV aste) märkinud inimesed). Veel mõjutas enesehinnangut oluliselt kurtuse kestus ( $p < .01$ ), mida taas toetab Kaland ja Salvatore (2002) uurimus.

End kurdina määratlenud 36% hiliskurdistunutest kasutas suhtlemisvahendina viipekeelt 78%, seda viipekeelses keskkonnas (ühingud, sõbrad-tuttavad, pereliikmed). Enamus hiliskurdistunuid (92%) kasutas peamise suhtlemisvahendina suultlugemist, mis kinnitab Seppa (1997) leidu, et hiliskurdistunud eelistavad jääda suhtlema normaalkuuljatega kasutades selleks enamasti suulist

suhtlemist ja suultlugemist. Vaegkuuljana määratles end 64%, mis toetab Sliney (1995) väidet, et enamused hiliskurdistunuid ei pea end kurdiks, vaid loevad end kuuljate hulka kuuluvaks.

Hiliskurdistunud kasutasid üldiste toimetuleku viisidena enim mõtete kõrvalejuhtimist, planeerimist ja aktsepteerimist ning vähim loobumist ja mõnuainete kasutamist. End edukalt kuulmislangusega seotud probleemidega kohanenuks väitnud ning teiste samasuguste probleemidega inimestega suhelnud hiliskurdistunud kasutasid ka enim erinevaid toimetuleku viise. Need leiud seostuvad Holte ja Dinis (2001) uuringu eduka kohanemise põhjendustega, kus rõhku omasid suhtlemine endasarnaste inimestega, lähedaste tugi, motiveeritus ning erinevate toimetuleku strateegiate kasutamine.

Inimesi, keda tinnitus häiris ja kes selle tõttu tundsid end vaikuses ebamugavalt, kasutasid enam (negatiivsete) emotsioonide väljaelamist, mis kannabki probleemi emotsionaalset komponenti. Tinnituse esinemissagedus käesolevas hiliskurdistunute valimis oli võrreldav varasemate uuringutega (Langer-Roedel, 2003).

68% uuritutest leidis pöördumisel saadud professionaalse abi olnud ebapiisava, kus kerkis esile mõlemapoolne puudujääk informeerituses ja üldistes suhtlemisoskustes.

Pildikommentaaridest ning vastustest kuulmisprobleemile ja tinnitusele professionaalse abi otsimise ja saamise kohta selgus, et paljud spetsialistiga kokkupuutunud hiliskurdistunud on kogunud tõrjuvat, hoolimatut, üleolevat või negatiivset suhtumist ning puudujääke abistamisprotsessis. Samuti olid kurdistunud kogunud paternalismi (enda eest otsustamist-tegutsemist) suhetes lähedastega.

Käesolevas uurimustöös saadi ülevaade psühhosotsiaalsetest probleemidest, millega hiliskurdistunud seoses kuulmiskaotusega kokku puutuvad. Kinnitust leidis, et hiliskurdistunud kasutavad toimetulekuks erinevaid viise ja on neis erineval määral edukad. Nende üldist enesehinnangut mõjutab oluliselt kurtuse kestus ja ulatus, teiste samasuguste probleemidega inimestega suhtlemine, muutunud suhted „oluliste teistega” ning aktiivne osalemine kurtide-vaegkuuljate ühingutes.

## **TÄNUSÕNAD**

Suur tänu Maie Kreegipuule ja Regina Toomile kannatliku juhendamise ja sujuva koostöö ja eest! Veel tänan Talvi Kallasmaad lahkete nõuannete eest ja Volli Pärnlart abi eest kontaktide loomisel sihtgrupiga. Eriti tänan oma ema, kes oli mulle moraalseks toeks uurimistöö ajal ning abiks ja vahendajaks uuritavatega kontakti loomisel. Tänan ka uurimuses osalenud hiliskurdistunuid, kelle tõttu käesolev uurimus teoks sai.

## ALLIKAD

- Aguayo, M. O., Coady, N. F. (2001). The Experience of Deafened Adults: Implications for Rehabilitative Services. *Health & Social Work*, 26(4), 269-276.
- Andrews, J. F., Leigh, I. W., Weiner, M. T. (2004). Deaf people: Evolving perspectives from psychology, education, and sociology. Pearson. New York.
- ALDA – Association of Late-Deafened Adults. (2001) Incorporated, Bylaws, 1-10.  
<http://www.alda.org/forms/ALDAincBylaws2001.pdf> (Külastatud: 20.03.2004).
- Backenroth, G. A. M. (1998). Counseling in order to develop tolerance between hearing people and deaf people in bicultural working groups. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 20, 219-229.
- Barnett, S., Franks, P. (2002). Health care utilization and adults who are deaf: Relationship with age at onset of deafness. *HRS: Health Services Research*, 37, 1.
- Bat-Chava, Y. (1993). Antecedents of self-esteem in deaf people: A meta-analytic review. *Rehabilitation Psychology*, 38, 221-234.
- Bat-Chava, Y. (2000). Diversity of deaf identities. *American Annals of the Deaf*, 145, 420-428.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Cowie, R., Douglas-Cowie, E. (1992). *Postlingually acquired deafness: speech deterioration and the wider consequences*. (Trends in linguistics: Studies and monographs; 62.) Berlin; New York : Mouton de Gruyter.
- Erikson, E. H. (1972). Eight stages of man. Lavatelli, C. S ja F Stendler, F. (Eds). *Readings in Child Behaviour and Child Development*. Harcourt Brace Johanovich, New York.
- Erlandsson, S. I., Hallberg, L. R. ja Axelsson, A. (1992). Psychological and audiological correlates of perceived tinnitus severity. *Audiology*, 31, 168-179.
- Erlandsson, S. I. (1998). Psychological counseling in the medical setting – some clinical examples given by patients with tinnitus and Ménière's disease. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 20, 265-276.
- Hallberg, L. R. ja Erlandsson, S. I. (1993). Tinnitus characteristics in tinnitus complainers and noncomplainers. *British Journal of Audiology*, 27, 19-27.
- Hétu, R. (1996). The stigmata attached to hearing impairment. In S. I. Erlandson (ed.), *Psychological and Psychosocial Approaches to Adult Hearing Loss*. Scandinavian Audiology, Suppl 43, 25, 12-24.

- Holte, M. C., Dinis, M. C. (2001). Self-esteem enhancement in deaf and hearing women: Success stories. *American Annals of the Deaf*, 146(4), 348-354.
- Kaland, M., Salvatore, K. (2002). The psychology of hearing loss. <http://www.asha.org/about/publications/leader-online/archives/2002/020319d.htm> (Külastatud: 30.10.2003).
- Kallasmaa, T. (1997). Toimetuleku struktuur ja seosed isiksusega. Magistritöö. TÜ.
- Kallasmaa, T., Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Journal of Personality and Individual Differences*, 29, 881-894.
- Kellerhals, B., Zogg, R. P. (2000). *Tinnitus-Hilfe. Ein Arbeitsbuch für Patienten und ihre ärztlichen und nichtärztlichen Helfer*. Karger. Basel.
- Kirsch, C. A. Blanchard, E. B, ja Parnes, S. M. (1989). Psychological characteristics of individuals high and low in their ability to cope with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 51, 209-217.
- Langer-Roedel, K. (2003). Information about tinnitus: General information and prevalence. The Ear Foundation of Arizona. <http://www.earfoundationaz.com/files/earfoundationtinnitus.pdf> (Külastatud: 23.11.2003.)
- Luckner, J. L., Stewart, J. (2003). Self-assessments and other perceptions of successful adults who are deaf: An initial investigation. *American Annals of the Deaf*, 148(3), 243-250.
- Obrzut, J. E., Maddock, G. J. ja Lee, C. P. (1999). Determinants of self-concept in deaf and hard of hearing children. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 11, 237-253.
- Osborne, R. L. (2003). Tinnitus. *Encyclopedia Americana*. Grolier Online. <http://ea.grolier.com> (Külastatud: 16.10.2003).
- Pollard, R. (1996). Professional psychology and deaf people: The emergence of a discipline. *American Psychologist*, 51, 383-396.
- Postimees, 24.03.2004. Vestlusring: Kas suretame riigi andmekorralduse ja teaduse välja?
- Roodemäe, Ä. (2004). Hiliskurdistunute psühhosotsiaalsed probleemid. Seminaritöö. TÜ.
- Pullmann, H. (1997). Üldise enesehinnangu skaalade adapteerimine. Seminaritöö. TÜ.
- Pullmann, H., Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Journal of Personality and Individual Differences*, 28, 701-715.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ross, M. (2003). Personal and social identity of hard of hearing people. <http://www.ifhoh.org/ross1.htm> (Külastatud: 23.10.2003.)
- Seppa, N. (1997). Hard-of-hearing clients often hide their disability. *APA Monitor*. <http://www.apa.org/monitor/jul97/hear.html> (Külastatud: 10.10.2003.)



Sliney, A. (1995). *Standards of care for the delivery of mental health services to deaf and hard of hearing persons*. Chapter 7: Specialized clinical demands. Mental health care of hard of hearing clients. [http://www.deafhoh-health.org/resources/MHStandards/Chap7PDFs/Ch7\\_MentalHlthIntro.pdf](http://www.deafhoh-health.org/resources/MHStandards/Chap7PDFs/Ch7_MentalHlthIntro.pdf) (Külastatud: 30.10.2003.)

Zobel-Roosiväli, M. (2003). Stress ja sellega toimetulek politseis. Rakendusmagistritöö projekt. TÜ.

Toom, R. (2002). Viipekeeletõlkide professionaalne areng Eestis. Magistritöö. TÜ.

Vesterager, V. (1997). Fortnightly review: Tinnitus-investigation and management. *British Medical Journal*, 314(7082), 728-731.

Waggoner, L. (2002). What is hearing loss? <http://www.vitalco.net/messenger/W2002-HearingLoss.htm> (Külastatud: 23.10.2003.)

**Lisa 1. Küsimustik – KOHANEMINE KUULMISKAOTUSEGA JA ENESEMÄÄRATLUS**

Järgnevate küsimustega uuritakse Teie kohanemist ja toimetulekut kuulmisprobleemiga. Palun lugege iga küsimust tähelepanelikult. Märkige vastuseks rist küsimuse järel olevasse kasti „Jah“, „Ei“ või „Mõnikord“. Küsimuste järel olevatel ridadel palun põhjendage ja selgitage oma vastust.

1. Mis on Teie kuulmislanguse kliiniline põhjus?

.....

2. Millises vanuses tekkis Teie kuulmislangus?

.....

3. Kui sügav on Teie kuulmislangus (kuulmislanguse aste või kuulmislävi dB-des) käesoleval ajal?

.....

4. Kas Teid on kuulmiskaotusega seotud probleemidega kohanemisel aidanud Teie:

abikaasa?	Jah: <input type="checkbox"/>	Ei: <input type="checkbox"/>	Mõnikord <input type="checkbox"/>
vanemad?	Jah: <input type="checkbox"/>	Ei: <input type="checkbox"/>	Mõnikord <input type="checkbox"/>
lapsed?	Jah: <input type="checkbox"/>	Ei: <input type="checkbox"/>	Mõnikord <input type="checkbox"/>
sõbrad?	Jah: <input type="checkbox"/>	Ei: <input type="checkbox"/>	Mõnikord <input type="checkbox"/>
koolikaaslased?	Jah: <input type="checkbox"/>	Ei: <input type="checkbox"/>	Mõnikord <input type="checkbox"/>
õpetajad?	Jah: <input type="checkbox"/>	Ei: <input type="checkbox"/>	Mõnikord <input type="checkbox"/>
töökaaslased?	Jah: <input type="checkbox"/>	Ei: <input type="checkbox"/>	Mõnikord <input type="checkbox"/>

Palun kirjeldage, kuidas:

.....

.....

.....

.....

5. Kellelt Te olete otsinud oma kuulmislangusega seotud probleemidele professionaalset abi?

Audioloog:  Logopeed:  Psühholoog:  Pole abi otsinud:

Keegi teine (kes?): .....

6. Kas saadud abist on Teile piisanud? Jah:  Ei:

Kui vastasite „Ei“, siis palun kirjeldage, milles vajaksite lisaks abi või nõu seoses oma kuulmislangusega seotud probleemidega?

.....

.....

.....  
.....  
.....

7. Kas Teie suhted lähedaste, sõprade, tuttavatega on muutunud seoses Teie kuulmisprobleemiga?

Jah:  Ei:

Kui vastasite „Jah“, siis palun kirjeldage, kuidas?

.....  
.....  
.....

8. Kas tunnete end kuulmisprobleemi tõttu olevat kõrvalejäetud suhtlemisest ja otsustamisest?

Jah:  Ei:

Kui vastasite „Jah“, siis palun kirjeldage, milles see seisneb?

.....  
.....  
.....

9. Palun kirjeldage, mis / kes on Teid kõige rohkem aidanud kuulmiskaotusega kohanemisel?

.....  
.....  
.....

10. Palun kirjeldage, mis / kes on Teid kõige rohkem takistanud kuulmiskaotusega kohanemisel?

.....  
.....  
.....

11. Kas peate oma kuulmisprobleemiga kohanemist edukaks? Jah:  Ei:

Palun põhjendage oma vastust?

.....  
.....  
.....

12. Kas leiate midagi positiivset seoses oma kuulmiskaotusega? Jah:  Ei:

Kui vastasite „Jah“, siis kirjeldage, milles see seisneb? Kui vastasite „Ei“, siis palun põhjendage.

.....  
.....  
.....

13. Kas vajaksite nõustamist ja / või lisateadmisi seoses oma kuulmisprobleemiga?

Jah:  Ei:

Kui vastasite „Jah“, siis kirjeldage, millises valdkonnas?

.....

.....

14. Kuidas Te end määratlete seoses oma kuulmisprobleemiga käesoleval ajal?

Kas Te olete: Kurt:  Vaegkuulja:  Normaalkuulja:

Palun põhjendage oma arvamust.

.....

.....

15. Kas osalete aktiivselt mõnes vaegkuuljate ja / või kurtide ühingus? Jah:  Ei:

Kui vastasite „Jah“, siis palun kirjutage, millises? Kui vastasite „Ei“, selgitage, miks?

.....

.....

16. Kas suhtlete aktiivselt pärast oma kuulmislanguse tekkimist:

Vaegkuuljate inimestega:  Kurtide inimestega:  Teiste hiliskurdistunutega:

Palun selgitage oma vastust?

.....

.....

17. Sellele küsimusele vastamiseks palun märkige rist oma valikute ees olevasse kasti.

Milliseid meetodeid Teie kasutate teiste inimestega suhtlemiseks?

Viiplemist

Telefonivõimendit

Suultlugemist

Tavatelefoni:

Kuuldeaparaati

Iseseisvalt

Sisekõrvaimplantaati

Kolmanda isiku abil

Kolmandat isikut vahendajana

Mobiiltelefoni SMS funktsiooni

Paberit ja pliiatsit

Tekstitelefoni

FM-süsteemi

Muid abivahendeid: palun kirjeldage

.....

18. Kas sooviksite veel midagi lisada või kirjeldada seoses oma kuulmisprobleemiga?

.....

.....

.....

Täna vastamast !

**Lisa 2. Küsimustik – TINNITUS JA SELLEGA TOIMETULEK**

Tinnitust on kirjeldatud kui müriseva-vasardava-undava-sumiseva-vilistava-sisiseva-siristava häälena peas või kõrvades, mida teised inimesed enamasti ei kuule ja mille esinemine on sõltumatu väliskeskkonna helidest. Järgnevate küsimustega uuritakse, kas Teil esineb tinnitust, milline see on ja kuidas see mõjutab Teie enesetunnet ja igapäevaelu. Palun lugege iga küsimust tähelepanelikult. Märkige vastuseks rist küsimuse järel olevasse kasti „Jah“ „Ei“ või „Mõnikord“. Küsimuste järel olevatel ridadel palun põhjendage ja selgitage oma vastuseid.

1. Kas Teil esineb tinnitust? Jah  Ei

NB! Kui vastasite sellel küsimusele „Jah“, siis palun jätkake vastamist küsimusele nr.2.

Kui vastasite selle küsimusele „Ei“, siis palun jätkake vastamist küsimusele nr.15.

2. Palun kirjeldage oma tinnitust: kus, kuna, milline ja kui tugev see heli on?

.....  
 .....  
 .....

3. Kas tinnitus on Teie jaoks probleem? Jah  Ei  Mõnikord

Kui vastasite „Jah“ või „Mõnikord“, siis selgitage, milles Teie probleem seisneb?

.....  
 .....  
 .....

4. Kas olete otsinud oma tinnitusele professionaalset abi? Jah  Ei

5. Kui vastasite eelmisele küsimusele „Jah“, siis kirjeldage, kust Te abi otsisite ja kas see aitas?

Kui vastasite „Ei“, siis kirjeldage, miks Te pole abi otsinud ja kuidas tulete tinnitusega toime?

.....  
 .....  
 .....

6. Kas tinnitus muudab Teid ärrituvaks või närviliseks? Jah  Ei  Mõnikord

7. Kas tinnitus väsitab Teid? Jah  Ei  Mõnikord

8. Kas tinnitus põhjustab Teil meeleolu langust? Jah  Ei  Mõnikord

9. Kas tinnitus raskendab Teil lõdvestuda ja uinuda? Jah  Ei  Mõnikord

10. Kas tinnitus häirib Teie tööd ja igapäevaelu? Jah  Ei  Mõnikord

Kui vastasite eelmisele küsimusele „Jah“ või „Mõnikord“, siis kirjeldage, milles see seisneb?

.....  
.....  
.....

11. Kas Teil on tinnituse tõttu raske keskenduda? Jah  Ei  Mõnikord

Kui vastasite „Jah“ või „Mõnikord“, siis kirjeldage, millises olukorras?

.....  
.....  
.....

12. Kas tunnete tinnituse tõttu ebamugavust vaiksuses? Jah  Ei  Mõnikord

Kui vastasite „Jah“ või „Mõnikord“, siis kirjeldage, kuidas Te sellega toime tulete?

.....  
.....  
.....

13. Kas väldite tinnituse tõttu mingeid olukordi / tegevusi? Jah  Ei  Mõnikord

Kui vastasite „Jah“ või „Mõnikord“, siis kirjeldage, millised olukorrad / tegevused need on?

.....  
.....  
.....

14. Kas tinnitus häirib Teie suhtlemist teiste inimestega? Jah  Ei  Mõnikord

Kui vastasite „Jah“ või „Mõnikord“, siis kirjeldage, millises olukorras ja kuidas Te toime tulete?

.....  
.....  
.....

15. Palun kirjeldage oma mõtteid, tundeid või isiklikke kogemusi seoses alloleva joonistusega.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Herman



Allikas: <http://www.zimfamilycockers.com/Ringing.jpg>

Te kaebate helinat kõrvades ! ? !

Tänan vastamast !

## Lisa 3.

## COPE-D

Nimi:..... Sünnipäev/kuu/aasta: .....

Sugu: m n Haridus: alg kesk kesk-eri kõrg

Amet:..... Täitmise päev/kuu/aasta: .....

Selles küsimustikus on 28 väidet, mis kirjeldavad erinevaid stressiga toimetuleku viise. Mõistagi sõltub palju sellest, mis on juhtunud. Antud väiteid hinnates lähtuge sellest, mis on **Teile rohkem iseloomulik, mida Te tavaliselt teete, mõtlete ja tunnete** erinevates stressi tekitavates olukordades. Seega - hinnake palun, mil määral Te **tavaliselt** kasutate üht või teist toimetuleku viisi. Oma vastused kirjutage iga väite taga olevasse lahtrisse. Vastuse variante on neli. Kirjutage:

- 1 - kui Te seda tavaliselt **ei kasuta üldse**
- 2 - kui Te seda tavaliselt **kasutate vähe**
- 3 - kui Te seda tavaliselt **kasutate palju**
- 4 - kui Te seda tavaliselt **kasutate väga palju.**

1. Teen tööd või midagi muud, et sellele mitte mõelda.	
2. Võtan ennast kokku, et sellega seoses midagi teha.	
3. Kordan endale, et see pole tõsi.	
4. Kasutan alkoholi või teisi mõnuaineid, et end paremini tunda.	
5. Otsin teistelt hingelist tuge.	
6. Annan alla ega püüagi sellega tegeleda.	
7. Võtan midagi ette, et olukorda parandada.	
8. Keeldun uskumast, et see on juhtunud.	
9. Kirun, et oma halvast tujust vabaneda.	
10. Küsin teistelt nõu ja abi.	
11. Otsin väljapääsu alkoholist või teistest mõnuainetest.	
12. Püüan seda paremas valguses näha.	
13. Kritiseerin ennast.	
14. Püüan selgusele jõuda, mida peaks tegema.	
15. Otsin teistelt lohutust ja mõistmist.	
16. Loobun püüdest hakkama saada.	
17. Otsin juhtunus midagi head.	
18. Viskan selle üle nalja.	
19. Teen midagi muud, et sellele vähem mõelda (nt. lähen kinno, vaatan TV-d, loen, unistan, magan jmt).	
20. Lepin selle tõsiasjaga.	
21. Elan oma halva tuju välja.	
22. Püüan oma usust lohutust leida.	
23. Küsin teistelt nõu, mida selles olukorras teha.	
24. Kohanen selle olukorraga.	
25. Mõtlen põhjalikult läbi, mida tuleks teha.	
26. Süüdistan end juhtunu pärast.	
27. Palvetan või mediteerin.	
28. Heidan oma olukorra üle nalja.	



**Lisa 4.**

EHI 17/03/97

Tartu Ülikool/Psühholoogia osakond

**R\_EHI**

See küsimustik koosneb 10-st väitest. Palun lugege iga väidet tähelepanelikult ja kirjutage, kuivõrd õigeks ja enda puhul kehtivaks esitatud väidet peate.

Kirjutage "4" kui väide on Teie arvates	<b>õige / pidevalt kehtiv</b>
Kirjutage "3" kui väide on Teie arvates	<b>peaaegu õige / sageli kehtiv</b>
Kirjutage "2" kui Teil on selle väite kohta	<b>raske öelda</b>
Kirjutage "1" kui väide on Teie arvates	<b>peaaegu vale / harva kehtiv</b>
Kirjutage "0" kui väide on Teie arvates	<b>vale / ei kehti kunagi</b>

Vastustes oodatakse nende väidete kohta just TEIE arvamust, püüdke vastused enda ja oma arvamuste kohta anda nii täpselt kui võimalik.

Lugege iga väide hoolikalt läbi ja kirjutage vastus vastava väite ees olevale punktiirile. Vastake palun kindlasti kõigile väidetele. Kui tahate oma vastust muuta, tehke seda loetavalt. Enne vastama asumist märkige palun lehe alumisele servale oma nimi, täpne sünniaeg, vanus, sugu, haridustase ja tänane kuupäev.

- ..... 1. Suhtun endasse hästi
- ..... 2. Mu oskused on sama head kui teistel inimestel
- ..... 3. On olukordi, kus ma mõtlen, et minus pole midagi head
- ..... 4. Mulle tundub, et mu elul pole mingit mõtet
- ..... 5. Olen endaga üldiselt rahul
- ..... 6. Minus pole kuigi palju seda, mis mind rõõmustaks
- ..... 7. Arvan, et olen igati lugupeetud inimene, vähemalt võrdsel määral teistega
- ..... 8. Kõike kokkuvõttes kaldun tundma, et ma olen äpardunud
- ..... 9. Mul on palju häid omadusi
- ..... 10. Tahaksin, et mul oleks rohkem eneseaustust

**Täname!**

Eesnimi: .....

Perekonnanimi: .....

Sünniaeg: ..... / ..... / .....

Sugu: *mees* *naine*Haridustase (*palun õigele tõmmake joon alla*):*alg / põhi kesk kesk-eri kõrg*

Vanus: .....

Perekonnaseis: .....

Amet: .....

Täitmise kuupäev: ..... / ..... / .....